

PËRMBAJTJA

Editoriali:

- Në vend të Editorialit: Dr. Alimehmeti I., - Mësime të marra mbi Terapinë e SARS-CoV-2 2

Probleme Organizative:

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së të datës 16 Prill 2021 7

Etikë dhe Deontologji:

- Korniza e konsensusit mbi Transformimin Dixhital të Shëndetësisë 8
- Prof. dr. Çipi B., - Vaksina COVID-19 në një këndvështrim Bioetik 13

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- Dr. Toska F., - Konferencë: “Trajtimi i sëmundjeve kardiovaskulare dhe pulmonare në pacientët me COVID-19 – 20 Mars 2021 19
- Dr. Tabaku-Luli N., - Konferencë: “Roli i trajtimit të hershëm në cilësinë e jetës së pacientëve”- Shkodër 21 Maj 2021 20
- Konferencë shkencore in memoriam: Akad. Petrit GAÇJA, Nder i Kombit – themelues dhe epinom i kardiokirurgjisë shqiptare, 29 Qershor 2021 21
- Ceremonia e Dorëzimit të titujve “Nderi i Qarkut Kukës” mjekëve të këtij qarku 23

Veprimtari Ndërkombëtare:

- Takimi virtual i Asamblesë Mjekësore Gjermane – 4-5 Maj 2021 24
- Takimi Plenar i CEOM – 18 Qershor 2021 25
- Tavolinë e Rrumbullakët mbi Vaksinimin – 1 Korrik 2021 26

Nga Eksperienca Pozitive e Organizatave Homologe:

- Njoftim për shtyp i Organizatave Evropiane Mjekësore mbi Dhunën ndaj profesionistëve të Kujdesit Shëndetësor – 21 Qershor 2021 28

Paraqitje Përgjithësuese:

- Dr. Lekli E., Prof. Dr. Hoxha M., Prof. Dr. Qirko E., - Simdromi Alpha-Gal, një alergji ushqimore jo klasike. Anafilaksia e vonuar dhe shpesh e pa diagnostikuar 29

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- Dr. Shk. Belshi A., - Çfarë është Degjenerimi Makular... 32
- Dr. Dibra M., Dr. Cili E., - Qasje të reja farmakologjike për menaxhimin e dislipidemive – Sirna dhe targetimi i PCSK-9 38

In memoriam

- Dr. Toska F., - Për Sekretarin e Përgjithshëm të Lidhjes Shqiptare kundër Epilepsisë – Prof. Dr. Ali KUQO 43

Nekrologji:

- Dr. Irakli Thoma, Prof. Dr. Engjëll MASTORI, Dr. Gani GASHI, Dr. Lutfi ZHEGU, Dr. Kujtim SHABANI, Dr. Muharrem NONAJ, Dr. Josif DËNA, Dr. Qamil KONI, Dr. Ilir Gazeli. 44

MËSIMET E MARRA MBI TERAPINË E SARS-COV-2

Ilir ALIMEHMETI, MD PhD

Departamenti i Mjekut të Familjes dhe Sëmundjeve Profesionale,

Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Komisioni i Mjekësisë, Akademia e Shkencave të Shqipërisë

HYRJE

SARS-CoV-2, betakoronavirusi shkaktar i sëmundjes COVID-19, u izolua dhe u kategorizua si virus i ri më datë 7 Janar 2020 në Kinë⁽¹⁾. Deri më sot, nga raportimet zyrtare SARS-CoV-2 ka infektuar 193,657,725 persona dhe ka shkaktuar 4,154,660 vdekje në shkallë globale⁽²⁾. Më 12 Janar 2020, organet zyrtare të Kinës bënë publik sekuencën gjenetike të tij, duke hapur kështu rrugën për zhvillimin e testeve diagnostike, të barnave dhe të vaksinave⁽³⁾.

Por, ndërkohë që kërkimi dhe zhvillimi shkencor fillonin rrugëtimin e tyre të mundimshëm, mbulimi mediatik jo vetëm mbi shkallën e infektiveve, të shtrimeve në spital dhe të vdekjeve, por edhe mbi masat drakoniane të parandalimit dhe kontrollit të sëmundjes morri përmasa botërore eksponenciale, duke shtyrë në panik jo vetëm popullatën e gjerë por edhe komunitetin shëndetësor⁽⁴⁾. Pasqyrimi mediatik nuk u kufizua vetëm mbi lajmet e ecursisë së COVID-19, por u kthye edhe në burimin kryesor të të dhënave mbi zhvillimin e barnave dhe të vaksinave, duke marrë epërsinë mbi publikimet shkencore, duke anashkaluar rishikimin kritik të të dhënave të tyre, për vetë faktin se burimet mediatike kufizohen në gjetje kryesore dhe tentojnë arritjen e sensacionit dhe jo detyrimisht informacionin e plotë e të pangjyrosur emocionalisht siç ndodh në organet shkencore.

Si rrjedhojë, qëllimi i këtij artikulli është përditësimi mbi terapitë kryesore të përdorura gjatë trajtimit të COVID-19, duke u përqendruar veçanërisht mbi efikasitetin, sigurinë dhe momentin e përdorimit të secilit ilaç/bar gjatë ecursisë së infeksionit nga SARS-CoV-2.

Metodologjia

Në mënyrë sistematike u shqyrtuan për të gjetur të dhëna të publikuara të trajtimeve kundës SARS-CoV-2 në databazat PubMed, Embase, Web of Science, Scopus, duke përfshirë edhe databazat e artikujve në fazën preprint medRxiv dhe bioRxiv.

Për secilën terapi u përmbledhën artikujt dhe u krye një rishikim i tyre sa herë nuk ishin të disponueshme rishikime sistematike apo meta-analiza të botuara më parë. Për shkak të mungesës së homogjenitetit të studimeve të ndryshme që pamundëson kryerjen e përlllogaritjeve sasiore, kryerja e meta-analizës nuk ishte objektiv i këtij studimit, duke u kufizuar kështu në rishikimin cilësor të gjetjeve.

Duke marrë në konsideratë numrin e lartë të terapive të propozuara apo të përdorura gjatë viteve 2020-2021 për trajtimin e COVID-19, u përzgjedh metoda e listimit të tyre në rend alfabetik. Duke u nisur nga ky rend alfabetik, secila terapi është shqyrtuar në mënyrë rigoroze kualitative për të qartësuar të dhënat që lidhen me: përzgjedhjen e kampionit të studiuar, metodologjinë e kryerjes së provës klinike, sigurinë dhe efikasitetin e raportuar, dhe, së fundmi, përgjithësimin e këtyre të dhënave në nivel të popullatës.

Rezultatet

Anakinra është një inhibitor specifik i interleukinës-1 (IL-1), i cili është hulumtuar nga grupe të ndryshme studimore duke ndjekur llogjikën e trajtimit të hiperinflamacionit. Rezultatet kanë qenë shpesh

kontradiktore, ku herë anakinra rezultonte më efikase se sa tocilizumabi, e herë të tjera ku anakinra nuk tregohet efikase në trajtimin e pacientëve në stad të lehtë deri në të moderuar COVID-19^(5,6). Në meta-analizën e mëpasshme të publikuar nga Khan et al.⁽⁷⁾ gjetjet rezultojnë jo konkluzive, duke bërë kështu të nevojshme kryerjen e më shumë provave klinike për të arritur në përfundime të qarta.

Antittrupat monoklonalë, ndryshe nga terapitë e tjera, janë terapi *ad hoc* për infeksionet virale, duke përfshirë këtu edhe SARS-CoV-2 dhe, si rrjedhojë, ka qenë një ndër terapitë më të hulumtuara e më të zhvilluara aktualisht. E njohur në popullatën e gjerë edhe si “terapia Trump”⁽⁸⁾, pas trajtimit të z. Trump me një koktail antitrupash monoklonalë ndërkohë që ishin ende në eksperimentet e fazës së tretë klinike, ato përfshijnë një sërë antitrupash të ndryshëm.

Bamlavimab plus Etesevimab

Duke u bazuar mbi të dhënat më të fundit, tek pacientët ambulatorë me risk të lartë, koktaili bamlanivimab plus etesevimab shoqërohet me ulje 70% të incidencës së hospitalizimeve dhe vdekjeve të lidhura me COVID-19 si edhe me rënie të përshpejtuar të ngarkesës virale me SARS-CoV-2, kur jepet në formë infuzioni intravenoz unik (2800 mg bamlanivimab dhe 2800 mg etesevimab) brenda 3 ditëve pas diagnozës laboratorike të COVID-19⁽⁹⁾. Aktualisht kjo terapi e kombinuar ka autorizimin për përdorim emergjence si nga FDA-ja, ashtu edhe nga EMA, ndërkohë që është hequr autorizimi i terapisë vetëm me bamlavinimab për shkak të mungesës së efikasitetit^(10,11).

Kasirivimab dhe Imdevimab

Gjithashtu edhe kokteili i antitrupave monoklonalë REGN-COV2 (kasirivimab dhe imdevimab) është provuar të jetë efikas në reduktimin e ngarkesës virale, efekt i cili është më i lartë tek pacientët që ende nuk kanë nisur përgjigjen imunitare ose kanë një ngarkesë të lartë virale që në fillim⁽¹²⁾. Si edhe me antitrupat e tjerë monoklonalë, efekti terapeutik shfaqet kur terapia jepet në fillimin e ecursisë së infeksionit, dhe ky REGN-COV2 aktualisht përdor dy skema terapie, me 2.4 ose 8.0 gramë të injektuara me infuzion intravenoz brenda 72 orëve nga testimi pozitiv për SARS-CoV-2.

Regdanvimab (CT-P59) është një tjetër antitrup monoklonal shumë premtues, i cili aktualisht ndodhet nën rishikim ciklik nga EMA⁽¹³⁾. Regdanvimabi është i projektuar për t’u lidhur me proteinë spike të SARS-CoV-2, duke reduktuar kështu kapacitetin e virusit për të penetruar qelizat humane, aftësi të cilën regdanvimabi e ka të ruajtur edhe ndaj variantit P.1 (B.1.351), të njohur ndryshe si varianti brazilian apo varianti gama. Të dhënat janë ende të prepublikuara, por shkojnë qartësisht në drejtim të efikasitetit të lartë të këtij preparati⁽¹⁴⁾.

Favipiraviri, i cili është përdorur gjerësisht në disa shtete, duke përfshirë edhe Shqipërinë, është një antiviral i përdorur në Japoni për viruset e gripit, në rastet kur antiviralët e tjera janë inefikasë. Në një meta-analizë të kohëve të fundit, përdorimi i favipiravirit nuk u shoqërua me përfitime statistikisht sinjifikante për sa i përket shtrimeve në spital, përdorimit të oksigjenoterapisë, shtrimit në terapi intensive dhe vdekjes. Autorët komentojnë se ndoshta kjo mungesë efikasiteti vjen si rrjedhojë i përdorimit të favipiravirit pas shfaqjes së shenjave klinike, moment i cili mund të jetë i vonuar për terapinë antivirale⁽¹⁵⁾. Bazuar mbi këto gjetje dhe mbi faktin që është ilaç/bar i pa autorizuar, përdorimi i tij nuk duket i mbështetur.

Heparina me peshë të ulët molekulare

Edhe pse nuk janë barna specifike për trajtimin e COVID-19, heparinat me peshë të ulët molekulare përdoren për profilaksinë e tromboembolisë, pasi në fazat e përparuara të COVID-19 vërehen alterime progresive të disa parametrave të ndryshëm inflamatorë dhe koaguluese, e si rrjedhojë, në këtë fazë objektivi i terapisë është përmbajtja e hiperinflamacionit dhe i pasojave të tij.

Që në fillim të pandemisë në Wuhan (Kinë), heparinat janë vërejtur të lidhura me ulje të vdekshmërisë së pacientëve të hospitalizuar me COVID-19⁽¹⁶⁾. Tashmë, ato janë hulumtuar më tej, duke gjetur se dozat

profilaktike kanë profil të efektshëm dhe të sigurtë, duke ofruar një ulje të vdekshmërisë spitalore prej 17%, ndërkohë që dozat më të larta nuk justifikohen në kuadrin e efikasitetit dhe të sigurisë⁽¹⁷⁾.

Hidroksiklorokina, bar antimalarik, ka gjasë të jetë ilaçi më i diskutuar në shkallë globale, i ndihmuar jo pak nga promovimi i saj edhe nga figura të spikatura politike, si Presidenti i Shteteve të Bashkuara të Amerikës, z. Trump⁽¹⁸⁾. Hidroksiklorokina u propozua jo vetëm si trajtim, por edhe si profilaksi kundër COVID-19. Shumë shpejt studimet klinike të mirëfillta hodhën poshtë si përdorimin e saj si profilaksi, përfundimi i të cilave drejtoi Organizatën Botërore të Shëndetësisë që të rekomandonte kundër administrimit të hidroksiklorokinës si profilaksi (rekomandim i nivelit të fortë, evidencë me nivel sigurie të lartë)^(19,20).

Ndërsa përsa i përket trajtimit, në kuadrin e mungesës së informacionit fillestar, hidroksiklorokina u përdor në mënyrë pragmatike në doza më të larta se dozat antimalarike, edhe pse njihen mirë efektet anësore serioze të hidroksiklorokinës, sidomos në kombinim me azitromicinën. Por, së pari vëzhgimet mjekësore, e më pas studimet shkencore bënë të qartë që përdorimi i hidroksiklorokinës për COVID-19 kishte efekte negative, duke e detyruar FDA-në që t'i hiqte autorizimin e përdorimit të emergjencës që më 15 Qershor 2020. Por, megjithatë hidroksiklorokina vazhdoi të përdorej gjerësisht rreth e rrotull globit dhe një meta-analizë gjeti se hidroksiklorokina shkaktonte 11% më shumë vdekje COVID-19, ndërsa klorokina shkaktonte 77% më shumë vdekje COVID-19⁽²¹⁾.

Ivermekтина, një ilaç i vjetër dhe i lirë, i përdorur për një sërë infeksionesh parazitare, është demonstruar *in vitro* që është e aftë të reduktojë me 99.98% ngarkesën virale të SARS-CoV-2 dhe një meta-analizë e publikuar së fundmi tregoi një rezultat të rëndësishëm me reduktim 72% të vdekshmërisë nga COVID-19 dhe efekte anësore të rralla⁽²²⁾.

Evidenca tregon se është mundur të shmangen shumë vdekje përmes përdorimit të ivermektinës, sidomos gjatë fazës së hershme të ecures së sëmundjes, për të parandaluar përparimin drejt formave të rënda.

Kortikosteroidët

Ndër preparatet më të përdorur dhe më të gjendshëm në treg, kortikosteroidët janë përdorur dhe shpesh abuzuar, qoftë në dozë, qoftë në kohën e zhvillimit natyror të ecures klinike të COVID-19. Në fillimet, më i përdoruri ndër ta ishte metilprednizoloni, preparat i njohur imunosupresor i përdorur saktësisht në kushtet e detresit respirator. Megjithatë, metilprednizoloni shpejt u zëvendësua nga deksametazoni pasi Recovery Trial UK publikoi paraprakisht rezultatet e trajtimit me deksametazon të pacientëve spitalorë me COVID-19. Sipas gjetjeve të tyre, deksametazoni oral ose intravenoz (dozë 6 mg në ditë, deri në 10 ditë) reduktoi me 36% vdekjen e pacientëve nën ventilim mekanik, reduktoi me 18% vdekjen e pacientëve nën oksigjenoterapi por jo nën ventilim mekanik, dhe nuk pati efekt tek pacientët që nuk merrnin suport ventilator⁽²³⁾.

Këto gjetje të rëndësishme sollën si rezultat edhe rekomandimin e OBSH-së drejt përdorimit të deksametazonit vetëm tek pacientët nën suport ventilator me oksigjen⁽²⁴⁾. Duke qenë se kortikosteroidët janë imunosupresorë të fuqishëm, përdorimi i tyre është i kundëraindikuar në çdo infeksion viral, edhe në rastin e COVID-19 duhet evituar me çdo kusht dhënia e tyre në fazën e hershme të sëmundjes, pasi ky administrim do të drejtojë detyrimisht drejt moskundërshtimit të infeksionit viral nga sistemi imunitar dhe, si rrjedhojë, drejt replikimit më të lartë viral dhe përhapjes më të gjerë sistematike të tij. Gjithashtu, përdorimi i kortikosteroidëve është i njohur si faktor risku për rritjen në peshë, shfaqjen e sëmundjes së diabetit, çrregullimin e glicemisë dhe të akseve të ndryshme hormonale. Për këto arsye së bashku, përdorimi i deksametazonit duhet të kufizohet vetëm tek pacientët nën oksigjenoterapi ose në rastet kur mjeku mendon një gjendje klinike të rëndë të COVID-19. Megjithatë, mbeten ende shumë pikëpyetje dhe pasiguri lidhur me përdorimin e deksametazonit, të cilat do të duhet të adresohen në të ardhmen e afërt⁽²⁵⁾.

Lopinavir / Ritonavir

Antiviralët lopinavir dhe ritonavir ishin ndër barnat e hershme të tentuar për trajtimin e COVID-19, por pas provave të ndryshme klinike, efekti i tyre u vu re se mungonte. Në këtë përfundim dolën përfundimet *ad interim* të studimit Solidarity të OBSH-së që më 15 Tetor 2020, e më pas kjo mungesë efekti u konfirmua edhe nga një meta-analizë e publikuar së fundmi^(26,27).

Plazma hiperimune e derivuar nga dhuruesit konvaleshentë pas COVID-19 kishte mundësinë teorike të ndihmonte terapinë e COVID-19 me të njëjtin mekanizëm të antitropave monoklonalë e si rrjedhojë u provua dhe u hulumtua gjerësisht në botë. Megjithatë, që në fillim mundësitë e përdorimit të saj ishin të pakëta falë numrit të ulët të dhuruesve, sasive të nevojitura për trajtimin e çdo pacienti, si edhe faktin që, ngjashmërisht me antitropat monoklonalë, veprimi antiviral i antitropave të dhuruesve është maksimal në 72 orët e para të infeksionit dhe jo në fazën e shtrimit spitalor. Jo çuditërisht, në përfundim plazma hiperimune rezultoi pa efikasitet në parandalimin e rëndimit apo të vdekjes së pacientëve spitalorë meta-analizën përfundimtare⁽²⁸⁾.

Remdesiviri, tjetër antiviral i përshtatur që është prodhuar fillimisht për trajtimin e virusit Ebola, u përdor gjerësisht në botë sidomos për trajtimin e rasteve të rënda COVID-19. Aktualisht është i autorizuar për përdorim emergjent vetëm në spitale apo qendra shëndetësore. Në vlerësimin e parë të studimit Solidarity të OBSH-së, remdesiviri u ponderua si i paefektshëm dhe si i tillë nuk u rekomandua nga OBSH-ja për përdorim emergjent⁽²⁶⁾. Por vëzhgimet e efekteve spitalore të tij çuan drejt kryerjes së një sërë provash klinike, të cilat kulmuan në një meta-analizë që vlerësoi se remdesiviri me të vërtetë shoqërohej me një ulje të kohëqëndrimit spitalor, por nuk përdorimi i remdesivirit nuk shoqërohej me asnjë përfitim në kuadrin e vdekshmërisë⁽²⁹⁾. Si rrjedhojë, përdorimi i remdesivirit nuk mbështetet nga evidenca për përdorimin shtëpiak, ndërsa për përdorimin spitalor është në diskrecion të mjekut kurues.

Tocilizumabi, inhibitor i Interleukinës 6, edhe pse është përdorur që në fillimet e pandemisë, është një preparat i shtrenjtë dhe jo gjerësisht i përhapur. Megjithatë, duke marrë parasysh efektet e tij si parandalues i stuhisë së citokinave, përdorimi i tij ishte logjik dhe i bazuar në mekanizmat fizpatologjike dhe farmakologjike⁽⁷⁾. Në meta-analizën më të fundit të publikuar pak javë më parë, tocilizumabi u vlerësua se e reduktonte me 22% vdekjen nga COVID-19 dhe në bazë të këtyre rezultateve, OBSH-ja e nxorri rekomandimin për përdorimin e tij si dhe u bëri thirrje prodhuesve që rrisin sforcën për prodhimin dhe uljen e kostos së tij me qëllim disponueshmërinë sa më të gjerë në popullatë^(30,31).

Tofacitinibi është një inhibitor oral selektiv i Janus kinazës (JAK) 1 dhe JAK3 dhe inhibitor me selektivitet funksional i JAK2 që bllokoi rrugët e transduksionit brendaqelizor pas lidhjes së citokinave me receptorin, duke bllokuar në mënyrë jo të drejtpërdrejtë veprimin e tyre. Gjithashtu, tofacitinibi është edhe modulator i Interferoneve dhe i IL-6, duke e kthyer në kandidat në terapinë e COVID-19. Në studimet më të fundit klinike, tofacitinibi ka pasur si efekt reduktimin me 37% të incidencës kumulative të vdekjes dhe të insuficiencës respiratore, si edhe reduktimin me 51% të vdekjes nga çdo shkak në periudhën 28-ditore pas infektimit⁽³²⁾.

DISKUTIM

Në procesin e vrullshëm dhe dinamik të njëkohshëm të kërkim-zhvillimit dhe trajtimit të pacientëve COVID-19, një sërë barnash u morrën në konsideratë bazuar mbi mekanizmat farmakologjike dhe eksperiencat e mëparshme të përdorimit të tyre. Megjithatë, shumica e barnave të sugjeruara fillimisht dolën nga përdorimi për mungesë efikasiteti, si për shembull: favipiraviri, lopinavir/ritonaviri apo plazma hiperimune, ndërkohë që disa të tjerë përveç mungesës së efikasiteti shkaktuan edhe dëme të mëtejshme, si hidroksiklorokina. Ndërkohë, bazuar mbi kërkim-zhvillimin rigoroz barna të reja janë vendosur në dispozicion të trajtimit të pacientëve, disa prej të cilëve janë gjerësisht të disponueshëm, si: ivermektina, deksametazoni apo heparinat me peshë të ulët molekulare, ndërkohë që preparate të tjera mbeten relativisht të pa aksesueshme, si: tocilizumabi dhe antitropat monoklonalë.

Aktualisht, në studime klinike të fazës së tretë ndodhen shumë preparate të tjera, jo të gjitha të paraqitura në këtë rishikim, por që kanë potencialin e ndihmës për parandalimin e formave të rënda të COVID-19, si: tofacitinibi, apo trajtimin e tyre nëse ndodhin si EXO-CD24⁽³³⁾.

Si rrjedhojë, një vit e gjysëm pas fillimit të pandemisë, kemi baza të forta evidence për të rekomanduar që në mbështetje të **trajtimin simptomatik viral gjatë fazës së parë të sëmundjes**, mund të konsiderohet trajtimi me ivermektin apo antitropa monoklonale, kosto-efikasitet që është në favor të ivermektinës. Ndërsa në **fazat e avancuara të sëmundjes, në mbështetje të terapisë ventilatore dhe intensive individuale**, janë demonstruar qartësisht të vlefshme një sërë terapish, duke përfshirë por pa u kufizuar në kortikosteroidë, heparina me peshë të ulët molekulare dhe tocilizumab.

Mjekësia bazohet mbi evidenca dhe, si çdo sëmundje tjetër, edhe COVID-19 duhet trajtuar mbi protokolle të bazuara mbi evidencë. Kjo e fundit, falë natyrës së saj dinamike mund të perceptohet e të pasqyrohet më lehtë nga media, por evidenca është e besueshme vetëm pasi vlerësohet e botohet nga organet zyrtare dhe revistat mjekësore pas rishikimit skrupoloz të saj.

Referenca

- World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – I. 21 January 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>
- World Health Organization. Weekly Operational Update on COVID-19. 26 July 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---26-july-2021>
- Zhang Yong-Zhen. Novel 2019 Coronavirus Genome. *Virological.org*. 10 January 2019. <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319> Aksesi i fundit më 31.07.2021.
- Krawczyk K, et al. Quantifying Online News Media Coverage of the COVID-19 Pandemic: Text Mining Study and Resource. *J Med Internet Res* 2021; 23(6):e28253 doi: 10.2196/28253
- Cavalli G, Larcher A, Tomelleri A, et al. Interleukin-1 and interleukin-6 inhibition compared with standard management in patients with COVID-19 and hyperinflammation: a cohort study. *Lancet Rheumatol* 2021; 3: e253–61. Doi: 10.1016/S2665-9913(21)00012-6
- The CORIMUNO-19 Collaborative group. Effect of anakinra versus usual care in adults in hospital with COVID-19 and mild-to-moderate pneumonia (CORIMUNO-ANA-1): a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 295–304. Doi: 10.1016/S2213-2600(20)30556-7
- Khan FA, Stewart I, Fabbri L, et al. Systematic review and meta-analysis of anakinra, sarilumab, siltuximab and tocilizumab for COVID-19 Thorax Published Online First: 12 February 2021. Doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215266
- Cohen J. Update: Here's what is known about Trump's COVID-19 treatment. *Science Magazine* 05 October 2020. <https://www.sciencemag.org/news/2020/10/heres-what-known-about-president-donald-trump-s-covid-19-treatment> Aksesi i fundit më 31 korrik 2021.
- Dougan M, Nirula A, Azizad M, et al. Bamlanivimab plus Etesevimab in Mild or Moderate Covid-19. *NEJM* 14 July 2021. Doi: 10.1056/NEJMoa2102685
- FDA News Release: Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Monoclonal Antibodies for Treatment of COVID-19. 09 February 2021. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-monoclonal-antibodies-treatment-covid-19-0>
- EMA reviewing data on monoclonal antibody use for COVID-19. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-reviewing-data-monoclonal-antibody-use-covid-19>
- Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T, et al. REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med* 2021; 384:238-251. Doi: 10.1056/NEJMoa2035002
- EMA avvia la revisione ciclica di regdanvimab, anticorpo di Celltrion contro COVID-19. 24 February 2021 https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1289823/2021.02.24_com-EMA_regdanvimab-COVID-19_IT.pdf
- Dong-Kyun R, Kang B, Woo SJ, et al. (2021) Therapeutic efficacy of CT-P59 against P.1 variant of SARS-CoV-2. *bioRxiv*. Doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.08.451696>
- Hassanipour S, Arab-Zozani M, Amani B, et al. The efficacy and safety of Favipiravir in treatment of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Sci Rep*. 2021 May 26;11(1):11022. Doi: 10.1038/s41598-021-90551-6
- Tang N, Bai H, Chen X, et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost*. 2020 May;18(5):1094-1099. doi: 10.1111/jth.14817. Epub 2020 Apr 27
- Moonila C, Sosothikul D, Chiasakul T, et al. Anticoagulation and in-hospital mortality from coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis Volume* 27: 1-12. Doi: 10.1177/10760296211008999
- Timeline: Tracking Trump alongside scientific developments on hydroxychloroquine. 08 August 2020 <https://abcnews.go.com/Health/timeline-tracking-trump-alongside-scientific-developments-hydroxychloroquine/story?id=72170553>
- Drugs to prevent COVID-19: A WHO living guideline. 03 February 2021. <https://app.magicapp.org/#/guideline/L6RXYL/section/jMIN5j> Aksesi i fundit më 31 Korrik 2021.
- FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems. 15 June 2020 <https://www.fda.gov/media/138945/download> Aksesi i fundit më 31 korrik 2021.
- Axfors C, Schmitt AM, et al. Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials. *Nature Communications* 15 April 2021. Doi: 10.1038/s41467-021-22446-z
- Bryant A, Lawrie TA, Dowsell T, et al. Ivermectin for Prevention and Treatment of COVID-19 Infection: A Systematic Review, Meta-analysis, and Trial Sequential Analysis to Inform Clinical Guidelines. *Am J Ther*. 2021 Jul-Aug; 28(4): e434–e460. Published online 2021 Jun 21. Doi: 10.1097/MJT.0000000000001402
- The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2021; 384:693-704. Doi: 10.1056/NEJMoa2021436
- World Health Organization. (2020) Corticosteroids for COVID-19: living guidance, 2 September 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334125>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Matthay MA, Thompson BT. Dexamethasone in hospitalised patients with COVID-19: addressing uncertainties. *The LANCET Respiratory Medicine* Vol 8, Issue 12, P1170-1172, 01 December 2020. Doi: 10.1016/S2213-2600(20)30503-8
- WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med* 2021; 384:497-511. Doi: 10.1056/NEJMoa2023184
- Amani B, Khanijahani A, et al. Lopinavir/Ritonavir for COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 24, 246–257. Doi: 10.18433/jpps31668
- Janiud P, Axfors C, Schmitt AM, et al. Association of Convalescent Plasma Treatment With Clinical Outcomes in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2021;325(12):1185–1195. Doi: 10.1001/jama.2021.2747
- Lai CC, Chen CH, Wang CY, et al. Clinical efficacy and safety of remdesivir in patients with COVID-19: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. Vol 76, Issue 8, August 2021, 1962–1968. Doi: 10.1093/jac/dkab093
- The WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association Between Administration of IL-6 Antagonists and Mortality Among Patients Hospitalized for COVID-19. *JAMA*. Published online July 6, 2021. doi:10.1001/jama.2021.11330
- <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-who-recommends-life-saving-interleukin-6-receptor-blockers-for-covid-19-and-urges-producers-to-join-efforts-to-rapidly-increase-access> Aksesi i fundit më 31 korrik 2021
- Guimarães PO, Quirk D, Furtado RH, et al. Tofacitinib in Patients Hospitalized with Covid-19 Pneumonia. 29 July 2021. *N Engl J Med* 2021; 385:406-415. Doi: 10.1056/NEJMoa2101643
- Evaluation of the Safety of CD24-Exosomes in Patients With COVID-19 Infection. *ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04747574* <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04747574>

INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË, TË DATËS 16 PRILL 2021

Më datë 16 Prill 2021 pranë Hotel “XHEKO IMPERIAL” Salla “Meeting Room (medium)” Tiranë u zhvillua mbledhja vjetore e Këshillit Kombëtar të UMSH-së.

Rendi i ditës u përqëndrua tek *Sfidat e të ardhmes bazuar në arritjet e deritanishme të UMSH-së* – mbajtur nga Presidenti i UMSH-së, Dr. Fatmir Brahimaj.

Në këtë raport u paraqit puna e Këshillit Kombëtar, si dhe e Këshillave Rajonale për vitet 2015-2020, arritjet dhe vështirësitë e hasura gjatë mandatit të 5-të të tij.

Në fjalën e tij, Presidenti Brahimaj theksoi se: *‘Objekti kryesor ka qenë dhe mbetet realizimi i misionit dhe funksionimit të gjithë elementëve struktural në vend dhe se mandati që kaluam përkufizohet i vështirë, por jo pa arritje të rëndësishme’*.

Mandati i pestë i Këshillit Kombëtar të UMSH-së u bazua në tre kollona të rëndësishme:

- Korniza ligjore e përcaktuar nga Kuvendi i Shqipërisë;
- Përvoja e dy dekadave veprimtari dhe në partneritet me institucionet shëndetësore publike dhe private;
- Bashkëpunimi me homologët ndërkombëtarë.

Sigurisht u hasën shumë vështirësi që në fillim të këtij mandat si rezultat i një procesi gjyqësor nga militantë, në kundërshtim të hapur ligjor për pozicionin e pretenduar, por me një prapavijë mbështetëse politike dhe të pushtetshme. Fatmirësisht, rregullsia e zgjedhjeve të vitit 2015 u konfirmua nga Gjykata Administrative e Apelit me vendim unanim të trupës gjyqësore.

Gjatë këtij mandati të gjitha strukturat e UMSH-së ngritën tre grupe pune për tre objektiva kryesorë si: Rishikimi dhe hartimi i dokumenteve bazë të Urdhrit gjë që ja impononte Ligji i ri i UMSH-së, përgatitja e seminareve për kualifikimin e strukturave të reja rajonale, si dhe të trupave të gjykimit profesional dhe përcaktimin e problemeve që Urdhri i Mjekëve do të ndiqte me përparësi siç janë kriza e besimit të publikut ndaj bluzave të bardha, ruajtja e pavarësisë së organizmave profesionale mjekësore, migrimi i mjekëve.

Dr. Brahimaj, gjithashtu u ndal edhe në problematikën e krediteve të mjekëve sidomos gjatë pandemisë dhe gjetjen e një zgjidhje sa më efikasë, me ankesat e mbërritura pranë UMSH-së gjatë mandatit 2015-2020 dhe një vend të veçantë në këtë raport zuri pandemia COVID – 19 dhe vështirësitë që hasën bluzat e bardha.

Pas diskutimeve të anëtarëve të Këshillit Kombëtar mbi raportin e paraqitur, mbledhja vijoi me relacionin e realizimit të të ardhurave dhe shpenzimeve për vitin 2020 dhe propozimet mbi buxhetin 2020. Relacion ky i paraqitur nga Znj. Elida Ymeraj, specialiste e Sektorit të Administratës dhe Financës.

Me shumicë votash u miratua Buxheti për vitin 2021.

Më pas u vijua me prezantimin dhe votimin nga ky Këshill të Komisionit Kombëtar të Gjykimit Disiplinor Profesional (Apeli), i cili u votua unanimisht për mandatin 2021-2026.

Anëtarët e Komisionit Kombëtar të Gjykimit Disiplinor Profesional 2021-2026

1. Dr. ZYDI ESHJA	Gjinekologji	9. Dr. ALI REFATLLARI	Kardio-Kirurgji
2. Dr. FERIT ZAVALANI	Pediatri	10. Dr. MONIKA FIDA	Dermatologji
3. Dr. ZAMIR DEMIRAJ	Ortopedi	11. Dr. KLEVIS THOMAI	ORL
4. Dr. ENKELEJDA NELAJ	Lab.Biokimik	12. Dr. SOKRAT XHAXHO	Neurologji
5. Dr. ARBEN NDREU	Anestezi-Reanimacion	13. Dr. DIAMANT LULAJ	Kardiologji
6. Dr. ARJAN MEZINI	Pneumologji	14. Znj. ANTONETA NJEHRRENA	Jurist
7. Dr. AJET BAKIU	Kirurgji e Përgjithshme	15. Z. REZAR VAQARRI	Jurist
8. Dr. THANAS GJIKAJ	Nefrologji		

KORNIZA E KONSENSUSIT MBI TRANSFORMIMIN DIXHITAL TË SHËNDETËSISË

Hartuar dhe publikuar nga:

- CED – Këshilli Evropian i Dentistëve
- CPME – Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropianë
- EFN – Federata Evropiane e Shoqatave të Infermierëve
- PGEU – Grupi Farmaceutik i Unionit Evropian
- EPF – Forumi i Pacientëve Evropianë

Në këtë Kornizë Konsensusi CED, CPME, EFN, EPF dhe PGEU përshkruajnë rekomandimet e kryesore të përbashkëta për transformimin dixhital në mbështetje të kujdesit shëndetësor cilësor për pacientët. Ky kuadër konsensusi nuk synon të jetë gjithëpërfshirës dhe as nuk përbën një politikë të vetme të përbashkët të organizatave të përfshira. Politikat individuale të CED, CPME, EFN, EPF dhe PGEU të përshkruara në seksionin e burimeve përcaktojnë angazhimet e hollësishme të secilës organizatë dhe ofrojnë informacione dhe udhëzime më të larmishme dhe të thelluara.

Preambul

Teknologjitë dixhitale dhe aplikimet e tyre në sektorin e shëndetësor po zgjerohen shpejt. Qeveritë gjithnjë e më shumë po adoptojnë përdorimin e teknologjive dixhitale në sektorin shëndetësor, duke eksploruar në këtë mënyrë përdorimin e të dhënave për vendimmarrje, dhe duke marrë në konsideratë zgjidhje të reja për të forcuar sistemet e tyre shëndetësore⁽¹⁾. Megjithatë, pa një kornizë të përshtatshme dhe të zbatueshme ligjore, teknologjitë dixhitale mund t'ju hapin derën praktikave të paligjshme dhe abuzimit duke rrezikuar sigurinë e pacientit, ose duke dëmtuar të drejtat e pacientit. Ky kërcënim është shtuar gjatë pandemisë së COVID-19, e cila ka rezultuar në një rritje të përdorimit të shërbimeve shëndetësore dixhitale dhe ofrimit në internet të produkteve të kujdesit shëndetësor. Një numër jo i vogël kërkimesh të kryera nga autoritete të ndryshme kombëtare, ilustronjë çënueshmërinë e konsumatorëve përkundrejt furnizimit të paligjshëm të produkteve të lidhura me koronavirusin nga platforma të ndryshme në internet⁽²⁾.

CED, CPME, EFN, EPF dhe PGEU pranonjë vlerën e inovacionit dixhital në sjelljen e përfitimeve për qytetarët, pacientët dhe sistemet shëndetësore. Ne besojmë se dixhitalizimi mund të mbështesë profesionistët e kujdesit shëndetësor në ofrimin e shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë. Mjekët, infermierët, dentistët dhe farmacistët e komunitetit përdorin teknologjitë dixhitale çdo ditë, p.sh.: kur lëshojnë ose shpërndajnë receta elektronike duke hyrë në të dhënat elektronike të shëndetit dhe ilaçeve, duke kontrolluar ndërveprimet mes ilaçeve ose duke siguruar mbështetje përmes një aplikacioni në celular ose telehealth (teleshëndet). Ata gjithashtu mbledhin dhe gjenerojnë prova të botës reale që mund të kontribuojnë në politikën shëndetësore të bazuara në prova dhe praktikën më të mira në kujdesin ndaj pacientit. Mjetet dixhitale mund t'i fuqizojnë pacientët që të përfshihen më aktivisht në kujdesin e tyre shëndetësor dhe të rrisin komunikimin me profesionistët e kujdesit shëndetësor.

CED, CPME, EFN, EPF dhe PGEU mirëpresin propozimin për të krijuar një Hapësirë Evropiane të të Dhënave Shëndetësore (EHDS) si një mundësi për të promovuar ndarjen e të dhënave shëndetësore⁽³⁾ përtej kufijve për të mundësuar diagnoza më të personalizuar, këshilla dhe trajtime mjekësore inovative. Shkëmbimi i të dhënave shëndetësore duhet të shoqërohet me masa të forta ligjore dhe siguri. Struktura gjithëpërfshirëse të qeverisjes dhe transparencja janë thelbësore për të

mbikëqyrur përdorimin dhe ri-përdorimin e të dhënave shëndetësore. CDE, CPME, EFN, EPF dhe PGEU gjithashtu njohin potencialin e Big Data dhe Inteligjencës Artificiale (AI) për sistemet shëndetësore evropiane dhe i konsiderojnë këto teknologji si një mjet të dobishëm për të mbështetur praktikën profesionale.

Profesionistët shëndetësorë mbeten një burim i besueshëm i informacionit të besueshëm dhe të pavarur shëndetësor për pacientët. Ata kanë detyrime etike dhe ligjore për të mbrojtur të dhënat personale sensitive. Kjo përfshin detyrimet e privatësisë dhe konfidencialitetit. Mjekët, infermierët, dentistët dhe farmacistët e komunitetit janë çelësi për të lidhur pacientët dhe sistemet shëndetësore, dhe për të siguruar që pacientët janë të mirë-informuar se si përdoren të dhënat e tyre të kujdesit shëndetësor për të përmirësuar sigurinë dhe cilësinë e trajtimit të tyre. Perspektiva e pacientit është thelbësore për të siguruar që mjetet të zhvillohen bashkë me vetë pacientët dhe të shtojnë vlerat për ta. Profesionistët e shëndetit dhe pacientët janë pra, referenca kryesore në formulimin e politikave të BE-së për teknologjitë dixhitale në shëndetësi. Është këndvështrimi ynë që kur të shqyrtojmë ndikimin e masave të propozuara në nivelin e BE që ndikojnë në shëndet, objektivat ekonomike nuk duhet të mbizotërojnë mbi cilësinë e kujdesit, qasjen në kujdes dhe sigurinë e pacientit.

Këshilli i Stomatologëve Evropianë (CED) është një shoqatë evropiane jofitimprurëse që përfaqëson mbi 340,000 praktikues të dhëmbëve në të gjithë Evropën përmes shoqatave dhe dhomave kombëtare të dhëmbëve në 30 vende evropiane.

Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropianë (CPME) përfaqëson 38 shoqata mjekësore kombëtare në të gjithë Evropën, duke u dhënë zë mbi 1.6 milion mjekëve.

Federata Evropiane e Shoqatave të Infermierëve (EFN), përfaqëson 36 Shoqata Kombëtare të Infermierëve në nivelin Evropian dhe interesat e saj për Institucionet Evropiane.

Forumi Evropian i Pacientëve (EPF) është një organizatë që numëron 77 anëtarë që përfaqësojnë organizata të pacientëve në të gjithë Evropën dhe në të gjithë fushat e sëmundjeve.

Grupi Farmaceutik i Bashkimit Evropian (PGEU) është shoqata që përfaqëson 400,000 farmacistë të komunitetit në 32 vende evropiane.

Rekomandimet tona kryesore

1. Shëndeti Dixhital – Besimi i Qytetarëve është Thelbësor

- Garantoni një nivel të mbrojtjes së të dhënave dhe pajtueshmëri të plotë me etikën profesionale në shëndetin dixhital⁽⁴⁾. Pritet që adoptimi i të dhënave në sasi të mëdha dhe teknologjive të ngjashme analitike në kujdesin shëndetësor do të ndryshojnë qeverisjen, cilësinë, sigurinë, standardet, privatësinë dhe pronësinë e të dhënave. Për të ruajtur besimin, do jetë thelbësore që mbledhja e të dhënave shëndetësore të bëhet në përputhje me Rregulloren e Përgjithshme të Mbrojtjes së të Dhënave (GDPR), kornizën e ardhshme rregullatore të BE-së për AI⁽⁵⁾ si dhe etikën profesionale.
- Përfshini këshillat e profesionistëve shëndetësorë, krahas pikëpamjeve të pacientëve në hartimin dhe vlerësimin e shëndetit dixhital (politikat, shërbimet dhe teknologjitë) për të përmirësuar efikasitetin e rrjedhës së punës, duke promovuar efektivitetin e trajtimit dhe duke ofruar cilësinë më të lartë të kujdesit shëndetësor për pacientët. Bashkë-krijimi i shëndetit dixhital, nga politika tek inovacioni teknologjik, duhet të ngulitet si një parim thelbësor ‘që në dizejnim’.
- Zhvillimi i standardeve të qarta dhe kriterëve ligjore të detyrueshme të vlerësimit për të siguruar transparencën e sistemeve të AI në kujdesin shëndetësor. Kontrollat transparente, të vërtetuara klinikisht të AI dhe kontrollat sistematike të cilësisë mund të nxisin pranimin dhe besimin tek përdoruesit e sistemeve të AI. Kjo duhet të shoqërohet me mekanizma të qartë të përgjegjësisë, duke ofruar mbrojtje adekuatë në rast të gabimeve ose keqpërdorimit të AI në kujdesin shëndetësor.
- Ofroni trajnime mbi teknikat dhe qasjet e AI (p.sh.: të mësuarit të vazhdueshëm), duke filluar në nivelin universitar, i cili duhet të mbështetet nga strukturat e duhura në mjedisin praktikues. Profesionistët duhet të trajnohen si duhet dhe të mbështeten financiarisht gjatë prezantimit dhe zbatimit të sistemeve të AI në mjediset e kujdesit shëndetësor.

- Hartimi dhe implementimi i politikave dhe iniciativave të përzgjedhura dhe efektive që synojnë përmirësimin e njohurive të shëndetit dixhital (dhe të të dhënave) për qytetarët dhe pacientët. Ndërgjegjësimi dhe kuptimi të shëndetit dixhital dhe të dhënave të shëndetit janë të dobishme në ndërtimin e besimit dhe mundësojnë shfrytëzim më të mirë dhe më të sigurtë të shërbimeve shëndetësore dixhitale dhe inovacionit, në veçanti nga njerëzit me më pak njohuri në shëndetin dixhital.
- Komunikoni dhe bashkëpunoni midis pacientëve, profesionistëve shëndetësorë dhe zhvilluesve të ICT (programeve kompjuterike) për të realizuar potencialin e plotë të sistemeve shëndetësore dixhitale. Kur hartohen udhërrëfyes, politikëbërësit thirren që të përfshihen dhe konsultohen në mënyrë domethënëse me përdoruesit e tyre. Sistemet që lehtësojnë identifikimin e zgjidhjeve të besueshme dhe të sigurta shëndetësore dixhitale (p.sh.: dizenjimin) duhet gjithashtu të konsiderohen si një mjet për të përmirësuar besimin dhe për të nxitur informacionin.

2. Ndarja e të dhënave shëndetësore – Autonomia dhe konfidencialiteti i pacientit janë thelbësore

- Respektoni dinjitetin njerëzor dhe të drejtat e tjera themelore kur ndani të dhëna shëndetësore. Duke ndjekur parimin e autonomisë së pacientit, pacienti ka të drejtën e vetëvendosjes, të marrë vendime të lira në lidhje me vetveten. Pacienti ka të drejtë të japë ose jo pëlqimin jo vetëm për çdo procedurë diagnostike ose terapi mjekuese, por edhe para se të ofrohen të dhënat e tij/saj shëndetësore për palët e treta, p.sh.: studiuesit, qeveritë ose kompanitë e sigurimeve – përveç nëse ekziston një justifikim i duhur i ligjshëm në përputhje me rregullat e GDPR.
- Mos diskriminoni njerëz për shkak të gjenomit. Përdorimi i të dhënave gjenetike për qëllime sigurimi shëndetësor, bankar, drejtësi penale, arsimim ose punësim nuk duhet të lejohet asnjëherë.
- Informoni pacientët se kush do ketë qasje në të dhënat e tij/saj shëndetësore kur marrin pëlqimin për të ndarë të dhëna shëndetësore, duke siguruar që të dhënat shëndetësore të përdoren në mënyrë shkencore dhe etikisht e pranueshme. Procedurat e transparencës dhe sigurisë në lidhje me aksesin në të dhënat shëndetësore janë të një rëndësie të madhe.
- Sigurojuni pacientëve kontroll dhe shikueshmëri të plotë në të dhënat e tyre elektronike shëndetësore, gjithashtu në mënyrë që të verifikoni korrektësinë e tyre në dialog të vazhdueshëm me profesionistët e kujdesit shëndetësor.
- Merrni parasysh pakësimin e riskut dhe njohurive shëndetësore të lidhura me privatësinë dhe konfidencialitetin profesional pasi shumë të dhëna shëndetësore janë të ekspozuara në platformat online, mediat sociale dhe aplikacione.
- Aktivizoni përshkrimet elektronike në nivelin kombëtar dhe ato ndërkombëtare. Bëni sistemin miqësor dhe të integruar për përdoruesit në një sistem të përbashkët elektronik të të dhënave shëndetësore (EHR), duke i lejuar profesionistët shëndetësorë të kenë informacionin e nevojshëm për pacientin. Sistemi duhet gjithashtu të dizajnohet për të shmangur boshllëqet e mundshme në aksesin e informacionit për pacientët.

3. Sigurimi Online i Barnave – Siguria dhe të Drejtat e Pacientëve janë Thelbësore

- Përdorni sigurimin online të ilaçeve vetëm për të plotësuar veprimet ballë për ballë midis profesionistëve shëndetësorë dhe pacientëve. Sigurimi në internet i ilaçeve nuk zëvendëson komunikimin personal dhe marrëdhëniet pacient-profesionist shëndetësor, të cilat duhet të vazhdojnë dhe të sjellin përfitime për popullatat lokale.
- Ndiqni të njëjtat parime thelbësore etike dhe respektoni të njëjtat standarde profesionale në shpërndarjen në internet të barnave si me shpërndarjen ballë për ballë. Duhet të operohet njësoj midis platformave online dhe ofruesve tradicionalë jashtë jo online. Platformat komerciale nuk mund të jenë gjithmonë të përshtatshme për qëllimin, as të jenë plotësisht në përputhje me ligjin e BE-së për mbrojtjen e të dhënave, ose të integrohen lehtësisht në regjistrat ekzistues elektronikë të shëndetit. Për më tepër, zgjidhjet dixhitale të ofruara mund të mos udhëhiqen gjithmonë nga përmirësimet e cilësisë së kujdesit⁽⁶⁾.
- Deklaroni çdo konflikt interesi. Sigurimi online i barnave duhet të kryhet nga profesionistë të shëndetit me qëllim të përmirësimit të cilësisë së shëndetit dhe jo nga motivimet komerciale.
- Garantonitë sigurinë dhe cilësinë e kujdesit ndaj pacientit sipas nivelit të mbrojtjes të përcaktuar nga shteti ku është rezident pacienti. Pacientët duhet të jenë në gjendje të mbështeten në faktin se rregullat e shpërndarjes, si dhe standardet e cilësisë dhe sigurisë së shtetit të tyre respektohen

pavarësisht nga forma jashtë ose në internet që përdoret për të marrë barnat e tyre.

- Futja e bashkëpunimit efektiv dhe procedurave të zbatimit për çështjet ndërkufitare në ligjin e BE kur sigurohet një mbikëqyrje e duhur mbi sigurimin në internet të barnave.
- Forconi përgjegjësinë e ofruesve në internet dhe platformave që ofrojnë barna online; p.sh.: rritje të ndërgjegjësimit për logon e BE-së që identifikon shitësit e ligjshëm të ilaçeve në internet, ndjekjen aktive të tregjeve që nuk respektojnë rregulloret dhe kërkesat ligjore nga autoritetet kompetente.
- Përmirësoni zbatimin e rregullave të BE-së dhe atyre kombëtare që mbrojnë pacientët dhe shëndetin publik duke siguruar që praktikatat e paligjshme zbulohen, ndalohen dhe sanksionohen me shpejtësi – çfarë është i paligjshëm offline është i paligjshëm edhe në internet.

4. Shërbimet e telemjekësisë dhe telehealth –

Siguria e pacientit dhe të drejtat e pacientit janë thelbësore

- Përdorni shërbime telemjekësore dhe më gjerë telehealth për të plotësuar konsultimet ballë për ballë. Telemedicina dhe telehealth mund të jenë një mjet i dobishëm në skenarë të caktuar klinikë, të tilla si: përmirësimi i aksesit në barnat mjekësore dhe ekspertizë të specializuar shëndetësore, ose kur distanca e shërbimit shëndetësor dhe lëvizshmëria e pacientit janë problem. Shërbimet telemjekësore dhe telehealth nuk mund të zëvendësojnë ndërveprimin personal dhe ekzaminimin fizik të kryer nga profesionistët e shëndetit.
- Ndiqni të njëjtat parime themelore etike dhe përmbajuni të njëjtave standarde profesionale në telekonsultimet si dhe në konsultat ballë për ballë.
- Mos lejoni që faktorët komercialë të ndikojnë në shërbimet e telemjekësisë dhe telehealth. Platformat komerciale mund të mos jenë gjithmonë të përshtatshme për të përmbushur qëllimin, as të jenë plotësisht në përputhje me ligjin e BE-së për mbrojtjen e të dhënave, ose të integrohen lehtësisht në regjistrat ekzistues elektronikë të shëndetit. Për më tepër, zgjidhjet dixhitale të ofruara jo gjithmonë mund të nxiten nga përmirësimet në cilësinë e kujdesit⁽⁷⁾.
- Mos e përdorni shërbimin e telemjekësisë dhe telehealth si një masë kursimi të kostos për të justifikuar mbylljen e mjediseve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht në zonat më pak të populluara. Shërbimet e telemjekësisë dhe telehealth duhet të kryhen nga klinikistët me qëllim për të përmirësuar cilësinë e kujdesit dhe jo nga motive tregtare – çdo konflikt interesi duhet të deklarohet qartësisht.
- Vendosni platforma të sigurta dhe të qëndrueshme që mbrojnë konfidencialitetin e pacientit. Shërbimet e telemjekësisë dhe telehealth që përmirësojnë sigurinë e pacientit, cilësinë e kujdesit dhe efikasitetin duhet të mbështeten me investime qeveritare dhe shërbime të rimbursuara në mënyrë të duhur si pjesë e katalogut të shërbimeve shëndetësore.
- Vendosja e bashkëprodhimit me pacientët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor në hartimin, zhvillimin dhe miratimin e shërbimeve të telemjekësisë dhe telehealth do të realizohet vetëm nëse ato u përgjigjen me të vërtetë nevojave të pacientëve dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor.
- Telemedicina dhe telehealth duhet të zhvillohen duke mbajtur gjithmonë parasysh nevojat dhe mundësinë e aksesit për qytetarët dhe pacientët. Sfidat e mundshme të tilla si mangësitë në edukimin shëndetësor, qasja teknike në aksesin dixhital dhe platforma dixhitale duhet të merren në konsideratë, dhe për të shmangur qasjet e një shërbimi të njëjtë që mund të përkeqësojnë pabarazitë. Aktivitetet e dedikuara të informim/edukimit shëndetësor duhet të merren në konsideratë për të mbështetur përdorimin e barabartë të sigurtë dhe të informuar të telemjekësisë dhe telehealth.
- Forconi në mënyrë të përshtatshme aftësitë dixhitale të profesionistëve shëndetësorë dhe mbështetini ata me udhëzime të qarta që lidhen me specialitetin e tyre.

BURIMET:

CED

- o CED Resolution on Artificial Intelligence in Dentistry, **Nëntor 2020**
- o CED Resolution on Dental Data Set and Access to Health Records, **Nëntor 2019**
- o CED Resolution on Data Sharing as part of eHealth, **Nëntor 2018**
- o CED Resolution on eHealth, **Nëntor 2012**

ETIKË DHE DEONTOLOGJI |

CPME

- o CPME Policy on the European Health Data Space – Focus on Health Research and Policy Making, **Mars 2021**
- o CPME Policy on Telemedicine, **Mars 2021**
- o CPME Policy on Digital Competencies for Doctors, **Nëntor 2020**
- o CPME Statement on Online Advertising of Unhealthy Products for the Digital Services Act Public Consultation, **Shtator 2020**
- o CPME Policy on AI in Health Care, **Nëntor 2019**
- o CPME endorses the WMA Declaration of Taipei on ethical considerations regarding health databases and biobanks, **Prill 2017**
- o CPME Policy on mobile health, **Tetor 2015**

EFN

- o EFN Position Statement on Nurses Co-Designing Artificial Intelligence Tools, **Prill 2021**
- o EFN Policy Statement on Nurses Digital Competencies, **Nëntor 2019**
- o EFN Policy Statement on End-User Co-Designing EU Digital Health Systems, **Tetor 2019**
- o EFN Position Paper on Public Health Virtual Coaching, **Mars 2017**
- o EFN Position Paper on Robotics in Nursing, **Mars 2017**
- o EFN Report on Digitalisation (EFN European Parliament Event 05/02/2020), **Shkurt 2020**
- o eHealth Stakeholder Group report on 'eSkills and Health workforce', **Nëntor 2014**
- o Leveraging the trust of nurses to advance a digital agenda in Europe: a critical review of health policy literature (By Paul De Raeve, at AI, Open Research Europe, **Maj 2021**)
- o Digitalizing the healthcare ecosystem in the European Union (Paul De Raeve, Ricardo Jardim-Gonçalves, *Health Europa Quarterly* – Issue 13, **Maj 2020**, pp14-17)
- o The world of cloud-based services: storing health data in the cloud (By Paul De Raeve, *Health Europa*, **Gusht 2019**)
- o Three million EU nurses leading digitalization! (By EFN, Open Access Government, **Dhjetor 2017**)
- o EFN response to the EC consultation on the European Health Data Space (EHDS) (**Maj 2021**)
- o EFN response to the EC consultation on the European health data space inception impact assessment (**Janar 2021**)
- o EFN response to the EC Consultation on the White Paper on Artificial Intelligence – A European Approach (**Prill 2020**)
- o EFN response to the EC Consultation on Transformation Health & Care in the Digital Single Market (**Gusht 2017**)
- o EFN response to the EC Consultation on eHealth Action Plan 2011-2020 (**Maj 2011**)

EPF

- o EPF response to EC European Health Data Space Feedback Consultation, **Shkurt 2021**
- o EPF response to EC Data Governance Act Feedback Consultation, **Shkurt 2021**
- o EPF response to EC Data Strategy Consultation, **Qershor 2020**
- o EPF response to EC Artificial Intelligence White Paper, **Qershor 2020**
- o EPF Briefing Paper on AI and Big Data, **Maj 2020**
- o **EPF Policy page on Digital Health and Data Protection (including EPF GDPR Papers)**

PGEU

- o PGEU Position paper on the Digital Services Act, **Shtator 2020**
- o PGEU collection of examples of illegal conduct regarding the online supply of medicines, **Mars 2021**
- o PGEU response to EC Roadmap on Artificial Intelligence, **Gusht 2020**
- o PGEU paper on Big Data and Artificial Intelligence in healthcare, **Shkurt 2019**
- o PGEU feedback on the EC roadmap on the European Health Data Space, **Shkurt 2021**
- o PGEU position paper on digital health, **Qershor 2021**

BIBLIOGRAFIA

1. WHO | New ethical challenges of digital technologies, machine learning and artificial intelligence in public health: a call for papers.
2. See PGEU collection of examples of illegal conduct regarding the online supply of medicines
3. For the purposes of the Consensus Framework 'health data' are understood as 'data concerning health' within the meaning of Art. 4 (15) GDPR: "data concerning health" means "personal data related to the physical or mental health of a natural person,
4. Digital health is a broad umbrella term that refers to "the use of information and communication technologies in medicine and other health professions to manage illnesses and health risks and to promote wellness [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470260/>]." According to the World Health Organization (WHO), the term encompasses electronic health (eHealth) and developing areas such as "big data", genomics and artificial intelligence to strengthen health systems and public health, increase equity in access to health services and work towards universal health coverage [<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/digital-health>]. This definition also includes telehealth, telemedicine and mobile health (mHealth).
5. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/proposal-regulation-laying-down-harmonised-rules-artificial-intelligence-artificial-intelligence> including the provision of health care services, which reveal information about his or her health status".
6. An example of this threat is an ongoing investigation launched in July 2020 by the Polish data protection authority as a result of a complaint lodged by the Polish Ministry of Health regarding illegal access by a big online marketplace to e-prescription records through the public authority database. If confirmed, this practice would have enabled such an online platform to profile patients based on such sensitive data with mere commercial purposes. See official press release [here](#).
7. Ibid.

VAKSINA COVID-19 NË NJË KËNDVËSHTRIM BIOETIK

Prof. Dr. Bardhyl Çipi

Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

1. HYRJE

Shkenca e bioetikës, që ka mbi 50 vite që ka lindur, për fat të keq ka mbetur ende e panjohur nga publiku i gjerë si tek ne ashtu dhe në vendet e tjera (Abtroun, Jones, 2021).

Bioetika mund të konsiderohet si zhvillim i mëtejshëm i Etikës, Deontologjisë, të Drejtës Mjekësore, Mjekësisë Ligjore, etj... Të gjitha këto disiplina kanë si qëllim të përbashkët respektimin dhe mbrojtjen e të drejtave të njeriut (Çipi, 2005).

Në dallim nga këto disiplina, bioetika ka në fokus të saj shqyrtimin dhe zgjidhjen e qëndrimeve që duhet të mbajë njerëzimi ndaj zhvillimeve të reja në rang botëror, si ato pozitive ashtu dhe ato negative, ku në këto të fundit mund të përfshihet edhe ato ndaj pandemisë Covid-19.

Për këtë arsye, fryma bioetike në shqyrtimin e kësaj pandemie, që ka të bëjë më shumë me përpjekjet për gjetjen e një balance sa më të drejtë ndërmjet masave mbrojtëse ndaj kësaj sëmundjeje shumë të rrezikshme infektive dhe respektimit e mbrojtjes së lirive individuale, ka një rol të rëndësishëm (Abtroun, Jones, 2021).

Nga ana tjetër një veçori e bioetikës është edhe karakteri i saj ndërdisiplinor, që përcaktohet nga fakti se në shqyrtimin e çështjeve të saj marrin pjesë specialistë të fushave të ndryshme nga shkencat sociale, filozofia, drejtësia, mjekësia, infermiera, ekonomia, etj... (Abtroun, Jones, 2021).

Prandaj roli i saj në krizën e sotme të krijuar, do të jetë i vlefshëm për të ndihmuar si mjekët klinikistë të sëmundjeve infektive, epidemiologë, ashtu dhe ata që marrin vendime për qëndrimet që duhen mbajtur ndaj situatave të vështira të krijuara nga kjo pandemi.

Një nga këto çështje të rëndësishme është edhe ajo e vaksinës që ka filluar të përdoret sot në të gjithë botën.

2. VAKSINA COVID-19 DHE ROLI I SAJ NË PARANDALIMIN DHE PËRHAPJEN E KËSAJ SËMUNDJEJE

Një vit e gjysmë pas shfaqjes së pandemisë botërore të COVID-19 që shkaktoi vdekje të panumërta dhe një shkatërrim të madh të ekonomisë në të gjitha vendet, vihet re një pakësim i dukshëm i rrezikut prej saj. Kjo ka ndodhur, për shkak të daljes së një vaksine të re që po e lufton me sukses përhapjen e kësaj sëmundjeje të rëndë ngjitëse.

Vaksina COVID-19 vepron në tre drejtime kryesore (Gupta, Morain, 2021).

- pakëson sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e kësaj sëmundjeje,
- minimizon pasojat e kësaj pandemie në infrastrukturën sociale dhe ekonomike të vendeve të ndryshme,
- ngushton sa më shumë që të jetë e mundur pabarazitë në sigurimin e ndihmës mjekësore të vendeve të pasura ndaj atyre të varfra si dhe popullatave të marginalizura për arsye sociale, etnike, etj...

Por shpejtësia me të cilën kjo vaksinë e re është prodhuar dhe shpërndahet, ka bërë që të dalin probleme të tjera të karakterit bioetik, ku në radhë të pare është ai i qenies ose jo të sigurt të

vaksinës, në kuptimin që dëmtimet e ndodhura nga përdorimi i gjerë i saj të jenë të parëndësishme ndaj rreziqeve të kësaj sëmundjeje; ai i detyrimit të shpërndarjes së saj edhe për vendet më pak të zhvilluara, në dyshimin se mos përdorimi në masë të gjerë i kësaj vaksine po kryhet në kundërshtim me parimet e Kodit të Nürenberg-ut (dokumenti i parë juridik ndërkombëtar i bioetikës), etj... (Sheather, 2020).

Cilat janë mekanizmat e veprimit të vaksinave Covid-19? (Çipi, 2020)

Vaksina Covid-19 e ndihmon trupin e njeriut që të formojë imunitet ndaj këtij virusi, pa shfaqjen e kësaj sëmundjeje.

Prekja nga ky virus, do të pasohet me reagimin e sistemit imunitar të njeriut, në radhë të parë me anën e limfociteve B, që prodhojnë antitrupe specifike për këtë virus (imunoglobulinat), që i përkasin imunitetit humoral dhe limfocitet T që prodhojnë citokinat, që i përkasin imunitetit qelizor.

Në fakt, një pjesë e limfociteve T kanë si funksion të kapin një qelizë të infektuar nga ky virus, të depërtojnë membranën e saj dhe t'i injektojnë citokinat, produkte kimike që e shkatërrojnë këtë qelizë. Pra, virusi në këtë infeksion nuk strehohet dhe as nuk replikohet brenda limfociteve T. Nuk duhet harruar që citokinat që prodhojnë këto limfocite, ndihmojnë edhe në pjekjen e limfociteve B dhe prodhimin e antitropave prej tyre.

Por nganjëherë kjo përgjigje imunitare e trupit të njeriut nga ky virus, mund të shoqërohet me avancim të madh të infeksionit, pavarësisht se shumica e viruseve janë larguar nga trupi i njeriut dhe si rrjedhim kemi shtim të prodhimit të citokinave, gjë që e rëndon gjendjen e këtyre pacientëve, duke u shoqëruar me një prekje të rëndë të mushkërive: sindroma e detresit respirator (Prifti, 2020).

Reagimi i trupit të njeriut ndaj këtyre viruseve do të shoqërohet me formimin e imunitetit që nënkupton aftësinë që ka trupi i njeriut për t'i rezistuar një prekjeje të re nga këto sëmundje në një kohë të mëvonshme, kjo për arsye, se në trupin e njeriut, një pjesë e këtyre limfociteve që kanë luftuar këto infeksione kthehen në qeliza të kujtesës që do të veprojnë në rastin e një sulmi të ri nga këto viruse (imuniteti), gjë që mund të arrihet edhe me anën e vaksinimit përkatës (Wessner, 2020).

Krijimi i vaksinës favorizohet nga fakti se ky virus paraqet një mutacion shumë më të ulët në krahasim me HIV, nga ana tjetër gjenomi i virusit nuk integrohet me gjenomin e qelizës humane strehuese; më në fund tek njeriu përgjigja imunitare është shumë e fortë ndaj këtij virusi (Çipi, 2020; Didier, 2020; Wessner, 2020).

Vaksinat që përdoren sot, ofrojnë mënyra të ndryshme mbrojtjeje, por rezultati përfundimtar i tyre, është formimi i limfociteve T (të kujtesës) dhe limfociteve B që prodhojnë antikorpet që luftojnë këtë virus.

Zakonisht duhen disa javë që trupi i njeriut të prodhojë këto limfocite pas vaksinimit. Për këtë arsye, njeriu mund të preket nga kjo sëmundje, si përpara vaksinimit ashtu dhe pas saj, kjo sepse vakcina nuk ka pasur kohën e nevojshme për të krijuar mbrojtjen e saj.

Nganjëherë pas vaksinimit, procesi i krijimit të imunitetit mund të shoqërohet me simptoma si: ethe, etj., por që konsiderohen normale gjatë krijimit të imunitetit.

Llojet e shumta të vaksinave COVID-19, që janë mbi 50 ato më kryesoret, e krijojnë imunitetin e njeriut ndaj kësaj sëmundjeje në mënyra të ndryshme (Center for Disease and Prevention, 2020):

- Vaksinat me virus që janë më të vjetrat, përmbajnë një virus të dobësuar ose një virus të vrarë (të inaktivizuar), si p.sh.: vaksinat kineze.

- Vaksinat me vektorë viralë që përdorin jo virusin COVID-19, por viruse të tjera të padëmshme për njeriun, (vaksina astrazeneka) të cilët janë transformuar dhe u janë shtuar një pjesë të virusit Covid-19. Kjo metodë ka përparësi se vepron në një numër sa më të madh të llojeve të ndryshme të viruseve.
- Vaksinat me subunitete proteinike që përmbajnë pjesë të virusit COVID-19 të dobësuar, në vend të virusit të plotë, si vaksina Pfizer. Pas vaksinimit, sistemi imun i njeriut i njeh këto proteina që nuk i përkasin atij dhe fillon menjëherë prodhimin e limfociteve B dhe limfociteve T (Corum & Zimmer, 2021).

Shumica e vaksinave merren me dy doza. Doza e parë fillon shfaqjen e mbrojtjes, ndërsa e dyta disa javë më vonë siguron mbrojtjen më të madhe ndaj këtij virusi.

Ndikimi i vaksinës COVID-19 në shfaqjen e mutacioneve të koronavirusit (Harris, 2021)

Mutacionet që pëson virusi COVID-19 mund të pakësojnë veprimin mbrojtës të vaksinës, siç ka ndodhur me shfaqjen e varianteve të reja jug-afrikane apo indiane. Por edhe vaksinat nga ana e tyre mund të ndikojnë në shfaqjen e mutacioneve virale.

Ky është një fenomen që ndodh shpesh në mjekësi, ku shumë bakterie gradualisht evoluojnë për t'u adaptuar ndaj veprimit të antibiotikëve, duke u krijuar të ashtuquajturat shtamet rezistence të tyre.

Edhe për viruset ndodh një fenomen i tillë por jo i njëjtë. Kur një virus COVID-19 sulmon një person, sistemi imunitar i tij përgjigjet. Karshi kësaj përgjigjeje, virusi reagon, duke pësuar mutacione gjatë riprodhimit të tij. Në qoftë se ndonjë nga këto viruse të reja të krijuara pas këtyre mutacioneve, i shpëtojnë përgjigjes imunitare të njeriut, ato ka shumë mundësi të mbijetojnë dhe të infektojnë persona të tjerë. Kjo gjë ndodh zakonisht tek personat e pavaksinuar. Ndërsa për ata që vaksinohen, fenomeni i mutacionit të virusit mund të ndodhë në intervalin midis dozës së parë dhe të dytë të vaksinës (kjo e fundit e rrit në maksimum përgjigjen imunitare).

Pra në rastet kur vonohet dhënia e dozës së dytë të vaksinës, sipas kësaj pikëpamjeje do të shpejtohet formimi i viruseve të reja që kanë pësuar mutacione. Por sipas një pikëpamjeje tjetër, sa më të largëta të jenë intervalet midis dy dozave të vaksinave, do të ketë një numër sa më të madh njerëzish me imunitet të pjesshëm, gjë që mund të ngadalësojë përhapjen e virusit. Këto janë ende disa problem të pasqaruara plotësisht.

Ajo që është konfirmuar sot, është fakti që vaksina pakëson rrezikun e sëmundjes dhe vdekjes prej saj, por nuk dihet ende sesa ajo ndikon në përhapjen e virusit nga një person një tjetër (Harris, 2021).

Sidoqoftë, vaksinimi sa më i plotë i popullsisë do të shërbejë për të siguruar një mbrojtje sa më të mirë prej varianteve të reja të virusit, pavarësisht se nuk pengohet që njerëzit të jenë strehues të këtyre formave të reja të viruseve dhe replikimit të tyre (Harris, 2021).

Një tjetër çështje që ndeshet sot në botë, po kështu edhe në vendin tonë, ka të bëjë me faktin që në popullatat e ndryshme po përdoren vaksina të llojeve të ndryshme, ku secila prej tyre stimulon përgjigje imune të veçantë, sipas vaksinës së përdorur. Një dukuri e tillë do të ndikojë pozitivisht për të penguar përhapjen e varianteve të reja të viruseve që kanë pësuar mutacione (Harris, 2021).

Pra, marrja e vaksinës përbën një nga hapat që duhet marrë për t'u mbrojtur, si domosdoshmëri për personat që mund të preken rëndë nga kjo sëmundje. Hapa të tjera mbrojtëse si përdorimi i maskave mbrojtëse, respektimi i distancimit social, do të ndihmojnë për të pakësuar mundësitë për t'u prekur nga ky virus dhe për të penguar transmetimin e tij personave të tjerë (Harris, 2021).

3. Vaksina COVID-19 në këndvështrimin e parimeve bioetike të eksperimentit human

Krijimi i llojeve të ndryshme të vaksinave COVID-19, të kryera me shpejtësi kundër kësaj pandemie të rrezikshme botërore, shqyrtohet edhe nga pikëpamja bioetike, e zbatuar në eksperimentimet humane. Siç dihet, eksperimenti human përbën një nga temat e rëndësishme që i përkasin bioetikës (Çipi, 2005). Sipas saj, **me eksperimentim, në kuptimin e përgjithshëm të këtij termi, do të kuptojmë kryerjen e një prove për të vërtetuar një hipotezë të caktuar. P.sh.: në Mjekësi, hipoteza që një bar është ose jo i efektshëm në një sëmundje të dhënë, do të vërtetohet nëpërmjet të ashtuquajturave “prova klinike” që kryhen tek personat e prekur nga kjo sëmundje, me qëllim për të provuar ose jo efikasitetin e këtij mjekimi.**

Këto prova duhet të kryhen edhe gjatë prodhimit të vaksinave Covid-19.

Në parim, eksperimentimi human nuk kryhet menjëherë tek njeriu. Zakonisht ai fillon me një fazë studimi laboratorik, e cila pasohet me eksperimentimin tek kafshët dhe në fund vjen faza e kryerjes së tij te njeriu: “prova klinike”.

Nga ana e tyre, sipas literaturës amerikane, provat klinike ndahen në katër faza (Çipi, 2005):

Faza e parë konsiston në kryerjen e provave të para të barit eksperimental tek persona vullnetarë dhe që nuk janë të sëmurë, me qëllim për të vlerësuar tolerancën e substancës në funksion të dozës së saj dhe për të verifikuar cilësitë e saj farmakodinamike, d.m.th. modifikimet organike ose funksionale të mundshme, të shkaktuara nga administrimi i kësaj lënde.

Faza e dytë kryhet mbi një grup të vogël të sëmurësh me qëllim për të konfirmuar efikasitetin terapeutik të barit eksperimental, për të vlerësuar interesin e tij si dhe raportin rrezik/përfitim. Njëkohësisht, gjatë këtij përdorimi, përcaktohen te këta të sëmurë edhe parametrat farmakologjikë, në lidhje me thithjen, eliminimin, me qëllim që të përcaktohet rruga më e mirë e marrjes së këtij ilaçi.

Faza e tretë ka të bëjë me krahasimin metodik të këtij mjekimi të ri me mungesën e mjekimit, ose me mjekimet më të mira klasike të mëparshme. Në këtë mënyrë do të arrihet të demonstrohet aktiviteti terapeutik i këtij bari mbi një grup të madh pacientësh, sipas një metode komplekse dhe të përpiktë. Në fakt, kjo fazë i korrespondon ekspertimeve klinike, veprime këto për marrjen e autorizimeve për fabrikimin dhe tregtimin e barnave të reja.

Faza e katërt i korrespondon studimeve epidemiologjike retrospektive, me qëllim për të zbuluar efektet negative të rralla, që mund të shfaqen më vonë.

Këto prova klinike, të paktën tri fazat e para të tyre janë realizuar deri tani edhe për vaksinat COVID-19 me specifikat përkatëse, porse në këtë rast ato janë kryer me shpejtësi, madje për ndonjë prej këtyre llojeve të vaksinave nuk është përfunduar ende faza e tretë e tyre.

Përveç kësaj, për eksperimentimin human, ku mund të përfshihen edhe çështjet e shumta që i përkasin vaksinës COVID-19 duhen zbatuar një sërë rregullash etike, kjo sidomos, në lidhje me përgjegjësinë e shoqërisë për respektimin e të drejtave dhe lirive të njeriut, nëpërmjet konsentit (miratimit), që duhet të jepet nga personi që eksperimentohet ose vaksinohet (Çipi, 2005).

Me këtë rast, unë dua të kujtoj procesin gjyqësor të Nürenberg-ut kundër 20 mjekëve gjermanë, të cilët kishin bashkëpunuar me regjimin nazist. Një pjesë e tyre u dënuan me vdekje, të tjerët me burgime nga 10 deri në 20 vjet. Eksperimentet e tyre kishin të bënin me efektin fiziologjik të lartësive të mëdha, veprimin e të ftohtit në trupin e njeriut, efektin veprues të helmeve të ndryshme,

të serumit antigangrenoz, të hormoneve artificiale, etj..(Çipi, 2005). Në fakt, këto të ashtuquajtura eksperimente, të kryera në kampet naziste të përqëndrimit, pa marrë konsentin e personave të eksperimentuar, të kryera shpesh herë prej personash të papërgatitur, nga pikëpamja shkencore, shumica e tyre kanë qenë pa asnjë vlerë.

Një nga vendimet e këtij procesi të madh gjyqësor ka qënë Kodi i Nürenberg-ut, i cili përbën në fakt deklaratën e parë ndërkombëtare të Etikës Mjekësore. Ky kod përmban 10 pika, në lidhje me kushtet e përgjithshme që duhen zbatuar në rastin e eksperimenteve tek njeriu. Në këtë Kod dhe në Deklaratat e tjera ndërkombëtare: Deklarata e Helsinkit (1964), Deklarata e Tokios (1975), etj., aspektet etike dhe bioetike të eksperimentit tek njeriu kanë të bëjnë me disa çështje ku më e rëndësishmja prej tyre është konsenti (miratimi). Sipas Kodit të Nürenberg-ut, konsenti i të sëmurit që i nënështrohet provës klinike duhet të jetë i vetëdijshëm. Kjo do të thotë që pacienti e di se për çfarë ai pranon të japë konsentin (miratimin) e tij.

Në lidhje me përdorimin e vaksinës COVID-19, në opinionin ndërkombëtar kohët e fundit është ngritur shqetësimi se ndofta përdorimi i kësaj vaksine është shoqëruar me shkelje të Kodit të Nürenberg-ut (Perry, 2021). Sipas mbështetësve të atyre që e kundërshtojnë marrjen e kësaj vaksine, duhet që personat që e bëjnë atë, të jenë të informuar dhe të japin konsent (miratim) të vetëdijshëm, pa ndërhyrjen e forcës, mashtrimin, etj., dhe jo që të mos ju tregohet që vaksinat janë eksperimentale. Por kjo nuk është e vërtetë, sepse vaksinat para përdorimit të tyre janë testuar, pra nuk janë eksperimentale.

Në të vërtetë, ky konfrontim i propagandës anti-vaksinë me parimet e etikes mjekësore që dënonte krimet naziste të luftës së dytë botërore, përdoret sot për keqinformimin e njerëzve që të mos e përdorin këtë vaksinë (Perry, 2021). Sipas Dr. Julian Sheather: “të vendosësh një lidhje midis përdorimit të kësaj vaksine dhe asaj që bënë mjekët nazistë, do të ishte moralisht krejt e pavend (groteske)” (Perry, 2021).

Një argument tjetër i atyre që e kundërshtojnë përdorimin e vaksinës, kur marrja e saj është kërkuar nga një institucion shtetëror ose biznes privat, është se edhe në këtë rast, sipas tyre, shkelen parimet e Kodit të Nürenberg-ut, sepse njerëzit do të jenë të detyruar për t’u vaksinuar që të kenë mundësi për të bërë p.sh.: një udhëtim, etj.; pra në këtë rast konsenti i tyre nuk do të jetë i lirë, por i detyruar. Por dhe ky argument, nuk pranohet nga fakti që nga disa vende kërkohej vërtetimet për kryerjen e vaksinave p.sh.: kundër poliomjelitit, etheve të verdha, përpara se udhëtarët të lejohen të hyjnë në këto vende.

Përveç konsentit, parime të tjera etike të eksperimentimit human që zbatohen edhe në përdorimin e vaksinave COVID-19, janë ato të të rreziqeve dhe përfitimeve si dhe të garancive të nevojshme për kryerjen e provave eksperimentale tek njeriu (Wikipedia, Coronavirus, 2020: Çipi, 2005).

Çështja *e rreziqeve dhe përfitimeve* ka të bëjë me faktin që prova eksperimentale do të kryhet vetëm kur përfitimi potencial do të jetë më i madh se rreziku i mundshëm i saj (Çipi, 2005). Në rastin e vaksinave COVID kjo pasqyrohet p.sh.: në rastin e përdorimit të vaksinës astra-zeneka, për të cilën ka pasur ankesa sepse janë shfaqur në disa raste shumë të rralla ndërlikime të rënda nganjëherë edhe vdekjeprurëse. Por në bazë të këtij parimi ato nuk kanë influencuar që të merren masa për bllokimin dhe heqjen nga përdorimi të kësaj vaksine, sepse përfitimet prej saj për t’u mbrojtur nga sëmundja e rëndë dhe vdekjeprurëse COVID-19, janë shumë herë më të mëdha se pasojat e këqija tepër të rralla të kësaj vaksine.

Garancitë e nevojshme për kryerjen e provave eksperimentale te njeriu, që mund të zbatohen edhe për vaksinën COVID-19, i përkasin të drejtës së ruajtjes së intimitetit dhe dinjitetit të subjektit (në këtë rast të atyre që vaksinohen), në mënyrë që këto të drejta të mos preken, detyrimit që p.sh.: prodhuesi i vaksinës të ketë një nivel të lartë kualifikimi tekniko-shkencor, si dhe respektimi i cilësisë së investigimeve, në kuptimin që kërkimi biomjekësor, i kryer tek njeriu duhet të jetë në përputhje me

parimet shkencore të njohura dhe të mbështetet në një eksperiment të realizuar në fillim në laborator si dhe në një njohje të thelluar të literaturës shkencore përkatëse (Çipi, 2005).

Ky rregull vlen edhe për vaksinën COVID-19 pavarësisht se për prodhimin e saj është vepruar me shpejtësi për shkak të nevojës urgjente, në situatën e rëndë me vdekshmëri të lartë të krijuar nga kjo sëmundje.

Përveç kësaj, për sa u përket organizmave që mbikëqyrin respektimin e rregullave etike të një eksperimenti human, po kështu edhe të prodhimit dhe të përdorimit të vaksinës COVID-19, roli i të cilave konsiston për të penguar veprimet e parregullta dhe të dënueshme etj., duhen përmendur në radhë të parë: Komitetet Bioetike, roli i të cilave duhet të jetë i rëndësishëm jo vetëm për çështjet e vaksinave por edhe për masat e tjera që do përdoren për t'u mbrojtur nga kjo pandemi e rëndë. Për fat të keq, ky komitet që ekziston edhe në vendin tonë, nuk duket që të ketë kryer ndonjë aktivitet të pasqyruar në mediat e vendit tonë, për të ndikuar sadopak sidomos për ata që marrin vendime, që duhen mbajtur ndaj situatave të vështira të krijuara nga kjo pandemi.

Më në fund, në trajtimin e problemeve të shumta të COVID-19 dhe vaksinës së saj, si tek ne ashtu dhe në vendet tjera, duhet pasur kujdes nga rreziqet e korrupsionit, që paqyrohen në drejtime të ndryshme, si p.sh.: shkelja e rregullave të porositve të prodhimit të vaksinave me firmat private dhe atyre të shpërndarjes së saj në vendet e tjera, përdorimi i vaksinave apo barnave të tjera nën standardin e lejuar apo të falsifikuara, etj., për të cilat ka pasur akuza edhe për vendin tonë (UNODC, 2020).

Në përfundim, nga sa u paraqit, duhet theksuar se:

- përdorimi i vaksinës COVID-19 përbën një nga hapat kryesore që duhet marrë për t'u mbrojtur nga kjo sëmundje e rëndë; hapa të tjera, si përdorimi i maskave mbrojtëse, respektimi i distancimit social, do të ndihmojnë për të pakësuar mundësitë për t'u prekur ng ky virus dhe për të penguar transmetimin e tij personave të tjerë;
- njohja e aspekteve bioetike të situatës dramatike të krijuar nga pandemia e rëndë e COVID-19, e cila po mposhtet sot nga përdorimi masiv i vaksinave përkatëse, do të jetë e nevojshme që të merret parasysh nga ata që vendosin për qëndrimet që duhen mbajtur ndaj situatave të vështira të krijuara nga kjo pandemi si dhe nga opinionin publik që të kuptojë edhe më mirë vlerën e këtyre masave.

Bibliografia

1. Abitroun, S.N., Jones, B.W. (2021). COVID-19: comment la bioéthique peut aider à faire face à des choix déchirants. Université de Montréal. Retrived from <https://www.lesoleil.com/actualite/covid-19-comme...-des-choix-dechirants-a57ee699818d794ec8ef6e>
2. Center for Disease and Prevention. (2020). Understanding how covid-19 vaccines work. Retrived from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/how-they-work.html>
3. Dagorn, P.G. (2021). COVID-19: comment fonctionnent les futurs vaccins. Retrived from https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/2/03/co-les-futurs-vaccins-contre-le-covid-19_6062151_4355770.html
4. Çipi, B. (1995). Bioetika në një këndvështrim mjekoligjor; Shtëpia Botuese Naim Frashëri 2005.
5. Çipi, B. (2020). Sëmundja covid-19 dhe prejardhja e saj, Gazeta Telegraf, 13.05.2020, pp.14-15.
6. Çipi, B. (2020). COVID-19 krahasuar me HIV/AIDS në vendin tonë, Gazeta Sot, 19.10.2020, p.16.
7. Çipi, B. (2020). Eksperiencat e HIV/AIDS dhe masat ndaj koronavirusit, Gazeta Sot, 20.10.2020, p.16.
8. Corum, J., Zimmer, C. (2021). How the Pfizer-BioNTech vaccine works, The New York Times, 4.03.2021, pp.1-17. Retrived from <https://www.nytimes.com/interactive/2020/health/pfizer-biontech-covid-19-vaccine.html>
9. Didier, L. (2020). COVID-19 et sida, des points communs et des différences, 25.03.2020. Retrieved from <https://www.slate.fr/story/188850/gestion-pandemie-covid-19-gouvernements-medecins-experience-sida>
10. Gupta, R., Morain, S. R. (2021). Ethical allocation of future covid-19 vaccines. <https://jme.bmj.com/content/47/3/137>
11. Harris, R. (2021). COVID-19 vaccines could add fuel to evolution of coronavirus mutations. pp. 1-16. Retrieved from <https://www.npr.org/sections/health-shots/2021/02/10/96594...-could-add-fuel-to-evolution-of-more-coronavirus-mutations.pp.1-16>
12. Perry, D. (2021). Does COVID-19 vaccine rollout violate Nuremberg Code that protects against coercion of medical – experiment subjects. Retrieved from <http://www.oregonlive.com/coronavirus/2021/05/does-covid...tects-against-coercion-of-medical-experiment-subjects.html>
13. Prifti, E (2020). Vaksina nuk e vret COVID-19. Retrieved from <https://mediafokus.info/prof-dr-edvin-prifti-vaksina-nuk-e-vret-covid-19/>
14. Sheather, J. (2020). COVID-19 vaccination- the ethical challenges. Retrieved from <https://thersa.org/comment/2020/12/covid-vaccination-the-ethical-challenges>
15. UNODC (United nation office on Drug and Crime). (2020). COVID-19 vaccines and corruption risks, preventing corruption in the manufacture, allocation and distribution of vaccines, pp.1-12. Retireved from <http://unodc.org>
16. Wessner, D. (2020). This HIV/AIDS specialist explains its similarities and differences to COVID-19, 13.05.2020. Retrieved from <https://www.forbes.com/site/coronavirusfrontlines/2020/04/...-similarities---and-differences---to-covid-19/#7ff18a3549f8>
17. Wikipedia. (2020) Coronavirus. Retrieved from <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Coronavirus>

Konferencë: TRAJTIMI I SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE DHE PULMONARE NË PACIENTËT ME COVID-19

Tiranë 20 Mars 2021

Ishte një veprimtari për tu lavdëruar e Shërbimit të Kardiologjisë të Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”, organizuar më 20 Mars 2021, jo vetëm për tematikën aktuale që prezantoi, por edhe për metodologjinë e organizimit të kësaj veprimtarie **on-line**, me pjesëmarrjen e mjekëve në mënyrë virtuale dhe pa pagesë.

Kushtet e ndikuara nga masat e rrepta antiepidemike detyruan stafin organizues të konferencës, drejtuar nga Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” me monitorë Dr. Shk. Loreta Bici, të bëjë një punë parapërgatitore që mjekët të komunikojnë me relatorët nëpërmjet aparateve celulare dhe kompjuterëve drejtpërdrejt nga mjediset e punës apo të banimit.

Një tjetër anë pozitive ishte mënyra interaktive e punës, nëpërmjet organizimit të pyetjeve dhe të diskutimeve të pjesëmarrësve virtualë, të cilët praktikisht treguan interes dhe preokupim për mjaft aspekte të ndërlikimeve të COVID-19 mbi sistemin kardiovaskular dhe respirator.

Konferenca mbi bazën e tematikës u organizua në dy pjesë. Në pjesën e parë të saj u trajtuan ndërlikimet kardiovaskulare, si vijon:

- Sindromi koronar akut dhe kronik; shoku kardiogjen, nga Dr. Meriton Siqeca
- Hiperkuagabiliteti dhe trombembolia pulmonare akute, nga Dr. Rudina Pasho
- Hipertensioni arterial, nga Dr. Joana Rustemaj
- Insuficiencia kardiake, nga Dr. Lidra Gjyli
- Aritmitmitë, nga Dr. SHk. Loreta Bicaj

Në pjesën e dytë të konferencës u referua dhe u diskutua mbi temat:

- Pneumonia bilaterale interstiale nga SARS-Cov 2, diagnoza dhe prognoza, nga Prof. Silva Bala
- Trajtimi i pneumonisë bilaterale interstiale nga SARS- Cov 2, nga Dr. Eugerta Dilka
- Trajtimi i pacientëve me detres respirator nga COVID-19 në REA, nga Prof. Alma Cani
- Vlera diagnostike dhe prognostike e imazherisë në pacientët me COVID-19, nga Dr. Emira Hysa, Dr. Pëllumb Hyska, Dr. Edona Sopi.

Konferenca në vetvete ishte një risi në aspektin organizativ, po aq sa specifike në tematikën e saj. Veprimtari të tilla, sidomos ato që trajtojnë probleme aktuale, duke patur parasysh rezultatet dhe zhvillimet e teknologjisë së komunikimit, duhen nxitur e përgjithësuar.

Konferenca në fjalë ishte një shembull pozitiv dhe i vlefshëm që duhet përgëzuar e përgjithësuar.

*Dr. Faik TOSKA
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*

**Konferencë: “ROLI I TRAJTIMIT TË HERSHËM
NË CILËSINË E JETËS SË PACIENTËVE”**

Shkodër – 27 Maj 2021

Më dt. 27 Maj Këshilli Rajonal Urdhrit të Mjekut Shkodër organizoi një konferencë me temë: “Roli i trajtimit të hershëm në cilësinë e jetës së pacientëve”. Konferenca ishte e akredituar pranë QKEV me 5 pikë. Topikat e shtjelluara në 6 referime ishin zgjedhur në interes të mjekut të familjes, në gërshtimin e praktikës së përditshme me informacionet e reja bashkohore, me qëllim rritjen profesionale dhe kujdesin ndaj pacientit. Risi në organizimin e kësaj konference, ishte ndërveprimi mes referuesve dhe auditorit, nëpërmjet krijimit të një linku dhe App-i për këtë konferencë. Kështu u arrit që të përfshiheshin të gjithë, pasi pjesmarrësve paraprkasht ju kërkua shkarkimi i këtij App-i.

Në fillim të konferencës u mbajt një minutë heshtje në nderim të koleges tonë, kirurges së mirënjohur, dr. Zyliha Kraja, që vdiq nga Covid-19. Gjithashtu u shfaq një video e realizuar nga ne, në shenjë falenderimi e mirënjohje ndaj ekipeve mjekësore mjek e infermier, që ishin në vijë të parë në luftën ndaj pandemisë (infektiv, reanimacion, urgjencë, epidemiologji). Një vit mjaft i vështirë në të gjitha aspektet profesionale, etike, morale dhe familjare, ku dolën në pah vetitë më të mira të këtyre ekipeve mjekësore dhe më në fund u desh kjo pandemi që të fillojë të ndryshojë opinionin dhe vlerësimin nga shoqëria dhe shteti.

Kolektiviteti, bashkëpunimi i ngushtë mjekë e infermierë brenda ekipeve ose reparteve, dhe mes reparteve, gadishmëria, sakrifica ishin dhe janë nga tiparet më të mira të punonjësve tanë.

*Dr. Nevila TABAKU-LULI
Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH*

**Konferencë shkencore in memoriam: AKAD. PETRIT GAÇJA, NDER I KOMBIT –
THEMELUES DHE EPINOM I KARDIOKIRURGJISË SHQIPTARE**

Në datë 29 Qershor 2021 Akademia e Shkencave në bashkëpunim me Universitetin e Mjekësisë dhe Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë zhvilluan në sallën ‘Aleks Buda’ konferencën shkencore in memoriam për akademikun Petrit Gaçe, në 25 vjetorin e ndarjes së tij nga jeta.

Fjalën e hapjes e mbajti akad. Skënder Gjinushi, Kryetari i Akademisë së Shkencave, duke përshëndetur drejtuesit e dy institucioneve organizatore të konferencës, familjarët e prof. Gaçes, akademikët, profesorët dhe pjesëmarrësit në konferencë. Dhe vijoi më tej shkurt me një paraqitje të shkurtër të jetës së prof. Gaçes duke theksuar etapat në të cilat u krijua dhe u rrit figura e shquar e akademikut prof. Gaçes.

Më tej përshëndeti konferencën prof. dr. Arben Gjata, Rektor i Universitetit të Mjekësisë, i cili u ndal më shumë në figurën e mjekut Petrit Gaçe dhe kontributin që ofroi dhe gjurmët e thella që la pas me ngritjen e shërbimeve si: Anestezi-Reanimacion, Kirurgjine Torakale, ate Vazale dhe Kardiokirurgjinë.

Më pas ju dha fjala dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve, e cila ndodhet në vijim. Në konferencë mbajtën fjalën: akad. Anesti Kondili i cili foli mbi personalitetin e akad. Petrit Gaçe, prof. dr. Lluka Heqim i cili prezantoi librin që kishte shkruar dhe botuar për akad. Gaçe; prof. dr. Veli Zogu mbi përgjegjësinë për të qenë pasues i Petrit Gaçes; prof. dr. Ajli Alushani mbi përvojën e paharrueshme e të qenit në një klinikë me Petrit Gaçen; prof. dr. Fedhon Meksi mbi veprën e stimuluar nga prof. Gaçe për kateterizimin e zemrës; prof. dr. Ali Refatllari mbi mendjen e shkëlqyer të prof. Gaçes që themeloi dhe drejtoi shërbimin e kardiokirurgjisë; prof. dr. Tritan Shehu mbi anestezi dhe reanimacionin si shërbime cilësore shëndetësore që lidhen me emrin e Petrit Gaçes; prof. dr. Arben Baboçi mbi si bëri “të pamundurën” Petrit Gaça; prof. dr. Edmond Kapedani mbi iniciatorin Petrit Gaçe të kirurgjisë kardiovaskulare si njësi e veçantë; dhe prof. dr. Efrosina Kajo me temën ‘Ne brezi tjetër, që patëm fatin të punonim nën drejtimin e prof. Petrit Gaçes.

Konferenca u mbyll me falenderimet e familjarëve për organizimin dhe zhvillimin e konferencës dhe vlerësimin e të paharruarit Petrit Gaçe.

Fjala e mbajtur nga dr. Fatmir BRAHIMAJ

Të nderuar drejtues të institucioneve, organizues të kësaj veprimtarie, akademikë, profesorë, kolegë, bashkëpunëtor, familjarë dhe miq të profesor Petrit Gaçes.

Më lejoni që në emër të UMSH-së t’ju sjell përshëndetjet, përgëzimet dhe falenderimet për kontributin në organizimin, zhvillimin dhe mbarëvajtjen e kësaj veprimtarie shumë të rëndësishme. Ne sot së pari plotësojmë një detyrim moral, institucional, profesional dhe shoqëror ndaj figurave të tilla madhore që nuk i kanë munguar as dje, as sot mjekësisë tonë, por fatkeqësisht ne jemi defiqitar në vlerësimin dhe nderimin e plotë të tyre.

Së dyti do të thosha se kjo veprimtari është me shumë përgjegjësi pasi s’është e lehtë të vlerësosh si duhet figura kaq madhore, shumëplanëshe dhe multidimensionale si ajo e profesor Petrit Gaçes; profesionist i shkëlqyer, mësues i palodhur, drejtues dhe organizator me vision të gjerë,

largpamës dhe befasues për kohën, nismëtar, krijues, kontribues dhe drejtues i kardiokirurgjisë dhe shkencëtar i talentuar, njeri erudit, pasionant, të dashur, të përkushtuar që dinte të bënte në perfeksion, me ndërgjegje, përgjegjësi dhe ndershmëri çdo lloj veprimi apo marrëdhënie në pavione, auditore, familje, shoqëri e kudo.

Sot ne duhet të evidentojmë jo vetëm vlerat, meritat, kontributin e gjerë, të jashtëzakonshëm dhe të gjithanshëm të kësaj figure të shquar por të dimë të evidentojmë dhe transmetojmë në drejtimit e duhura edhe mesazhet që vepra e profesorit jep jo vetëm për kohën kur ai jetoi dhe punoi, por edhe sot dhe gjithmonë në të ardhmen.

Duke ja u lënë kolegëve dhe bashkëpunëtorëve të tij të afërt të flasin për aftësitë, talentin, kompetencën, gjenialitetin dhe madhështinë e tij në gjithë aspektet profesionale. Unë do të nënvizoja një aspekt të veçantë të kësaj figure shembullore nga këndvështrimi i institucionit që përfaqësoj.

Vepra e prof. Petrit Gaçes materializon dhe lartëson cilësitë më të mira të mjekut profesionist, shkencëtarit të talentuar dhe njeriut human. Shumë shkurt do ta ilustroj me disa fakte.

Për të i sëmuri ishte i shenjtë. Duke respektuar me një rigorozitet për tu patur zili Betimin e Hipokratit, ai i përkushtohej deri në sakrifica të sëmurit, duke bërë më të mirën e mundshme për diagnostikimin, mjekimin dhe shpëtimin e jetës së tij, si në aspektin shkencor ashtu edhe në atë moral e njerëzor. Për të s'kishte dallim se i shërbente ministrit apo një banori të zonave të thella e të largëta.

E vuante shumë humbjen e të sëmurit; ditë dhe javë pas një ngjarje të tillë, gjendja shpirtërore e tij s'ishte e mirë por jo deprimuese. Ai mendohej përmes analizave të hollësishme shkencore, në diskutime mes kolegësh të gjente shkaqet e vdekjes, duke analizuar punën e çdo sektori për të përmirësuar ecurinë në operacionet e ardhshme, që edhe vdekja ti shërbente jetës.

Në marrëdhëniet me kolegët, profesori kishte parime e qëndrime të prera. Të gjithë të barabartë në respektimin e disiplinës së punës dhe asaj shkencore, të ndryshëm në hierarkinë e vlerave që përfaqësonin. Në dukje shumë autoritar, në thelb një shpirt i ngrohtë që dinte të komunikonte lirshëm me çdo njeri, nga më i thjeshti deri tek intelektual i shquar në mjekësi apo fusha të tjera. Ishte shumë erudit dhe me botë të madhe. Të gjithë në marrëdhëniet me të kanë parë respektin, korrektësinë, kanë ndjerë dorën e ngrohtë, këshillën e mënçur, frymën vllazërore, miqësore në çdo hap, në punë dhe jashtë saj.

Në marrëdhëniet institucionale modeli i tij ishte për tu admiruar: vlerësonte dhe mbronte punën e kolektivit, evidentonte me modesti dhe përgjegjësi arritjet, parashtronte nevojat dhe kërkonte mbështetje për nxitjen e shërbimeve dhe ecjen përpara; gjithmonë konkret, objektiv, largpamës por absolutisht me këmbë në tokë.

Vlerësonte shumë marrëdhëniet dhe bashkëpunimin me të huaj. Me modesti tregonte se Kardiokirurgjia Shqiptare punonte, kishte arritje por mendonte për ecjen përpara dhe rritjen në vazhdimësi dhe për këtë me shumë mirësjellje vlerësonte dhe kërkonte nga të huajt ndihmë dhe bashkëpunim, sidomos në kualifikimet e personelit. Qysh në vitin 1986 në bashkëpunim me prof. Ylli Popën organizoi në Tiranë një konferencë ndërkombëtare për të shkëmbyer përvojën dhe ndërtuar ura të shumta bashkëpunimi. Në punën shkencore ai ishte shumë kërkues duke synuar që ajo të ndihmonte në vlerësimin, analizimin e punës konkrete dhe të gjente zgjidhje të realizueshme në kushtet tona për vështirësitë e hasura, pra ti shërbente rritjes e cilësisë së shërbimit, jo për të thënë se u bë shkencë.

Pa u zgjatur më tej, profesori ishte në çdo aspekt një model i admirueshëm si figurë e plotësuar që meriton jo vetëm nderim, respekt dhe mirënjohje për gjithçka që ka bërë, por i ka shërbyer dhe do të shërbejë si pikë referimi vlerash të pamohueshme kujtdo që mban bluzën e bardhë.

Ju faleminderit

**CEREMONIA E DORËZIMIT TË TITUJVE “NDERI I QARKUT KUKËS”
MJEKËVE TË KËTIJ QARKU**

Më datë 27 Qershor 2021, në ambientet e “Bar Restorant Amerika”, Kukës, Këshilli i Qarkut Kukës në bashkëpunim me Këshillin Rajonal të Urdhrit të Mjekëve të këtij qarku zhvilluan ceremoninë e dorëzimit të titujve “Nderi i Qarkut Kukës”, akorduar nga ky Këshill 7 mjekëve që kanë kontribuar ndër vite me punën dhe profesionin e tyre në të gjithë territorin e Kukësit.

Kryetari i Qarkut Kukës z. Abdulla Domi hapi ceromoninë duke bërë një përshkrim të shkurtër të karrierës profesionale të mjekëve:

Nikolin MARTINI

pas vdekjes

Safet ELEZI

pas vdekjes

Astrit HAZIRI

pas vdekjes

Ylber VATA

Din SELIMI

Kadri GJENCI

Enver HOXHAI

Fjalën e rradhës e mori Kryetari i Bashkisë Kukës z. Safet Gjeci, i cili bëri një përshkrim të punës së palodhur të të gjithë bluzave të bardha të qarkut dhe veçanërisht mjekëve të sipërcituar.

Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë theksoi mbi vlerat e profesionit të mjeku dhe sakrificat që bluzat e bardha bëjnë çdo ditë për të mbrojtur shëndetin e popullit, sidomos sakrificat e tyre gjatë pandemisë COVID-19.

Pas përfundimit të përshëndetjeve, ceremonia vazhdoi me shpërndarjen e titujve mjekëve dhe familjarëve të mjekëve të ndjerë.

TAKIMI VIRTUAL I ASAMBLESË MJEKËSORE GJERMANE

4-5 Maj 2021

Takimi vjetor i 124-t i Asamblesë Mjekësore Gjermane, edhe pse ishte parashikuar të mbahej në Rostok të Gjermanisë, u mbajt virtualisht në datat 4 dhe 5 Maj 2021, për shkak të kushteve specifike të krijuara nga pandemia e Covid-19. Hapja e takimit u bë nga Presidenti i Shoqatës Mjekësore Gjermane, Dr. Klaus Reinhardt, i cili përshëndeti pjesëmarrësit vendas dhe të huaj që treguan interes për pjesëmarrje në këtë aktivitet të rëndësishëm, dhe punonjësit IT që bënë të mundur realizimin e këtij aktiviteti. Më pas u mbajt 1 minutë heshtje për mjekët e larguar nga jeta gjatë periudhës mes dy asambleve. Për UMSH asambleja u ndoq nga dr. Fatmir Brahimaj dhe dr. Ines Argjiri.

Pas hapjes dr. Reinhardt prezantoi situatën aktuale dhe pasojat e mundshme që pandemia e Covid-19 ka shkaktuar në sektorin shëndetësor gjerman, duke u ndalur në procesin e dixhitalizimit të mjekëve, dixhitalizimin dhe shkëmbimin e të dhënave mjekësore të pacientëve mes klinikave mjekësore dhe spitaleve gjithashtu. Problemin e mungesës së mjekëve në sektorin e shëndetësisë dhe mundësitë e plotësimit të vendeve bosh në përputhje me rregullat Kombëtare dhe Rajonale, duke u ndalur edhe në delegimin e kryerjes së provimit të marrjes së Licencës në nivelin e Dhomave Rajonale dhe dhënien e më shumë kompetencave. Problemin e vaksinimit të popullatës dhe zvarritjen e tij nga qeveria gjermane, duke e kritikuar për mospërgjigjen në kohën e duhur si ndaj mjekëve edhe ndaj popullatës, si dhe marrjen e masave mbrojtëse ndaj Covid-19 jo gjithmonë në momentin e duhur duke shkaktuar mbingarkesa në repartet e kujdesit intensiv të pacientëve të infektuar me Covid-19 si dhe pakënaqësi ndaj mjekëve të shfaqura nga pacientët apo edhe popullata. Mbi të gjitha dr. Reinhardt falenderoi mjekët dhe personelin tjetër shëndetësor që përballoi situatat e vështira të shkaktuara nga Covid-19.

Më pas aktivitetin e përshëndeti nëpërmjet video-meshzit Kancelarja e Gjermanisë znj. Angela Merkel, e cila falenderoi mjekët dhe personelin tjetër shëndetësor për përballimin e situatës pandemike të Covid-19. Gjithashtu kancelarja theksoi se qeveria e saj po punon fort për ofrimin e vaksinave për gjithë popullatën dhe rifillimin e jetës normale.

Asamblenë e përshëndeti edhe ministri i shëndetësisë z. Jens Spahn, i cili mbështeti fjalën e kancelares Merkel dhe theksoi se reforma e dixhitalizimit në shëndetësinë gjermane do të lehtësojë punën e mjekëve dhe do të rrisë kënaqësinë e pacientëve. Gjithashtu foli edhe për procesin e vaksinimit të popullatës dhe për procesin e largimit të masave kufizuese dhe kalimin gradual në jetën normale.

Më pas asambleja vijoi me miratimin e disa neneve në statutin e Shoqatës Mjekësore Gjermane, mbi mënyrën e procesit të trajnimit të mjekëve.

Edhe dita e dytë e asamblesë vijoi me diskutimin dhe miratimin ose jo të ndryshimeve mbi pasojat e gjykimit në Gjykatën Kushtetuese Federale.

Asambleja u mbyll me miratimin e zhvillimit të asamblesë së 125-të në Bremen në vitin 2022 dhe në Essen në vitin 2023.

Dr. Ines ARGJIRI, KK-UMSH

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

18 Qershor 2021

Edhe ky takim i planifikuar për tu zhvilluar në Selanik (Greqi), për shkak të situatës së pandemisë u zhvillua si webinar. Për UMSH aktiviteti u ndoq nga dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH dhe znj. Kontilia Rapo, Sekretare e Përgjithshme-UMSH.

Në fjalën e hapjes presidenti i CEOM dr. Santos, pasi falenderoi organizatorët dhe pjesëmarrësit në këtë takim, vlerësoi rolin dhe punën e madhe të mjekëve në përballimin e pandemisë. Veçanërisht ia shprehu mirënjohjen, respektin dhe nderimin për mjekët dhe gjithë personelin mjekësor që dhanë jetën gjatë pandemisë. Më tej ai nënvizoi faktin se pavarësisht nga vështirësitë CEOM ka funksionuar dhe ka realizuar angazhimet e tij (punime që do të reflektoheshin dhe në referimet e mëtejshme). Ai u ndal në angazhimin aktual të mjekëve në vaksinimin e popullatës si një proces shpresëdhënës për shkuarjen drejt përfundimit të pandemisë.

Punimet nisën me dy tavolina të rrumbullakëta: e para me rezultatet paraprake të pyetësorit mbi ndjekjen e të sëmurëve kornikë gjatë pandemisë (nga dr. Rault sekretar i përgjithshëm); e dyta me ndikimin e pandemisë në marrëdhëniet mjek-pacient (nga dr. Kerzmann zëvendës president).

Më tej u paraqit një prezantim mbi: Inteligjencën artificiale dhe etika mjekësore nga dr. Kerzmann. Prezantimi pasues ishte nga dr. G. Marinoni dhe dr. N. D'Autilia mbi vaksinimin e detyruar të personelit mjekësor në Itali. Ky argument u pasua me pyetje dhe diskutime të shumta pro dhe kundër.

Në fund u fol për takimin e ardhshëm më 29 Tetor 2021 në Itali, si dhe përgatitjet për zgjedhjet e ardhshme të Bordit dhe Kryesinë e CEOM.

TAVOLINË E RRUMBULLAKËT MBI VAKSINIMIN

1 Korrik 2021

Më datë 1 Korrik 2021 u zhvillua on-line aktiviteti i organizuar nga Shoqata Botërore e Mjekëve (WMA), Akademia Papnore për Jetën dhe Shoqata e Mjekëve Gjermanë me temë: “Tavolinë e rrumbullakët mbi Vaksinimin”, e cila do të hidhte dritë mbi rëndësinë e vlerës që kanë vaksinat, rrezikun që paraqet mëdyshja për vaksinim dhe tensionin midis lirisë individuale dhe të mirës së përbashkët; të gjitha këto në situatën aktuale të pandemisë COVID-19. Për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë këtë aktivitet e ndoqën dr. Fatmir BRAHIMAJ dhe dr. Ines ARGJIRI.

Tavolina e rrumbullakët u moderua nga Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Kryetar i Këshillit të WMA-së. Në aktivitet mbajtën fjalën: Dr. Demetre Daskalakis, Drejtues i Lartë dhe Zëvendës Menaxher i Incidenteve dhe Barazisë së të dhënave të COVID-it dhe përdorimit të tyre, nga Qendra e Kontrollit dhe Parandalimit të Sëmundjeve të Shteteve të Bashkuara të Amerikës; Dr. Soumya Swaminathan, Krye shkencëtar OBSH; Dr. Andrea Ammon, Drejtues i Qendrës Evropiane për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve; Prof. Stefano Semplici, Universiteti Tor Vergata-Romë; Dr. David Barbe, President i WMA; Kryebishopi Msgr. Vincenzo Paglia, President i Akademisë Papnore për Jetën; dhe Dr. Klaus Reinhardt, President i Shoqatës Mjekësore Gjermane.

Në përfundim të tryezës u ra dakord të dilej me një Deklaratë të përbashkët (në vijim) për të promovuar barazinë e vaksinave dhe për të kufizuar hezitimin ndaj tyre.

SHOQATA BOTËRORE MJEKËSORE, SHOQATA E MJEKËVE GJERMANË DHE AKADEMIA PAPNORE PËR JETËN BASHKËPUNOJNË PËR TË PROMOVUAR BARAZINË E VAKSINAVE DHE PËR TË KUFIZUAR HEZITIMIN NDAJ VAKSINAVE

2 Korrik 2021

Miliona anëmbanë botës ende po vuajnë efektet e pandemisë COVID-19 dhe vaksinimi shihet si një mënyrë e shpejtë dhe efektive për të kontrolluar përhapjen e virusit dhe për të shpëtuar jetën e njerëzve. Megjithatë pandemia aktuale ka sjellë në shtëpi rëndësinë e vaksinimit, ajo ka hedhur poshtë edhe pabarazinë e madhe të aksesit në vaksinë dhe rreziqet që paraqet nacionalizimi i vaksinave. Ndërsa shumë vende me të ardhura më të larta kishin burimet për të nënshkruar shpejt marrëveshje me kompanitë farmaceutike për kandidatë premtues të vaksinave COVID-19, kjo i la shumë vende në zhvillim në një disavantazh për shkak të kufizimeve financiare dhe kufizimeve të kapacitetit të prodhimit.

Mundësia e vaksinës ende paraqet sfida të mëdha në shumë pjesë të botës, por ka edhe vende ku vaksinat janë në dispozicion, por i nënshtrohen skepticizmit dhe mosbesimit. Hezitimi i vaksinave është një çështje komplekse. Disa ngurrime në komunitetet e pafavorizuara janë të rrënjësura në pabarazitë historike, prishjen e besimit në kërkimet mjekësore, përvojat negative me kujdesin shëndetësor dhe

dyshimet në lidhje me sjelljen e kompanive farmaceutike të përqendruara në fitim. Por një formë më e dëmshme e hezitimit ndaj vaksinave drejtohet nga pretendime dhe mite të pabazuara dhe mashtruese, duke përfshirë dezinformimin për efektet anësore, të cilat përforcohen nga mediat sociale dhe mjete të tjera të reja të komunikimit. Ky kompleks po i shtohet fakti që hezitimi ndaj vaksinave ekziston edhe në komunitetin mjekësor dhe në disa grupe fetare. Hezitimi dhe refuzimi i vaksinave në fund të fundit mund të lindin pyetje të vështira etike në lidhje me tensionimin midis lirisë individuale të zgjedhjes dhe të mirës së përbashkët.

Konsideruar si një nga arritjet më të mëdha të mjekësisë moderne, vaksinat luajnë një rol jetësor në parandalimin e sëmundjeve infektive. Ato janë provuar që shmangin miliona vdekje dhe mbrojnë miliona të tjerë nga sëmundja çdo vit. Por për të zhbllokuar potencialin e plotë inovativ të vaksinave, duhet të merren masa për të kapërcyer pengesat ndaj barazisë së vaksinave dhe për të adresuar shkaqet themelore të hezitimit të vaksinave.

Duke njohur urgjencën e këtyre çështjeve dhe rolin thelbësor bashkëpunimet ndërkombëtare dhe ndërsektoriale mund të luajnë në avancimin e këtyre shkaqeve, Shoqata Botërore e Mjekësisë (WMA), Akademia Papnore për Jetën (PAL) dhe Shoqata Mjekësore Gjermane (GMA) kanë bashkuar forcat për të kërkuar që të gjithë palët e interesuara të shterojnë të gjitha përpjekjet për:

- Të sigurojë qasje të barabartë globale në vaksina, e cila është një parakusht kryesor për një fushatë të suksesshme globale vaksinimi, dhe
- Të përballen me hezitimin e vaksinave duke dërguar një mesazh të qartë në lidhje me sigurinë dhe domosdoshmërinë e vaksinave dhe kundërveprimin me mitet dhe dezinformimin mbi vaksinat.

Njoftim për shtyp i ORGANIZATAVE EVROPIANE MJEKËSORE MBI DHUNËN NDAJ PROFESIONISTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

21 Qershor 2021

Në vitin 2021 Organizata Botërore e Shëndetësisë feston Vitin Ndërkombëtar të Punonjësve të Kujdesit Shëndetësor. Pavarësisht kësaj, Organizatat Mjekësore Evropiane përballen me një rritje në të gjitha llojet e akteve të dhunës fizike, emocionale, dhe psikologjike ndaj profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Kjo vërtetohet në konstatimin alarmues të sondazhit të FEMS lidhur me rastet e burnout-it tek mjekët në Evropë. Organizatat Mjekësore Evropiane rikonfirmojnë se mbeten në solidaritet të plotë me kolegët e tyre që janë në vijën e parë të luftës kundër pandemisë së COVID-19.

Organizatat Mjekësore Evropiane nxisin me forcë qeveritë të rishikojnë mënyrën se si sistemet e kujdesit shëndetësor vlerësojnë mirëqenien e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në praktikën e tyre të përditshme, së bashku me mirëqenien e pacientëve që u shërbejnë çdo ditë dhe komunitetit të punonjësve që punojnë me ta. Mjekësia duhet të jetë, dhe duhet të mbetet, një vend i sigurt për të punuar.

Shtrirja në një kohë të gjatë e pandemisë ka rikonfirmuar rolin qendror të mjekëve në sigurimin e stabilitetit dhe mirëqenies së shoqërive tona. Më 12 Mars të këtij viti, Organizatat Mjekësore Evropiane caktuan Ditën e Dytë Evropiane të Ndërgjegjësimit mbi Dhunën ndaj Mjekëve dhe Profesionistëve të tjerë të Shëndetit dhe u zotuan të pranojnë dhe adresojnë ata faktorë që kontribuojnë në dhunën ndaj mjekëve, duke përfshirë lodhjen dhe burnout-in.

Ne u bëjmë thirrje qeverive evropiane dhe autoriteteve shëndetësore, që të sigurojnë për të gjithë stafin e kujdesit shëndetësor një mjedis të sigurt pune dhe mekanizmat e duhur për të parandaluar çdo lloj dhune në mënyrë që të zvogëlojnë rrezikun e rraskapitjes dhe burnout-in e të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor, dhe të vendosin të gjitha mjetet e nevojshme për të mbrojtur integritetin fizik dhe psikologjik të kolegëve tanë gjatë kësaj pandemie dhe më gjerë.

Këta profesionistë të kujdesit shëndetësor, të cilët ne i përshëndesim, meritojnë admirim, respekt, vlerësim dhe mbrojtje. Organizatat Mjekësore Evropiane gjithashtu nderojnë të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor të cilët fatkeqësisht humbën jetën në luftën kundër pandemisë së COVID-19.

SINDROMI ALPHA-GAL, NJË ALERGJI USHQIMORE JO KLASIKE. ANAFILAKSIA E VONUAR DHE SHPESH E PA DIAGNOSTIKUAR

Dr. Eralda LEKLI, Prof. Dr. Mehmet HOXHA,

Prof. Dr. Etleva QIRKO

Universiteti i Mjekësisë Tiranë

Qendra Universitare "Nënë Tereza", Tiranë

E identifikuar prej rreth 20 vitesh, por pak e njohur jashtë rrethit të specialistëve Alergolog dhe Imunolog Klinik, alergjia nga Alfa-Gal ose sindromi Alfa-Gal(SAG), përfaqëson një shkak gjithnjë e më të zakonshëm të anafilaksisë së pashpjegueshme më parë dhe shkakun e vetëm të alergjisë ushqimore të identifikuar si anafilaksi e vonuar.

Alfa-Gal është shkurtimi për molekulën e karbohidrateve galaktozë-alfa-1,3-galaktozë [Gal α 1-3Gal β 1- (3) 4GlcNAc-R (α -Gal)], të pranishme në glikoproteinat dhe glikolipidet në salivën e rriqnave, indet e mamarëve, por jo tek humanët.

Rriqrat (rendi, Ixodida rreth 900 specie), vektorë artropodë ektoparazitë të patogjenëve, pickimet e të cilave tek njerëzit, mund të indukojnë nivele të larta të antitropave imunoglobulinë E, kundër karbohidrateve Alfa-Gal, e shprehur edhe si alergji ndaj mishit të kuq, por jo vetëm. Sensitivizmi nga Alfa-Gal lidhet edhe me një ilaç kimiopreparat antitumoral, cetuximab dhe produkte të shumta me origjinë shtazore, si zëvendësuesit e plazmës (gelofusinë), valvulat kardiake biologjike dhe exipiente gjerësisht të përdorur në barna të tilla si: xhelatina, glicerina, gliceroli, acidi laktik, acidi stearik dhe stearat magnezi, duke zgjeruar këndvështrimin tonë të alergjisë nga barnat. Këta individë mund të zhvillojnë një alergji me fillim të vonuar (3-8 orë) pas konsumimit të mishit të kuq dhe produkteve që përmbajnë derivate të tjera shtazore.

Epidemiologjia dhe patogjeneza:

Në një studim në popullatë (n = 1369), prevalenca e përgjithshme e alfa-gal-sIgE-pozitive ($\geq 0,10$ kUA/L) ishte 19,9%, dhe prevalenca më e lartë (30,2%) u gjet në pacientët me alergji nga venomi i hymenopterëve.

Anafilaksia është një reaksion alergjik akut, potencialisht fatal, multi-organor, i shkaktuar nga çlirimi i mediatorëve kimikë nga qelizat mastocitare dhe bazofilet.

Mekanizmat e patogjenezës që drejtojnë SAG nuk janë kuptuar plotësisht. Dallimet në shprehjen e gjenike imunitare midis individëve me SAG dhe kontrolleve jo-alergjike, mund të ndriçojnë rrugët molekulare për zhvillimin e SAG.

Patogjeni(vektor) i rriqrave, *Anaplasma phagocytophilum* rrit nivelin e α -Gal në salivën e tyre, i cili potencialisht rrit rrezikun e zhvillimit të SAG pas pickimit nga një rriqër e infektuar nga këto vektor patogjenë. Dy mekanizma mund të shpjegojnë prodhimin e antitropave IgE anti- α -Gal pas pickimit të rriqrave. Mekanizmi i parë propozon që antigjeni α -Gal në proteinat e pështymës së rriqrave, u paraqitet qelizave antigjen-prezantuese dhe limfociteve B, në kontekstin e imunitetit të ndërmjetësuar nga qelizat Th2 e induktuar nga saliva e rriqrave. Mekanizmi i dytë bazohet në mundësinë që

prostaglandina E2 e salivës të shkaktojë kalimin e klasës së imunoglobulinës në qelizat B anti- α -Gal IgE-prodhuese nga klone ekzistente të qelizave B mature që prodhojnë anti- α -Gal IgM dhe/ose IgG. Çregullimi i qelizave mastocitare dhe hiperaktivizmi i bazofileve gjithashtu akuzohen në patogenezë.

Grupet e gjakut mund të ndikojnë në shfaqjen e SAG nëpërmjet aftësisë së sistemit imunitar për të prodhuar antitrupa anti- α -Gal. Prania e grupit të gjakut B zvogëlon aftësinë e sistemit imunitar për të prodhuar Ig anti- α -Gal, për shkak të tolerancës ndaj α -Gal, e cila është shumë e ngjashme në strukturë me antigjenin e grupit të gjakut B, duke ulur dhe riskun për të zhvilluar SAG.

SAG shoqërohet me një profil të veçantë të shprehjes gjenike në qelizat mononukleare qarkulluese të gjakut periferik, me rritje të shprehjes së ARN-së për TNF dhe IFN-gama. Diferencat në shprehjen gjenike lidhen me prezantimin e antigjenit, qelizat T helper të tipit 2 mund të nxisin zhvillimin e IgE specifike Alfa-Gal dhe vazhdimësinë e sindromit Alfa-Gal.

Klinika:

Klinikisht reaksionet alergjike nga Alfa-Gal variojnë nga urtikaria deri në anafilaksi (sindromi Alpha-Gal). SAG që ndërmjetëson anafilaksinë e vonuar në konsumin e mishit të kuq dhe disa barna të tilla si: cetuximab, dhe anafilaksinë e menjëhershme për pickimin e rriqrave.

Alergjia Alfa-Gal mund të shkaktojë:

- rrjedhje ose bllokim të hundëve
- diarree, nause, të vjella, dhimbje stomaku
- enjtje të buzëve, fytyrës, gjuhës dhe pjesëve të tjera të trupit
- teshtima, dhimbje koke
- urtikarie, prurit, ekzeme të lëkurës
- fërshëllima në gjoks, vështirësi në frymëmarrje
- anafilaksi të rëndë, potencialisht vdekjeprurëse.

Aktiviteti fizik dhe konsumi i alkoolit mund të kenë ndikim të thellë në reaktivitetin. Disa pacientë mund të tolerojnë ekspozimet e izoluara, por shfaqin reaksione që kërkojnë bashkë-faktorë, në përputhje me një diagnozë të “sindromit Alfa-Gal të varur nga bashkë-faktorët”.

Diagnoza:

Diagnoza vendoset nga mjeku alergolog dhe imunolog klinik, bazuar mbi testet kutane specifike dhe në gjak për identifikimin e IgE lidhur me Alfa-Gal. Një skin prick test i lëkurës për alergji ndaj proteinave të mishit mund të japë një përgjigje fals-negative. Përcaktimi i IgE specifike në Alfa-Gal është në dispozicion komercialisht, si dhe testimi IgE specifike për proteinat e mishit të kuq. Testet intradermale me cetuximab dhe testi i aktivizimit të bazofilit me cetuximab janë më të ndjeshmit, por kostot e larta kufizojnë përdorimin e tyre.

Proгноza:

Ndryshe nga shumica e alergjive ushqimore, në disa individë, alergjia nga Alfa-Gal mund të largohet me kalimin e kohës. Ende nuk dihet se sa kohë mund të zgjasë alergjia pas pickimit të rriqrave, por besohet 8 muaj deri në 5 vite dhe se nuk është kronike. Alergjia inaktive mund të rikthehet në rast të një pickimi të ri. Madje janë identifikuar raste të sindromit Alfa-Gal edhe në vende ku këto gjallesa nuk rriten, duke lënë të paqartë faktorin human.

Pozitiviteti i IgE ndaj Alfa-Gal mund të jetë i zakonshëm në praktikën klinike alergologjike, por ka një vlerë parashikuese të kufizuar për karakteristikat ose ashpërsinë e kësaj alergjie. Njohuritë e përgjithshme për këtë sindrom duhet të merren parasysh nga mjekët e urgjencës dhe të kujdesit parësor, në vlerësimin e anafilaksive të vonuara ushqimore dhe keq diagnostikimin e reaksioneve nga barnat të lidhura me Alfa-Gal (gjërësisht e pranishëm si eksipient), duke privuar pacientin ndaj principeve aktive të barnave, në disa raste pa ekuivalente terapeutike.

Referencat:

1. *T and B Lymphocyte Transcriptional States Differentiate between Sensitized and Unsensitized Individuals in Alpha-Gal Syndrome* Onyinye I Iweala 1 2, Shailesh K Choudhary 1 2, Claire T Addison 1 2, Scott P Commins 1 2
2. *Environmental and Molecular Drivers of the α -Gal Syndrome* Alejandro Cabezas-Cruz 1, Adnan Hodžić 2, Patricia Román-Carrasco 3, Lourdes Mateos-Hernández 1, Georg Gerhard Duscher 2, Deepak Kumar Sinha et al.
3. *The alpha-Gal syndrome: new insights into the tick-host conflict and cooperation* José de la Fuente 1 2, Iván Pacheco 3, Margarita Villar 3, Alejandro Cabezas-Cruz 4
4. *Allergic Reactions and Immunity in Response to Tick Salivary Biogenic Substances and Red Meat Consumption in the Zebrafish Model* Marinela Contreras 1, Iván Pacheco 1, Pilar Alberdi 1 et al.
5. *The alpha-Gal syndrome: new insights into the tick-host conflict and cooperation.* de la Fuente J, Pacheco I, Villar M, Cabezas-Cruz A. *Parasit Vectors*. 2019 Apr 3;12(1):154. doi: 10.1186/s13071-019-3413-z.
6. *Discovery of Alpha-Gal-Containing Antigens in North American Tick Species Believed to Induce Red Meat Allergy.* Crispell G, Commins SP, Archer-Hartman SA, Choudhary S, Dharmarajan G, Azadi P, Karim S. *Front Immunol*. 2019 May 17;10:1056. doi: 10.3389/fimmu.2019.01056. PMID: 31156631 Free PMC article.
7. *Regulation of the Immune Response to α -Gal and Vector-borne Diseases.* Cabezas-Cruz A, Mateos-Hernández L, Pérez-Cruz M, Valdés JJ, Mera IG, Villar M, de la Fuente J. *Trends Parasitol*. 2015 Oct;31(10):470-476. doi: 10.1016/j.pt.2015.06.016. PMID: 26433250 Review.
8. https://alphagalinformation.org/wp-content/uploads/2019/10/Copy-of-Medications_Alpha-gal-allergy_Edited-1-1.pdf
9. "Viracor-IBT Laboratories Launches the First Assay to Identify a New Type of Delayed, IgE-based Allergic Reaction to Certain Meats" (Press release). Viracor-IBT Laboratories. September 13, 2010. Retrieved October 17, 2016.
10. Bircher AJ, Hofmeier KS, Link S, Heijnen I (February 2017). "Food allergy to the carbohydrate galactose-alpha-1,3-galactose (alpha-gal): four case reports and a review". *European Journal of Dermatology*. 27 (1): 3–9. doi:10.1684/ejd.2016.2908. PMID 27873733. S2CID 2400078.
11. Krishna N, Krishna S, Krishna R (November 2017). "P112 Correlation between clinical findings and laboratory tests for alpha gal sensitivity". *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 119 (5): S37. doi:10.1016/j.anai.2017.08.136.
12. *Prevalence and Impact of Type I Sensitization to Alpha-Gal in Patients Consulting an Allergy Unit*
13. Jörg Fischer 1, Hoai-Nam Huynh 2, Johanna Hebsaker 2, Stephan Forchhammer 2, Amir Sadegh Yazdi 2 3

ÇFARË ËSHTË DEGJENERIMI MAKULAR...

Dr. shk. Amarildo BELSHI

QSUT

Degjenerimi Makular në lidhje me moshën (AMD) është një sëmundje degjenerative e retinës së syrit, e cila mund të shkaktojë humbje progresive deri të parikthyeshme të shikimit⁽¹⁾.

AMD është shkaktari kryesor i humbjes së shikimit në mosha të rritura mbi 50 vjeç (shkaktari numër 1 i verbërimit në vendet e zhvilluara dhe rreth 90% e humbjes së shikimit në AMD lidhet me nAMD për të cilën do të flasim më shumë më poshtë^(2,3).

Kjo sëmundje prek rreth 10-13% të moshës adulte >55 vjeç, me një prevalencë globale 0.46%, në mosha të rritura 45-85 vjeç dhe parashikohet që rreth 288 million njerëz, do të vuajnë nga AMD në vitin 2040⁽²⁾.

Ndonëse kjo sëmundje, siç thamë, vihet re kryesisht pas moshës 50-55 vjeç, është e rëndësishme të mbahet mend se format e trashëguara të sëmundjes mund të prekin edhe të rinjtë.

AMD është progresive dhe pa dhimbje, ndaj nëse diagnostikohet dhe menaxhohet në kohë, e shpëton pacientin nga humbja e shikimit dhe verbëria totale.

Barra ekonomiko-sociale e AMD^(4,5)

AMD përbën një barrë të madhe ekonomike dhe sociale si për shtetin, ashtu edhe për pacientin dhe të afërmit e tij . Kjo sëmundje shoqërohet me kosto mjekësore dhe jo-mjekësore.

Në kostot mjekësore mund të përmendim:

- Kostot e trajtimit;
- Konsulta me mjekun;
- Diagnostikimi;
- Monitorimi i sëmundjes;
- Komplikacionet;
- Ko-morbiditeti;
- Verbërimi legal.

Në kostot jo-mjekësore:

- Ngarkesa personale;
- Ngarkesa ndaj familjarëve;
- Kosto sociale që lidhet me izolimin;
- Distanca e largët nga spitalet dhe klinikat;
- Probleme me transportin;
- Pamundësi punësimi.

Studimet tregojnë se për të gjitha këto arsye që përmendëm më sipër, 70% e pacientëve me nAMD janë të nën-trajtuar gjatë vitit të parë të trajtimit⁽⁶⁾, dhe shumë pacientë nuk marrin siç duhet “loading dose”, duke ndikuar mbi përfitimet e shikimit⁽⁷⁾. Trajtimi me anti-VEGF në studime klinike, ka treguar efikasitet të mirë, por ngarkesa në praktikën klinike, ka treguar që ato kanë limite në përdorim.

Çfarë ndodh në AMD...

Në AMD preket një shtresë e veçantë e qelizave të syrit, që quhet Epiteli i Pigmentit Retinal (RPE)⁽⁸⁾. RPE është si një mur që ndan retinë nga furnizuesi kryesor i saj me gjak, një shtresë vaskulare e quajtur koroid. Roli kryesor i RPE është të ushqejë retinë⁽⁸⁾. RPE gjithashtu vepron si një barrierë midis koroidit dhe retinës.

AMD në fazën e hershme

Ndërsa AMD përparon, nga retina mbivendosen dhe krijohen disa depozitime të cilat krijojnë një shtresë nën RPE. Këto depozitime si njolla të verdha të quajtura drusen⁽⁸⁾, nuk shkaktojnë domosdoshmërisht simptoma vizuale. Sidoqoftë, ato rrisin mundësinë e humbjes së shikimit të lidhur me AMD.

AMD në fazën e vonë

Humbja e shikimit ndodh në fazën më të vonshme të sëmundjes, për shkak se qelizat e RPE vdesin, ose sepse nuk arrijnë të mbajnë enët e gjakut nga koroidi jashtë retinës^(1,8).

Kur qelizat e RPE vdesin, qelizat e retinës të vendosura mbi to gjithashtu vdesin, duke krijuar zona të “vdekura” apo “të thara” të retinës. Kjo formë quhet atrofi gjeografike. AMD e thatë klinikisht, përcaktohet nga prania e depozitave në përmasa mesatare të verdha sub-RPE, të quajtura drusen (63 µm ose me diametër më të madh). Anomalitë pigmentare të RPE dhe depozitat subretinale, janë quajtur pseudodrusen rektikular. Këto anomalitë pigmentare janë manifestimi klinik i degjenerimit të RPE, e cila mund të kulminojë me vdekje të RPE dhe të fotoreceptorëve sipër saj. Drusen mesatare të shumtë, drusen të mëdhenj, ndryshime pigmentare të RPE dhe zgjatja e AMD janë faktorë risku të pavarur për zhvillimin e AMD së vonë. Në AMD e thatë, të vonë, ose ndryshe atrofisë gjeografike (GA), zonat e “thara” nga humbja e qelizave të RPE mund të bashkohen. Kur GA përfshin fovean, humbja e shikimit është e rëndë.

Disa pacientë që kanë AMD të thatë mund të zhvillojnë më vonë formën e njomë më agresive. AMD e njomë ndodh kur qelizat RPE nuk arrijnë të ndalojnë enët e gjakut koroidal të rriten në retinë. Kjo rritje quhet Neovaskularizim Koroidal (CNV). Rritja e këtyre enëve nxitet nga VEGF, e cila kjo e fundit, nxitet të veprojë në terren të mungesës së oksigjenimit të mjaftueshëm. Enët që rriten me shpejtësi janë të brishta, me mure që rrjedhin dhe derdhen lëngun dhe gjakun në retinë, duke çuar në dhimbje dhe humbje të shikimit^(1,8).

Ndryshimet në shikim, të shoqëruara me formën e njomë, shpesh janë të papritura dhe të rënda. Etapat kryesore fizpatologjike që vihen re në zhvillimin e wAMD janë:

- Hollimi progresiv i membranës Bruch për shkak të moshës.
- Prishja e metabolizmit të RPE-fotoreceptorëve.
- Akumulim i metabolitëve nga fotoreceptorët në membranën e Bruch⁽⁹⁾.

Meqënëse pacientët zakonisht zhvillojnë në fillim formën e thatë, AMD e njomë ndodh në terren të një AMD-je të thatë; si e tillë, AMD e thatë mund të konsiderohet një faktor risku ose madje edhe si një gjendje që i paraprin AMD së njomë.

Cilat janë disa nga faktorët që mund të ndikojnë në shfaqjen e AMD...

Shkaku dhe mekanizmi i saktë për AMD nuk dihet. Megjithatë janë identifikuar disa faktorë risku që mendohet se rrisin mundësinë e zhvillimit të AMD, siç mund të përmendim:

- **Mosha⁽¹⁰⁾:** mundësia e shfaqjes së AMD rritet me rritjen e moshës, veçanërisht në moshat mbi 65 vjeç, por ajo gjithashtu mund të zhvillohet te njerëzit që janë në të dyzetat dhe pesëdhjetat.
- **Gjinia:** është vënë re që femrat zhvillojnë më shumë AMD në krahasim me meshkujt, ndoshta sepse ato kanë tendencë të jetojnë më gjatë.
- **Gjenetika⁽¹¹⁾:** nga studimet janë gjetur gjene të caktuara të cilat duket se lidhen me zhvillimin e AMD tek disa njerëz. Kjo është zbuluar duke studiuar familjet me më shumë se një anëtar me AMD. Sidoqoftë, jo të gjitha AMD janë të trashëguara. Janë identifikuar rreth 34 lokuse që shoqërohen me AMD në individë me prejardhje europiane. Gjene të tjera të lidhura me rrugën e metabolizmit të lipideve, me komplementin dhe angiogjenezën janë studiuar se shoqërohen me rrezik për AMD. Gjeneri për MMP9 (the angiogenesis associated matrix metalloproteinase-9) është i pari gjen që është gjetur se shoqërohet me një nëntip të vetëm të AMD (nëntipi neovaskular)^(12,13).
- **Pirja e duhanit^(14,15):** pirja e duhanit rrit në masë të madhe rrezikun e zhvillimit të AMD.
- **Faktori kardiovaskular:** Shumë studime të kohëve të fundit kanë hetuar lidhjen mes bashkëshoqërimit të AMD me sëmundjet kardiovaskulare SKV, si hipertensioni dhe niveli i lipideve në gjak: kolesterolin total, trigliceridet, LDL-C, HDL-C, fosfolipidet^(16,18). Mendohet se të dyja, si sëmundjet kardiovaskulare (SKV) ashtu edhe AMD mund të kenë të njëjtat mekanizma fizpatologjike. Prandaj, trajtimet që bëhen për SKV mund të jenë të vlefshme për reduktimin e progresit të AMD. Një nga mekanizmat kyç patologjike të SKV është aterioskleroza, e cila zhvillohet brenda mureve vaskulare. Këto depozita ateriosklerotike kanë përbërje molekulare shumë të ngjashme me drusen. Në të dyja rastet, kolesterolin dhe lipoproteinat që përmbajnë apolipoproteinën B, agregojnë si pasojë e oksidimeve dhe modifikimeve që pësojnë⁽¹⁹⁾.
- **Drita e diellit:** disa studime kanë sugjeruar që ekspozimi ndaj niveleve të larta të dritës së diellit (veçanërisht dritës UV dhe te njerëzit me sy me ngjyrë të çelët) gjatë gjithë jetës, mund të rrisë rrezikun për të zhvilluar AMD, por kjo nuk është e provuar plotësisht. Sidoqoftë, njerëzit në përgjithësi duhen këshilluar që të mbajnë syze dielli për të mbrojtur sytë⁽²⁰⁾.
- **Dieta:** ka një numër studimesh që e kanë parë dietën si një faktor rreziku për zhvillimin e AMD, ndonëse ende ka nevojë për studime të mëtejshme.

Fatkeqësisht, për arsye të mos njohjes së shkakut të saktë dhe mekanizmit të plotë fizpatologjik të AMD, ajo mund të shfaqet dhe zhvillohet edhe nëse nuk janë asnjë nga këta faktorë rreziku.

Cilat janë simptomat...

Simptoma e para mund të jenë të ndryshme, por zakonisht gjëja e parë që vë re pacienti është vështirësia në shikimin e detajeve⁽²¹⁾.

Pacienti gjithashtu mund të ankojë se ka një zonë të vogël të paqartë në qendër, vijat e drejta mund të duken të shtrembëruara ose të valëzuara, ose sikur kanë një krisje të vogël në to, shikim i shtrembëruar (metamorphopsia), objektet mund të shfaqen me madhësi të ndryshuar (micropsia/macropsia). Gjithashtu ata vënë re se rritet ndjeshmëria ndaj dritës së fortë.

Klasifikimi klinik ndahet në formën e thatë ose atrofike dhe e njomë ose eksudative⁽²²⁾

- **AMD dry ose e thatë/atrofike-jo eksudative**

Është forma më e shpeshtë e AMD, duke zënë mbi 80% të të gjitha formave të AMD. Karakterizohet nga shpërndarja atrofike në zonën makulare dhe është bilaterale. Dry AMD progreson në mënyrë graduale, si në shikim dhe në dëmtime makulare. Ky progresion shkon çdo 5-10 vjet.

• **AMD ose e njomë/neovaskulare/eksudative**

Është formë më agresive dhe përbën rreth 15% të formave të AMD, por forma eksudative është përgjegjëse për 90% të rasteve me humbje severe të shikimit në AMD. Klinika e saj është më agresive dhe me progresion më të shpejtë, çdo 3 vjet. Në rast të prekjes së njërës sy, mundësia e prekjes të syrit tjetër nga wAMD është shumë e lartë.

Klasifikimi sipas AREDS⁽²³⁾

Pa prani të AMD (**kategoria 1**) në grupet e kontrollit me prani ose me një numër të vogël drusen më pak se 60 µm diametër.

AMD e hershme (**kategoria 2**) me prani të drusen të vogla multiple nga 63-124 µm diametër ose me ndryshime të mesme të RPE.

AMD e ndërmjetme (**kategoria 3**) ka një nga pikat e mëposhtme si:

- Drusen të shumta
- Më shumë se 125 µm diametër
- Atrofia gjeografike me atrofi të RPE por pa prekje central foveale

AMD e avancuar (**kategoria 4**) një ose disa nga pikat e mëposhtme:

- Atrofia gjeografike me prekje centrale foveale
- Makulopatia neovaskulare ku përfshin:
 - Neovaskularizimi koroidal CNV
 - Shkollitje seroze ose hemoragjike të RPE (PED)
 - Eksudate të forta
 - Proliferim fibrovaskular subretinal ose sub-RPE
 - Fibrozë ose cikatrice disciform

Trajtimi i AMD së njomë⁽²⁴⁻²⁷⁾

Anti-VEGF

Detektimi i hershëm i sëmundjes, ndërhyrja terapeutike e menjëhershme dhe ndjekja e vazhdueshme për të detektuar akumulimin e lëngut janë thelbësore, pasi humbja e shikimit bëhet e pakthyeshme me një diagnozë dhe trajtim të vonuar.

Duke qënë se wAMD karakterizohet nga grumbullimi i likideve dhe në qoftë se nuk trajtohet, shkakton humbje shikimi të shpejtë dhe të rëndë, qëllimi i trajtimit të wAMD është të ndalë akumulimin e lëngut retinal dhe rrjedhimisht të rekuperojë dhe/ose të ruajë funksionin vizual. Grumbullimi i likideve retinale konsiderohen si një shfaqje e sëmundjes dhe duhet të mbahen nën kontroll me trajtimin e duhur për të parandaluar humbjen e shikimit. Gjithashtu një CRT e qëndrueshme tregon një retinë të “thatë” dhe është kyç për një përmirësim më të mirë të shikimit⁽²⁸⁾.

Guidelinet nga The Royal College of Ophthalmology (RCO), dhe European Society of Retina Specialists (EURETINA) thonë se lëngu në çdo zonë është një indikacion i sëmundjes aktive dhe rekomandojnë trajtim/ritrajtim kur ai është prezent⁽²⁹⁻³¹⁾.

Siç thamë më sipër, VEGF janë përgjegjëse për nxitjen e rritjes së çrregullt të enëve të reja dhe të brishta, ndaj trajtimi i disponueshëm më i mirë sot për sot për AMD e njomë janë injeksionet intravitreale anti-VEGF, të cilat targetojnë pikërisht VEGF.

Trajtimet me këto preparate kanë reduktuar dukshëm incidencën e verbërise së shkaktuar nga nAMD dhe ky trajtim tashmë është bërë standard⁽³²⁾.

Anti-VEGF zakonisht kanë një shkallë të lartë suksesi dhe në shumicën e rasteve, ato ndalojnë përkeqësimin e shikimit, më shumë se gjysma kanë përmirësim të shikimit. Monitorimi dhe trajtimi mund të vazhdojnë për disa vite në varësi të nivelit të shikimit dhe të aktivitetit të sëmundjes.

Sot ka lloje të ndryshme të anti-VEGF dhe secila mund të kërkojë skema të ndryshme monitorimi. Anti-Vegf ndryshojnë përsa i përket:

- formës aktive të antittrupit,
- strukturës molekulare,
- peshës molekulare,
- dozës, dhe
- intervalit ndërmjet injeksioneve.

Menaxhimi aktual i AMD sot përballet me sfida të ndryshme në lidhje me monitorimin e lartë dhe frekuencën e injeksioneve të këtyre terapive. Evidencat e botës reale tregojnë se rezultatet vizuale të terapive aktuale anti-VEGF lidhen jo vetëm me diagnozën dhe trajtimin sa më të hershëm, por edhe me frekuencën e injeksioneve.

Nevoja për një terapi me kohë të gjatë veprimi, përfitime më të mira në shikim dhe numër më të ulët të vizitave në spital kanë nxitur, që terapitë më të reja të adresojnë sa më shumë nga komponentët e barrës ekonomiko-sociale, që përmendëm më sipër dhe që këto molekula të karakterizohen nga:

- Përmasa më të vogla të molekulës së anti-VEGF;
- Përthithje më e mirë dhe shpërndarje më të gjerë;
- Injeksione më të rralla (çka rrit aderencën e terapisë);
- Përfitime më të mëdha anatomike;
- Përtharje më e mirë;
- Kontroll më i mirë i aktivitetit të sëmundjes;
- Ruajtje dhe përmirësim më të madh të shikimit.

Në fakt, studimet më të fundit: Hawk & Harrier kanë treguar se intervalet ndërmjet injeksioneve mund të zgjaten deri në 12 javë (pra më pak injeksione gjatë një viti) dhe njëkohësisht të arrihen rezultate më të mira, përsa i përket përmirësimit të shikimit dhe mbajtjes nën kontroll të aktivitetit të sëmundjes.

Hawk & Harrier janë dy studime të fazës III që zgjaten 96 javë dhe ku u krahasuan anti-VEGF aktuale me Brolucizumab, preparatin më të ri të klasës së anti-VEGF. Në këto dy studime u arrit superioritet anatomik i brolucizumab ndaj preparateve të tjera dhe kontroll më i mirë i aktivitetit të sëmundjes. Njëkohësisht, mbi 59% e pacientëve me brolucizumab 6 mg, u mbajtën në interval çdo 12-javë, deri në javën e 48-të, kurse në javën e 96 mbi 75% e pacientëve u arrit të mbahen me interval çdo 12 javë⁽³³⁾.

Zgjatja e intervalit të trajtimit dhe për pasojë ulja e numrit të injeksioneve, duke ruajtur dhe madje përmirësuar rezultatet e trajtimit, sjell uljen e kostos për pacientin por edhe për sistemin shëndetësor sepse do të ketë më pak monitorime me OCT, aderencë më të mirë të terapisë, më pak nevojë për kujdestarët e pacientëve dhe ndërprerje të punës.

Udhëzuesit për diagnozën, trajtimin dhe monitorimin e wAMD (wet/neovascular Age-related Macular Degeneration – Degjenerim Makular neovaskular i lidhur me moshën) i referohen:

- OBSH (Organizata Botërore Shëndetësore)
- EURETINA (European Society of Retina Specialists – Shoqata Europiane e Specialistëve të Retinës)
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence – Instituti Nacional për Ekselencën në Kujdesin Shëndetësor)
- AAO (American Academy of Ophthalmology – Akademia Amerikane e Oftalmologjisë)

Referencat:

1. Arnold JJ, Heriot W. *Clin Evid* 2006; 15:1–3.
2. Wong WL, et al. *Lancet Glob Health*. 2014;2:e106–e116;
3. Spooner KL, et al. *Clin Ophthalmol*. 2018; 12: 2483–2491
4. Schmidt-Erfurth U, et al. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1144–1167
5. Gupta OP, et al. *Ophthalmology* 2010;117:2134–2140
6. Rosenfeld PJ, et al. *N Engl J Med*. 2006;355:1419–1431
7. Holz FG, et al. *Br J Ophthalmol*. 2015;99:220–226.
8. de Jong PTVM. *N Engl J Med* 2006; 355: 1474–85.
9. Cherepanoff S, McMenamin P, Gillies MC, Kettle E, Sarks SH. Bruch's membrane and choroidal macrophages in early and advanced age-related macular degeneration. *The British journal of ophthalmology*. 2010;94:918–925.
10. Van Newkirk MR et al. *Ophthalmology* 2000; 107: 1593–1600.
11. Schmidt-Erfurth et al 2014
12. Fritsche LG, Igl W, Bailey JNC, Grassmann F, Sengupta S, Bragg-Gresham JL, et al. A large genome-wide association study of age-related macular degeneration highlights contributions of rare and common variants. *Nat Genet*. 2016;48(2):134–43.;
13. Katie L. Pennington & Margaret M. DeAngelis, Epidemiology of age-related macular degeneration (AMD): associations with cardiovascular disease phenotypes and lipid factors, *Eye and Vision* volume 3, Article number: 34 (2016)
14. Thornton J et al. *Eye* 2005; 19: 935–44.
15. Mitchell P et al. *Arch Ophthalmol* 2002; 120: 1357–63.
16. Case-control Study Group. *Arch Ophthalmol*. 1992;110:1701–8.
17. Hyman L, Schachat AP, He Q, Leske MC. Hypertension, cardiovascular disease, and age-related macular degeneration. Age-Related Macular Degeneration Risk Factors Study Group. *Arch Ophthalmol*. 2000;118:351–8.
18. Vassilev ZP, Ruigómez A, Soriano-Gabarró M, García Rodríguez LA. Diabetes, cardiovascular morbidity, and risk of age-related macular degeneration in a primary care population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015;56:1585–92.
19. Sivaprasad S, Bailey TA, Chong VN. Bruch's membrane and the vascular intima: is there a common basis for age-related changes and disease? *Clin Experiment Ophthalmol*. 2005;33:518–523.
20. Tomany SC, Wang JJ, Van Leeuwen R, et al. Risk factors for incident age-related macular degeneration: pooled findings from 3 continents. *Ophthalmology*. 2004;111(7):1280–1287.
21. Wang JJ et al. *Ophthalmology* 2007; 114: 92–8.
22. Rosenfeld PJ, Martidis A, Tennant MTS. Age-related macular degeneration. In: *Ophthalmology*. 3rd edn. Yanoff M, Duker JS (editors). Philadelphia: Mosby/Elsevier; 2009: pp. 658–673.
23. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report number 8. *Arch Ophthalmol*. 2001;119(10):1417–1436.
24. Age-Related Eye Disease Study Research Group (AREDS). *Arch Ophthalmol*
25. 2001; 119: 1417–36.
26. Schmidt-Erfurth et al 2014
27. Arnold et al., 2016
28. American Academy of Ophthalmology nAMD Treatment Guidelines, 2015
29. Wickremasinghe SS, Sandhu SS, Busija L, et al. Predictors of AMD treatment response. *Ophthalmology*. 2012;119:2413–2414.e5.
30. Schmidt-Erfurth U, Chong V, Loewenstein A et al; European Society of Retina Specialists. Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). *Br J Ophthalmol*. 2014;98:1144–1167.;
31. The Royal College of Ophthalmologists. Age-related macular degeneration: guidelines for management; 2013.
32. <http://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2014/12/2013-SCI-318-RCOphth-AMD-Guidelines-Sept-2013-FINAL-2.pdf> Accessed July 8, 2019.
33. Simader C, Ritter M, Bolz M, et al. Morphologic parameters relevant for visual outcome during anti-angiogenic therapy of neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2014;121:1237–4125.
34. Dugel PU, et al. *AAO* 2018; Dugel PU, et al. *Ophthalmology*. 2019; doi: 10.1016/j.optha.2019.04.017

QASJE TË REJA FARMAKOLOGJIKE PËR MENAXHIMIN E DISLIPIDEMIVE – SIRNA DHE TARGETIMI I PCSK-9

Dr. Marinela DIBRA¹, Dr. Endrit CILP

¹Mjeke Laboratori, ²Mjek i Përgjithshëm

ABSTRAKT

Menaxhimi dhe trajtimi i suksesshëm i sëmundjeve kardiovaskulare aterosklerotike (ASCVD) lidhet ngushtësisht me reduktimin maksimal të LDL-C (kolesterolit me densitet të ulët lipoproteinik), duke sjellë reduktimin e vdekshmërisë kardiovaskulare.

Strategjitë e trajtimit të kombinuar mund të përmirësojnë reduktimin, e rëndësishme është që sa më shumë pacientë të mund të përfitojnë nga secili trajtim.

Statinat janë një gur themeli në menaxhimin e hiperkolesterolemisë, pavarësisht nga efikasiteti i jashtëzakonshëm i statinave, niveli target i LDL nuk arrihet dhe aktualisht nuk parandalohen dy të tretat e ngjarjeve të pritshme të ASCVD në pacientët e trajtuar me statina.

Terapitë e reja jo-statinë kanë optimizuar reduktimin e LDL-C, të cilat lidhen me frenimin e PCSK-9, nëpërmjet siRNA e cila ndërhyr në prodhimin ndërqelizor.

Protein konvertaza subtilisin kexin 9 (PCSK9) luan një rol vendimtar në rregullimin e niveleve të LDL-C qarkulluese si pasojë e aftësisë së saj për të penguar riciklimin e receptorëve LDL në mëlçi. Rritja e funksionit të PCSK-9 shoqërohet me hiperkolesterolemi dhe rritje të rrezikut të ngjarjeve të hershme kardiovaskulare. Kështu, frenimi i PCSK9 është një qasje inovative për trajtimin e hiperkolesterolemisë. Qëllimi i këtij artikulli është të ofrojë një përmbledhje të shkurtër për të kuptuar rolin e PCSK9 dhe të diskutojë rezultatet klinike të siRNA. siRNA gjithashtu zvogëlon nivelet hepatocelulare të PCSK9, ndryshe nga antitrukat monoklonal që bllokojnë vetëm PCSK9 plazmatike.

HYRJE

Sëmundjet kardiovaskulare aterosklerotike (ASCVD) - përbëjnë mbi 85% të të gjitha vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare, të cilat mund të çojnë në sulme në zemër dhe goditje në tru⁽¹⁾. Faktori kryesor i rrezikut është rritja e LDL-C (kolesteroli lipoproteinik me densitet të ulët)- i quajtur “kolesterol i keq”⁽²⁾.

Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i rritjes së aftësisë së kufizuar globalisht, shkaktar i rreth 18 milionë vdekjeve në vit⁽³⁾. Ky numër pritet të arrijë rreth 24 milionë vdekje në vit deri në vitin 2030⁽⁴⁾.

Ateroskleroza përcaktohet si grumbullimi yndyror në pjesën e brendshme të arteries, i njohur si “Pllaka aterosklerotike». Këto pllaka rezultojnë nga një akumulim me kalimin e kohës i të ashtuquajturit «kolesterolit të keq» (LDL-C). Shumica e njerëzve nuk përjetojnë simptoma të rëndësishme deri në momentin kur pllaka aterosklerotike çahet papritur, duke shkaktuar një sulm në zemër ose goditje në

tru. Sipas vëzhgimeve 1 në 4 raste janë ngjarje të përsëritura.

Bazuar në studime, udhëzime Amerikane dhe Europiane mbi menaxhimin e kolesterolit në gjak dhe dislipidemive, mbështesin parimin që rreziku i ngjarjeve ASCVD shoqërohet me LDL-C dhe rekomandojnë - përveç ndryshimeve të stilit të jetës (p.sh.: dieta, aktiviteti fizik,...) duhen përfshirë trajtime për të reduktuar dhe mbajtur afatgjatë nivele të ulëta të LDL-C.

75% e ngjarjeve kardiovaskulare janë të parandalueshme⁽¹⁾.

PCSK9 është vërtetuar si një target unik për trajtimin e hiperkolesterolemisë⁽⁵⁾. Abifadel et al lidhën "Gain of Function" (mutacionet e fitimit të funksionit) të PCSK9 me hiperkolesteroleminë autosomale dominuese dhe përfundimisht zbuluan një lojtar të ri të rëndësishëm në metabolizmin e lipideve. Ky zbulim themelor çoi në një seri kërkimesh që demonstuan se mutacionet e humbjes së funksionit (LOF) të PCSK9 shoqërohet me nivele të ulëta të kolesterolit dhe ulje të dukshme të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare aterosklerotike (ASCVD)⁽⁶⁾.

Proprotein konvertaza subtilisin kexin 9 (PCSK9) është një proteazë serine e cila luan një rol të rëndësishëm në rregullimin e niveleve të kolesterolit - lipoprotein me densitet të ulët (LDL-C), si rezultat i aftësisë së saj për të rregulluar shprehjen hepatike të receptorit LDL (LDLR). PCSK9 është anëtar i nëntë i familjes së konvertazës proproteinë - një grup proteazash serine që karakterizohen nga aftësia e tyre për të hidrolizuar lidhjet peptide në substratet e tyre të ngjashme për aktivizim. Mekanizmi i LDLR është përshkruar nga Goldstein and Brown në vitet 1970, duke udhëhequr një nga zbulimet me emocionuese në historinë e mjekësisë dhe ndërtimin e një mendimi kritik të jetës qelizore, ndjesinë dhe rregullimin e niveleve të kolesterolit në membranë.

PCSK9 sintetizohet kryesisht në mëlçi dhe sekretohet në plazmë^(7,8), ku pas lidhjes me LDLR, nxit degradimin lizosomal të receptorit duke penguar kështu riciklimin e sipërfaqes së qelizave. Për të zvogëluar shprehjen sipërfaqësore të LDLR, katabolizimin e dëmtuar të LDL dhe rritjen e niveleve të plazmës LDL-C.

PCSK9 është vërtetuar si një target unik për trajtimin e hiperkolesterolemisë^(9,10). Anti-trupat monoklonalë që targetojnë PCSK9, evolokumab dhe alirokumab, janë miratuar për trajtimin e hiperkolesterolemisë dhe sëmundjeve kardiovaskulare. Alternativë inovative të heshtjes së gjeneve siRNA (inclisiran), e cila vepron duke penguar në mënyrë specifike sintezën hepatike të PCSK9. PCSK9 ndikon në metabolizmin e lipoproteinave si brenda (para sekretimit) ashtu edhe jashtë (pas sekretimit në qarkullim) të qelizës⁽¹¹⁾. Kolesterol i plazmës kryesisht prodhohet, eksportohet dhe përfundimisht rimerret nga hepatocitet. Sinteza e kolesterolit është një rrugë komplekse, me shumë hapa dhe shumë e rregulluar, dhe 3-HMG CoA-R (koenzima hidroksi-3-metilglutaryl A reduktaza) është enzima e saj kryesore që kufizon shpejtësinë.

Statinat antagonizojnë aktivitetin e HMG CoA-R, zvogëlojnë sintezën e kolesterolit hepatik dhe rregullojnë transkriptimin e gjenit LDLR (receptor i LDL) nëpërmjet një mekanizmi sensitiv të operuar nga rruga SREBP (proteina lidhëse e elementeve sterole)⁽¹²⁾.

Mekanizmat e veprimit për frenimin e PCSK9, LDLR lidhet me grimcat LDL në qarkullim dhe kompleksi LDLR/LDL brenda endozomeve; LDL hyjnë në lizosome për degradim, dhe LDLR riciklohet përsëri në sipërfaqen e qelizës. Kur PCSK9 është e pranishme, lidh LDLR, e cila hyn dhe degradohet brenda lizosomeve, duke rezultuar në zvogëlimin e shprehjes së LDLR në sipërfaqen e qelizës dhe rritjen e niveleve të LDL-C qarkulluese. siRNA e cila hyn në hepar nga receptorë specifike (ASGPR), lidhet me mRNA PCSK9 dhe nxit degradimin e tij, duke rezultuar në reduktim të prodhimit të proteinave PCSK9.

Në plazmë PCSK9 është e lidhur me grimcat LDL, për një frekuencë prej 1 molekulë PCSK9 lidhet me 500 deri në 1000 grimca LDL⁽¹³⁾. LDLR riciklohet çdo 10 minuta me një jetëgjatësi prej 20 orësh.

Ky proces lejon që një LDLR e vetme të lidhet me qindra grimca LDL gjatë jetëgjatësisë së tij. Kjo tregon që rregullimi qelizor është i orkestruar me kujdes ndaj përqendrimit të kolesterolit, dhe është përfundimisht nën kontrollin e një sistemi jashtëqelizor, LDLR bashkëvepron me një LDL që mban PCSK9, dhe përfundon ciklin e tij jetësor.

PCSK9 ka edhe efekte jashtë-hepatike⁽¹⁴⁾, duke përfshirë aftësinë për të moduluar fiziologjinë e qelizave beta të pankreasit dhe prodhimin e insulinës^(15,17), metabolizmin e triglicerideve⁽¹⁸⁾ dhe depozitim të dhjamt ektopik, me kushtet e PCSK9, LOF shoqërohet me një rrezik në rritje të zhvillimit të diabetit të ri dhe mëlçisë yndyrore⁽¹⁹⁾.

Procesi i ARN-së interferuese është një mekanizëm fiziologjik, post-transkriptues i përdorur nga qelizat për të heshtur gjenet specifike; duke copëtuar fragmente të ARN-së me dy fije, të cilat lidhen me mRNA, e ndjekur nga degradimi i tij⁽¹⁹⁾.

ARN aktive mbetet e mbrojtur brenda kompleksit RISC, duke krijuar një gjendje e cila mund të hesht shprehjen e gjeneve edhe në një kohë të mëvonshme. Rezistenca siRNA ndaj degradimit të nukleazës sigurohet nga modifikimet në nukleotide, duke përfshirë futjen e grupeve 2-fluoride, 2-O-metil dhe lidhjen fosforotioatike, ndërsa specifikat e indeve mund të optimizohen duke u bashkuar me tre molekula të N-acetilgalaktozamine (GalNAc) e cila lejon që ARN të njihet nga receptorët specifik hepaticë për molekulat e GalNAc, Receptori për asialoglikoproteinat (ASGPR)^(19,20). E cila sjell një heshtje të fortë dhe afatgjatë të mRNA-së së synuar në mëlçi. Inclisiran është një ESC me dy fije (enhanced stabilization chemistry) GalNAc-siRNA e krijuar kundër PCSK9 me një specifitet të lartë në mëlçi.

Efekti i Inclisiran, si i pari i klasës së siRNA⁽²⁰⁾ është testuar tek pacientët me hiperkolesteromi me rrezik të lartë CV, në programin e studimeve ORION. Braunwald, babi i kardiologjisë moderne e cilëson Inclisiran si “The most exciting experience of my professional life” (ISCP congress 2019).

Inclisiran ka ndryshim nga mAbs në PCSK-9^(21,23):

- kohëzgjatja e zgjatur e veprimit të tij mund të ketë përparësi të konsiderueshme. Efikasiteti i qëndrueshëm ndaj uljes së LDL-C, përdorimi i kësaj qasje terapeutike për frenimin e PCSK-9 mund të ndihmojë gjithashtu në kapërcimin e diskutimeve mbi aderencën ndaj mjekimeve.
- ndërsa mAbs bllokojnë vetëm PCSK9 plazmatike, siRNA gjithashtu zvogëlon nivelet hepato-celulare të PCSK-9.
- frenimi i PCSK-9 në plazmë nëpërmjet siRNA pasqyron nivelet e reduktuara të proteinës qarkulluese, e cila është e ngjashme me PCSK-9 LOF, ndërsa mAbs shkaktojnë një akumulim të konsiderueshëm të PCSK9 të lidhur me antitruptat^(19,20). siRNA qëndron aktive për një kohë të gjatë duke ofruar kështu mundësinë për dozime jo-frekuente.
- siRNA nuk ndikon në prodhimin ekstrahepatik të PCSK-9^(21,22,23), dhe kështu përqendrimi i PCSK-9 në ateroma do të jetë më i lartë sesa subjektet e trajtuar me mAbs.

Studimet mbi Inclisiran treguan se doza të vetme ose të shumëfishta të inclisiran ulin në mënyrë të ndjeshme të dy nivelet e plazmës PCSK9 (deri në 84%) dhe LDL-C (deri në 60%), një efekt që ishte i dukshëm 2 javë pas dozës së parë dhe vazhdoi për të paktën 180 ditë pas fillimit të trajtimit⁽²⁴⁾. Efekti i inclisiran është testuar në pacientë me hiperkolesterolemi me rrezik të lartë CV në studimin ORION-1, studim i fazës së dytë. Pacientët morën një dozë të vetme (200, 300 ose 500 mg) ose dy doza (100, 200, ose 300 mg) (dita 1 dhe dita 90) të inclisiran. U vu re ulje të konsiderueshme të niveleve të PCSK9 dhe LDL-C; Nivelet e LDL-C tashmë ishin në rënie nga fillimi 14 ditë pas injektimit të parë të inclisiran; deri në ditën e 30-të, reduktimet e nivelit të LDL-C silleshin midis 44.5% dhe 50.5% në të gjitha dozat e inclisiran⁽²⁴⁾.

Në ditën 180, reduktimet mesatare në nivelet e LDL-C shkonin nga 27.9 në 41.9% në mesin e pacientëve që morën një regjim me një dozë të vetme dhe nga 35.5 në 52.6% në mesin e pacientëve që morën një regjim inclisiran me dy doza, me uljen më të madhe vërejtur me regjimin me dy doza 300 mg të inclisiran (52.6%), i ngjashëm me atë të arritur nga trajtimi me mAb⁽²⁴⁾. Trajtimi i Inclisiran gjithashtu prodhoi reduktime të fuqishme dhe të qëndrueshme në VLDL-C dhe trigliceridet⁽²⁵⁾.

Vlen të përmendet, ulja e nivelit të LDL-C u ruajt gjatë 1 viti, regjimi i dy dozave i lidhur me uljen në mënyrë të qëndrueshme të nivelit të LDL-C^(24,25). Studimi ORION-3 është një studim i hapur i ORION-1 në të cilin pacientët marrin inclisiran 300 mg çdo 6 muaj deri në 4 vjet. Analiza e ndërmjetme tregoi një ulje të qëndrueshme të LDL-C (~51%), reduktim absolut mesatarisht në kohë 59.4 mg/dL), me profil të lartë sigurie dhe tolerueshmëri. Ngjarjet kryesore negative ishin reagime të lehta kalimtare në vendin e injektimit dhe asnjë dëshmi të mialgjive ose ngjarjeve negative të mëlçisë ose veshkave që mund të lidhen me përdorimin e inclisiran⁽²⁶⁾.

Studimet e Fazës së 3-të ORION-9, -10 dhe -11 u krijuan për të vlerësuar efikasitetin dhe sigurinë e inclisiran të administruar dy herë në vit në pacientët HeFH, ASCVD dhe/ose ekuivalentë të rrezikut me LLT të qëndrueshëm. Në studimin ORION-9, pacientët me HeFH në dozë maksimalisht të toleruar të statinës me ose pa ezetimibe^(26,27).

Ato treguan një reduktim me 50% të LDL-C në krahasim me placebo në ditën 510, një ndryshim prej 45% mesatarisht në kohë të LDL-C në ditën 90 dhe 540, dhe një efekt të qëndrueshëm, të fortë dhe të sigurt të uljes së LDL-C gjatë 18 muajve, në mënyrë të pavarur të gjenotipit bazë FH^(26,27).

Në mënyrë të ngjashme, në pacientët me sëmundje kardiovaskulare aterosklerotike (ORION-10) dhe pacientë me sëmundje aterosklerotike kardiovaskulare ose ekuivalent të rrezikut të sëmundjes kardiovaskulare aterosklerotike (diabet tip 2, FH, ose një rrezik 10-vjeçar i një ngjarje CV të $\geq 20\%$ siç është vlerësuar nga Framingham për CVD ose ekuivalent) (ORION-11) të cilët kishin ngritur nivelet e kolesterolit LDL pavarësisht se kishin marrë terapi statine në dozën maksimale të toleruar, inclisiran uli nivelet e LDL-C me ~50% krahasuar me placebo në të gjitha nëngrupet e pacientëve, me ngjarje anësore të ngjashme në të dy krahët, me përjashtim të ngjarjeve anësore në vendin e injektimit të cilat ishin më të shpeshta me inclisiran⁽²⁷⁾.

Të dhënat përfundimtar ORION-4 do të vlerësojnë nëse frenimi i PCSK9 nga inclisiran 300 mg ul në mënyrë të sigurtë rrezikun e ngjarjeve kryesore kardiovaskulare aterosklerotike në 15,000 pacientë me ASCVD para-ekzistuese gjatë një kohëzgjatjeje mesatare të trajtimit prej 5 vjetësh (Përfundimi dhjetori 2024.)

KONKLUZIONE

Tani është vërtetuar se frenimi i PCSK9 përmirëson trajtimin e dislipidemive dhe zvogëlon rrezikun e ngjarjeve kardiovaskulare në krye të strategjive të tjera të reduktimit të lipideve. Përdorim i gjerë i siRNA (si frenues të PCSK9) është akoma i kufizuar. Por, kërkimi shkencor është i orientuar drejt qasjeve të reja me një efikasitet të lartë dhe fleksibilitet. siRNA (frenues i PCSK-9) po udhëheq këtë grup molekular.

Pacientët me rrezik shumë të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare që zakonisht trajtohen me kombinime të ilaçeve, përfshirë statina me dozën e toleruar maksimalisht të terapisë për uljen e lipideve, shpesh nuk arrijnë nivelet e dëshiruara të LDL-C. Programe të mëdha studime janë në vazhdimësi për të arritur mirëmbajtjen e niveleve shumë të ulta të LDL-C; por siRNA janë një inovacion në trajtimin e dislipidemive dhe parandalimin e progresionit të sëmundjeve kardiovaskulare afat-gjatë, dhe reduktimin e riskut për pacientët me rrezik të lartë kardiovaskular.

Referencat:

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds> [Last accessed: September 2020].
2. McClellan M, Brown N, Califf RM, Warner JJ. Call to Action: Urgent Challenges in Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(9): E44–E54.
3. World Health Organization. WHO Cardiovascular diseases –Programme. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1 [Last accessed: September 2020].
4. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 HA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;139(25): E1082–E1143.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: Lipid Modification to Reduce Cardiovascular Risk. *Eur Heart J*. 2020;1(41):111–188.
6. Norata GD, Tibolla G, Catapano AL. PCSK9 inhibition for the treatment of hypercholesterolemia: promises and emerging challenges. *Vasc Pharmacol*. 2014;62(2):103–11.
7. Cohen JC, Boerwinkle E, Mosley TH Jr, Hobbs HH. Sequence variations in PCSK9, low LDL, and protection against coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2006; 354:1264–1272. doi: 10.1056/NEJMoa054013
8. Norata GD, Tibolla G, Catapano AL. Targeting PCSK9 for hypercholesterolemia. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2014; 54:273–93.
9. Lagace TA. PCSK9 and LDLR degradation: regulatory mechanisms in circulation and in cells. *Curr Opin Lipidol*. 2014;25(5):387–93
10. Norata GD, Ballantyne CM, Catapano AL. New therapeutic principles in dyslipidaemia: focus on LDL and Lp(a) lowering drugs. *Eur Heart J*. 2013;34(24):1783–9.
11. Seidah NG, Prat A, Pirillo A, Catapano AL, Norata GD. Novel strategies to target proprotein convertase subtilisin kexin 9: beyond monoclonal antibodies. *Cardiovasc Res*. 2019;115(3):510–8.
12. Poirier S, Mayer G, Benjannet S, Bergeron E, Marcinkiewicz J, Nassoury N, Mayer H, Nimpf J, Prat A, Seidah NG. The proprotein convertase PCSK9 induces the degradation of low density lipoprotein receptor (LDLR) and its closest family members VLDLR and ApoER2. *J Biol Chem*. 2008; 283:2363–2372. doi: 10.1074/jbc.M708098200.
13. Osborne TF, Gil G, Goldstein JL, Brown MS. Operator constitutive mutation of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase promoter abolishes protein binding to sterol regulatory element. *J Biol Chem*. 1988; 263:3380–3387.
14. Norata GD, Tavori H, Pirillo A, Fazio S, Catapano AL. Biology of proprotein convertase subtilisin kexin 9: beyond low-density lipoprotein cholesterol lowering. *Cardiovasc Res*. 2016; 112:429–442. doi: 10.1093/cvr/cvw194
15. Norata GD, Tavori H, Pirillo A, Fazio S, Catapano AL. Biology of proprotein convertase subtilisin kexin 9: beyond low-density lipoprotein cholesterol lowering. *Cardiovasc Res*. 2016;112(1):429–42.
16. Da Dalt L, Ruscica M, Bonacina F, et al. PCSK9 deficiency reduces insulin secretion and promotes glucose intolerance: the role of the low-density lipoprotein receptor. *Eur Heart J*. 2019;40(4):357–68.
17. Mbikay M, Sirois F, Gyamera-Acheampong C, et al. Variable effects of gender and Western diet on lipid and glucose homeostasis in aged PCSK9-deficient C57BL/6 mice CSK9PC57BL/6. *J Diabetes*. 2015;7(1):74–84.
18. Perego C, Da Dalt L, Pirillo A, Galli A, Catapano AL, Norata GD. Cholesterol metabolism, pancreatic beta-cell function and diabetes. *Biochim biophys Acta Mol Basis Dis*. 2019;1865(9):2149–56.
19. Baragetti A, Grejtakova D, Casula M, et al. Proprotein convertase subtilisin-kexin type-9 (PCSK9) and triglyceride-rich lipoprotein metabolism: facts and gaps. *Pharmacol Res*. 2018; 130:1–11.
20. Watts JK, Corey DR. Silencing disease genes in the laboratory and the clinic. *J Pathol*. 2012;226(2):365–79.
21. Peters DT, Henderson CA, Warren CR, et al. Asialoglycoprotein receptor 1 is a specific cell-surface marker for isolating hepatocytes derived from human pluripotent stem cells. *Development*. 2016;143(9):1475–81.
22. Shapiro MD, Miles J, Tavori H, Fazio S. Diagnosing resistance to a proprotein convertase Subtilisin/Kexin Type 9 inhibitor. *Ann Intern Med*. 2018; 168:376–379. doi: 10.7326/M17-2485.
23. Nair JK, Willoughby JL, Chan A, et al. Multivalent N-acetylgalactosamine-conjugated siRNA localizes in hepatocytes and elicits robust RNAi-mediated gene silencing. *J Am Chem Soc*. 2014; 136:16958–16961. doi: 10.1021/ja505986a.
24. Ray KK, Stoeckenbroek RM, Kallend D, et al. Effect of 1 or 2 doses of inclisiran on low-density lipoprotein cholesterol levels: one-year follow-up of the ORION-1 randomized clinical trial. *JAMA Cardiol*. 2019;4(11):1067–75.
25. Kastelein JJP. ORION-3. Presented at National Lipid Association (NLA) scientific sessions, Miami, May 2019. 2019
26. Raal FJ, Kallend D, Ray KK, et al. Inclisiran for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1913805> In this study inclisiran showed a significant lipid-lowering efficacy in patients at increased risk of early cardiovascular disease.
27. • Ray KK, Wright RS, Kallend D, et al. Two phase 3 trials of inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912387> This study shows that inclisiran provides substantial and persistent reductions in LDL-C levels with less frequent dosing.

PËR SEKRETARIN E PËRGJITHSHËM TË LIDHJES SHQIPTARE KUNDËR EPILEPSISË

Prof. Dr. ALI KUQO



Ndonëse vetëm disa muaj kanë kaluar nga ndarja në mënyrë të shpejtë e thujtë papritur e Prof. Dr. Ali Kuqos, për familjarët, kolegët dhe miqtë e tij, mbetet i pa shlyer dhe që nuk shuhet kujtimi i fiksuar në mendjet e tyre, si njeriu i urtë, model i mirësjelljes dhe i etikës mjekësore, i cili së bashku me kolegun dhe mikun e tij, Prof. Bajram Preza, e kolegët e tjerë, vunë bazat shkencore të neurologjisë Shqiptare.

Prof. Ali Kuqo lindi në Korçë më 19 Mars 1936 në një familje me tradita patriotike. Rrugëtimi i tij në mjekësi filloi në vitin 1954, i diplomuar si Mjek i Përgjithshëm dhe pas pak vitesh pune fiton specialitetin e neurologut dhe detyrën e Pedagogut në Fakultetin e Mjekësisë të U.T., të cilën e mbajti deri në vitin 2000, në moshën kur doli në pension. Në vitin 1962 pranohet në detyrën e mjekut ordinator pranë Klinikës Neurologjike, nga ku fillon rrugëtimin e përbashkët me Prof. Bajram Preza, kolegun dashamirës me të cilin Prof. Ali Kuqo i ngjiti shkallët e karrierës pedagogjike e shkencore, si Doktor i Shkencave Mjekësore, Docent, Prof. e shef i Pavionit të Neurologjisë të QSUT-së.

Do ta kujtojmë Prof. Ali Kuqon si kolegun tonë neurolog me cilësi të vjera profesionale dhe etike në profilin e përgjithshëm të neurologjisë. Në veprimtarinë e tij profesionale spikat në mënyrë të veçantë përkushtimi në fushën e depistimit, mjekimit dhe luftës për parandalimin e rasteve të epilepsive, për të cilat ka kryer një numër të konsiderueshëm punimesh shkencore dhe shkruar artikuj në shtypin mjekësor brenda dhe jashtë vendit.

Që nga viti 2001 Prof. Ali Kuqo mban detyrën e Sekretarit të Përgjithshëm të Lidhjes Shqiptare për Epilepsinë. Së bashku me kolegët e tij dhe punonjësit e tjerë të profilit të neurologjisë, neurokirurgjisë dhe psikiatrisë, Prof. Ali Kuqo dha kontributin e tij për ngritjen e **Spitalit të Trurit**, pjesë e të cilës u bë edhe shkenca e epileptologjisë, ajo e sëmundjeve vaskulare të trurit dhe sëmundjet periferike të sistemit nervor.

Prof. Ali Kuqo ka lënë pas një veprimtari të gjerë botuese, të përbërë nga tekste universitare, dy punime monografike dhe punime të tjera prej 50 artikujsh si autor apo bashkautor, të botuara në shtypin e vendit dhe atë të huaj.

Prof. Ali Kuqo së bashku me familjen e tij bën pjesë në plejadën e familjeve Shqiptare që kanë kontribuar për shkencën dhe vazhdojnë të kontribuojnë për ngritjen e nivelit të saj. Kjo është një tjetër trashëgimi e tij, për të cilën do të kujtohet gjatë.

*Dr. Faik TOSKA
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*

Dr. Irakli THOMA

1949 – 2021



Me hidhërim të madh është përcjellë në banesën e fundit dr. Irakli Thoma, miku dhe kolegu ynë i nderuar, i cili u nda nga jeta nga sëmundja e COVID-19.

Dr. Irakliu lindi në Nivicë, Sarandë më 10 Maj 1949. Shkollën e mesme i kreu në Gjimnazin e Sarandës në vitin 1968.

Fakultetin e Mjekësisë e kreu në Universitetin e Tiranës, në vitet 1968-1973. Pas përfundimit të studimeve dr. Irakliu u emërua si mjek në vitin 1973 në Spitalin e Delvinës, dhe në vitet 1974-1980 punoi si mjek në zonën e Bregdetit.

Në vitin 1980 filloi specializimin për Anestezi-Reaminacion për tre vjet dhe në vitin 1991 për Kardiologji 18 muaj.

Që nga viti 1983 dhe deri sa u nda nga jeta dr. Irakliu shërbeu si mjek pranë Spitalit të Sarandës si mjek anestezi-reanimator deri në vitet 1990 dhe më pas si mjek Kardiolog dhe Shef në repartin e Patologjisë.

Dr. Irakliu njihej si mjek serioz, i përkushtuar dhe i papërtuar, i respektueshëm nga kolegët dhe të sëmurët.

Ai ishte një njeri fjalëpakë, i drejtë dhe punonte çdo ditë për ngritjen e tij tekniko-profesionale.

Me vdekjen e tij të papritur, familjarët humbën njeriun e tyre të dashur, ne kolegun e nderuar dhe komuniteti një mjek të përkushtuar.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Gjyrokastër, UMSH

Prof. Dr. Engjëll MASTORI*1949 – 2021*

Është ndarë ndarë nga jeta prof. dr. Engjëll Mastori, ish Drejtori i Shëndetësisë së Ushtrisë dhe Spitalit Ushtarak.

Dr. Engjëlli lindi në Delvinë më 14 Shkurt 1941 dhe në vitin 2019 ju dha titulli “Qytetar Nderi” i këtij qyteti.

Përfundoi shkollën e Mesme Mjekësore dhe u titullua Oficer Aktiv duke punuar si nd/mjek në Spitalin Ushtarak. Fakultetin e Mjekësisë e përfundoi në vitin 1968 në degën Mjekësi e Përgjithshme. Më pas punoi si Shef Shëndetësie e mjek në spitalet ushtarake në Gjirokastrë, Përmet, Leskovik e Tiranë. Në vitin 1971 u emërua në Spitalin e Përgjithshëm Ushtarak në Shërbimin e Toksikologjisë dhe u profilizua për toksikologji nën udhëheqjen e specialistit të njohur dr. Bexhet Refatllari. Në vitin 1973 emërohet Shef i Sektorit të Armëve të Dëmtimit në Masë ku kreu mjaft punë kërkimore-shkencore dhe eksperimentale, veçanërisht në toksikologjinë klinike. Në vitet 1983-1984 kreu specializimin në Paris për Toksikologji Klinike dhe në Shtatorin e vitit 1984 hapi në Spitalin Ushtarak repartin e Toksikologjisë Klinike që vazhdon sot në QSUT.

Pas viteve 1990 doli në reformë por punoi si mjek civil, pedagog për përgatitjen shëndetësore në Akademinë Ushtarake “Skënderbe” e më pas në Regjimentin e Mbrojtjes Civile. Ka mbrojtur gradat shkencore: Doktor i Shkencave dhe Profesor Doktor në fushën e Toksikologjisë Klinike.

Në vitet 1997-1998 u emërua drejtor i Drejtorisë së Shëndetësisë në Ministrinë e Mbrojtjes dhe në Qershor 1998 Drejtor i Spitalit Qendror të Ushtrisë deri në 2001. Gjatë periudhës si drejtor i spitalit punoi për zhvillimin e spitalit ushtarak sipas standardeve të spitaleve ushtarake të vendeve anëtare dhe partnere të NATO-s duke qenë bashkautor në studimin Norvegjez të Masterpalnit për SUQU. Ka kontribuar në përmirësimin e infrastrukturës së brendshme e të jashtme të spitalit, rikonstruksionin e Repartit të Traumatologjisë dhe bashkëpunoi ngushtë me Ministrinë e Shëndetësisë për modernizimin dhe pajisjen e spitalit me aparatura radiologjike për Urgjencën e Politraumës. Ka kontribuar në përzgjedhjen e personelit mjekësor për kualifikime e specializime brenda dhe jashtë vendit dhe ishte mjaft këmbëngulës në rritjen e forcimin e bashkëpunimit me spitale homologe ushtarake të Turqisë, Greqisë, Gjermanisë, Italisë, Hollandës për modernizimin e spitalit. Gjithashtu, dr. Engjëlli ruanti dhe marrëdhënie të ngushta me Fakultetin e Mjekësisë si pedagog i lëndës së Toksikologjisë, në përgatitjen e teksteve dhe specializimet pasuniversitare në këtë fushë.

Ngushëllime familjes të afërmve, miqve e shokëve të dr. Engjëllit kudo ku ndodhen, brenda dhe jashtë vendit.

Të qoftë dheu i lehtë miku ynë i paharruar!

*Prof. asc. Dr. Luan Nikollari
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*

Dr. Gani GASHI

1947 – 2021



Është ndarë ndarë nga jeta në muajin Qershor mjeku okulist Gani Gashi.

Dr. Gashi lindi në Kukës më 16 Maj 1947. Pas përfundimit të shkollës së mesme vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1970.

Në vitet 1971 – 1973 kreu specializimin për okulist në Klinikën e Okulistikës në Tiranë. Menjëherë pas specializimit kreu edhe një kurs 9-mujor për Ortopist, pranë klinikës ku kreu specializimin, me profesorë të huaj.

Pas specializimit dr. Gashi u kthye në vendlindje ku filloi punë në vitin 1974 në spitalin e Kukësit, duke hapur për herë të parë shërbimin e specializuar të Okulistikës. Fillimisht si mjek okulist e më pas si shef pavijoni deri në vitin 1997.

Pas vitit 1998, dr. Gashi është emëruar Drejtor i Drejtorisë së Shëndetit Publik, duke dhënë kontributin e tij në menaxhimin e situatës së krijuar nga lufta në Kosovë.

Më pas dr. Gashi u transferua në Tiranë, duke punuar si mjek okulist në Poliklinikën e Specialiteteve nr. 2.

Gjatë gjithë periudhës së punës por edhe në pension, dr. Gashi morri pjesë në shumë aktivitete të organizuara nga institucione të ndryshme jo vetëm në specialitetin e tij por edhe në fush të tjera të mjekësisë.

Në vitin 2021 dr. Ganiu doli në pension, po nuk ju largua ushtrimit të profesionit duke punuar në Klinika Okulstike e Optika Private në kohë të pjesshme. Gjithashtu dr. Ganiu ishte edhe Kryetar i Komisionit Mjekësor të Përcaktimit të Verbërisë (KMPV) për dhënien e Statusit e të Verbërit.

Dr. Gani Gashi ishte për bashkëqytetarët e Kukësit si mjek i palodhur dhe i gjendshëm për këdo që kishte probleme me sytë. Për kolegët dr. Ganiu ishte jo vetëm shok i mirë por edhe shumë i komunikueshëm e gjithmonë i papërtuar.

Ngushëllime familjes, të afërmve, miqve e shokëve të dr. Ganiut për humbjen e tij.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Lutfi ZHEGU*1942 – 2021*

Është ndarë ndarë nga jeta në muajin Qershor kirurgu i njohur torakal dr. Lutfi Zhegu.

Dr. Zhegu lindi në Tiranë më 24 Korrik 1942. Pas përfundimit të shkollës së mesme vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1966 duke fituar titullin Mjek i Përgjithshëm. Ndërkohë në vitet akademike 1964-1965 dhe 1965-1966 u pranua anëtar i Shoqatës së Kirurgëve të Rinj, ku në vitin e fundit realizoi edhe intervente kirurgjikale.

Në vitet 1966 – 1971 kreu kualifikimin profesional si Kirurg i Përgjithshëm, ku u përgatit si kirurg pranë Klinikës së III-të në Spitalin Qendror Universitar Tiranë, nën udhëheqjen e prof. Petro

Cani dhe prof. Besim Elezi. Gjatë viteve të formimit si kirurg i përgjithshëm realizoi një numër të konsiderueshëm interventesh përfshirë edhe intervente të kategorisë së parë.

Në vitet 1971-1972 dr. Zhegu kreu kualifikimin në Klinikën Universitare të QSUT-së Ortopedi-Traumatologji nën udhëheqjen e prof. Panajot Bogës. Gjatë këtij kualifikimi ai u njoh mirë me nocionet e mjekimit ortopedik dhe patologjitë osteo-artikulare duke u aktivizuar edhe në intervente kirurgjikale veçanërisht në patologjitë e lindura dhe të kolonës vertebrale dhe të gjoksit.

Në vitin 1972 emërohet Kirurg Ekstrapulmonar pranë Institutit të Fizio-Pneumologjisë Tiranë në shërbimin e tuberkulozit ekstrapulmonar, ku udhëhoqi gjithë interventet kirurgjikale si kirurg primar. Në vitet 1978-1982 dr. Zhegu vijoi kualifikimin si kirurg torakal në Spitalin Onkologjik të QSUT nën udhëheqjen e dr. Agim Stafës. Në përfundim u emërua kirurg torakal e po ashtu edhe shef i shërbimit të kirurgjisë. Gjatë viteve 1986-1997 ndoqi kualifikime të ndryshme jashtë vendit si në: Itali, Angli, Belgjikë, ku mori njohuri të shumta jo vetëm në fushën e kirurgjisë pulmonare por edhe në fushën e tomografisë kompjuterike.

Dr. Lutfi Zhegu në vitet 1973-1974 filloi edhe aktivitetin akademik si mësues i lëndës së anatomisë dhe kirurgjisë në Shkollën e mesme të Infermierëve, e në vitet 1987-1988 mësues i Fizioterapisë-Kinezoterapisë së gjoksit. Në vitet 1984-1987 si pedagog i jashtëm i FM për specialitetin Kirurgji Torakale dhe udhëheqës praktikash të viti të IV-t. Po ashtu nga viti 1984 udhëhoqi ciklet e kualifikimit pasuniversitar për mjekët specialistë kirurg-ortoped dhe onkologë.

Dr. Zhegu ishte anëtar i Shoqatës së Kirurgëve Shqiptarë, i Shoqatës së Pneumologëve Shqiptarë, anëtar nderi i Shoqatës humanitare Skoci-Shqipëri, dhe anëtar i shoqatës së kirurgëve Kardio-Torakale frankofone në zonën e Valonisë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Kujtim SHABANI
1972 – 2021



Urdhri i Mjekëve Korçë me hidhërim të thellë dhe dhimbje të madhe, lajmëron ndarjen nga jeta të Shefit të Urgjencës së Spitalit Rajonal Korçë, dr. Kujtim Shabanit.

Dr. Kujtimi lindi në Korçë më 13 Maj 1972. Pasi mbaroi shkollën e mesme profesionale mjekësore në Korçë në vitin 1989, vazhdoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë, dega Mjekësi e Përgjithshme në vitet 1990-1997. Më pas punoi si Mjek i Përgjithshëm në rrethin e Devollit deri në vitin 2006, vit kur u emërua si mjek pranë Shërbimit të Urgjencës së Spitalit Rajonal Korçë.

Dr. Kujtimi punoi me përkushtim e profesionalizëm për pacientët dhe kolegët. Për meritat e punës së tij u emërua Shef i

Shërbimit të Urgjencës në vitin 2012. Gjatë kësaj periudhe kreu një specializim 6-mujor për Urgjencën dhe specializim 1-vjeçar për Toksikologji pranë QSUT.

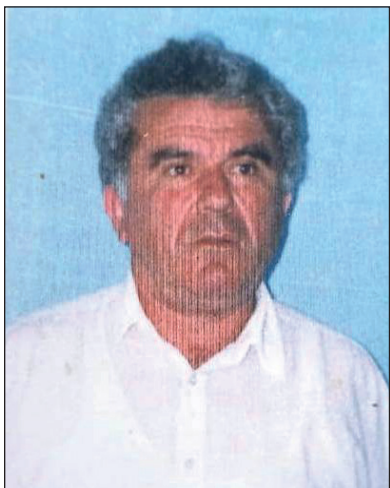
Në vitin e luftës ndaj pandemisë Covid-19 dr. Kujtimi ishte në vijën e parë. Nuk u kursye as ditën as natën, pa u trembur, por si gjithnjë i kujdesshëm me pacientët. Të shumta kanë qenë mesazhet e falenderimit të dërguara në adresë të tij.

Sot të gjithë jemi të trishtuar për humbjen e parakohshme të tij, por dr. Kujtimi do të mbetet gjithmonë i paharruar për të gjithë.

I shprehim ngushëllime të përzemërta familjes!

I paharruar do të jetë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH

Dr. Muharrem NONAJ*1944 - 2021*

Më 1 Shkurt 2021 u nda nga jeta në një spital në Stambolli- Turqi, Dr. Muharrem Nonaj i sëmurë nga COVID-19.

Dr. Muharrem Nonaj lindi më 20 Qershor 1944 në fshatin Muzhenckë të Komunës së Çepanit të Rrethit të Skraparit. Pas mbarimit të shkollës fillore në fshatin e tij, ai ndoqi shkollën 7-vjeçare dhe gjimnazin në Çorovodë. Në vitin 1964 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës dhe u diplomua Mjek i Përgjithshëm në Qershor 1969. Pas përfundimit të studimeve, ai punoi fillimisht mjek i përgjithshëm në Spitalin e Poliçanit – Skrapar deri në vitin 1972. Po atë vit ai u dërgua për specializim në Klinikën e Otorino-Laringologjisë të Spitalit Universitar të Tiranës, sot QSUT, që e përfundoi në vitin 1974. Që nga ai vit dhe deri sa u nda nga

jeta dr. Muharremi punoi si specialist otorino-laringolog në Spitalin e Rrethit të Skraparit. Gjatë disa dhjetëvjeçarëve ai ka kryer një numër të madh të tonsilektomive dhe ndërhyrjeve në vesh të të sëmurëve të gjithë fshatrave të rrethit të Skraparit dhe më gjerë, si edhe me mijëra vizita në kabinetin ambulator të ORL në Poliklinikën e Çorovodës.

Dr. Muharrem Nonaj ka qenë edhe në pozicione drejtuese të Shëndetësisë së Skraparit. Ai ka qenë drejtor i Spitalit të rrethit në Çorovodë gjatë viteve 2000 – 2002 dhe 2010 – 2013.

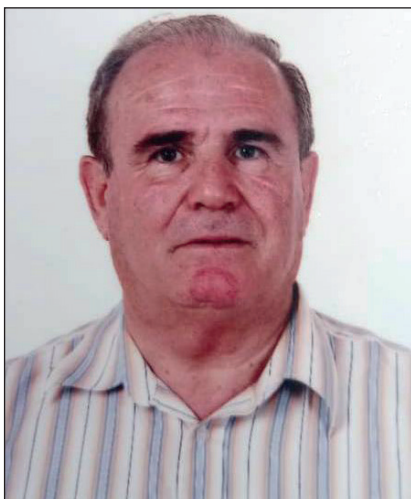
Ai ishte një mjek i palodhur dhe i lidhur ngushtë me vendlindjen e tij. Dr. Muharremi nuk e la punën e mjekut, megjithëse ishte i moshuar nuk doli në pension dhe nuk u largua kurrë nga Çorovoda, ku pas viteve 2000, bashkë me largimin masiv të banorëve pati edhe mungesa të mëdha në mjekë. Ai punoi si mjek me përkushtim e vetëmohim deri ditën që u infektua prej të sëmurëve nga koronavirusi, i cili i mori edhe jetën.

Largimi nga jeta i dr. Muharremit ka shkaktuar një humbje të madhe për Shëndetësinë dhe ai do të kujtohet përherë nga kolegët dhe të sëmurët e gjithë krahinës së Skraparit.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH*

Dr. Josif DËNA
1949 - 2021



Më 6 Shkurt 2021 u nda nga jeta në Spitalin e sëmundjeve Infektive QSU Tiranë dr. Josif Dëna, si pasojë e një forme të rëndë të koronavirusit.

Dr. Josif Dëna lindi më 15 Shkurt 1949 në fshatin Maleshovë të Rrethit të Përmetit. Në moshën 2-vjeçare familja e tij u transferua në qytetin e Beratit, ku Josifi u rrit, ndoqi shkollën 7-vjeçare dhe gjimnazin që e përfundoi me nota shumë të mira në vitin 1967. Po atë vit filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës dhe u diplomua Mjek i Përgjithshëm në vitin 1972. Pasi punoi 1 vit Mjek i Përgjithshëm në Spitalin Rajonal të Beratit, Dr. Josifi punoi 3 vjet nga Janari 1974 deri në Janar 1977 si përgjegjës i Qendrës Shëndetësore në fshatin Poshnje të Rrethit të Beratit. Në vitet 1977-1978 u specializua në Klinikën e Endokrinologjisë të Spitalit Universitar, sot QSU

Tiranë. Nga Janari 1978 deri sa doli në pension në vitin 2020 punoi si Specialist Endokrinolog në Spitalin Rajonal të Beratit.

Dr. Josif Dëna ka punuar përkohësisht në vitin 1987-1988 mjek edhe në Spitalin e Komunës të Sinjës dhe në vitet 2001 deri 2005 edhe përgjegjës i Poliklinikës së Specialiteteve, pranë Spitalit Rajonal të Qarkut të Beratit. Veç punës si mjek, ai ka dhënë mësim në vitet 1985 – 1988 lëndën e fiziologjisë dhe farmakologjisë në Shkollën e Mesme të Infermierisë në Berat dhe lëndën e Fiziologjisë në Universitetin Kristal, dega e Infermierisë në vitet 2007-2008.

Dr. Josif Dëna u shqua gjatë punës për cilësitë e tij të larta profesionale dhe përditësimin e vazhdueshëm të dijeve të tij mjekësore. Si njohës i gjuhës i ruse dhe angleze ai shfletonte rregullisht revistat mjekësore dhe ka ndjekur me dhjetra kualifikime në Tiranë dhe jashtë shtetit. Ai ka botuar hulumtimet e tija për mjekimin e diabetit melitus në Buletinin e Shkencave Mjekësore, mori pjesë në studimin kombëtar të “Alb. Diab” 2004, ka mbajtur kumtesë mbi hipertireozën në rrethin e Beratit si edhe zhvilluar biseda në Televizionin lokal mbi sëmundjet endokrine. Dr. Josifi dallohej ndër kolegët e tij edhe për dashurinë e tij pasionante për letërsinë shqipe dhe të huaj, për leximin e vazhdueshëm, krahas teksteve mjekësore edhe të botimeve letrare artistike të autorëve vendas dhe të huaj.

Vdekja e tij e befasishme nga sëmundja e COVID-19 ka prekur shumë kolegët, personelin mjekësor dhe të sëmurët e mbarë Qarkut të Beratit.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH

Dr. Qamil KONI*1948 – 2021*

Kushdo që e ka njohur Dr. Qamil Konin përfiton sjelljen dhe komunikimin tërheqës të mjekut toksikolog dhe neuro-psikiatër që gjithë jetën punoi pa u lodhur në shërbim të pacientëve të tij.

Dr. Qamil Koni lindi më 15 Qershor 1948 në Maminas të Durrësit. Kreu shkollën e mesme profesionale pranë Politeknikut Mjekësor, të cilin e përfundoi në vitin 1966. Për katër vite punoi ndihmës mjek në Ishëm të Durrësit.

Kreu studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit Shtetëror të Tiranës, të cilin e përfundoi në vitin 1976 me rrezultate të shkëlqyera. Si mjek i përgjithshëm ushtarak, dr. Qamili punoi fillimisht në Spitalin Ushtarak të Shkodrës dhe në Aerodromin e Gjadrit në Lezhë.

Në vitet 1980-1981 dr. Koni specializohet në profilin e Toksikologjisë dhe si mjek ushtarak efektiv punoi në Repartin e Toksikologjisë Ushtarake pranë spitalit Ushtarak në Tiranë, duke ju dedikuar kryesisht punës shkencore dhe asaj pedagogjike me studentët e Fakultetit të Mjekësisë. I thelluar në fushën e patologjisë dhe ndikimeve në sistemin nervor, në vitet 1986-1988 specializohet në fushën e Neuro-psikiatrisë.

Dr. Qamil Koni për disa vite ka punuar me detyrën e shefit të pavijonit të Neuropsikiatrisë, me gradën Nënkolonel në Spitalin Ushtarak, deri sa doli në pension.

Dr. Qamil Koni do të kujtohet si specialisti që punoi për shumë vite kudo në mjekësinë ushtarake, duke u karakterizuar nga virtutet e larta profesionale dhe nga dëshira për të shërbyer pastër dhe me etikë të lartë profesionale.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Dr. Faik TOSKA
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Ilir GAZELI

1955 – 2021



Me hidhërim të madh është përcjellë në banesën e fundit dr. Ilir Gazeli, miku dhe kolegu ynë i nderuar, i cili u nda nga jeta në mënyrë të papritur.

Dr. Iliri lindi në qytetin e Gjirokastrës më 15 Shkurt 1955. Shkollën 8-vjeçare dhe shkollën e mesme i kreu në Delvinë.

Fakultetin e Mjekësisë e kreu në Universitetin e Tiranës, të cilin e përfundoi në vitin 1979.

Pas përfundimit të studimeve dr. Iliri u emërua si mjek në Finiq ku punoi nga viti 1982-1985. Më pas u emërua si mjek në Spitalin e Delvinës, ku punoi deri në vitin 1992. Po këtë vit u emërua si përgjegjës i Sektorit të Higjienës në DSHP Delvinë dhe më pas u emërua Drejtor në po këtë institucion.

Në vitin 2000 dr. Iliri u transferua Shef i Higjienës dhe Epidemiologjisë pranë DSHP Sarandë.

Dr. Iliri punoi në vazhdim në DSHP Delvinë dhe më pas si mjek familje në QSH Dhivër, ku punoi me përkushtim e humanizëm dhe profesionalizëm.

Dr. Iliri njihej si mjek serioz, i respektueshëm nga kolegët dhe të sëmurët.

Ai ishte një njeri fjalëpakë, i drejtë dhe i papërtuar.

Me vdekjen e tij të papritur në krye të detyrës, familjarët humbën njeriun e tyre të dashur, ne kolegun e nderuar dhe komuniteti një mjek të përkushtuar.

U prehtë në paqe shpirti i tij!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH