

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Trepça D., Dr. Brahimaj F., - Përdorimi i Inteligjencës Artificiale në Mjekësi (Konsiderata Etike)2

PROBLEME ORGANIZATIVE:

- Informacion: Mbledhja e Këshillit Kombëtar – 14.11.20256

ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- Prof. Rulli F., - Evolucion i misionit të mjekut7

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Dr. Peppo L., - Konferenca Kardiologjike e Vjeshtës, Pogradec13

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Dr. Brahimaj F., - Takimi Zeva 2025 5-6 Shtator 2025-Shkup, Republika e Maqedonisë së Veriut15
- Dr. Brahimaj F., - Takimi Plenar i CEOM 25-26 Shtator 2025-Rodos, Greqi16
- Deklarata e CEOM: “Çëshjet Etike dhe Deontologjike në kohë konflikti”18
- Asambleja e Përgjithshme e WMA-së – 08.11.2025-Porto, Portugali18

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. M.Sc. Akshia I., - Lëvizshmëria e mjekëve Shqiptarë në një mjedis profesional të depërtueshëm, por të dalluar mirë, një rrjedhë me një drejtim21
- Dr. Demhasaj R., Dr. Pjetri K., - Roli i inflamacionit dhe deficitit të Vit. D në lidhjen midis markuesve trombotik (D-dedimer, Fibrinogjenit) dhe ngarkesës kardiake (NT-PROBNP) tek popullata ambulatorë e të moshuarve: Një studim retrospektiv kohor në një QSH në Shqipërinë e mesme31

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Prof. Dr. Pilaca A., Dr. Argjiri Dh., Dr. Koshovari I., Dr. Vyshka G., - Lymphadenitis Tuberculosis (Scrofula) si formë klinike e neglizhuar ndër diagnozat e Lymphadeniteve periferike në vendin tonë – Prezantim Rasti40
- Dr. Mone E., - Fëmija me kollë në praktikën pediatrik të familjes46

IN MEMORIAM:

- Prof. Dr. Gjergji CEPA51

NEKROLOGJI:

- Dr. Naim DEMIRI, Dr. Dhimitraq DHAME, Dr. Ahmet HOXHALLARI, Dr. Anastas QERIMI, Dr. Emil MBORJA52-56



PËRDORIMI I INTELIGJENCËS ARTIFICIALE NË MJEKËSI (KONSIDERATA ETIKE)

¹Dr. Dritan TREPÇA, ²Dr. Fatmir BRAHIMAJ
¹President UMSH; ²Zv President UMSH

Inteligjenca Artificiale (IA) po përdoret gjerësisht duke transformuar me shpejtësi gjithë sektorët, përfshirë edhe kujdesin shëndetësor. Si një mjet i rëndësishëm i teknologjisë së lartë, IA ngjalli shpresa të mëdha. Roli i saj pati vlerësime, mbivlerësime dhe ekzagjerime duke ngjallur pritshmëri reale (të mundshme dhe të realizueshme) por edhe pritshmëri jo-reale, ndonjëherë edhe gabime. Si do qoftë është i pamohueshëm roli i saj në rritjen, ndihmesën dhe forcimin e gjykimit njerëzor por jo zëvendësimin e plotë të tij.

Duke u bazuar në përvojat e para të zbatimit të IA u pa e domosdoshme të përcaktohen parime që maksimalizojnë përfitimet e saj dhe minimizojnë rreziqet. Për këtë në shumë vende, falë interesit të treguar në të gjitha elementët e shoqërisë, u hartuan strategji kombëtare, ligje specifike dhe rregullore të veçanta në institucionet publike dhe private ku filloi të përdorej IA.

Edhe në sektorin e kujdesit shëndetësor u shfaq i njëjti qëndrim. Kështu edhe organizmat profesionale kombëtare dhe ndërkombëtare dhanë kontributin e tyre me sugjerime dhe rekomandime etike dhe ligjore. Kështu u arrit të sigurohej që zhvillimi, regullimi dhe përdorimi i saj të ishte në përputhje me etikën mjekësore të drejtat e njeriut dhe besimin e publikut në profesionin mjekësor.

Në vendin tonë IA në mjekësi është në hapat e para të përdorimit të saj. Akoma tek ne nuk ka një ligj specifik (të veçantë) për të. Aktualisht përdorimi i saj bazohet në një nen të veçantë të Ligjit për mbrojtjen e të dhënave personale si dhe një nen në Ligjin për Kujdesin Shëndetësor në Shqipëri. Edhe Kodi i Etikës dhe Deontologjisë i hartuar nga UMSH ka një nen mbi përdorimin e inteligjencës artificiale. Muajt e fundit edhe në vendin tonë po punohet për një strategji kombëtare për përdorimin e IA si dhe një kornizë ligjore që do të rregullojë dhe disiplinojë mbarshtimin e saj.

Çfarë është IA?

Në formën e saj më të thjeshtë, IA është një fushë në të cilën kombinohet shkenca kompjuterike me datasets (grupime të dhënash) të fuqishme, që mundësojnë zgjidhje problemesh. Ndryshe mund ta përkufizonim si sisteme kompjuterike të projektuar për të kryer detyra që zakonisht kërkojnë inteligjencë njerëzore, si: mësimi, zgjidhja e problemeve, kuptimi i gjuhës dhe njohja e modeleve. **IA përdoret për të mbështetur dhe jo për të zëvendësuar aftësitë njerëzore në kujdesin mjekësor.** Parimi bazë është se një mjek i licencuar ruan gjithmonë autoritetin përfundimtar mbi



çdo rezultat të IA, para se ky i fundit të ndikojë në kujdesin klinik. Më qartë akoma ky parim garanton që përgjegjësia profesionale dhe gjykimi mjekësor të mos transferohet tek makinat.

IA imiton shumë aspekte të inteligjencës si arsytimin, njohjen (dijet), të mësuarit, komunikimin, perceptimin dhe aftësinë për të manipuluar objektet. Forma e fuqishme e mësimit me makina vepron si qelizat e trurit dhe rrjeti i ndërthurur i neuroneve.

Bazuar në këto aftësi IA përdoret në mjekësi për:

- *Imitim të arsytimit klinik*
- *Njohje të tablove imazherike*
- *Kërkim mjekësor shkencor*
- *Në shëndet publik / epidemiologji, etj...*

Por në të gjitha fushat e kujdesit shëndetësor ku përdoret IA ndihmon, lehtëson dhe redukton kohën e impenjimit me veprimin të personeli mjekësor, por ritheksojmë nuk mund të zëvendësoj njeriun. Kurrësi nuk duhet të na shkoj në mendje se mund të diagnostikohemi apo të mjekohemi nëpërmjet inteligjencës artificiale. I sëmuri nëpërmjet saj mund të marrë informacion të bollshëm për të kuptuar më mirë problemin e tij shëndetësor dhe të dijë për çfarë ta pyesi mjekun për mbarështrimin e problemit shëndetësor që ka.

Përdorimi i IA në mjekësi ka qënë dhe në vëmendjen e gjithë organizatave ndërkombëtare mjekësore, si: WMA, CPME, CEOM, ZEVA, etj... Sigurisht rekomandimet dhe sugjerimet e tyre etike dhe deontologjike mjekësore kanë dhënë një ndihmesë të madhe në përdorimin e drejtë dhe korrekt të IA. Duke vlerësuar si duhet rolin e saj dhe përgjegjësinë e personelit mjekësor, sigurinë e pacientit, etj... Në themel të rekomandimeve të tyre theksohet roli themelor i profesionistëve shëndetësor në dizenjimin, supervizimin (mbikëqyrjen) dhe përdorimin e mjeteve të IA. Aty nënvizohet qartë se IA mbetet një mjet mbështetës i vendimarrjes por asnjëherë zëvendësues i gjykitimit klinik dhe ekspertizës mjekësore.

Për të ilustruar këto po paraqesim disa prej këtyre parimeve:

- **Njeriu në qendër të vëmendjes:** teknologjia duhet tju shërbejë pacientëve dhe njerëzve, duke ruajtur dinjitetin dhe autonominë, dhe të drejtat e tyre.
- **Mirëqënia e mjekëve:** përdorimi i AI duhet të reduktoj barrën administrative dhe stresin profesional.
- **IA si mjet i teknologjisë së lartë:** duhet të shërbejë për qëllimet e kujdesit shëndetësor dhe jo si qëllim në vetvete.
- **Llogaridhënia:** - përgjegjësia për vendimet klinike mbetet gjithmonë tek mjeku.
- **Transparencë dhe spjegim të qartë:** rregullat e IA duhet të jenë të kuptueshme për mjekët dhe pacientët.
- **Zbatim i sigurtë:** kërkohet verifikimi real në praktikë dhe vlerësimi i ndikimit etik shoqëror.
- **Zbatim i barabartë:** mjetet e IA duhet të jenë të arritshme në mënyrë të barabartë në të gjitha vendet.
- **Qeverisja e të dhënave:** ruajtja e privatësisë dhe transparencës mbi sigurinë dhe cilësinë e të dhënave.



Roli dhe përgjegjësitë e mjekëve:

- **Gjykimi klinik dhe autonomia profesionale** janë të pazëvendësueshme.
- **Avokatia për pacientin** – mjekët duhet të sigurohen që IA përdoret vetëm në interes të pacientit.
- **Pjesëmarrja në zhvillim** – mjekët duhet të jenë të përfshirë në zhvillimin dhe testimin e IA-së.
- **Aftësitë profesionale** – mjekët duhet të ruajnë kompetencat bazë dhe të trajnohen për përdorim të përgjegjshëm të IA-së.
- **Raportimi i incidenteve** – mjekët duhet të kenë mundësi të raportojnë gabime ose anomali të shkaktuara nga IA.

Të drejtat dhe përfshirja e pacientëve

- **Pëlqimi i informuar** – pacientët duhet të dinë nëse dhe si IA përdoret në kujdesin e tyre.
- **Të drejtat mbi të dhënat** – pacientët mund të kërkojnë heqjen e të dhënave të tyre dhe të informohen mbi mënyrën e përdorimit të tyre.
- **Autonomia – pacienti** mund të refuzojë ndërhyrje të ndërmjetësuar nga IA dhe të kërkojë vlerësim vetëm nga njeriu.
- **Mbrojtja e grupeve të cënueshme** – përdorimi i IA-së nuk duhet të përjashtojë ose dëmtojë personat me aftësi të kufizuara ose minoritetet.

Qeverisja, rregullimi dhe përgjegjësia ligjore

- **Standarde të përditësuar** – rregulloret duhet të përmirësohen vazhdimisht për të siguruar sigurinë e pacientëve.
- **Përgjegjësia ligjore** – duhet përcaktuar qartë midis zhvilluesve, mjekëve dhe institucioneve.
- **Auditim i vazhdueshëm** – kontrole periodike për etikë, paragjykime dhe efikasitet.

Integrimi klinik dhe zbatimi i IA në praktikë

- Validimi klinik dhe auditimi i vazhdueshëm janë të detyrueshme.
- IA duhet të integrohet pa penguar rrjedhën e punës klinike.
- Monitorim i pas-zbatimit për të parandaluar “drifin” e performancës.

Qeverisja e të dhënave

- **Të dhënat e pacientit** – përdorimi i tyre duhet të respektojë Deklaratën e Taipei të WMA dhe të gjitha ligjet për mbrojtjen e privatësisë.
- **Të dhënat e mjekëve** – nuk duhet të përdoren për ndëshkim apo mbikëqyrje; kërkohet transparencë, pëlqim dhe minimizim i mbledhjes së panevojshme të tyre.
- **Mbikëqyrje institucionale** – çdo organizatë duhet të ketë struktura të pavarura etike dhe të sigurisë për mbrojtjen e të dhënave.

Arsimimi dhe ndërtimi i kapaciteteve

- **Aftësia digjitale për IA** – duhet të përfshihet në kurrikulat universitare dhe në formimin e vazhdueshëm profesional.
- **Barazia globale** – të mbyllet boshllëqet arsimore mes vendeve të pasura dhe atyre në zhvillim.



Rekomandime

- **Për mjekët dhe shoqatat mjekësore:** duhet të promovojnë edukimin mbi IA, pjesëmarrjen në qeverisjen e saj dhe transparencën ndaj pacientëve.
- **Për institucionet shëndetësore:** duhet të sigurojnë kuadër të fortë qeverisës dhe monitorim të vazhdueshëm.
- **Për zhvilluesit e teknologjisë:** bashkëpunoni ngushtë me mjekët gjatë gjithë ciklit të zhvillimit.
- **Për rregullatorët:** hartoni rregullore me kontributin e komunitetit mjekësor dhe bashkëpunim ndërkombëtar.
- **Për institucionet arsimore:** integroni trajnimin mbi IA në programet mjekësore.
- **Për kërkuesit:** zhvilloni IA etike, të barabartë dhe të bazuar në prova.

Siç shihet zbatimi i këtyre parimeve kërkon përfshirjen dhe angazhimin serioz të të gjitha niveleve të shoqërisë, nga ligjbërësit, politikbërësit, institucionet shëndetësore, personeli mjekësor dhe ai teknik ndihmës, etj... Vetëm kështu do të kemi një shfrytëzim korrekt të IA dhe do të bëhet e mundur maksimalizimi i përfitimeve dhe minimizimi i gabimeve dhe rreziqeve prej saj. Kështu edhe marrëdhëniet mjek - pacient nuk dëmtohen. Besimi forcohet kur përdorimi i IA është transparent, i sigurt dhe kursen kohë për ndërveprim njerëzor.



Informacion

MBLEDHJA E KËSHILLIT KOMBËTAR

14.11.2025

Më datë 14 Nëntor 2025 u zhvillua mbledhja e radhës e Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë (UMSH). Mbledhja u zhvillua sipas rendit të ditës si më poshtë:

1. Prezantimi i Platformës “Për një mjekësi me dinjitet dhe besim të rikthyer”

Dr. Dritan Trepça, President i UMSH-së, prezantoi platformën e re strategjike që synon forcimin e rolit të mjekut dhe rritjen e besimit të publikut tek sistemi shëndetësor. Platforma përfshin masa për rritjen e transparencës, përmirësimin e standardeve profesionale dhe avancimin e politikave në mbrojtje të figurës së mjekut. U theksua rëndësia e zbatimit i disa prej komponentëve kryesorë të saj.

2. Diskutim dhe miratim i disa ndryshimeve ligjore në Statutin e UMSH-së

Sekretari i Përgjithshëm, Kontilia Rapo paraqiti propozimet mbi përshtatjen e Statutit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë me ndryshimet ligjore të miratuara me Aktin Normativ nr. 2, datë 01.08.2024 dhe VKM nr. 85, datë 05.02.2025. Pas diskutimeve, Këshilli Kombëtar miratoi paketën e ndryshimeve.

3. Diskutim dhe miratim i Rregullores së Ruajtjes së Dokumentacionit dhe Arkivit të UMSH-së

U prezantua projekt-rregullorja e re për menaxhimin, arkivimin dhe ruajtjen e dokumentacionit zyrtar të UMSH-së, nga Kontilia Rapo dhe Sidorela Memolla. Dokumenti përcakton procedurat standarde të ruajtjes, afatet, formatet dhe përgjegjësitë institucionale për garantimin e integritetit të dokumenteve. Rregullorja u miratua me shumicë votash.

4. Miratimi për kontraktimin e një auditit të jashtëm financiar

Këshilli Kombëtar diskutoi nevojën për një audit të jashtëm të financave të UMSH-së, me qëllim rritjen e transparencës, përmirësimin e menaxhimit financiar dhe forcimin e besueshmërisë institucionale. U vendos të nisë procedura e kontraktimit të një subjekti të licencuar për kryerjen e auditit vjetor.

5. Të ndryshme

Në pikën e fundit të rendit të ditës u trajtuan çështje organizative dhe propozime nga anëtarët e Këshillit për përmirësimin e aktivitetit të UMSH-së. U lanë detyra të përcaktuara për mbledhjen e radhës.

Në fund të mbledhjes, Presidenti falenderoi të gjithë pjesëmarrësit dhe theksoi rëndësinë e vazhdimin të punës së përbashkët për ngritjen e standardeve profesionale dhe institucionale të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.



EVOLUCIONI I MISIIONIT TË MJEKUT

Prof. Francesco RULLI

Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”, Tiranë

Summary

My aim is to verify what can actually happen during the professional life of a doctor (particularly a surgeon, which I am and know better about), how the crisis of vocation can arise, why and when, and what instruments we may use to counteract and possibly overcome it.

When I was a resident in general surgery, an old anesthesiologist suggested that I keep a strong “flywheel” (i.e. a strong vocation) to face the difficult times as a surgeon. He meant the moments of discouragement, physical and intellectual fatigue. What I would add is the loneliness that can occur. I will describe some of the causes of the crisis and exhaustion of a medical vocatoin. I will examine only a few of the numerous acuses in detail, using personal knowledge gained from discussing with colleagues, reading medical articles, and my life experience as a long-time profesional surgeon.

Misioni i mjekut si “Rrotë inercie” apo “Motor i brendshëm”

Gjatë periudhës sime si mjek i ri në specializim kirurgjik, shpesh kryeja shërbime spitalore 24-orëshe, të pasuara ndonjëherë nga turne në dhomën e urgjencës. Ky ritëm ishte jashtëzakonisht i vështirë dhe shpesh reflektoja mbi këshillën e mençur të një anesteziisti të moshuar, i cili theksonte domosdoshmërinë e një “rrote inercie” të fuqishme për të kapërcyer vështirësitë konkrete të profesionit, përfshirë lodhjen e pashmangshme.

Në interpretimin tim, kjo “rrotë inercie” përfaqëson misionin e mjekut, thirrjen profesionale në kuptimin më të gjerë. Duffy dhe Dik e konceptojnë misionin si një “thirrje përtej vetes” për t’iu qasur një roli të caktuar jetësor në një mënyrë të orientuar drejt demonstrimit ose nxjerrjes së një ndjenje qëllimi dhe kuptimshmërie, duke vendosur vlerat dhe objektivat e orientuara drejt të tjerëve si burime primare të motivimit.

Ky përkufizim ofron një elaborim më të artikuluar të konceptit të thjeshtë të “rrotës së inercisë”, i cili ka qenë vendimtar në jetën time për të përballuar momente të vështira. Ndjem thellësisht mirënjohës për këshillën e anesteziistit të moshuar, e cila ka shërbyer si mbështetje e vyer në rrugëtimin tim profesional.

Mjedisi Profesional: Humbja e Dashurisë Altruiste për Misionin e Mjekut

Zakonisht, ne e zgjedhim mjedisin tonë ashtu siç zgjedhim një mentor apo një mjeshtër. Më pëlqen të them se ne zgjedhim më shumë sesa zgjidhemi. Mjedisi kulturor zakonisht tërheq mjekun e ri ose studiuesin. Në fillim, ashtu si në një marrëdhënie njerëzore dashurie, gjithçka

I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

duket e bukur. Kolegët më të moshuar janë interesantë, ndërsa më të rinjtë janë tërheqës dhe të afërt. Fillojmë ta lidhim jetën private me rutinën e përditshme të punës. Formohen solidaritete të shumta. Shkuarja në punë çdo mëngjes bëhet një përvojë e këndshme, dhe ndonjëherë, kur jemi të lirë, na mungon ky mjedis i rehatshëm i përditshëm.

Megjithatë, vjen një kohë kur, për arsye të ndryshme, ndiejmë se mjedisi ka ndryshuar. Ndoshta jemi ne që kemi ndryshuar, por perceptimi është se diçka ka ndodhur. Kjo mund të ndodhë kur një koleg transferohet jashtë vendit, kur kemi një drejtues të ri, ose kur një anëtar i ri i bashkohet stafit. Ndjejmë se bashkëpunimi, entuziazmi dhe kolegialiteti kanë marrë fund ose janë ndryshuar ndjeshëm. Marrëdhëniet nuk janë më të njëjtat, dhe duket sikur e ashtuquajtura “agape” në greqishten antike ka humbur apo thelbi i dashurisë pa kushte, hyjnore, altruiste është zhdukur. Këto momente mund të dobësojnë thirrjen tonë profesionale apo misionin e mjekut.

Ngarkesa në Punë dhe Frustrimi, Stresi

Ngarkesa është ndoshta një nga faktorët më të rëndësishëm që tërheq vëmendjen ndaj misionit të mjekut. Ajo lidhet me përpjekjen që një individ i vetëm duhet të bëjë për të përmbushur detyrat e tij brenda një organizate shëndetësore. Kjo përpjekje shpesh nënvlerësohet, duke çuar në frustrim, pakënaqësi të thellë, zhgënjim...

Ngarkesa mund të zgjidhet përmes një organizimi më të mirë të punës klinike dhe kërkimore. Në të kaluarën, dhe ende sot në vendet më pak të zhvilluara, shumica e strukturave shëndetësore si qendrat mjekësore, spitalet dhe spitalet universitare kanë një strukturë organizative “vertikale” (me hierarki të theksuar). Struktura vertikale ka role të përcaktuara qartë me përgjegjësi specifike për secilin individ, duke reduktuar nivelin e autonomisë së punonjësve. Struktura horizontale sjell më pak kufizime, shpesh duke u ofruar punonjësve mundësi të barabarta. Organizatat horizontale lënë hapësirën dhe pavarësinë e nevojshme për mjekun individual, duke shmangur përpjekjet e panevojshme që burojnë nga një model hierarkik i caktuar.

Një strukturë organizative horizontale, e njohur edhe si strukturë e sheshtë, ka më pak shtresa hierarkike vertikale krahasuar me strukturat e tjera organizative. Sipas Org Chart, një strukturë horizontale zakonisht ka vetëm dy ose tre hallka komanduese. Për shembull, një kompani horizontale mund të ketë pronarin e biznesit në krye të hierarkisë, të ndjekur nga një shtresë menaxherësh ose drejtuesish ekipesh, dhe pjesa tjetër e kompanisë në të njëjtin nivel hierarkik. Ndryshe nga strukturat vertikale ose matricore, të cilat mund të kenë disa shtresa menaxhimi të ndërmjetëm, një strukturë horizontale ka maksimumi një. Ky model është i përhapur në kompani të vogla, por mund të funksionojë edhe në organizata të mëdha që synojnë t’u japin më shumë kontroll anëtarëve të ekipeve.

Organizimi Horizontal në Vendet Perëndimore

Në vendet perëndimore, ky model organizimi horizontal u jep profesionistëve autonomi dhe rrit respektin ndaj vetes, cilësi të nevojshme për t’u njohur si udhëheqës në një ose më shumë sektorë. Një shembull i qartë i këtij modeli është organizimi i Departamentit të Kirurgjisë në Spitalin Saint Luc të Universitetit Katolik të Louvain. Drejtori thjesht koordinon njësitë e veçanta kirurgjikale (Transplante, Kolorektal, Endokrin, Torakal), ndërsa çdo shef i një njësie merr pjesë në punën dhe programet kërkimore të njësisë së tjetra.



Kështu, ata janë njëkohësisht udhëheqës dhe anëtarë aktivë të një programi të caktuar në detyrat e tyre të përditshme. Ky sistem nxit pozitivitetin në vetëvlerësim dhe përmirëson marrëdhëniet në të gjithë departamentin. Reduktimi i kufizimeve hierarkike mund të ulë ndjeshëm ngarkesën dhe frustrimin profesional.

Sindroma e Djegies Profesionale (Burnout), Etiologjia dhe Tiparet Klinike

Djegia profesionale (burnout) mund të përkufizohet si një gjendje e lodhjes ekstreme emocionale, fizike dhe mendore e shkaktuar nga stresi i zgjatur dhe i tepruar. Ajo përjetohet shpesh nga individë që punojnë në mjedise me stres të lartë ose që mbajnë role kërkuese që kërkojnë shumë kohë dhe energji, si mjekët dhe infermierët (p.sh.: gjatë pandemisë COVID-19). Burnout mund të jetë një nga shkaqet kryesore të uljes së fuqisë së thirrjes apo misionit profesional. Ky sindrom është i njohur dhe i përfshirë në përditësimin e 11-të të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (ICD). Që nga fillimi i mijëvjeçarit janë botuar një numër i konsiderueshëm studimesh mbi burnout-in tek mjekët. Etiologjia e sindromës është multifaktoriale, por është me interes fakti se ajo ndikohet kryesisht nga përparimi i shpejtë teknologjik në mjekësi, siç është futja e teknikave laparoskopike në kirurgji.

Kirurgjia në të gjitha disiplinat ka përjetuar një revolucion gjatë tre dekadave të fundit, teksa teknikat kirurgjikale janë rafinuar, të nxitura nga rezultatet e orientuara drejt pacientit, konkurrenca për pacientë dhe teknologjitë e reja. Një shembull i qasjeve të nxitura për pacientët është vendosja e kolecistektomisë laparoskopike si qasje standarde. Më pas, me ritme të shpejta, edhe qasje të tjera kirurgjikale laparoskopike u bënë standardi i artë brenda pak vitesh. Shumë kirurgë të gjeneratës së kaluar u përballën me trajnimin e detyrueshëm, por të domosdoshëm, i cili kërkonte ndryshimin e sjelljeve dhe teknikave tradicionale, tashmë të vjetruara. Kjo shkëputje nga përvoja profesionale e jetuar ishte një nga shkaqet e burnout-it dhe, në disa raste, të një zhgënjimi të fortë. Disa madje e braktisën profesionin për të kapërcyer gjendjet e vështira dhe të pakëndshme.

Roli i Teknologjisë dhe Rezistenca ndaj Burnout-it

Fatmirësisht, rritja e rolit të teknologjisë në kujdesin shëndetësor po ndihmon gjeneratat e reja të mjekëve të bëhen më rezistentë ndaj burnout-it. Ndërsa gjeneratat më të vjetra kanë hasur vështirësi në integrimin e teknologjisë në rrjedhat e tyre klinike, “të lindurit me prirje dixhitale” mbështeten tek teknologjia për t’i ndihmuar gjatë gjithë ditës. Kjo mbështetje e shëndetshme tek teknologjia i bën ata më efikasë në punën klinike, duke u lënë më shumë kohë për familjen dhe miqtë jashtë punës. Në fund të fundit, këto efekte përmirësojnë rezistencën dhe mirëqenien e mjekëve të gjeneratave Millennial dhe Gen Z. Për më tepër, aftësia e tyre për të ecur në hap me ritmin e shpejtë të ndryshimeve teknologjike do të mundësojë përmirësime më të shpejta dhe përsëritëse në mjedisin klinik, veçanërisht kur ata ngrihen në pozita vendimmarrëse brenda sistemit shëndetësor.

Megjithatë, me ritmin e shpejtë të integritit të teknologjisë, gjeneratat më të vjetra të mjekëve, të cilët përshtaten më ngadalë, mund të jenë në rrezik për burnout të shtuar. Fatmirësisht, të dhënat tregojnë se, ndonëse “emigrantët dixhitalë” (pra Baby Boomers dhe Gen X) nuk ndihen aq komodë me teknologjinë, shumë prej tyre mund të përshtaten relativisht shpejt me teknologjitë e reja përmes përdorimit të mjaftueshëm dhe trajnimit. Duke qenë se sistemet shëndetësore mund të zbatojnë vetëm një version të caktuar të çdo produkti, është gjithnjë e më e rëndësishme që drejtuesit të vlerësojnë ndikimin e përgjithshëm të një teknologjie mbi mirëqenien e mjekëve të



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

tyre. Ndërsa nativët dixhitalë gradualisht do të përbëjnë një pjesë më të madhe të fuqisë punëtore në shëndetësi, zëri i tyre do të bëhet më i fortë, dhe punëdhënësit do të duhet të përshtaten me rrjedhat e tyre dixhitale dhe preferencat. Politikat dhe rregulloret gjithashtu do të duhet të ecin në hap me këtë ritëm të ri ndryshimi.

Përgatitja për Ndryshimet Gjeneracionale në Fuqinë Punëtore Shëndetësore

Për t'u përgatitur për ndryshimet e brezave në fuqinë punëtore të kujdesit shëndetësor, sistemet shëndetësore duhet të përqendrohen tek teknologjia në çdo aspekt të përvojës shëndetësore, nga rrjedhat klinike të punës deri tek angazhimi i ofruesve dhe përvojat e pacientëve. Me ndryshimin e demografisë së pacientëve dhe klinikistëve drejt “nativëve dixhitalë”, sistemet shëndetësore do të duhet të përshtaten me nevojat dhe preferencat e tyre. Kjo nënkupton përdorimin e teknologjisë për të mundësuar akses më të përshtatshëm në kujdesin shëndetësor për pacientët dhe kushte më fleksibile pune për klinikistët, si puna nga shtëpia dhe jashtë orarit tradicional të zyrës. Rrjedhat klinike të punës do të duhet gjithashtu të përshtaten për të reflektuar proceset kognitive të nativëve dixhitalë, duke përdorur kutitë e kërkimit dhe ndërfaqet e përdoruesit që modelojnë mënyrën se si ata përpunojnë informacionin. Kultura e mjekësisë do të duhet të bëhet më pak hierarkike, duke lejuar gjeneratat e reja të përfshihen në procesin vendimmarrës dhe duke siguruar që sistemet shëndetësore të jenë të përgatitura për ritmin e teknologjisë dhe ndikimin e saj në praktikën mjekësore.

Gjeneratat e reja do ta mirëpresin teknologjinë dhe ndryshimin e vazhdueshëm që ajo sjell. Ata do të ndihmojnë sistemin tonë shëndetësor të bëhet më adaptiv, më efikas dhe më fleksibël. Ndërsa profesioni ynë përballlet me një epidemi në rritje të burnout-it, nativët dixhitalë do të na ndihmojnë të përdorim teknologjinë për të ndërtuar një vend pune dhe një kulturë më rezistente.

Vetmia

Historia e dështimit të kirurgut është mjaft ilustruese për vetminë që përjetojnë mjekët. Pas një dite të vështirë, e cila përfshinte humbjen e një pacienti në tryezën e operacionit dhe diskutime me kolegë e të afërm, ai u kthye në shtëpi për të gjetur se askush nga familjarët nuk i kushtonte vëmendje. Bashkëshortja ishte në telefon dhe djemtë po shikonin televizor. Vetëm qeni i tij, Mikey, e priti dhe i solli gëzim.

Vetmia mund të dëmtojë misionin e një mjeku, pra ta dobësojë atë. Kam vërejtur se vetmia është një problem i përhapur që prek njerëz të të gjitha moshave dhe shtresave shoqërore, përfshirë edhe mjekët. Kjo është e vërtetë si në zonat urbane, ashtu edhe në ato rurale, dhe kudo ndërmjet tyre.

Si dikush që është trajnuar dhe ka punuar si mjek, kam vënë re gjithashtu se marrim shumë pak udhëzime mbi mënyrën se si të qasemi ndaj mirëqenies emocionale, e cila është thelbësore gjatë jetës sonë profesionale. Ne rrallëherë i kontrollojmë pacientët për vetmi, dhe shumë klinikistë nuk janë të vetëdijshëm për lidhjen e fortë mes vetmisë dhe problemeve shëndetësore që përpiqemi të trajtojmë, shpesh me barna dhe procedura.

Zhvendosja apo Transformimi Nihilist

Nihilizmi mjekësor sugjeron se kërkimi shkencor në mjekësi duhet të modifikohet, praktika klinike duhet të jetë më pak agresive në qasjet terapeutike, dhe standardet rregullatore duhet të përforcohen.



Nihilizmi në mjekësi është një problem i njohur, veçanërisht për pacientët e moshuar dhe ata me sëmundje onkologjike të avancuara. Nga ana tjetër, diskriminimi përmes stereotipeve negative dhe paragjyqimeve rrezikon shëndetin fizik dhe mendor të pacientëve të moshuar.

Përvoja dhe mjekësia e bazuar në evidencë theksojnë rëndësinë e perceptimit të vetë pacientit, duke nënvizuar se në menaxhimin mjekësor duhet të tentohet çdo qasje, për sa kohë që pacienti ka një vullnet të fortë për të jetuar, pavarësisht moshës. Është e mirëpërcaktuar se diskriminimi ndaj pacientëve mbi bazën e moshës “ka një ndikim negativ në shëndetin, mirëqenien dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor që ata marrin.”

“Deliri i Egos”

Këtë nën-titull e kam vendosur në kllapa, pasi ky sindrom është përcaktuar prej meje. Kjo zhvendosje e misionit zakonisht ndodh në fund të jetës sonë profesionale. Ai mund të përmblihet duke menduar për mjekun e përgjithshëm të moshuar, i cili ka një ndjenjë kaq të fortë përgjegjësie ndaj pacientëve të tij dhe ka kaq pak interesa të tjera, sa vazhdon të praktikojë pavarësisht paaftësive fizike që i turpërojnë kolegët dhe i detyrojnë pacientët më të kujdesshëm të largohen nga mjeku i dashur kur shfaqen probleme që ai nuk mund t’i trajtojë.

Ekziston gjithashtu kirurgu i moshuar i hidhëruar, i cili ngul këmbë të vazhdojë të operojë “po aq mirë sa gjithmonë”, edhe pse të gjithë mund të shohin dridhjen e tij në rritje, dhe pak pacientë i referohen. Ose shefi i famshëm dhe energjik i një institucioni të rëndësishëm, i cili papritur hiqet nga pozita e autoritetit për shkak të daljes së detyruar në pension.

Ka qenë dramatike, në përvojën time personale, të asistoj mentorin tim duke operuar pavarësisht se ishte bartës i një tumori me metastaza cerebrale. Sjellje të tilla janë më shumë se të zakonshme në shumë vende, ku organizimi i punës përjashton në mënyrë të menjëhershme mjekët e moshuar, të cilët mund të punësoheshin bazuar në përvojën e tyre shkencore dhe klinike.

Të gjitha këto kushte, dhe të tjera, mund të ndikojnë në misionin tonë me kalimin e kohës.

Trajtimi i Humbjes së Misionit

“Rrota e inercisë” apo “motori i brendshëm” mund të shterojë, zakonisht ngadalë, dhe jo gjithmonë jemi të vetëdijshëm për këtë, pasi etiologjia mund të jetë multifaktoriale. Me rëndësi të veçantë është trajtimi i rrjedhjeve të misionit. Pikat e pakënaqësisë mund të lidhen me shpërblimin e pamjaftueshëm dhe faktin që puna pushton kohën tonë personale. Si rutinë, ekziston nevoja që organizatat të shqyrtojnë ndikimin e strukturave, politikave dhe procedurave të tyre mbi stresin dhe cilësinë e jetës së mjekëve.

Do të doja të propozoja një terapi të vetme, por në fakt nevojiten disa qasje. Kur e diskutoj këtë çështje me studentët e mi, më pëlqen t’u sugjeroj të shkojnë në bibliotekën e spitalit dhe të kalojnë sa më shumë kohë atje, pavarësisht sa i vështirë është momenti. Por kjo është ajo që unë kam nevojë, dhe jo gjithmonë është e mjaftueshme. Familja mund të ndihmojë, por vetmia jonë si mjekë e bën situatën të vështirë, siç kemi parë më herët.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Reputacioni i institucionit tonë (spital dhe/ose universitet) ka një vlerë të madhe për të mos humbur besimin tek misioni me kalimin e kohës. Për reputacionin e spitalit ose të shkollës mjekësore është shkruar shumë. Nevojiten përpjekje dhe kohë për ta ndërtuar, ndërsa vetëm pak minuta për ta shkatërruar. Të punosh në një institucion me reputacion të mirë është një aset i madh për ta mbajtur misionin gjallë. Madje do të thoja se pjesëmarrja në ndërtimin e reputacionit të mirë të institucionit të dikujt është një ndihmë e vlefshme për ta ruajtur misionin gjallë.

Trajtimi i Humbjes së Misionit: “Në Vullnetin e Zotit”

Dua të ndalem pak mbi mënyrën e të thënit “në vullnetin e Zotit.” Jetoj në Itali, pra në një vend perëndimor. Mirëpo, duke udhëtuar në Ballkan për arsye pune dhe në Lindjen e Mesme për interesa kulturore, gjithmonë dëgjoj shprehjen “me vullnetin e Zotit” ose “Inshallah,” që është e njëjta gjë. Më lind pyetja pse në vendet tona perëndimore nuk e përdorim më këtë frazë të thjeshtë. Një mik i afërt nga Libani, kur e pyeta për mendimin e tij, më tha: “ne kemi Zotin.” Ai nuk tha asgjë për “Zotin e humbur” tonë.

E sjell këtë synim bazë vetëm për një bindje laike, sepse misioni është një koncept jo material që jeton me ne derisa të mos e humbasim. Më duket se argumentet tona të ndërlikuara dhe të artikuluar mbi misionin janë shumë më të thjeshta sesa mendojmë. Ne e kemi të nevojshme ditë pas dite për të kapërcyer dobësitë tona dhe për të konfirmuar besimin tonë tek njeriu dhe tek jeta. Në këtë kuptim, thirrja ime ndaj “vullnetit të Zotit” na rikujton verbërinë tonë përballë kësaj dëshire të madhe dhe të paqartë për ta bërë jetën më të mirë.



KONFERENCA KARDIOLOGJIKE E VJESHTËS

Pogradec

Në fillim të Nëntorit u mbajt në Pogradec Konferenca e Vjeshtës e Kardiologjisë, e quajtur kështu sepse ekziston dhe Konferenca e Pranverës, që dallohen nga konferencat e rregullta që zhvillon Shoqata e Kardiologjisë Shqiptare, por në to ftohen edhe bashkëkombës nga Kosova, Maqedonia e Veriut dhe Mali i Zi.

Dy konferencat e përmendura më sipër kanë veçanti pasi zhvillohen në mënyrë të përbashkët, me drejtim dhe pjesëmarrje të lektorëve nga një vend i përbashkët – Shqipëria, por e ndarë në dy ose katër pjesë.

Kryetari i Shoqatës së Kardiologjisë Shqiptare, Prof. Mihal Tase, duke njohur aftësitë profesionale dhe organizative të Prof. Mimoza Lezhës i kishte besuar organizimin dhe realizimin e objektivave që kërkojnë aktivitete të tilla. Një ndihmë të çmuar në këtë bashkëpunim jep edhe kardiologjia nga Kosova, përmes Prof. Gani Bajraktarit, i cili sjell dije dhe përvojë të gjerë për ngjarje të tilla.

Tematika ishte e gjithanshme, me përfundime të vlefshme nga lektorë të ndryshëm dhe me përvoja nga fusha të ndryshme.

Konferenca u zhvillua në dy seanca

Seanca e parë

Drejtues të seancës së parë ishin Prof. Mimoza Lezha, Prof. Mihal Tase dhe Prof. Gani Bajraktari, të cilët më pas morën pjesë edhe si lektorë me njohuri shkencore të admirueshme.

Temat e prezantuara ishin:

- Nxehtësia ekstreme dhe ndikimi në sistemin kardiovaskular.
- Arteria e heshtur – rrezik për aterosklerozë apo udhërrëfyes për dislipidemitë sipas ESC 2025; Dr. Naltin Shuka;
- Deficiti i hekurit në insuficiencën kardiake – nevoja për korrigjim me marrjen e hekurit; Prof. Pranvera Ibrahim;
- Trajtimi i fibrilacionit atrial me ndërhyrje; Dr. Ormir Shurdha;
- Sëmundjet e zemrës; Prof. Majlinda Cafka

Temat ishin shumë interesante dhe u pasuan me diskutime të shumta, dhe u vlerësuan për larmishmërinë dhe prezantimin e rasteve klinike



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Seanca e dytë

Seanca e dytë u drejtua nga Prof. Shpend Elezi (nga Kosova) dhe Dr. Naltin Shuka, Dr. Tefta nga Italia.

Temat e prezantuara ishin:

- Një rast të ndërhyrjes në kardiomiopatinë e dilatuar, e cila u përmirësua ndjeshëm pas heqjes së një cisti me kirurgji, duke forcuar funksionin e zemrës; Dr. Endri Horja
- Ndërlikimet e procedurave koronare me SAK; Prof. Mimoza Lezha dhe grupi i saj
- Ekografia e zbrazët për zhvillimin e rrugëve aksesore simptomatike”, që përfshinte edhe sindromën Brugada të zbuluar pas përdorimit të barit Propafenon; Dr. Ormir Shurdha dhe kolegët

Diskutimet nga të pranishmit i dhanë gjallëri konferencës dhe kontribuan ndjeshëm në shtimin e dijeve, gjithmonë në funksion të përmirësimit të shërbimit ndaj pacientëve me sëmundje kardiale.

Duhet përmendur edhe mbështetja e kompanive farmaceutike që veprojnë në të dy anët e ndarjes shqiptare, të cilat kontribuojnë me përkushtim në zhvillimin e shëndetësisë.

Ishte një aktivitet i frytshëm, i pasur në përmbajtje dhe me vlerë të madhe për zhvillimin profesional të kardiologëve shqiptarë.

Shpresojmë për një të ardhme më të mirë, me bashkëpunim të vazhdueshëm, dije të përbashkëta dhe përparim të qëndrueshëm në fushën e shëndetësisë.

Dr. Leonidha PEPP

Kardiolog



TAKIMI ZEVA 2025**5-6 Shtator****Shkup - Republika e Maqedonisë së Veriut****Dr. Fatmir BRAHIMAJ****Zv. President**

Këtë shtator i takoi Odës së Mjekëve të Republikës së Maqedonisë së Veriut të ftojë takimin e 32-të Zevës (Simpoziumi i dhomave, shoqatave dhe urdhrave të mjekeve nga vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore). Takimi u zhvillua nga data 5-6 Shtator me pjesëmarrjen e shumicës së vendeve anëtare. Në takim mungonin vetëm Kosova, Bullgaria, Bosnje-Hercegovina dhe Slovenia. UMSH-ja u përfaqësua nga Dr. D. Trepça dhe Dr. F. Brahimaj. Pas pritjes së ofruar nga “Dhoma e Mjekëve e Republikës së Maqedonisë së Veriut” veprimtaria filloi me seancën hapëse, ku të pranishmit u përshëndetën nga Ministri i Shëndetësisë së Republikës së Maqedonisë së Veriut Dr. A. Aliu si dhe Presidentja e Dhomës Maqedonase Prof. K. Stardelova. Më tej në seancat vijuese të gjitha delegacionet e pranishme (sipas rendit alfabetik) paraqitën raportet kombëtare për 4 çështjet e paracaktuara bashkarisht më parë.

Çështja e parë ishte përdorimi i Inteligjencës Artificiale në mjekësi

Nga raportimet rezultoi se në vendet pjesëmarrëse kishte përdorim të ndryshëm të AI (diku më pak e diku më shumë), por të gjithë theksuan se përdorimi i saj së pari duhet të bazohet në një Ligj të veçantë për të, në rekomandime të qarta etike dhe deontologjike si dhe në rregullore specifike të hartuar nga institucionet shëndetësore që e përdornin atë. Me AI nuk duhet të spekullohet. Duhet thënë qartë se është një mjet që do të ndihmojë vendimarrjen por nuk mund të zëvendësojë gjykimin dhe ekspertizën klinike të mjekut. Personeli shëndetësor luan rol thelbësor në dizenjimin, mbikqyrjen dhe përdorimin e AI. Duhet transparencë dhe konsensus nga i sëmuri për përdorimin e saj. Është shumë e rëndësishme të mendohet dhe punohet fort për mbrojtjen dhe sigurinë e pacientit por edhe mbrojtjen e mjekut nga gabimet që mund të bëhen nga AI. Nuk duhet të harrojmë se mjeku merr vendimin përfundimtar dhe menaxhimi i pacientit mbetet gjithmonë përgjegjësi e tij.

Çështja e dytë ishte: Brezi i ri në organizatat tona

Nga të dhënat e paraqitura rezultoi se brezi i ri ka një pjesëmarrje të ulët në strukturat e zgjedhura të organizatave. Kjo për faktin se në to duhen elemente me përvojë dhe profesionalitet të lartë. Por të gjithë shprehën nevojën e aktivizimit më të madh të brezit të ri. Duhet që të punohet që të ketë më interes për pjesëmarrje nga ata. Brezi i ri të ndihmohet për tu kualifikuar më lehtë. Të

I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

ndihmohet kudo ku të jetë e mundur. Të shtohet mundësia edhe e bonuseve për ta. Duke u tërhequr më shumë në aktivitetet dhe në strukturat tona do të mundësohet më shumë transmetimi i përvojës si dhe ruajtja e traditës në organizatat tona.

Çështja e tretë që u diskutua ishte përfshirja e strukturave tona në planifikimin e personelit mjekësor

Këtu kishte diferenca të shumta për shkak edhe të dallimeve ligjore mbi funksionimin e dhomave të mjekëve nga një vend në tjetrin. U theksua se direkt apo indirekt duhet që të merremi fort me këtë problem, pasi pakësimi i personelit shëndetësor (sidomos pas emigrimit të shprehur të mjekëve në vendet e rajonit) e ka bërë më të mprehtë këtë problem. Nuk mund të kemi respektimin e standardeve profesionale dhe praktikës së mirë mjekësore pa patur personel të mjaftueshëm. Pa cilësi të duhur të kujdesit mjekësor nuk ka edhe siguri për pacientët.

Çështja e fundit e diskutuar ishte ishte përfshirja e organizatave tona në njohjen e diplomave të mjekëve të huaj që vinë për të punuar në vendet tona

Edhe për këtë kishte diferenca të shumta nga njëri vend në tjetrin. Dihet që tek ne kjo bëhet nga një drejtori e veçantë në Ministrinë e Arsimit.

Në mbyllje Prof. K. Stardelova bëri konkluzionet e takimit. Po ashtu u miratua edhe kërkesa e Austrisë për të ftuar takimin e ardhshëm në Vienë.

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

**25-26 Shtator 2025
Rodos, Greqi**

**Dr. Fatmir BRAHIMAJ
Zv. President**

Takimi Plenar i vjeshtës, për CEOM, u ftua nga Shoqata Mjekësore Panhelenike. Me pjesëmarrjen e pothuajse gjithë vendeve anëtare; kjo veprimtari u zhvillua në datat 25-26 Shtator në ishullin grek të Rodos-it. UMSH u përfaqësua nga një delegacion i kryesuar nga Dr. D. Trepça, President i UMSH. Pas mbledhjes së bordit dhe pritjes së dhënë nga Shoqata Mjekësore Panhelenike (në mesditën e dt. 25 Shtator) dita e dytë ju dedikua Takimit Plenar. Në seancën e hapjes u dëgjuan: fjala e mirëseardhjes nga Presidenti i Shoqatës Mjekësore Panhelenike Dr. Athanasios Exadaktylos, përshendetje nga Dr. J. Santos President i CEOM, Ministri i Shëndetësisë i Greqisë Z. A. Georgiadis, si dhe Kryebashkiaku i Rodos-it Z. A. Koliadis. Më tej Dr. R. Kerzmann, Zv. President i CEOM bëri apelin e delegacioneve pjesëmarrëse, të pasuar nga aprovimi i agendës së ditës si dhe minutave të Takimit Plenar të Pranverës të zhvilluar në Durrës.



U vazhdua me një prezantim interesant të titulluar: “Vështirësi në mbulimin me kujdes shëndetësor në ishujt e Greqisë nga Dr. K. Kocopoulos, Zv. President i CEOM dhe Zv. President i Shoqatës Mjekësore Panhelenike.

Në 2 seancat pasuese u diskutuan rrezultatet e para nga “Observatori Evropian për dhunën ndaj mjekëve dhe personelit tjetër mjekësor.” Së pari Sekretari i Përgjithshëm i CEOM Dr. F. Katala lexoi një raport me të dhëna dhe problematika të raportuara nga disa vende si: Franca, Spanja, Portugalia, Sllovenia dhe Italia. Më tej u kalua në raportime nga secili delegacion për ndjekjen e këtij problemi nga Urdhrrat Mjekësore respektive. Nga disa vende nuk ka raportime edhe pse formulari përkatës për çdo rast dhune (fizike, morale, etj...) të çdo forme që shfaqet, i është bërë i ditur anëtarësisë nga ana e institucionve por rastet nuk raportohen nga mjekët. Kontaktet me mjekët dhe monitorimi më i mirë i problemit do të çojë në njohje e përmasave të plota të tij në çdo vend. Kordinimi i punës sonë së bashku me grupet e interesit, strukturat shtetërore si dhe elementë të tjerë të mbarë shoqërisë, do të çojë në menaxhimin e plotë të fenomenit dhe gjetjen e formave të suksesshme për trajtimin, pakësimin deri në zhdukjen e tij. Duhet tolerancë zero nga e gjithë shoqëria për të garantuar sukses të plotë dhe afatgjatë ndaj këtij fenomeni.

Në seancën pasuese u prezantuan 2 materiale me mjaft interes:- “Shëndeti si investim strategjik në Evropë” nga Dr. N. D’Autilia dhe Dr. J. Santos. Idea kryesore e prezantimit ishte se duhet të ndryshojë paradigma dhe mënyra se si mendojmë rreth kujdesit shëndetësor. Nuk duhet parë si një kosto dhe barrë e madhe në buxhet por si një investim, veçanërisht ndaj veprimtarive që lidhen me pakësimin e impaktit të nevojave të shëndetit në të ardhmen duke ju paraprirë atyre.

Për të aritur këtë objektiv është e nevojshme të rishikohen shpenzimet për kujdesin shëndetësor për tu siguruar se ai është i mbrojtur nga masa që ulin kostot në nivel Evropian por që komprometojnë cilësinë e kujdesit të ofruar dhe qëndrueshmërinë e sistemeve shëndetësore.

Materiali i dytë ishte një deklaratë e propozuar nga Presidenti i Urdhrit të Mjekëve Portugezë, e cila pasi u diskutua, u aprovua e modifikuar: Deklarata e CEOM për Çështje Etike dhe Deontologjike në kohë konflikti (po e botojmë të plotë pas këtij shkrimi).

Pas pushimit seanca e radhës ju kushtua përshëndetjeve nga organizmat homologe ndërkombëtare si: WMA, CPME, EJD, AEMH, etj...

Në seancën pasuese u prezantua nga Dr. R. Parsa Parsi “Rishikimi i deklaratës së Taipei dhe rëndësia e përfshirjes në dokumentet themeltare të WMA” (sygjerime që do të diskutohen në Asamblenë e Përgjithshme të WMA në vjeshtë)

Më tej u paraqitën 2 prezantime: “Ndikimi ambjental në veprimtaritë shëndetësore” nga Dr. G. Marinon si dhe “Terapitë digitale midis etikës mjekësore dhe autonomisë personale” nga Prof. F. Alberti (Itali).

Si çështje e fundit u miratuan kërkesat për zhvillimin e takimeve të vitit 2026 (në pranverë në Slloveni dhe në vjeshtë në Kroaci) në mbyllje presidenti i CEOM Dr. J. Santos bëri konkluzionet e aktivitetit si dhe falenderoi gjithë pjesëmarrësit për kontributet dhe diskutimet e tyre dhe veçanërisht Shoqata Mjekësore Panhelenike për kushtet e krijuara për të mundësuar zhvillimin e kësaj veprimtarie.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Deklarata e CEOM ÇËSHTJET ETIKE DHE DEONTOLOGJIKE NË KOHË KONFLIKTI

Në dritën e përshkallëzimit të konflikteve të armatosura në të gjithë botën dhe ndikimit të tyre shkatërrues në jetën e njeriut, shëndetin publik dhe sistemet e kujdesit shëndetësor, Këshilli Evropian i Urdhrave Mjekësorë (CEOM) riafirmon fuqimisht se paqja nuk është thjesht një aspiratë, por një përcaktues i madh i shëndetit.

Që nga origjina e saj, mjekësia është bazuar në dhembshuri, solidaritet dhe mbrojtje të dinjitetit njerëzor.

Duke pasur parasysh autoritetin moral që ata kanë dhe besimin që u është dhënë atyre nga shoqëria, mjekët kanë një detyrë etike, deontologjike dhe humanitare të *flasin hapur në mbrojtje të jetës dhe shëndetit të njeriut*.

Në frymën e unitetit Evropian, **CEOM deklaron** se:

Ligjet ndërkombëtare humanitare dhe konventat e Gjenevës duhet të respektohen, ashtu si edhe rezolutat e WMA-së mbi këtë çështje.

Sulmet ndaj civilëve, mjekëve, personelit mjekësor dhe institucioneve shëndetësore, si dhe abuzimi i institucioneve mjekësore, automjeteve dhe simboleve për qëllime ushtarake gjatë konflikteve, shkelin të drejtën ligjore humanitare.

Duhet të krijohen korridore të sigurta dhe të mbrohen plotësisht për të mundësuar ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Vazhdimësia e kujdesit thelbësor duhet të garantohet për të gjithë në të gjitha rrethanat.

Të gjithë pacientët duhet të trajtohen gjithmonë pa asnjë diskriminim, duke ndjekur parimet etike të dinjitetit, barazisë dhe drejtësisë.

Paqja duhet kërkuar pasi ajo është një përcaktues i madh universal i shëndetit.

ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E WMA-SË (WORLD MEDICAL ASSOCIATION)

08–11 Tetor 2025

Porto, Portugali

Asambleja e 76-të e Përgjithshme e Shoqatës Mjekësore Botërore (WMA) u zhvillua më 8–11 Tetor 2025 në qytetin e Portos, Portugali. Ky takim vjetor mbledhi së bashku delegatë nga 54



Shoqata Kombëtare Mjekësore, përfaqësues të institucioneve ndërkombëtare dhe ekspertë të fushave të ndryshme, duke shërbyer si forumi më i rëndësishëm global për diskutimin e çështjeve etike, profesionale dhe shëndetësore që prekin komunitetin mjekësor ndërkombëtar. Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë u përfaqësua nga Dr. Dritan Trepça, President dhe Znj. Kontilia Rapo, Sekretar i Përgjithshëm

Tema dhe drejtimit kryesore të diskutimit

Sesioni shkencor u përqendrua tek tema:

“The Impact of Artificial Intelligence on Medical Practice”

Diskutimet theksuan rolin gjithnjë e më të madh të Inteligjencës Artificiale në praktikën mjekësore, potencialin e saj për përmirësimin e diagnozës dhe vendimmarrjes klinike, si dhe sfidat etike që kërkojnë udhëzime të qarta profesionale. U theksua se AI duhet të shërbejë si teknologji mbështetëse dhe jo zëvendësuese e ekspertizës së mjekut.

Politikat dhe deklaratat e miratuara

Gjatë punimeve të Asamblesë u miratuan 21 politika të reja ose të rishikuara, së bashku me 2 dokumente qeverisëse. Disa prej dokumenteve më të rëndësishme përfshijnë:

- Deklarata mbi Inteligjencën Artificiale, që përcakton parimet etike të përdorimit të AI në mjekësi dhe thekson domosdoshmërinë e ruajtjes së rolit qendror të mjekut.
- Politika për migrimin ndërkombëtar të mjekëve, e rishikuar për të adresuar lëvizjen globale të fuqisë punëtore mjekësore në mënyrë etike dhe të qëndrueshme.
- Deklarata mbi shëndetin mendor të mjekëve, që nënvizon nevojën për politika mbështetëse dhe përmirësimin e kushteve të punës.
- Rishikimi i politikave mbi ndarjen e detyrave dhe modelin e praktikës mjekësore, me qëllim garantimin e cilësisë dhe sigurisë në reformimin e sistemit shëndetësor.
- Deklarata mbi të drejtat riprodhuese, që riafirmon të drejtën e grave dhe vajzave për akses në shërbime shëndetësore cilësore.
- Deklarata e re për demencën, që kërkon angazhim të shtuar të qeverive në hartimin e planeve kombëtare, rritjen e aksesit në diagnozë dhe përkrahjen e kujdestarëve.
- Rezoluta mbi mbrojtjen e infrastrukturës shëndetësore në Gaza, ku WMA kërkon respektimin e neutralitetit mjekësor dhe normave humanitare.

Zgjedhjet dhe drejtimi i ri i WMA-së

Në përfundim të Asamblesë u zgjodhën drejtuesit e rinj të saj:

- Presidentja e WMA-së (2025–2026): Dr. Jacqueline Kitulu (Kenia)
- President-Elect: Dr. Jung Yul Park (Koreja e Jugut)

Asambleja pranoi gjithashtu tre shoqata mjekësore si anëtarë konstituente të rinj, duke zgjeruar përfaqësimin global:

- Canadian Medical Association
- Lebanese Order of Physicians
- Medical Council of the Islamic Republic of Iran



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Në fjalimin e saj inaugures, Dr. Kitulu bëri thirrje për forcimin e solidaritetit ndërmjet mjekëve, nxitjen e mentorimit profesional dhe angazhimin për mjekësi etike, të orientuar nga pacienti.

Iniciativa të tjera të rëndësishme

Gjatë takimeve u zhvilluan diskutime të zgjeruara edhe në kuadër të Environment Caucus, ku u theksua ndikimi i ndryshimeve klimatike dhe ndotjes në shëndetin publik dhe roli i mjekëve në ndërgjegjësim dhe advokim.

Asambleja e 76-të e WMA-së në Porto shënoi një hap të rëndësishëm në zhvillimin e politikave globale të shëndetit, me theks të veçantë mbi teknologjinë, etikën, shëndetin mendor të profesionistëve dhe mbrojtjen e mjekësisë në kontekste të vështira. Vendimet e miratuara përbëjnë një bazë të rëndësishme për orientimin e sistemeve shëndetësore në vitet që vijnë dhe për forcimin e rolit të mjekëve në shoqëri.



**LËVIZSHMËRIA E MJEKËVE SHQIPTARË NË NJË MJEDIS PROFE-
SIONAL TË DEPËRTUESHËM, POR TË DALLUAR MIRË,
NJË RRJEDHË ME NJË DREJTIM**

Dr.M.Sc. Ilir AKSHIA
Spitali Universitar “Nënë Tereza” Tiranë;

Abstract

Background: Albanian doctors’ mobility towards developed countries entices questions on subsequent needs for health care workers which starts with needs assessment and finding gaps from the beginning of medical school education.

Methods: Public sources of information were consulted and data were subject to search for variables; number, age, county, sex and specialty. Sources of information; Mandatory Health Insurance Fund (MHIF), INSTAT Albania, Tirana University of Medicine, Order of Physicians of Albania (OPA), and historical documents.

Results: The Order of Physicians of Albania database includes doctors who contacted the institution at least once. The working number of doctors must exclude migrants and other statuses. The inclusion criteria for our calculations, age 25 to 68 years, 2024, produces a dataset of 6,984 doctors, female 4,402 (63.0%). INSTAT, 2022, report 1,777 doctors on the primary care services. Based on Census 2023 data the number of doctors per 1,000 inhabitants, on this age range, who contracted at least once with the Order of Physicians is 2.9 per 1,000 inhabitants. The distribution ranges from Tiranë, 5.7 to Dibër, 1.4. Berat, 1.4, Korçë, 1.4 and Kukës, 1.5. Data from the archives of Faculty of Medicine (FM) report; 301 enrolled first year students during the academic year 2017-18, (females, 223, 74.1%) and 456 and 2024-25, (females, 333, 73.0%), $p=0.747$. Female students’ percentage by county, range; for academic year 2017-18, from Vlorë (61.1%) to Berat (90.9%), and Tiranë (73.3%), for academic year 2024-25, Gjirokastrë (60.0%) to Kukës (90.9%), and Tiranë (69.1), $p=0.03$.

Conclusions: The first recommendation is to shift the political rhetoric from stopping to retaining. This democratization must be followed practically by creating a negotiating system from the beginning of the first year of studies, offering financial benefits in change of future service time on the Albanian health care system.

Keywords: medical education, migration, doctors, gender gap, financing

Abbreviations

Tirana University of Medicine, Faculty of Medicine - FM

Order of Physicians of Albania - OPA

Mandatory Health Insurance Fund - MHIF

Hyrje

Mjekët, ata u larguan dhe ende po largohen nga Shqipëria! Nga viti 1990 deri në vitin 1999, 67% e 300 akademikëve me një doktoraturë të marrë nga universitetet perëndimore u larguan nga Shqipëria dhe në përgjithësi 40% e studiuesve dhe profesorëve emigruan. (Nuri & Tragakes, 2002, f.57) Këto të dhëna përputhen plotësisht me rritjen e vazhdueshme të pjesës së mjekëve emigrantë në vendet e zhvilluara, si shembulli i mjekëve jashtë Mbretërisë së Bashkuar, të cilët përbënin një të tretën e mjekëve të Mbretërisë së Bashkuar në fillim të pandemisë COVID-19. (Jalal et al., 2019) Analiza e burimeve të kujdesit shëndetësor në Shqipëri nuk mund të kuptohet plotësisht pa kontekstin e saj historik. Për shembull, gjatë sundimit komunist, kriteret e njohura të pranimit në shkollat mjekësore kishin disavantazhe serioze për ata që ishin të prekur politikisht dhe të përjashtuarit. (Kambo, 2005, f. 135) Kjo do të thotë që, megjithëse shteti po përpiqej seriozisht të edukonte më shumë mjekë, një pjesë e të rinjve të talentuar që do të bëheshin mjekë mbetën jashtë sistemit të kujdesit shëndetësor. Në përgjithësi, në këtë pikë shfaqet një debat midis fraksioneve, por pyetjet praktike drejtohen drejt numrit të nevojshëm të mjekëve që na nevojiten për secilin specialitet dhe kush dhe sa prej tyre emigruan. Pyetja mbi emigrimin kërkon shpjegime të mëtejshme duke krijuar një sërë pyetjesh që fillojnë me “Pse?”. Komponenti arsimor i sistemit është themelor. Mjekët e rinj janë më të prirur të largohen nga vendi për shkak të lehtësisë që u ofron mjedisi, mësojnë gjuhë të huaja, punojnë me orë të gjata dhe janë fleksibël, kanë lehtësi për t’u zhvendosur dhe për të ndryshuar. Përveç zgjedhjeve individuale, bllokimet sistemike dhe perceptimi i pacientëve për sistemin janë faktorë të tjerë që shtojnë drejt emigrimit të mjekëve të rinj. Një anketë e vitit 2018 tregon se, kur u pyetën për besimin në lidhje me sistemin e kujdesit shëndetësor, 57.4% e të anketuarve u përgjigjën në kategoritë “jo shumë” dhe “aspak”. Një tjetër karakteristikë tipike e popullsisë migratore në trend është se migrantët potencialë, 64.6% e burrave dhe 39.5% e grave, nuk janë martuar kurrë, duke treguar modele migrimi të udhëhequra nga burrat. Më vonë, gratë kanë tendencë t’u bashkohen atyre përmes martesës ose ribashkimit familjar. (Gëdeshi & King, 2018, f.42)

Përtej trendeve personale dhe kombëtare, liria e lëvizjes tenton të krijojë një faktor destabilizues në fuqinë punëtore rajonale të kujdesit shëndetësor. (Tado, 2021) Ky trend krijon nevojën për çrregullime në preferencat e punësimit, si p.sh.: punëdhënësit që preferojnë të rekrutojnë beqarë. (de Lange, 2004) Pavarësisht përpjekjeve të vazhdueshme për tu përshtatur me modelet perëndimore të arsimit, të cilët filluan në fillimin e viteve '90 me ndryshimin në programet mjekësore, nga një kalim nga 5 në 6 vite arsimim dhe depolarizimin e shkollës mjekësore, duke vazhduar sot me vlerësimin e nevojave dhe përshtatjet përkatëse, çështjet e numrit të mjekëve, raporti gjinor, shpërndarja sipas specialitetit dhe plakjes mbetet problematike. Këto nuk janë vetëm probleme lokale. Për shembull, raporti gjinor në profesion ka zhvillime interesante evolucionare. Skllëvërit dhe gratë në Athinë të shekujve V-VI para Krishtit e kishin të ndaluar të studionin mjekësi. Mjekët e parë nga këto dy grupe u panë gjatë shpërthimit romak. (O'Malley, 1970, f. 18) Ajo që ne e konsiderojmë të nënstudiuar dhe që i mungon ndërhyrja politike është periudha para diplomimit në shkollën mjekësore, që adreson problemet që ndikojnë në burimet aktuale të kujdesit shëndetësor.



Numri i mjekëve që u larguan vlerësohet nga 2,000 në 2,500 ose më shumë, me vetëm 15% që dëshirojnë të kthehen ndonjëherë në shtëpi. (Gëdeshi et al., 2024)

Metoda

Lëvizshmëria e lartë, bazat e të dhënave të dobëta, përfshirja e arsimit privat mjekësor dhe transparenca e bëjnë të vështirë arritjen e një pamje të plotë të informacionit. Ne mblodhëm të dhëna nga burimet e disponueshme duke numëruar mjekët sipas moshës, qarkut, numrit, seksit dhe të dhënave të specialitetit. Burimet e informacionit: Shëndetësia e detyrueshme, Fondi i Sigurimeve Shëndetësore, INSTAT Albania, Universiteti i Mjekësisë Tiranë, Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë, dhe dokumente historike. (Drejtorja e Mjekut të Përgjithshëm, 2021,2022) (Shqipëria në shifra, 2022, 2022) (Fakulteti i Mjekësisë, 2025, 2025) (Urdhri i Mjekut të Shqipërisë, 2024, 2025) (Kakarriqi, 2009, f. 22) Të dhënat përfaqësojnë të dhënat më të fundit të mundshëm për tu arritur. Çdo grup i të dhënave është orientuar drejt qëllimit dhe gjenerohen nga metodologji të ndryshme, gjë që nxjerr në pah çështjen e mospërputhjeve numerike, megjithëse minimale.

Rezultatet

Baza e të dhënave online e UMSH, 2024, rregjistron 7,972 mjekë që kanë kontaktuar ndonjëherë me të. Kriteret e përfshijes për llogaritjet tona, mosha 25-68 vjeç, 2024, prodhojnë një grup të dhënash prej 6,984 mjekësh, nga të cilët 4,402 femra (63.0%). Të dhënat nga Drejtorja e Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes gjatë pandemisë COVID-19 rregjistrojnë 1,562 emra. (Drejtorja e Mjekëve të Përgjithshëm, 2012, 2021) Shqipëria në shifra, INSTAT, 2022, raporton 1,777 mjekë në shërbimet e kujdesit parësor. (Shqipëria në shifra 2022, 2022)

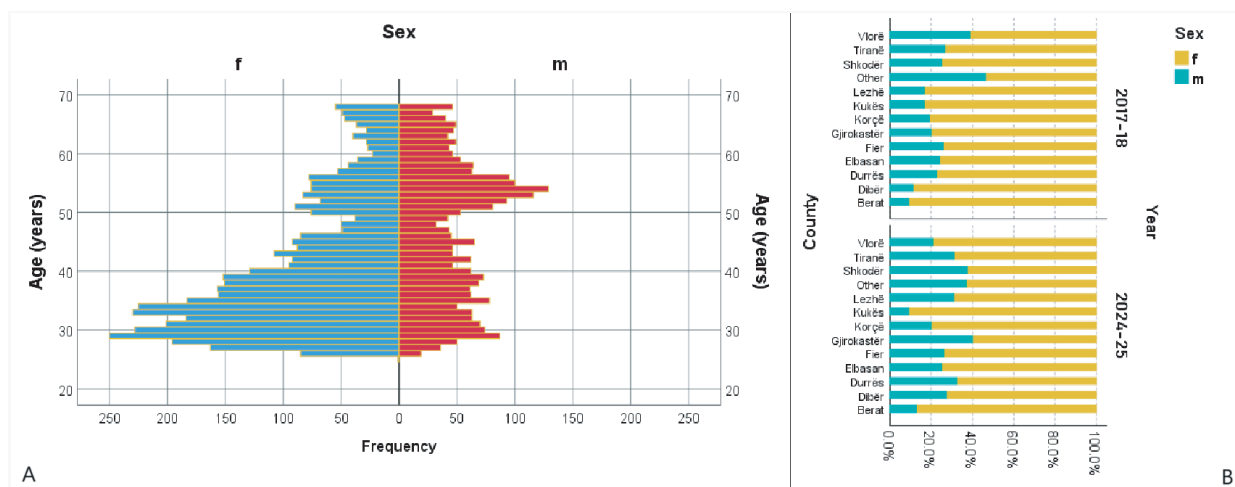
Tabela 1. Numri i mjekëve sipas qarqeve, UMSH, 2024

County	Frequency (%)	Age (years)	
		Mean ± SD	Median
Berat	198 (2.8%)	43.9 (11.6)	41.0
Dibër	102 (1.5%)	47.2 (11.7)	51.0
Durrës	477 (6.8%)	44.2 (11.8)	41.0
Elbasan	372 (5.3%)	45.6 (12.8)	43.5
Fier	402 (5.8%)	42.2 (10.8)	39.5
Gjirokastrë	179 (2.6%)	46.5 (12.7)	46.0
Korçë	241 (3.5%)	44.7 (12.5)	43.0
Kukës	96 (1.4%)	48.4 (12.5)	53.0
Lezhë	157 (2.2%)	46.9 (12.1)	50.0
Shkodër	290 (4.2%)	42.9 (12.6)	40.0
Tiranë	4343 (62.2%)	41.6 (11.3)	39.0
Vlorë	127 (1.8%)	41.9 (12.5)	38.0
Total	6984 (100%)	42.7 (11.7)	40.0

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Të dhënat nga arkivat e Fakultetit të Mjekësisë (FM) raportojnë; 301 studentë të regjistruar në vitin e parë gjatë vitit akademik 2017-2018 (femra, 223, 74.1%) dhe 456 studentë të regjistruar në vitin e parë gjatë vitit akademik 2024-2025 (femra, 333, 73.0%), $p=0.747$. Përqindja e studenteve femra sipas diapazonit të qarkut; për vitin akademik 2017-2018, Vlorë (61.1%) ndaj Beratit (90.9%) dhe Tiranës (73.3%), për vitin akademik 2024-2025, Gjirokastrë (60.0%) ndaj Kukësit (90.9%) dhe Tiranës (69.1%). [12] Ndryshimi i numrit të studentëve sipas qarkut për vitet akademike 2017-18 dhe 2024-25 është statistishtë i rëndësishëm, $p=0.03$.

Figura 1. Piramida e popullsisë UMSH (2024) * dhe raporti gjinor sipas vitit (2017 dhe 2024) te studentëve te FM**



* UMSH, të dhëna online të mjekëve të rregjistruar, moshë 25-68 vjeç, 2024. (UMSH, 2024, 2025)

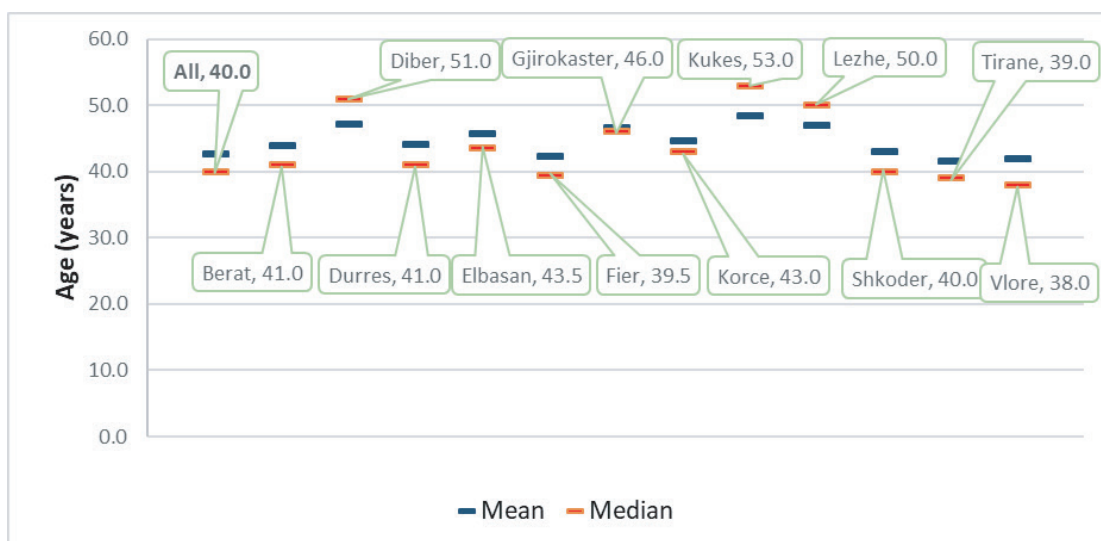
** FM, lista e studentëve të vitit të parë, vitet akademike 2017-18 dhe 2024-25. (FM, 2025, 2025)

Tabela 2. FM, lista e studenteve të vitit të parë, vitet akademike 2017-18 dhe 2024-25, sipas qarkut. (FM, 2025, 2025)

County	Year (2017-2018)			Year (2024-2025)		
	f	m	Total	f	m	Total
Berat	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11 (100%)	34 (87.2%)	5 (12.8%)	39 (100%)
Dibër	8 (88.9%)	1 (11.1%)	9 (100%)	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (100%)
Durrës	24 (77.4%)	7 (22.6%)	31 (100%)	23 (67.6%)	11 (32.4%)	34 (100%)
Elbasan	22 (75.9%)	7 (24.1%)	29 (100%)	24 (75%)	8 (25%)	32 (100%)
Fier	29 (74.4%)	10 (25.6%)	39 (100%)	37 (74%)	13 (26%)	50 (100%)
Gjirokastrë	4 (80%)	1 (20%)	5 (100%)	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)
Korçë	21 (80.8%)	5 (19.2%)	26 (100%)	28 (80%)	7 (20%)	35 (100%)
Kukës	5 (83.3%)	1 (16.7%)	6 (100%)	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11 (100%)
Lezhë	10 (83.3%)	2 (16.7%)	12 (100%)	18 (69.2%)	8 (30.8%)	26 (100%)
Shkodër	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	10 (62.5%)	6 (37.5%)	16 (100%)
Tiranë	55 (73.3%)	20 (26.7%)	75 (100%)	96 (69.1%)	43 (30.9%)	139 (100%)
Vlorë	11 (61.1%)	7 (38.9%)	18 (100%)	27 (79.4%)	7 (20.6%)	34 (100%)
Total	223 (74.1%)	78 (25.9%)	301 (100%)	333 (73%)	123 (27%)	456 (100%)

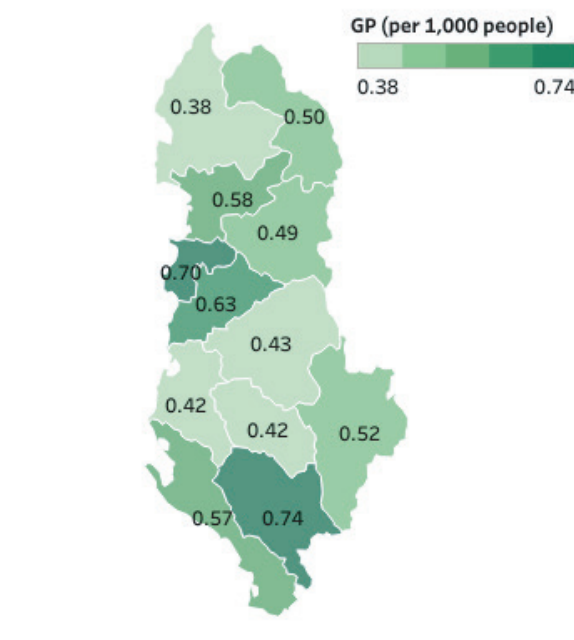
I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Figura 2. Mosha mesatare dhe mediane sipas qarkut, UMSH, 2024 (UMSH, 2024, 2025)



Nga 6,984 mjekë të moshës 25 deri në 68 vjeç, në vitin 2024, të cilët kanë kontaktuar të paktën një herë Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë, një numër i tyre ka humbur jetën për shkak të vdekjes ose sëmundjeve, veçanërisht COVID-19 (57 vdekje), dhe numri i mjekëve që kanë emigruar është shumë më i madh. Një numër mund të ketë emigruar dhe të mos ketë kontaktuar kurrë Urdhrin e Mjekëve. Bazuar në të dhënat e Regjistrimit të Popullsisë 2023, numri i mjekëve për 1,000 banorë, në këtë grupmoshë, që kanë lidhur të paktën një herë Urdhrin e Mjekëve është 2.9 për 1,000 banorë. Shpërndarja varion nga Tirana, 5.7 në Dibër, 1.4. Berati, 1.4, Korça, 1.4 dhe Kukësi, 1.5, janë vlerat e tjera të ulëta.

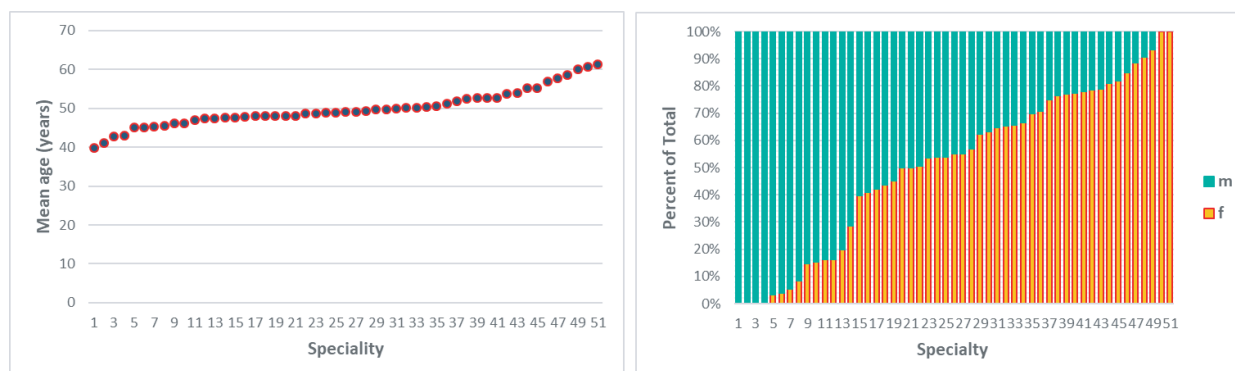
Figura 2. Mjekët e familjes dhe mjekët përgjithshëm (për 1,000 banorë), sipas qarkut, 2021, Shqipëria. (Drejtoria e Mjekëve të Përgjithshëm, 2012, 2021)



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Mjekët e përgjithshëm dhe mjekët e familjes (për 1000 banorë), sipas qarkut, 2004, Shqipëri: Malësi e Madhe - 0,52; Tropojë - 0,61; Shkodër - 0,48; Pukë - 0,48; Kukës - 0,46; Lezhë - 0,47; Mirditë - 0,37; Dibër - 0,44; Kurbin - 0,49; Mat - 0,54; Krujë - 0,49; Durrës - 0,58; Tiranë - 0,54; Bulqizë - 0,40; Kavajë - 0,47; Peqin - 0,31; Elbasan - 0,42; Librazhd - 0,48; Lushnjë - 0,39; Fier - 0,50; Vlorë - 0,61; Kuçovë - 0,57; Berat - 0,50; Gramsh - 0,55; Pogradec - 0,52; Mallakastër - 0,40; Skrapar - 0,51; Korçë - 0,65; Devoll - 0,46; Tepelenë - 0,45; Përmet - 0,70; Kolonjë - 0,50; Gjirokastër - 0,57; Delvinë - 0,77; Sarandë - 0,60. [14]

Figura 4. Raporti i moshës dhe gjinisë sipas specialitetit të mjekut të specializuar (2024). (Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë, 2024, 2025)



Të dhënat mbi raportin e moshës dhe gjinisë midis specialiteteve nga Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë janë të paplota. Paraqitjet grafike të mësipërme (Figura 4) përfaqësojnë shpërndarjet e të dhënave të disponueshme, të krahasuara më pas me të dhënat e sistemeve të tjera, siç është rasti i dermatologjisë tek të diplomuarit në Mbretërinë e Bashkuar, gjë që përputhet me preferencat e të diplomuarve shqiptarë. Ato janë kryesisht femra. (Barat, Atena et al, 2018)

Diskutim

Meqenëse migrimi e prek më shumë sistemin tonë të kujdesit shëndetësor, një perspektivë e jashtme nga një vend i zhvilluar do të ndihmonte për të filluar diskutimin. Numri i të diplomuarve në mjekësi në Gjermani u rrit nga 8,825 në vitin 2002 në 10,320 në vitin 2021, një rritje prej 16.9%. (Statista, 2023c) Në Hollandë numri u rrit nga 1,571 në vitin 2002 në 2,710 në vitin 2021, një rritje prej 72.5%. (Statista, 2023) Numri i mjekëve të punësuar në Gjermani u rrit nga 271.16 (në 1,000) në vitin 2001 në 371.56 në vitin 2021, një rritje prej 37.0%. (Statista, 2023a) Numri i studentëve që fillojnë FM në Shqipëri, përkatësisht nga viti akademik (2017-2018) në vitin (2024-2025), pati një rritje prej 51.5%. (Fakulteti i Mjekësisë, 2025, 2025) Mungesa e mjekëve në Gjermani ka ndodhur prej dekadash, duke mohuar eksodin dhe duke vlerësuar ngurrimin e mjekëve të rinj për të punuar në disa specialitete. (Kopetsch, 2004) Përveçse e bën punën tërheqëse, zgjerimi i numrit të studentëve të mjekësisë është një alternativë, përveç nëse migrimi nuk është përgjigja. Numrat tregojnë se Gjermania e rriti në mënyrë të moderuar numrin e studentëve të mjekësisë dhe pranoi profesionistë migrantë të kujdesit shëndetësor. Duket se nuk kishte absolutisht asnjë kompromis në cilësinë e shkollave mjekësore. Kompromentimi i cilësisë së arsimit do të kompromentonte cilësinë e përgjithshme të kujdesit. Mungesa duket universale, por qasja ndryshon. Për shembull, puna serioze në vlerësimin e aksesit në kujdesin shëndetësor parësor në Kinë, përpara se të përmenden pabarazitë në rritje të furnizimit me mjekë në zonat rurale, së pari vlerëson përmirësimin e përgjithshëm. (Shan, Lu et al, 2024) Politikëbërësit tanë, nga spektri politik i majtë në të djathtë, flasin për ndalimin e emigracionit, tipik i mentalitetit komunist. Nuk ka negociata, studim të nevojave të mjekëve dhe politika bashkëpunimi afatgjatë dypalësh.



Procesi arsimor, jo diplomimi, është hapi i parë i profesionit mjekësor. Ai ka historinë e tij. Shoqata Mjekësore Amerikane (AMA) vendosi rregulla mbi arsimin mjekësor vetëm në vitin 1919. Përpara kësaj kohe, ajo vepronte vetëm përmes rekomandimeve, për shembull, rekomandimi i vitit 1847 sugjeronte të paktën gjashtë muaj studim dhe dy vitet praktikë përpara se të konsiderohej i përfunduar trajnimi mjekësor. Kjo ndryshoi në mënyrë dramatike gjatë pandemisë COVID-19, e cila ndikoi përveç shëndetit edhe në arsimimin mjekësor me pasoja aktuale dhe të ardhshme. Ndërhyrja e ndryshimeve arsimore të mbështetura teknologjikisht si Arsimi në Distançë Online (ODE) (asinkron dhe sinkron) tentoi të zëvendësonte metodat disi të zakonshme të të mësuarit. (Molodyski et al., 2024). Në këtë mjedis gjithnjë në ndryshim, vendimet merren së pari në lidhje me numrin e studentëve të pranuar në shkollën e mjekësisë dhe përcaktimin e procesit arsimor. Në përgjithësi, politikëbërësit shqiptarë i përgjigjen mungesave duke rritur menjëherë numrin e pranimeve. Kjo ndodhi në fillim të mijëvjeçarit, siç po ndodh edhe tani. (Rrumbullaku et al., 2002) Numri i studentëve që fillojnë Fakultetin e Mjekësisë, sektori publik, u rrit nga 301, viti 2017, në 456, viti 2024 (Tabela 2). Sa më shumë arsimohesh, aq më shumë emigron. Rritja e numrit vit pas viti e kërkesave për “Certifikatën e sjelljes së mirë”, një dokument i lëshuar nga Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë dhe i nevojshëm për të filluar një punë të re jashtë vendit konfirmon trendet e emigrimit. (Veshi & Molin, 2020) Kryesisht emigrojnë mjekët e rinj. Lidhjet e përbashkëta janë të mira për të ndikuar në vendimmarrje, dhe në këtë rast emigrojnë. (Arnold, Christine et al., 2021) Më të mirët tërhiqen nga ky vlerësim ndërkombëtar, duke ngritur pyetje serioze në lidhje me cilësinë e punës së mjekëve të mbetur, e fryrë edhe nga pritshmëria për rritjen e cilësisë së mjekëve të pranuar në shkollat mjekësore përmes rritjes absolute të numrit. Mjekësia e personalizuar në epokën post-gjenomike që kërkon arsim mjekësor të bazuar në kompetencë duke marrë parasysh ndryshimin me kalimin, dhe kohës krijon terrenin për të tërhequr vërtet mjekët më të mirë nga vende si Shqipëria. (Senier, Lee et al, 2017) (Gruppen et al, 2018)

Një studim me 1,037 pjesëmarrës, përfshirë mjekë specialistë dhe familjarë, infermierë dhe teknikë laboratorj që vlerëson konsideratat e migrimit, zbulon se 62.7% e të anketuarve janë të gatshëm të emigrojnë. Atmosfera e punës u etiketua si e pafavorshme nga 63.0% e të anketuarve. Studimi nuk gjen një ndryshim të rëndësishëm midis gjinive në lidhje me pritjet e emigrimit. Kjo mund të jetë disi e dyshimtë duke marrë parasysh ndryshimet në realitet në mostrën dhe numrin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor që tashmë kanë migruar, veçanërisht në këtë vlerësim të studimit ku numri i pjesëmarrësve meshkuj dhe femra ishte pothuajse i barabartë. (Krasniqi et al, 2025) Kjo rrjedhë, që shterron burimet e kujdesit shëndetësor, funksionon përmes të njëjtave mekanizmave brenda vendit. Në përgjithësi, mjekët kanë tendencë të lëvizin nga qarqet e tjera në kryeqytet. Krahassimi i të dhënave të viteve 2004 dhe 2021 mbi mjekët e familjes dhe mjekët e familjes (për 1,000 banorë), sipas qarqeve (Figura 2), tregon një rritje në qarkun e Tiranës nga 0.54, në vitin 2004, në 0.63 në vitin 2021. Numrat e qarqeve të tjera kanë tendencë të ulen. Publikimet e INSTAT tregojnë se numri i ‘mjekëve në shërbimeve parësore’ është rritur pak nga 1,787 (2019) në 1,801 (2020), duke iu referuar Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor. (INSTAT 2020) Të dhënat e marra nga “Libri i adresave të familjes dhe mjekëve të përgjithshëm dhe mjekëve të familjes” i faqes së internetit të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor të gjetur në Shqipëri, që numëron 1,562 kontakte të disponueshme. (Drejtoria e Mjekëve të Përgjithshëm, 2021, 2021) Diferenca prej 239 mjekësh mund të jetë për shkak të zgjedhjes së tyre për të punuar në vende pune të tjera përveç atyre të kontraktuara të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor. Shpërndarja e pabarabartë midis qarqeve në pranimet në shkollën mjekësore, viti akademik 2024-25, mund të gjurmohet lehtësisht (Tabela 2). Qarqet që ndajnë pothuajse të njëjtën përqindje popullsie, rreth 6%, Shkodra, Berati dhe Vlora vijnë me përkatësisht 16, 39 dhe 34 studentë të vitit të parë.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Mosha është një ndryshore tjetër e rëndësishme. Piramida e popullsisë së mjekëve tregon dy kafshime kryesore (Figura 1). Kafshimi i parë simetrik është i vendosur tek mjekët e moshës së mesme të të dy gjinive dhe mund të shpjegohet lehtësisht me emigrimin. Kafshimi më i ekzagjeruar ndodhet në anën e poshtme të djathtë të piramidës ku janë vendosur mjekët e rinj meshkuj. Këndi i poshtëm i djathtë i piramidës së moshës që përfaqëson pjesën më të re të kontingjentit të mjekëve meshkuj është dëmtuar rëndë, duke ngritur shumë pyetje në lidhje me shkollimin sipas gjinisë preferencat gjinore, stimujt që lidhen me profesionin e mjekut dhe emigrimin. Duke e konsideruar emigrimin si një faktor, mund të hipotetizojmë se mjekët e rinj meshkuj kanë tendencë të emigrojnë shumë më tepër sesa homologet femra. Ata nuk regjistrohen fare në Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë dhe as nuk marrin pjesë në aktivitete të edukimit të vazhdueshëm mjekësor.

Listat nga Fakulteti i Mjekësisë tregojnë se në fakt studentet femra janë dukshëm më të shumta se studentët meshkuj. Ky është një trend i ri, por që ndodh prej vitesh. Gjatë vitit akademik 2017-18, 223 (74.1%) e studentëve ishin femra. Trendi vazhdon edhe gjatë vitit akademik 2024-25, 333 (73.0%) ishin femra. Jo vetëm që shumica janë femra, por duke krahasuar qarqet sipas shpërndarjes gjinore, gjejmë përkatësisht periudhën e parë dhe të dytë; Tirana, kryeqyteti, 73.3% dhe 69.1%, ndërsa gjejmë përqindje të gjera për të gjithë vendin, Vlora (61.1%) ndaj Beratit (90.9%) dhe Gjirokastra (60.0%) ndaj Kukësit (90.9%). Shumë variacion. Shpërndarja gjinore e profesionit të mjekut në Shqipëri është një kërkim historikisht i ndjeshëm. Vetëm 4 (2.4%) nga 164 mjekë ishin femra në vitin 1940. (Statistikë shëndetësore dhe demografike për periudhën 1933 - 1940, 1942) Të dhënat historike tregojnë se gjatë vitit 1980, 218 (35.8%) nga 609 studentët që përfunduan Fakultetin e Mjekësisë ishin femra, dhe pothuajse i njëjti raport i mjekëve femra që ushtronin profesionin është i regjistruar, 1493 (40.9%) nga gjithsej 3651 mjekë. (Vjetari Statistikor i Vitit 1981, 1981) Variacion mund të gjendet edhe në vende të tjera. Popullsia e studentëve të mjekësisë në Skoci, në vitin 2015, ishte 60.0% femra dhe në Singapor raporti i kundërt. Diplomimet në SHBA për vitin 2018-2019 tregojnë 47.9% femra. (Cleland & Durning, 2015) Pabarazia gjinore shtrihet pas shkollimit, veçanërisht sipas specializimit. Dallimet gjinore tregojnë nën-përfaqësim të grave si autore në botimet shkencore me një tendencë për ngushtimin e hendekut. (Fishman, Michael et al, 2017) Disa specialitete, si kirurgjia, kanë një botim më të lartë, me indeks H trefish më të lartë për burrat në disa raste. (Mueller, Claudia et al, 2017) Aspekte të tjera të dallimeve gjinore lidhen me pagesat e ulëta, ose gratë kishin më pak dëshirë të martoheshin dhe vuanin nga seksizmi. (Mahr, Michael et al, 2017) (Furnas, Heather et al, 2018) Disa specialitete si kirurgët ortopedë tregojnë të ardhura më të larta bazuar në vëllimin më të madh të rasteve për të njëjtat orë pune për meshkujt dhe preferenca shumë më të ulëta nga gratë për të punuar në specialitetin e kirurgjisë kardiorakale. (Beebe, Kathleen et al, 2018) (Miller, Vanessa et al, 2018) Këto janë kambana sinjalizuese për popullsinë shumicë të mjekëve femra që po vijnë në spital. Paradigma e “kujdesit të përqendruar tek pacienti” është thelbësore për qasjen e “vendimmarrjes së përbashkët”. (Zaidi et al., 2019, f.53) Spitali i mbipopulluar i kujdesit terciar i kapur në një strukturë piramidale pushteti, përballë problemit të migrimit kryesisht mashkullor dhe strukturës piramidale profesionale dhe të pushtetit, të nuancuar me shkëmbim favoresh dhe korrupsion të përhapur, e vendos natyrshëm pacientin në skaj të strukturës.

Të flasësh për përfitimin nga mjekësia mbetet tabu, dhe si çdo tabu, kjo ndodh pasi ekziston rreziku i tejkalimit të kufijve, dhe kufijtë janë etikë, por edhe ligjorë, siç janë pagesat nën kontroll ose forma të tjera të korrupsionit. Kompanitë farmaceutike mbështeten në konceptin e lëvizshëm të dhuratave për të modifikuar sjelljen e mjekëve në lidhje me recetat. (Al-Mamun & Al Mamun, 2017) Por ky kufi është i depërtueshëm, dhe për më tepër, në një vend ku ekziston pasuria informale, mjeku është nën presion të vazhdueshëm. Kështu, mjekët e gjejnë veten midis këtyre forcave monetizuese presionuese. Sistemi i pagesave ka pasoja në marrëdhënien mjek-pacient



dhe menaxhimin e rasteve. (Floyd, 2020) Tabuja duhet të thyhet. Mjekët shqiptarë që migrojnë, megjithëse janë një fuqi punëtore shumë e specializuar, kanë tendencë të jenë në kategorinë e emigrantëve të “vendbanuesve familjarë”. (Becker & Teney, 2017) Axhenda shëndetësore e BE-së u lejon Shteteve Anëtare kompetenca ekskluzive mbi politikat në fushën e kujdesit shëndetësor. (Mifsud, 2019) Nga ana tjetër, lajmet e rreme mjekësore janë gjithmonë të pranishme. (Gellert, 2019) Sidomos në rastin e diskutimit të numrit të mjekëve, pagesës së arsimit dhe të ardhmes së kujdesit shëndetësor, artikujt e revistave janë kryesisht të motivuar politikisht.

Përfundime

Do të përfundonim me një rekomandim. Fjala që përmbledh politikën e qeverisë ndaj ikjes së mjekëve të sapo-diplomuar do të përshkruhej si ndalim, të cilin ne do të sugjeronim ta zhvendosnim në mënyrë paradigmatisht drejt mbajtjes së tyre. Kjo do të thotë në terma praktike krijimin e një sistemi negociues midis qeverisë dhe studentëve të shkollave mjekësore, që nga fillimi i vitit të parë të studimeve, me qëllim krijimin e një rrjeti mundësish financiare bazuar në zgjedhje të lira, duke i dhënë studentit mundësinë e asnjë kufizimi absolut në pranimin e tarifave të plota të shkollimit, plus vetëpagesën e kostove të tjera, si: librat, transporti, dhoma dhe ushqimi, etj., kundrejt një sërë mekanizmesh financimi të cilët do të kufizojë ushtrimin e profesionit mjekësor për një periudhë të paracaktuar në varësi të mekanizmave të ndërsjellë të kërkesës dhe ofertës, duke ndryshuar nga viti në vit, në varësi të nevojave; pa ndryshuar papritur numrin e shtesave në shkollat mjekësore që rrezikojnë cilësinë e arsimit. Kjo respekton vullnetin e lirë dhe vepron mbi një model bashkëpunimi kapitalist. Në fakt, qeveria ka nevojë dhe është homologu që duhet të rrisë fondet. Për shembull, një kontratë që financon plotësisht arsimin mund të pritët të jetë e baraspeshuar me tetë ose dhjetë vjet angazhim të plotë brenda sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, pa mundësi shkeljeje. Nëse tetë vitet e para përfundohen dhe mjeku pranon të vazhdojë edhe për dy të tjera, nuk ka të drejtë ta shkelë përsëri kontratën, pas së cilës është i lirë nga çdo detyrim ndaj sistemit. Gjykata mund të zgjidhë raste ekstreme.

Referenca:

- Nuri, B., Tragakes, E., & World Health Organization. (2002). *Health care systems in transition: Albania*.
- Jalal, Mustafa et al. “INTERNATIONAL: Overseas doctors of the NHS: migration, transition, challenges and towards resolution.” *Future healthcare journal* vol. 6,1 (2019): 76-81. doi:10.7861/futurehosp.6-1-76
- Kambo E. (2005). *Arsimi në Shqipëri:(1945-1960)*. Akad. e Shkencave e Shqipërisë, Inst. i Historisë.
- Gëdeshi, I., & King, R. (2018). *New trends in potential migration from Albania*. Friedrich Ebert Stiftung.
- Jurić, Tado. “Medical Brain Drain From Southeastern Europe: Using Digital Demography to Forecast Health Worker Emigration.” *JMIRx med* vol. 2,4 e30831. 30 Nov. 2021, doi:10.2196/30831
- de Lange, T. (2004). *Nurses are Single, Doctors have wives? Gender bias in Dutch regulation of labour migration, 1945-2005*.
- Rrumbullaku, L., Theodorakis, P. N., Caca, P., Lionis, C., & Trell, E. (2002). *Medical education in Albania: current situation and perspective, with reference to primary care*. PubMed, 43(1), 50–53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11828560>
- O'Malley, C. D. (1970). *The history of medical education: An International Symposium Held February 5-9, 1968*. Univ of California Press.
- Gëdeshi, I., King, R., & Ceka, A. (2024). *The Emigration of Medical Doctors from Albania: Brain Drain vs Return and Cooperation*. *Central and Eastern European Migration Review*. <https://doi.org/10.54667/ceemr.2024.16>
- Adresari i Mjekut të Përgjithshëm/ të Familjes | FSDKSH [Internet]. [Fsdksh.gov.al](https://fsdksh.gov.al). 2021 [cited 12 December 2021]. Available from: <https://fsdksh.gov.al/kerko-kontaktin-e-mjekut-te-kujdesit-paresor/>
- Albania in Figures, 2022. (2022). *Instat*. <https://www.instat.gov.al/en/publications/books/2023/albania-in-figures-2022/>
- Arkiva. (2025). *Fakulteti i Mjekësisë*. Retrieved January 7, 2025, from <https://www.fakultetimjekesise.edu.al/administrimi/arkiva.html?limitstart=0>
- Kreu - Urdhri i Mjkeve. (2024). Retrieved January 9, 2025, from <https://www.urdhrimjkeve.org.al/>



- Kakarriqi, E. (2009) *Vlerësimi i rrezikut ndaj emergjencave civile apo fatkeqësive (natyrore ose jo) të mundshme në shkallë vendi dhe qarku në Shqipëri*. Tirana, Albania: ISHP.
- Barat, Atena et al. "Career Choices and Career Progression of Junior Doctors in Dermatology: Surveys of UK Medical Graduates." *Dermatology research and practice* vol. 2018 2092039. 27 Mar. 2018, doi:10.1155/2018/2092039
- Statista. (2023b, November 30). Medical graduates: number in Germany 2002-2021. <https://www.statista.com/statistics/555004/medical-graduates-in-germany/>
- Statista. (2023f, November 30). Medical graduates: number in the Netherlands 2002-2021. <https://www.statista.com/statistics/555022/medical-graduates-in-the-netherlands/>
- Statista. (2023a, November 30). Healthcare physicians employees in Germany 2001-2021. <https://www.statista.com/statistics/462058/physicians-employment-in-germany/>
- Kopetsch, Thomas. "The medical profession in Germany: past trends, current state and future prospects." *Cahiers de sociologie et de demographie medicales* vol. 44,1 (2004): 43-70.
- Shan, Lu et al. "Uneven primary healthcare supply of rural doctors and medical equipment in remote China: community impact and the moderating effect of policy intervention." *International journal for equity in health* vol. 23,1 97. 13 May. 2024, doi:10.1186/s12939-024-02183-7
- Molodynski, A., Farrell, S. M., & Bhugra, D. (2024). *The mental health of medical students: Supporting Wellbeing in Medical Education: 1. Medical Education history and challenges*. Oxford University Press.
- Veshi, A., & Da Molin, G. (2020). Migration of Albanians in the last ten years the evolution and changes of immigration path. *Rivista Italiana di economia Demografia e statistica*, 74(2), 61.
- Arnold, Christine et al. "Influence of physician networks on prescribing a new ingredient combination in heart failure: a longitudinal claim data-based study." *Implementation science : IS* vol. 16,1 84. 28 Aug. 2021, doi:10.1186/s13012-021-01150-y
- Senior, L., Lee, R., & Nicoll, L. (2017). The strategic defense of physician autonomy: State public health agencies as countervailing powers. *Social Science & Medicine*, 186, 113-121.
- Gruppen, L. D., Ten Cate, O., Lingard, L. A., Teunissen, P. W., & Kogan, J. R. (2018). Enhanced requirements for assessment in a competency-based, time-variable medical education system. *Academic Medicine*, 93(3S), S17-S21.
- Krasniqi, M., Kalaja, R., Trebicka, B., & Myshketa, R. (2025). The Impact of Migration Considerations on Healthcare Professionals in Albania: A Statistical Analysis. *Journal of Lifestyle and SDGs Review*, 5(2), e03264-e03264.
- Drejtoria e Përgjithshme e Shëndetësisë. (1942). *Statistikë shëndetësore dhe demografike për periudhën 1933 - 1940*. Shtypshkronja Kastrioti, Tiranë.
- Vjetari Statistikor i Vitit 1981. (1981). *Kombinati Poligrafik, Shtypshkronja "Mihal Duri."*
- Cleland, J., & Durning, S. J. (2015b). *Researching medical education*. John Wiley & Sons.
- (Cleland & Durning, 2015b)
- Fishman, Michael et al. "Gender Differences in the Authorship of Original Research in Pediatric Journals, 2001-2016." *The Journal of pediatrics* vol. 191 (2017): 244-249.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2017.08.044
- Mueller, Claudia et al. "The publication gender gap in US academic surgery." *BMC surgery* vol. 17,1 16. 14 Feb. 2017, doi:10.1186/s12893-017-0211-4
- Mahr, Michael A et al. "Gender Differences in Physician Service Provision Using Medicare Claims Data." *Mayo Clinic proceedings* vol. 92,6 (2017): 870-880. doi:10.1016/j.mayocp.2017.02.017
- Furnas, Heather J et al. "Gender Differences in the Professional and Personal Lives of Plastic Surgeons." *Plastic and reconstructive surgery* vol. 142,1 (2018): 252-264. doi:10.1097/PRS.0000000000004478
- Beebe, Kathleen S et al. "The Effect of Sex on Orthopaedic Surgeon Income." *The Journal of bone and joint surgery. American volume* vol. 101,17 (2019): e87. doi:10.2106/JBJS.18.01247
- Miller, Vanessa M et al. "Gender Differences in Cardiothoracic Surgery Interest Among General Surgery Applicants." *The Annals of thoracic surgery* vol. 112,3 (2021): 961-967. doi:10.1016/j.athoracsur.2020.09.012
- Zaidi, Z., Rosenberg, E. I., & Beyth, R. J. (2019). *Contemporary challenges in medical education: From Theory to Practice*. University Press of Florida.
- Elias-Al-Mamun, M., & Al Mamun, A. (2017). Gift as a promotional material and the related prescription behaviour of physicians in Bangladesh pharmaceutical market. *World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences*, 7(1), 106-119.
- Floyd, C. (2020). *Consumer-Directed Healthcare and The Physician-Patient Relationship*.
- Becker, R., & Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(9), 1737-1755.
- Mifsud, S. (2020). *The EU health agenda 2019-2024*.
- Gellert, G. A. (2019). Fake Medical News: The Ethics and Dangers of Health Product Advertising Disguised as Real News. *Online Journal of Health Ethics*, 15(2). <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1502.05>



ROLI I INFLAMACIONIT DHE DEFICITI I VITAMINËS D NË LIDHJEN MIDIS MARKUESVE TROMBOTIKË (D-DIMER, FIBRINOGEN) DHE NGARKESËS KARDIAKE (NT-PROBNP) TEK POPULLATA AMBULATORE E TË MOSHUARVE: NJË STUDIM RETROSPEKTIV KOHOR NË NJË QENDËR SHËN- DETËSORE NË SHQIPËRINË E MESME

Dr. Ronaldo DEMHASAJ, Dr. Klevisa PJETRI

Abstract

This retrospective observational study explored the interplay between inflammation, vitamin D deficiency, thrombosis and cardiac stress among 67 elderly outpatients in a primary care center in Central Albania (2024–2025). Serum biomarkers including 25(OH)D, CRP, ESR, D-dimer, fibrinogen, and NT-proBNP were analyzed. *Vitamin D deficiency (<30 ng/mL) was highly prevalent (85%), especially in women.* Elevated inflammatory and thrombotic markers (CRP, ESR, D-dimer, fibrinogen) correlated with age and multimorbidity, while NT-proBNP reflected cardiac load but showed no consistent linear relationship with vitamin D levels. Cluster analysis identified cardio-inflammatory and metabolic phenotypes linking chronic inflammation and pro-thrombotic states. *These findings suggest that vitamin D deficiency amplifies low-grade inflammation and thrombogenic activation in elderly patients, potentially modulating cardiovascular risk.*

ASPEKTE TEORIKE

Mungesa e vitaminës D (pamjaftueshmëria apo deficieti) dhe inflamacioni kronik po konsiderohen gjithnjë e më shumë si faktorë të ndërlidhur në patogjenezën e sëmundjeve kardiovaskulare, metabolike dhe trombotike, veçanërisht tek moshat geriatricke^(1,2). *Vitamina D ka efekte të njohura imunomodulatore, anti-inflamatore, antioksidante dhe antitrombotike*; megjithatë, nivelet e ulëta të 25(OH)D janë tepër të përhapura tek pacientët e moshuar dhe ata me sëmundje kardiale, duke krijuar një terren biologjik që favorizon aktivizimin inflamator dhe trombogjenezën^(1,2). Në mënyrë të veçantë, deficieti i vitaminës D shoqërohet ngushtësisht me disfunksionin endotelial, i karakterizuar nga ulja e prodhimit të oksidit nitrik dhe rritja e mediatorëve vazokonstriktorë, si dhe me një gjendje pro-inflamatore dhe pro-trombotike, me rritje të citokinave si IL-6 dhe TNF- α dhe të shprehjes së faktorëve të koagulimit. Këto ndryshime mund të nxisin arteriosklerozën, çrregullimet metabolike dhe trombozën⁽³⁾.

Të dhënat observacionale raportojnë se mungesa e vitaminës D korrelohet në mënyrë të kundërt me biomarkuesit inflamatorë dhe të koagulimit, përfshirë proteinën C-reaktive (CRP), ferritinën dhe D-dimerin, duke sugjeruar se hipovitaminoza D/ deficieti mund të kontribuojë në rritjen e një profili pro-inflamator dhe pro-trombotik tek pacientët vulnerabël me sëmundje kardiomatolike dhe trombotike⁽⁴⁾. Vetë inflamacioni është determinant i rrezikut kardiovaskular: hs-CRP, si proteinë e fazës akute që reflekton inflamacionin sistematik, është lidhur me paqëndrueshmërinë e pllakave arteriosklerotike, ndërsa në popullatat e moshuara edhe ngritje të lehta (p.sh. >3 mg/L) shoqërohen me incidencë më të lartë të ngjarjeve kardiovaskulare, përfshirë anginen pectorale,



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

dispnenë kardiake, infarkt in akut të miokardit dhe sindromin koronar akut^(5,6). Dislipidemia shpesh bashkëshoqërohet me inflamacionin; në fakt, komplikimet e pllakave aterosklerotike vulnerabël, të tilla si: ruptura e pllakës, trombozimi i pllakës mendohet të shkaktohen nga efekti sinergjik i çrregullimeve lipidike dhe inflamacionit⁽⁵⁾. Nivelet e rritura të kolesterolit LDL dhe CRP-së së lartë rrisin ndjeshëm rrezikun vaskular⁽⁶⁾. Insuficiencia kardiake dhe stresi muror i zemrës, të pasqyruara nga NT-proBNP, ndërthuren me këto rrugë patofiziologjike. NT-proBNP çlirohet nga miokardi nën stres muror dhe ngarkesë vëllimore, duke e bërë atë një tregues të besueshëm të ngarkesës kardiake dhe gradës së insuficiencës kardiake⁽⁷⁾. Pacientët me insuficiencë kardiake kronike shpesh shfaqin rritje të biomarkuesve inflamatorë (CRP, IL-6) dhe një gjendje pro-trombotike (p.sh.: rritje e fibrinogjenit dhe D-dimerit), çka pasqyron aktivizimin e vazhdueshëm inflamator në fazat e avancuara të sëmundjes; megjithatë, marrëdhënia ndërmjet inflamacionit dhe peptideve natriuretike (NTproBNP) mbetet komplekse, pasi disa studime në popullata të moshuara kanë gjetur korrelacion të dobët ose mungesë lidhjeje të drejtpërdrejtë midis niveleve të CRP-së dhe NT-proBNP-së⁽⁸⁾. Në praktikën klinike, ndërsa CRP-hs e rritur shoqërohet me klasë më të keqe sipas NYHA dhe prognozë të keqe, NT-proBNP shpesh paraqet vlerë prognostike më të fortë sesa CRP-hs⁽⁹⁾. *Për stratifikimin e personalizuar të rrezikut kardiovaskular rekomandohet përdorimi i hs-CRP (dhe jo CRP standarde), në kombinim me NT-proBNP dhe D-dimer, ndërkohë që interpretimi duhet të kryhet paralelisht me SCORE standard dhe SCORE të modifikuar sipas komorbiditeteve kronike bashkëshoqëruese*^(5,6). Edhe pse mungesa e vitaminës D është shumë e zakonshme tek pacientët me insuficiencë kardiake (raportohet rreth 90% në format kronike), provat klinike kanë dhënë rezultate jo të qëndrueshme për një lidhje të drejtpërdrejtë midis niveleve të ulëta të 25(OH)D dhe rritjes së peptideve natriuretike (NT-proBNP). Modelet eksperimentale në kafshë sugjerojnë se vitamina D mund të frenojë çlirimin e BNP-së, por kjo nuk është konfirmuar në mënyrë konsistente në studimet klinike kardiovaskulare^(1,10,11). Prandaj, vitamina D duhet konceptuar më shumë si modulator biologjik sesa si shkak i drejtpërdrejtë i disfunksionit sistolik dhe diastolik të zemrës. Defiçiti kronik i vitaminës D vepron si faktor mbajtës dhe precipitues i ngjarjeve kardiovaskulare nëpërmjet mbiaktivizimit të inflamacionit vaskulo-endotelial dhe nënaktivizimit të rrugëve fiziologjike anti-inflamatore^(3,5,10). Në këtë kuadër, sa më i thellë dhe i zgjatur të jetë defiçiti i vitaminës D, aq më i theksuar pritet përkeqësimi i funksioneve sistolike dhe diastolike të miokardit, duke konsoliduar nevojën për vlerësim të integruar të statusit të vitaminës D me biomarkuesit inflamatorë, trombotikë dhe kardiakë në vendimmarrjen klinike^(1,3,5,6,9,10,11).

Roli imunomodulues dhe antitrombotik i vitaminës D

Vitamina D, përmes receptorit të saj (VDR) të shprehur në limfocite, makrofagë, qeliza endoteliale dhe kardiomiocyte, ushtron veprim imunomodulues e antitrombotik duke frenuar citokinat proinflamatore (IL-6, TNF- α) dhe duke rritur IL-10. Ajo përmirëson funksionin endotelial nëpërmjet uljes së VCAM-1/ICAM-1, frenimit të proliferimit të qelizave muskulore të lëmuara dhe rritjes së sintezës së NO. Gjithashtu modulon hemostazën duke ulur faktorin e indeve (TF) dhe rritur trombomodulinën, duke krijuar efekt antitrombotik endogjen. Defiçiti i vitaminës D prish këto mekanizma mbrojtës, duke shkaktuar rritje të IL-6/TNF- α , disfunksion endotelial, aktivizim të TF, frenim të fibrinolizës (PAI-1) dhe rritje të D-dimerit si tregues të mikrokoagulimit të vazhdueshëm.

Aksi inflamacion–koagulim–ngarkesë kardiake formon një cikël vetë-amplifikues: inflamacioni kronik rrit IL-6 dhe fibrinogjenin; trombina nxit TNF- α dhe IL-8; stresi kardiak çliron NT-proBNP, i cili lidhet pozitivisht me IL-6 dhe CRP. Defiçiti i vitaminës D e dobëson modulimin imunitar



dhe e lë këtë feedback të pakontrolluar, duke përshpejtuar arterotrombozën dhe rimodelimin ventrikular. Rritja e D-dimerit reflekton aktivizim të fibrinolizës si në trombozë ashtu edhe në inflamacion sistematik; insuficiencia kardiake mund ta rrisë atë edhe pa tromboemboli akute⁽¹²⁾. Një studim retrospektiv tregoi korrelacion pozitiv mesatar ($r \approx 0.46$) midis D-dimerit dhe BNP-së në insuficiencë kardiake, emboli pulmonare dhe sepsis⁽¹³⁾. Fibrinogjeni, si reaktant i fazës akute, rritet në inflamacion, nxit agregimin trombocitar dhe formimin e trombit, duke reflektuar ngarkesën kardiovaskulare⁽¹⁴⁾.

Komorbiditetet kronike e amplifikojnë këtë aks. Në diabetin tip 2, AGEs aktivizojnë RAGE/NF- κ B dhe në prani të hipovitaminozës D, rritin IL-6, D-dimerin dhe NT-proBNP. Në sëmundjen renale kronike, mungesa e 1α -hidroksilazës e bën defiçitin e vitaminës D pothuajse universal, duke favorizuar inflamacionin dhe hiperkoagulimin. Aktivizimi i RAAS në hipertension e sindromë metabolike rrit aldosteronin, stresin oksidativ dhe NT-proBNP, ndërsa pengon aktivizimin renal të vitaminës D.

Në nivel molekular, vitamina D frenon rrugën NF- κ B përmes $I\kappa B\alpha$, duke rritur IL-10, NO dhe trombomodulinën; mungesa e saj lejon hiperaktivizim të NF- κ B dhe koagulimit, veçanërisht te të moshuarit me $25(OH)D < 20$ ng/mL, ku rriten CRP, fibrinogjeni dhe NT-proBNP. Ajo gjithashtu frenon transkriptimin e reninës, ul angiotenzinën II dhe PAI-1, redukton mikro-trombozën e stresin ventrikular, rrit NO dhe ul endotelinën-1. Eksperimentet tregojnë se suplementimi me $1,25(OH)_2D$ ul fibrozën miokardiale rreth 30% dhe NT-proBNP me 25%, duke konfirmuar rolin modulues të vitaminës D në aksin inflamo–trombotik–kardiak.

STUDIMI

Qëllimi i studimit

U zhvillua një analizë retrospektive observacionale tek pacientë ambulatorë, kryesisht të moshuar, në një qendër të kujdesit parësor në Shqipërinë e Mesme gjatë viteve 2024–2025, për të eksploruar ndërveprimin midis inflamacionit, statusit të vitaminës D, markuesve pro-trombotikë (D-dimer, fibrinogjen) dhe ngarkesës kardiake (NT-proBNP). Studimi synoi të vlerësojë nëse mungesa e vitaminës D dhe inflamacioni përbëjnë hallka lidhëse midis gjendjes pro-trombotike dhe stresit kardiak në popullatën ambulatorë të moshuar, duke ofruar një analizë të detajuar të demografisë, shpërndarjes laboratorike, korrelacioneve dhe fenotipeve të mundshme të pacientëve.

Metodat dhe të dhënat

Studimi përfshiu 67 pacientë ambulatorë, me të dhëna të mbledhura nga rregjistrat mjekësorë, përfshirë moshën, gjininë, diagnozat/ankesat, komorbiditetet dhe rrezultatet laboratorike. U përfshinë variabla kyç: $25(OH)D$, markerë inflamatorë (ESR, CRP), markerë trombotikë (D-dimer, fibrinogjen), markerë kardiakë (NT-proBNP), parametra metabolikë (HbA1c, TSH, folat, B12, profil lipidik me ApoB100), ferritinë, funksion renal (urea, kreatininë), kalcium, acid urik, parametra hematologjikë (prani cilësore e anemisë), markerë autoimunë (ANA, RF) dhe onkologjikë (PSA, CEA), si dhe terapitë (p.sh.: suplementim me vitaminë D, antikoagulantë, trajtim i insuficiencës kardiake). Përfshirja u bazua në disponueshmërinë e të paktën një parametri kryesor dhe testet laboratorike u porositën sipas indikacioneve klinike. Të dhënat u strukturuan në Excel dhe u përpunuan me Excel dhe Python/Pandas.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Analiza statistikore

U krye analizë deskriptive me mesatare, medianë dhe devijim standard për variablat e vazhdueshme dhe numërim/përqindje për variablat kategorike. U hodhën në pah: shpërndarja sipas moshës (me fokus ≥ 60 vjeç), raporti gjinor, prevalenca e komorbiditeteve kryesore (hipertension, diabet mellitus, dislipidemi, insuficiencë kardiake, sëmundje renale kronike) dhe përmbledhja e parametrave laboratorikë me kategorizim brenda/jashtë normës. U analizuan lidhje të synuara: krahasimi i pacientëve me dhe pa dislipidemi për CRP, ESR, D-dimer dhe NT-proBNP; korrelacionet e NT-proBNP me vitaminën D, D-dimerin, CRP dhe ESR (Pearson/Spearman sipas shpërndarjes dhe madhësisë së kampionit); dhe ndërveprimi i mungesës së vitaminës D (<20 ng/mL) me rritjen e CRP/ESR/D-dimer/fibrinogjenit. Për shkak të kampionit modest dhe vlerave të munguara (p.sh.: vetëm 9 matje NT-proBNP), nuk u aplikua regresion multivariat formal; në vend të tij u interpretuan modele dhe madhësi efekti. U realizua gjithashtu një grupim konceptual (clustering) fenotipik bazuar në profile kliniko-laboratorike (p.sh.: fenotipi Insuficiencë kardiake me NT-proBNP/D-dimer të lartë; fenotipi metabolik diabetik/dislipidemik me inflamacion të moderuar), duke përdorur njohje modelesh për shkak të heterogjenitetit dhe mungesave të të dhënave. Testimi inferencial me vlera p nuk u theksua, në përputhje me karakterin përshkrues/eksplorues të studimit.

Aspektet etike

Të dhënat ishin të anonimizuara dhe konfidenciale; analiza u krye për qëllime shkencore dhe përmirësim të cilësisë së kujdesit tek të moshuarit ambulatorë, në përputhje me standardet etike për studime retrospektive.

REZULTATET

Demografia dhe profili klinik

Mostra përfshiu 67 pacientë ambulatorë (57% femra; moshë mesatare 63.2 ± 15.5 vjet, medianë 64; 67% ≥ 60 vjeç). Multimorbiditeti ishte i shpeshtë (2–4 sëmundje/pacient). Gjendjet kryesore: hipertensioni 43%, diabeti tip 2/prediabeti 42% (31% bashkë me hipertensionin), dislipidemia 33% (9 pacientë me triadën hipertension+diabet mellitus+dislipidemi), insuficiencia kardiake 22% (shpesh me komorbiditete dhe terapi standarde), sëmundja renale kronike 4%, fibrilacion atrial dhe sëmundje ishemike e zemrës në disa raste. Simptomat reflektonin sëmundjet bazë (dispne, edemë, anginë, artralgi). Trajtimet përfshinin ACEI/ARB/ARNI, beta-blokues, diuretikë, statina/fibrate, antidiabetikë oralë/insulinë, si dhe antikoagulantë kur dyshohej trombozë.

Statusi i vitaminës D

Vitamina D u mat tek 27 pacientë; mesatarja 22.7 ng/mL (mediana 21.0; intervali 9.78–48.0). Defiçit/pamjaftueshmëri shumë e lartë: 85% e pacientëve <30 ng/mL (44.4% <20 ; 40.7% 20–30); vetëm 15% ≥ 30 . Gratë kishin nivele dukshëm më të ulëta se burrat (20.5 ± 8.5 vs 32.5 ± 12.4 ng/mL; $p \approx 0.006$). Kjo përputhet me prevalencën e lartë të mungesës së të moshuarit⁽¹⁾.

Markerët inflamatorë

Eritrosedimenti: u mat tek 32 pacientë; mesatarja ≈ 21 mm/orë, mediana 20; 44% >20 mm/orë. Vlerat më të larta u panë në artrit/IKK; rënia pas terapisë ilustroi reversibilitetin. Në 6 pacientë me insuficiencë kardiake u pa korrelacion i fortë me NT-proBNP ($r \approx 0.75$), duke sugjeruar komponent inflamator në IKK.



CRP (hs): u mat tek 17 pacientë; intervali 0.8–57 mg/L; mesatarja ≈ 14.2 , mediana ≈ 4.7 . 47% e pacientëve >5 mg/L, 35% >10 mg/L. Vlerat e larta lidhen më shumë me procese inflamatore/infektive sesa me ashpërsinë e insuficiencës kardiake; CRP dhe NT-proBNP veprojnë si markues të pavarur, me vlerë prognostike plotësuese^(8,9,15). Nuk u pa ndryshim domethënës i CRP-hs sipas dislipidemisë (numër i vogël).

Markuesit trombotikë

D-dimer: u mat tek 25 pacientë; mediana 500 ng/mL, mesatarja ≈ 901 (shpërndarje e gjerë; outliers >5000 – 9600). 52% >500 ng/mL. Dy raste ilustruan dinamikë klinike: rritje shumë e lartë me përmirësim nën enoksaparinë dhe përkeqësim pas ndërprerjes (sugjестive për emboli pulmonare); ulje nga 1,507 në 445 ng/mL pas antikoagulimit në varikoza. Në 9 pacientë me NTproBNP nuk u gjet korrelacion linear ($r \approx -0.18$); insuficienca kardiake e qëndrueshme shoqërohej zakonisht me rritje të lehtë–moderuar, ndërsa ngjarjet akute me vlera shumë të larta^(12,16,17).

Fibrinogjeni: u mat tek 26 pacientë; mesatarja 326 mg/dL, mediana 337; shumica 300–400; 15.4% >400 mg/dL (402–410), zakonisht me CRP/ESR të rritura. Lidhje e pritur e fibrinogjenit me inflamacionin dhe rrezikun arterotrombotik⁽¹⁴⁾. Disa me deficit të vitaminës D kishin fibrinogjen të lartë. Kjo përputhet me literaturën për marrëdhënien inverse Vit D–fibrinogjen⁽¹⁸⁾. Moshë korreloi fort me fibrinogjenin ($r=+0.72$; $\rho=+0.70$; $p<0.001$) dhe korreloi në mënyrë të moderuar me D-dimerin ($\rho=+0.43$; $p \approx 0.034$), duke sygjëruar “inflammaging”.

Metabolizmi i glukozës dhe profili lipidik

HbA1c: u mat te 33 pacientë; gama 5.4–13.84%; mesatarja ~ 7.6 ; rreth 22 me HbA1c $\geq 6.5\%$, 12 pacientë me HbA1c $>8\%$. U dokumentuan përmirësime pas ndërhyrjeve (p.sh.: 12.3% $\rightarrow 8\%$). Vlera të larta të HbA1c shpesh korrelojnë me CRP/D-dimer të rritur, duke sugjeruar ndërthurje hiperglicemi–inflamacion–prokoagulim.

Lipidet: kolesterolit total ($n=20$) mesatar ~ 208 mg/dL (12/20 >200 ; 8/20 >240). LDL ($n=14$) mesatar ~ 160 mg/dL; 9/14 >160 ; raste familjare me LDL >200 të trajtuara me statinë + ezetimib. HDL ($n=7$) mesatar ~ 60 mg/dL me disa vlera të ulëta; ApoB100 ($n=5$) mesatar ~ 129 mg/dL ($>$ optimal). Statinat mund të kenë ulur CRP. Në këtë mostër nuk u pa korrelacion i qartë lipide–CRP për shkak të numrit të vogël. Profili dislipidemi plus inflamacion kronik panoramizon rrezik të lartë kardiovaskular.

Parametra të tjerë laboratorikë

Ferritina ($n=9$) mesatarisht 119.6 ng/mL, me shpërndarje të gjerë (14.8–337). Interpretimi kufizohet nga numri i vogël dhe natyra e saj si reaktant i fazës akute. Kalciumi ($n=16$) mesatar ~ 9.4 mg/dL, kryesisht normal; një vlerë në kufirin e ulët (mundësisht nga deficieti i Vit D). Mungesa e vitaminës D mund të ulë kalciumin, por zakonisht forma e lehtë nuk ndikon shumë për shkak të kompensimit nga PTH.

Funksioni renal: kreatinina mesatare ~ 1.38 mg/dL. Në pacientët me insuficiencë kardiake, u vu re insuficiencë renale e lehtë (kreatininë 1.16–1.24 mg/dL), në përputhje me sindromën kardiorenale.

Acidi urik u vlerësua tek 15 pacientë. Shumica e pacientëve kishin vlera të acidit urik 5–6 mg/dL. Hiperuricemia u vu re vetëm në disa raste, kryesisht tek pacientët me sëmundje renale kronike dhe pacientë që përdornin diuretikë.

Vlerat e TSH u matën në 9 pacientë dhe rrezultuan kryesisht normale. Vetëm 1-2 raste shfaqnin hipo ose hipertiroidizëm të lehtë subklinik, pa diagnozë të shënuar.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Anemia u dokumentua tek 6% e pacientëve të mostrës së përzgjedhur, të cilët vuanin nga sëmundje renale kronike, insuficiencia kardiace kongjестive apo sindrom kardio-renal-metabolik.

Në insuficiencën kardiace, anemia shpesh bashkë-ekziston me NT-proBNP të lartë.

PSA dhe CEA (markues tumoralë): Një mashkull kishte PSA 23.4 ng/mL, që kërkon vlerësim të mëtejshëm për patologji prostatike (në kombinim me CEA 4.12, pak mbi normalen, ndoshta nga pirja e duhanit ose shkak tjetër jo-malinj). Dy burra të tjerë kishin PSA të matur, por jo të raportuar (ndoshta normale). Nuk u regjistruan markues tumoralë për femrat.

Analizat kryesore të korrelacionit

Dislipidemia vs Biomarkuesit Inflamatorë dhe Trombotikë: Nuk u gjetën dallime sinjifikative statistikore në CRP-hs dhe eritrosediment tek pacientët dislipidemikë apo jo-dislipidemikë. Pra, nuk u vu re rritje domethënëse e inflamacionit tek dislipidemikët. D-dimer ishte madje më i ulët tek dislipidemikët, i ndikuar nga përzgjedhja e pacientëve dhe terapia me statina. Megjithatë nuk u gjet korrelacion linear i fortë, u vërejt që pacientët me dislipidemi + inflamacion (p.sh.: CRP 3–8 mg/L, ESR 20–30, fibrinogjen >350) përfaqësojnë një grup me rrezik të lartë vaskular. Ky fenomen, i quajtur në literaturë “inflammaging”, përshkruan inflamacionin e ulët kronik që shoqëron metabolizmin e dëmtuar dhe plakjen. Terapia me statina redukton si LDL, ashtu edhe CRP, duke përmirësuar prognozën^(6,21).

NT-proBNP dhe korrelacionet e tij me Vit. D, D-Dimerin, CRP dhe ESR - NT-proBNP dhe vitamina D:

Nga pak pacientë që kishin vlera të NT-proBNP dhe vitaminës D u pa që në pacientët me insuficiencë kardiace kongjестive me rritje të vlerave të peptidit u gjetën vlera të ulëta të vitaminës D3, por ky kombinim nuk ishte i qëndrueshëm. Këto vlera tregojnë se nivelet e ngjashme të vitaminës D shoqërohen me NT-proBNP shumë të ndryshme, çka tregon se shkalla e insuficiencës kardiace është faktori dominues në përcaktimin e NT-proBNP. Kjo gjetje është në përputhje me studimin e Otaal et al. (Cureus, 2021), ku nuk u gjet një korrelacion i rëndësishëm mes vitaminës D dhe NT-proBNP në pacientët me insuficiencë kardiace kronike^(10,24).

NT-proBNP dhe D-dimer: Në përgjithësi, nuk u gjet një korrelacion linear i drejtpërdrejtë — disa pacientë me insuficiencë të rëndë kishin D-dimer të ulët, ndërsa të tjerë me D-dimer të lartë kishin insuficiencë kardiace më të lehtë. Shumica e pacientëve me insuficiencë kardiace të qëndrueshme kishin D-dimer lehtësisht të rritur. Kjo përputhet me literaturën që tregon se në insuficiencën kardiace të qëndrueshme, aktivizimi i koagulimit është i moderuar. Në rastet tona më të ndërlikuara (NT-proBNP 13,000 dhe 4,000), D-dimer ishte mbi normalen (591–798), duke sugjeruar që insuficiencia kardiace e avancuar shoqërohet shpesh me aktivizim të koagulimit^(13,16,17,26).

NT-proBNP dhe CRP/ESR:

Nga studimi CRP-hs nuk u gjet të korrelonte drejtpërdrejt me NT-proBNP, por ka vlerë prognostike kur të dy biomarkuesit janë të rritur^(9,15). Pacientë nga mostra të cilët ishin më rëndë klinikisht, paraqisnin CRP-hs dhe NT-proBNP të rritura njëkohësisht. Eritrosedimenti si biomarkues shfaqti korrelacion të moderuar-të fortë me NT-proBNP, ($r \approx 0.75$ në 6 raste) duke reflektuar komponent inflamator të insuficiencës kardiace. Pra në pacientë me insuficiencë kardiace që kishin vlera të larta të NT-proBNP, paraqisnin vlera të larta të eritrosedimentit. P.sh.: pacientja R. H. kishte anemi dhe ESR të lartë. Kjo përputhet me mekanizmin: insuficiencë kardiace e avancuar → perfuzion renal i ulët → anemi kronike + citokina inflamatore → ESR e rritur.



Analiza Multivariate dhe Grupimi i Pacientëve

Klasterizimi identifikoi katër profile kryesore klinike.

1. *Klasteri “Kardiak-inflamator”* përfshiu pacientë me insuficiencë kardiake të avancuar, ngarkesë të lartë kardiake (NT-proBNP e lartë), inflamacion të moderuar dhe prirje trombotike (D-dimer i rritur), shpesh me anemi/ sëmundje renale kronike dhe deficit të vitaminës D. Këta pacientë kanë barrë të shumëfishtë sistemike dhe kërkojnë trajtim të kombinuar: optimizim të insuficiencës kardiake, shtesa me vitaminë D dhe hekur dhe profilaksi antikoagulante.
2. *Klasteri “Sindroma metabolike”* përfshiu diabet mellitus, dislipidemi, hipertension dhe inflamacion të moderuar (“inflammaging”), me raste HFpEF stabile. Kërkon ndërhyrje agresive në stilin e jetesës dhe kontroll të diabetit e lipideve.
3. *Klasteri “Trombozë e theksuar/malinjitete”* karakterizohej nga D-dimer shumë i lartë (p.sh.: emboli pulmonare), rrezik onkologjik (PSA i rritur) dhe/ose imobilizim. Këta kanë hiperkoagulabilitet sekondar nga sëmundje sistemike. Kërkojnë trajtim antikoagulant dhe skruining onkologjik.
4. *Klasteri “Endokrin/reumatologjik”* përfaqësonte pacientë më të rinj pa patologji kardiake, me deficit të izoluar të vitaminës D dhe markerë trombo-inflamatorë normalë. Ky grup shërben si kontroll krahasues që tregon se mungesa e vitaminës D në moshë të re nuk shkakton domosdoshmërisht komplikime kardiake apo trombotike.

Analiza pa mbikëqyrje (Ward linkage) nxori dy fenotipe të dallueshme klinike:

1. *Fenotipi I (“Risk i lartë”)*: i karakterizuar nga moshë më e madhe, femra dominante, rritje e HbA1c, D-dimerit dhe fibrinogjenit, ulje e vitaminës D. Ky profil sugjeron inflamacion sistematik kronik, stres oksidativ dhe disbalancë metabolike.
2. *Fenotipi II (“Risk i ulët”)*: pacientë më të rinj, meshkuj dominantë, me biomarkues inflamator të ulët dhe vitaminë D më të lartë. Ky grup përfaqëson qëndrueshmëri metabolike dhe status më të mirë vaskular. Këto gjetje tregojnë se panelet e kombinuara të biomarkuesve mundësojnë stratifikim të personalizuar të rrezikut. *Vlerësimi multivariat* cilësor sugjeron se NT-proBNP përcaktohet kryesisht nga kombinimi i moshës, insuficiencës kardiake, funksionit renal dhe anemisë, më shumë sesa nga vitamina D apo CRP-hs. D-dimeri lidhet me moshën, insuficiencën kardiake të avancuar dhe inflamacionin; mungesa e vitaminës D mund të jetë faktor ndërmjetës përmes rritjes së IL-6 dhe fibrinogjenit^(4,29). Kombinimi i biomarkerëve (NT-proBNP + CRP) ka vlerë prognostike më të lartë sesa secili veçmas, siç tregohet edhe në literaturën ndërkombëtare⁽³⁰⁾.

KONKLUZIONE DHE DISKUTIMI I RREZULTATEVE:

1. Prevalencë e lartë e mungesës së vitaminës D tek të moshuarit dhe veçanërisht tek pacientët me insuficiencë kardiake⁽¹⁾. Kjo përforcon nevojën për vlerësim rutinë të dhënies si suplement të vitaminës D në këto popullata, siç rekomandohet edhe nga udhëzimet ndërkombëtare.
2. Mungesa e vitaminës D nuk korrelohet drejtpërdrejt me NT-proBNP, çka përputhet me gjetjet e studimeve që tregojnë se niveli i ulët i saj, ndonëse shumë i përhapur në dështimin kardiak, nuk është tregues i shkallës së rëndësisë së insuficiencës⁽¹⁰⁾. Ajo ndikon më shumë në prognozën afatgjatë sesa në biomarkuesit akutë. Në këtë kontekst, NT-proBNP mbetet treguesi më i besueshëm i ngarkesës kardiake, ndërsa vitamina D është faktor i pavarur që duhet korrigjuar për mirëqenie të përgjithshme.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

3. CRP dhe NT-proBNP veprojnë në fusha të ndryshme fizpatologjike dhe rrallë kanë korrelacion të ngushtë. Edhe në studime të mëdha (p.sh.: JAMA) ^(15,9), NT-proBNP rrezulton parashikues shumë më i fortë i ngjarjeve kardiovaskulare sesa CRP. E njëjta gjë u vërejt edhe në kampionin tonë: pacientë me NT-proBNP të lartë, por CRP normale (p.sh.: B.Z.) dhe anasjelltas, CRP e lartë pa NT-proBNP të lartë (p.sh.: H.S.).
4. Kombinimi i biomarkuesve mund të rrisë vlerën parashikuese. Pacientët me NT-proBNP dhe CRP të rritura njëkohësisht (si R.H.) paraqesin rrezik më të lartë për mortalitet⁽³⁰⁾. Kjo përputhet me literaturën që mbështet përdorimin e kombinimeve biomarkerësh për stratifikimin e rrezikut^(30,31).
5. Një aspekt novator i punimit është theksimi i ndërveprimit vitaminë D-inflamacion-trombozë. Studime të fundit (përfshirë ato gjatë pandemisë COVID-19) kanë treguar se mungesa e vitaminës D shoqërohet me rritje të ferritinës, CRP-së dhe D-dimerit⁽⁴⁾. Edhe pacientët tanë me ngjarje trombotike patën mungesë të vitaminës D, duke përforcuar këtë lidhje. Kjo sugjeron se korrigjimi i vitaminës D mund të ulë ngarkesën inflamatore dhe trombotike, veçanërisht në sëmundjet kronike kardiovaskulare⁽²⁹⁾.
6. Konfirmuam se shumë pacientë kishin triadën klasike dislipidemi–hipertension–diabet, e cila njihet si grupi më i rrezikshëm për ngjarje kardiake. Pacientët tanë dislipidemi nuk kishin domosdoshmërisht CRP shumë të lartë, por ata që e kishin (sindromë metabolike + CRP të lartë) përfaqësojnë një grup veçanërisht shqetësues, pasi studimet tregojnë se dislipidemia dhe inflamacioni bashkë e shumëfishojnë rrezikun kardiovaskular⁽³¹⁾. Implikimi praktik është nevoja për qasje multifaktoriale: ulje agresive të LDL (me statina, ezetimib, PCSK9i), kontroll të inflamacionit (nëpërmjet humbjes në peshë, SGLT2 inhibitorëve, ose ilaçeve si: kolkicina që ka treguar reduktim të CRP dhe ngjarjeve kardiake), si dhe korrigjim të vitaminës D. Qëllimi është të priset zinxhiri dislipidemi–inflamacion–aterosklerozë⁽²¹⁾.
7. Një tjetër element i vlefshëm është vëzhgimi dinamik i përmirësimit të biomarkuesve me trajtim: ulja e HbA1c nga 12.3 në 8.0, rënia e ESR pas trajtimit antiinflamator, apo normalizimi i D-dimerit pas antikoagulimit. Këto ndryshime dokumentojnë efikasitetin real të ndërhyrjeve terapeutike, diçka që shpesh mungon në analiza retrospektive statike.
8. Anemia dhe dështimi kardiak: katër pacientë tanë kishin anemi, kryesisht në kontekst të insuficiencës kardiace/sëmundje renale kronike. Kjo përputhet me studimet që tregojnë se anemia është e zakonshme në insuficiencë kardiace dhe përkeqëson prognozën, ndërsa trajtimi me hekur mund të përmirësojë simptomat. Menaxhimi i integruar (korrigjimi i anemisë, vitaminës D, etj...) është thelbësor, siç theksohet në udhëzimet moderne të insuficiencës kardiace^(1,6,8,9,12,14,15,16,17,18,21,24,26,27,30).

KUFIZIMET

Analiza jonë kufizohet nga madhësia e vogël e kampionit dhe të dhënat e paplota. Jo të gjitha korrelacionet mund të testoheshin me rëndësi statistikore dhe disa gjetje mund të jenë specifike për këtë grup pacientësh (p.sh.: një vlerë ekstreme e D-dimer mund të ndikojë në mesataret). Megjithatë, krahasimi me literaturën ndërkombëtare rriti besueshmërinë e përfundimeve tona. Dizajni retrospektiv nuk lejon përcaktim kauzal, pra nuk mund të thuhet me siguri që mungesa e vitaminës D shkaktoi rritjen e D-dimerit, por vetëm që ato bashkë-ekzistojnë, ndërkohë që studime të tjera sugjerojnë një lidhje të mundshme përmes inflamacionit⁽⁴⁾.



REFERENCAT:

- [1] [10] [24] *Correlation of Vitamin D Deficiency with Severity of Chronic Heart Failure as Assessed by Functional Class and N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide Levels - PubMed*
- [2] [7] [11] *Association of 25-hydroxyvitamin D deficiency with NT-pro BNP levels in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional analysis*
- [3] [14] [22] [23] *Relationship of vitamin D, fibrinogen and their ratio with acute coronary syndrome: A comparative analysis of unstable angina, NSTEMI, and STEMI | PLOS One*
- [4] *Correlation between vitamin D level and severity of prognostic markers in Egyptian COVID-19 patients: a cohort study - PMC*
- [5] [6] [21] [31] *Frontiers | Combined impact of elevated C-reactive protein levels and dyslipidemia on stroke: a CHNS prospective cohort study*
- [8] *Inflammation and Circulating Natriuretic Peptide Levels CIRCHeartFailure.119.006570*
- [9] [15] *N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide, C-Reactive Protein, and Urinary Albumin Levels as Predictors of Mortality and Cardiovascular Events in Older Adults | Acute Coronary Syndromes | JAMA | JAMA Network*
- [12] [13] [19] *Correlation between Elevated D-Dimer and BNP Levels in Various Clinical Diagnoses - Journal of Cardiac Failure*
- [16] [26] *The value of D-dimer in the prognosis of dilated cardiomyopathy*
- [17] *Procalcitonin and D-dimer in Predicting the Severity of Congestive ...*
- [18] *ASSA13-14-11 Relationship of High Blood Pressure Patients ... - Heart*
- [20] [27] [28] *Inflammatory Markers and Incident Heart Failure in Older Men*
- [25] *Effects of vitamin D supplementation on patients with chronic heart ...*
- [29] *Correlation between vitamin D level and severity of prognostic ...*
- [30] *Prognostic Value of N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide and ...*
- [32] *Periodontal Status, C-Reactive Protein, NT-proBNP, and Incident ...*
- [33] *Understanding the Role of Vitamin D in Heart Failure - IMR Press*



LYMPHOADENITIS TUBERCULARIS (SCROFULA) SI FORMË KLINIKE E NEGLIZHUAR NDËR DIAGNOZAT E LYMPHOADENITEVE PERIFERIKE NË VENDIN TONË PREZANTIM RASTI

Prof.Dr. Arben PILACA, Dr. Dhimitraq ARGJIRI, Dr. Iris KOSHOVARI, Dr. Gentian VYSHKA

Departamenti i Sëmundjeve Interne; International Hospital i Tiranës (Hygeia)

Abstract

The incidence of extrapulmonary tuberculosis (EPTB) has been increasing worldwide over the last few years. Tuberculous lymphadenitis is the most common form of the disease and is reported to occur in 25–60% of all EPTB cases. It is commonly seen in the cervical lymph nodes, but may also be in the larynx, pharynx, parotid and rarely, in the sinuses and petrous bone. The posterior triangle, supraclavicular and jugular nodes are most frequently affected. They are usually unilateral, although diffuse adenopathy may occur. TB involving cervical lymph nodes represents 50% of extrapulmonary TB. On another hand Tuberculosis of lymph nodes represent 40% of all lymphadenopathy.

Our country is endemic for TBC and the case that we are presenting is a modest contribute to alert the doctor in triage of lymphadenopathy because we think that is a clinic feature neglected of TBC infection origin. Our case is an Albanian young adult whom was an immigrant for years in UK presented with a forgotten clinical form of cervical lymphadenitis caused by mycobacterium tuberculosis.

Key words: Extrapulmonary, tuberculosis, Scrofula, lymphadenopathy.

Hyrje

Lymfadeniti nga tuberkulozi është një nga format klinike më të shpeshta të tuberkulozit ekstrapulmonar (TB). Tuberkulosi i limfonodujve të qafës njihet ndryshe dhe Scrofula⁽¹⁾. Në vendet në zhvillim ashtu siç është dhe vendi ynë tuberkulozi është shkaktari kryesor deri në 43% i limfadenopative periferike⁽²⁾. Infeksioni HIV shoqërohet me një rritje të incidencës totale të TB, si atij pulmonar dhe atij ekstrapulmonar⁽⁷⁾. Në ditët e sotme vlerësohet se rreth 1.7 bilion njerëz në mbarë botën janë të infektuar nga Mykobakterium Tuberculosis. Scrofula mendohet se është një fazë riaktivizimi i një infeksioni të mëparshëm apo latent, por mund të zhvillohet edhe si rezultat i një infeksioni akut në formën hematogjene⁽⁸⁾. Në vendet e zhvilluara, në shumicën e rasteve Scrofula ndodh ndërmjet emigrantëve që vijnë nga zona endemike për TB⁽¹²⁻¹⁴⁾. Moshat më të prekura janë grup moshë 20-40 vjeç, me një frekuencë më të shpeshtë tek seksi femër⁽¹⁾. Shqipëria është një vend endemik për infeksionin TBC dhe bazuar në të dhënat e viteve të fundit shihet një trend në rritje të rasteve, por paraqitja klinike e formës së Scrofulës pothuajse ishte harruar.



Ne po prezantojmë një rast klinik me Limfadenit Tuberkular si një nga format më të pavlerësuara apo të harruara të infeksionit nga mykobakteri TBC.

Rasti ynë

Një burrë Shqiptar rreth moshës 35 vjeç paraqitet për konsultë pranë International Hospital Hygeia në Tiranë, duke paraqitur si ankesë kryesore enjtjen në të dy anët e qafës. Ai na referon se ka më shumë se 3 muaj me këto ankesa. Ai është emigrant dhe jeton në Angli prej 6 vitesh, dhe ankesat shëndetësore që ai paraqet referon se i kanë filluar atje, me një zmadhim gradual të enjtjes së qafës në anën e djathtë, një masë e tendosur, e padhimshme më e theksuar në zonën submandibulare të djathtë. Pacienti fillimisht ishte vizituar në një klinikë në Londër dhe rasti ishte konsideruar si një patologji dentare. I janë dhënë antibiotikë për disa ditë por pa rezultat, pasi masa vijoi rritej dhe filloi të kishte si rrjedhje të një lëngu të bardhë si pus nga masa e fryrë. Doktorit në Londër mendoi që ta drenonte dhe vazhdoi ta konsideronte si problem të lidhur me dhëmbët. Pasi situata shëndetësore nuk po përmirësohej dhe enjtja e tendosja vazhdonte; gjithashtu filloi që enjtja të shfaqej dhe në anën tjetër në regjionin submandibular. Pacienti vendosi që të ndryshojë mjekun dhe klinikën. Ai ndryshoi edhe vendin ku do konsultohet. Bazuar në të dhënat që jep pacienti, ai shkoi në një klinikë në Milano (Itali). Edhe kolegët italianë e konsideruan si një problem që lidhej me dhëmbët.

Dokumentacion mjekësor nga Anglia apo Italia nuk kemi, çdo gjë është bazuar në atë që thotë pacienti.

Kështu Pacienti vendosi të kthehej në Shqipëri dhe filloi përsëri një udhëtim 2 javor nga një klinikë në tjetrën, por asnjëherë në Spitalet kryesore të vendit, deri sa përfundoi në Spitalin tonë.

Në vizitën mjekësore që bëri tek ne, Ai, nuk ankohej as për kollë, as temperaturë, as të dridhura, as rënie në peshë. Ai, nuk referonte për ndonjë problem shëndetësor kronik, nuk merrte asnjë mjekim dhe nuk kishte histori për përdorim alkooli apo duhani, si dhe për droga.

Gjatë ekzaminimit fizik konstatohej në masë e fryrë e madhe që rrethonte qafën me pozicion më të dukshëm në dy regjionet submandibulare. Masat ishin të buta, të padhimshme, fluktuante në palpacion, lehtësisht të lëvizshme. Lëkura e kësaj zone ishte normale nga ngjyra, pa lezion në anën e majtë dhe me shenja cikatrice në anën e djathtë. Fig 1.(a), (b)



Fig.1. (a) Regjioni submandibular bilateral i fistulizuar dhe (b) me limfonoduj të zmadhuar

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Në ekzaminimin e kavitetit oral dhe të faringsit nuk u konstatua asgjë në lidhje me patologjitë e dhëmbëve apo të indeve të buta. Ekzaminimi radiologjik me anë të Panoramexit nuk paraqiste asnjë shenjë patologjike të regjionit maxilofacial. Në vizitën e përgjithshme nuk paraqiste asnjë shenjë apo simptomë patologjike. Para kësaj situatë duhej të ndërtohej algortimi diagnostik mbështetur tek të dhënat anamnesticke, epidemiologjike, klinike dhe laboratorike të deritanishme, si dhe triazhin e kolegëve pararendës si në Angli, Itali dhe në Shqipëri. Diagnoza diferenciale duhej të bëhej me: infeksionet e regjionit maxilofacial dhe dentar, limfadenitet reaktive, sëmundjet e gjendrave salivare, lymfomën, sëmundjet metastatike karcinomatoze, cat scratch disease, tularemia, sarkoidosis, tuberkulosis limfoglandular, etj... Pacientit gjatë këtyre muajve i kishte ndodhur që masa submandibulare në anën e djathtë të fistulizohej spontanisht dhe ishte trajtuar si një infeksion dentar, duke i përshkruar antibiotikë, grupi i aminopenicilinave për 10 ditë por pa rezultat, dhe më vonë ishte bërë dhe drenimi kirurgjikal me disa incizione, ishte bërë zvotimi dhe kultura për florë bakteriale të përzierë, dhe përsëri dhënë antibiotikë që nuk vepruan përsëri. Tek ne diagnoza filloi të ndërtohej, duke kërkuar bërjen e disa analizave, si: gjak komplet, crp, sed, Mantoe, Gamainterferon për TBC, EKO të regjionit të qafës (Fig.2. a,b), Radiografi të pulmonit, etj., përpara se të bënim FNA diagnostike aspirative.

Në fillim të dhënat ekografike tregojnë për një masë me përmasa.....

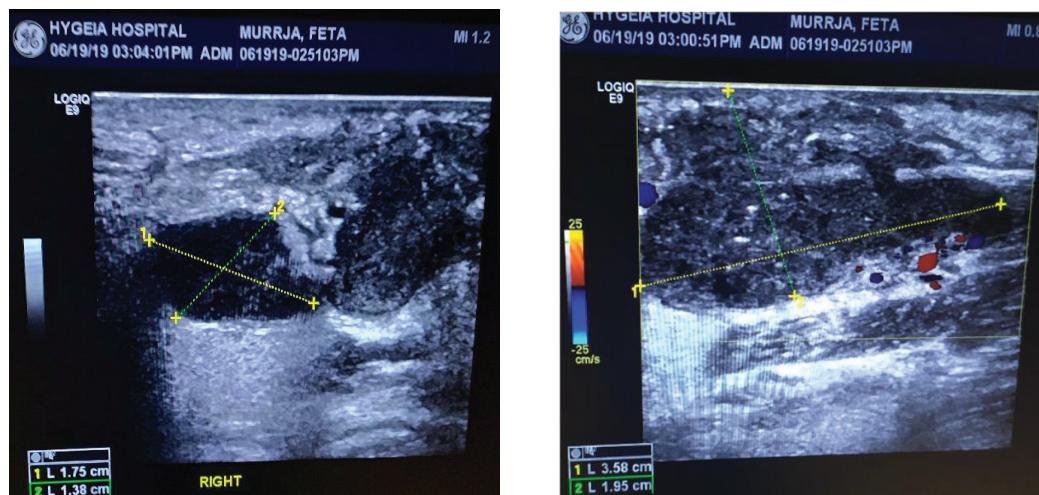


Fig.2. (a) (b) Echo e regjionit cervical dexter, sinistra

Pas kësaj ideja e parë ishte drenimi, por pa pritmas vjen përgjigja nga Imazheria e Pulmonit se kemi të dhëna për një hije pulmonare si një kavernë.

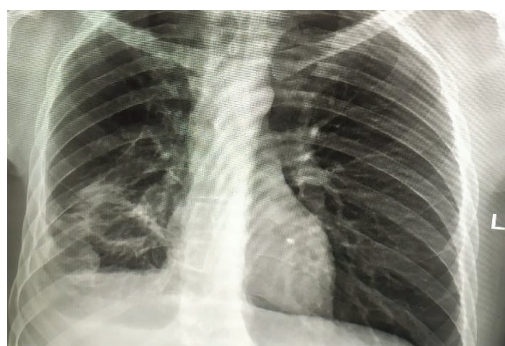


Fig.3. Imazhi rëntgenografik anteroposterior i toraksit ku evidentohet kavitete në lobin inferior dextra

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Kjo na bëri që të zhvendosim vëmendjen drejt një Limfadeniti Tuberkular apo Scrofula. Është kërkuar analiza e infeksionit HIV e cila rrezultoi negative. Pas 48 orësh është vlerësuar PPD e cila rrezultoi 20mm, gamma interferoni për TBC neg. Më pas rasti u referua në Qendrën e Referencës për diagnozë dhe trajtim. Është unike në vendin tonë; dhe në qendër është marrë sputum dhe material nga aspirimi i gjendrave limfatike dhe me metodën acid fast Ziehl Neelsen rrezultoi pozitiv për M tuberculosis si dhe me metodën Xpert MTB/RIF Ultra Assay, jo rezistent ndaj Rifampicinës. Pacienti u vendos në trajtim me antituberkular të linjës së parë dhe rrezultati ishte mjaft i mirë. Brenda 4 javësh pati përmirësim klinik të dukshëm

Emri ... Atësia ... Mbiemri ...
Nr. serial i laboratorit 1621
Mostra klinike ...

Pamja e jashtme e sputumit :

	MUKOPURULENTE	ME GJAK	SALIVA
MOSTRA 1	☐	☐	☐
MOSTRA 2	☐	☐	☐
MOSTRA 3	☐	☐	☐

Rezultatet e mikroskopisë:

Metoda e ngjyrosjes ☒ ZIEHL-NEELSEN ☐ FLUOROCHROME

DATA	MOSTRA	REZULTATI	POZITIV (SHKALLA)			
			3+	2+	1+	1-9 BARR
21/06/19	1	pozitiv			✓	
24/06/19	2	pozitiv		✓		
	3					

Diskutim

Limfadenopatia është një nga manifestimet klinike më të shpeshta që haset në praktikën e përditshme mjekësore. Diagnoza diferenciale e limfadenopative kërkon aftësi profesionale triazhuese, kërkon mbështetje nga laboratorët klinik-biokimik, imunologjik, mikro-virologjik si dhe imazherik.

Limfadenitis nga tuberkulozi është një nga format më të shpeshta të tuberkulozit extrapulmonar. Tuberkulozi i limfonodujve cervicalë njihet me emrin Scrofula⁽¹⁾. Tuberkulozi është përgjegjës për shkaktimin e mbi 53% të limfadenopative periferike⁽²⁾. Në Indi, tubercular lymphadenitis është një nga format më të shpeshta të tuberkulozit ekstrapulmonar dhe në moshat mbi 14 vjeç prevalenca e kësaj forme shkon mesatarisht deri në 4,4 raste për 1,000 banorë⁽³⁾. Me rritjen e numrit të të infektuarve me HIV shihet dhe një rritje e infeksioneve nga tuberkulozi. TBC është një nga shkaktarët kryesorë të humbjeve të jetës sidomos në vendet me të ardhura mjaft të ulta dhe të ulta. Tuberkulozi i kokës dhe i qafës përfshin deri në 12% të rasteve me tuberkuloz ekstrapulmonar në zonat endemike. Pjesët më të përfshira janë zonat e përparme dhe të pasme të qafës, si dhe regjioni supra clavicular. Ndërsa zonat me prekje më të rrallë janë regjioni submandibular, submental dhe axillar. Prekja e limfonodujve është karakteristike, ato janë të tendosura, të padhimbshme, me mungesë të skuqjes eritematoze të lëkurës.

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Ato, në fillim janë jo fluktuante, por supuracioni i tyre dhe drenazhi spontan mund të ndodhë duke u shoqëruar dhe me formimin e nekrozës. Në aspektin klinik: ethja, humbja në peshë, fatigue and malaise zakonisht nuk janë prezente ose janë diskrete.

Zhvillimi i formave klinike të infeksionit nga tuberkulozi, influencohet ndër të tjera dhe nga disa faktorë të bujtësit, si: mosha, seksi, gjendja nutricionalë, gjenetika, historia familjare dhe kontaktet me njerëz të infektuar.

Rasti ynë është një person mashkull i ri, që kishte histori familjare në vendin e origjinës atje ku kishte lindur dhe ishte rritur, dhe më pas emigrant prej më shumë se 7 vite në Francë dhe UK, duke qëndruar në vende me emigrantë të tjerë dhe në kushte higjieno-sanitare jo të mira. Studime të ndryshme kanë treguar se meshkujt janë më të prekur se gratë nga limfadeniti tuberkular si dhe grup mosha më e prekur në të rriturit është grup mosha 20-40 vjeç. Shpjegimi se pse meshkujt janë më të prekur nga kjo formë e infeksionit nga m tuberkularis mund të shpjegohet me disa faktorë, si: statusi social-ekonomik i meshkujve pasi ato ekspozohen më shumë me faktorët destabilizues imunitar, përdorim të duhanit, alkolit; janë më neglizhent në kujdesin shëndetësor, migrojnë dhe emigrojnë më shumë se femrat.

Shqipëria është një vend që konsiderohet me një epidemiologji stabël për TBC, me afërsisht 400 raste të reja në vit gjatë këtyre 5 viteve të fundit. Në vitin 2016, incidenca në Shqipëri për TBC ishte 14.4 për 100,000; ndërsa rezistenca ndaj antituberkularëve është më pak se 1.1%; mortaliteti llogaritet me një rate 0.5 për 100,000 banorë; dhe suksesi i trajtimit me një rate 88%.

Nga të 407 rastet e reja të raportuara në 2016 për TBC, 117 ishin diagnoza të TBC ekstrapulmonar. Ndërsa një raport të saktë në vendin tonë për tuberkulozin e limfonodujve nga TBC nuk e kemi. Duke ju referuar raportimeve të ndryshme të disa autorëve se rate i TBC së limfonodujve zë afërsisht 12% të TBC ekstrapulmonar; atëherë në rastin e Shqipërisë, numri i pritshëm i rasteve me TBT e limfonodujve duhet të jetë rreth 14. Pra një shifër e vogël e cila në dokumentacionin e deri tanishëm nuk dokumentohet, prandaj dhe qëllimi i këtij shkrimi është për të sjellë në vëmendjen e mjekëve për këtë formë të TBC ekstrapulmonar (Scrofula) e cila duket si një re-emerge formë klinike, e harruar prej dekadash në vendin tonë.

Konkluzione

Tuberkulozi është një nga problemet më të rëndësishme shëndetësore në mbarë botën dhe sidomos në vendet në zhvillim. Scrofula apo limfadenitis tuberkularis është një entitet i rrallë në vendet e zhvilluara në kohët e sotme. Kështu që dhe në vendin tonë ka kohë që kjo formë klinike nuk raportohet. Mos raportimi i kësaj forme klinike nuk do të thotë se nuk haset më, por ajo mendojmë se është një formë e harruar apo e nënvlerësuar, pasi raste të rralla ka.

Për këtë arsye me këtë artikull ne duam që të tërheqim vëmendjen drejtë mjekëve që triazhojnë pacientë me limfadenopati, apo të mos neglizhojnë origjinën e tyre dhe nga mykobakterium TBC, pasi vendi ynë është një vend endemik për TBC pulmonare dhe format e tjera ekstrapulmonare.



Referenca:

1. Grzybowski, S., Allen, E., *History and importance of scrofula. Lancet.* 1995;346:1472
2. William, N., Stuart, G., *Mycobacterial lymphadenitis. Tuberculosis.* 1996;44:577
3. Kanlikama, M., Mumbuc, S., Bayazit, Y., et al, *Management strategy of mucobacterial cervical lymphadenitis. J Laryngol Otol.* 2000;114:274
4. Neville, B., Damm, D., Allen, C., et al, in: *Oral and Maxillofacial Pathology.* (ed 1). Saunders, Philadelphia, PA; 1995:682-683
5. Suoglu, Y., Erdamar, B., Colhand, I., et al, *Tuberculosis of the parotid gland. J Laryngol Otol.* 1998;112:588
6. Gal, G., Kaplan, I., Calderon, S., et al, *Large perimandibular swelling. J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55:1134
7. Kothari, O., Bartella, L., J., et al, *Tuberculosis of the mandible in a child. J Laryngol Otol.* 1998;112:585
8. Chao, Loh, K., Tan, K., et al, *Tuberculous and nontuberculous servical lymphadenitis (A clinical review). Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;126:176
9. Daniel, T.M., *Rapid diagnosis of tuberculosis (Laboratery techniques applicable in developing countries). Rev Infect Dis.* 1989; S471.
10. Ahuja, A., Ying, M., *Grey-scale sonography in assessment of cervical lymphoma. Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 38:451.
11. Deitel, M., Bendago, M., Krajdens, S., et al, *Modern management of cervical scrofula. Head Neck.* 1989;11:60.
12. Keane, J., Gershon, S., Wise, R.P., et al, *Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor α -neutralizing agent. N Engl J Med.* 2001; 345:1098.
13. Mohan, V.P., Scanga, C.A., Yu, K., et al *Effects of tumor necrosis factor alpha on host immune response in shronic persistent tuberculosis (Possible role for limintng pathology). Infect Immun.* 2001; 69:1847.
14. Lipsky, P.E., van der Heijde, D.M.F.M., St Clair, E.W., et al, *Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. N Engl J Med.* 2000;343:1594



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

FËMIJA ME KOLLË NË PRAKTIKËN E PEDIATRIT TË FAMILJES

Dr. Eduard MONE
QSH4; Poliklinika Vlorë

Abstract

Cough is the most common cause of unscheduled pediatric visits. this is specially seen in the everyday work of the paediatrician of the family. in this article is shown the main causes of paediatric coughs differentiated by duration quality, (dry or wet) and night - day time of coughing. we have stressed the importance of detailed anamnesis of this cough in the child because only in this a diagnose may be made with reasonable certainty. for more we can spare the visits in other specialists and diagnostic tests which can be unlikely useful, costly for the family and some time unnecessary.

Hyrje

Në sezonin e ftohtë kolla është një nga simptomat më të shpeshta që paraqesin fëmijët në ambulatorin pediatrik. Dihet që llojet e kollës janë disa, kështu që është e nevojshme të orjentohejmë sa më afër shkakut të kollës tek fëmija.

Mjeku pediater gjatë marrjes së ankesave dhe anamnezës së sëmundjes që shoqërohet me kollë gjithmonë kërkon karakteristikat e saj që janë:

- Kollë e thatë e lehtë, munduese, lehëse;
- Kollë me sekrecione;
- Sa zgjat: ditën, natën, 24 orë;
- Sa kohë ka fëmija me këtë simptomë.

Së dyti pediatri duhet të ketë parasysh dhe shenjat ose simptomat që prindi referon se e shoqërojnë kollën ku më kryesoret përmendim:

- Vështirësinë në frymëmarrje (inspirim, ekspirim);
- Dhimbjen e gjoksit ose të pjesëve të tjera trupore;
- Karakteristikat e sekrecioneve në rastin e kollës produktive.

Bazuar sa më sipër e rëndësishme është që të plotësojmë historinë e sëmundjes që ka si ankesë kryesore kollën të referuar nga prindi.

Elementet bazë klinike dhe anamnestike

Siç e theksuam më sipër zgjatja e kollës paraqet një të dhënë klinike me shumë rëndësi. Në bazë të kësaj të dhëne janë ndërtuar tabela orientuese ose logaritme që i grupojnë të dhënat e kollës tek fëmija bazuar gjithmonë mbi një raport lloji i kollës / kohëzgjatje.

Po paraqes në mënyrë të thjeshtuar këtë raport.

Lloji kollës	Kohëzgjatja
Kolla akute ose e mprehtë	Më pak se 14 ditë
Kollë e zgjatur	14-28 ditë
Kollë që shfaqet herë pas here (rikorrente)	mbi 28 ditë
Kollë e përditëshme e zgjatur (persistente)	mbi 28 ditë
Kollë kronike e vazhdueshme e zgjatur	mbi 28 ditë



Kolla e thatë dhe me sekrecione

Këtu bëjnë pjesë dy kategori kolla e thatë dhe kolla me sekrecione, ose produktive, ose katarrale. Kjo karakteristikë e saj ka rëndësi për diagnozën e sëmundjes tek fëmija. Në një studim të kryer nga / Chang dhe bashkëpunëtorët e tij titulluar: “cough quality in children. A comparison of subjective vs bronchoscopic findings”, theksohet se raportimi i prindit për llojin e kollës është një e dhënë klinike shumë e mirë dhe e bazuar sepse përputhet me gjetjet e kryera me bronkoskopi të sekrecioneve. Këtu me rëndësi është që të pyetet prindi nëse kolla, me ose pa sekrecione, e shqetëson fëmijën dhe vetë prindin. Të dhënat e këtij studimi thonë se shpesh prindet janë të shqetësuar që fëmija kollitet, së dyti për kollën e thatë dhe së treti për atë me sekrecione. Në fakt kolla katarrale nuk e lodh fëmijën sa forma e saj e thatë.

Kolla e ditës ose natës, ose gjithë ditore

Kjo e dhënë anamnestike është e rëndësishme për të kuptuar substratin klinik që fshihet pas llojit të kollës. E rëndësishme gjithmonë është të pyetet prindi nëse kolla e fëmijës ndalon gjatë gjumit apo jo.

Aktualisht prej prindit mund të jepen dhe të dhëna filmike pasi ka prindër që e filmojnë me telefon fëmijën kur kollitet kështu që kjo na ndihmon më shumë për të përcaktuar disa diagnoza si kolla e mirë apo kolla psikogjene.

Kolla dhe grafia

Po e shkruaj këtë si një paragraf më vete për arsye të debateve që shpesh bëhen në ambulator nga mjeku, prindi apo familjarët e tjerë të tij, lidhur me nevojën e radiografisë për të përcaktuar më mirë origjinën e kollës dhe sidomos nëse pasi ka marrë mjekim dhe nuk kemi rezultate të mira. Theksojmë që grafia mund të jepet nga mjeku i familjes në rast se kolla e fëmijës është prej katër javësh ose 28 ditë. Po ashtu kur përsëritet apo nuk qetësohet nga mjekimi i kryer. Grafia nuk është vetëm për pediatrin e spitalit. Ajo kur është e nevojshme na jep të dhëna shumë jetësore për fëmijën përfshi:

- Tumoret mediastinale
- Tbc
- Trupat e huaj
- Keqformime të organeve të gjoksit.

Mjeku duhet ti shpjegojë me durim prindit se grafia nuk është e dëmshme për fëmijën kur është e nevojshme pasi na lajmëron për sëmundje që nuk i kuptojmë mirë, janë të fshehta, apo me të dhëna klinike të pakta.

Bazuar sa më sipër po trajtojmë më gjerësisht format kryesore të kollës tek fëmijet në mënyre që të japim të dhëna më të plota në shërbim të mjekut pediatër në shërbimin ambulator.

1-Kolla e mprehtë (akute) dhe e zgjatur.

Duhet të themi se pavarësisht nga lloji i saj, një kollë edhe ajo më thjeshta e një rrufe apo rinofaringiti e shqetëson prindin. Pediatri i fëmijës në ambulator duhet të qetësojë prindin duke i thënë se shpesh kolla mund të mbetet dhe pas kalimit të rrufës. Në fakt pediatri duhet ti thote se:

- Një në tre fëmijë i mbetet kolla për më shumë se 10 ditë
- Kolla e rrufës mund të zgjasë 7-10 ditë

Kjo për faktin se sidomos tek fëmijët e kopshtit dhe shkollës fillore zhvillohen ato që ne i quajmë infeksione respiratore të shpeshta dhe “kolla mund të zërë kollën” pra fëmija ka vazhdimisht



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

kollë dhe prindi vjen i shqetësuar duke i referuar pediatri që fëmija ka gjithmonë kollë. Pediatri duhet të marrë në këto raste një anamnezë të hollësishme për të ndarë episode dhe për të mos e klasifikuar këtë kollë akute që përsëritet në një kollë persistente. Kolla e infeksioneve akute të rrugëve të sipërme fillon si kollë e thatë dhe pastaj lëngëzohet pra bëhet katarrale dhe fëmija e pastron me ngadalë derisa qetësohet.

Do të ndalemi tek kolla akute në rastin kur fëmija mbytet dhe trupi i huaj kalon në rrugët e frymëmarrjes. Pas episodit të mbytjes që i frikson prindërit pasi kalon disa ditë fillon e shfaqet kollë e cila është katarrale. Pediatri gjithmonë nuk duhet të harrojë të pyesë për fillimin e kollës sepse jo çdo trup i huaj që futet në rrugët e frymëmarrjes shfaqet me mbytje dramatike.

Në dëgjim kemi një fishkëllimë ekspiratore unilaterale. Nesë e dëgjojmë këtë është mirë të kryejmë një grafi të gjoksit për të sqaruar përfundimisht diagnozën. Jo rrallë kërkohet ndihma e specializuar e mëtejshme tek pneumologu pediater.

Tek fëmijët e tre viteve të para kolla me gëlbazë, pra katarrale nuk është e zakonshme. Nëse kemi të bëjmë me rastin kur fëmija ka kaluar një infeksion të rrugëve të frymëmarrjes dhe i ka ngelur kollë për më shumë se dy javë apo kur prindi i referon pediatri se: “fëmija e tij ka kohë që ka zhurmë gërrhitëse gjatë frymëmarrjes që ja dëgjoj kur e marr në krahë”. Në këto raste duhet të thellohem për të kuptuar diagnozën që shkakton kollën pasi kjo moshë e ka të vështirë të pështyjë gëlbazën. E sjell në gojë dhe e kapërcen në stomak. Shumica e rasteve kalon duke përdorur vetëm një shurup që shkrin sekrecionet të përshtatshëm për moshën dhe shijen e fëmijës pra që ai ta marri në mënyrë të natyrshme pa i shkaktuar kollë ose të vjella nga mjekimi që i japim. Në raste të pakta kur kolla mbetet edhe pas kësaj mënyre mjekimi, duhet të konsiderojmë një diagnozë tjetër mjaft e mundshme tek fëmijët e viteve të para që quhet bronkit i zgjatur bakterial. Fëmija mund të mos ketë temperaturë por në këto raste është i nevojshëm përdorimi i kurës me antibiotikë. Kam përdorur me rezultate të mira si Cefaklorin ashtu edhe Amoksisicilinën me Acid Klavulanik.

2-Kolla e zgjatur e thatë tek fëmijët

Kjo është një gjendje ku kolla është e thatë, gjithë ditën dhe natën, lodhëse për fëmijën. Zgjat më shumë se 2 javë dhe mund të shkojë një muaj. Në këto raste pediatri duhet të konsiderojë përveç të tjerave dhe disa sëmundje siç janë: kolla e mirë (shkaktuar dhe nga Bordetella parapertusis), infeksionet nga mykoplasma, infeksioni nga klamidia. Shpesh na ndihmon dhe filmimi nga prindi i krizës së kollës që është mjaft tipike dhe e njohur nga pediatri në rastin e kollës së mirë.

Kolla që përsëritet apo ikën dhe vjen. Quhet dhe kolla rikorente.

Kjo kollë është e shpeshtë tek fëmijët që shkojnë në institucion. Me rritjen ajo fillon e pakësohet deri në zhdukje. Shkak janë infeksionet e përsëritura virale të rrugëve të frymëmarrjes që merren në institucion, çerdhe, kopshte, shkollë. Pediatri në këto raste më shumë se terapinë duhet të punojë me prindin për të sqaruar natyrën e mirë të kësaj kolle dhe ecurinë saj në zhdukje me rritjen e fëmijës.

Por në një numër të pakët fëmijëve 3-4 për një mijë, kur sëmuren nga rrufa apo infeksionet virale të rrugëve të sipërme kanë një kollë të fortë dhe që nuk pushon sa që prindi është shumë i shqetësuar dhe shpesh acarohet me mjekun pediater të fëmijës që nuk arrin të shërojë kollën e tij. Në këto raste duhet që të konsiderojmë dhe një gjendje të veçantë të ngjashme me kollën e mirë,



por që përsëritet në çdo rast që fëmija ka rinofaringit, etj., që quhet sindromi nga mbindjeshmëria e receptorëve të kollës. Ky është një sindron që ndodh tek disa fëmijë që kanë predispozicion ta zhvillojnë atë pasi mukoza e rrugëve të frymëmarrjes preket nga virusi. Është më shumë i zhurmshtëm se sa i dëmshëm dhe nuk e lë të qetë fëmijën ditën dhe kur shtrihet, por që qetësohet disi pasi e zë gjumi. Në këto raste pediatri duhet të njohi këtë gjendje dhe të drejtojë fëmijën për të kryer një vizite tek mjeku pediater pneumolog.

Në fund do të kujtojmë që në disa fëmijë kolla e zgjatur deri në katër jave mund të vij nga bronkitet me natyrë bakteriale dhe nga një sindron tjetër që quhet sinobronkial që mjeku pediater duhet ta vlerësojë dhe ta kërkojë tek fëmijët e shkollës 9 vjeçare dhe gjimnazit. Mirë do të jetë që në këto raste sa herë që i dyshojmë të kërkojmë konsulta me kolegët e tjerë specialist ORL dhe Pneumolog pasi këto gjendje jo rrallë flasin dhe për keqformime në rruget e frymëmarrjes siç janë: trakeomalacitë, bronkoektazitë dhe gjendjet enfizematoze.

3-Kolla kronike

Kolla e vazhdueshme është një simptom i vështirë për tu diagnostikuar dhe jo i lehtë për pediatri të fëmijës. Kolla e vazhdueshme mund të haset në çdo moshë duke filluar nga i porsalinduri deri tek adoleshenti. Gjendja e përgjithshme mund të jetë e prekur ose jo. Për këtë arsye është e rëndësishme të kujtojmë se tek kjo rubrikë bëjnë pjesë një grup çrregullimesh të paraqitur si më poshtë:

- Shkaqet e kollës kronike:
- Keqformime, më kryesore DPC;
- Mukoviscidoza;
- Infeksione;
- Alergji dhe çrregullime imunitare (kolla nga azma);
- Kolla nga duhani;
- Kolla psikogene si tik ose somatike;
- Kolla nga organet jashtë e frymëmarrjes kryesisht veshi;
- Bronkiti eozinofilik

Në këtë artikull nuk mund ti trajtojmë të gjitha por duke parë rëndësinë e gjendjeve që i shkaktojnë pediatri duhet me durim të kërkojë një anamnezë të hollësishme që prej lindjes së fëmijës, ecurinë, trajtimet, egzaminimet dhe të konsiderojë mundësinë e bashkëpunimit me kolegët e tjerë specialist për zgjidhjen e rastit.

Shpesh fëmijët me kollë të vazhdueshme bëjnë një jetë normale dhe nuk merakosen fare për të. Është shpesh prindi që e sjell për vizitë pasi nuk arrin të qetësohet edhe pse fëmija nuk ankoheret.

Siç e pamë shkaqet janë të shumta dhe shpesh të pamendueshme nga pediatri, por anamneza dhe bashkëpunimi janë dy pika të forta në favorin tonë.

Nuk dua të harroj së theksuari përhapjen e duhanit jo vetëm tek djemtë adoleshentë, pasi në përvojën time janë jo të pakta rastet që kolla tek vajza shkaktohet nga duhani që përdorte dhe që e maskonte shumë mirë nga prindërit.

Në kollën kronike nuk do të harroj pa përmendur kollën nga veshi, që kërkon një kontroll të mirë të tij nga ana e pediatri dhe kollën kronike nga bronkiti eozinofilik që i ngjan shumë azmës porse



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

kërkon një egzaminim të hollësishëm të sputumit për të kuptuar natyrën eozinofilike të tij. Në këtë rast pediatri i familjes do të kërkojë një egzaminim të gjakut për eozinofile. Rritja e tyre mbi 300 për mm³ është tregues i fortë i këtij bronkiti azmatiform.

Si përfundim po paraqesim tabelën ku përshkruhen llojet e kollës që folëm më lartë:

Kolla akute i	nfeksione virale- më pak se 2 javë
Kolla e zgjatur (	kolla e mirë, bakterie atipike, trupi huaj, bronkit, tumor); 3-4 javë
Kolla rikorrente i	nfeksione rikorrente virale, sindromi rec. të kollës, bronkitet bakteriale; 4-8 javë
Kolla kronike m	bi 28 ditë; > 4-8 javë

Po ashtu theksojmë si me rëndësi në trajtimin e kollës këto pika shumë të rëndësishme që pediatri i familjes duhet ti ketë parasysh:

- Për tu orjentuar drejt rreth kollës duhet të kemi parasysh zgjatjen kohore, është thatë ose me katarr, raportit ditë natë.
- Mjeku pediatër mund të zgjidhë shumicën e rasteve me kompetencë të plotë dhe në pak raste është nevoja e konsultës specialistike.
- Shpesh filmimi i kollës na ndihmon të dallojmë me saktësi kollën e mirë, ose kollën si tik,.. etj.
- Kolla është simptom jo vetëm i azmës dhe alergjive.
- Kolla tek një fëmijë që rritet mirë dhe vjell nuk është nga refluksi.
- Kërko një radiografi pas 3-4 javësh nëse nuk kemi rezultate të mira në trajtimin e kollës.

Literaturë mjekësore:

1. Tosse . edizione La Roche 2015 f. 3-11, 22-24, 75-91, 106-121.
2. Tosse ed la classificazione. Pediatria dalla a alla Z Ugazzo 2017. f 17-19.
3. Prontuario pediatrico quinta edizione . Tosse f 272.
4. Testo di pediatria Bartolozzi, sintomi respiratori in pediatria. F 237-241.
5. Syndrome da ipersensibilita dei ricettori di tosse, G.Longo, med e bamb, 2023 42(7)427-36
6. Clinical practice cough ,pertussis and other in kids, HewwlwtN.Eng.J.Med.2005 nr12
7. Diagnosis of cough in preschool and scolar children Vertigan, CHEST guideline and expert2015, f 24-31





Prof. Dr. Gjergji CEPA

Tre vite më parë mjeku i njohur shqiptar, Prof. Dr. Gjergji Cepa, një ndër themeluesit e Okulistikës Shqiptare u nda nga jeta në moshën 81-vjeçare.

Ai lindi në 1939 në Korçë dhe u diplomua Mjek Okulist në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Leipzigut në Gjermani, 1957-1963.

Nga viti 1963-1965 vijoi specializimin në Tiranë dhe më pas u emërua në detyrën e Nën/Drejtorit të Spitalit Rajonal të Korçës, që e ushtroi deri në vitin 1974.

Në vitin 1975, Prof. Dr. Gjergji Cepa emërohet mjek okulist në Klinikën Speciale dhe po këtë vit shkon për Specializim të mëtejshëm në Kinë.

Në vitin 1979, Prof. Dr. Gjergji Cepa vijon specializimin në Austri.

Në vitin 1980, fitoi titullin e lartë “Doktor i Shkencave” dhe për shumë vite ishte Pedagog në Universitetin e Tiranës.

Si një ndër themeluesit e Okulistikës Shqiptare, ai botoi mbi 30 libra dhe artikuj të shumtë shkencorë për okulistikën, dhe për kontributet e tij të mëdha në fushën e mjekësisë u nderua me dhjetëra tituj brenda e jashtë vendit.

Botimet e tij janë bërë pjesë edhe të Bibliotekës Kombëtare të Austrisë dhe Gjermanisë.

Prof. Dr. Gjergji Cepa është autor edhe i atlasit angiografik të syrit.

Nga viti 1992 deri në vitin 2003 ka qenë bashkëkryetar i Shoqatës Oftalmologjike Shqiptare dhe nga viti 2003 deri në vitin 2009 ka qenë kryetar i saj.

Deri në moshën 78-vjeçare, edhe pse në pension, ai ushtroi me pasion e dashuri profesionin e tij si mjek okulist në shërbim të qytetarëve.

Prof. Dr. Gjergji Cepa mbahet mend nga kolegët dhe pacientët si njeri dhe profesionist i shkëlqyer, fisnik, i ndershëm me kulturë evropiane, mjek që edukoi mjekë të rinj në shumë breza që rrezatohet veç mirësi, që me modestinë e tij u mësoi humanizmin dhe profesionalizmin.

Prof. Dr. Gjergji Cepa akademiku që rrezatonte veç kulturë dhe modesti.



Dr. Naim DEMIRI **1942 – 2025**

Më 15 Korrik 2025, u nda nga jeta Dr. Naim Demiri, mjeku i nderuar i Elbasanit.

Dr. Naimi lindi më 21 Prill 1942, në Elbasan, në një familje të njohur qytetare. Arsimin fillor dhe të mesëm të ulët e kreu në shkollën “Ushtrimore”, dhe më pas në shkollën “Naim Frashëri” të qytetit. Arsimin e mesëm e vijoi në “Politeknikumin Mjekësor” të Tiranës, ku u diplomua në vitin 1960 si ndihmës-mjek me rrezultate të shkëlqyera.

Studimet e larta i vazhdoi në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës gjatë viteve 1960–1965, në degën e Mjekësisë së Përgjithshme. Në vitin 1965 u emërua në Elbasan dhe po atë vit ndoqi specializimin në klinikën e Otorinolaringologjisë të Qendrës Universitare në Tiranë, për dy vite (1965–1967), nën drejtimin e Prof. Besim Zymës.

Në vitet pas 1967, shërbeu si mjek O.R.L. për qarkun Elbasan, në shërbimin ambulator dhe spitalor. Nga viti 1979 deri në 1991, drejtoi spitalin e qytetit dhe më pas institucione të tjera shëndetësore, pa u shkëputur kurrë nga puna në klinikën e ORL-së.

Gjatë karrierës së tij ka drejtuar Këshillin Shkencor të Spitalit, ka qenë anëtar i Këshillit Shkencor i Rrethit Elbasan dhe një aktivist i palodhur i forumeve mjekësore shqiptare.

Është autor i disa librave mjekësorë, artikujve, studimeve dhe teksteve mësimore për degën e infermierisë në Universitetin e Elbasanit, “Aleksandër Xhuvani”, bashkëautor dhe kryeredaktor i redaksisë së mjekësisë në veprën Elbasani Enciklopedi (1998), si dhe autor i librit Historiku i Mjekësisë së Trevës së Elbasanit. Për punën dhe shërbimin e palodhur në shëndetësi, është vlerësuar me tituj nderi ndër vite, duke përfshirë edhe titullin “Nderi i Qarkut” në vitin 2017.

Kjo është jeta e Dr. Naim Demirit: humanistit të përkushtuar ndaj të gjithëve, mësuesit praktik të personelit mjekë dhe infermierë, kontribuesit në përgatitjen e brezave të studentëve të mesëm e të lartë, ish-drejtuessit korrekt dhe të aftë të shëndetësisë në Elbasan për shumë vite, njeriut që i shërbeu banorëve të qarkut të Elbasanit me devotshmëri, thjeshtësi, gatishmëri, empati, idealizëm dhe profesionalizëm për shumë dekada.

Një shërbim dhe përkushtim i pakursyer në dije dhe në kohë.

Ngushëllime të sinqerta familjes, të afërmeve, miqëve dhe kolegëve.

Për ty nuk ka lamtumirë....

I paharruar do të mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Elbasan, UMSH





Dr. Dhimitraq DHAME
1952 – 2025

Në dt. 7 Tetor 2025 është ndarë nga Dr. Dhimitraq Dhame.

Dr. Dhimo lindi më 12 Shtator 1952. Pasi ndoqi shkollën fillore dhe atë 8-vjeçare në vendlindje, vijoi edukimin e tij në Shkollën e Mesme Mjekësore “Jani Minga” në Vlorë.

Në vitin 1975 dr. Dhimo vijoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë të cilin e mbaroi në vitin 1980. Më tej në vitin 1985 vijoi specializimin në fushën e Epidemiologjisë të cilin e përfundoi në vitin 1987, ku u formua si një profesionist i përkushtuar dhe me përgatitje të lartë shkencore. Pasi përfundoi studimet dr. Dhimo u kthye në Sarandë ku filloi punë në Drejtorinë e Shëndetit Publik ku shërbeu me devotshmëri, duke dhënë një kontribut të çmuar në shëndetësinë vendase dhe më gjerë.

Dr. Dhimo u njoh për humanizmin, ndershmërinë dhe përkushtimin e tij. Dr. Dhame ishte një shembull i vërtetë i mjekut që nuk ndihmonte vetëm me profesionin, por edhe me zemrën. Tek dr. Dhimitraqi ishin kalitur vlera të rralla si njeri parimor, korrekt, i fjalës dhe i veprave, i përkushtuar dhe i përgjegjshëm për çdo obligim të jetës, në familje e shoqëri një thesar i vyer i diturisë që do të na mungojë shumë të gjithëve.

Dr. Dhimo do kujtohet gjithmonë si njeriu model i dashurisë për njerëzit, i përkushtimit maksimal ndaj profesionit të mjekut, i thjeshtësisë të intelektualit. Ai do të mbetet në kujtesën tonë si një njeri me zemër të madhe. Për Sarandiotët, dr. Dhimo ishte mjeku që u shërbente me shumë përkushtim në çdo kohë e në çdo vend, i papërtuar; njeri me vlera të veçanta me një zemër të madhe e bujare që gjithë jetën ia kushtoi njerëzve në nevojë.

Ai do të kujtohet me nderim nga kolegët, pacientët, miqtë dhe të gjithë ata që patën fatin ta njihnin.

Jeta është një cikël i pashmangshëm dhe mbart në vetvete dete të tëra me dhimbje e gëzime, por kur lë mbrapa gjurmë krenarie me virtyte e dije, atëherë i ke lënë botës një thesar të madh duke u bërë i pavdekshëm për pasardhësit dhe shoqërinë.

Lamtumirë, Doktor Dhame. Kujtimi yt do të jetojë përherë në mendjet dhe zemrat tona!

Pushofsh në paqen e përjetshme o njeri i perëndisë!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH



DR. Ahmet HOXHALLARI **1943 – 2025**

Data 18 Tetor 2025 ishte një ditë e trishtë për Korçën, për Mjekësinë Shqiptare dhe për të gjithë ata që patën fatin ta njihnin nga afër Doktor Ahmet Hoxhallarin, një nga figurat më të ndritura të humanizmit dhe përkushtimit profesional në vendin tonë, dhe Kirurgu me duar të arta të Qytetit të Korçës!

Mjeku Ahmet Hoxhallari lindi në Velçan të Gorës në 27 Dhjetor 1943.

Në vitin 1969 mbaroi studimet në Fakultetin e Mjekësisë, dhe fillon punë si Kirurg i Përgjithshëm në Spitalin e Korçës. Në vitin 1977 specializohet në fushën e Urologjisë, si mjeku i parë urolog për rrethin e Korçës.

Dr. Ahmeti ka punuar me përkushtim dhe profesionalizëm, i dalluar edhe për aftësitë organizative u emërua Drejtor i Spitalit të Korçës nga viti 1997 deri në 2005, dhe deri në vitin 2011 punoi si Mjek Kirurg.

Për merita të punës është dekoruar në vitin 1979 me “Medalje në shërbim të mirë të popullit” dhe në vitin 2004 është dekoruar me titullin “Qytetar nderi i qarkut”.

Me shumë nderim dhe respekt falenderojnë Dr. Ahmetin për gjurmët që ka lënë tek secili koleg që ka qenë pranë tij, për historinë e kirurgjisë në Spitalin e Korçës, për drejtimin dinjitoz në këtë Spital, për përfaqësimin e fjalës dhe mendimit të qytetarëve të Korçës në Kuvendin e Shqipërisë, por edhe për mendimet dhe idetë në vendimmarrjet e Këshillit Bashkiak të Korçës.

Doktor Ahmeti, kirurg i shquar dhe njeri i rrallë, është ndarë sot nga jeta, duke lënë pas një trashëgimi të madhe njerëzore dhe profesionale. Për gati gjysmë shekulli në sallat e operacionit, ai u dha jetë, shpresë dhe shërim mijëra pacientëve nga Korça e më gjerë, me profesionalizëm, përpulsi dhe përkushtim të pashoq.

Urdhri i Mjekëve të Korçës shpreh ngushëllimet më të sinqerta familjes, miqve, kolegëve si dhe të gjithë komunitetit për mjekun që me profesionalizëm dhe përkushtim ka qenë gjithmonë në shërbim të pacientëve.

Sot, në këtë moment ndarjeje, i shprehim mirënjohjen më të thellë për gjithçka që dha. Emri i tij do të mbetet i nderuar në kujtesën e qytetit dhe të gjithë atyre që ai i shëroi e i ndihmoi pa zhurmë, por me shpirt të madh.

U prefsh në paqe Dr. Ahmet Hoxhallari!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH





Dr. Anastas QERIMI **1945 – 2025**

Me hidhërim të thellë njoftojmë ndarjen nga jeta të Dr. Anastas Qerimit, mjekut të nderuar Otorinolaringolog, i njohur dhe i respektuar nga të gjithë si Dr. Caci.

Dr. Caci lindi në Durrës më 3 Korrik 1945. Pasi kreu edukimin fillor dhe atë të mesëm, vijoi edukimin e tij duke ju përkushtua me pasion dhe profesionalizëm misionit fisnik të mjekut.

U diplomua me rezultate të shkëlqyera në vitin 1969 si Mjek i Përgjithshëm, duke nisur menjëherë punën në Qendrën Shëndetësore të Shkozetit (1969–1970).

I frymëzuar nga dashuria për shkencën dhe njeriun, kreu specializimin në Otorinolaringologji, duke u bërë një nga emrat më të respektuar të kësaj fushe.

Në vitet 1973–1978 shërbeu si Drejtor dhe Mjek ORL në Spitalin e Ishmit, ndërsa më pas, nga 1978 deri në 1982, dha kontributin e tij të çmuar si Mjek Kirurg ORL në Spitalin e Durrësit.

Në periudhën 1982–1986, ai vazhdoi punën e palodhur në Spitalin e Kavajës, për t'u rikthyer më pas në Spitalin dhe Poliklinikën Qendrore të Durrësit, ku shërbeu me përkushtim deri në daljen në pension.

Dr. Anastas Qerimi do të kujtohet gjithmonë si një mjek i përkushtuar, njeri i urtë, i dashur dhe i respektuar nga pacientët dhe kolegët e tij. Dr. Caci do të kujtohet për shpirtin e tij të madh, për dashurinë për profesionin dhe për kujdesin ndaj pacientëve, për respektin ndaj kolegëve e miqve të tij, për humorin dhe momentet e bukura që krijonte në çdo takim, udhëtim apo festë të organizuar nga miqtë e shokët. Dr. Caci shpirti i festës, ishte gazi dhe hareja.

Ai la pas një trashëgimi profesionale e njerëzore të vyer, që do të mbetet e gjallë në kujtimet e të gjithë atyre që patën fatin ta njohin.

Me buzëqeshjen e tij të qetë dhe fjalën e mirë, Dr. Caci do të kujtohet gjithmonë si figurë e dashur e qytetit të Durrësit.

Me humbjen e Dr. Cacit kolegët kolegun e dashur, mikun e shokun, familja bashkëshortin dhe babain e përkushtuar, pacientët mjekun e përkushtuar e të papërtuar.

U prehtë në paqe!

I paharruar goftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Dr. Emil MBORJA **1936 – 2025**

Në 10 Nëntor 2025 u nda nga jeta Dr. Emil Mborja, një nga figurat më të ndritura të Spitalit Rajonal Elbasan!

Dr. Emili lindi në 29 Janar 1936 në Shkodër. Pasi kreu shkollën fillore dhe të mesme në vendlindje, vijoi me studimet për mjekësi dhe pasi i përfundoi filloi punë si mjek Patolog, dhe më pas u specializuar në Kardiologji.

Për më shumë se 30 vite dr. Emili punoi në Spitalin e Elbasanit nga 10 Korriku 1960 deri 15 Dhjetor 1989. Ndërkohë gjatë periudhës 1 Tetor 1961-30 Mars 1966 ka qenë në Drejtor i Poliklinikës. Ndërkohë në periudhën 1 Prill 1966-1 Gusht 1975 ka punuar si Zv. Drejtor i Spitalit.

Pas vitit 1989 është transferuar në Tiranë.

Për më shumë se 30 vite, Dr. Emili

Ishte jo vetëm një mjek i përkushtuar dhe kardiolog i jashtëzakonshëm, por edhe një njeri i thjeshtë, i ndershëm, gjithmonë pranë pacientëve dhe kolegëve me fjalën e mirë, kujdesin njerëzor dhe zemrën e madhe.

Dr. Mborja ishte një shtyllë e spitalit të Elbasanit. Një emër që frymëzoi breza mjekësh, një shembull i vërtetë i shërbimit ndaj njeriut.

Nga bashkëkohësit e tij kujtohet si specialist shumë i aftë, me cilësi të shprehura drejtuese dhe organizuese dhe me ndikim të madh në personelin shëndetësor duke gëzuar respekt dhe reputacion të madh në shoqëri. Por edhe si mjek i shkëlqyer, i pa lodhur, i talentuar dhe shumë human.

Qytetarët e Elbasanit ju bashkuan familjes Mborja, kolegëve, miqëve dhe për të nderuar jetën dhe veprën e një njeriu që jetoi me dinjitet e la gjurmë të thella në mjekësi dhe në zemrat tona.

Mirënjohje për gjithçka bërë për qytetarët Elbasanas!

Shpirti yt u prehtë në paqe Dr. Emili!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Elbasan, UMSH

