

PËRMBAJTJA

Editoriali:

- Dr. Brahimi F., - Mbi veprimtarinë e Urdhrit të Mjekut të Shqipërisë gjatë mandatit të VI-të

In Memoriam:

- Prof. Dr. Ulvi Vehbiu “Frojdi” i Psikiatrisë Shqiptare

Probleme Organizative:

- Zgjedhjet në Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë 2020

Paraqitje Përgjithësuese:

- Dr. Reli A., - Çrregullimet e sferës mendore gjatë pandemisë COVID-19

- Dr. Shk. Bica L., Dr. Pasho R., Dr. Gjyli L., - COVID-19 dhe sistemi kardiovaskular: implikimet për vlerësimin e rrezikut, diagnozës dhe mundësive të trajtimit

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- Dr. Kryeziu E., Dr. Mësonjësi E., - Alergjia nga Parietaria: një sfidë intriguese për mjekun alergolog

- Dr. Asllani J., Prof. Qirko E., Dr. Mësonjësi E., Prof. Priftanji A., - Dermatiti Alergjik i Kontaktit tek fëmijët

- Dr. Gjermani A., Prof. Dr. Basho J., - Indeksi Tromocito-Splenik si kriter parashikues për zhvillimin e Variçeve Ezofagiale në të sëmurët me Cirrozë Hepatike

Nekrologji:

-Prof. Dr. Panajot BOGA, Prof. Dr. Arjan PUSHI, Dr. Besnik MYSHKETA, Dr. Lahim Puca, Prof. Dr. Grigor ZORAQI, Dr. Abdyl MYZYRI, Dr. Anibal BYBERI, Dr. Brahush KADILLARI

MBI VEPRIMTARINË E URDHRIT TË MJEKUT TË SHQIPËRISË GJATË MANDATIT TË VI-TË

Dr. Fatmir BRAHIMAJ
President i UMSH

Në respekt të afateve ligjore 6-mujori i parë 2020 përkonte me fundin e mandatit të VI-të të UMSH dhe zhvillimin e zgjedhjeve të reja për të gjitha strukturat e tij si në bazë edhe në qendër.

Pavarësisht vështirësive të krijuara nga situata e jashtëzakonshme (e fatkeqësisë natyrore) kam kënaqësinë të konfirmoj se të dy këto evente u kurorëzuan me sukses. Kjo dëshmon qartë pjekurinë, aftësinë, kapacitetin e duhur si dhe seriozitetin në punë të UMSH-së, si një risi tashmë e konsoliduar në sistemin shëndetësor shqiptar. Në momente të tilla gjithnjë e më shumë dëshmohet rëndësia dhe vlerat e këtij organizmi të ligjshëm, demokratik, thellësisht profesional si një entitet publik dhe një element i rëndësishëm i shoqërisë civile.

Në një gjykim të përgjithshëm ky mandat do të përkufizohej si i vështirë, por jo pa arritje të rëndësishme. Le të shohim më tej pse e themi këtë.

Qysh në ditët e para të mandatit strukturat e reja u mobilizuan për të hartuar planin e punës dhe veprimtarisë gjatë viteve 2015-2020. Për këtë u bazuam në:

- Analizën e punës së bërë gjatë mandatit të V-të;
- Analizën e procesit zgjedhor në fillim të vitit 2015 (problemet, sugjerimet);
- Detyrat e lëna nga strukturat paraardhëse;
- Detyrimet e përcaktuara nga plani strategjik i UMSH.

Kjo analizë shërbeu si bazë për realizimin e detyrimeve ligjore të dala në Ligji 123/2014 si dhe kërkesave të kohës që dilnin në vazhdimësi.

Gjithë veprimtaria u bazua në 3 (tre) kollona të rëndësishme:

1. Korniza ligjore e përcaktuar nga Parlamenti Shqiptar;
2. Përvoja e 2 (dy) dekadave veprimtari dhe në partneritetin me institucionet shëndetësore publike dhe private;
3. Bashkëpunimi me homologët ndërkombëtarë.

Por puna e nisur, u ndesh me vështirësi të paparashikuara, të shkaktuara nga procesi gjyqësor i ngritur nga militantë, në kundërshtim të hapur ligjor për pozicionin e pretenduar, por me një prapavijë mbështetëse politike dhe të pushtetshme. Në padi pretendohet për parregullsi në procesin zgjedhor, të zhvilluar në Asamblenë e Përgjithshme Kombëtare të UMSH-së. Në një mbledhje të jashtëzakonshme të Këshillit Kombëtar u analizua kjo gjë dhe u dol me një deklaratë për opinionin e gjerë publik, ku konfirmohet rregullsia e procesit zgjedhor, hidhet poshtë akuza e bërë dhe kërkohej që UMSH të lihej i qetë për të punuar për të kryer misionin dhe funksionin e tij.

Fatmirësisht rregullsia u konfirmua nga Gjykata Administrative e Apelit me vendim unanim të trupës gjyquese. Zgjedhjet u cilësuan të rregullta, dhe strukturat e dala prej tyre të ligjshme.

Por ndërkohë u krijua një terren pune i vështirë sidomos për aparatën qendror, me qëndrime dhe veprime të qarta që synonin humbjen e pavarësisë dhe minimizimin e funksioneve të UMSH. Pavarësisht kësaj, strukturat e reja të zgjedhura vazhduan punën e tyre dhe vetëm falë punës së përbashkët arritjet nuk munguan.

Aparati qendror i UMSH-së ngriti grupe pune për 3 (tre) objektiva kryesore:

1. Rishikimin dhe hartimin e dokumenteve bazë të Urdhrit (statuti dhe rregulloret e punës), gjë që e detyronte Ligji i ri dhe ndarja e mjekëve nga stomatologët dhe profesionistët ndihmës mjekësorë (biologë, fizikantë, biokimistë, etj.);
2. Përgatitjen e Seminareve (Berat dhe Shkodër) për kualifikimin e strukturave të reja rajonale, si dhe trupave të gjykimit profesional;
3. Përcaktimin e problemeve prioritare që do të ndiqte me përparësi UMSH
 - a. kriza e besimit të publikut ndaj bluzave të bardha
 - b. ruajtja e pavarësisë së organizmave profesionale mjekësore
 - c. migrimi i mjekëve.

Këto të fundit u analizuan me detaje dhe saktësuan qëndrimin ndaj tyre, si dhe çfarë do të bëhej për të ndikuar në arritjen e një impakti pozitiv.

Kështu me plane dhe objektiva të qarta dhe duke e bazuar gjithë veprimtarinë plotësisht në kornizën ligjore të funksionimit të UMSH-së, si dhe dokumentet e tij bazë u punuan gjatë gjithë këtij mandati. Synimi i vetëm ishte kryerja e misionit dhe funksionit, përfaqësimi i interesave të anëtarëve, ruajtja dhe përmirësimi i standardeve profesionale, si dhe siguri i publikut për cilësinë e kujdesit shëndetësor që i ofrohet.

Të orientuar nga sllogani britanik i General Medical Council (GMC) ***“Duke punuar me mjekët, punojmë për pacientët”*** ju dha rëndësia dhe vlerësimi i duhur Regjistrit të Mjekëve të UMSH-së. Falë bashkëpunimit me Projektin Zviceran HAP u krijua Regjistri i ri elektronik, një pasuri e madhe kombëtare, me rreth 60 të dhëna për çdo mjek, që lejon marrjen e informacionit të gjithanshëm në çdo kohë.

Bazuar në Ligjin e ri 123/2014, neni 5, pika 2/8: “Të kenë diplomën e mjekut, mjekut specialist dhe diplomën e specialitetit të lëshuar nga institucioni i Arsimit të lartë brenda dhe jashtë shtetit, të njohura nga ministria përgjegjëse për arsimin”, në regjistrin e ri u regjistruan dhe u licencuan mjekë me tituj të vërtetuar nga diplomatat përkatëse.

Me vendim të veçantë të Këshillit Kombëtar u vendos mosnjohja më si specializime e kualifikimeve me atashim, apo dhënia e titullit specialist bazuar në vitet e punës në një specialitet.

Këto veprime janë një siguri e madhe për pacientin. Tani ai nuk konsultohet me nga një pseudo “specialist”.

Licencat janë vetëm 2 (dy) lloje: Mjek i Përgjithshëm dhe Mjek Specialist.

Element i rëndësishëm i ruajtjes dhe përmirësimit të standardeve profesionale në formimin dhe rritjen e kompetencës profesionale, dhe rrjedhimisht dhe të performancës së mjekut është edhe Edukimi i Vazhdueshëm Mjekësor. Siç dihet nga një detyrim etik e moral, ai u kthye edhe tek ne si një detyrim ligjor.

Në ciklin e parë rezultatet ishin jo të mira. Besoj nuk i keni harruar publikimet në gazeta të listave me mjekë që nuk plotësonin kreditet, gjë që ndikonte mjaft negativisht reputacionin tonë. Për këtë gjatë mandatit të kaluar u realizuan 2 (dy) ndryshime:

1. cikli për çdo mjek është individual (pra nuk bëhet me bilanc total dhe evitohet zhurma mbi kreditet).
2. UMSH nuk është më thjesht nxitës i këtij procesi (siç përcakton Ligji) por merr pjesë aktive në të. Vitet e fundit ne akordojmë fond të dedikuar këtij procesi (mendohet që të vijë në rritje nga viti në vit). Kështu do krijohet baza që ne dalëngadalë të shkojmë drejt marrjes tërësisht të tij. Të nisur nga fakti që 30 kredite në vit është numri më i madh që kërkohet në Rajonin e Ballkanit, do të insistojmë që të ulet (të shkojë në mesataren e Rajonit).

Në vazhdim të zbatimit të sloganit të sipërpërmendur, është insistuar fort në respektimin e plotë të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore si përgjegjësi profesionale e mjekëve. Është ngritur zëri fort për garantimin e një terreni të sigurtë për të ushtruar me dinjitet profesionin mjekësor, duke garantuar kushtet për respektimin e standardeve profesionale në të gjitha hallkat e ofrimit të kujdesit shëndetësor. Synimi kryesor ka qenë “mjeku të ketë dinjitetin dhe personalitetin që meriton, dhe publiku të jetë i sigurtë për atë që i ofrohet”. Në këtë kuadër është folur për një vlerësim material dhe moral të punës së tij fisnike, për sigurinë në punë, mënjanimin e akteve të shëmtuara të dhunës, dekriminalizimin e gabimit mjekësor, përmirësimin e kushteve për rritjen në karrierën profesionale, studimin e ngarkesës në punë, sigurimin profesional që mungon krejtësisht, etj...

Po ashtu është folur dhe punuar për mënjanimin e fenomeneve të reja të dëmshme për cilësinë e shërbimit si: mjekësa defensive, fake-news në mjekësi, tendenca e delegimit të kompetencave nga të kualifikuarit në individë me kualifikim më të ulët, etj...

Mendoj se mjaft i rëndësishëm ka qenë sensibilizimi i mbarë shoqërisë për nevojën e qëndrimeve, vlerësimeve të reja për të krijuar klimën e duhur për një kujdes shëndetësor cilësor. Për këtë dua të falenderoj edhe mediat për mbështetjen dhe rolin e tyre. Edhe këtu mendoj se rezultatet nuk kanë munguar, pasi është shkuar në marrjen e nismave ligjore për realizimin e synimeve tona, përmend (Ligjin për Kujdesin Shëndetësor; ndryshimet në nenin 96 të Kodit Penal për ‘Mjekimin e pakujdesshëm’).

Rëndësi e veçantë si gjithmonë, i është kushtuar respektimit dhe konsolidimit të hapësirës ligjore dhe rolit në të të UMSH, dhe raportet midis aktorëve dhe faktorëve që veprojnë në sistemin e kujdesit shëndetësor shhqiptar. Respektimi dhe bashkëpunimi në vazhdimësi me ta ka qenë në vëmendjen tonë të vazhdueshme.

Angazhim dhe insistim të veçantë ka patur partneriteti me institucionet shëndetësore publike dhe private. Ky bashkëpunim absolutisht i kërkuar dhe maksimalisht i respektuar nga strukturat e UMSH-së si në qendër edhe në bazë, nuk ka qenë i lehtë për tu vendosur dhe duhet thënë ka patur luhatje të vazhdueshme. Ndërrprerjet e përkohshme (shpesh për arsye subjektive) çojnë në paqëndrueshmëri të arritjeve të përbashkëta të vendosura në dakortësi dhe mirëkuptim të ndërsjelltë. Shkak herëherës është ndryshimi i personave drejtues, por ndojëherë edhe krijimi i pengesave të panevojshme artificiale për të vazhduar punë, si p.sh.: largimi nga zyrat e mëparshme para dy vjetësh na krijoi goxha vështirësi. Por falë zgjidhjes së përbashkët kolegjiale u arrit të kemi zyrat tona të reja, një infrastrukturë më komode dhe mjaft e përshtatshme për punën tonë. Sidoqoftë ne jemi përpjekur dhe do të insistojmë edhe këtë mandat të përmirësojmë dhe të kemi një vazhdimësi bashkëpunimi për rritjen cilësore të objektivave të përbashkëta, në respektim të Ligjit dhe të njëri-tjetrit.

Bashkëpunimi me homologët ndërkombëtarë ka vazhduar me rregullsi. Ne kemi respektuar kriteret

dhe detyrimet në vazhdimësi të anëtarësimit në to. Përfaqësimi ka qenë dinjitoz, përfitimi i dyanshëm. Ne kemi afruar kontributin tonë modest dhe kemi marrë përvojat më pozitive prej tyre. Kjo gjë u konfirmua edhe në festimet e 25-vjetorit të UMSH-së vitin e kaluar, me pjesëmarrjen dhe fjalët e autoriteteve më të larta të tyre (presidentë dhe sekretarë të përgjithshëm).

Në vitet 2015 dhe 2019 ne kemi qenë vendi pritës i takimeve të ZEVA-s dhe CEOM. Ky i fundit ishte pjesë e festimeve të 25-vjetorit të UMSH, që ishte një arritje tjetër mjaft dinjitoze e jona. Kjo veprimtari nuk ishte thjesht një ceremoni protokollare festive. Aty u bë një bilanc i ecurisë, rritjes së vazhdueshme dhe i arritjes së një niveli që futi në një etapë të re veprimtarinë e UMSH-së (tashmë i plotë, i konsoliduar). Me këtë rast u aprovuan edhe 2 tituj që u dhanë e do vijojnë të jepen nga Këshilli Kombëtar: 'Nderi i UMSH' (si titulli më i lartë) dhe 'Mirënjohje e UMSH'. Gjithashtu u krijua edhe Libri i Nderit, ku dokumentohet dhënia e titujve.

UMSH duke qenë hallkë ndërmjetëse midis drejtimit profesional të mjekëve dhe mbrojtjes së publikut ndaj kequshtrimit të profesionit të mjekut, është përpjekur të analizojë dhe të gjykojë ankesat nëpërmjet një gjykimi profesional të paanshëm, bazuar në një ekspertizë sa më cilësore dhe të besueshme, në respekt të të drejtave dhe detyrimeve të të gjitha palëve, për të qenë në marrëdhënie të shëndetshme besimi dhe llogaridhënie. Në total janë shqyrtuar nr. 133 ankesa dhe janë zgjidhur 80 prej tyre. Në gjykim 4 dhe në organet e Drejtësisë 17. Janë tërhequr nga ankesat e tyre 10 dhe janë në proces verifikimi 13 ankesa.

Vlerësimi i arritjeve nuk do të thotë se u bë gjithçka. Arritjet na inkurajojnë dhe bëhen bazë për tu ndeshur dhe përballuar me sfida të reja të kohës. Sigurisht strukturat e reja do të planifikojnë veprimtari dhe do të përcaktojnë objektiva të qarta për UMSH, që do të synojnë kryesisht në:

- Forcimin e zërit të tij brenda hapësirës ligjore të veprimtarisë;
- Rritjen e kapacitetit dhe gjallërimit të punës.

PROFESOR ULVI VEHBUI “FROJDI” I PSIKIATRISË SHQIPTARE

Dr. Lluka HEQIM

Në oborrin e madh të Pavionit 17, ku hynin e dilnin të ndrojtur studentët e viti të pestë të Fakultetit të Mjekësisë, ndihesh në një botë tjetër, e cila ngjante ndryshe nga ajo që jetonin. Njerëz të shpërndarë kudo, të sëmurë, pa afrimet dhe pa miqësi, recitonin në heshtjen e shpirtit të mbetur, mendjen e tyre të braktisur. Ishin gati të gjithë në një pritje që edhe ata vetë nuk mund ta kuptonin, por e dinin se do tu vinte nga ajo derë e vetme, nga ku hynin e dilnin të gjithë. Kësaj here u fliste instikti, si një sinjalistikë e vërtetë pritshmërie që ishte ruajtur gjatë natës, pavarësisht turbullimeve të gjumit të lënduar. Vetëm vatra e kësaj kujtese nuk flinte kurrë. Në këtë rast mendja e tyre e hallakatur punonte mjaftueshëm vetëm në një pikë, ashtu si zilja e një ore muri me alarm. Çuditërisht e përmbledhnin trurin shpejt kur në oborr shfaqej ai që prisnin. Ata mblidheshin bashkë, e rrethonin dhe njeriu-shpresë i takonte, ndalej pak, u jepte të gjithëve një mesazh të shkurtër. Vetëm pas këtij takimi, të sëmurët shpërndaheshin ose uleshin duke u mbështetur në muret e lartë të atij spitali që i ngjante një burgu, ndërsa përthyenin këmbët pranë me selinë e shpirtit. Atyre u kishte ardhur drita, ai shfaqej në ëndrrat e natës, sepse ishte ky momenti kur ata ndjeheshin të çliruar nga një peshë që edhe për pak do ti kishte zënë përfund. Eh sa e rëndë ishte barra e sëmundjes që për ata nuk kishte as formë, as përmbajtje dhe as emërtim! Vetëm në këtë lëngatë, fëmija dhe i riu kërkonin të ishin të rritur dhe të rriturit silleshin si fëmijë. Ritmi biologjik e kishte kryer lëvizjen drejt fundit të ciklit.

Vlerësimi

Njeriu që erdhi nuk kishte mimikë apo gjestikulime që mund të lëndonin dikë, apo ata të sëmurë, të cilëve një lëvizje u dukej tjetërsoj. Trupi dhe shprehjet e fytyrës së këtij njeriu ishin njësoj si rrobat e tij, të ngrira në paraqitje dhe që reflektoheshin në çdo hap, mbi këpucët e ilustruara si prej xhami. Ai lëvizte si hija e një flakërimi dhe ata e ndiqnin me sy, derisa zhdukej në një derë tjetër. Kishin marrë nga ky i sapoardhur, për ta kaq i rëndësishëm, mjekimin e thjeshtë të parin e ditës, fjalën e tij. Ata kishin mbajtur rradhën e takimit ndërsa pas këtij ishin gati ta nisnin ditën e mbushur tashmë me dritë. Nata do të kthehej, por ajo u dukej e largët. Njeriu-Shpresë ishte mjeku i tyre dhe quhej Ulvi Vehbiu. Ai, po ashtu ishte dhe mësuesi që ne studentët, po prisnim.

Ne po e shikonim nga një dritare salle të improvizuar për të improvizuar për studentët me karrige dhe tavolina, të shpërndarë shkujdesur, ngjashëm siç ishte në oborr. Kur ai hynte, ne të impresionuar ndjeheshim njëlloj si të gjithë banorët e këtij spitali të çuditshëm. Fjalët që dilnin nga goja e mësuesit tonë nuk ngjishnin me asnjë pedagog tjetër dhe ne i prisnim me kureshtje dhe habi.

Fjala vinte me ngarkesën që mbarte ambienti i sëmurë, me shqetësimet e të gjithë atyre që e kishin takuar para pak kohe. Ulvi Vehbiu na nguliti në trurin tonë të njomë, kur ishim vetëm 22-vjeçarë, mësimin e madh të Psikiatrisë Klinike, se asnjë vdekje nuk vjen plotësisht nga pushimi i punës së zemrës, njeriu vdes përfundimisht kur vdes truri i tij dhe se sëmundja e këtij organi ngjet me ngatërrimin e disa fijeve të funksionit psiqik, që e shndërronin një njeri me reputacion, në një njeri hedhurinë.

Lindja, studimet dhe fillimi i një pune të vështirë

Ulvi Vehbiu u lind në një nga qytetet më të veçantë dhe më interesante të Shqipërisë, në Gjirokastrë më 31 Maj të viti 1931. Ishte nxënës në shkollën “Drita” dhe gjimnazist në shkollën “Asim Zeneli”, maturant me Medalje Ari. Në Institutin e parë të Mjekësisë në Moskë, kur përfundoi Mjekësinë me diplomën e ekselencës, medaljen e artë në vitin 1956 ai ndoshta ka qenë studenti më i dallueshëm i huaj i të gjitha viteve. Kishte lindur të ishte deri në fund të jetës i shkëlqyer. Në këtë institucion kishte mësuar I.M. Secenovi neurologu i famshëm, babai i fiziologjisë ruse, emrin e të cilit mbante instituti, Sergei Korsakov, Vladimir Serbski, Pioter Ganushkin, psikiatër të famshëm, po ashtu kirurgu më i shpejtë i botës N. Pirogov, dhe mjeku shkrimtar i famshëm A. Çehov. Motoja e këtij instituti ishte *“Primus inter pares”*.

Mjekësinë e kuptoi nga fillimi deri në fund si Neuropsikiatri. Edhe specializimin në këtë fushë e fitoi me zotësi, i udhëhequr nga dashuria e veçantë për këtë degë të mjekësisë. I pëlqeu shkenca më e vështirë e mjekësisë së sotme e të ardhshme. Këtë Ulviu Vehbiu e kuptoi që në kohën studentore, që ky profil i mjekësisë do të ishte gjithmonë më problematiku. Por siç thuhet vetë Zoti, më të vështirën ia ruan njerëzve të zgjedhur. Ra në sy që prej fillimit të studimeve, madje edhe përmes shkrimeve mjekësore që nisi të botojë, aq shumë sa një gazetë ruse madje nga më kryesoret “Pravda”, shkruajti për mënyrën paksa habitore por duke zgjedhur fjalët më të mira. Nga mungesa e mjekëve psikiatër, Ministria e Shëndetësisë e caktoi me punë në Spitalin Psikiatrik, i klasifikuar deri në ato kohë si tabani i dheshëm i Mjekësisë tonë.

Ulvi Vehbiu u ndesh me një ambient të egër, pa asnjë kusht, pa njerëzit dhe personelin e përgatitur në këtë sektor specifik. Specializimi më i zakonshëm i njerëzve këtu ishte mjeshtëria për të lidhur të sëmurët e për të injektuar qetësuesin më të fortë. Mjeku i ri 25-vjeçar me gjithë inteligjencën dhe përvojën studentore dhe specializimin në Rusi, kishte po të njëjtin mendësi të përgjithshme për këta të sëmurë që trashëgojnë një sëmundje dhe kjo ishte vula më e rëndë që ju kishte rënë për të keq. Mjekimet ishin të pakta dhe pa efikasitet, ndërsa shpresa e tyre për jetën ishte njësoj si dora e shtrirë e lypësve, që kërkonin mëshirë në rrugë.

Ëndrra e të riut ishte e thjeshtë, që klinika e psikiatrisë të kthehej si të gjithë motrat e saja të spitalit dhe mbi të gjitha të kuptohej nga të gjithë se i sëmuri psiqik ishte njësoj si ai që vuante nga: zemra, veshkat apo reumatizma. Nuk është e thjeshtë të gjesh një mjek që nga fillimet punës mjekësore, një shkencëtar të vërtetë, një studiues të përkryer, një botues prodhimtar, mjeshtër i punëve klinike dhe mbi të gjitha novator. Historia e Psikiatrisë Shqiptare që fillon me Miti Vokopolën dhe gjurmët e arta të një grupi mjekësh psikiatër, ku shkëlqejnë mes të gjithëve profesorët: Xhavit Gjata, Hiqmet Dibra, Ulvi Vehbiu, Bajram Preza, Nestor Plomerit. Prej kohëve, kur mjekët dinin shumë dhe bënë pak dhe sot kur ata dinë edhe më shumë dhe bëjnë më shumë, kanë kaluar vite ngjarjesh, të cilët do të reflektonin në trajtimin e të sëmurëve psiqike duke kaluar nga metodat e lidhjes me hekura, goditjet, izolimet, insulinoterapia komatoze, gjendja e shokut, piroterapia, somnoterapia, malarja, furunkula, karbunkula apo elektroshoku, në mjekime më të arrira si dhe me farmakopenë moderne të klorpromazinës, haloperidolit, imipraninës, etj... Këto zhvillime brenda të cilave ai kishte kontributin e tij e bënë profesorin tonë të shprehet sinqerisht thujasë në fund të jetës: “Sikur të kisha dhe një jetë, do tja kushtojë tërësisht psikiatrisë”. Atij i qau syri për të pasur një laborator diagnostikues për mjekimin dhe parandalimin e ndërlikimeve të psikozave manjakale apo efikasitetin e neuroleptikëve, provat frenuese me dexametazon, prolaktineminë që arriti ti shikojë e ti ndiejë së fundmi.

Ulvi Vehbiu mentori i fatit të njerëzve nën akuzë

Është lënë disi në heshtje ose përmendur rrallë për arsye edhe luftërash politike, puna e dr. Ulvi Vehbiut me të sëmurët mendorë nën akuzë, që gjykoreshin apo simulonin të ishin të tillë. Në këtë drejtim konkluzionet e tij thuajse nuk kanë gabuar kurrë. Prej fillimit ai pikaste të sëmurët psiqik dhe ishte një seleksionues i atyre që pranonin më mirë të ishin të sëmurë mendorë sesa të dënoreshin me burgim. Mjeku ndante egjrin nga gruri me një delikatesë intelektuale. Nuk mund të kishte ky profesion i veçantë, një mjek psikiatër, një burrë aq fisnik, gojëkyçur dhe fjalëpak sa Ulvi Vehbiu. “Honesty was the best policy”, ishte kjo një traditë e cila vinte nga familja, rregullat e një qyteti të ndershëm e të pastër si Gjirokastra, që duheshin respektuar në shoqëri si dhe nga edukimi i mëvonshëm, që çdokush mund të merrte në jetë. As familja, gruaja, fëmijët dhe as shokët, asnjëri nuk mori vesh se kush ishin këta të sëmurë që liroheshin nga burgjet, mbaheshin në burgosje ose merreshin publikisht si të sëmurë psiqik, duke abuzuar në heshtjen e komunikimit të tij. Fjalët brilante me të cilat ai zgjodhi tu përgjigjej kuriozëve që kërkonin të dinin diçka mbi sekretet e tij ishte: “Çdokush që nuk sillet mirë në shoqëri është shumë afër një të sëmuri psiqik. Ky njeri duhet të kurohet dhe kurrë nuk duhet ta drejtojë shoqërinë njerëzore. Bota ka pasur shumë udhëheqës me probleme mendore dhe në këtë drejtim nuk mund të bëjë përjashtim edhe Shqipëria”.

Ardianit, të birit i është dashur përmes një artikulli të sqarojë shumë njerëz të cilët politikisht kanë dashur të lëshojnë akuza mbi shëndetin mendor të ndonjë personaliteti. Në këtë rast i biri thotë atë që është e vërtetë. I ati këto histori ‘konspirative’ i ka marrë me vete, sepse ishte i mbyllur krejtësisht si një pus i thellë. Duke njohur natyrën e këtij njeriu mjaft konsequent dhe të ndershëm edhe ne sot mund të themi me bindje të plotë, se mjeku ka dhënë gjithmonë dhe pa frikë diagnoza të përcaktuara mirë. Këtë mision profesor Vehbiu e ka kryer si ashkush tjetër.

Pasioni i një psikiatri për artin, kulturën, librat dhe mësimdhënien

Ulvi Vehbiu që në vitet e para e derisa përfundoi specialitetin e psikiatrit ishte kokëulur. Mendja e tij e ndritur e kishte marrë shkëlqimin e duhur nga trashëgimia, librat që kishte lexuar me vëmendje dhe përqendrim, nga teatrot, baletet dhe operat e një vendi që i kishte ngritur në piedestalin më të lartë ato. Perandoria Ruse me Pjetrin e Madh, Ekaterinën, hapja e Akademisë së shkencave në vitin 1725 dhe zhvillimet e mëvonshme e kishin apasionuar të riun shqiptar gjetë studimeve. Gjatë leksioneve, ai na kishte treguar historinë me një hebreu rus. ‘Një ditë ai po lexonte për provim, por lapsin e shënimeve e kishte lënë anash librit. Ulviu hyri në dhomën e tij dhe me shaka i tha shokut se që të marrësh notën më të lartë, lapsin vendose në mes të librit. Hebreu e hoqi nga vendi ku e vendosi shoku dhe ju përgjigj se do të marrë notën më të mirë edhe kështu’. Ulviu doli nga dhoma, por u rikthye sikur të kishte harruar diçka. Hapi derën dhe pa se lapsi ishte vendosur në mesin e librit.

Më kujtohet kur thoshte: “Ne njerëzit besojmë shumë në një tjegull të vendosur në muze, pranë të cilës thuhet se është gjetur mijëra vjet më parë, ndërsa nuk besojmë kur dalim jashtë, një letre të shkruar mbi një tavolinë të ngjyrosur; mos e prek, është e sapo lyer. Të gjithë do të priremi të provojmë nëse boja është tharë”.

Përmes këtyre shembujve sa normalë aq të çuditshëm, ai shpjegonte sa komplekse është sjellja e njeriut. Profesor Vehbiu ka botuar më shumë se të gjithë libra dhe artikuj problematikë mbi Psikiatrinë. Ai ka shënuar një rekord krahasuar me të gjithë shkencëtarët shqiptarë duke lënë rreth 200 punime shkencore. Ai ishte pasionant i botimit dhe me një vullnet dhe talent të pagabueshëm drejtoi cilësisht si kryeredaktor, revistën “Buletini i Shkencave Mjekësore”. Profesor Ulvi Vehbiu nuk i la studentët të lodhnin duart e tyre në leksione, siç ndodhi në vitet tona të studimit, por ndryshe nga shumë katedra të

tjera, ai shpejt u kujdes që ata të kishin dispencën për të mësuar mirë shkencën e së mundjeve mendore. Ajo që konsiderohet një kontribut i vyer është teksti i parë për mjekët që do të specializoheshin në psikiatri.

Unë, studenti i dr. Ulvi Vehbiut

Nga leksionet e marra dhe veçanërisht nga praktikat, të gjithë studentët e vitit të 5-të i atribuonin vetes sëmundje psirike, ndoshta edhe të ndikuar nga ambientet e Pavijonit 47-të dhe të lëndës që na jepej me kaq pasion. Unë kam pasur fatin e mirë të dëgjoja disa leksione dhe nuk ishin pak praktikat me mjeshttrin e psikiatrisë. Profesor Ulvi Vehbiu jo rrallëherë na thoshte: “Ne të gjithë kemi shenja të sëmurëve psikik. Nëse ti ke apendisit, kirurgu ta heq atë dhe ti bie rehat njëherë e mirë. A mund të hiqet truri i sëmurë, që të shpëtojme prej tij? Kjo nuk mund të bëhet. Oh çfarë ka truri! E rëndësishme për ne, madje edhe për trurin tonë është ta kurojmë dhe të kujdesemi. Truri duhet të mbahet i shëndetshëm, të stërvitet me lexime dhe të mjekohet. Sa i takon asaj që juve dukeni si të sëmurë psikik kur dilni nga praktikat tona, parametri kryesor matës është sjellja sociale. Një njeri që sillet mirë dhe në mënyrë sociale nuk është i sëmuri ynë”.

I nxitur nga një shkrim i profesor Vehbiut, nisa të përdor stërvitjen autogene, një terapi relaksuese për sportistët profesionistë. Shembujt bindës që jepeshin me lëngështimin në gojë vetëm duke e përfytyruar limonin, apo me rritjen e temperaturës deri në 40 gradë në njërin krah, kur imagjinojmë vendosjen e tij në ujë të nxehtë, më shtynë ta aplikoj këtë strëvitje të mendjes për futbollistët e ekipit përfaqësues së futbollit të Shqipërisë. Gjithmonë kujtoja nga i kisha marrë këto mësim. Ishte besimi i krijuar prej kohës kur isha student dhe dëgjuesat e vazhdueshme dhe të ‘habitshme’ për mësuesin tim.

Prof. Ulvi Vehbiu punonte në Klinikën Orthodoxe në Tiranë. Ishte kthyer nga emigracioni. Një telefon i çuditshëm një paradite më solli me zë profesorin tim.

- Jam Ulvi Vehbiu. Dr. Lluke! Si jeni? Kisha dëshirë të më vizitoni!

- Çfarë keni profesor? Ja erdha. Për 30 minuta jam aty!

U nisa në Klinikën Orthodoxe dhe me një ndrojtje tërësisht të justifikueshme, vizitova mësuesin tim. Pasi përfundova, shikimi ngulmues i një psikiatri më paralizoi. Dyshimet e tij ishin të pranishme, jo nga shenjat e sëmundjes, sepse ato ende nuk kishin marrë formë dalluese, por si pasojë e moshës shtoheshin. E mendova edhe unë diagnozën, por pa i rënë në sy. Ishte fillimi, por do të kisha pasur dëshirë ta kuroja unë, ta shpëtoja nga ajo ngarkesë e madhe që do të zhvillohej më vonë. Nuk ishte fat. E keqja ishte shfaqur si fibromialgji. Shkova në shtëpi dhe mbështetur mbi çfarë pashë i sugjerova një mjekim. Koha tregoi më pas se kishim të bënim me një sëmundje të rëndë dhe të pakuptueshme. Tani që profesori im nuk është më, më duket ky moment si një mundësi për tu afruar në ato çaste tejet të vështira të jetës së tij. Do të kisha larë të gjithë borxhet e një nxënësi ndaj mësuesit nëse do ta kisha shpëtuar.

Kjo është fotoja që unë kam stampuar në mendjen time për profesorin. Ai është i qeshur dhe i dashur. Rrallë qeshte si në këtë foto, por kur ishte kështu dukej jashtë profesionit si në një ditë pikniku, ku hallet hidhen në brigjet e një lumi, deti ose në thellësinë e një pylli. Tani që po ndahem nga shkrimi,

më ngjau kjo histori e përafërt me diçka që do të ngelet si hiri i mësuesit. Kështu u kthye arkëmorti i tij nga emigrimi.

Kohët shkojnë mbartin harresën, por nëse ato nuk mbartin emrat ushtarësh, kujtojnë udhëheqësit e tyre në shekuj të shekujve. Mjekësia shqiptare nuk do të përmendë të gjithë punëtorët e saj, ndoshta edhe të mirët, por nuk do ti harrojë kurrë shkencëtarët, novatorët, ata që e ndoqën dhe zhvilluan shkencën specifike në të mirë të njerëzve. Janë këta njerëz që triumfuan mbi bestytnitë dhe syrin e keq, magjinë apo nuskat në emër të shërimit me një besim të çartur. Kësisoj, asgjë nuk do të zhduket nga kjo botë, diçka do të mbetet e përjetshme ndoshta edhe si pluhur, kur kujton se brenda tij në strukturë të ekzistencës jetësore qëndrojnë mineralet e një mendjeje të ndritur si ajo e Ulvi Vehbiut. Pas 12 vjetësh qëndrimi në Shtetet e Bashkuara ndërron jetë dhe lë amanetin, të digjet dhe hiri ti kthehet në Shqipëri. Sot hiri itij qëndron në tokën shqiptare dhe një pjesë e vogël në një vazo porcelani e zgjedhur enkas që ruhet nga e shoqja, e cila hera-herës ia hedh sytë, ku ndodhet i ndrydhur i pafjalë ai, njeriu si në botën e tij të gjallmënisë. Kur shkenca të ketë një zhvillim akoma më të madh, jam i bindur si në fillimet e krijimit të jetës, të formohet nga ky pluhur po ai që fjeti kaq kohë. Këta njerëz i bëjnë nder kombit që i ka dhe asnjë president kushdo qoftë, për arsye pa arsye, ndan në mënyrë ceremoniale tituj në emër të kombit për ti bërë ndonjë të mirë njeriut në mënyrë abuzive. Kështu spërkasim me baltë kombin dhe përkrahja e një të ligu ka vënë në rrezik një të mirë.

ZGJEDHJET NË URDHRIN E MJEKËVE TË SHQIPËRISË 2020

Viti 2020 për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë hyri si një risi për këtë organizëm të pavarur vetërregullues të profesionit mjekësor.

I krijuar në vitin 1993 me Ligjin Nr. 7708, datë 18.05.1993 “Për Krijimin e Urdhrit të Mjekëve”, dhe i ndryshuar më pas me Ligjin Nr. 8615, datë 01.06.2000 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, i ndryshuar me Ligjin 123/2014, datë 25.09.2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë” ka si mision: ruajtjen e standardeve të larta në formimin dhe ushtrimin e profesionit në fushën mjekësisë dhe mbrojtjen e pacientëve dhe publikut nga kequshtrimi i mjekut”.

Duke qenë se Urdhri i Mjekëve është një organ vetërregullues edhe strukturat e tij zgjidhen nga vetë mjekët anëtarë të tij.

Gjatë një periudhe 25 vjeçare, procedurat e zgjedhjeve të Këshillave Rajonale nga Asamblëtë Rajonale bazoheshin nëpërmjet përfaqësisë me një numër të caktuar mjekësh nga institucionet shëndetësore në mbarë vendin. Kjo përfaqësi përbënte tërësinë e Asamblesë Rajonale, e cila zgjidhte kandidaturat që paraqiteshin po në këtë asamble për Këshillin Rajonal.

Pas ndryshimeve ligjore në vitin 2014 dhe shkëputjen e mjekëve stomatologë nga anëtarësia e UMSH, ky institucion pas zgjedhjeve të vitit 2015 mori iniciativën për të ndryshuar shumë akte nënligjore, të cilët u përshtatën me ligjin e ri, dhe me qëllim demokratizimin dhe hapjen e këtij institucioni me anëtarësinë e tij.

Në 6 mujin e dytë të vitit 2019, si dhe në prag të zgjedhjeve të ardhshme të strukturave të Urdhrit të Mjekëve 2020, Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH propozoi një model të ri të mënyrës së zgjedhjeve dhe të përzgjedhjeve të kandidaturave për anëtarë të Këshillave Rajonale, presidentëve dhe të anëtarëve të Këshillit Kombëtar.

Ky propozim konsistoi në hapjen e Urdhrit të Mjekëve duke nënkuptuar që e gjithë anëtarësia e tij të kishte të drejtë vote në përzgjedhjen e përfaqësuesve të vetë në çdo Këshilli Rajonal.

PROBLEME ORGANIZATIVE |

Për ta “vënë në jetë” procedurën **një anëtar një votë**, pranë Këshillit Kombëtar u ngrit një grup pune me mjekë dhe juristë që do bënin ndryshimet përkatëse në Statutin e Urdhrit të Mjekëve, si akti nënligjor më i rëndësishëm i tij.

Pas një pune voluminoze, grupi i punës i paraqiti propozimet Këshillit Kombëtar për t’u diskutuar dhe miratuar.

Ndryshimet kishin të bënin me nenin 15 të Statutit të UMSH mbi Asamblëtë Rajonale dhe atë Kombëtar. Pika “B” e tij ndryshoi si më poshtë: “Asambleja Rajonale është organi më i lartë drejtues e vendimmarrës i Urdhrit të Mjekëve të rajonit, dhe përbëhet nga tërësia e anëtarëve të tij, Asambleja Rajonale zgjedh anëtarët e Këshillit Rajonal përkatës, duke ndjekur parimin një anëtar një votë”. Për herë të parë në Statut u fut dhe përbërja e anëtarëve për çdo Këshill Rajonal.

Në zbatim të Ligjit 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë” dhe Statutit, si dhe për të korrigjuar të gjitha problematikat e hasura në zgjedhjet e mëparshme, Presidenti i UMSH nxori Udhëzimin Nr. 1 datë 18.12.2019 për zhvillimin e zgjedhjeve 2020.

Ky udhëzim ju shpërnda çdo rajoni dhe u botua në faqen zyrtare të UMSH-së, i cili ndihmoi në funksionimin sa më mirë të zgjedhjeve 2020.

Për herë të parë e gjithë anëtarësia kishte të drejtë të hidhte kandidaturën për të qenë anëtar i Këshilli Rajonal përkatës, për president të këtij këshilli, për anëtar të Këshillit Kombëtar, si dhe të drejtën për të kandiduar për President të UMSH.

Për këtë arsye u ngrit Komisioni i Vlerësimit të Kandidaturave, i cili do të shqyrtonte të gjitha kandidaturat e paraqiturave pranë zyrave të Këshillave Rajonale.

Përveç këtij Komisioni, në çdo rajon u ngrit Komisioni i Administrimit të Zgjedhjeve që ishte përgjegjës për mbarëvajtjen e zgjedhjeve.

Brenda muajit Janar, Komisioni i Vlerësimit të Kandidaturave mori në shqyrtim 120 dosje mjekësh që kishin kandiduar për 62 vende në Këshillat Rajonale, ku vetëm 10 mjekë u skualifikuan si rezultat i mos plotësimit të kriterëve për të qenë anëtar i Këshillit Rajonal.

Në muajin Shkurt 2020, Këshilli Rajonal i UMSH-së, Qarku Tiranë hapi procesin zgjedhor të UMSH, ku mund të themi që pjesëmarrja ishte e konsiderueshme duke qenë rajoni më i madh i UMSH-së. Në ditët në vazhdim u vazhdua me Rajonet e tjera.

Si rezultat i situatës pandemike COVID-19, një pjesë e rajoneve ndërpreu zgjedhjet duke rifilluar në muajin Maj 2020.

Me masa të rrepta si rezultat i situatës pandemike COVID-19, më 26 Qershor 2020 u mbajt Asambleja Kombëtare e UMSH e cila përbëhet nga tërësia e anëtarëve të të gjithë Këshillave Rajonale. Kjo asamble votoi kandidaturat e paraqitura për anëtarë të Këshillit Kombëtar. Pas përfundimit të zgjedhjeve të Këshillit të ri Kombëtar 2020-2025, po në datën 26 Qershor u mblodh Këshilli i ri Kombëtar për të zgjedhur presidentin e këtij organi për periudhën 2020-2025. Midis dy kandidaturave Dr. Fatmir Brahimaj u rizgjodh president për një mandat të dytë pranë UMSH-së dhe Dr. Dritan Trepça si Zv. President i tij.

Disa statistika mbi zgjedhjet 2020 në UMSH:

4 Presidentë të Këshillave Rajonale e kanë mandat të parë, pjesa tjetër janë me një mandat të dytë.

24 nga 62 janë anëtarë të rinj të Këshillave Rajonale.

19 janë mjekë të gjinisë femërore nga 62 anëtarë të Këshillave Rajonale.

Më poshtë paraqitet përbërja e 12 Këshillave Rajonale të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë 2020-2025

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Tiranë 2020-2025		Specialiteti
Dr. Arjana STOJKU	Presidente	Nefrologji
Dr. Orges SPAHIU	Zv/President	Imazheri
Dr. Drini DOBI	Anëtar	Neurologji

Dr. Edmond LAHO	Anëtar	Pediatri
Dr. Luiza MALKJA	Anëtare	Epidemiologji
Dr. Arben Dine	Anëtar	Transfuzion Gjaku

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Korçë 2020-2025		Specialiteti
Dr. Vlehtë BEJKO	Presidente	Gastro-Entero-Hepatologji
Dr. Roland LALAJ	Zv/President	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Vasfi TOPÇIU	Anëtar	Ortopedi
Dr. Sotirak KONINI	Anëtar	Kirurgji e Përgjithshme
Dr. Ilir HOXHA	Anëtar	Obstetrikë-Gjinekologji

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Shkodër 2009 - 2014		Specialiteti
Dr. Nevila LULI	Presidente	Gastro-Entero-Hepatologji
Dr. Holta DUDA	Zv/Presidente	Alergologji-Imunologji
Dr. Shpëtim YMERI	Anëtar	Kirurgji e Përgjithshme
Dr. Vitore MARKU	Anëtare	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Artur LAÇEJ	Anëtar	Hematologji

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Fier 2020-2025		Specialiteti
Dr. Besnik BRAHIMAJ	President	Obstetrikë-Gjinekologji
Dr. Athina DAKA	Zv/Presidente	Transfuzion Gjaku
Dr. Berti AGALLIU	Anëtar	ORL
Dr. Arben YZEIRI	Anëtar	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Kozeta RAMA	Anëtare	Obstetrikë-Gjinekologji

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Dibër 2020-2025		Specialiteti
Dr. Ibrahim KAZIU	President	Pneumofiziatri
Dr. Zylfi DIKA	Zv. President	Epidemiologji
Dr. Irini SHEHU	Anëtare	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Fatos HOXHA	Anëtar	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Gëzim PUCI	Anëtar	Gastro-Hepatologji

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Berat 2020-2025		Specialiteti
Dr. Festim NASUFI	President	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Irfan DYLI	Zv.President	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Miltiadh VEVEÇKA	Anëtar	Neuro-Psikiatri
Dr. Agron VEIZAJ	Anëtar	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Mimoza CACA	Anëtare	Mjekësi e Përgjithshme

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Kukës 2020 - 2025		Specialiteti
Dr. Agron GECA	President	Imazheri
Dr. Edvin KOVAÇI	Zv. President	Kardiologji
Dr. Sadete BULICA	Anëtare	Mjekësi e Përgjithshme
Dr. Seit JAKU	Anëtar	Pediatri
Dr. Naim NEZA	Anëtar	Radiologji

Përbërja e Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë 2020-2025

1.	Dr. FATMIR BRAHIMAJ	President i Këshillit Kombëtar
2.	Dr. DRITAN TREPÇA	Zv. President i Këshillit Kombëtar
3.	Dr. ARJANA STOJKU	Presidente e K. Rajonal Tiranë
4.	Dr. EDLIRA HARIZI	Presidente e K. Rajonal Durrës
5.	Dr. VITRI LIKA	President i K. Rajonal Elbasan
6.	Dr. FESTIM NASUFI	President i K. Rajonal Berat
7.	Dr. NEVILA LULI (TABAKU)	Presidente e K. Rajonal Shkodër
8.	Dr. TONIN FRROKU	President i K. Rajonal Lezhë
9.	Dr. ESHEREF SHEHU	President i K. Rajonal Gjirokastrë
10.	Dr. IBRAHIM KAZIU	President i K. Rajonal Dibër
11.	Dr. VLEFTA BEJKO	Presidente e K. Rajonal Korçë
12.	Dr. EDUARD MONE	President i K. Rajonal Vlorë
13.	Dr. AGRON GECA	President i K. Rajonal Kukës
14.	Dr. BESNIK BRAHIMAJ	President i K. Rajonal Fier
15.	Dr. KOZETA RAMA	Fier
16.	Prof. Dr. ARVIN DIBRA	Tiranë
17.	Prof. Dr. ETLEVA QIRKO	Tiranë
18.	Dr. DIN ABAZAJ	Tiranë
19.	Dr. MILTIADH VEVEÇKA	Berat
20.	Dr. DRINI DOBI	Tiranë
21.	Dr. SANDËR MARKU	Lezhë
22.	Dr. FIGALI KOBUZI	Gjirokastrë
23.	Dr. NEVILA ÇAUSHAJ	Përfaq. i Ministrisë së Shëndetësisë
24.	Prof. Dr. ANYLA BULO	Përfaq. i Universitetit të Mjekësisë
25.	Z. BLENDAR HOXHA	Përfaq. i FSDKSH

ÇRREGULLIMET E SFERËS MENDORE GJATË PANDEMISË COVID-19

Dr. Ariana RELI

Hyrje

Koronavirusi ka kredhur botën në pasiguri dhe lajmet e vazhdueshme mbi pandeminë mund të ndihen intensive dhe të panumërta. E gjithë kjo po sjell ndikim negativ në shëndetin mendor të njerëzve, veçanërisht atyre që bashkëjetojnë me gjendje të tilla si: ankthi dhe çrregulimi obsesiv kompulsiv. Po si mund ta mbrojmë shëndetin tonë mendor në një rast si ky?

Të qenit i shqetësuar nga lajmet që dëgjon është i kuptueshëm, por për shumë persona mund të përkeqësojë problemet ekzistuese të shëndetit mendor.

Kur Organizata Botërore e Shëndetësisë dha këshilla mbi mbrojtjen e shëndetit mendor gjatë shpërthimit të koronavirusit, kjo u mirëprit në rrjetet sociale.

Pandemia e COVID-19 ngriti vëmendjen e madhe të specialistëve në të gjithë botën⁽¹⁾, përfshirë edhe mjekët psikiatër. Ata kanë mësuar shumë nga kjo pandemi⁽²⁾. Pesë fazat e mohimit të tronditjes, zemërimit, diskutimit, depresionit dhe pranimit të përcaktuara nga Elisabeth Kübler-Ross⁽³⁾ gjithashtu zbatohen këtu dhe janë përjetuar nga shumë njerëz. Këto faza shpjegojnë përballimin jo vetëm të pacientëve, por edhe të individëve të shëndetshëm të prekur nga sëmundja e COVID-19⁽⁴⁾. Në një fatkeqësi të tillë, faza e parë, d.m.th. "tronditje dhe mohim", mund të jetë shumë e rrezikshme. Kjo situatë e rrezikshme përfshin si njerëzit ashtu edhe politikanët/hartuesit e politikave. Mohimi i njerëzve nga kjo sëmundje tepër ngjyhet në përhapjen e shpejtë të saj. Po ashtu, mungesa e vendimmarrjes në kohë nga politikëbërësit mund të çojë në një katastrofë të pakthyeshme. "Qëndrimi agresiv" i disa pacientëve ndaj personelit mjekësor⁽²⁾ dhe/ose disa personave të shëndetshëm kundër politikëbërësve mund të jetë problematik. Po ashtu janë fazat e "diskutimit" dhe "depresionit". Këto mund të çojnë në mosrespektimin e regjimit të trajtimit dhe përcaktimin e karantinës dhe ndarjen e personave, përfshirë pacientët, njerëzit që dyshohen për sëmundje dhe komunitetet që janë të ekspozuar ndaj këtij infeksioni. Në të kundërt, faza tjetër, "pranimi" është i dobishëm, si nga njerëzit ashtu edhe nga politikëbërësit. Sa më shpejt të arrijmë në këtë fazë, aq më shpejt kontrollohet sëmundja. Menaxhimi i organizatave dhe ekipeve të kujdesit shëndetësor është një situatë sfiduese në një mjedis kompleks dhe kritik.

Transmetimi i shpejtë nga personi tek personi i një virusi të ri fatal^(5,6) me origjinë të panjohur^(6,7,8) dhe që shkakton shenja dhe simptoma të ngjashme me një grip të zakonshëm⁽⁵⁾ si dhe paparashikueshmëria e situatave, kanë çuar në shumë komplikacione psikologjike.

Reagimet me të zakonshme si pasojë e ngarkesës së madhe psikologjike janë: ankthi⁽¹¹⁾, përfshirë

çrregullimin e ankthit të përgjithësuar dhe atashimin e panikut që mund të përkeqësojnë frymëmarrjen; sjellje agresive që sjellin mosrespektimin e pacientit dhe ankthin e personelit mjekësor, sjelljen obsesive që mund të çojë në njerëzit, përfshirë mosfunksionimin e personelit mjekësor, depresionin dhe shqetësimin e gjumit⁽¹²⁾. Coronaphobia, një term i ri në letërsinë e psikiatrisë i referohet frikës së tepruar nga infektimi nga koronavirus (2019-nCoV). Të infektuar nga gripi, të paturit e një të afërmi ose shoku të afërt me këtë virus fatal, dhe frika e fortë për t'u infektuar është raportuar si parashikues i rëndësishëm i stresit post-traumatik^(13,14).

Përgjigjet inflamatore për shkak të gripit mund të shkaktojnë encefalopati dhe simptoma psikiatrike⁽¹⁵⁾. Disa ndryshime individuale, siç janë intoleranca e pasigurisë, ndjeshmëria e perceptuar ndaj sëmundjes dhe përkatësia e ankthit janë konsideruar si dobësi psikologjike⁽¹⁶⁾. Mediat dhe dizinformacioni, shpesh çojnë në koronafobi të ekzagjeruar⁽¹⁷⁾. Dhomat e urgjencës janë të tejmbushura me këta njerëz të shqetësuar në ankth, të cilët besojnë se simptomat e tyre beninje kanë të bëjnë me koronavirusin (2019-nCoV).

Njerëzit me sistem imunitar të ulët janë më të prekur nga ky infeksion. Po ashtu, janë pacientët që kanë probleme të frymëmarrjes, siç janë personat e varur nga nikotina⁽¹⁸⁾. Funkcioni imunitar i abuzuesve të substancave të paligjshme mund të ndryshohet gjithashtu. Një çështje tjetër që mund të jetë problematike është ndërprerja e trajtimit të mbajtjes së disa pacientëve të karantinuar të cilët duhet të marrin rregullisht rregullimin e metadonit ose buprenorfinës.

Pandemia aktuale shërben si nevojë për hulumtime në fusha të ndryshme të psikiatrisë, përfshirë ndërhyrjet psikosociale dhe farmakologjike për të gjetur mënyra të bazuara në prova. Fakti që është parashikuar që epidemitë/pandemitë e tjera janë të pashmangshme në të ardhmen⁽¹⁹⁾ e thekson këtë nevojë.

Edhe pse disa autorë besojnë se psiko-analiza mund të jetë e dobishme për të karakterizuar pengesat e ndërgjegjësimit për çështjet e rënda me të cilat duhet të merremi me sëmundjen koronavirus (COVID-19), dhe kjo qasje mund të jetë e dobishme në shumë raste, psikoterapitë klasike psikoanalitike nuk janë praktike për shkak të numrit të madh të pacientëve dhe numrit të vogël të terapistëve.

Ndërhyrja psikiatrike/psikologjike e krizës është e nevojshme. Një manual për ndihmë u zbatua në provincën Sichuan, Kinë me sukses^(20,21).

Komunikimi intim dhe efektiv me kolegët dhe stafin tjetër ndihmon në uljen e stresit dhe menaxhimin e krizës. Trajtimi i metodës së zgjedhjes për komplikacionet psikologjike si të pacientëve të infektuar ashtu dhe të shqetësuar të shëndetshëm mbetet për t'u mësuar⁽⁶⁾. Duhet të konsiderohen gjithashtu njerëzit e karantikuar me kohë të gjatë, veçanërisht që jetojnë vetëm dhe karantina e të cilëve është e pavullnetshme, si dhe personeli mjekësor i irrituar. Theksimi mbi aspektet altruiste të karantinës, komunikimi i vazhdueshëm dhe efektiv dhe lidhjet shoqërore me ta, dhe siguri i pajisjeve për të cilat njerëzit e karantinuar kanë nevojë, janë ndërhyrje thelbësore^(22,23). Edhe pse psikoterapia individuale, veçanërisht me qasje mbështetëse është e dobishme për shumë njerëz të shqetësuar, por vëllimi i madh i pacientëve nuk e lejon këtë. Psikoterapia në grup mbështetës mund të jetë më e dobishme. Psikoterapia në grupe e shkurtër për njerëzit e rrëmuar duket se është më praktike. Sidoqoftë, efekti i këtij lloji të ndërhyrjes është i diskutueshëm^(24,25). Këshillimet në grupe ndihmojnë personelin mjekësor për të parë pacientët nga këndvështrime të shumta (mjeku klinikist, pacienti, të afërmit)⁽²⁶⁾.

Duhet të merren parasysh me kujdes efektet anësore dhe ndërveprimet me barnat psikiatrike me agjentët antivirale të përdorur për COVID-19, dhe vetitë farmakokinetike dhe farmakodinamike, si dhe efektet anësore të barnave antiretrovirale. Pra, rreziqet dhe përfitimet dhe alternativat e këtyre agjentëve duhet të përmenden. Për shembull, benzodiazepinat që zakonisht përdoren për pacientët me ankth duhet të përshkruhen me kujdes, për shkak të potencialit të depresionit të frymëmarrjes⁽²⁷⁾. Dhënia afatshkurtër e benzodiazepinës me veprim të shkurtër mund të jetë logjike për pacientët me shumë ankth që nuk kanë ndonjë problem të rëndë të frymëmarrjes⁽²⁸⁾. Sidoqoftë, administrimi i bashkuar i barnave antiretrovirale dhe psikotrope mund të ndryshojë përqendrimet plazmatike (siç është klorokin me litium, atomoxetinë, trazodone, amitriptylinë dhe nortriptylinë) deri tek aritmitë kardiake kërcënuese për jetën për shkak të sindromës së gjatë QT (të tilla si klorokuin dhe atazanavir me pimoziid)⁽²⁹⁾. Oseltamivir (Tamiflu), një bar antiviral i përdorur gjerësisht për trajtimin dhe parandalimin e gripit është raportuar të shkaktojë deluzion, halucinacione, sjellje jo normale, gjumë të shqetësuar, çrregullime të humorit, përpjekje për vetëvrasje, konfuzion dhe delirium^(30,33).

Çdo ndërhyrje psikiatrike/psikologjike mund të aplikohet si tek pacientët e shtruar edhe tek ata ambulatorë. Rekomandohen psikiatërit, psikologët, dhe punonjës socialë si dhe stafit mjekësor të tyre^(34,35). Rishikimi i hulumtimeve të publikuara ka treguar që edhe tele psikiatria – këshillimi në distancë - është një ndërhyrje efikase në situatën emergjente⁽³⁶⁾.

Sidoqoftë, duhet të tejkalohen pengesat siç janë aksesit në internet dhe bashkëpunimi adekuat⁽³⁶⁾. Për më tepër, detyrimi i ekipeve kompetente në shumë fusha nuk është i arritshëm⁽³⁷⁾. Në një situatë të tillë si pandemia aktuale e virusit korona që mbledhja/grumbullimi i njerëzve është i ndaluar, kjo është një çështje shumë e rëndësishme.

Spitalet psikiatrike dhe qendrat e kujdesit afatgjatë për pacientët mendorë kronikë që zakonisht janë të mbyllur dhe të ngarkuar, dhe nuk janë të rregulluar për izolim kundër infeksioneve ngjitëse janë në rrezik më të madh. Komunikimi i ngushtë midis pacientëve që shumica prej tyre nuk kanë njohuri dhe asnjë bashkëpunim me izolimin dhe mbrojtjen janë faktorë të rëndësishëm rreziku dhe duhen monitoruar me kujdes.

Referenca

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395(10223):470-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9. [PubMed: 31986257].
2. Yoo JH. The Fight against the 2019-nCoV outbreak: An arduous march has just begun. *J Korean Med Sci*. 2020;35(4). e56. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e56. [PubMed: 31997618]. [PubMed Central: PMC6995816].
3. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Cautioning health-care professionals. *Omega (Westport)*. 2017;74(4):455-73. doi: 10.1177/0030222817691870. [PubMed: 28355991]. [PubMed Central: PMC5375020].
4. Doka KJ. Grief is a journey: Finding your path through loss. New York, NY: Atria Books; 2016. 6 p.
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. [PubMed: 31986264].
6. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196. [PubMed: 32078967].
7. Fisher D, Heymann D. Q&A: The novel coronavirus outbreak causing COVID-19. *BMC Med*. 2020;18(1):57. doi: 10.1186/s12916-020-01533-w. [PubMed: 32106852]. [PubMed Central: PMC7047369].
8. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: A modelling study. *The Lancet*. 2020;395(10225):689-97. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30260-9.

9. National Public Radio. Poll: Most Americans say U.S. "doing enough" to prevent coronavirus spread. [cited 6 February 2020]. Available from: <https://www.npr.org/sections/healthshots/2020/02/04/802387025/poll-most-americans-say-u-s-doing-enough-to-prevent-coronavirus-spread>.
10. Morning consult, national tracking poll #200164. [cited 6 February 2020]. Available from: https://morningconsult.com/wp-content/uploads/2020/01/200164_crosstabs_coronavirus_Adults_v1.pdf.
11. Angus Reid Institute. Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe. [cited 6 February 2020]. Available from: http://angusreid.org/Wp-content/uploads/2020/02/2020.02.04_Coronavirus.pdf.
12. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: A web-based cross-sectional survey. *MedRxiv Preprint*. 2020. doi: 10.1101/2020.02.19.20025395.
13. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv Preprint*. 2020. doi: 10.1101/2020.03.06.20032425.
14. Xu J, Zheng Y, Wang M, Zhao J, Zhan Q, Fu M, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress in Chinese university students during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Med Sci Monit*. 2011;17(7):PH60-4. doi: 10.12659/msm.881836. [PubMed: 21709644]. [PubMed Central: PMC3539574].
15. Toovey S, Prinssen EP, Rayner CR, Thakrar BT, Dutkowski R, Koerner A, et al. Post-marketing assessment of neuropsychiatric adverse events in influenza patients treated with oseltamivir: An updated review. *Adv Ther*. 2012;29(10):826-48. doi: 10.1007/s12325-012-0050-8. [PubMed: 23054689].
16. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
17. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. Guilford Press; 2004.
18. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking upregulates angiotensin-converting enzyme-2 receptor: A potential adhesion site for novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). *J Clin Med*. 2020;9(3):841. doi: 10.3390/jcm9030841.
19. Correa G. Coronavirus should not hinder your recovery from addiction. [cited 5 March 2020]. Available from: <https://www.addictioncenter.com/community/coronavirus-should-not-hinder-your-recovery-from-addiction/>.
20. Schinaia C, Press J. Psychanalyse et crise environnementale. In: Magnenat L, editor. La crise environnementale sur le divan. Paris; 2019. p. 261-70. French.
21. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. 2020;286:112895. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112895. [PubMed: 32120170].
22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-20. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30460-8.
23. Roy-Byrne P. Psychological effects of quarantine: A qualitative "rapid review". *NEJM J Watch Psychiatry*; [cited 23 March 2020]. Available from: <https://www.jwatch.org/na51030/2020/03/12/psychological-effects-quarantine-qualitative-rapid-review>.
24. Lothstein LM. The science and art of brief inpatient group therapy in the 21st century: Commentary on Cook et al. and Ellis et al. *Int J Group Psychother*. 2014;64(2):228-44. doi: 10.1521/ijgp.2014.64.2.228. [PubMed: 24611703].
25. Lieberman MA, Yalom I. Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: A controlled study. *Int J Group Psychother*. 1992;42(1):117-32. doi: 10.1080/00207284.1992.11732583. [PubMed: 1563900].
26. Roberts M. Balint groups: A tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician*. 2012;58(3):245-7. [PubMed: 22423015]. [PubMed Central: PMC3303639].
27. Afzal A, Kiyatkin EA. Interactions of benzodiazepines with heroin: Respiratory depression, temperature effects, and behavior. *Neuropharmacology*. 2019;158:107677. doi: 10.1016/j.neuropharm.2019.107677. [PubMed: 31228487]. [PubMed Central: PMC6745248].
28. Kumar S, Rao PS, Earla R, Kumar A. Drug-drug interactions between anti-retroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2015;11(3):343-55. doi: 10.1517/17425255.2015.996546. [PubMed: 25539046]. [PubMed Central: PMC4428551].
29. Goodlet KJ, Zmarlicka MT, Peckham AM. Drug-drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs. *CNS Spectr*. 2019;24(3):287-312. doi: 10.1017/S109285291800113X. [PubMed: 30295215].
30. Chen R, Fang Z, Huang Y. Neuropsychiatric events in an adult patient with influenza A (H3N2) treated with oseltamivir (Tamiflu): A case report. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):224. doi: 10.1186/s12879-019-3827-4. [PubMed: 30832611]. [PubMed Central: PMC6399966].
31. Huh K, Kang M, Shin DH, Hong J, Jung J. Oseltamivir and the risk of neuropsychiatric events: A national, population-based study. *Clin*

Infect Dis. 2020. doi: 10.1093/cid/ciaa055.

32. Kang HR, Lee EK, Kim WJ, Shin JY. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with the use of oseltamivir: A nationwide population-based case-crossover study. *J Antimicrob Chemother.* 2019;74(2):453-61. doi: 10.1093/jac/dky445. [PubMed: 30418537].
33. Hama R. Fatal neuropsychiatric adverse reactions to oseltamivir: Case series and overview of causal relationships. *Int J Risk Safe Med.* 2008;20(1-2):5-36. doi: 10.3233/jrs-2008-0431.
34. Zhang W, Zhao X, Wu W, Zhang J. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precis Clin Med.* 2020. doi: 10.1093/pccmedi/pbaa006.
35. Javadi SMH, Arian M, Qorbani-Vanajemi M. The need for psychosocial interventions to manage the coronavirus crisis. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2020;14(1). doi: 10.5812/ijpbs.102546.
36. Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemed J E Health.* 2013;19(6):444-54. doi: 10.1089/tmj.2013.0075. [PubMed: 23697504]. [PubMed Central: PMC3662387].
37. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):300-2. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0. [PubMed: 32085840].
38. Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The risk and prevention of novel Coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull.* 2020;36(3):299-302. doi: 10.1007/s12264-020-00476-9. [PubMed: 32096116]. [PubMed Central: PMC7056754].

COVID-19 DHE SISTEMI KARDIOVASKULAR: IMPLIKIMET PËR VLERËSIMIN E RREZIKUT, DIAGNOZËS DHE MUNDËSIVE TË TRAJTIMIT

Dr. Shk. Loreta Bica*, Dr. Rudina Pasho*, Dr. Lidra Gjyli*

**Spitali Universitar "Shefqet Ndroqi"*

Shpërthimi i sëmundjes koronavirus (COVID-19), e shkaktuar nga SARS-CoV-2 paraqet sfidën më të madhe mjekësore. Këtu ofrohet një përmbledhje gjithëpërfshirëse e ecures klinike të COVID-19, komorbiditetet e tij dhe konsideratat për terapitë në të ardhmen. Megjithatë COVID-19 prek kryesisht mushkëritë duke shkaktuar pneumoninë intersticiale dhe sindromën e detresit respirator akut (ARDS), ai gjithashtu prek organe të shumta, veçanërisht sistemin kardiovaskular. Rreziku për infeksione të rënda dhe vdekshmëri rritet me përparimin e moshës, gjininë (meshkujt më të rriskuar se femrat). Vdekshmëria rritet nga komorbiditetet: sëmundje kardiovaskulare, hipertension, diabeti, sëmundje kronike pulmonare dhe kanceri. Komplikacionet më të shpeshta kardiovaskulare përfshijnë: aritmitë (fibrilacion atrial, takiaritmi ventrikulare dhe fibrilacion ventrikular), dëmtimet kardiake (nivele të larta të troponinës sensitive I (hs-cTnI) dhe kreatinë kinazës (CK)), miokardit fulminant, insuficiencia kardiake (HF) si edhe embolia pulmonare (EP), dhe koagulimi intravaskular të disseminuar (KID). Mekanikisht, SARS-CoV-2, pas copëtimit proteolitik të proteinës së tij nga një proteazë serine, lidhet me enzimën transmembrane -konvertuese angiotenzinës 2 (ACE2) - një homolog i ACE — për të hyrë në pneumocitet e tipit 2, makrofagët, pericitet perivaskulare dhe cardiomiocyte. Kjo mund të çojë në dëmtime të miokardit dhe dëmtim të disfunktion endotelial, mikrovaskular, paqëndrueshmëri pllakës ateromatoze dhe infarkt të miokardit (MI). Megjithatë ACE2 është thelbësor për invazionin viral, nuk ka asnjë provë që përdorimi i ACE inhibitoreve ose (ARB) përkeqësojnë prognozën. Prandaj, pacientët nuk duhet të ndërpresin përdorimin e tyre. Për më tepër, frenuesit e sistemit renin-angiotensin-aldosterone (RAAS) mund të jenë të dobishëm në COVID-19. Përgjigjet fillestare imune dhe inflamatore shkaktojnë një stuhi të rëndësishme të citokinës [interleukin (IL) -6, IL-7, IL-22, IL-17, etj..] gjatë fazës së përparimit të shpejtë të COVID-19. Vlerësimi i hershëm dhe monitorimi i vazhdueshëm i enzimave kardiake (cTnI dhe NT-proBNP) dhe koagulimi (D-dimer) pas shtrimit në spital, mund të identifikojnë pacientët me dëmtim kardial dhe të parashikojnë ndërlikime të COVID-19.

Masat parandaluese (distanca sociale dhe izolimi social) gjithashtu rrisin rrezikun. Gjykimet kardiovaskulare të terapive të përdorura aktualisht, duke përfshirë: remdesivir, chloroquine, hydroxychloroquine, tocilizumab, ribavirin, interferon, and lopinavir/ritonavir, si dhe terapitë eksperimentale të tilla si: recombinant human ACE2 (rhACE2), janë diskutuar.

Pacientët kardiovaskular janë në rrezik të rritur nga COVID-19 i rëndë dhe ndërlikimet e tij. Masat parandaluese intensive duhet të ndiqen në këtë grup në përputhje me udhëzimet e OBSH dhe CDC. Kjo duhet të përfshijë përdorimin më të gjerë të mjeteve telemjekësore në monitorimin ditor të pacientëve gjatë shpërthimit për të kufizuar ekspozimin e tyre.

Heterogjeniteti i përgjigjeve midis pacientëve tregon se nuk ka gjasa që ai të konsiderohet si një fenotip i vetëm i sëmundjes.

Karakteristikat e bartësit promovojnë pak a shumë ecurinë e rëndë të sëmundjes.

Komplikacionet më të zakonshme kardiale përfshijnë aritmite (AF, takiaritmia ventrikulare, dhe fibrilacioni i ventrikular), dëmtime të miokardit (rritje hs-cTnI dhe CK), miokarditi fulminant dhe insuficiencë kardiale.

Komplikacionet kardiale shpesh shfaqen pas dites së 15-të të fillimit të etheve (simptomave).

Vlerësimi i dëmtimit kardial (veçanërisht nivelet e cTnI) menjëherë pas shtrimit në spital për COVID-19, si dhe monitorimi gjatë qëndrimit në spital, mund të ndihmojë në identifikimin e nëngrupeve të pacientëve me dëmtim të mundshëm kardial dhe në këtë mënyrë të parashikojë përparimin e komplikimeve të COVID-19.

Disa nga barnat e përdorura në trajtimin COVID-19 mund të kontribuojnë në toksicitetin kardial, ndërsa efektiviteti i tyre në trajtimin e COVID-19 është i pakonfirmuar.

Hipertensioni është një nga komorbiditetet më të zakonshme që lidhen me rrezikun, por kjo e konfundoar edhe me moshë.

Nuk është e qartë nëse hipertensioni është një faktor rreziku i pavarur nga moshja në ecurinë e COVID-19.

Si masë paraprake, është thelbësore që hipertensioni të mbahet i kontrolluar mirë.

Nuk ka asnjë provë që ACEI ose ARB-të shoqërohen me përkeqësimin prognozës tek pacientët dhe nuk duhet të ndërpresin përdorimin e këtyre barnave.

Bazuar në provat eksperimentale në kushte të tjera, veçanërisht ARB-të dhe ndoshta edhe ACE-inhibitorët mund të kenë një ndikim mbrojtës në mbivendosjen e COVID-19.

COVID-19 mund të çojë në paqëndrueshmëri të pllakës dhe infarkt miokardi, i cili është një shkak i zakonshëm i vdekjes në pacientët SARS/COVID-19. Sidoqoftë, dëshmitë e efektivitetit të PCI primar për MI të tipit 2 gjatë sëmundjes akute virale janë të kufizuara.

ACE2 mund të konsiderohet si “Hirushja” e mjekësisë kardiovaskulare. Një molekulë e cila ka qenë e nënvlerësuar në patologjinë kardiovaskulare, po merr vëmendjen kryesore në kuptim dhe potencialisht luftimin e COVID-19.

Bibliografia:

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis* 2020;doi:10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
2. John Hopkins University. <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (28 March 2020).
3. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med* 2020;doi: 10.1007/s00134-020-05991-x.
4. Xu Z, Shi L, Wang Y, Zhang J, Huang L, Zhang C, Liu S, Zhao P, Liu H, Zhu L, Tai Y, Bai C, Gao T, Song J, Xia P, Dong J, Zhao J, Wang FS. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med* 2020;8:420–422.
5. Shi S, Qin M, Shen B, Cai Y, Liu T, Yang F, Gong W, Liu X, Liang J, Zhao Q, Huang H, Yang B, Huang C. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol* 2020;doi: 10.1001/jamacardio.2020.0950.

ALERGJIA NGA PARIETARIA: NJË SFIDË INTRIGUESE PËR MJEKUN ALERGOLOG

Dr. Enkeleda Kryeziu (Zekthi), Dr. Eris Mësonjësi
Shërbimi i Alergologjisë & Imunologjisë Klinike, QSUT

Abstrakt: Polenit i Parietarias është mjaft i përhapur në Mesdhe, dhe ndër përgjegjësit e rëndësishëm të alergjive respiratore në këtë rajon. Alergjia nga Parietaria ndikohen nga: kohëzgjatja e sezonit polenik (shumë mjekë, në fakt, besojnë se ajo është gjithë-vjetore), ngarkesa e polenit në ajër (e cila duket se po rritet me kalimin e kohës), ndikimi i moshës së pacientit (në prodhimin e IgE-ve dhe ashpërsinë e simptomave), ndryshimet inflamatore në rrugët e frymëmarrjes (pas ekspozimit ndaj polenit). Gjithashtu, alergjia nga Parietaria kushtëzon edhe skemën e trajtimit me alergenimoterapi (AIT): në një skemë gjithë-vjetore të ndryshme nga shumica e alergjive nga polenet ku përdoren më shpesh AIT pre-sezonale. Përdorimi i alergjisë molekulare, diagnozës laboratorike të IgE-ve specifike ndaj molekulave alergenike përgjegjëse për patologjinë alergjike - CRD (component resolved diagnosis) ndihmon në vendosjen e saktë të diagnozës, në diferencimin midis reaksioneve të kryqëzuara (në rastin e polisensibilizimeve) të sensibilizuesit të vërtetë. Alergjia nga parietaria është një sfidë intriguese në praktikën tonë klinike, por duhet të menaxhohet në mënyrën e duhur duke njohur veçoritë e përhapjes së Parietares në territore të caktuara si dhe karakteristikat klinike të pacientit.

1. Hyrje: Alergjia nga Parietaria është manifestim i shpeshtë i alergjisë nga polenet, më i shprehur kryesisht në zonën e Mesdheut. Në Shqipëri, Parietaria ndodhet kryesisht në qytetet-kala, si: Elbasani, Kruja dhe Berati. Impakti i ndryshimeve klimaterike në ngarkesën polenike, alergenicitetin, shpërndarjen, sezonin e lulëzimit është e njohur mirë dhe është me interes të veçantë për shkurret, pasi ato mund të mbizotërojnë në tokë duke ju përshtatur kushteve mjedisore të ndryshme ose kalimi në vende të ngrohta ekologjike. Rriten kryesisht në mure, shkëmbinj, vend-grumbullime mbeturinash. Alergeni i parietares është një alergen agresiv përgjegjës si për rinitin alergjik edhe për astmën bronkiale. Ky artikull do të prezantojë dhe diskutojë aspektet klinike dhe terapeutike më të rëndësishme përreth këtij poleni⁽¹⁾.

2. Impakti i polenit të Parietarias në pacientët alergjik.

Parietaria është një polen shumë i përhapur në zonën e Mesdheut, në disa vende të Evropës Jugore ku 25-30% të pacientëve alergjikë rezultojnë pozitivë nga Parietaria⁽²⁾. Parietaria bën pjesë në familjen e Urtikace. Përshkrimi botanik: është një shkurre, shumëvjeçare me lartësi kërcelli 0.5-2 m, me gjethe të mëdha ngjyrë të gjelbërt dhe kërcell me diametër 4-5 cm. Lulet i ka të vogla, të gjelbërta në të bardhë të dhëmbëzuara nga jashtë. Lulëzon në periudhën Maj-Tetor. Përhapja gjeografike kudo në toka të pasura me azot, rritet në çfarëdo lloji toke, por preferon tokat e freskëta e të pasura. Takohet në zonat me klimë mesdhetare fushore dhe kodrinore⁽³⁾. Megjithatë ekzistojnë shumë specie të saj, ato me peshë më të madhe në patogjenezën dhe klinikën e patologjisë alergjike prej saj janë: *P. Officinalis* dhe *P. Judaica*, ato janë speciet më të përhapura. Lokalizohen kryesisht në pellgun e Mesdheut, gjatë bregut perëndimor të Evropës dhe drejt veriut deri në Anglinë Qendrore. Janë gjetur dhe në: Australi, Argjentinë, SHBA, Brazil.

Emri *Parietaria* vjen nga fjala latine *parie-s* që do të thotë mure, pasi atë e gjejmë lehtësisht të rritet në muret e vjetra, prandaj quhet ndryshe bima (shkurrja) e kalave. Një tjetër emërtim i saj është “vetriola” pasi ajo njihet historikisht dhe për përdorimin e saj si pastruese të shisheve të qelqit. Polenit i *Parietarias* është shumë i vogël, granulat e polenit të *Parietaries* janë sferike, triporate dhe rrallë tetraporate, diametër $13-14\mu m$. Poret janë cirkulare dhe me diameter $1.6\mu m$. Si pasojë e ndotjes mjedisore rritet niveli i ozonit në ajër, i cili ka efekt pro-inflamator në traktin respirator si pasojë rriten vetitë alergjizuese të polenit. Për shkak të përmasave shumë të vogla, disa prej këtyre mikrogrimcave mund të penetrojnë në trake, por asnjëra prej tyre nuk është në gjendje të arrijë në bronkiolat terminale. Në një përqindje shumë të lartë e pacientëve alergjik inflamacioni ndodh në rrugët e mëdha ajrore, shoqërohet dhe me mekanizma imunologjike (qelizat antigen paraqitëse, prodhim i shtuar i qelizave T_H2) janë shkaktarët fiz-patogenikë të përqindjes shumë të lartë të pacientëve alergjik nga ky polen. Polenit i *Parietaries* është mjaft alergjenues dhe me fuqi të lartë astmogjene. Tek këta të sëmurët shumë shpejt pas rrufës alergjike vendoset astma bronkiale, e cila ka sezon të gjatë dhe është e vështirë në trajtim^(4,5).

Kur grimcat e poleneve i shohim në mikroskop elektronik, është e vështirë që t’i dallosh nga speciet e tjera të gjinisë *Urtica*. Si pasojë në shumicën e rasteve ato identifikohen si polene të tipit *Urticace*, lind nevoja për shumë kujdes në interpretimin e të dhënave të përfituara nga studime të ndryshme ku gabimisht mund të mbivlerësojmë numrin e vërtetë të poleneve të *Parietarias*. Vitet e fundit në përgjithësi raportohet rritje e frekuencës së sëmundjeve alergjike, dhe të pacientëve alergjik nga poleni i *Parietarias*.

Në një studim aerobiologjik pesë-vjeçar (1994-1998) vunë re që alergjia nga poleni i *Parietarias* në Itali është më e shprehur se në vendet e tjera evropiane, kjo për shkak të shtrirjes së sezonit polenik dhe sasisë së rritur të grimcave të polenit.

Më shumë se tre studime të tjera kanë rikonfirmuar që sensibilizimi dhe prevalenca e alergjive nga poleni i *parietaries* nuk kanë ndryshuar. Të vetmet që kanë ndryshuar janë zgjatja e sezonit polenik e shkaktuar kjo nga ndryshimet mjedisore dhe ato klimaterike⁽⁶⁾. Në këtë drejtim, sezoni i pjalmimit të *Parietaries* mund të jetë mjaft i gjatë, dhe ekziston një bindje masive që simptomat e alergjisë nga *Parietaria* mund të jenë të pranishme për tërë vitin. Ky besim mund të ketë një impakt praktik në përshkrimin e alergenoimunoterapisë (AIT). Në fakt, shumë mjekë preferojnë të përshkruajnë AIT për pacientët me alergji nga *Parietaria* duke përdorur një skemë trajtimi gjithë-vjetore, ndryshe nga sa veprojnë me AIT-të në polinozat e tjera. Pavarësisht ndryshimeve të kushteve klimaterike dhe atyre mjedisore, kohëzgjatja aktuale e sezonit të polenit *Parietaria* nuk është gjithë-vjetore.

Një studim i fundit 10 vjeçar në Itali, ka vlerësuar kohëzgjatjen aktuale të polenit të *Parietarias*, ku tregon që polenizimi i *Parietarias* zgjat mesatarisht 6-7 muaj, me dy pikë të rëndësishme, një në mes të pranverës dhe një më i ulët në vjeshtën e hershme. Pavarësisht ndryshimeve të vogla midis zonave të ndryshme gjeografike, në studime të ndryshme u paraqit që rezultatet janë në thelb të përputhshme me ato të gjetura në anketat e mëparshme⁽⁶⁾. Sezonaliteti i polenit të *Parietarias* është konfirmuar dhe nga një studim i cili demonstron qartë lidhjen midis ekspozimit ndaj polenit dhe inflamacionit nazal në pacientët alergjik nga *Parietaria*⁽⁷⁾. Ky fenomen mund të interpretohet lehtësisht duke marrë parasysh idenë se inflamacioni alergjik lidhet ngushtë me ekspozimin ndaj polenit⁽⁸⁾.

Në dy udhërrëfyes të fundit tregohet që kohëzgjatja e inflamacionit alergjik nazal zakonisht pasqyron kohëzgjatjen e shtrirjes së sezonit polenik për pacientët me alergji *Parietaria*. Ky koncept mund të ketë pasoja praktike për qasjet në trajtimin e pacientëve me alergji nga *Parietaria*, kryesisht në lidhje me skemat e aplikimit të AIT. Udhërrëfyesi i parë tregon që një AIT ciklike është më efektive se imunoterapia e vazhdueshme. Udhërrëfyesi i dytë konfirmon që një imunoterapi e vetme para-

sezonale sub-linguale (SLIT) nga Parietaria mund të jetë e mjaftueshme për të zvogëluar ashpërsinë e simptomave dhe përdorimin e mjekimeve të tjera simptomatike⁽⁹⁾. Një çështje tjetër interesante është ndikimi i moshës në prodhimin e IgE specifike. Disa studime, kryer në Itali kanë konfirmuar se sensibilizimi ndaj polenit Parietaria nuk ulet ndjeshëm me moshën siç edhe ndodh shpesh me polenet e tjera^(10,11).

Me fjalë të tjera, prodhimi i IgE për shkak të polenit Parietaria vazhdon deri në moshë të vonë. Ky fakt ka një pasojë klinike: është raportuar se ashpërsia e simptomave alergjike janë të lidhura ngushtë me moshën për pacientët me alergji nga Parietaria (të pranishme këto dhe në personat më të mëdhenj se 40 vjeç), ndërsa krahasuar me pacientët akarien pozitiv, ku shpesh perceptojnë simptoma më pak të rënda pas moshës 40 vjeç. Vlen të theksojmë që diagnostikimi me anë të alergologjisë molekulare është një hap thelbësor në diagnostikimin e pacientëve me alergji nga Parietaria, por dhe në mënyrën e përzgjedhjes së AIT së përshtatshme duke gjetur sensibilizimin e vërtetë edhe në rastet me reaksione të kryqëzuara. Par J 1 dhe Par J 2 përfaqësojnë alergenët madhorë të P. Judaica. Ata indukojnë një përgjigje IgE vartëse në 80-98% të pacientëve alergjikë nga P. Judaica. Si Par J 1 dhe Par J 2 kanë epitope të ngjashme për IgE. Par J 2 është markuesi alergjenik më specifik për alergjinë nga Parietaria. Pavarësisht strukturave të ngjashme Par J 1 dhe Par J 2 janë alergenë të pavarur, zotërojnë një repertor të pavarur të epitopeve të IgE-ve. Megjithatë P. Judaica është një Profilin, më pak se 50% e pacientëve të sensibilizuar nga Betula dhe Graminete, kanë reaksion të kryqëzuar me profilinën e Parietarias. Kjo është në kundërshtim me reaksionet e kryqëzuara nga profilinat e poleneve të tjerë. Par O 1, alergeni madhor i P. *Officinalis* ka peshë molekulare 13.5 kDa, paraqet reaksion të kryqëzuar të shprehur me Par J 1; Par O 1 është një Lipid Transfer Protein. Par J 3 profilin, ka 2 izoforma: Par J 3 0101 dhe Par J 3 0102. Profilina është proteinë ubikuitare, e përfshirë në citoskeletin e qelizës eukariote. Par J 4 është një proteinë që lidh kalciumin (CBP). Polenët përmbajnë CBP (domenët që lidhin kalciumin) përgjegjëse për reaksionet e kryqëzuara. Par O 1 duke qenë një LTP (një proteinë transfeuese e lipideve), një proteinë kjo e qëndrueshme ndaj nxehtësisë dhe ndaj tretjes jep shpesh reaksione dhe ndaj ushqimeve të gatuar. Përveç sindromit alergjik oral jep shpesh dhe reaksione të rënda sistemike. Disa nga reaksionet më të shprehura i kemi gjatë konsumimit të gështenjes (Cor a 8), Pru p3 (pjeshkës), Ara h9 (kikirikut), Zea m4 (misrit), Pru av3 (qershisë), Mal d3 (mollës), selinos, bizeles⁽¹³⁾.

Alergenët rekombinantë, të cilat janë izoforma të gjeneruara gjenetikut, kanë IgE të lidhura të krahasueshme me alergenët natyralë dhe në përgjithësi tregojnë reaktivitet të mirë si in vivo dhe in vitro. Alergenët rekombinantë Par J 1 dhe Par J 2 zotërojnë veti imunologjike ekuivalente me homologët e tyre natyralë. Ekzistojnë prova që matja e nivelit të IgE në Par J 2 lejon njohjen e subjekteve alergjike me alergji të vërtetë⁽¹⁴⁾.

3. Alergeno-Imunoterapia (AIT) në alergjinë respiratore nga Parietaria

Prevalenca e Rinitit alergjik, Konjunktivitit alergjik dhe Astmës alergjike është rritur në mënyrë të vazhdueshme vitet e fundit. Këto sëmundje alergjike kanë një ndikim të madh në cilësinë e jetës dhe janë një barrë e madhe ekonomike në të gjithë botën. Evitimi me ekspozimin nga alergjeni dhe farmakoterapia nuk janë gjithmonë mënyra të suksesshme në trajtimin e simptomave të pacientëve. Alergenoimunoterapia është terapia e vetme që mund të përmirësojë klinikën e sëmundjes deri në zhdukje totale të alergjisë. Për shumë dekada, forma e aplikimit të alergenoidimmunoterapisë ka qenë ajo subkutane, por format e reja të aplikimit (sublinguale, orale, lokale nazale, epikutane, limfatike) synojnë përmirësimin e sigurisë pa zvogëluar efikasitetin e trajtimit⁽¹⁵⁾.

Studimi i parë i kontrolluar për efikasitetin dhe sigurinë e imunoterapisë sub-kutane (SCIT) për Parietarian daton në vitin 1994: ku 18-të pacientë me rinokonjunktivitis u trajtuan të ndarë në dy

grupe, disa me ekstrakte të purifikuar dhe të alginuar të P judaica dhe disa me placebo. U vu re që ata të trajtuarit me SCIT patën në sezonin e ardhshëm polenik të Parietarias simptoma nazale dhe konjuktivale më të lehta si dhe një konsumim shumë të ulët të barnave antialergjike. Në një studim të një viti më vonë “a double-blind trial” u përfshinë 31 pacientë të randomizuar me trajtim aktiv ose placebo. Në krahasimin që u bë me gjendjen e tyre 10 muaj para dhe pas fillimit të SLIT, u vu re një ulje masive e përdorimit të mjekimeve dhe klinikës së rino-konjuktivitit gjatë pikut të sezonit polenik⁽¹⁶⁾.

Një studim tjetër me 38 pacientë që përdorën alergeno-imunoterapi lokale nazale (LNIT) u pa, po e njëjta ulje në përdorimin e mjekimeve dhe të rëndesës së simptomave (pavarësisht që kjo rrugë e AIT nuk u aplikua për shkak të efekteve të reaksioneve lokale të mëdha në hundë⁽¹⁷⁾. Në tabelën 1 dhe 2, tregohen qartë të gjithë rezultatet e studimeve të bëra në këto vite për AIT, qoftë ajo SLIT apo SCIT me qëllim të përmirësimit të cilësisë, sigurisë dhe tolerancës së imunoterapisë. Me SLIT janë jo të pakta rastet e raportuara me reaksione lokale në kavitetin oral dhe jo të atyre sistemike⁽¹⁸⁾. Me SCIT në një studim retrospektiv me 500 pacientë të trajtuar me mono-phosphoril-lipid lidhur me alergoidet si adjuvant raportohen rreth 1.37% reaksione sistemike⁽¹⁹⁾. Nuk mund të mos përmenden dhe reaksionet e rënda, kryesisht prezente në skemat ultra-rush⁽²⁰⁾.

Si rezultat i gjithë këtyre studimeve të bëra gjatë gjithë këtyre viteve, me qëllim rritjen e efikasitetit dhe sigurisë së AIT për polenin e Parietarias duke tentuar me materiale të reja dhe metoda të reja diagnostikuese për të rritur sa më shumë precizionin e vendosjes së diagnozës. Vlen që të përmendet roli i inxhinierisë gjenetike në teknikat e hibridizimit duke përdorur fragmente nga të dy alergjenët madhorë të P. Judaica (molekulat Par J 1 and Par J 2) duke mundësuar uljen e alergenicitetit, më saktë reduktim të reaksioneve lokale duke stimuluar prodhimin e qelizave T dhe prodhim të antitropave IgG4 në të njëjtën mënyrë që stimulohen dhe nga ekspozimi nga ekstrakti natyral^(21,22). Një teknikë tjetër premtuese është përdorimi i lipideve nano-grimca ku si vektor kanë proteinat, vërehet se molekulat rekombinante të Par J 2 kanë një siguri më të madhe në përdorim in vitro⁽²³⁾.

I njëjti grup studiuesish gjithashtu studiuuan një kopolimer alergjik të nano-agreguar, i cili gjithashtu tregoi një aplikim të sigurt në indet njerëzore, përveç aftësisë për të mos ndryshuar cilësinë për tu ndërlidhur me IgE specifike dhe për këtë arsye të mos ndërhyjë në aktivitetin biologjik të alergjenit⁽²⁴⁾. Proteina rekombinante *non-glycosylated* (CCD-free recombinant protein) prodhohen në E. Coli, e cila mbart cDNA e klonuar dhe të koduar të alergjenit Par J 2. Alergenët rekombinantë, të cilat janë izoforma të gjeneruara gjenetike, kanë IgE të lidhura të krahasueshme me alergjenët natyralë dhe në përgjithësi tregojnë reaktivitet të mirë si in vivo dhe in vitro. Alergenët rekombinantë Par J 1 dhe Par J 2 zotërojnë veti imunologjike ekuivalente me homologët e tyre natyralë. Alergenët rekombinantë kanë një fushë të gjerë veprimi në diagnozë dhe trajtimin e pacientëve alergjikë, zhvillimin e imunoterapisë, standardizimin e përmbajtjes së produkteve të testeve alergjike⁽²⁵⁾.

SCIT me ekstraktet e Parietarias (tab. 1)

Viti i publikimit	Nr. pz	Problematika	Rezultatet
D'Amato et al., 1995 ⁽²⁰⁾	20 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave nazale, prania e reaksioneve sistemike versus placebo
Tari et al., 1997 ⁽²¹⁾	40 pz	Efikasiteti dhe siguria	Aplikimi i nazal peak-flow, incidencë e ulët e reaksioneve sistemike
Ariano et al., 1999 ⁽²⁶⁾	25 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve, ulje e IgE-ve dhe rritje e IgG4, nuk raportohen efekte të rëndësishme anësore
Garcia-Selles et al., 2003 ⁽²²⁾	30 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo pa efekte anësore
Crimi et al., 2004 ⁽²³⁾	30 pz	Efikasiteti dhe siguria dhe HRB	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo. Pa ndryshime në HRB (hiper aktivitetin Bronkial) pa efekte anësore
Polosa et al., 2004 ⁽²⁴⁾	30 pz	Efikasiteti dhe siguria, HRB dhe eozinofilet në sputum	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo. Pa ndryshime në HRB (hiper aktivitetin Bronkial), pa ndryshim në nr e eozinofileve në sputum, pa efekte anësore
Ferrer et al., 2005 ⁽²⁵⁾	42 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo pa efekte anësore

SLIT me ekstraktet e Parietarias (tab. 2)

Viti i publikimit	Nr pz	Problematika	Rezultatet
PurelloD'Ambrosio et al., 1996 ⁽²⁷⁾	40 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave, pa efekte anësore
Passalacqua et al., 1999 ⁽²⁸⁾	30 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e severitetit të simptomave dhe përdorimit të mjekimeve, pa efekte anësore
PurelloD'Ambrosio et al., 1999 ⁽²⁹⁾	30 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve, nuk raportohen efekte anësore
La Rosa et al., 1999 ⁽³⁰⁾	41 pz	Efikasiteti dhe siguria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo pa efekte anësore
Pajno et al., 2003 ⁽³¹⁾	38 pz	Efikasiteti dhe siguria i Slit dhe Flutikazonës në pz me astmë nga parietaria	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo. Rritje e tolerancës së provokimit konjuktival, pa efekte anësore
Pajno et al., 2004 ⁽³²⁾	30 pz	Efekti sezonal në HRB	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo. I njëjti efikasitet si i SLIT dhe i fluticasonës por vërehet përmirësim në rinit
D'Anneo et al., 2008 ⁽³³⁾	65 pz	Efikasiteti dhe siguria në dy dozat e para të Slit, HRB dhe ulja e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve	Ulje e simptomave dhe përdorimit të mjekimeve vs placebo, negativizim i HRB sezonal tek fëmijët pa efekte anësore

Një tjetër zhvillim i rëndësishëm është aplikimi i CRD (component resolved diagnosis) tek pacientët e polisensibilizuar, duke bërë të mundur diferencimin e poleneve të parietarias nga 10-të speciet e tjera të të njëjtës familje, por dhe nga polenet e tjera të pemëve duke ndihmuar në këtë mënyrë përshkrimin e saktë të alergjenit për AIT ku pozitiviteti nga Par J 2 bën të mundur vërtetimin e pranisë së një sensibiliteti real, i vërtetë, përgjegjës për patologjinë nga Parietaria duke përjashtuar kështu dhe reaksionet e kryqëzuara. Kjo ndihmon në vendosjen e diagnozës preçize dhe të një terapie të personalizuar të pacientit.

Në studimet e viteve të fundit është evidentuar rëndësia e përdorimit të BAT (bazofil activation test) për një diagnostikim sa më të saktë të alergjisë nga Parietaria, ku prania e CD203c është e lidhur ngushtë me praninë e simptomave. Matja e nivelit të interleukinës IL9 në serum është një indikator tjetër i rëndësishëm në monitorimin e AIT me Parietaria: shihen nivele shumë të ulta të IL9 tek pacientët e trajtuar me SLIT ndaj atyre të trajtuar vetëm me barna. Në një studim tjetër, pacientët me simptoma të lehta të astmës nga Parietaria, të trajtuar me SCIT dhe disa me SLIT, pas 24-36 muajsh u vunë re këto të dhëna statistikore: (p <0.041) për rinitin alergjik, (p <0.0162) për përdorimin e barnave për rinitin, (p <0.0162) për simptomat e astmës dhe (p <0.0005) për përdorimin e barnave për astmën. Këto të dhëna statistikore të marra dhe nga një studim i fundit me 167 pacientë me alergji nga Parietaria, gramine dhe pluhuri i shtëpisë të gjithë të trajtuar me imunoterapi sublinguale. Ku 123 pacientëve (73.6%) ju aplikua ekstrakt i vetëm, 31 pacientëve (18.6%) ju aplikuan 2 ekstrakte, 13 pacientëve (7.8%) më shumë se 2 ekstrakte. Pas një viti nga fillimi i AIT paraqitet shumë qartë efikasiteti i imunoterapise sublinguale SLIT në të gjithë pacientët që ishin alergjikë nga Parietaria, me një rritje të cilësisë së jetës dhe faktorit farmako-ekonomik të pacientit (p <0.01). Një aspekt tjetër interesant është toleranca e SCIT: një studim i fundit, tregoi se imunoterapia SCIT për Parietaria judaica, me një skemë të dozimit të shkurtuar, tregoi një profil të duhur sigurie dhe tolerance të induktuar me ndryshimet paraprake të efikasitetit. Kjo tregon që dhe skemat rush dhe ultra rush mund të jenë të sigurta dhe të mirë toleruara. Më në fund, një qasje e re, interesante, e strategjisë terapeutike mund të jetë përdorimi i alergjenëve rekombinant të standardizuar me derivatet hipoalergenike të cilat mund të zvogëlojnë reaksionet alergjike anësore. Një studim tjetër në minj, tregon aftësinë e një hibridi të inxhinierizuar, bazuar në prishjen e lidhjeve disulfide në molekulën e alergjenit për të moduluar sensibilizimin para-ekzistues drejt përgjigjes së një imuniteti mbrojtës⁽²⁶⁾. Këto gjetje mund të përfaqësojnë një model të ri të zbatueshëm për molekulat e tjera alergjenike që i përkasin familjes së proteinave të transferimit të lipideve (LTP).

KONKLUZIONE

Alergjia nga Parietaria është shumë e shprehur në zonën e Mesdheut, më shumë në Itali, Shqipëri dhe në Greqi. Është i rëndësishëm përcaktimi i sezonit polenik, pranisë së IgE-ve të rritura dhe vazhdimësia e simptomave dhe në moshat e rritura (më shumë se 40 vjeç). AIT është e sigurt dhe aktualisht është koha që të mendohen skema të reja të aplikimit të saj (rush dhe ultra-rush). Aplikimi i CRD, i BAT dhe i matjes së biomarkerave në serum na ndihmon gjithmonë e më shumë që të shkojmë drejt aplikimit të terapisë së personalizuar. Është e rëndësishme të përmendet përhapja dhe shtimi i sëmundjeve alergjike si rrjedhojë e ndryshimeve klimaterike, mjedisore, rritje të përdorimit të lëndëve plastike dhe hipoteza e higjienës. Mjedisi gjithashtu mund të luajë një rol si nxitës fenotipi në mënyrë që gjenotipi i vetëm mund të bëhet i aftë të shprehë një fenotip alternativ të përshtatshëm, si pasojë e ndryshimeve mjedisore⁽²⁷⁾. Ky fenomen përkufizohet si plasticitet zhvillimor, i cili shpesh është i trashëgueshëm, dhe mund të evoluojë nën mekanizma selektivë. Evolucioni natyror si pasojë e ndryshimeve globale klimaterike është përgjegjës për zhvillimin e fenotipeve të reja të sëmundjes⁽²⁸⁾. Në këtë drejtim, hipoteza e higjienës ka prodhuar prova që shpjegojnë epidemitë e alergjisë. Kjo teori u propozua fillimisht nga Strachan në të cilën dyshohet se ekspozimi ndaj infeksioneve të shpeshta në familje të mëdha dhe

në moshë të hershme mund të jetë një faktor mbrojtës për alergjinë⁽²⁹⁾. Hipoteza e higjienës ka evoluar drejt një “hipoteze biodiversiteti” ku tregohet roli mbrojtës i kolonizimit të zorrëve me mikroflora të ndryshme mjedisore. Në përgjithësi, faktorët mjedisorë, plasticiteti i zhvillimit dhe mikrobiota mund të kenë modifikuar përgjigjen imunitare ndaj alergenëve, nga një gjendje tolerance në një përgjigje alergjike të ndërmjetësuar nga IgE-të. Si përfundim, alergjia ndaj Parietaria është një sfidë intriguese për Alergologun në praktikën klinike, por ajo mund të menaxhohet në mënyrën e duhur duke ditur veçoritë e territoreve përkatëse dhe klinikën karakteristike të secilit pacient.

Referencat:

1. D'Amato, G.; Cecchi, L.; Bonini, S.; Nunes, C.; Annesi-Maesano, I.; Beherend, H. Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. *Allergy* 2007, 62, 976–990.
2. Alergologjia, Prof. Alfred Priftanji, 2005
3. Papathopuli G., Bimët mjekësore dhe aromatike të Shqipërisë, Tiranë 1976, fq.398
4. Ariano, R.; Canonica, G.W.; Passalacqua, G. Possible role of climate changes in variations in pollen seasons and allergic sensitizations during 27 years. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2007, 104, 215–222.
5. Negrini, A.C.; Negrini s Giunta, V.; Quaglini, S.; Ciprandi, G. Thirty-year survey on airborne pollen concentrations in Genoa, Italy: Relationship with sensitizations, meteorological data, and air pollution. *Am. J. Rhinol. Allergy* 2011, 25, e232–e241.
6. Ariano, R.; Cecchi, L.; Voltolini, S.; Quercia, O.; Scopano, E.; Ciprandi, G. Parietaria pollination duration: Myth or fact? *Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol.* 2017, 49, 6–10.
7. Gelardi, M.; Ciprandi, G.; Buttafava, S.; Quaranta, N.; Valentina, S.; Incorvaia, C.; Frati, F. Nasal inflammation in Parietaria-allergic patients is associated with pollen exposure. *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol.* 2014, 24, 267–268.
8. Ricca, V.; Landi, M.; Ferrero, P.; Bairo, A.; Tazzer, C.; Canonica, G.W. Minimal persistent inflammation is present also in patients with seasonal allergic rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2000, 105, 54–57.
9. Cadario, G.; Ciprandi, G.; Di Cara, G.; Fadel, R.; Incorvaia, C.; Marcucci, F. Comparison between Continuous or intermittent schedules of Sublingual Immunotherapy for house dust mites: Effects on compliance, patients' satisfaction, Quality of Life, and safety. *Int. J. Immunopathol. Pharm.* 2008, 21, 471–473.
10. Ciprandi, G.; Silvestri, M.; Buttafava, S.; Frati, F. Pre-co-seasonal Allergen Immunotherapy in Parietaria allergic patients. *Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol.* 2015, 47, 145–148.
11. Alesina, R.; DeAmici, M.; Ciprandi, G. Serum IgE discriminates allergy from sensitization better than skin testing. *Allergol. Immunopathol.* 2014, 42, 171–173.
12. Ortolani, C.; Pastorello, E.A.; Incorvaia, C.; Ispano, M.; Farioli, L.; Zara, C.; Pravettoni, V.; Zanussi, C. A double-blind, placebo-controlled study of immunotherapy with an alginate-conjugated extract of Parietaria judaica in patients with Parietaria hay fever. *Allergy* 1994.
13. MOLECULAR ALLERGOLOGY USER'S GUIDE, Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology 2016
14. Andri, L.; Senna, G.E.; Betteli, C.; Giovanni, S.; Andri, G.; Falagiani, P.; Lugo, G. Local nasal immunotherapy in allergic rhinitis to Parietaria. A double-blind controlled study. *Allergy* 1992, 47 Pt 1, 318–322. [CrossRef]
15. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update.
16. a. Cox L, Nelson H, Lockey R, Calabria C, Chacko T, Finegold I, Nelson M, Weber R, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Khan DA, Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph C, Schuller DE, Spector SL, Tilles S, Wallace D
17. *J Allergy Clin Immunol.* 2011 Jan; 127
18. Tari, M.G.; Mancino, M.; Ghezzi, E.; Frank, E.; Cromwell, O. Immunotherapy with an alum-adsorbed Parietaria-pollen allergoid: A 2-year, double-blind, placebo-controlled study. *Allergy* 1997, 52, 65–74.
19. Pajno, G.B.; Vita, D.; Parmiani, S.; Caminiti, L.; La Grutta, S.; Barberio, G. Impact of sublingual immunotherapy on seasonal asthma and skin reactivity in children allergic to Parietaria pollen treated with inhaled fluticasone propionate. *Clin. Exp. Allergy* 2003, 33, 1641–1647.
20. D'Anne, R.W.; Arena, A.; Gammeri, E.; Bruno, M.E.; Falagiani, P.; Riva, G.; Leonardi, S.; La Rosa, M. Parietaria sublingual allergoid immunotherapy with a co-seasonal treatment schedule. *Allergol. Immunopathol.* 2008
21. Ventura, M.T.; Giuliano, G.; Buquicchio, R.; Accettura, F.; Carbonara, M. Local and systemic reactions occurring during immunotherapy: An epidemiological evaluation and a prospective safety-monitoring study. *Immunopharmacol. Immunotoxicol.* 2008, 30, 153–161.
22. González-Rioja, R.; Ibarrola, I.; Arilla, M.C.; Ferrer, A.; Mir, A.; Andreu, C.; Martinez, A.; Asturias, J.A. Genetically engineered hybrid proteins from Parietaria judaica pollen for allergen-specific immunotherapy. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007, 120, 602–609.
23. Bonura, A.; Passantino, R.; Costa, M.A.; Montana, G.; Melis, M.; Bondi, M.L.; Butroni, C.; Barletta, B.; Corinti, S.; Di Felice, G.; Colombo, P. Characterization of a Par j 1/Par j 2 mutant hybrid with reduced allergenicity for immunotherapy of Parietaria allergy. *Clin. Exp. Allergy* 2012, 42, 471–480
24. Bondi, M.L.; Montana, G.; Craparo, E.F.; Di Gesù, R.; Giammona, G.; Bonura, A.; Colombo, P. Lipid nanoparticles as delivery vehicles for the Parietaria judaica major allergen Par j 2. *Int. J. Nanomed.* 2011, 6, 2953–2962.
25. Licciardi, M.; Montana, G.; Bondi, M.L.; Bonura, A.; Scialabba, C.; Melis, M.; Fiorica, C.; Giammona, G.; Colombo, P. An allergen-polymeric nanoaggregate as a new tool for allergy vaccination. *Int. J. Pharm.* 2014, 465, 275–283.
26. *J Allergy Clin Immunol* 2003
27. Bonura, A.; Di Blasi, D.; Barletta, B.; Butroni, C.; Corinti, S.; Gervasi, F.; Melis, M.R.; Uasuf, C.; Ragusa, M.A.; Fabio, C.; et al. Modulating allergic response by engineering the major Parietaria allergens. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2018, 141
28. Gomez-Mestre, I.; Jovani, R. A heuristic model on the role of plasticity in adaptive evolution: Plasticity increases adaptation, population viability and genetic variation. *Proc. R. Soc. B* 2013, 280, 20131869.
29. Strachan, D.P. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ* 1989, 299, 12591260

DERMATITI ALERGJIK I KONTAKTIT TEK FËMIJËT

Dr. Julijana Asllani¹, Prof. Etleva Qirko¹, Dr. Eris Mësonjësi¹, Prof. Alfred Priftanji¹

¹Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

1. Epidemiologjia e dermatitit alergjik të kontaktit

Dermatiti i kontaktit është një patologji inflamatore e lëkurës e shkatuar nga kontakti me alergen të ndryshëm. Karakterizohet nga një reaksion hipersensibiliteti i vonuar në përgjigje ndaj alergenëve të kontaktit⁽¹⁾. Përcaktimi i saktë i prevalencës apo incidencës së DAK sidomos tek fëmijët është i vështirë. Përlllogaritet që rreth 15-20% e popullatës së përgjithshme dhe 13.3-24.5% e fëmijëve janë të sensibilizuar nga alergenët e kontaktit, me një predominim tek femrat në raport me meshkujt (2:1)^(2,3).

Një incidencë në rritje vërehet tek moshat pediatrike dhe madje sensibilizimi ndaj haptenëve mund të fillojë që në fëmijërinë e hershme me një frekuencë më të lartë në grupmoshat 12-16 vjeç. Prevalenca është në rritje sidomos vitet e fundit lidhur edhe me rritjen e ekspozimit ndaj një game të gjerë produktesh në përditshmëri apo në punë. Natyra e lëndëve kimike dhe mekanizmi fizpatologjik përcakton edhe llojin e dermatitit të kontaktit duke e klasifikuar në irritativ ose alergjik^(1,2). Sipas disa studimeve^(4,5) profili dhe frekuenca e sensibilizimit ndaj alergenëve të kontaktit ndryshon me kalimin e kohës dhe është e rëndësishme të bëhen vlerësime të vazhdueshme të rezultateve të patch testeve dhe rishikime të baterive të alergenëve.

Faktorët kryesorë që ndikojnë në induktimin apo sensibilizimin e hershëm të kontaktit tek fëmijët janë të lidhur me atopinë (dhe në mënyrë të veçantë dermatiti atopik (DA)), seksi, mosha, faktorë të tjerë që shkaktojnë defekte të funksionit normal të barrierës kutane, faktorë të tjerë gjenetikë si dhe ekspozimi apo kontakti i hershëm me substanca të ndryshme të afta për të shkaktuar sensibilizim⁽⁶⁾.

2. Cilët janë alergenët apo substancat që shkaktojnë më shpesh alergji kontakti?

Ekspozimi ose kontakti me substanca kimike natyrale ose protein-reaktive dhe jonet e metaleve është shkaktari kryesor i dermatitit alergjik të kontaktit (DAK). Në thelb të mekanizmit të zhvillimit të DAK qëndron një reaksion imunologjik inflamator kutan i tipit të vonuar (i ndërmjetësuar nga limfocitet T) në përgjigje ndaj ekspozimit akut apo të përsëritur ndaj alergenëve të kontaktit në persona të sensibilizuar⁽¹⁾. Aktualisht ekzistojnë rreth 3,900 substanca të njohura potencialisht shkaktare të dermatitit të kontaktit qoftë ky alergjik (me mekanizëm imunologjik) apo irritativ (jo imunologjik). Megjithatë sipas studimeve të gjera epidemiologjike në lidhje me dermatitin e kontaktit metalet, fragrancat dhe substancat prezervative janë shkaktarët më të shpeshtë të DAK^(1,5). Produktet kozmetike dhe përbërësit e tyre janë më shpesh shkaktar të alergjisë së kontaktit sidomos në moshë të hershme duke qënë se nënat janë të prirura të përdorin një gamë të gjerë të produkteve lokale. Më shpesh në këto mosha haset dermatiti irritativ se ai alergjik⁽⁷⁾.

Prezervativët si: parabenet, Kathon CG mund të shkatojnë sensibilizim kontakti sidomos kur përdoren produkte që i përmbajnë këto substanca dhe janë për përdorim pa shpëlarje. Alkoli i lanolinës

gjithashtu është shpesh substancë sensibilizuese e kontaktit tek fëmijët pasi gjendet gjerësisht në produktet emoliente.

Barnat lokale, antiseptikët dhe disinfektatët lokalë që përmbajnë thimerosal, neomycin bëhen burim i fillimit të një sensibilizimi në moshat pediatrike në sajë të përdorimit të gjerë të tyre edhe pse me një frekuencë më të ulët krahasuar me të sipërpërmëndurat^(8,9).

Alergjia e kontaktit e lidhur me metalet rritet me shtimin e ekspozimit në fëmijët e moshës së shkollës dhe adoleshentët. Nikeli, kobalti dhe kromi janë përgjegjës për DAK në këto grupmosha dhe mund të nxisin edhe co-sensibilizimin nga metale të tjera. Nikeli është një ndër alergenët madhor të alergjisë së kontaktit në mbarë botën. Ka një prevalencë më të lartë tek femrat edhe tek adultët dhe tek fëmijët. Nikeli gjithashtu është një nga alergenët e kontaktit më të shpeshtë në pacientët me dermatit atopik. Vëthët dhe bizhuteritë konsiderohen si faktori kryesor i riskut në lidhje me alergjinë nga nikeli sipas Bashkimit Evropian. Në ditët e sotme gjenden mjaft burime të reja të nikelit në produkte kozmetike, rripa, ushqime, pigmente, lodra, etj...⁽¹⁰⁾

Alergjia nga fragrancat gjithashtu është shpesh e dokumentuar në popullatën e përgjithshme. Ekzistojnë rreth 2,500 fragranca si përbërës të produkteve të ndryshme. Prevalenca e alergjisë së kontaktit ndaj fragrance mix 1 dhe Balsam of Peru shkon respektivisht 2.3% dhe 1.1%. Si tek fëmijët edhe tek adultët alergjia nga fragrancat është më frekvente tek femrat.

Dermatiti nga tekstilet është ende i nënvlerësuar tek fëmijët por duhet pasur parasysh se qoftë bojërat e tekstileve apo formaldehidet janë shkaktar të alergjisë së kontaktit edhe pse me një prevalencë më të ulët krahasuar me alergenë të tjerë tek fëmijët^(6,1,7).

3. Manifestimet klinike të dermatitit alergjik të kontaktit

Dermatiti alergjik i kontaktit karakterizohet nga një reaksion inflamator kutan ndaj ekspozimit apo kontaktit akut ose të përsëritur me një substancë ekzogjene. Klinikisht mund të manifestohet në disa forma bazuar në fizpatologjinë, alergenin shkaktar apo co-faktorët agravues. Prezantimi klinik klasik i DAK është fillimi akut me papula dhe pllaka eritematoze, pruriginoze dhe vezikula ose bula me eksudat në raste të rënda, që zhvillohet rreth 12-48 orë pas kontaktit me agjentin shkaktar në një individ të sensibilizuar. Në rastet e ekspozimit të përsëritur mund të zhvillohet dermatiti kronik. Dermatiti alergjik kronik i kontaktit manifestohet zakonisht me deskuamim, likenifikim dhe fisura. Elementët në lëkurë zakonisht shfaqen në zonën e kontaktit me alergenin dhe kanë një raport ekspozim-shpërndarje të mirë definuar në shumicën e rasteve por mund të përhapen në zona të tjera të trupit në sajë të ekspozimit sekondar ndaj alergenit të kontaktit apo sensibilizimit sistematik të kontaktit. Fytyra, duart, këmbët dhe organet genitale janë më shpesh të prekura nga lezionet e DAK tek fëmijët^(1,3,11).

3.1. Dermatiti i fytyrës dhe duarve

Fytyra, duart dhe këmbët janë lokalizimet më të shpeshta të dermatitit të kontaktit. Në dermatitin alergjik apo irritativ të kontaktit në duar predominojnë përveç deskuamimit dhe vezikulave edhe tharja e lëkurës, hiperkeratozë palmarë dhe fisura. Në DAK nga (meth)acrylates mund të shfaqet edhe distrofi e thonjve apo edhe vezikulatë mëdha në pjesët laterale të gishtërinjve (kryesisht në dermatitin profesional). Në fytyrë përveç manifestimeve të zakonshme me ekzemë vezikulare, shfaqet shpesh edhe edema e syve sidomos në kontaktet me produktet kozmetike. Keilitis, dermatiti rosacea-like, apo edhe pigmentim i lëkurës së fytyrës mund të jenë manifestime të zakonshme të DAK. Në kompleksitetin e klinikës së DAK përfshihen edhe disa manifestime më të rralla dhe jo tipike lidhur edhe me llojin e alergenit të kontaktit çka na ndihmon në vendosjen e diagnozës^(12,1,5) (Tab.1).

Tab. 1. Manifestime klinike jo tipike të dermatitit të kontaktit

<i>Manifestimet klinike</i>	<i>Alergenët e kontaktit</i>
Dermatit likenoid	Metale (kontakt mukozal)
Eritema multiforme-like	Alergenë të derivuara nga bimët
Dermatit granulomatoz	Palladiumi tek vëthët
Dermatiti me purpura	Tekstilet
Lezione të pigmentuara	Fragrancat
Lezione të depigmentuara (vitiligo-like)	Phenolet
Lezione folikulare, pustulare, psoriasiforme	Metalet

3.2. Dermatiti sistemik i kontaktit

Dermatiti sistemik i kontaktit është një formë e rrallë e DAK. Karakterizohet nga një reaksion kutan në persona të sensibilizuar ndaj kontaktit me një alergen të caktuar dhe të riekspozuar ndaj të njëjtit alergen apo alergenëve të tjerë cross-reaktiv përmes një rruge të ndryshme ekspozimi (kryesisht ingestionit). Lidhet kryesisht me ekspozimin me alergenë si: metale, barna apo ushqime. Fizpatologjia e dermatitit sistemik të kontaktit nuk është ende e njohur plotësisht, por është e ndërmjetësuar nga një reaksion i hipersensibilitetit të vonuar të tipit të katërt⁽¹⁾.

4. Dermatiti alergjik i kontaktit dhe dermatiti atopik në moshat pediatrike dhe lidhja ndërmjet dy entiteteve

DAK dhe dermatiti atopik (DA) janë që të dyja patologji inflamatore të lëkurës të zakonshme në moshat pediatrike. DA është një patologji kronike komplekse e lidhur me disa faktorë si predispozita gjenetike, faktorë imunë, dëmtim i barrierës kutane dhe ekspozimi ndaj faktorëve ambientale. Rreth 15-20% e fëmijëve në mbarë botën preken nga DA. Klinikisht është shpesh e vështirë për të bërë një diagnozë diferenciale ndërmjet dy patologjive pasi edhe në dermatitin atopik vërehen simptoma komplekse si: prurit, dhimbje të lëkurës, tharje dhe lezione eksudative në fazat akute dhe likenifikim dhe nodula pruriginoz në fazën kronike.

Dermatiti alergjik i kontaktit vërehet jo rrallë në fëmijët me dermatit atopik. Lidhja ndërmjet të dyjave mbetet ende kontroverse. Nëse ka një predispozitë më të madhe për të zhvilluar DAK tek atopikët krahasuar me jo atopikët është ende jo plotësisht e studiuar apo e faktuar. Faktorët kryesor predispozues për lidhjen imunopatogjenike ndërmjet dy patologjive konsiderohen infeksioni ndaj staphylococcus aureus, deficiencia në funksionin e filagrinës, pH i alteruar, nivelet e vitaminës D.

Diagnoza diferenciale është mjaft e rëndësishme duke qënë se trajtimi dhe dekursi i dy patologjive është i ndryshëm. Sensibilizimi i kontaktit mund të përkeqësojë dekursin e DA tek fëmijët. Prania e funksionit të dëmtuar të barrierës kutane dhe hiperreaktivitetit kutan ndaj substancave të ndryshme mund të bëjë që pacientët me DA të përgjigjen edhe ndaj sitmulimit me doza të ulëta të alergenëve të kontaktit⁽¹⁴⁾. Alergjia nga nikeli, emolientët dhe antiseptikët mbeten alergenët kryesorë përgjegjës për DAK tek fëmijët me DA ku të dytët janë burim më i shpeshtë ekspozimi për fëmijët me dermatit atopik. Rekomandohen disa masa parandaluese tek fëmijët me DA për të ulur ekspozimin apo riskun e sensibilizimit të kontaktit tek këta pacientë. Përdorimi i emolientëve me bazë hidrofilike për restaurimin e barrierës kutane (edhe pse pak është i studiuar efikasiteti i tyre në DA) dhe njëkohësisht evitimi i kontaktit me objekte që përmbajnë nikel, produkte kozmetike me fragranca apo substanca

prezervative, barna lokale në këta pacientë mund të ketë një vlerë në uljen e riskut për sensibilizim ndaj alergenëve të kontaktit⁽¹³⁾.

Udhërrëfyesit ndërkombëtar në indikacionet e patch testeve rekomandojnë bërjen e patch testeve në rutinë në të gjithë rastet me dermatit atopik ku lezionet kutane lokalizohen në situse tipike për DA por që përkeqësohen apo nuk reagojnë ndaj trajtimit specifik për DA është e rekomandueshme bërja e patch testeve për të përjashtuar sensibilizimin ndaj substancave që mund të gjenden në produktet lokale të përdorura për trajtimin e fëmijës. Patch testet rekomandohen gjithashtu edhe në fëmijët me DA që kanë zhvilluar leziona në vende jo tipike për DA apo që kanë një histori ekspozimi apo kontakti⁽⁵⁾.

5. Diagnoza e dermatitit të kontaktit tek fëmijët

Vendosja e diagnozës së dermatitit të kontaktit sidomos në moshat pediatrike kërkon një vlerësim të kujdesshëm të anamnezës së hollësishme të pacientit, ekzaminimi objektiv që gjithashtu merr një rol të rëndësishëm edhe në diferencimin me patologji të tjera me shfaqje kutane. Standard i artë në vendosjen e diagnozës mbeten patch testet. Seritë e patch testeve sidomos tek fëmijët duhen vlerësuar duke pasur parasysh moshën dhe të dhëna të tjera anamnestike lidhur me etiologjinë e kontaktit apo ekspozimit (Tab.2). Duhet vlerësuar gjithmonë historia personale për ekzemë, dermatit atopik apo manifestime të tjera atopike, histori familjare për atopi, hobet aktivitetet e përditshme, ekspozimi në punë për adoleshentët, ekspozim ndaj substancave të ndryshme kozmetike⁽⁵⁾. DAK karakterizohet nga prania e njëkohshme e elementeve të ndryshëm kutanë (eritemë, vezikula, deskuamim, edemë, etj..) të cilët janë jo mirë të kufizuar. Rezultatet negative të patch testeve nuk përjashtojnë në mënyrë absolute dermatitin alergjik të kontaktit. Nuk duhen përjashtuar edhe testet kutane në pacientët me DAK veçanërisht në moshat pediatrike, pasi edhe sensibilizimi ndaj aeroalergenëve apo alergenëve ushqimor mund të jetë bashkëshoqërues në këta pacientë, dhe duhet përjashtuar si potencialisht shkaktar i simptomave dhe elementëve kutanë apo si komorbiditet alergjik⁽¹³⁾.

Tab. 2. Indikacionet e patch testeve sipas paternit të dermatitit

Paterni i dermatitit	Alergeni i dyshuar
Dermatiti facial	Produkte kozmetike, barna
Otiti ekstern kronik	Barna
Keilitis	Produkte kozmetike, additive
Dermatiti fleksural	Produkte kozmetike, bojra tekstile
Dermatiti i duarve	Produkte kozmetike, rubber
Anogenital	Barna, produkte kozmetike
I këmbëve	Material për këpucë, rubber
Dermatiti fotosensitiv	Kremra mbrojtës ndaj diellit, kozmetike, barna
Dermatiti nga substancat volatile	Përbërës volatilë në produkte kozmetike

6. Trajtimi dhe menaxhimi i fëmijeve me dermatit alergjik kontakti

DAK është një patologji komplekse kështu që edhe menaxhimi i saj duhet të përfshijë një diagnostikim të saktë të hershëm, në mënyrë që të evitohet kontakti me alergenin shkaktar, restaurimi i funksionit barrierë të lëkurës dhe trajtimi me barna. Trajtimi me barna konsiston kryesisht në përdorimin e steroidëve qofshin këto lokal ose sistemik në varësi të severitetit të patologjisë. Mbi të gjitha linjë e

parë e trajtimit të dermatitit të kontaktit mbetet evitimi i ekspozimit apo kontaktit me substancën apo alergenin përgjegjës dhe të gjithë alergenët potencialisht cross-reactive. Shmangia e ekspozimit nuk është gjithmonë e mundur sidomos në produktet kozmetike ku mund të ketë gjurmë të fragrancave apo substancave prezervative apo nikelit që gjendet gjerësisht në produkte të përditshmërisë. Në fazat akute të patologjisë rekomandohen solucione antiseptike, kremra emoliente dhe kortikosteroidë lokal ose sistematikë në doza të ulëta ndërsa në rastet e formave kronike nevojiten doza më të larta kortikosteroidësh. Një pacient me DAK mund të jetë pa simptoma 1-9 muaj pas evitimit të plotë të kontaktit me alergenin shkaktar^(13,5). Rastet me relapse të dermatitit alergjik të kontaktit nuk janë të rralla pavarësisht evitimit të kontaktit dhe hasen më shpesh në DAK se në dermatitin irritativ.

Referenca

1. De Waard-van der Spek FB, Andersen KE, Darso W U, Mortz CG, Orton D, Worm M, et al. Allergic contact dermatitis in children: which factors are relevant? (review of the literature). *Pediatr Allergy Immunol* 2013;24:321-329
2. Simonsen AB, Johansen JD, Deleuran M, Mortz CG, Sommerlund M. Contact allergy in children with atopic dermatitis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2017;177:395-405
3. Mortz CG, Bindsvlev-Jensen C, Andersen KE. Prevalence, incidence rates and persistence of contact allergy and allergic contact dermatitis in The Odense Adolescence Cohort Study: a 15-year follow-up.
4. Seidenari S, Giusti F, Pepe P, Mantovani L. Contact sensitization in 1094 children undergoing patch testing over a 7-year period. *Pediatr Dermatol* 2005; 22: 1-5.
5. Milingou M, Tagka A, Armenaka M, Kimpouri K, Kouimintzis D, Katsarou A. Patch tests in children: a review of 13 years of experience in comparison with previous data. *Pediatr Dermatol* 2010; 27: 255-9.
6. De Waard-van der Spek FB, Oranje APPatch tests in children with suspected allergic contact dermatitis: a prospective study and review of the literature. *Dermatology* 2009; 218: 119-25.
7. Pigatto et al.: Contact dermatitis in children. *Italian Journal of Pediatrics* 2010 36:2.
8. Wakelin SH, Smith H, White IR, Rycroft RJ, McFadden JP: A retrospective analysis of contact allergy to lanolin. *Br J Dermatol* 2001; 145:28-31.
9. Henderson CA, Highet AS, Shamy HK: The frequency of lanolin contact allergy. *Contact Dermatitis* 2003, 32:52.
10. Belloni Fortina A, Romano I, Peserico A, Eichenfield LF. Contact sensitization in very young children. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65: 772-9.
11. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis: Patient diagnosis and evaluation. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016 Jun; 74(6):1029-40. [PubMed: 2718542]
12. Kränke B, Schuster C. Contact dermatitis: relevant differential diagnoses, simulators, and variants. *J Dtsch Dermatologische Gesellschaft* 2015;13:1073-1088
13. De Waard-van der Spek FB, Darso W U, Mortz CG, Orton D, Worm M, Muraro A, Schmid-Grendelmeier P, Grimalt R, Spiewak R, Rudzeviciene O, Flohr C, Halken S, Fiocchi A, Borrego LM, Oranje AP. EAACI Position Paper for practical patch testing in Allergic Contact Dermatitis in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2015; 26: 598-606.
14. Owen et al. The Role and Diagnosis of Allergic Contact Dermatitis in Patients with Atopic Dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2018 June; 19(3): 293-302. doi:10.1007/s40257-017-0340-7.
- 15.

INDEKSI TROMBOCITO-SPLENIK SI KRITER PARASHIKUES PËR ZHVILLIMIN E VARIÇEVE EZOFAGEALE NË TË SËMURËT ME CIRROZË HEPATIKE

Dr. Arda GJERMENI, Prof. Dr. Jovan BASHO

Shërbimi Gastroenterologji/Hepatologji, QSU “Nënë Tereza”, Tiranë

Variçet ezofageale zhvillohen kur rrjedhja normale e gjakut në hepar është e bllokuar si pasojë e një koaguli ose indit fibroz. Venat e ezofagut dilatoohen duke grumbulluar shumë gjak, i cili më vonë mund të rrjedhë ose të shkaktojë edhe rupturë të komplet vazës, duke sjellë një situatë jetë-kërcënuese⁽¹⁾. Shkaku kryesor i variçeve ezofageale mbetet cirroza hepatike. 90% e pacientëve cirrotikë zhvillojnë variçe ezofageale dhe 30% e tyre bëjnë të paktën një episod hemorragjie gjatë dekursit të cirrozës⁽²⁾.

Faktorët që ndikojnë në rritjen e riskut për gjakrrjedhje variçeale janë: hipertensioni portal, sa më i lartë aq më i rrezikshëm; variçet e mëdha, risku rritet kur përmasat e variçeve rriten; graviteti i cirrozës, sa më e përparuar të jetë aq më i lartë është reziq; vazhdimi i konsumimit të alkoolit⁽³⁾.

Trombocitopenia është një ndërlikim i zakonshëm i sëmundjeve hepatike, që ndikon shumë në mënyrën e mjekimit të të sëmurëve me cirrozë hepatike, duke kufizuar mundësinë për të përdorur mjekime të ndryshme ose duke ndikuar në shtyrjen e procedurave të planifikuara

diagnostikuese apo kirurgjikale, për shkak të rrezikut të rritur për hemoragji. Shumë faktorë duke përfshirë sekuestrimin splenik, uljen e nivelit të trombopoetinës, frenimin e palcës kockore sidomos nga virusi i hepatit C, përdorimin e trajtimeve antivirale sidomos interferonit, mund të kontribuojnë në zhvillimin e trombocitopenisë në pacientët cirrotikë⁽⁴⁾. Në **këta të sëmurë** ka një rishpërndarje të trombociteve dhe deri në 90% e tyre mund të përfundojnë të sekuestruara në shpërkë. Në mënyrë të ngjashme edhe eritrocitet mund të pësojnë të njëjtin fat, duke çuar në anemi⁽⁵⁾.

Një gjetje e zakonshme në pacientët cirrotikë është splenomegalia. Mund të theksohen tre mekanizma kryesorë potencialë që ndikojnë në hipersplenizëm dhe splenomegali gjatë dekursit të cirrozës hepatike: fibrogjeneza hepatike, çrregullimi i mikromjedisit imun hepatik dhe rigjenerimi hepatik⁽⁶⁾.

Duke qenë se pacientët cirrotikë janë vazhdimisht në rezik për të zhvilluar variçe ezofageale si ndërlikim i hipertensionit portal, ndërhyrja e shpejtë në zbulimin e tyre, e aq më tepër për të parashikuar gjendjen e tyre në një moment të caktuar të historisë natyrore të cirrozës, mund të jetë një e dhënë ndihmuese për menaxhimin e pacientëve dhe përfitimin maksimal që mund të kenë nga ndërhyrja terapeutike në kohën e duhur.

Indeksi trombocito-splenik është një ekzaminim që mund të përdoret si indikator për parashikimin e zhvillimit të variçeve ezofageale në pacientët cirrotikë⁽⁷⁾. Ky test konsiston në raportin mes numrit të trombociteve (n/mm^3) dhe diametrit gjatësor të splenit (mm), duke qënë se cirroza hepatike ndikon në të dy këta parametra.

Vlerat parashikuese pozitive dhe negative të këtij testi janë përkatësisht 95.4% dhe 95.1%⁽⁸⁾.

Në një studim të kryer nga Agostino Colli, Giovanni Casazza et al., nga meta-analiza e 71 studimeve të mëparshme për indeksin trombocito-splenik, ku 67 ishin vetëm për të rriturit dhe 4 për fëmijët u arrit konkluzioni:

“Indeksi trombocito-splenik mund të përdoret për stadifikimin e rezikut të **hemorragjisë nga** variçet ezofageale. Mund të përdoret edhe si mënyrë triazhimi para endoskopisë. Në rastet kur raporti rezulton >909 ($\text{n/mm}^3/\text{mm}$), mund të përjashtohet prania e variçeve ezofageale dhe vetëm 7% e adultëve me variçe ezofageale të çdo përmase mund të mos diagnostikohet. Ky test nuk është mjaftueshëm i saktë për identifikimin e variçeve ezofageale me risk të lartë për hemoragji që kërkojnë profilaksi primare”.

Studime të tjera duhen ndërmarrë për të vlerësuar saktësinë diagnostike të këtij testi në nëngrupe të caktuara pacientësh, si edhe për të përcaktuar aftësinë e tij për të parashikuar gjakrredhjen nga variçet⁽⁹⁾.

Për të parë konkretisht lidhjen që ekziston ndërmjet gradës së variçeve ezofageale dhe indeksit trombocitosplenik u realizua një studim, ku numri total i subjekteve të marrë në shqyrtim ishte 75. Studimi u krye për periudhën Qershor-Dhjetor 2019, duke u bazuar në kartelat e daljeve të shërbimit të Gastroenterologji-Hepatologjisë, të depozituara pranë shërbimit të Statistikës Mjekësore. Për 24 pacientët u aplikuan kriteret përjashtuese si: exitus (4 pacientë), mungesa e diagnozës përfundimtare për cirrozë hepatike (5 pacientë), splenektomia (3 pacientë) dhe mungesa e plotësisht me ekzaminimet e nevojshme (12 pacientë).

Nga këto subjekte, pas aplikimit të kriterëve përjashtuese rezulton se numri total i rasteve që përbëjnë kampionin me të cilin u realizua studimi ishte 51.

Për realizimin e këtij studimi të dhënat janë mbledhur në përputhje me parimet etike, të parashikuara

nga deklarata e Helsinkit për kërkimin shkencor në fushën mjekësore që përfshin subjekte humane. Çdo subjekt i marrë në studim është i paidentifikueshëm, pasi të dhënat janë të koduara me qëllim ruajtjen e konfidencialitetit.

Nga analiza e të dhënave vu re se meshkujt me cirrozë hepatike në krahasim me femrat zënë një përqindje shumë të lartë (4:1). Në lidhje me variablin gjini mund të themi se nuk ka ndonjë shkak të drejtpërdrejtë që ndikon në diagnostikim e meshkujve, në raport me femrat. Duke qenë se në të sëmurët meshkuj predominon etiologjia etilike kronike dhe virale mund të konkludojmë se ndoshta sjellja sociale e meshkujve është më e rrezikshme se e femrave.

Sa i përket grupmoshës së pacientëve, predominonte intervali ndërmjet 60-69 vjeç dhe pjesa më e madhe e pacientëve ishin 40-69 vjeç. Duke qenë se nuk është shqyrtuar viti i diagnostikimit mund të supozojmë se edhe në rastet kur ai është kryer që në moshë të re, dëmtimet hepatike zhvillohen gradualisht duke arritur pikun në moshën e mesme dhe në pleqërinë e hershme.

Në lidhje me etiologjinë e cirrozës u vu re se predominonte etilizmi kronik (26 raste), i pasuar nga hepatiti kronik viral (11 raste), etilizmi kronik i kombinuar me infeksionin kronik viral (7 raste), i ndjekur nga etiologjia e panjohur (5 raste). Rastet me cirrozë autoimmune ishin të fundit në rradhë (2 raste).

Nga studimi u vu re se shumica e pacientëve kishin hepatomegali (61%) dhe splenomegali (80%). Përsa i përket venës porta, në 72% të pacientëve diametri i saj paraqitej më i madh se norma.

Të gjitha këto ndryshime që vihen re në pacientët tanë cirotikë, janë pasojë e destruksionit të hepatociteve dhe riorganizimit të indit fibrotik në lobulin hepatic. Duke qenë se fluksi i gjakut bëhet i papërballueshëm për heparin disfunksional si fillim do zmadhohet diametri i venës porta që tenton të kompesojë situatën dhe më pas ky fluks i rritur do të shkojë në mënyrë retrograde “të mbushë” venat lienale dhe ezofageale. Shfaqet kështu hipertensioni portal.

Duhet të theksojmë se në rastin e cirrozës hepatike, hipertensioni portal është intrahepatik post-sinusoidal.

Duke qenë se hipertensioni portal është një ndërlikim i pashmangshëm i cirrozës hepatike, metodat që bëjnë të mundur diagnostikimin e tij mund të ndihmojnë në menaxhimin më të mirë klinik të pacientëve, duke mundësuar përfitimin më të mirë të mundshëm nga terapia.

Metoda më e mirë diagnostikuese është nëpërmjet gastroduodenoskopisë. Me anë të këtij ekzaminimi vihet në pah prania e variceve ezofageale dhe grada e tyre si edhe prania ose jo e gastropatisë hipertensive. Sa më i madh të jetë fluksi retrograd i gjakut aq më shumë do mbushen venat ezofageale, aq më tortuoze do jenë varicet.

Parashikimi i riskut që ka një pacient për zhvillimin e variceve ezofageale si pasojë e hipertensionit portal mund të realizohet edhe nga një analizë jo invazive siç është indeksi trombocitosplenik. Kur ky indeks është më i vogël se 909, pacienti ka varice ezofageale të shkallës >II (Giannini E, et al).

Në kampionin tonë, për të kuptuar lidhjen që ka mes gradës së variceve të ezofagut dhe vlerës së indeksit trombocitosplenik, fillimisht studiuam marrëdhëniet korrelacionale të këtyre variablave. Rezultoi se ka një lidhje të fortë korrelacionale mes gradës së variceve ezofageale dhe indeksit trombocitosplenik, por jo statistikisht të rëndësishme ($r=0.3$ $N=51$).

Të njëjtën marrëdhënie e studiuam edhe me testin **T të Student dhe morëm të njëjtin rezultat.**

Për të kuptuar më shumë rreth parametrave të tjerë dhe mënyrës si ata mund të ndikojnë tek njeri-tjetri, studiuam marrëdhëniet korrelacionale të moshës dhe indeksit trombocitosplenik tek cirrotikët. Kjo lidhje rezultoi e dobët dhe statistikisht jo e rëndësishme ($r = -0.182$ $N=51$).

E njëjta analizë u përdor edhe për të analizuar lidhjen mes moshës së pacientëve dhe madhësisë së heparit dhe u arrit i njëjti konkluzion ($r = -0.175$, $N=51$).

Për të përcaktuar rëndësinë klinike të përdorimit të indeksit trombocitosplenik si një test jo invaziv në vlerësimin e variçeve ezofageale dhe rrjedhimisht hipertensionit portal, u vlerësua sensitiviteti dhe specifikiteti i testit dhe përkatësisht vlerat ishin 83.3% dhe 51%.

Siguria diagnostike me probabilitet e testit ishte 62.7%

Për tu theksuar është se vlera parashikuese në studimin tonë është 83.3%, gjetje që përputhet me përfundimet e mëparshme të studimeve lidhur me indeksin trombocitosplenik që e cilesojnë vlerën $>80\%$ si parashikuese të pranisë së variçeve të ezofagut (Giannini E, et al.).

Madhëdhënie tjetër interesante është ajo që ekziston mes faktorit etiologjik të cirrozës dhe indeksit trombocitosplenik. Nga analiza e thjeshtë deskriptive statistikore vihet re se indeksi trombocitosplenik është më i ulët tek të sëmurët që vuajnë nga cirroza hepatike virale, e kombinuar me përdorimin e alkoolit ($ITS = 852.3 \pm 293.4$). Indeksi është më i lartë në pacientët që vuajnë nga cirroza autoiome ($ITS = 1618.2 \pm 604.9$) dhe ka vlera të ndërmjetme për kategoritë e tjera. Faktori etiologjik mund të jetë një kontribues madhor në progresionin ose jo të cirrozës dhe hipertensionin portal, por në studimin tonë kjo lidhje nuk është studiuar më gjerë, gjë e cila lidhet me numrin e pakët të rasteve.

Vlen të theksojmë se këto gjetje nuk mund të jenë përgjithësuese për popullatën e gjerë, pasi kampioni që zgjedhëm është jo propabilitar dhe studimi është retrospektiv.

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/esophageal-varices/symptoms-causes/syc-20351538>: Mayo Clinic
2. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15429-esophageal-varices#:~:text=Any%20type%20of%20serious%20liver,and%20about%2030%25%20will%20bleed.>; Cleveland Clinic
3. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15429-esophageal-varices#:~:text=Any%20type%20of%20serious%20liver,and%20about%2030%25%20will%20bleed>. Cleveland Clinic
4. H Hayashi, T Beppu, K Shirabe, Y Maehara, H Baba: Management of thrombocytopenia due to liver cirrhosis: A review ; PMID: 24627595 W.J Gastroenterology 2014
5. A. Qamar, N. Grace: Abnormal hematological indices in cirrhosis; PMID: 19543577 Can.J Gastroenterol. 2009
6. L. Li, M Duan, W Chen, A Jiang, X Li, J Yang, Z. Li: The spleen in liver cirrhosis: revisiting an old enemy with novel targets. PMID: 28535799 J. T Medicine
7. A.Colli, J.C Gana, T Adams-Weber, G Casazza: Platelet count, spleen length, and platelet count to spleen length ratio for the diagnosis of oesophageal varices in people with chronic liver disease or portal vein thrombosis PMID: 28444987 Cohane library 2017 W. W. Baig, V Nagaraja, M Varma, R Prabhu: Platelet count to spleen diameter ratio for the diagnosis of esophageal varices: Is it feasible? PMID: 18925306 Canadian Journal of Gastroent. 2008.
8. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr; 2017(4): CD008759. Published online 2017 Apr 26. doi: 10.1002/14651858.CD008759.pub2

Prof. Dr. Panajot BOGA*1932 – 2020*

Prof. Boga u nda nga jeta më 7 Qershor 2020, në moshën 88 vjeçare duke lënë në pikëllim të thellë dy djemtë e tij, Gencin dhe Ilian, si edhe bashkëshorten e tij Znj. Lejla.

Aktiviteti i tij kirurgjikal, filloi që në vitin 1957, fillimisht si Kirurg i Përgjithshëm e më pas si Kirurg Ortoped. Në këtë veprimtari, përfshihet puna mësim dhënëse e mjekuese, aktiviteti kirurgjikal e organizues, depistues, novator e ideator dhe zbatues në praktikë i teknikave kirurgjikale më bashkohore në ortopedi. Prof. Dr. Boga, gjatë kualifikimit të tij akademik, ka kaluar e ngjitur të gjitha shkallët e hierarkisë vlerësuese, duke punuar në tema shkencore interesante dhe të pa lëvruara deri në atë kohë, duke diskutuar e dhënë dhe ide personale.

Të gjitha këto studime, në ditët tona janë një pasuri e bibliotekave mjekësore shqiptare. Për këto cilësi, ai njihet dhe nderohet në historinë e ortopedisë shqiptare. Ai ka qënë në pararojë të të gjitha veprimtarive të karakterit shkencor, parandalues dhe mjekues. Për kohën që ato u arritën, rezultatet kanë qënë të një niveli të lartë. Ato u implementuan në punën praktike kirurgjikale, madje shërbyen edhe u ngritën në rang protokollësh të pa neglizhueshme dhe totalisht të zbatueshme në punën e përditshme, nga ai vetë dhe bashkëkolegët e tij.

Shkencëtar e novator me bindje të qarta bashkëkohore, vizion të gjerë e aftësi shembullore organizative e profesionale. Ai nuk e ndau asnjëherë studimin dhe pasurimin me dije moderne si dhe lidhjen e njohurive teorike me ato praktike, duke shtuar në to edhe ide e mendime nga përvoja personale. Si rezultat i ekzigjencës e këmbënguljes së tij, rigorozitetit ndaj kërkesave pa asnjë lëshim ndaj vetes dhe kolegëve, ai e ngriti nivelin e ortopedisë e traumatologjisë lokomotore shqiptare, në stade të admirueshme. Në saj të punës së tij, në të gjitha rrethet e Shqipërisë ndjehet puna e tij mjekuese, ndjehet vazhdimësia e brezave nga nxënësit e tij për të gjithë veprimtarinë mjekësore të rutinës së përditshme. Figurës së shquar të kirurgut ortoped të talentuar, i bën jehonë e gjithë veprimtaria shkencore e mjekuese e shërbimit që ai drejtoi për gjysëm shekulli dhe në nder të kësaj jehone dhe pune kolosale mjekuese; me Vendim të Ministrisë së Shëndetësisë sot, ai quhet: *Shërbimi Universitar Spitalor Ortopedi-Traumatologji, "Prof. Dr. Panajot Boga"*.

Gjirokastra, djalit të saj, që e rriti dhe e arsimoi i ka akorduar titullin e lartë "Qytetar Nderi i Gjirokastrës".

Prof. Dr. Panajot Boga për veprimtari të dalluar shkencore është anëtar i SOFCOT. Ai, gjithashtu, është anëtar i Kongresit Ballkanik të Ortopedisë e Traumatologjisë.

Organizator dhe pjesmarës aktiv në depistimet masive dhe të gjëra për anomalitë kongenitale, duke shkuar me bashkëkolegët e tij në skajet më të largëta të Shqipërisë. Prof. Dr. Panajot Boga, është themelues i revistës shkencore "Punime Kirurgjikale".

Kuvendi popullor i ka akorduar Çmimin e Republikës të shkallës së dytë, edhe Titullin “Mjeshtër i madh i punës”.

Në literaturën ortopedike ka teknika kirurgjikale, të ideuara e vëna në zbatim nga Prof. Dr. Boga. Përvoja e Prof. Dr. Panajot Boga është një asset kombëtar në lëmin e kirurgjisë orthopedike e traumatologjisë lokomotore. Përvoja e tij është një rrugë e suksesshme, e shkelur dhe e vërtetuar nga puna e tij dhe e shërbimit, që ai ka drejtuar, si dhe nga veprimtaria ende jetësore e nxënësve të tij që edukoi dhe la pas.

Me ndarjen nga jeta të themeluesit dhe mjeshtrit duar artë të orthopedisë shqiptare, kjo degë e mjekësisë humbi një nga pionierët e parë të ngritjes cilësore të saj. Në koridoret e shërbimit ku ai punonte nuk do të ndjehen më hapat e ecjes së tij, nuk do të dëgjohet më zëri i tij kumbues, të gjithëve do ju mungojë figura e tij. Korifenj e shkencëtarë si Prof. Dr. Panajot Boga kërkojnë kohë të përsëriten.

I përjetshëm Kujtimi dhe Vepra e tij.

Këshilli Kombëtar, Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Prof. Dr. Arjan PUSHI*1962 – 2020*

Më 30 Qershor 2020 humbi betejën me COVID-19 Prof. Dr. Arjan Pushi, i cili prej ditësh ishte në luftë me këtë virus vrashtar. E kjo ishte dhe humbja e parë në Shqipëri nga stafi mjekësor duke goditur kështu edhe mjekësinë shqiptare. Kolegët e Spitalit Infektiv bënë të pamundurën ta mbanin në jetë, por Profesori nuk ia doli dot.

Prof. Arjan Pushi lindi në 30 Korrik 1962 në qytetin e Beratit. Përfundoi studimet e larta me rezultate të shkëlqyera në Fakultetin e Mjekësisë në vitin 1987.

Dr. Pushi filloi misionin e tij akademik si asistent-pedagog në Fakultetin e Mjekësisë dhe shkollën e specializimit në

Hematologji. Profesori i ndjerë Arjan Pushi bënte pjesë në brezin e dytë të hematologëve shqiptarë, të cilët mbuluan shërbimet universitare të specializuara në shërbimin spitalor kombëtar dhe në Fakultetin e Mjekësisë.

Prof. Pushi aplikoi në Shërbimin e Hematologjisë dhe fushën e Pedagogjisë eksperiencën e fituar në USA prej shumë muajsh.

Ai ishte autor i disa monografive dhe teksteve mësimore për hematologjinë, mjekësinë e përgjithshme dhe gjithashtu i dhjetra artikujve, referimeve shkencore brenda dhe jashtë vendit. Dallonte për gjykimin si klinikist i mirëformuar.

Largimi nga jeta i Prof. Arjan Pushit lë pas një humbje të madhe për familjen, kolegët, studentët, pacientët e shumtë dhe cilindo tjetër që ka pasur fatin dhe privilegjin ta njohë.

U prehsh në paqe Prof. Arjan Pushi!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar, Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Besnik MYSHKETA

1956 – 2020



Më 28 Qershor 2020 u nda nga jeta në moshën 64-vjeçare mjeku i njohur dermatolog durrsak Besnik Myshketa. Ai vuante prej kohësh nga një sëmundjeje e rëndë.

Dr. Besniku lindi më 7 Prill 1956 në një familje të vjetër Durrsake.

Pasi përfundoi studimet në Gjimnazin “Naim Frashëri” në vitin 1974, në 1975 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilat i përfundoi me rezultate të larta në vitin 1980.

Më pas ndoqi specializimin në fushën e Dermatologjisë pranë Fakultetit të Mjekësisë. Pas përfundimit të specializimit punoi në Spitalin Rajonal Durrës dhe Poliklinikën Qendrore, ku kuroi me përkushtim me mijëra pacientë.

Dr. Besniku njihej nga të gjithë durrsakët, dhe jo vetëm, si një njeri e mjek shumë i mirë e i përkushtuar ndaj familjes, kolegëve dhe pacientëve. Ishte një burrë zotni që vinte në lëvizje dhe i jepte shpresë dhe optimizëm një kolektivi të tërë.

I qeshur, i dashur, i respektueshëm, i gjindshëm, human dhe fisnik.

Ndarja nga jeta la pas një mungesë të pazëvendësueshme për të gjithë ata që e njohën dhe e patën koleg.

U prehsh në paqe dr. Besnik Myshketa!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH

Dr. Lahim PUCA*1935 – 2020*

Më 25 Maj 2020 u nda nga bashkësia e mjekëve, e familjes së tij, nga shokët, miqtë dhe gjithë të dashurit e tij, një nga pneumoftiziatrit më të shquar të Shqipërisë, dr. Lahim Puca.

Ai lindi në Zall-Sopot, më 10 Maj 1935 në një familje të shquar patriotike. Dr. Lahimi e kreu shkollën shtatëvjeçare në Zërqan. U shkollua për ndihmësmjek në Politeknikumin Mjekësor, Tiranë, të cilin e mbaroi në vitin 1953. U diplomua si mjek i përgjithshëm në Fakultetin e Mjekësisë, Tiranë në vitin 1958. U specializua në pneumoftiziatrë në Sanatoriumin antituberkular të shtetit, Tiranë, më 1960.

Punoi në Sanatoriumin antituberkular, Shkodër deri në vitin 1962, më pas u transferua në Dispanserinë antituberkulare në Peshkopi ku punoi deri në vitin 1986, më pas u transferua në Shkodër si drejtor i Sanatoriumit antituberkular. Më 1988 ai do të punonte për disa vjet si mjek i përgjithshëm në ambulancën e Gurit të Zi dhe ftiziatër në dispanserinë antituberkulare në Shkodër deri në Shtator 2010 kohë kur doli në pension.

Dr. Lahimi nuk la fshat të rrethit Dibër pa shkelur dhe kontributi i tij në luftimin e tuberkulozit ka qenë i jashtëzakonshëm. Varfëria, injoranca, doket e zakonet e vjetra, mungesa e kujdesit shëndetësor dhe e atij mjekësor kishin krijuar kushtet që tuberkulozi të kishte përhapje të madhe në këtë rreth. Sidomos, ai ishte shumë i përhapur në zonat e thella malore. Ai u njoh me kushtet e jetesës së të prekurve nga sëmundja e tuberkulozit, me sjelljet e tyre shëndetësore, me psikologjinë dhe me gjendjen e tyre ekonomike. Të sëmurët dhe familjarët e tyre e shihnin atë si shpëtimtar, por edhe si njeriun e tyre të ngrohtë.

Për të luftuar sëmundjen e tuberkulozit ai punoi në disa drejtime. Me këmbënguljen e tij stoike ai arriti të realizojë fluorografimin e popullsisë së zonave më të prekura: Zall-Dardhës, Sillovës, Fushë-Alies, Çidhnës, Muhurrit, Selishtës, Kastriotit, Shupenzës, etj...

Kur u transferua nga Peshkopia për në Shkodër, incidenca e tuberkulozit në rrethin e Dibrës kishte zbritur në minimum.

Zemërbardhësia e tij ishte e pashoqe. Rrallë mund të gjesh njeri që të ketë aq shokë e miq sa pati ai, që të gëzojë simpatinë dhe mirënjohjen popullore që pati gëzuar ai.

Ai u përcoll me dhembje e me lot nga familja, kolegët, të afërmit dhe shokët e miqtë, me premtimin se do të mbetej i paharruar për ta.

Prof. Dr. Ahmet Kamberi, Dr. Ibrahim Kaziu, Dr. Irini Shehu, Dr. Gëzim Puci

Këshilli Rajonal Dibër, UMSH

Prof. Dr. Grigor ZORAQI

1958 – 2020



Në datë 9 Korrik 2020 është ndarë nga jeta në mënyrë të papritur prof. Grigor Zoraqi, bashkëpunëtori dhe anëtar i “Njësisë së Bioteknologjisë dhe Gjenetikës” pranë Akademisë së Shkencave, “mjeshtri” i analizave të ADN-së.

Grigor Zoraqi ka lindur më 20 Janar 1958 dhe është rritur në Tiranë në një familje me tradita dhe vlera të veçanta kulturore. Shkollën e mesme e kreu në gjimnazin “Petro Nini Luarasi” duke u dalluar si një nga nxënësit më të shkëlqyer që ka patur historikisht kjo shkollë. Studimet universitare i kreu në Universitetin “LA Sapienza” në Romë,

Itali në vitet 1979-1985 ku u dallua për rezultatet e larta në përgatitjen e tij shkencore. Pas kthimit në Shqipëri punoi si pedagog i Gjenetikës pranë Fakultetit të Veterinarisë, Universiteti Bujqësor i Tiranës, ku mbrojti me sukses më 1991 titullin “Kandidat i Shkencave” njohur më vonë Doktor i Shkencave.

Në fillim të viteve '90 largohet përsëri në Itali ku punon si kërkues shkencor në disa institucione të rëndësishme shkencore, si: Departamenti i Mjekësisë Eksperimentale dhe Patologjisë së Përgjithshme të Universitetit “La Sapienza” të Romës, Instituti i Teknologjisë Biomjekësore, në disa laboratore të Qendrës Kombëtare të Sëmundjeve Gjenetike në Itali, etj., duke fituar një përvojë të çmuar në kërkimin shkencor.

Me kthimin në Shqipëri që nga viti 2004 dr. Grigori punoi si drejtues i Qendrës së Diagnostikës Molekulare dhe Kërkimeve Gjenetike pranë spitalit “Mbretëresha Geraldinë”. Ndërkohë, prof. Grigori ka dhënë një kontribut të shquar edhe si pedagog i jashtëm pranë Fakultetit të Shkencave të Natyrës, Universiteti i Tiranës.

Prof. Zoraqi me formimin shkencor ishte ndër gjenetistët me kontribut të veçantë në Shqipëri, si autor i një numri të madh artikujsh dhe punimesh shkencore të botuara në revistat më të mira shkencore, pjesmarrës i përhershëm në shumë kongrese dhe konferenca shkencore Kombëtare dhe Ndërkombëtare. Nga viti 2007 është anëtar i bordit botues të revistës shkencore “Balcan Journal of Medical Genetics”.

Hartues i shumë projekteve kërkimore me vlerë Kombëtare për parandalimin e disa sëmundjeve të trashëgueshme në vendin tonë, disa prej të cilëve ende në përpunim e sipër. Me përvojën e fituar, me cilësinë e punës së tij kërkimore dhe saktësinë e rezultateve të tij pa dyshim prof. Grigori quhet “mjeshtri” i analizave të ADN-së në nivelin molekular. Këtë e kanë provuar nga afër të gjithë studentët që kanë përgatitur punimet e tyre në nivelin “Master” si dhe ata të cilët prof. Grigori i ka udhëhequr për fitimin e gradës shkencore “Doktor i Shkencave”. Veprimtaria e tij intensive shkencore e ndërprerë pa prituri do të mbetet gjithnjë si shembull për të gjithë.

Ndarja e Tij nga jeta është humbje e madhe jo vetëm për njerëzit e dashur të familjes dhe të gjithë bashkëpunëtorët dhe shkencën shqiptare.

Këshilli Kombëtar, UMSH

Dr. Abdyl MYZYRI

1959 – 2020



Më 9 Korrik 2020 u nda nga jeta në mënyrë të papritur e të parakohshme në moshën 61 vjeçare, kirurgu Abdyl Myzyri.

Dr. Abdyl Myzyri lindi më 28 Nëntor 1959 në qytetin e Elbasanit, në një familje të njohur jo vetëm nga qyteti por edhe nga zona e shqipërisë së mesme për traditat muzikore.

Dr. Myzyri kreu në vitin 1976 me sukses studimet e shkollës së mesme në Elbasan dhe në vitin 1979 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në degën Mjekësi e Përgjithshme në Universitetin e Tiranës. Në përfundim të studimeve, në vitin 1984 u emerua mjek i përgjithshëm në zonën e Belshit, Elbasan. Më pas në vitin 1986 emërohet me pune në Spitalin Kirurgjikal nr. 2, klinika e parë, Tiranë. Më pas në vitet 1988 deri më 1991 kreu specializimin për Kirurgji të Përgjithshme po

në Spitalin Kirurgjikal nr. 2, Tiranë.

Për 4 vjet (1991-1994) dr. Myzyri punoi si mjek kirurg në Spitalin Kirurgjikal nr. 2 në QSUT. Më pas u emërua si mjek kirurg fillimisht në Poliklinikën nr. 6, Tiranë (deri në vitin 1995) dhe më pas doktori punoi si mjek kirurg në Poliklinikën nr. 3, Tiranë. Pozicion në të cilin e mbajti deri ditën e ndarjes nga jeta.

Edhe pse mjek poliklinike, dr. Myzyri jo vetëm që nuk humbi dëshirën për kirurgjinë, por u shërbeu me devotshmëri dhe përkushtim shumë pacientëve me probleme post operatore dhe kirurgjikale ambulatorë.

Dr. Myzyri ka kryer jo pak studime të ndryshme retrospektive në fushën e Kirurgjisë së Përgjithshme. Një prej këtyre studimeve e ka referuar në Konferencën Mediko-Kirurgjikale në vitin 2004 me temë: “Endometrioza cikatricele e murit të përparmë abdominal” si një rast kazuistik personal.

Dr. Abdyl dallonte për gjykimin e tij si kirurg e klinikist i mirëformuar.

Largimi i papritur i ndarjes nga jeta i dr. Abdyl Myzyrit lë pas një humbje të madhe për familjen, kolegët, pacientët e shumtë dhe cilindo tjetër që ka pasur fatin dhe privilegjin ta njohë.

Të qoftë i lehtë dheu Dr. Abdyl!

Këshilli Rajonal Tiranë, Këshilli Kombëtar, UMSH

Dr. Anibal BYBERI

1967 – 2020



Më datë 3 Gusht 2020, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me hidhërim të thellë konfirmoi humbjen e jetës së mjekut Anibal Byberi në spitalin “Shefqet Ndroqi”, si pasojë e COVID-19.

Doktor Anibal BYBERI ndërroj jetë në moshën 53 vjeçare duke lënë në pikëllim të thellë vajzën, bashkëshorten, familjarët, shokët dhe miqtë e tij.

Doktor Anibali u lind në Shoshan, Tropojë më 8 Shkurt 1967.

Në periudhën 1982-1998 kreu studimet në Universitetin e Tiranës, fakultetin e mjekësisë ku u diplomua Mjek i Përgjithshëm.

Pas diplomimit, në periudhën 2008-2009 dr. Anibali punoi si drejtor i Spitalit të Tropojës. Pas viti 2010 punoi si mjek familje në Drejtorinë e Qendrës Shëndetësore Margegaj.

Doktor Anibali kreu gjatë periudhës Prill 2015 – Prill 2016 kursin e kualifikimit 1-vjeçar të Pneumologjisë, pranë klinikës Universitare Pneumologjike 3, të Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”.

Në vitet 2016-2020 dr. Anibali ishte anëtar i Këshillit Rajonal të Urdhrit të Mjekut Kukës.

Kudo që ka punuar, dr. Anibali ka patur marrëdhënie të shkëlqyera me pacientët dhe familjarët e tyre, me kolegët dhe personelin.

Dr. Anibali e njohu profesionin e e tij duke e ushtruar me pasion e dashuri, duke krijuar profilin e tij si njeri i punës. Ndaj shumë familje tropojane e konsideronin atë si mjek të familjes së tyre.

Qytetarët e Tropojës i janë mirënjohës doktor Anibalit për shërbimin e kujdesin shëndetësor të ofruar prej tij.

Ngushëllime të sinqerta familjarëve të tij, të afërmeve, miqve e dashamirësve të shumtë që i deshi dhe e deshën aq shumë.

Nderim e respekt për mjekun Anibal BYBERI

Këshilli Rajonal Kukës, UMSH

Dr. Brahush KADILLARI

1951 – 2020



Më datë 15 Gusht 2020 u nda nga jeta dr. Brahush Kadillari, në mënyrë të papritur si pasojë e infektimit në detyrë në shërbim të njerëzve, me COVID-19.

Dr. Brahushi lindi në fshatin Liqedh të Skraparit më 16 Gusht 1951, në një familje të njohur, tipike me tradita atdhedashëse. Shkollën fillore dhe 7-vjeçare i kreu në vendlindje, kurse shkollën e mesme të përgjithshme në Kamëz dhe vitin e fundit në gjimnazin “Ramiz Aranitasi” të Çorovodës.

Në vitin 1969 filloi Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë, të cilin e përfundoi me rezultate shumë të mira në vitin 1974.

Pas titullimit mjek Mjek i Përgjithshëm, ai u emërua përgjegjës i qendrës shëndetësore Kapinovë, Skrapar, ku punoi deri në vitin 1983.

Nga viti 1983 deri në vitin 2001 ka punuar në Drejtorinë e Higjienës Skrapar, me detyrën e Shefit të Shërbimit të Higjienës.

Në vitet 1985-1986 ka kryer specializimin për problemet e Higjienës pranë Fakultetit të Mjekësisë.

Në Skrapar ai ka kryer disa studime dhe projekte, të cilat i ka referuar në sesionet shkencore të organizuara në vendlindje.

Pas kësaj ai transerohet në Tiranë në Drejtorinë e Shëndetit Publik, ku punoi si Specialist i Shëndetit Publik.

Doktor Brahushi është dekoruar për punë të mirë nga Kuvendi Popullor me Medaljen për Shërbime të Shquara ndaj Popullit.

Doktor Brahush Kadillari do të mbahet mend nga kolegët me të cilët punoi, nga njerëzit që e njohën, miqtë dhe të afërmit e tij, si një njeri me virtytet më të larta njerëzore: korrekt, i drejtë, i dashur, i dhimshur, human, i aftë profesionalisht, i gatshëm deri në sakrifikim për të ndihmuar të tjerët, cilësi që së fundi u bë edhe shkak i vdekjes së tij të praktikshme.

Lamtumirë doktor Brahushi! Njerëz si ti, me gjurmë të thella dhe kujtime të shumta, nuk vdesin kurrë!

Dr. Bashkim HYSI, Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH