

PËRMBAJTJA

Editoriali:

- Dr. Brahimaj F., - COVID-19 dhe puna e mjekëve në vendin tonë 2

Nga Historiku i Mjekësisë:

- Dr. Toska F., - Dr. Raif Hasani veprimtar i Urdhrit të Mjekëve dhe i Mjekësisë së Punës 5

Probleme Organizative:

- Informacion mbi Mledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së, të datës 22.10.2021 7

Edukimi i Vazhdueshëm Mjekësor:

- Prof. Dr. Dibra A., - Formimi universitar i mjekëve në Shqipëri, një sfidë e vazhdueshme që duhet fituar 8

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- Dr. Pepo L., Farm. Lavdari E., - Zemra 11
- Konferencë “Roli i edukimit të pacientëve në sëmundjet kronike” – 30 Shtator 2021- Korçë 14
- Konferencë “Homazhe dhe respekt për mjekët dhe bluzat e bardha që humbën jetën nga COV-SARS 2 /COVID-19 dhe ato që po luftojnë me këtë pandemi mjaft tinzare” - 6 Tetor 2021-Elbasan 15
- Konferencë “Impakti i COVID-19 në patologjitë akute dhe kronike, menaxhimi i tyre”- 13 Nëntor 2021-Durrës 16

Veprimtari Ndërkombëtare:

- Simpoziumi i 28-të ZEVA – 24 Shtator 2021, Shkup-Maqedoni e Veriut 17
- Takimi Plenar i CEOM – 28-29 Tetor 2021, Romë-Itali 18
- Asambleja e Përgjithshme e CPME – 26-27 Nëntor 2021, Oslo-Norvegji 20

Nga Eksperienca Pozitive e Organizatave Homologe:

- WMA bën thirrje për t’i dhënë fund diskriminimit të udhëtimit në pandeminë Covid-19 – 21 Tetor 2021 21

Paraqitje Përgjithësuese:

- Dr. Hasani E., Dr. Mema A., Dr. Hasani R., - Trajtimi i sëmundjeve kardiovaskulare-një përmbledhje e shkurtër mbi epidemiologjinë dhe udhëzuesit e trajtimit 22
- Dr. Bejko V., -Bashkëjetesa me Konstipacionin kronik 28

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- Dr. Sadiku E., Prof. Dr. Kraja B., - Sëmundja Inflamatore e Zorrës-Alternativa të reja të mjekimit në Shqipëri 32
- Dr. Iliazi I., Prof. Dr. Basho J., - Ndikimi i pandemisë së COVID-19 në programet për eliminimin e virusit të Hepatitit C (HCV) 35
- Dr. Asllani J., Prof. Priftanji A., - Wheezing tek fëmijët. Përfaqësja diagnostike dhe trajtimi 38
- Dr. Gjyli L., - Insuficienca kardiake në pacientët me COVID-19 42

In memoriam

- Në kujtim të Dr. Frederik KEKEZIT 45

Nekrologji:

- Prof. Dr. Shahin KADARE, Dr. Dilaver AJAZI, Dr. Guriye KARAFILI 47

COVID-19 DHE PUNA E MJEKËVE NË VENDIN TONË

Dr. Fatmir BRAHIMAJ

President i UMSH

Fillimi i vitit 2020 e shokoi botën pas publikimit të rasteve të para, përhapjes së shpejtë dhe rrezikshmërisë së madhe të COVID-19. Si një injeksion i panjohur, mjaft i rrezikshëm, me problematika komplekse dhe tepër të vështirë, shpejt ai kërcënoi rëndë në shumëplane: shëndetësore, ekonomiko-financiare, sociale, etj... Bota shpejt u kthye në pandemi, e vlerësoi siç duhet dhe kuptoi menjëhërë se përballimi i tij kërkonte angazhim dhe gjithëpërfshirje të mbarë shoqërisë në gjithë botën. Megjithatë njerëzimi ndihej si i futur në një tynel të errët, të frikshëm, mjaft të vështirë për tu kaluar. Por drita e parë në fundin e tynelit ishin mjekët. Ata u shëndruan në akullthyesit e parë, që hapën shtigje për të dalë në rrugën e duhur, në përballimin e kësaj fatkeqësie të madhe.

Bazuar në njohuritë mbi infeksione të ngjashëm, të dhënat paraprake të grumbulluara nga vëzhgimet e para, dhe kërkimi shkencor mjekësor: filloi informimi mbi natyrën e infeksionit, përhapjen, parandalimin, diagnostikimin, trajtimin dhe parandalimin e tij. Situatat ndryshonin me shpejtësi. Koha nuk priste. Në përgjigje të kërkesave të kohës dhe në respekt të “Kodit të Etikës Mjekësore” u saktësuan 2 objektiva kryesore:

1. Mbrojtja e popullatës (mjeku duhet të ofrojë shërbimin edhe kur rrezikohet shëndeti apo jeta e tij)
2. Mbrojtja e personelit shëndetësor mjekësor, (sigurimi i vazhdimësisë së shërbimit mjekësor edhe në të ardhmen)

Në vendin tonë rasti i parë me COVID-19 ishte më 8 Mars 2020, pra relativisht patëm kohë për përgatitje. Shteti mori përsipër drejtimin e gjithë veprimtarisë. U punua për angazhimin dhe mobilizimin e strukturave ekzistuese si dhe për krijimin e strukturave të reja si:

- **Komiteti Kombëtar i Ekspertëve**
- **Klinikat COVID-19 (1,2,3,4)**
- **Shpallja dhe menaxhimi i karantinës në vend**
- **Përfshirja e spitaleve rajonale, etj...**

Përqëndrimi i gjithçkaje në duart e shtetit mënjanoi disi strukturat tona (të UMSH-s). Megjithatë mjekët në forma të ndryshme u treguan mjaft aktiv, nga transmetimi i zërit dhe mendimit teknik-profesional deri në veprimtari konkrete. Nëpërmjet masmediaeve apo konsultimeve me strukturat drejtuese të institucioneve shëndetësore mjekët luajtën një rol mjaft të rëndësishëm.

U insistua fillimisht në njohjen, propagandimin dhe zbatimin rigoroz të dy triadave:

1. **Për popullatën:** - *Maska*
- *Distancimi fizik*
- *Larja e duarve dhe higjiena personale*
2. **Për personelin shëndetësor:**
- *Trajnime profesionale*
- *Mjete mbrojtëse personale*
- *Kushte higjienizimi (uji të rrjedhshëm, dizinfektant)*

Përpara se ti bëjë ndonjë vlerësim paraprak të disa aspekteve të veprimtarisë komplekse në përballimin dhe menaxhimin e pandemisë dua të kujtoj se ato duhen vlerësuar paharruar vështirësitë e kohës kur është dashur të veprohej. Ishte një shkaktar dhe sëmundje e panjohur më parë, mjaft komplekse në zhvillimin e saj. Prekej çdo organ dhe sistem duke dhënë larmi pafund tablosh klinike dhe ndryshime patologjike komplekse. Koha nuk priste, etj..., etj...

Le të fillojmë me informimin e publikut, që në gjykimin tim ishte problematik. Njohuritë ndryshonin shpejt, çka thuhej sot ndryshohej për pak ditë. Kishte mjaft keqinterpretime të njohurive. Të shumta ishin dezinformimet dhe fake news. Tek ne gjatë vitit elektoral pati shumë politizime të problemeve profesionale, që prishin punë dhe nuk ju shërbyen askujt. Për të orientuar informimin e publikut, UMSH-ja bëri një deklaratë ku theksoi që: *“informimi është detyrim etik, moral dhe ligjor. Duhet të bëhet me korrektësi dhe përgjegjësi. E rëndësishme është që të respektohen kufijtë e kompetencës profesionale (të predominojnë ekspertët e fushës). Në përfundim kërkoi qartë dhe prerë jo politizime”*.

Në të njëjtën kohë UMSH orientoi strukturat e tij që pavarësisht nga situatat të sigurohej vazhdimësia e punës, duke gjetur edhe forma të reja pune.

Gjatë periudhës së pandemisë në veprimtarinë e tij UMSH mori disa “veti sindakaliste” sepse deshi të flasë për mbrojtjen e personelit nga infeksioni, ngarkesën e madhe në punë, menaxhimin e stresit, si dhe bonuset financiare për mjekët apo familjarët e tyre. Mbi të gjitha duhej vlerësuar dhe shprehur mirënjohje për heroizmin, sakrificat e jashtëzakonshme deri në dhënien e jetës në këtë betejë të vështirë e të rezikshme, këto ndikuan mjaft pozitivisht në marrëdhëniet mjek-pacient (publik). Mjekët u quajtën heronjtë e kohës. Publiku i duartrokiti, shprehu vlerësimin dhe mirënjohje ndaj tyre. Por entuziazmi i fillimit me kohën u zbeh. Sidoqoftë mjekët vazhduan të punojnë me të njëjtin përkushtim. Edhe pse personeli u infektua vetë në masën rreth 15%, në 2020 humbën jetën 33 mjek ndërsa në 2021 u pasua edhe nga 25 vdekje mjekësh të tjerë.

Kohët kanë treguar se nuk është e lehtë të bëhesh mjek pasi kërkon punë, studim dhe investim të madh deri sa të veshësh bluzën e bardhë për të ushtruar profesionin. Kërkohet po ashtu shumë punë, përkushtim, ndërgjegje, edukim të vazhdueshëm ta mbash gjithmonë të bardhë bluzën. Gjatë kësaj pandemie u tregua se kërkohet sakrificë dhe vetëmohim për ta veshur me nder edhe herën e fundit bluzën e bardhë. Sigurisht këto fakte kërkojnë vlerësimin, nderim, respekt e mirënjohje gjithmonë. Nga shoqatat, urdhrat dhe dhomat mjekësore në botë është kërkuar që COVID-19 të hyjë në sëmundjet profesionale që të ketë dhe bonuse financiare për mjekët dhe familjet e tyre.

Aspekti i rëndësishëm në këtë betejë të madhe është edhe puna e bërë për vaksinimin e personelit dhe popullatës në përgjithësi. Dalja e vaksinës për një kohë mjaft më të shkurtër se zakonisht u përshëndet, në të njëjtën kohë u ndezën shumë diskutime mbi pritshmëritë dhe hezitimet për bërjen e tyre. Ky proces kaloi në disa faza. Fillimisht personeli u njoh me to, i studioi dhe u bind për dobinë e tyre. Mjekët dhe gjithë personeli shëndetësor u vaksinuan kudo në botë të parët. Kjo edhe për të bindur publikun për vlerat mbrojtëse, domosdoshmërinë e tyre deri në periudhën e tanishme ku shihen si mjeti kryesor për ti dhënë fund pandemisë.

Në shumë vende (edhe këtu tek ne) nga qeveritë u kalua dhe në detyrimin direkt për kategori të ndryshme për tu vaksinuar, ndërsa në kategori të tjera u pa edhe një detyrim jo i drejtpërdrejtë. Për personelin shëndetësor mbetet rruga e vetme puna sqaruese, bindese për dobinë e vaksinimit.

Sot mbetet vetëm:

- Testo sa më shumë
- Vaksino sa më shumë

Nuk kanë asnjë vlerë diskutimet boshe dhe teorizimet pa vlerë. Në gjithë botën flitet qartë se duhet të lëvizim vetëm në këto dy shina (testim, vaksinim). Sa më të suksesshëm do të jemi në këto 2 linja aq më shpejt do të arrijmë fundin e pandemisë.

Në mbyllje do të jepja disa përfundime:

EDITORIALI |

1. Pandemia është një barrë e madhe shumëplanëshe për shoqërinë:
 - Shëndetësore:
 - a. Sëmundshmëria
 - b. Vdekshmëria
 - c. Profilaksia
 - Ekonomiko-financiare
 - Sociale
2. Mjekët kontribuuan jashtëzakonisht në përballimin e pandemisë:
 - Të tensionuar
 - Të mbingarkuar
 - Të sakrifikuar
 - Të pavlerësuar plotësisht
3. Ata vijojnë ende të kontribuojnë pavarësisht vështirësive
4. Ne duhet të jemi krenar për ta
5. Mbarë shoqëria të duhet të njohë, të respektojë, të nderojë dhe të vlerësojë siç duhet punën e tyre.

DR. RAIF HASANI VEPRIMTAR I URDHRI TË MJEKËVE DHE I MJEKËSISË SË PUNËS



Kanë kaluar shumë vite nga Tetori 2000 kur u nda pas një sëmundje të rëndë dr. Raif Hasani, mjeku i talentuar, njeriu i letrave dhe i mjaft artikujve publicistikë dhe i përkthimeve që punoi për krijimin e organit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, si dhe themeluesi i Repartit të Sëmundjeve Profesionale.

Dr. Raif Hasani kujtohet me respekt që në moshë të re, për aftësitë dhe talentin si gazetar në vitet e para pas çlirimit, por veçanërisht për rezultatet e larta me shumë sukses si student në Rumani që e dalluan ndër studentët shqiptarë në vitin 1953.

Sot, ndonëse kanë kaluar shumë vite, dr. Raif Hasani kujtohet për kontributin e tij si mjek në trajtimin e një problematike të rëndësishme të karakterit profilaktik, shoqëror dhe financiar që është ekspertiza mjekësore e punës. Si njeri me kulturë të gjerë profesionale, i apasionuar në drejtim të parandalimit të sëmundjeve dhe dëmtimeve profesionale, dhe njohës i proceseve të punës, luftoi për ngritjen në nivel shkencor të sektorit parandalues të ndikimit të mjediseve të punës dhe ndotjes së mjedisit mbi shëndetin e punonjësve. Kësisoj falë këmbënguljes dhe argumentimit shkencor të dr. Raif Hasanit mbi domosdoshmërinë e trajtimit shkencor të patologjive profesionale e të sëmundjeve të lidhura me punën, në vitin 1973 u arrit ngritja e Repartit të Sëmundjeve Profesionale me 30 shtretër, brenda Klinikës së Terapisë së Fakultetit të Mjekësisë.

Dr. Raif Hasani ka qenë krah i djathtë i Ministrisë së Shëndetësisë në përpilimin e akteve nënligjore siç është ‘Rregullorja e Ministrisë së Shëndetësisë për Mjekun e Ndërmarrjes’, ‘Lista e Sëmundjeve Profesionale që duhen Denoncuar’ dhe ‘Lista e Kufijve të Lejueshëm të Lëndëve Toksike në Mjediset e Punës’. Ai dha kontribut në cilësinë e pedagogut të parë dhe themelues i kësaj lënde në Fakultetin e Mjekësisë, dhe si drejtues në fushën e specializimit të mjekëve të këtij profili për gjithë vendin.

Dr. Raifi ka kontribuar në ngritjen e disa shoqatave, si ajo e Gerontologji-Geriartrisë si dhe Mjekësia-Letërsia-Arti. Për punën e tij të palodhur jo vetëm si mjek, por edhe si veprimtar shumë aktiv, dr. Raifi është nderuar me disa stimuj moralë si dhe me “Medalje Pune” dhe “Për Shërbime të Shquara Shtetërore dhe Shoqërore”.

Gjatë gjysmës së parë të viteve ’80, dr. Raifi mbrojti me sukses disertacionin “Për helmimet kronike nga plumbi” dhe më pas botoi monografinë “Silikoza” për titullin “Mjeshtër Kërkimesh”. Si njeri i letrave dr. Raifi mbahet mend për hartimin e teksteve mësimore për studentët dhe mjekët e ndërmarrjeve, si dhe për artikujt e shumtë publicistikë dhe përkthimet në organet e ndryshme të shtypit.

Në vitin 1993 dr. Raifi ishte në grupin e punës për organizimin për herë të parë të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë. Pas themelimit të këtij organi të munguar deri më atë kohë, dr. Raif Hasani punoi në drejtimin e tij, me detyrën e Sekretarit të Përgjithshëm të Këshillit Kombëtar për

dy legjislatura, deri ditën e fundit të jetës. Ai dha kontributin e tij për hartimin e projektit të parë të Ligjit “Për krijimin e Urdhrit të Mjekëve” (1993) si dhe në përshtatjen e “Kodit Deontologjik Mjekësor “(1994). Gjatë vitit 2000 bashkëpunoi edhe për hartimin e projektit fillestar të Statutit të Urdhrit. Ai punoi vetë për nxjerrjen e numrit të parë eksperimental të organit periodik “Buletini i Urdhrit të Mjekëve”.

Ne përkulemi me respekt për virtutet e larta njerëzore që e karakterizojnë punën e Dr. Raif Hasanit. Ato janë shembull pozitiv për shërbimin shëndetësor.

Dr. Faik TOSKA

INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË, TË DATËS 22.10.2021

Më datë 22 Tetor 2021, pranë Universitetit “Zoja e Këshillit të Mirë” u mbajt mbledhja e radhës e Këshillit Kombëtar të UMSH-së.

Rendi i ditës u përqëndrua tek dy tema kryesore.

Edukimi bazë profesional i mjekëve në Universitetet Mjekësore Shqiptare ku kishin për të referuar Prof. Dr. Anyla Bullo, por për arsye personale, Znj. Bullo si përfaqësuese e Universitetit Shtetëror të Mjekësisë mungoi dhe Prof. Dr. Arvin Dibra si përfaqësues i Universitetit Mjekësor privat “Zoja e Këshillit të Mirë”. Prof. Dibra bëri një përmbledhje të funksionimit të kurrikulës mësimore të këtij Universiteti, si dhe parashtoi qartë sfidat e sistemit bazë të edukimit të mjekëve të rinj në sistemin universitar mjekësor privat.

Pas pyetjeve dhe diskutimeve nga anëtarët e Këshillit Kombëtar, u vijua me pikën dy të rendit të ditës së kësaj mbledhje *“Pandemia COVID-19 dhe puna e mjekëve në vendin tonë”* mbajtur nga Dr. Fatmir Brahimaj-President i UMSH-së. Dr. Brahimaj bëri një rezymë të situatës së COVID-19, informoi situatën në vendin tonë, si dhe sfidat e mjekëve që u ndeshën dhe po ndeshen me këtë pandemi, vështirësitë e hasura, si dhe punën e palodhur të tyre për mbrojtjen e popullatës. Theksi u vu tek sfidat e vaksinimit të popullatës dhe të personelit mjekësor.

Pas diskutimeve të anëtarëve të Këshillit Kombëtar mbi këtë temë, mbledhja vijoi me paraqitjen e një relacioni të shkurtër nga ana e Znj. Lumnije Ushtelenca, shefe e Sektorit të Administratës dhe Financës, mbi ratifikimin e një vendimi të Këshillit Kombëtar për godinën e blerë të Këshillit Kombëtar të UMSH-së. Me shumicë votash ky vendim u miratua.

Rendi i ditës vazhdoi me *“Të ndryshme”*, ku anëtarët diskutuan mbi problematikën që i shqetëson në Rajonet e tyre.

FORMIMI UNIVERSITAR I MJEKËVE NË SHQIPËRI, NJË SFIDË E VAZHDUESHME QË DUHET FITUAR

Prof. Dr. Arvin Dibra

Universiteti “Zoja e Këshillit të Mirë”

Jetojmë një kohë mjaft të veçantë, në të cilën, vëmendja e njerëzve ndaj profesionistëve të shëndetit duket të jetë shtuar në mënyrë proporcionale me ndjenjën e frikës nga sëmundjet dhe nevojën e patjetërsueshme për kujdes mjekësor që, me sa duket, secilit prej nesh, i pasur apo i varfër, i ri apo i moshuar mund ta ketë edhe në mënyrë të menjëhershme.

Një periudhë e jashtëzakonshme pandemie ndoshta na bëri të mendojmë më shumë se më parë, se mjekun duhet ta kemi afër, të disponueshëm për të na asistuar dhe me një cilësi shërbimi sa më të lartë. Besoj të gjithë tashmë jemi të bindur se, një shërbim cilësor mjekësor detyrimisht kalon nëpërmjet duarve dhe mendjes së një mjeku të mirëpërgatitur dhe të mirë edukuar, cilësi që jo gjithmonë udhëtojnë bashkë.

Roli i patjetërsueshëm i Shkollës së Mjekësisë në brumosjen e secilës prej këtyre dy karakteristikave është themelor ashtu si, në qëllimin e të gjithëve ne, që punojmë në edukimin mjekësor, këto elemente janë parësorë.

Shkollat tona të Mjekësisë, flas në shumës pasi prej 17 vitesh janë 2 të tilla që përgatisin mjekë dhe disa të tjera që kanë programe të ndryshme të fushës së shëndetësisë, ndjehen të preferuara përse i përket kërkesës së madhe që kanë kandidatët për tu rregjistruar në programet e mjekësisë së përgjithshme. Ky element lidhet mjaft me faktin që në sytë e shqiptarëve profesioni i mjekut shihet si një zgjedhje e përshtatshme, si përse i përket vlerësimit shoqëror, ashtu dhe stabilitetit ekonomik.

Perceptioni i arsyeshëm i mjekëve se, konsiderata e shoqërisë për mjekun nuk është më në lartësinë e dikurshme, në fakt nuk reflektohet fatmirësisht në numrin e kërkesave për studime në mjekësi. Shkollat e Mjekësisë kanë sot mundësinë e seleksionimit mes studentëve më të mirë nga gjimnazet shqiptare dhe ato të vendeve fqinje.

Pranimi në programet e studimit në mjekësi bëhet në të dy alternativat nëpërmjet konkursit, me dallimin që, në Universitetin e Mjekësisë Tiranë konkurimi bazohet në rezultatet e kombinuara të shkollës së mesme dhe në provimet e maturës shtetërore, ndërsa në Universitetin Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë” veç këtyre, klasifikimi bëhet duke pikëzuar rezultatet e një provimi pranimi dhe ato të njohurive së gjuhës italiane, gjuhë në të cilën ofrohet edhe programi i studimit aty.

Shkolla shqiptare e mjekësisë (këtu i referohem Universitetit të Mjekësisë), ekziston prej më shumë se 70 vitesh dhe përgjatë këtyre viteve ka pësuar ndryshime të shumta. Përshkrimi i tyre nuk është objekti i këtij shkrimi, por vlen të përmendet se, qëllimi unik i këtij evolucioni ka qenë përmirësimi i cilësisë së programit që i ofrohet studentit, mundësimi i një formimi teoriko – praktik sa më të plotë dhe të përditësuar me shkencën mjekësore që, në shekullin e fundit ka bërë zhvillime të pabesueshme. Kontributi i jashtëzakonshëm i themeluesve dhe pedagogëve ndër vite në këtë Institucion është dhe duhet të konsiderohet gjithmonë një vlerë e padiskutueshme e kombit shqiptar.

Trajta aktuale në kurrikulën e Programit të mjekësisë, besoj se është kryesisht frut i zhvillimeve mjaft të rëndësishme të realizuara nga fillimi i viteve '90. Ndryshimet politike në vendin tonë i hapën udhë kontakteve me vendet e zhvilluara perëndimore. Ky moment historik përkoj dhe me krijimin dhe aplikimin në të gjithë Evropën të të ashtuquajturit Procesi i Bolonjës. Ishte koha kur pedagogët shqiptarë etjen për të marrë eksperiencë perëndimore, e shoqëruan me pjesëmarrjen në një sërë programesh ndërshtetërore aktive për adaptimin e kurrikulës së parashikuar nga Procesi i Bolonjës. Ky qëllim u realizua mjaft shpejt edhe në programet tona dhe mund të themi pa hezitim se prej mbi 20 vitesh programi i ynë i studimit në Mjekësi të Përgjithshme është krejtësisht në përshtatje me këtë proces dhe virtualisht i ngjashëm me programe të ndryshme bashkëkohore evropiane.

Orientimi i programeve ndërshtetërore të sipërpërmendura (TEMPUS ishte ndoshta më i zgjeruari në këtë fushë), kryesisht drejt bashkëpunimit me Universitete të mirënjohura italiane dhe frankofone dhe, njëfarë afiniteti natyral që ka lidhur mjekësinë shqiptare me atë të këtyre vendeve ka bërë që, kurrikula jonë aktuale të ketë mjaft ngjashmëri me kurrikulën italiane. Kjo ka sjellë edhe në një ngjashmëri mjaft evidente mes kurrikulës së UMT dhe atij të Universitetit Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”, në të cilin kjo kurrikul është e “importuar” në sajë të Diplomës së përbashkët që lëshon me partnerin e saj, Universitetin e Romës “Tor Vergata”.

Të dy programet janë 6 vjeçare, lëndët janë të “peshuara” në bazë të Krediteve Formuese Universitare duke konsideruar si kohën e nevojshme në auditor/laborator për një lëndë, ashtu dhe kohën e asimilimit individual të saj. Këto programe përfundojnë me diskutimin e një Teme Diplome që, në pjesën më të madhe të rasteve ka karakter eksperimental shkencor dhe kontribuon në formimin e refleksive kërkimore në mjekët tanë të rinj.

Në përfundim të programit të studimit mjekët e rinj i nënshtrohen praktikave post universitare dhe më pas Provimit të Shtetit, të organizuar nga Urdhri i Mjekut, në kuadrin e legjislacionit për profesionet e rregulluara, për të marrë të drejtën e ushtrimit të profesionit.

Tendenca për të grupuar lëndët e ngjashme në grup-lëndë të vlerësuara në një notë kumulative të rezultateve të secilit komponent, është e dallueshme në të dy programet e studimit. Ndërkohë që një dallim në formën e mësimdhënies vërehet në mënyrën se si aplikohet integrimi i teorisë me praktikën në secilën prej lëndëve klinike në UMT. Ky element në programin italian të ZKM nuk vërehet dhe paraqet një ndarje të prerë të programit të praktikave nga viti në vit, duke i konsideruar si lëndë më vete me peshë kreditesh e vlerësim specifik.

Gjithsesi pesha globale e praktikave mbetet e ngjashme përsa i përket raportit me mësimdhënien teorike dhe qëndron në raportin 1 me 5.

Gjatë viteve '90 e në vijim, në botë është shfaqur dhe duke u aplikuar në disa universitete, një metodologji inovative e mësimdhënies në Shkollat e Mjekësisë që bazohet, në integrimin e njëkohshëm të shumë disiplinave në studimin e një sistemi (System Base Learning). Në Fakultetet tona, duke konsideruar nevojën për ndryshime radikale në metodologji, trajnim të trupës pedagogjike dhe të materialeve të studimit; duke konsideruar gjithashtu vështirësinë madhore në krahasueshmërinë e kurrikualve me ato vende ku më shpesh funksionojnë transferimet e përkohshme apo të përhershme të studentëve (një nga qëllimet themelore të Procesit të Bolonjës) nuk duket të jetë e përshtatshme futja e një metodologjie të tillë.

Duket në një vështrim sipërfaqësor gati si e pamundur por, në Shqipëri ka një numër të lartë studentësh të huaj. Këtu nuk është fjala vetëm për studentë të trevave shqipfolëse por edhe për studentë që vijnë

EDUKIMI I VAZHDUESHËM MJEKËSOR |

nga vende perëndimore, të cilët me programe të përkohshme shkëmbimi apo në mënyrë permanente studiojnë mjekësi në shkollat tona.

Me gjithë këto arritje, nuk do të doja kurrësi të kaloja mesazhin se gjithçka e kemi në rregull, pasi nuk mendoj aspak kështu.

Shkollat tona të mjekësisë kanë plot probleme, të cilat sipas opinionit tim e kanë zanafillën kryesisht nga burime të pamjaftueshme ekonomike në dispozicion të tyre, nga një legjislacion i arsimit të lartë dhe i kërkimit shkencor që ka nevojë të jetë mjaft më specifik se ai që kemi, duke iu përshtatur nevojave që paraqet arsimimi i profesioneve shëndetësore në përgjithësi dhe ai i mjekëve në veçanti.

Fakultetet tona të Mjekësisë kanë nevojë për më shumë ambiente, më shumë shtretër spitalorë në dispozicion, më shumë laboratorë mësues. Kanë nevojë që një vëmendje t'i dedikohet kërkimit shkencor dhe krijimit të strukturave të mirëfillta kërkimore shkencore mjekësore. Është e nevojshme që raporti student/pedagog të jetë më optimal dhe mësimdhënia të bëhet më atraktive për pedagogun mjek, në mënyrë që vëmendja e tij ndaj studentit të jetë më e madhe.

Vendi ynë ka nevojë për mjekë, ka nevojë për mjekë të mirë, ka nevojë për bijtë e tij mjekë.

Por në një kohë globalizimi si kjo e sotmja, me sa duket kur planifikojmë numrin e mjekëve që formojmë, duhet të marrim në konsideratë dhe një numër të madh mjekësh të rinj që i drejtohen një tregu ndërkombëtar të profesionit, treg me të cilin e kemi fort të vështirë të konkurojmë.

Do të doja të mbyllja këto radhë duke ju ftuar të konsiderojmë se, fakti që tashmë mjekët e formuar në Shqipëri janë konkurentë dinjitozë në tregun ndërkombëtar të mjekëve, edhe në atë të vendeve më të zhvilluara të Evropës, duhet të bindë këdo që ka dyshime se, Shkollat tona të Mjekësisë nxjerrin mjekë të mirë dhe se duhen mbështetur me të gjithë forcat që të mund të rrisin numrin e mjekëve dhe të punohet çdo ditë për të përmirësuar cilësinë e punës së tyre.

Kudo në botë, por veçanërisht në një vend të vogël si ky i yni, Fakultete Mjekësie dinjitoze, të vendosura në kushtet e përshtatshme për të zhvilluar si mësimdhënie ashtu dhe aktivitet kërkimor shkencor, kthehen në pika referimi për të gjithë mjekët, duke mundësuar një integrim më të mirë të profesionistëve, një edukim të vazhdueshëm cilësor dhe duke kontribuar për rritjen e dinjitetit të figurës së mjekut në shoqërinë tonë.

ZEMRA

¹*Dr. Leonidha PEPO, ²Farm. Ervin Lavdari*

¹Kardiolog, QSH nr. 4, ²Kompania Farmaceutike "Novartis"

Në datën 29 Shtator është Dita Ndërkombëtare e Zemrës, që siç edhe përmendet në të gjithë sitet ndërkombëtare është përkujtuar për këtë organizim më të rëndësishmin e të gjithë qenieve frymëmore.

Eh Zemra!

Për shekuj flitet e shkruhet për të. Në fëmijëri, në vitet e para të shkollës, gati u bë e detyrueshme për tu lexuar dhe komentuar libri i italianit Edmondo De Amicis "Zemra", i cili u bë i famshëm në atë kohë.

Por zemra ka karakter filozofik duke përfshirë gjithë mallin dhe dashurinë njerëzore. Është letrare si fjalë e zgjedhur, e para në përshkrimet delikate të marrëdhënieve midis njerëzve të dashur, si dhe për të shfaqur dashurinë në familje apo edhe tek të tjerët.

Nuk thuhet gjëkund, "Mëlçia ime", "Mushkëria ime" dhe plot organe të tjera. E vetmja që konkuroi me zemrën është shprehja "Shpirti im".

Si organ i rëndësishëm zemra është e materializuar që është e vërtetë, zemra në trupin e njeriut. Ajo mban gjallë trupin dhe shpirtin, hedh gjakun në të gjithë qelizat dhe organet, por ky gjak mund të përmbajë edhe elemente të dëmshëm, që dëmtojnë enët e gjakut kudo në trup, siç janë yndyrnat e këqija apo kripërat me tepriçë.

29 Shtatori i çdo viti është Dita Botërore e Zemrës. Një ditë e cila i dedikohet aktiviteteve ndërgjegjësuëse në mbarë botën për sëmundjet e zemrës, ku vendin kryesor për nga mortaliteti dhe barra ekonomike e zënë sëmundjet kardiovaskulare (SKV). SKV, si pasojë e arteriosklerozës së mureve të enëve të gjakut dhe trombozës, janë shkaku kryesor për vdekshmërinë e parakohshme dhe për DALY në Evropë dhe po bëhen gjithmonë e më të shpeshta edhe në vendet në zhvillim. Përbëjnë 53-56% e të gjithë sëmundjeve dhe 59% të vdekjeve nga të gjitha shkaqet.

Në të gjithë botën janë të prekur gati 422.7 milionë njerëz nga SKV ku 17.9 milionë njerëz humbasin jetën çdo vit nga SKV, që përbën 31% të vdekjeve globale, nga të cilat 85% nga infarkti i miokardit dhe insulti cerebral. Pjesa më e madhe e këtyre vdekjeve ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare, ku bën pjesë edhe Shqipëria.

Sipas një studimi të publikuar në vitin 2015, prevalenca e dislipidemive në Shqipëri është 58.6%, e ngjashme me atë të vendeve të tjera evropiane. Më tej, studimi tregon se rreth 1.4 milionë shqiptarë kanë të paktën një prej faktorëve të riskut të lartë të dislipidemisë. Hiperkolesterolemia totale (TC ≥ 200 mg/dL) është e lartë në 44.3% të popullsisë, dhe femrat kanë një prevalencë më të lartë se sa meshkujt, por pa ndonjë ndryshim të konsiderueshëm nga ana statistikore. Prevalenca e LDL-C (≥ 130 mg/dl), HDL-C (≤ 40 mg/dl) dhe TG (≥ 150 mg/dl) ishte përkatësisht 34%, 17.2% dhe 22.6%. Në studim, dislipidemia nuk lidhej me grupmoshat, BMI, arsimimin dhe të ardhurat e familjes, por lidhej me nivelin e glukozës esëll në gjak.

Hiperlipidemia është një faktor kryesor rreziku për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare ateriosklerotike (ASCVD), duke sjellë një shqetësim të madh për shëndetin publik. Evidenca të shumta mbështesin faktin që reduktimi i LDL-C/Lp(a) ul rrezikun e ASCVD.

Lp(a) është një faktor gjenetik risku, i pavarur, për zhvillimin e ASCVD, i cili nuk ndikohet nga ndryshimi i stilit të jetesës dhe faktorët ambientale.

- Globalisht, rreth 1,4 bilion njerëz kanë nivele të larta të Lp(a) me vlerë mbi 50 mg/dl.
- Globalisht, rreth 1 në 5 njerëz zhvillojnë ASCVD, si pasojë e niveleve të larta të Lp(a).
- Globalisht, rreth 1 në 3 njerëz kanë nivele të Lp(a) mbi 30 mg/dl.

Vlerësimi i Riskut Kardiovaskular dhe Depistimi

Përgjithësisht, dislipidemia është asimptomatike, prandaj një testim depistues është thelbësor për të identifikuar pacientët të cilëve ju nevojitet trajtim.

Depistimi për dislipideminë është gjithmonë i rekomandueshëm për pacientët me shfaqje klinike të SKV-së, në gjendjet klinike që lidhen me një risk të shtuar 10-vjeçar për SKV $\geq 10\%$ dhe kurdo që merret në konsideratë depistimi për faktorët e riskut.

Evropa është ndarë në 4 Rajone risku për të patur evente kardiovaskulare në 10 vitet ardhshme, bazuar në mortalitetin nga sëmundjet kardiovaskulare. Vendet u grupuan në katër rajone sipas raportimeve të tyre më të fundit në OBSH për mortalitetin nga SKV për 100,000 banorë. Popullata në Shqipëri në bazë të këtyre raportimeve futet në kategorinë me risk të lartë (150 deri <300 SKV për 100,000 banorë). Për këtë arsye merr një vlerë të veçantë çdo aktivitet ndërgjegjësues për parandalimin e SKV.

Dhe data 29 Shtator në Tiranë ishte një ditë e mbushur me aktivitete ndërgjegjësuese për SKV dhe dislipidemitë. Në radio dhe TV të ndryshme, në emisionet e mëngjesit ishin të ftuar kardiologë të njohur, ku bënë thirrje për një kontroll sa më të shpeshtë, për të parandaluar në kohë këto sëmundje. Po ashtu, gjatë ditës, tek Pedonalja në Tiranë, u organizua një fushatë ndërgjegjësuese nga ISHP dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me mbështetjen e Kompanisë Farmaceutike 'Novartis'. E nderuara ministre e shëndetësisë, Znj. Ogerta Manastirliu, drejtoresha e ISHP, Prof. Albana Fico dhe kardiologët e njohur Prof. Artan Goda dhe Prof. Alban Dibra, njëherazi kryetar i Shoqatës Shqiptare të Kardiologëve, u bënë thirrje të pranishmëve për rëndësinë e depistimit dhe check-up, si një nga metodat kryesore të parandalimit të SKV. Aktivitetet kulmuan me një ngjarje shkencore dedikuar dislipidemive dhe SKV të organizuar nga Shoqata Shqiptare e Kardiologëve, me kryetar Prof. Alban Dibra dhe Departamenti i Laboratorëve i kryesuar nga Prof. Anyla Bullo. Një falendërim të veçantë për organizimin e këtij eventi i shkon dhe kompanisë Novartis, që bëri të mundur mbulimin e këtij aktiviteti.

Këshillohet një matje e rregullt gjatë gjithë jetës për nivelin e kolesterolit dhe Lp(a), duke filluar me një rekomandim të moderuar tek fëmijët e vegjël deri në 2 vjeç që kanë një histori familjare të CVD të hershme ose kolesterol të lartë të konsiderueshëm. Për fëmijët e tjerë, rekomandohet që testet fillestare të kolesterolit në gjak të kryhen midis moshës 9-11 vjeç për të vlerësuar rrezikun më herët dhe për të zbuluar anomalitë e lipideve. Nëse dislipidemia identifikohet tek fëmijët ose adoleshentët, ndryshimet e stilit të jetesës janë qasja e preferuar. Duke filluar nga mosha 20 vjeç, duhet të bëhet një vlerësim i lipideve për të gjithë pacientët për të vlerësuar rrezikun e CVD dhe për të përcaktuar një profil bazë të yndyrnave. I rëndësishëm është diagnostikimi në kohën e duhur dhe me metodat e duhura, mjekimi; në mënyrë që të reduktohet sëmundshmëria dhe vdekshmëria, dhe të rritet jetëgjatësia e pacientëve. Duke përmirësuar edhe cilësinë e jetës së pacientit në të njëjtën kohë.

Sa i takon terapinë së dislipidemive, statinat janë linja e parë e terapisë. Kohët e fundit, shkencat farmaceutike ka bërë hapa galopante me daljen në skenë të alternativave të reja të trajtimit, ku vëmendjen kryesore e ka zënë një ilaç, ARN e vogël interferuese (small interfering RNA - siRNA) që inhibon sintezën e protein convertase subtilisin-kexin type 9 (PCSK9), si target për të ulur LDL-C.

- Kërkuesit zbuluan interferencën në ARN në 1998 si një rrugë biologjike natyrore që trupi ynë e përdor për të rregulluar prodhimin e proteinave të ndryshme. Në 2006, Craig C Mello dhe Andrew Z Fire morën çmimin Nobel në Fiziologji ose Mjekësi, një njohje e potencialit për siRNA si një zbulim

i madh në mjekësi duke qenë se ofron mundësinë për të targetuar shkakun fillestar të sëmundjeve.

- Njerëzit me PCSK9 të reduktuar për shkak të varianteve të trashëguara në gjenet që e kodojnë atë kanë natyrshëm nivele të ulëta të LDL-C, çka ul riskun e tyre për sëmundje kardiovaskulare (CVD) me 88% gjatë jetës së tyre.
- siRNA vepron duke ndaluar përkthimin e PCSK9 nga ARN mesazhere e saj, duke rritur kështu shfaqjen në membranë të receptorëve të LDL-C. Veç kësaj, siRNA qëndron aktive për një kohë të gjatë duke ofruar kështu mundësinë për dozime jo-frekuente.
- Për më tepër dhe bazuar në mekanizmin e tyre të veprimit (MoA), terapitë siRNA janë dizenuar për të qenë shumë selektive, duke vepruar specifikisht mbi targetin e dëshiruar dhe duke minimizuar kështu rrezikun e efekteve anësore si pasojë e veprimeve jashtë targetit. Tashmë janë publikuar informacione mbi MoA të Inclisiranit.

Ky bar, me këtë mekanizëm të veçantë veprimi, me një rregjim dozimi unik dy herë në vit, ka treguar reduktime potente dhe që zgjasin të nivelit të LDL-C >50% dhe profil sigurie dhe tolerueshmërie të mirë në studimet e fazës III.

Përse na nevojitet ky ilaç kur mund të ndryshohet stili i jetesës dhe ka trajtime të tjera, si p.sh.: statinat?

- Shumë njerëz luftojnë që të mbajnë një stil jete të shëndetshëm, dhe vetëm përmirësimet e stilit të jetës mund të mos mjaftojnë – veçanërisht për njerëzit me një risk të lartë për SKV. Veç kësaj, megjithëse terapitë aktuale janë provuar si efektive në uljen e LDL-C, shumë njerëz nuk marrin trajtimin e duhur ose të mjaftueshëm.
- Shumë njerëz nuk marrin terapitë e përshkruara sipas udhëzimeve. Aderenca e varfër ndaj terapive që kërkojnë administrim frekuent minon suksesin e trajtimit.
- Një numër i mirë pacientësh janë intolerante ndaj statinave.
- Edhe kur njerëzit i marrin terapitë e përshkruara sipas përshkrimit, jo të gjithë arrijnë nivelin që kërkojnë të LDL-C. P.sh.: në pacientët me ASCVD, kombinimi i terapive orale me doza të larta lë jashtë rreth 1 në 6 njerëz në nevojë për terapi shtesë për të ulur LDL-C e tyre në nivelet e duhura.

Siç u tha dhe më lart, për ta përjetuar këtë Ditë Ndërkombëtare të Zemrës u zhvillua një simpozium në një nga hotelet më të mira, “Hotel Rogner” të ndërthtur me tematikën, duke krijuar entuziazmin dhe përqëndrimin e tematikave të shumëllojshme të paraqitura mjaft saktë dhe profesionalisht nga mjekë të njohur. Tematika për tu njohur “Dislipidemitë dhe kompleksiteti i trajtimit të tyre”. Pra, diagnostikimi dhe trajtimi i hershëm çon në rezultate më të mira, në një jetë më cilësore për pacientët duke patur parasysh se dislipidemia është e nën-diagnostikuar dhe e nën-trajtuar.

Temat e larmishme rreth temës kryesore u referuan nga mjekë të njohur të klinikës dhe të laboratorit si: Laureta Dibra, Etleva Refatllari, Margarita Gjata, si dhe Drilona Kënga me gradat dhe titujt shkencorë që i shoqërojnë në CV e tyre.

Sigurisht ky organizim kërkon mobilizimin dhe vizionin për suksesin e tij, që sigurisht është nga grupi i kompanisë, “Novartis”, Tiranë. Si gjithmonë aktori organizator është Dr. Kliti Hoti në mbështetje plot kompetencë të të njohurit në drejtim, Ervin Lavdari dhe anëtarëve të tjerë të mobilizuar dhe për tu vlerësuar sensibilizimi dhe mesazhet që diktojnë dhe përcjellin.

Siç u pa dhe u diktua nga subjekti i temave, fillimi dhe zhvillimi i yndyrnave me shenjat që lënë tek enët e gjakut fillojnë që në fëmijëri, sikundër dhe talenti që përfiton dituri, që nga njohuritë që merr nga familja.

Ndaj, detyrë e të gjithë specialistëve të mjekësisë është të sensibilizojnë popullsinë që të kenë dijeni për rrezikun dhe parandalimin e sëmundjeve të prekura nga yndyrnat e larta.

Konferencë: “ROLI I EDUKIMIT TË PACIENTËVE NË SËMUNDJET KRONIKE”

Korçë – 30 Shtator 2021

Më dt. 30 Shtator Këshilli Rajonal Urdhrit të Mjekut Korçë organizoi një konferencë me temë: “Roli i edukimit të pacientëve në sëmundjet kronike”. Konferenca u hap nga Presidentja e Këshillit Rajonal dr. Vlefëta Bejko dhe u përshëndet nga dr. Fatmir Brahimaj, Presidenti i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.

Më pas aktiviteti vijoi me dhënien e ‘Certifikatës së Mirënjohjes’ për mjekët në pension: dr. Ligor Skrapi, dr. Stavri Prifti, dr. Engjëll Gusho, dr. Marika Shore, dr. Ilia Pecani, dr. Dhorkë Buleci, dr. Ahmet Dulellari, dr. Vladimir Ballço, dr. Kujtim Gora, dr. Liljana Ballço dhe dr. Maksim Lubonja me motivacionin “Për kontribute në punë dhe në fushën e mjekësisë së Qarkut Korçë”.

Konferenca vijoi me prezantimin e 8 temave: “Bashkëjetesa me Konstipacionin Kronik” nga dr. Vlefëta Bejko, “Rëndësia e Acidit Folik në Shtatzani” nga dr. Mishel Papakozma, “Dislipidemitë dhe Statinat” nga dr. Ilia Skëndi, “Sfidat e COVID-19” nga dr. Diana Alickolli, “Leukoza Mieloide Kronike” nga dr. Gerla Koleci, “Sëmundja Renale Kronike” nga dr. Enkeleda Stefo, “Artriti Goutoz dhe Hiperuricemia” nga dr. Mikel Jordhani, “Bazat e trajtimit të Diabetit Melitus” nga dr. Ermira Duva-Hana. Tema të cilat u ndoqën me shumë interes nga mjekët pjesëmarrës, të cilët u pajisën edhe me kreditet përkatëse të akorduara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

Dr. Vlefëta BEJKO
Këshilli Rajonal Korçë, UMSH

Konferencë: “URGJENCAT RENALE DHE HEMATOLOGJIKE, DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI. COVID-19 KOMPLIKACIONET RENALE DHE HEMATOLOGJIKE”

Elbasan – 5-6 Tetor 2021

Në dt. 5 dhe 6 Tetor Shoqata “Për një Shqipëri të Shëndetëshme” Këshilli Rajonal Urdhrit të Mjekut Elbasan zhvilluan konferencën me temë: “Urgjencat Renale dhe Hematologjike, diagnostikimi dhe Trajtimi. COVID-19, komplikacionet Renale dhe Hematologjike”.

Ditën e parë (5 Tetor 2021) aktiviteti u hap nga prof. Edmont Laho dhe u zhvillua on-line me tematikat: “Oligoanuria menaxhimi, parandalimi dhe kujdesi infermieror” nga prof. Edmont Laho temë e ndjekur edhe nga një video shpjeguese për Oligoanurinë dhe Infeksionet Urinare; “Komplikacionet Renale të COVID-19” nga dr. Ergys Mici; “ Infeksionet Streptokoksike dhe Glomerulonefritet-format klinike” nga dr. Albana Sejdini; “ Urgjencat Renale-menaxhimi i tyre dhe kujdesi. Barna që dëmtojnë sistemin renal” nga dr. Albana Sejdini dhe dr. Studim Hysa temë e ndjekur me një demonstrim praktik dhe shpjegues me video të Glomerulonefriteve dhe Urgjencave Renale; “Përdorimi efikas i barnave dhe evitimi i gabimeve mjekësore nga farmacistët dhe infermierët” nga dr. Edmont Laho.

Në ditën e dytë konferenca vijoi punimet pranë ambienteve të Hotel “Skampa” ku pjesa e parë kishte si temë: “Homazhe dhe respekt për mjekët dhe bluzat e bardha që humbën jetën nga COV-SARS 2/ COVID-19 dhe ata që po luftojnë me këtë pandemi mjaft tinzare”.

Konferenca u hap nga organizatori i konferencës dr. Edmont Laho, i cili ja dha fjalën e hapjes Kryetarit të Bashkisë z. Gledian Llatja dhe më pas u vijua me përshëndetjet nga dr. Fatmir Brahimaj- Presidenti i UMSH, Rektori i Universitetit dr. Skënder Topi, Deputetja e Elbasanit dr. Desantila Tahiraj, përfaqësuesi i Këshillit Bashkiak z. Bukurosh Stafa.

Më pas u zhvilluan homazhe për dy mjekët mjaft të nderuar të cilët punuan me devotshmëri dhe përkushtim për vite me radhë në profesionin më hyjnor (atë të mjekut) dhe që fatkeqësisht humbën jetën nga Covid-19: dr. Ferdinand Shkrepa dhe dr. Sali Baca; të cilëve ju akordua Certifikatë “Mirënjohja e Qarkut Elbasan” (pas vdekjes) nga Këshilli i Qarkut Elbasan me motivacionin: “Për merita të veçanta dhënë në shërbim të komunitetit dhe kontributin e dhënë si mjek në një periudhë të vështirë të pandemisë botërore të COVID-19, përfaqësues i denjë i Qarkut Elbasan”.

U nderuan gjithashtu edhe dr. Resmije Rama, inf. Majlinda Ilirjani, mjekët e spitalit Rajonal Elbasan, mjekët e Spitalit të Gramshit, të Peqinit dhe Librazhdit me motivacionin: “Për vetësakrifikimin duke dhënë kontributin e tyre në këtë ‘luftë’ botërore”.

Më pas dr. Fatmir Brahimaj mbajti temën: “Mjekët tanë në Sfidë me COVID-19”, e cila u pasua me temat: “Kujdesi Infermieristik gjatë pandemisë COVID-19” nga dr. Vitri Lika, dr. Albana Sejdini; “COVID-19 komplikacionet Hematologjike dhe menaxhimi i kujdesshëm me barna” nga dr. Albana Sejdini; “Limfadenopatitë diferencimi i formave malinje dhe beninje” nga prof. Anila Godo, dr. Vitri Lika; “Efektet anësore hematologjike të barnave dhe kimioterapia” nga dr. Albana Sejdini; “Menaxhimi i fenomeneve hemorragjike” nga prof. Anila Godo, prof. Edmont Laho; “Trombocitopenia idiopatike” nga dr. Vitri Lika, prof. Edmont Laho.

Në përfundim të aktivitetit 2 ditësh pjesëmarrësit u pajisën me kreditet e akorduara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

Konferencë: “IMPAKTI I COVID-19 NË PATOLOGJITË AKUTE DHE KRONIKE, MENAXHIMI I TYRE”

Durrës – 13 Nëntor 2021

Në dt. 13 Nëntor Këshilli Rajonal Urdhrit të Mjekut Durrës zhvilloi konferencën me temë: “Impakti i COVID-19 në patologjitë akute dhe kronike, menaxhimi i tyre”. Konferenca u hap nga Presidentja e Këshillit Rajonal dr. Edlira Harizi, e cila prezantoi të ftuarit vendorë: dr. Fatmir Brahimaj-President i UMSH dhe dr. Klodiana Spahiu-Deputeten e qarkut Durrës dhe të ftuarit nga Kosova, Mali i Zi, Bosnje-Hercegovina, Maqedonia e Veriut.

Në fjalën e hapjes dr. Harizi theksoi se: “Mjekët treguan edhe një herë se janë besnikë të Betimit të tyre të shenjtë të Hipokratit, për tju shërbyer pacientëve edhe kur ju rrezikohet jeta e tyre. Edhe pse pati mjekë që u infektuan dhe kaluan edhe situata të rënda shëndetësore (fatkeqësisht humbën edhe jetën), asnjë mjek nuk refuzoi dhënien e shërbimit për pacientët me COVID-19, por me përkushtim e profesionalizëm vazhduan misionin e shenjtë”. E duke qenë pjesë e armatës së madhe të mjekëve që krijuam eksperiencat tona ditë pas dite, një copëz të mozaikut të tyre do i ndajmë me kolegët pjesëmarrës.

Më pas prezantoi dr. Fatmir Brahimaj “Pandemia COVID-19 dhe puna e mjekëve në vendin tonë”, temë e cila u ndoq nga prezantimet: “Impakti, vështirësitë, problemet e klinikës emergjente gjatë kohës së pandemisë COVID-19” nga dr. Basri Lenjani, dr. Aban Demi, dr. Dardan Lenjari (Klinika Emergjente SHSKUK-Prishtinë); “Problemet e pandemisë COVID-19 në Shtëpinë e Shëndeti në Ulqin” nga dr. Sadije Hollaj, dr. Sanela Abazovic, dr. Egzona Pali (Shtëpia e Shëndetit Ulqin); “COVID-19 në Spitalin Rajonal Durrës (SRD)” nga dr. Beqir Gelaj, dr. Bashkim Kullsi, dr. Eda Ndreu, dr. Ilir Halili, dr. Lusinda Dushi, dr. Ornella Gelaj; “Aspekte të kontributit të Urgjencës Polivalente të Durrësit në menaxhimin e COVID-19” nga dr. Gjergji Qerimi; “Rastet e pacientëve me Strokë dhe COVID-19 në SRD” nga dr. shk. Edlira Harizi-Shemsi; “Manifestimet kardiake në pacientët me COVID-19” nga dr. Mimoza Metalla-Keçi; “COVID-19 dhe komplikacionet afatgjata të tij” nga dr. Edlira Ndreu; “Efekti i COVID-19 në trajtimin e frakturave trokanterike dhe të qafës së femurit” nga dr. Neritan Myderizi; “Artriti Reumatoid dhe COVID-19” nga dr. shk. Genti Kavaja; “Diabeti dhe COVID-19: risku, trajtimi dhe mësimet nga vendet e tjera” nga dr. Eduard Spahiu; “Kirurgjia ortopedike në SRD gjatë fazave të pandemisë së COVID-19” nga dr. Redi Hoti; “Traumat e regjionit Oral dhe Maksilofacial (Impakti i COVID-19)” nga dr. msc. Milton Rroço; “Laparoskopia në SRD dhe impakti i COVID-19” nga dr. Shkëlqim Ferko; “Sëmundjet e heparit në COVID-19. Etiologjia, trajtimi dhe prognoza” nga dr. Pranvera Kristani; “Impakti i pandemisë COVID-19 në Kujdesin Onkologjik ndaj Kancerit” nga dr. Manjola Luzi; “Anosmia dhe Ageusia (lidhur me COVID-19)” nga dr. Elona Kodra; “Ekografia e mushkërive në pacientët me COVID-19. Metoda, Rezultatet, Perspektiva” nga dr. Elton Cekaj; “Depresioni dhe Ankthi në pacientët me COVID-19” nga dr. Greta Guga.

Temat u ndoqën me shumë interes nga pjesëmarrësit, të cilët u pajisën edhe me kreditet përkatëse të akorduara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

SIMPOZIUMI I 28-TË ZEVA

(Dhoma/urdrat e mjekëve të vendeve të Evropës Qendrore dhe Lindore)

24 Shtator 2021

Shkup-Maqedoni e Veriut

I takoi përsëri këtë vit Dhomës së Mjekëve të Maqedonisë së Veriut, të ftojë simpoziumin e Zevas (Dhoma/ Urdhrat e Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore). Kjo veprimtari u zhvillua më dt. 24 Shtator 2021 në Shkup, në formë hibride (disa vende me prezencë fizike dhe disa në formë virtuale online). UMSH-ja u përfaqësua nga Dr. Fatmir Brahimaj dhe Dr. Dritan Trepça.

Në fjalën e hapjes presidentja e Dhomës së Mjekëve të Maqedonisë së Veriut znj. Kalina Stardelova ju uroi mirëseardhjen delegacioneve të pranishme. Ajo theksoi rëndësinë e bashkëpunimit, sidomos në kohën e pandemisë, në kuadrin e Zeva-s, pasi në këto vende pandemia pati karakteristika të njëjta dhe problematika shumë të ngjashme. Duke falenderuar gjithë kontribuuesit për mbarëvajtjen e veprimtarisë ajo uroi që takimi i ardhshëm të bëhet me praninë e të gjithëve, pastaj ajo ia dha fjalën Ministrit të Shëndetësisë së Republikës së Maqedonisë së Veriut Dr. Venko Filipce. Ndër të tjera z. Ministër theksoi rolin e bashkëpunimit dhe shkëmbimit të ideve, eksperiencave dhe veçorive në sfidën e përbashkët të përballimit të pandemisë. Vlerësime maksimale dha për rolin e mjekëve dhe gjithë personeleve shëndetësore në këtë situatë të vështirë. “Së bashku do të nxjerrim mësim më të mira për të projektuar një të ardhme më të sigurtë”, përfundoi ai.

Një përshëndetje e veçantë me video, u bë nga dr. Klaus Reinhardt, president i Shoqatës Mjekësore Gjermane. Kjo seancë u mbyll nga fjala e Dr. Ramin Parsa Parsi, drejtues i departamentit të marrëdhënieve me jashtë në Shoqatën Mjekësore Gjermane, i cili u përqëndrua kryesisht në punën që bëhet në kuadrin e WMA për përgatitjen e Kodit të ri të Etikës Mjekësore.

Sesioni i parë i punës u hap me një leksion nga dr. G. Pavic, Dhoma Mjekësore Federale e Bosnje-Hercegovinës të titulluar: “Pandemia Covid-19” shikim i shkurtër i zhvillimeve të deritanishme dhe projekcioni i zhvillimeve të reja të mundshme.

Vazhdimi i seancës ju kushtua raporteve kombëtare (duke ndjekur rendin alfabetik). Në emër të UMSH-së paraqiti raportin dr. Fatmir Brahimaj, pasi përshkroi disa tipare të pandemisë në vendin tonë, strukturat që u morën direkt me të, strategjia e ndjekjes, etj... Ai u fokusua në rolin e mjekëve si drita e parë në tunelin e gjatë e të errët të pandemisë, për të informuar publikun mbi natyrën e infeksionit, ndjekjen afatgjatë, etj... U nënvizua mbingarkesa në punë, menaxhimi i stresit, mbrojtja e personelit, shkalla e prekjes nga infeksioni si dhe humbjet në mjekë për shkak të tij. U theksua puna që bëhet aktualisht për vaksinimin e popullatës në përgjithësi si dhe personelit dhe disa kategori në veçanti.

Raportimet e tjera nga Austria, Bosnje-Hercegovina, Gjermania, Kroacia, Kosova, Serbia, Sllovakia në përgjithësi u ndalën në sfidat e vështira më të cilat u përballën, vështirësitë e shumta nga faktet se kishin të bënin me një infeksion të ri, të panjohur më parë. Pavarësisht nga shkëmbimi i madh i informacionit dhe veprime të shumta globalisht nuk munguan keqinterpretimet, fakenews të shumta që u pozuan me hezitime jo të vogla në vënien në zbatim të udhërrëfyesve profilaktik, diagnostik apo terapeutik të hartuar në gjithë vendet.

Theksi u vu në analizimin e hollësishëm të gjithçkaje që u bë për të nxjerrë mësimet që duhen në të ardhmen.

Dr. Dritan Trepça
Zv. President UMSH

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

28-29 Tetor 2021

Romë, Itali

Takimi plenar i vjeshtës i CEOM u zhvillua në Romë , i ftuar nga FNOMCeO (Federata Kombëtare e Mjekëve Kirurg dhe Odontologjër të Italisë) më 28-29 Tetor 2021. UMSH u përfaqësua nga Presidenti dr. Fatmir BRAHIMAJ.

Në ceremoninë e hapjes uroi mirëseardhjen presidenti i FNMCEO dr. Filippo ANELLI. Ai shprehu kënaqësi që kjo veprimtari e rëndësishme (e cila përkoi me 50 vjetorin e CEOM) ju besua kolegëve italianë, dhe u mundësua zhvillimi i saj në prezencë fizike të pjesëmarrësve në këtë stad të pandemisë COVID-19. Folësi u përqëndrua në peshën shumëplanshe të pandemisë për shoqërinë dhe rolin e veçantë të mjekëve në përballimin e saj. Ai shprehu mirënjohjen e thellë për gjithë mjekët dhe personelin tjetër shëndetësor dhe ndihmës, vlerësimin dhe nderimin e veçantë të atyre që sakrifikojnë jetën në luftën ndaj pandemisë. Sigurisht këto fakte na bëjnë krenar të gjithëve theksoi dr. Anelli. Mjekët janë përballur gjithmonë me sfida të mëdha gjatë ofrimit të kujdesit shëndetësor. Ata do ta bëjnë këtë edhe në të ardhmen, në përballimin e problemeve të lidhura me ambientin si dhe me inteligjencën artificiale. Kjo e dyta theksoi ai mund të diagnostikojë dhe trajtojë të sëmurët më mirë se mjekët, por s'ka empati dhe marrëdhënie si mjeku me pacientin.

Më tej përshëndeti presidenti i CEOM dr. Jose SANTOS. Ai vlerësoi misionin dhe arritjet e CEOM në 50 vjet, vlerësoi kontributin dhe sakrificat e mjekëve për përballimin e sfidave të kohës në të gjitha vendet anëtare dhe më gjerë. Sipas tij nevojitet më shumë vlerësim, respekt dhe mirënjohje nga shoqëria për bluzat e bardha. Pas bërjes së apelit dhe verifikimit mandativ të gjitha delegacionet pjesëmarrëse si dhe të ftuarve nga WMA, CPME, ESMA, FEMS dhe AEMH; Dr. Roland KERZMANN (zv. presidenti i parë i CEOM) deklaroi hapjen e seancave të punës.

Në seancën e parë u dëgjua fillimisht një përmbledhje mbi COVID-19 në Itali nga prof. Silvio BRUSAFERRO, president i ISS (Instituti Superior i Shëndetësisë). Më tej u paraqitën tablo mjaft të përmbledhura nga disa delegacione (kryesisht mbi situatën e vaksinimit). Kjo seancë përfundoi me një Deklaratë mbi Vaksinimin të paraqitur nga prof. Filippo Alberti (Itali). (në vijim Deklarata e CEOM mbi Vaksinimin).

Në seancat pasuese:-Dr. Nicolino D'Autilia prezantoi një material mbi të ardhmen e CEOM.

Dr. Ramin PARSA-PARSI foli mbi punën që po bën WMA për rishikimin e Kodit të Etikës Mjekësore.

Një seancë e veçantë ju kushtua zgjedhjes së bordit të ri të CEOM. Pas votimeve nga së paku 2 kandidatura për 5 vendet në bordet u konfirmua kjo përbërje:

- **Dr. Jose Santos** president (Portugali)
- **Dr. Roland Kerzmann** zv.president i parë (Belgjikë)
- **Dr. Nicolino D'Autilia** zv.president (Itali)
- **Dr. Konstantinos Kacoqulos** zv.president (Greqi)
- **Dr. Gheorghe Borca** zv.president (Rumani)

Në 2 seanca të veçanta u diskutuan probleme specifike si:

- I. Bashkëpunimi i mjekëve në Francë me industrinë farmaceutike (një ligj i veçantë i shtetit francez)
- II. Kompetencat e shoqërisë mjekësore portugese në procesin e specializimeve të mjekëve (draft për një ligj të ri)

Në seancën pasuese u fol për bashkëpunimin me organizatat e tjera homologe profesionale si CPME (e përfaqësuar nga dr. Frank Ulrich Montgomeri), WMA nga dr. Otmar Kloiber, FEMS nga J. Dean, AEMH, etj...

Në mbledhje dr. Jose Santos hodhi për votim propozimin e Urdhrit të Mjekëve të Spanjës për ta shpallur 30 Tetorin Ditë Ndërkombëtare të Mjekëve, e cila u aprovua si dhe kërkesat e anëtarëve të CEOM për të ftuar takimet e vitit 2022. U vendos që takimi i pranverës ti besohet Shoqatës Mjekësore Panhelenike dhe takimi i vjeshtës Urdhrit të Mjekëve të Luksemburgut.

Në fjalën e mbylljes presidenti Santos falenderoi pjesëmarrësit për kontributin. Ai vuri theksin në disa probleme, si: vlerësimi i kontributit të mjekëve në përballimin e COVID-19 si dhe rëndësinë e përmblendhjes me sukses të procesit të vaksinimit që gjithë vendet të plotësojnë objektivat e tyre.

DEKLARATA E CEOM MBI VAKSINIMIN E POPULLATËS

- Që nga Pranvera 2020, bota po përballlet me një krizë shëndetësore madhore e shkaktuar nga pandemia COVID-19. Pasojat e kësaj krize në shëndetin dhe mirëqenien e popullatës janë katastrofike.
- Kjo situatë kërkon veprim kolektiv urgjent.
- Përderisa shkalla e mbrojtjes së popullsisë nëpërmjet vaksinimit nuk mjafton, lufta kundër këtij virusi do jetë e vështirë dhe do të çojë në sakrificat e rëndësishme në emër të popullatës.
- CEOM ju bën thirrje mjekëve, profesionistëve shëndetësorë, autoriteteve shëndetësore dhe gjithë palëve të interesuara të punojnë bashkarisht për vaksinimin e popullatës kundër COVID-19.
- CEOM bën me dije se mjekët e përfshirë në programin e vaksinimit kundër COVID-19 luajnë një rol të madh e të pavarur në kontrollin, sigurinë dhe efikasitetin e vaksinës, dhe sigurimin e monitorimit të vazhdueshëm gjatë gjithë fushatës së vaksinimit.
- CEOM u kërkon mjekëve dhe profesionistëve shëndetësorë të jenë të vaksinuar për të parandaluar përhapjen e COVID-19 veçanërisht për pacientët e tyre dhe për ti demonstruar publikisht besimin e tyre në procesin e vaksinimit.
- CEOM thekson se besimi i publikut në profesionin mjekësor është thelbësor për ti ndihmuar personat të bëjnë zgjedhjet e duhura mbi mënyrat dhe mjetet e parandalimit. Bazuar në gjendjen shëndetësore të pacientit mjeku duhet të sigurojë marrjen parasysh të vaksinimit nga pacienti, duke e informuar saktë në mënyrë që ai të pranojë të vaksinohet. Mjeku duhet të monitorojë me kujdes çdo efekt anësor të vaksinës dhe ta raportojë atë menjëherë pranë autoriteteve përkatëse.
- CEOM si anëtar i Koalicionit Evropian për Vaksinimin ju bën thirrje Qeverive Evropiane të promovojnë aksesin për vaksinën anti COVID-19 për të gjithë popullsinë evropiane por edhe atë botërore.

ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E CPME
(KOMITETI I PËRHERSHËM I MJEKËVË EVROPIANË)

26-27 Nëntor 2021

Oslo, Norvegji

Pas një periudhe 2 vjeçare të aktiviteteve vetëm online për shkak të pandemisë COVID-19 më 26-27 Nëntor u zhvillua Asambleja e Përgjithshme e CPME, në formë hibride (shumica e vendeve me praninë fizike dhe një pakicë e ndoqi online).

Si gjithmonë asambleja paraprihet nga takimi i bordit dhe puna në grupe për diskutimin e materialeve kryesore që do ti paraqiten asamblesë.

UMSH me statusin e vëzhguesit u përfaqësua me presencën e një delegacioni, me dr. Fatmir Brahimaj dhe dr. Esheref Shehu, anëtar i Këshillit Kombëtar. Në ditën e parë u fillua më seancën kushtuar raporteve kombëtare të shumë vendeve anëtarë si: Norvegjia, Gjermania, Austria, Franca, Greqia, Malta, etj... Pothuajse gjithë referuesit dhe diskutantët në sallë pasi jepnin shkurt të dhëna nga vendi i tyre nënvizonin këto probleme:

- *Rolin dhe kontributin e veçantë të mjekëve dhe personelit ndihmës në përballimin e pandemisë. Nevojën e njohjes nga shoqëria të kontributit, sakrificave, mbingarkesës dhe stresit të përballuar; etj... Duke shprehur vlerësime, respekt dhe mirënjohje për punën e tyre.*
- *Përmasat dhe problematikat e valës së fundit që po vërehet në shumë vende.*
- *Insistimin për vashdimësinë e vaksinimit si rruga e vetme për të shkuar në fundin e pandemisë. Për vaksinimin u bë edhe një deklaratë e cila u aprovua në Asamblesë të përgjithshme në ditën e dytë.*

Një seancë mjaft e rëndësishme ishte dhe ajo për shëndetin. Midis të tjerave u diskutua dhe u mbështet fortë një material i paraqitur nga “Shoqata Mjekësore Norvegjeze” me titull: ***Kujdesi shëndetësor i popullatës është i pamundur pa shëndetin e personelit shëndetësor.***

Seanca e tretë i kushtojë: ‘Produkteve farmaceutike dhe kujdesit shëndetësor’. Këtu u nënvizua fakti i domosdoshmërisë së ruajtjes dhe forcimit të sigurisë së produkteve farmaceutike. Rigorozitet në respektimin e të gjitha fazave nga zbulimi, prodhimi, testimi eksperimental dhe klinik, deri në përdorimin në shkallë të gjerë në praktikën klinike. Kjo e fundit të respektojë gjithë kërkesat e farmakovigjilencës. Gjithë ky proces duhet parë me vëmendje edhe nga qeveritë dhe gjithë grupet e interesit, duke synuar dhe në ndryshime ligjore më të repta, për të parandaluar dhe mënjeluar çdo shkelje.

Dita e dytë kaloi me punimet e Asamblesë së Përgjithshme. Pas apelit të kryetarëve të delegacioneve pjesëmarrëse u kalua në aprovimin e axhendës, aprovimin e minutave të Asamblesë virtuale të 20 Marsit 2021. Më tej u vazhduar me problemet financiare si raporte mbi buxhetin 2021 dhe aprovimi i buxhetit të vitit 2022, Fee-së të anëtarësisë dhe të vëzhguesve, komisionet e auditimit dhe mbylljes së llogarisë për 2021, etj...

Seanca tjetër iu kushtua zgjedhjeve të reja për Bordin dhe Kryesinë e CPME, për periudhën 2022-2024.

Presidenti i ri u zgjodh dr. Kristian Kejzer (Hollandë) ndërsa zv.president i parë dr. Rej Valli (Irlandë), zv.presidentë të tjerë dr. Marili Pasakiotu (Greqi), dr. Zhakline Rossant Lumbrosso (Francë) dhe dr. Ole Johan Bakke (Norvegji). Ndërsa mbajtësi i thesarit dr. Marjo Parkla Harju (Finland).

Më tej u aprovuan materialet e propozuara nga grupet e punës. Në seancën pasuese përshendetën përfaqësues të organizmave të tjera homologe si: WMA, CEOM, UEMS, FEMS, etj...

Mbyllja e asamblesë u bë nga presidenti i mëparshëm i CPME prof. dr. F.U.Mongomery.

WMA BËN THIRRJE PËR TI DHËNË FUND DISKRIMINIMIT TË UDHËTIMIT NË PANDEMINË COVID-19

12 Tetor 2021

Shoqata Mjekësore Botërore (WMA) bën thirrje për ti dhënë fund diskriminimit në udhëtim të shkaktuar nga vaksina të caktuara që nuk njihen në të gjithë botën.

Në një rezolutë urgjente në mbledhjen e Këshillit të saj, që u zhvillua në formë virtuale më 12 Tetor 2021, WMA u shpreh se qytetarët e disa vendeve po përjetojnë probleme serioze në udhëtim pasi vaksinimet e tyre nuk pranohen si dëshmi e mbrojtjes së plotë nga Covid-19. Shumë vende pranojnë vetëm një grup të caktuar vaksinash të konsideruara si mbrojtje të përshtatshme, ndërsa vaksinat e tjera nuk njihen.

Shoqata thotë se kjo po çon në një diskriminim të hapur kundër udhëtarëve që janë të vaksinuar. Ai po kufizon bashkëpunimin dhe biznesin ndërkombëtar, duke dëmtuar vendet dhe rajonet kryesisht më të varfra. Në disa raste ka çuar në kërkesa nga njerëzit e vaksinuar për dozën e tretë dhe të katërt, por këtë herë me vaksinat e pranuar si siguri i nivelit të nevojshëm të mbrojtjes.

WMA tani po u bën thirrje të gjitha qeverive që të përshtatin menjëherë rregulla të drejta, të harmonizuara dhe jo diskriminuese për të mundësuar shanse të sigurta dhe të barabarta udhëtimi, dhe për të informuar publikun nëse shqetësimet serioze në lidhje me vaksinat specifike pengojnë pranimin e tyre.

WMA pranon se e kupton ngurrimin e autoriteteve farmaceutike për të lejuar futjen në treg të vaksinave për të cilat nuk është aplikuar autorizim nën juridiksionin e tyre, ose që janë ende në proces autorizimi, ose mund të jenë refuzuar sepse standardet e tyre etike ose teknike të testimit ose prodhimit nuk plotësojnë standardet e kërkuara.

Por e konsideron të nevojshme vlerësimin e vaksinave Covid-19 si një masë mbrojtëse të besueshme udhëtimi në bazë të efektivitetit të tyre kundër infeksionit dhe sëmundjeve të rënda nga SARS-CoV 2. Deri tani ka të dhëna të mjaftueshme për të vlerësuar vaksinat bazuar në efektivitetin e tyre mbrojtës, pavarësisht nga autorizimi i tyre i marketingut. Nëse vaksinat konsiderohen se nuk janë efektive dhe për këtë arsye nuk janë të pranueshme si mbrojtje, arsyet për një vendim të tillë duhet të bëhen publike.

TRAJTIMI I SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE - NJË PËRMBLEDHJE E SHKURTËR MBI EPIDEMIOLOGJINË DHE UDHËZUESIT E TRAJTIMIT

Dr. Engjëllushe HASANI PhD.¹, Dr. Armina MEMA², Dr. Redina HASANI³

¹Kardiologe, Qendra Shëndetësore Nr 3, Tiranë;

²Mjeke Laboratori, Qendra Shëndetësore Nr 4, Tiranë;

³Mjeke e Përgjithshme, Northwick Park Hospital

Hiperlipidemia është një faktor kryesor rreziku për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare aterosklerotike (ASCVD), duke sjellë një shqetësim të madh për shëndetin publik⁽¹⁾. Evidenca të shumta mbështesin faktin që reduktimi i LDL-C ul rrezikun e ASCVD^(1,2).

Udhëzuesit rekomandojnë përdorimin e frenuesve të reduktazës HMG-CoA (statina) si terapi primare⁽¹⁾. Përdorimi i tyre ka ulur prevalencën e hiperkolesterolemisë në dekadën e fundit. Shtimi i terapive të reja, siRNA (Inclisiran), do t'u japë mundësinë pacientëve me nivele të larta të LDL-C që të arrijnë nivelet e rekomanduara dhe të ulin riskun kardiovaskular duke ruajtur njëkohësisht aderencën maksimale.

Epidemiologjia

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) si pasojë e aterosklerozës së mureve të enëve të gjakut dhe trombozës janë shkaku kryesor për vdekshmërinë e parakohshme dhe për DALY në Evropë dhe po bëhet gjithmonë e më i shpeshtë edhe në vendet në zhvillim⁽³⁾.

- **422.7 milionë të prekur nga SKV** në të gjithë botën.
- **17.9 milionë njerëz humbën jetën** nga SKV në vitin 2016, që përbëjnë 31% të vdekjeve globale, nga të cilat 85% nga IM dhe insulti cerebral. Pjesa më e madhe e këtyre vdekjeve ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare^(4,5).
- **210 miliardë Euro⁽⁶⁾** janë kostot në vitin 2015. Ngarkesa ekonomike e ASCVD gjithashtu ka ardhur vazhdimisht në rritje në të gjithë botën.
- **58.6% është prevalenca e dislipidemive në Shqipëri**, sipas një studimi të publikuar në vitin 2015, e ngjashme me atë të vendeve të tjera evropiane. Më tej, studimi tregon se rreth 1.4 milionë shqiptarë kanë të paktën një prej faktorëve të riskut të lartë të dislipidemisë. Hiperkolesterolemia totale (TC ≥ 200 mg/dL) është e lartë në 44.3% të popullsisë, dhe femrat kanë një prevalencë më të lartë se sa meshkujt, por pa ndonjë ndryshim të konsiderueshëm nga ana statistikore. Prevalenca e LDL-C (≥ 130 mg/dl), HDL-C (≤ 40 mg/dl) dhe TG (≥ 150 mg/dl) ishte 34%, 17.2% dhe 22.6%, përkatësisht. Në studim, dislipidemia nuk lidhej me grupmoshat, BMI, arsimimin dhe të ardhurat e familjes, por lidhej me nivelin e glukozës esëll në gjak⁽⁷⁾.

Vlerësimi i Riskut Kardiovaskular dhe Depistimi

Përgjithësisht, **dislipidemia është asimptomatike**, prandaj një testim depistues është thelbësor për të identifikuar pacientët të cilëve iu nevojitet trajtim.

Depistimi për dislipideminë është gjithmonë i rekomandueshëm për pacientët me shfaqje klinike të SKV-së, në gjendjet klinike që lidhen me një risk të shtuar 10-vjeçar për SKV $\geq 10\%$ dhe kurdo që merret në konsideratë depistimi për faktorët e riskut⁽⁸⁾.

Këshillohet një matje e rregullt gjatë gjithë jetës për nivelin e kolesterolit, duke filluar me një rekomandim të moderuar tek fëmijët e vegjël deri në 2 vjeç që kanë një histori familjare të CVD të hershme ose kolesterol të lartë të konsiderueshëm⁽⁸⁾. Për fëmijët e tjerë, rekomandohet që testet fillestare të kolesterolit në gjak të kryhen midis moshës 9-11 vjeç për të vlerësuar rrezikun më herët dhe për të zbuluar anomalitë e lipideve. Nëse dislipidemia identifikohet tek fëmijët ose adoleshentët, ndryshimet e stilit të jetesës janë qasja e preferuar. Duke filluar nga mosha 20 vjeç, duhet të bëhet një vlerësim i lipideve për të gjithë pacientët për të vlerësuar rrezikun e CVD dhe për të përcaktuar një profil bazë të lipideve⁽⁸⁾.

Për parandalimin primar të sëmundjeve kardiovaskulare në kujdesin parësor në Shqipëri, depistimi për dislipidemitë këshillohet të kryhet në moshën ≥ 35 vjeç, dhe duhet të përsëritet çdo 5 vjet⁽²⁾.

Udhëzuesit rekomandojnë terapinë me statina për pacientët me rrezik të lartë të ASCVD dhe theksojnë vlerësimin e përgjigjes së secilit pacient gjatë terapisë me statina⁽⁸⁾. Bazuar në evidenca të rëndësishme që mbështesin përfitimet e reduktimit të LDL-C për të zvogëluar ASCVD, rekomandohet përdorimi i dozës maksimale të toleruar të statinave^(8,9). Për këtë arsye, theksohet vlerësimi i personalizuar i rrezikut për pacientët për të përcaktuar rrezikun e sëmundjeve të zemrës. Diskutimi i faktorëve që rrisin rrezikun (p.sh.: historia familjare e ASCVD të parakohshme, etniciteti, sindroma metabolike, sëmundja kronike e veshkave, kushtet inflamatore kronike dhe menopauza e parakohshme ose preeklampsia) duhet të merret në konsideratë⁽⁸⁾.

Faktorë të tjerë të riskut për dislipideminë përveç LDL-C janë⁽⁸⁾:

• Diabeti	• Sëmundja inflamatore e zorrës
• Hipertension arterial	• Diabet ose hipertension gjatë shtatzënisë
• Obeziteti (indeksi i masës trupore ≥ 30 kg/m ²)	• Rritje e trashësisë së intima-medias karotide (CMT) ose shtim i pllakave karotide
• Duhanpirje aktuale	• Evidenca klinike të aterosklerozës ose aneurizmës së aortës abdominale
• Sëmundje kronike e veshkave	• Terapitë antiretrovirale
• Disfunksion erektil	• Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK)
• Histori familjare të sëmundjes së parakohshme kardiovaskulare (mosha < 55 vjeç te të afërmit e shkallës së parë meshkuj ose mosha < 65 tek të afërmit e shkallës së parë femra)	• Gjendjet inflamatore autoimmune kronike si artriti reumatoid, lupusi sistematik eritematoz (SLE) dhe psoriaza
• Sëmundja arteriale periferike	

Shfaqjet klinike të dislipidemive gjenetike, duke përfshirë ksantomat, ksantelazmat dhe arcus cornealis të parakohshëm duhet të shqyrtohen pasi mund të jenë shenjë e pranisë së një çrregullimi të rëndë të lipoproteinave, veçanërisht e hiperkolesterolemisë familjare (HF), që është çrregullimi monogjenik më i shpeshtë i lidhur me SKV-në e parakohshme⁽¹⁰⁾.

Depistimi duhet të përfshijë⁽⁸⁾:

- Marrjen e anamnezës dhe kryerjen e ekzaminimit fizik.
- Pasqyrë standarde të yndyrnave duke përfshirë:
 - kolesterolin total për përllogaritjen e riskut të përgjithshëm kardiovaskular duke përdorur llogaritësin e riskut SCORE;
 - LDL kolesterolin (LDL-C) si analizë parësore e yndyrnave për depistimin, vlerësimin e riskut, diagnostikimin dhe menaxhimin;
 - HDL kolesterolin (HDL-C) konsiderohet faktor i rëndësishëm i pavarur i riskut
 - trigliceridet, që japin informacione shtesë mbi riskun.
- Jo-HDL Kolesterolin (Jo-HDL-C) konsiderohet si një faktor i rëndësishëm i pavarur i riskut, veçanërisht nëse janë të pranishme dhe trigliceridet e larta (nëse disponohet).
- Glukozë.
- Vlera e përllogaritur e filtrimit glomerular (GFR).

Në tabelën e mëposhtme tregohen faktorët e mëtejshëm të mundshëm të riskut dhe shkaqet sekondare për hiperkolesteroleminë, hipertriglicerideminë dhe nivelin e ulët të HDL kolesterolit⁽¹¹⁾:

Hiperkolesterolemia	Hipertrigliceridemia	Nivel i ulët i HDL kolesterolit
Obeziteti/mbipësia		
Mungesa e aktivitetit fizik		
Duhanpirja		
Konsumi i tepërt i alkoolit		
Shkaqe gjenetike		
Dietat me konsum shumë të lartë karbohidratesh (>60%)	Dietat me konsum shumë të lartë karbohidratesh (>60%)	Nuk ka
Sindromi Metabolik		
Sëmundjet bashkëshoqëruese (Diabeti, sëmundja kronike e veshkave, hipotiroidizmi)	Sëmundjet bashkëshoqëruese (Diabeti, hipotiroidizmi, Sëmundja Cushing, hepatiti, uremia, shtatzënia)	Sëmundjet bashkëshoqëruese (Sëmundjet e mëlçisë, inflamacionet e përgjithshme, sepsis, djegiet, sëmundjet hemato-onkologjike, limfoma Hodgkin, plazmacitoma)
Disa barna (Progestinat, steroidet, inhibitorët e proteazës)	Disa barna (Antipsikotikët atipikë, beta bllokuesit, estrogeni, barnat imunosupresive, inhibitorët e proteazës, tamoksifen, etj...)	Disa barna dhe hormone

Për të përllogaritur riskun kardiovaskular 10-vjeçar ndihmon sistemi SCORE2. Sistemi SCORE2 përllogarit riskun 10-vjeçar për një ngjarje ateriosklerotike fatale të parë, lidhur me moshën, seksin, pirjen e duhanit, nivelin e kolesterolit total, dhe presionin sistolik të gjakut.

Pacientëve me risk të lartë dhe shumë të lartë (për shkak të sëmundjeve koronare paraekzistuese të zemrës dhe hiperkolesterolemisë familjare) nuk ju duhet të kryejnë përllogaritje formale të riskut KV (SCORE2) për të përcaktuar nëse iu nevojitet trajtim për hipertensionin dhe faktorët e tjerë të riskut KV. Për të gjithë pacientët e tjerë me dislipidemi, rekomandohet përllogaritja e riskut KV 10-vjeçar⁽¹²⁾.

Aderenca ndaj terapisë me statina

Terapia me statina mbetet guri themelor i menaxhimit të LDL-C^(13,14), për trajtimin e LDL-C të rritur. Në dekadën e kaluar, prevalenca e hiperkolesterolemisë ka rënë, në përputhje me përdorimin e gjerë të statinave. Sidoqoftë, adherenca e përgjithshme ndaj statinave mbetet suboptimale; prova të konsiderueshme tregojnë se adherenca e ulët (<80%) ndaj statinave është e lidhur me rezultate më të dobëta, përfshirë vdekjen e pacientëve me ASCVD^(14,18). Rezultatet e një studimi të Kaiser Permanente zbuluan se 15% e pacientëve nuk i marrin recetat e tyre fillestare të statinave. Në një studim tjetër kohort, nivelet e aderencës 2-vjeçare ishin 40% për pacientët e moshuar me sindromë akute koronare dhe ishin dukshëm më të ulëta për pacientët me sëmundje kronike të arterieve koronare (36%), dhe ata që marrin statina për parandalim primar (25%)⁽¹⁹⁾. **Përafërsisht 50% e pacientëve ndërpresin statinat brenda 1 viti dhe 70% e bëjnë këtë brenda 2 viteve.**

Shumë pacientë që do të përfitonin nga këta agjentë janë jo-aderentë për shkak të kostos, aksesit të dobët në përkujdesje dhe efekteve anësore⁽¹⁾. Kur pyeten pse ndërpresin statinat, pacientët shpesh raportojnë zhvillimin e simptomave të muskujve të lidhur me përdorimin e statinave⁽¹³⁾. Përafërsisht

10% e pacientëve amerikanë ndërpresin statinat me ankesa subjektive, zakonisht simptoma të muskujve pa kreatinë kinazë të rritur⁽²⁰⁾.

Statinat janë shoqëruar edhe me efekte anësore të tjera serioze, duke përfshirë diabetin mellitus tip 2. Rreziku i diabetit të diagnostikuar rishtazi nga statinat është rreth 0.2% në një vit të trajtimit, në varësi të faktorëve të fshehtë të rrezikut. Statinat mund të rrisin rrezikun e eventeve hemorragjike në pacientët me sëmundje cerebrovaskulare, por statinat prodhojnë një ulje të konsiderueshme më të madhe të rrezikut të ngjarjeve aterotrombotike, strok totale dhe ngjarjeve të tjera kardiovaskulare (CV)⁽²⁰⁾.

Rezistenca ndaj Statinave

Rezistenca ndaj statinave ndodh kur nivelet e LDL-C të pacientëve nuk bien pavarësisht aderencës së mirë⁽²¹⁾. Pavarësisht nga ky definicion i thjeshtë, është e vështirë të përcaktohet me saktësi se kur ndodh rezistenca ndaj statinave. Reduktimi i LDL-C prej statinave varion nga 5% deri 70% ndërmjet pacientëve dhe koha për të arritur reduktimin maksimal gjithashtu varion. Janë të shumtë faktorët që influencojnë në përgjigjen ndaj statinave dhe në shfaqjen e rezistencës, ku mund të përmendim: ndryshimet në absorbimin e barit, transportit të barit, metabolizmit intrahepatik, metabolizmi i barit brenda organeve të tjera, mekanizmat e ekskretimit të barit e madje edhe raca⁽²¹⁾.

Rezistenca mund të ndodhë edhe për shkak të ndryshimeve të targeteve terapeutike si p.sh.: HMG-CoA reduktaza ose molekula që marrin pjesë në etapa të ndryshme përgjatë rrugës së biosintezës së kolesterolit dhe metabolizmit të lipoproteinave. Kërkuesit ia atribuojnë ndryshimin në përgjigjen ndaj statinave gjithashtu edhe polimorfizmit gjenetik që prek farmakodinamikën dhe farmakokinetikën⁽²¹⁾. Po ashtu, është vënë re që tek duhanpirësit ka ulje më të pakët të LDL-C se te jo-duhanpirësit. Edhe pacientët me hipertension, gjithashtu kanë ulje më të pakta se ata pa hipertension. Gjithashtu, citokinat inflamatore si IL-1b mund të ndikojnë në shfaqjen e rezistencës ndaj statinave. Për pasojë, pacientët me sëmundje inflamatore mund të kërkojnë doza më të larta të statinave për të arritur nivelet target të LDL-C⁽²¹⁾.

Mortaliteti i lidhur me Aderencën/mosaderencën

Një studim i madh retrospektiv u krye në SHBA në 347,104 adultë të moshave 21 - 85 vjeç të cilët kishin patur 1 ose më shumë evente ASCVD në dy vitet e fundit⁽¹⁸⁾. Të gjithë ishin pacientë që kishin marrë statina për një mesatare prej 2.9 vjetësh⁽¹⁸⁾.

Gjatë periudhës së studimit 85,930 (24.8%) persona humbën jetën. Kërkuesit vunë re se terapia me statina me intensitet të moderuar ishte e lidhur me një aderencë më të lartë se terapia me statina me intensitet të lartë. Nga ana tjetër terapia me statina me intensitet të moderuar ka me pak gjasa që të arrijë nivelin target të synuar. Kërkuesit krahasuan pacientët më aderente (përqindja e ruajtjes së terapisë [MPR] $\geq 90\%$) me pacientët më pak aderentë (MPR $< 50\%$) dhe gjetën një lidhje inverse ndërmjet aderencës ndaj statinave dhe mortalitetit. Pacientët me grupin më pak aderent kishin 36% më shumë gjasa që të vdisnin. Ata gjithashtu vunë re se aderenca e ulët lidhej me nivele më të larta të LDL-C dhe mundësi më të madhe për hospitalizim nga insulti dhe sëmundja ishemike e zemrës. Kjo dëshmon se aderenca/mosaderenca kanë një efekt të madh në mortalitet⁽¹⁸⁾.

Rritja e riskut, Udhëzuesit bëjnë thirrje për ndërhyrje

Të gjithë udhëzuesit sot bëjnë thirrje se kur një pacient që ka kaluar ose jo një event ASCVD arrin ose tejkalon nivelin e riskut të moderuar, duhet përcaktuar terapia me barna e përshtatur sipas pacientit. Udhëzuesit rekomandojnë që të merren në konsideratë regjime terapeutike më agresive në pacientët me ASCVD dhe ata me risk të lartë dhe shumë të lartë: përveç statinave të shtohen terapi LDL-C ulëse, përfshirë barna që targetojnë proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) për pacientët me risk të lartë për ASCVD⁽⁸⁾.

Targetimi i PCSK9

Zbulimi i PCSK9 dhe preparateve që e targetojnë atë, ka ndryshuar kuptimin e metabolizmit të lipideve dhe menaxhimit të hiperkolesterolemisë. Me anë të degradimit të lizosomeve, PCSK9 interferon riciklimin natyral të LDL receptorëve. Një studim klinik demonstroi se mutacionet në PCSK9 ulnin

LDL-C dhe reduktonin në nivel sinjifikant incidencën e Sëmundjes Koronare të Zemrës, kjo çoi në zhvillimin e barnave të reja që kanë për target pikërisht PCSK9⁽²²⁾.

Agjentë të tjerë terapeutikë^(23,24,25)

Ezetimibe – inhibon absorbimin e marrë nga dieta të kolesterolit duke bllokuar proteinen Niemann-Pick C1-Like 1 (NPC1L1).

Alirocumab dhe Evolocumab – janë antitropa monoklonalë që bllokojnë aktivitetin e PCSK9.

Lomitapide – është një bar oral shtesë për Hiperkolesteroleminë Familjare Homozigote (HoFH). Ajo lidh dhe supreson “microsomal triglyceride transfer protein” (MTP) brenda lumenit të retikulimit endoplazmik. Për shkak të riskut të hepatoksicitetit, ky bar duhet përdorur me shumë kujdes dhe pacienti duhet mbajtur gjithmonë nën monitorim.

Acidi Bempedoic – inhibitor i adenosine triphosphate-citrate lyase.

Evinacumab – është një antitrop monoklonal që inhibon angiopoietin-like 3 (ANGPTL3). Humbja e varianteve të ANGPTL3 ka çuar në ulje të LDL-C, duke e bërë kështu atë një target terapeutik. Evinacumab indikohet si një terapi shtesë për trajtimin e pacientëve adultë dhe pediatrikë mbi 12 vjeç me HoFH.

Terapi inovative

Molekula ARN e vogël interferuese (siRNA) është gjenerata më e re që targeton PCSK9, dhe bari i parë i kësaj klase të re dhe inovative terapeutike është Inclisiran⁽¹⁾. Inclisiran është një siRNA që ndalon përkthimin e ARN mesazhere të PCSK9 duke bllokuar kështu sintezën e saj. Ky veprim ul përqëndrimin e PCSK9, duke ulur si rrjedhim nivelet e LDL-C. Programi i zhvillimit klinik ORION ka 12 studime klinike që janë në zhvillim ose kanë perfunduar⁽¹⁾. Në studimet ORION-10 dhe ORION-11, Inclisirani u vlerësua në pacientët me ASCVD dhe risk ekuivalent për ASCVD, duke reduktuar me rreth 50% vlerat e LDL-C krahasuar me placebo. Efektet anësore ishin të ngjashme ndërmjet Inclisiranit dhe placebo. Ky bar administrohet në rrugë subkutane 1 herë në 6 muaj duke garantuar aderencë maksimale terapeutike⁽²⁶⁾.

Konkluzione

Udhëzuesit rekomandojnë terapi agresive për reduktimin e lipidve, për pacientët me risk të lartë për sëmundje kardiovaskulare. Statinat janë linja e parë e trajtimit. Duhet bërë një rivlerësim i vazhdueshëm i niveleve të LDL-C dhe shtimi i terapive të reja si psh siRNA (Inclisiran), do t'u japë mundësinë pacientëve me nivele të larta të LDL-C që të arrijnë nivelet e rekomanduara dhe të ulin riskun kardiovaskular duke ruajtur njëkohësisht aderencën maksimale.

Referencat:

1. German CA, Shapiro MD. Small interfering RNA therapeutic inclisiran: a new approach to targeting PCSK9. *BioDrugs*. 2020;34(1):1-9. doi: 10.1007/s40259-019-00399-6
2. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659
3. Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë. “Të shëndetshëm jemi të gjithë të barabartë! Kujdesi Mjekësor Bazë për popullatën 40-65 vjeç”, Tiranë, Shqipëri 2015
4. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) 2017 (accessed 15 Nov 2018).
5. Thomas A, Gaziano, MD, MSc, Asaf Bitton, MD,* Shuchi Anand, MD,* Shafika Abrahams-Gessel, MS,† and Adrianna Murphy, Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle-Income Countries, *Curr Probl Cardiol*. 2010 Feb; 35(2): 72–115. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2009.10.002
6. Bloom DE, et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum
7. Shurdha O, Hasimi E, Petrela E, Goda A. Prevalence of major cardiovascular risk factors among adults in Albania (Prevalenca e faktorëve madhorë të riskut kardiovaskular tek të rriturit në Shqipëri). *International Journal of Science and Research (Revista Ndërkombëtare e Shkencës dhe Kërkimit)*, Vëllimi 4 Botimi 12, 2015.
8. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the

- management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [Erratum in: *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(24):3237-3241]. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(24):e285-e350. doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.003
9. Schachter M. Chemical, pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of statins: an update. *Fundam Clin Pharmacol*. 2005;19(1):117-125. doi: 10.1111/j.1472-8206.2004.00299.x
10. A Yamamoto, T Kamiya, T Yamamura, S Yokoyama, Y Horiguchi, T Funahashi, A Kawaguchi, Y Miyake, S Beppu, K Ishikawa, et al, Clinical features of familial hypercholesterolemia Arteriosclerosis Jan-Feb 1989;9(1 Suppl):166-74.
11. Mach F et al. *Eur Heart J*. 2020; 41:111-88; Grundy SM, et al *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(24):3168-209; Jernberg T, et al *Eur Heart J*. 2015; 36:1163-70
12. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe, *European Heart Journal* (2021) 00, 1-16
13. Ward NC, Page MM, Watts GF. Clinical guidance on the contemporary use of proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 monoclonal antibodies. *Diabetes Obes Metab*. 2019;21(suppl 1):52-62. doi: 10.1111/dom.13637
14. Krähenbühl S, Pavik-Mezzour I, von Eckardstein A. Unmet needs in LDL-C lowering: when statins won't do! *Drugs*. 2016;76(12):1175-1190. doi: 10.1007/s40265-016-0613-0
15. Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S, et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1091-1097. doi: 10.1136/jech.2006.055525
16. Bouchard MH, Dragomir A, Blais L, Bérard A, Pilon D, Perreault S. Impact of adherence to statins on coronary artery disease in primary prevention. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;63(6):698-708. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02828.x
17. Ho PM, Magid DJ, Masoudi FA, McClure DL, Rumsfeld JS. Adherence to cardioprotective medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006;6:48. doi: 10.1186/1471-2261-6-48
18. De Vera MA, Bhole V, Burns LC, Lacaille D. Impact of statin adherence on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(4):684-698. doi: 10.1111/bcp.12339
19. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*. 2002;288(4):462-467. doi: 10.1001/jama.288.4.462
20. Newman CB, Preiss D, Tobert JA, et al; American Heart Association Clinical Lipidology, Lipoprotein, Metabolism and Thrombosis Committee, a Joint Committee of the Council on Atherosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; and Stroke Council. Statin safety and associated adverse events: a scientific statement from the American Heart Association [Erratum in: *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019;39(5):e158]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019;39(2):e38-e81. doi: 10.1161/ATV.0000000000000073
21. Reiner Z. Resistance and intolerance to statins. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014;24(10):1057-1066. doi: 10.1016/j.numecd.2014.05.009
22. Cohen JC, Boerwinkle E, Mosley TH Jr, Hobbs HH. Sequence variations in PCSK9, low LDL, and protection against coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2006;354(12):1264-1272. doi: 10.1056/NEJMoa054013
23. Juxtapid. Prescribing information. Amryt Pharma; 2020. Accessed February 24, 2021. juxtapidpro.com/prescribing-information
24. Goldberg AC, Leiter LA, Stroes ESG, et al. Effect of Bempedoic Acid vs Placebo Added to Maximally Tolerated Statins on Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Patients at High Risk for Cardiovascular Disease: the CLEAR Wisdom Randomized Clinical Trial [published correction appears in *JAMA*. 2020;323(3):282]. *JAMA*. 2019;322(18):1780-1788. doi: 10.1001/jama.2019.16585
25. Evkeeza. Prescribing information. Regeneron Pharmaceuticals, Inc; 2021. Accessed March 8, 2021. regeneron.com/sites/default/files/Evkeeza_PI.pdf
26. Ray KK, Wright RS, Kallend D, et al; ORION-10 and ORION-11 Investigators. Two phase 3 trials of inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. *N Engl J Med*. 2020;382(16):1507-1519. doi: 10.1056/NEJMoa1912387

BASHKËJETESA ME KONSTIPACIONIN KRONIK

Dr. Vlefë BEJKO
Spitali Rajonal Korçë

Konstipacioni nuk është sëmundje, por simptomë e një sëmundje. Njeriu ka konstipacion kur defekon më pak se 3 herë në javë. Konstipacioni mund të jetë idiopatik ose funksional. Në konstipacion materialet janë të forta, të thata, të vogla në madhësi dhe dalin me vështirësi, duke u shoqëruar me dhimbje dhe meteorizëm. Në shumë raste konstipacioni është i përkohshëm dhe jo serioz. Njohja me shkaqet, parandalimin dhe trajtimin e tij mund të ndihmojë shumë njerëz në lehtësimin e këtij problemi.

Për të kuptuar konstipacionin duhet ditur si punon zorra e trashë. Kur ushqimet kalojnë në zorrën e trashë, kjo e fundit e thith ujin me ushqime, ndërkohë që ai kthehet në mbetje ushqimore ose feçe. Muskujt e zorrës kontrahohen duke e shtyrë atë në drejtim të rektumit. Kur feçet arrijnë në rektum ato janë të forta sepse një pjesë e ujit është përthithur. Konstipacioni ndodh kur zorra përthith më shumë ujë ose kur muskujt kontrahohen të zorrës punojnë ngadalë. Si rezultat feçet bëhen të thata dhe të forta.

Konstipacioni është më i shprehur tek femrat se tek meshkujt.

Përkufizimi klinik i konstipacionit është prania e të paktën dy prej simptomave të mëposhtme për të paktën 12 javë në harkun kohor prej 12 muajsh:

- Shtërngime gjatë defekimit (jashtëqitjes);
- Feçe të forta dhe të vogla në madhësi;
- Ndjesia e moszbrazjes komplet;
- Ndjesia e bllokimit anorektal;
- Më pak se tre jashtëqitje në javë.

1. Shkaqet kryesore të konstipacionit janë:

● Dieta e varfër në fibra

Njerëzit që përdorin një dietë të pasur me fibra nuk vuajnë nga konstipacioni. Kurse dietat e varfëra në fibra shkaktojnë konstipacion. Për shëmbull, ushqimet e varfëra në fibra janë: mishi, djathi, veza, etj... Fibrat gjenden në frutat, perimet dhe drithërat, të cilat trupi ynë nuk arrin ti tresë. Fibrat e tretshme shpërbëhen lehtë në ujë dhe të rrëshqitshme në zorrë. Fibrat e pa tretshme kalojnë në zorrë pa pësuar ndryshime.

Këto dy fenomene ndihmojnë në parandalimin e tharrjes dhe fortësisë të feçeve, duke i bërë ato lehtësisht të lëvishme në zorrë. Ushqimi i varfër në fibra, shkakton kapsllëk veçanërisht në personat e moshës së tretë. Duke ngrënë ushqime gjysëm të gatshme e të thjeshta për tu gatuar, duke patur vështirësi për tu përtypur nga dhëmbët, të moshuarit detyrohen të ushqehen me ushqime të buta që janë të varfëra në fibra.

● Përdorimi jo i mjaftueshëm i lëngjeve

Marrja e sasive të pakta në lëngje shkakton konstipacion. Lëngjet shtojnë ujin në zorrë duke i bërë feçet më të buta dhe më të lehta për të lëvizur. Njerëzit që kanë probleme me kapsllëkun duhet të shtojnë domosdoshmërisht sasinë e lëngjeve të marra në ditë.

● Barnat

1. Antiacidet;
2. Preparatet e hipertensionit;
3. Preparatet e përdorura për sëmundjen e Parkinsonit;

4. Antispastikët;
5. Antidepresantët;
6. Preparatet e hekurit;
7. Diuretikët;
8. Antikonvulsantët.

● **Ndryshimet në mënyrën e jetesës**

1. Shtatzania - Tek gratë mund të shoqërohet me kapsllëk për shkak të ndryshimeve hormonale ose për shkak të shtypjes që bën uterusin (mitra) mbi zorrët.
2. Mosha - mund të ndikojë në rregullsinë e lëvizjes së zorrës. Për shkak të ngadalësimit të metabolizmit, zorrët kanë aktivitet muskular më të dobët.
3. Udhëtimet - njerëzit vuajnë me konstipacion kur udhëtojnë për shkak të ndryshimit të dietës dhe rutinës ditore.

● **Abuzimi me laksativë**

Laksativë quhen barnat të cilat ndihmojnë jashtëqitjen (defekimin). Mendimi se njerëzit duhet të defekojnë përditë ka bërë që disa njerëz të përdorin laksativë. Edhe pse njerëzit ndihen të lehtësuar nga përdorimi i laksativëve ata duhet të rrisin dozat për shkak se trupi me kalimin e kohës krijon varësi ndaj tyre.

● **Injorimi i nevojës urgjente për të defekuar**

Njerëzit të cilët injorojnë nevojën për defekim (jashtëqitje) duke e ndaluar një ndjesi të tillë çon në kapsllëk. Disa njerëz e vonojnë defekim për shkak se nuk duan të përdorin tualetet jashtë shtëpisë. Të tjerë e injorojnë për shkak të stresit emocional ose janë shumë të zënë me punë. Fëmijët e injorojnë për shkak të trajnimeve stresuese higjienike ose se nuk duan të ndërpresin lojrat.

● **Sëmundje të veçanta**

Sëmundjet të cilat shkaktojnë kapsllëk janë ato neurologjike, metabolike, endokrine dhe situata sistemike të cilat prekin sistemin e organeve. Këto çrregullime mund të ngadalësojnë lëvizjen e feçeve nëpër zorrë, rektum dhe anus. Kushtet që mund të shkaktojnë kapsllëk janë të renditura më poshtë:

- Çrregullime neurologjike;
- Skleroza multiple;
- Sëmundja e Parkinsonit;
- Pseudo-obstruksione të zorrëve kronike idiopatike;
- Hemorragjitë cerebrale;
- Dëmtime të shtyllës kurrizore;
- Situatat metabolike dhe endokrine;
- Diabeti;
- Uremia (ureja në gjak);
- Hiperkalcemia (sasi e tepruar e kalciumit në gjak);
- Kontroll të dobët të glicemisë;
- Hipotiroidizmi (sasi e pakët e hormoneve të tiroides);
- Çrregullimet sistemike;
- Amyloidosis;
- Lupus;
- Skleroderma.

2. Probleme me zorrën dhe rektumin

Obstruksionet intestinale (bllokim i zorrëve), dëmtime të indeve, divertikulozat, tumoret, striktura (ngushtimi) kolorektal, sëmundja e Hirschsprungut ose kanceri mund të komprimojë, shtrëngoje ose ngushtojnë zorrët dhe rektumin duke shkaktuar kapsllëk.

● **Probleme me funksionin e zorrëve**

Dy llojet e kapsllëkut janë konstipacioni idiopatik (me shkaqe të panjohura) dhe konstipacioni funksional. Sindromi i zorrës së irritueshme me shenja mbizotëruese të konstipacionit është i kategorizuar më vete.

1. Kapsllëku me shkaqe të panjohura (idiopatike), nuk i përgjigjet mjekimeve standarde. Ai mund të jetë i lidhur me probleme funksionale të zorrëve ku përfshihen kontrolli hormonal, nervat dhe probleme të muskujve të zorrës së trashë, rektumit dhe anusit.

2. Kapsllëk funksional do të thotë që zorra është e shëndoshë por nuk funksionon siç duhet. Nuk shkaktohet nga sëmundje organike. Zakonisht është rezultat i dietave të varfëra dhe mënyrës së jetesës. Ai ndodh si tek fëmijët ashtu edhe tek të rriturit.

3. **Si identifikohet shkaku i kapsllëkut?**

Testet që mund të kërkojë doktori varen nga kohëzgjatja dhe ashpërsia e kapsllëkut, mosha e personit, nëse ka gjak në feçe, ndryshime të regjimit të zorrës dhe nëse është e pranishme humbja në peshë.

● **Historia mjekësore (Anamneza)**

Doktori mund të pyesë pacientin që t'i përshkruajë kapsllëkun duke përfshirë shenjat si: frekuencën e jashtëqitjeve, konsistencën (fortësia) e feçeve, praninë e gjakut në to, mënyrën se si ushqehet, nëse merr mjekime, nivelin e aktiviteti fizik, etj... Këto pyetje mund të ndihmojnë doktorin për të gjetur arsyen e konstipacionit.

● **Ekzaminimi Radiologjik i zorrës**

Ky ekzaminim përfshin shikimin me grafi të rektumit, zorrës së trashë dhe pjesës së poshtme të zorrëve të holla për të lokalizuar problemin. Ky ekzaminim mund të tregojë obstruksionin e zorrës.

Një natë përpara ekzaminimit është i nevojshëm pastrimi i zorrës. Pacienti merr disa lëngje të veçanta të cilat ndihmojnë pastrimin e zorrës. Pastrimi i zorrës është shumë i rëndësishëm sepse prezenca e pjesëve sado të vogla të mbeturinave ushqimore mund të shkaktojnë probleme të cilat nuk lejojnë që ekzaminimi të kryhet i plotë.

● **Sigmoidoskopia/Kolonoskopia**

Ekzaminimi i pjesës së poshtme të zorrës së trashë quhet sigmoidoskopi ndërsa i krejt zorrës quhet kolonoskopi.

Për të kryer këtë ekzaminim duhet që zorra të jetë e pastruar. Për këtë pacientit i jepen disa lëngje të veçanta për 24 orë.

Gjatë ekzaminimit pacienti është gjysmë i sedatuar (i qetësuar me gjumëdhënës).

Në qoftë se vihen re anomali, doktori mund të marrë material për biopsi për të dhënë një diagnozë të saktë. Pas ekzaminimit pacienti mund të ndjejë barkun pak të fryrë, situatë e cila përmirësohet shumë shpejt.

Indikacionet e kolonoskopisë:

- Hemoragjia rektale
- Humbje në peshë
- Feçe gjak akull pozitiv
- Anemia ferodefiçitare
- Në konstipacionet e zgjatura në moshat mbi 50 vjeç.
- Në rast historie familjare me sëmundje malinje të zorrës së trashë.

● Përgatitja për Kolonoskopi

Një ditë përpara kolonoskopisë, pacienti përdor 4 bustina PEG 3350 (macrogol). Fillohet me 3 paketat e para çdo 2 deri 3 orë dhe bustina e fundit pihet në mëngjesin e ditës që do të bëhet kolonoskopia. Mbahet një dietë vetëm me lëngje. Paketa mund të tretet në 2 gota ujë.

● Si mjekohet konstipacioni?

Edhe pse trajtimi i kapsllëkut varet nga shkaqet, ashpërsia dhe kohëzgjatja, në shumë raste, dietat e pasura me fibra, përdorimi i ujit dhe lëngjeve të tjera në sasi të mëdha dhe ndryshimet në mënyrën e jetesës, mund të jenë të suksesshme për lehtësimin e shenjave dhe parandalimin e përsëritjes së tij.

Laksativët e rekomanduar për përdorim në konstipacion janë:

1. Laksativ Bulking: Psilium
2. Laksativ Osmotik: Polietilen Glikol (PEG), Laktuloze)
3. Laksativ Stimulant: Bisacodyl.

Evidenca të mira për grupin e dytë të Laksativëve (Macrogol).

Mekanizmi i macrogolit është:

- Uji që mban Macrogoli zbut feçen
- Efekt izo-osmotik. Nuk tërheq sasi sinjifikante uji nga trupi
- Stimulim i peristaltikës dhe i lëvizjeve shtytëse.

Siguria e PEG/Macrogol

- Nuk ka emergjencë të menjëhershme;
- Nuk ka formime të gazrave pa risk diskomforti, flatulence apo dhimbje;
- Efekt izo-osmotik. Më pak risk dehidratimi dhe humbje e elektroliteve (e rëndësishme për të rinjtë).

Mund të përdoret për të mjekuar konstipacionin 1 deri 3 bustina në ditë të tretur në një gotë ujë, duke reduktuar dozën në varësi të reagimit të pacientit.

4. Menaxhimi i konstipacionit kronik

- Edukimi i pacientëve
- Modifikimi i stilit të jetës duke shtuar aktivitetin fizik
- Kontrolli i barnave që merr pacienti.
- Rritja e fibrave në dietë (20gr/ditë)
- Hidratim i mjaftueshëm
- Krijimi i një rutine në përdorimin e tualetit.

5. Mund të bëhet kapsllëku serioz?

Shpesh herë kapsllëku mund të çojë në komplikacione, ku përfshihen hemorroidet të cilat shkaktohen nga shtrëngimet gjatë defekimit ose fisura anale (të çara) të shkaktuara prej feçeve të forta. Si rezultat, kemi hemorragji e cila është gjak i kuq i pastër i dukshëm në WC.

Gjithashtu dhe prolapsi rektal i lartpërmendur, është një komplikacion i cili në disa raste është shumë i ashpër dhe kërkon korrigjim me kirurgji.

SËMUNDJA INFLAMATORE E ZORRËS - ALTERNATIVA TË REJA TË MJEKIMIT NË SHQIPËRI

Dr. Edite SADIKU, Prof. dr. Bledar KRAJA

Shërbimi Universitar i Gastrohepatologjisë, QSU "Nënë Tereza"

Sëmundja inflamatore e zorrës, është sëmundje inflamatore kronike e traktit tretës me etiologji të panjohur që përfshin dy forma kryesore klinike: Kolitin ulçeroz dhe Morbus Crohn.

Sëmundja inflamatore e zorrës prek mbi 1.5 milion njerëz në Amerikën e Veriut dhe 2.5 milion në Evropë, me rritje të përhapjes globale dhe prevalencë prej 0.5% të popullsisë në rajonet më të prekura. Prevalenca e CD në vendet e industrializuara varion nga rreth 100 deri në 200 për 100,000 banorë ndërsa e prevalenca e kolitit ulçeroz 250 deri në 500 për 100,000 banorë. Pavarësisht se incidenca maksimale haset kryesisht në moshat e reja, rreth 20% e të sëmurëve me Morbus Crohn dhe 12% e të sëmurëve me kolit ulçeroz e zhvillojnë sëmundjen para moshës 20 vjeç. Sëmundja mund të shfaqet në çdo moshë.

Shkaku i sëmundjes është akoma i panjohur. Konsiderohet si një sëmundje multifaktoriale që përfshin ndërveprimin e faktorëve gjenetike me një sërë faktorësh të tjerë, imunitarë, mjedisorë, dietetikë dhe psikologjikë. Me sa duket, patogjeneza ka të bëjë me një përgjigje imune të çrregulluar që shkakton një inflamacion kronik, të pakontrolluar të mukozës së zorrëve. Aktivizimi i qelizave imunitare nga agjentë ende të panjohur (mikroorganizma, përbërës të ndryshëm ushqimorë apo bakterie) nxit çlirimin e citokinave dhe mediatorëve inflamatorë. Kjo përgjigje imune e gabuar ndërmjetësohet nga citokina të ndryshme dhe molekula të vogla të proteinave që sinjalizojnë qeliza të sekretuara nga imuniteti dhe qelizat e tjera. Këta mediatorë të sekretuar stimulojnë proliferimin e qelizave efektore antigjen-specifike duke aktivizuar kështu sistemin imunitar qelizor që pasohet me shpërthim të inflamacionit lokal dhe sistematik. Prodhimi i shtuar i citokinave mund të luajë shumë role në fiziopatologjinë e sëmundjes inflamatore. Besohet se citokinat vetë janë drejtpërdrejt përgjegjëse për dëmtimin e mukozës dhe dëmtimin pasues të indeve. Aktivizimi i qelizave T helper 1 (Th1) prodhon citokinat klasike proinflamatore (interferon γ [IFN γ] dhe faktorin e nekrozës tumorale α [TNF α]) si dhe interleukin [IL] -2. Përveç kësaj, përfshirja më tej e qelizave Th17 çon në sintezën e zgjeruar të citokinave tipike të Th17 siç janë IL-17 dhe IL-23. Komponenti gjenetik mbështetet nga fakti që familjarët e rrethit të parë të të sëmurit kanë rrezik të lartë për sëmundje inflamatore të zorrës si nga ngjashmëria e tipit të sëmundjes inflamatore të zorrës, lokalizimi i sëmundjes dhe veçoritë e ecures klinike. Gjithashtu, ndër faktorët e rëndësishëm patogjenetikë përfshihet edhe prania e antikorpeve anticitoplazmike të neutrofileve (ANCA) në 70% të të sëmurëve me sëmundje inflamatore të zorrës.

Manifestimet klinike të sëmundjes inflamatore të zorrës përcaktohen nga forma klinike e sëmundjes. Në kolitin ulçeroz manifestimet klinike janë pasojë e inflamacionit që prek kryesisht mukozën e rektumit dhe të kolonit të majtë, por ndonjëherë edhe të gjithë kolonin. Shenjat klinike përfshijnë rrektoragji me mukus, temperaturë, dhimbje abdominale, tenesma, humbje në peshë. Graviteti i sëmundjes ndryshon ndjeshëm nga një rast në një tjetër. Në shumicën e rasteve, sëmundja shfaqet me formën e lehtë të saj dhe e kufizuar në segmentin rekto-sigmoidien. Format e rënda të kolitit ulçeroz shoqërohen me dehidrim, anemi, hipokalemi dhe hipoalbumunemi. Shpesh shkakton komplikacione të rënda lokale dhe sistemike.

Shenjat klinike të M. Crohn janë pasojë e inflamacionit transmural të zorrës që mund të prekë çfarëdo lloj pjese të aparatit tretës dhe që shoqërohet me manifestime të shumta ekstraintestinale. Ndonëse mund të prekë të gjithë segmentët e tubit tretës, M. Crohn zakonisht prek në mënyrë të veçantë ileumin, dhe/ose kolonin e regjionin perianal. Klinikisht paraqitet me dhimbje abdominale, diarre

(përgjithësisht pa gjak), ileit akut me dukuri të ngjashme me ato të apendisitit, ulçera të thella anorektale dhe shpesh komplikohet me formim fistulash ose obstrukcioni intestinal.

Ecuria klinike e sëmundjes inflamatore të zorrës karakterizohet nga periudha ekzacerbimi dhe remisioni. Remisioni mund të ndodhë ose spontanisht ose në përgjigje të trajtimit. Qëllimet kryesore të trajtimit janë: kontrolli i fazës akute; qetësimi i simptomave; zgjatja e intervaleve asimptomatike dhe shmangia e komplikacioneve.

Aktualisht janë në dispozicion disa opsione trajtimi duke përfshirë barna anti-inflamatore (p.sh. kortikosteroidet, aminosalicilet), barna imunosupresive (p.sh.: azatioprinë, 6-mercaptopurinë dhe 6-thioguaninë), barna biologjike (p.sh.: frenuesit TNF α si infliximab, adalimumab, golimumab, si dhe antitruapat e anti-adezionit vedolizumab e natalizumab) dhe barna të tjera për të menaxhuar simptoma të veçanta (p.sh.: antibiotikë, barna kundër diarresë, qetësues të dhimbjeve, frenues të kalcineurinës [ciklosporinë, takrolimus] dhe suplemente të hekurit).

Megjithatë, disa të sëmurë u përgjigjen vetëm dobët opsioneve të përcaktuara të trajtimit ose, pas një përgjigje fillestare, përfetojnë shpërthime dhe/ose zhvillojnë efekte anësore të patolerueshme (p.sh.: infeksione serioze nga frenuesit TNF α ; frenim të palcës së kurrizit, hepatotoksicitet, nauze, diarrea, artralgji dhe pankreatite akute nga tiopurinat). Prandaj, nevojiten mundësi të reja trajtimi.

Vitet e fundit kompanitë farmaceutike po shfaqin gjithnjë e më shumë interes në zhvillimin e barnave të reja që kanë si indikacion trajtimin e sëmundjes inflamatore të zorrës. Një sondazh i vitit 2019 tregoi se aktualisht janë 47 kompani që kanë rekrutuar 50,000 të sëmurë në fazën II dhe III të provave klinike për të studiuar 68 barna të reja për trajtimin e sëmundjes inflamatore të zorrës. Këto fakte tregojnë se, pavarësisht numrit në rritje të barnave biologjike apo molekulave të tjera të aprovuara, kërkesat për gjetjen e alternativave të reja të trajtimit të sëmundjes inflamatore të zorrës vazhdojnë të jenë akoma të paplotësuara. Si rezultat, provat klinike janë një mundësi e mirë që i ofrohet mjekëve dhe të sëmurëve për të pasur qasje në alternativa të reja të mjekimit. Së fundmi, një mundësi të tillë për të marrë pjesë në prova klinike e kanë edhe të sëmurët shqiptarë me sëmundje inflamatore të zorrës tek të cilët alterantivat konvencionale të trajtimit kanë dështuar.

Prova e parë klinike që po zhvillohet është një studim i fazës 2, me shumë qendra, i randomizuar, me etiketë dyfish të maskuar, i kontrolluar me placebo, për gjetje doze, për të vlerësuar efikasitetin dhe sigurinë e IMU 838 për terapi fillestare dhe terapi mbajtëse në kolitin ulçeroz nga mesatar deri të rëndë CALDOSE-1 (Numri i studimit: **P2-IMU-838-UC**) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT03341962>, me investigator kryesor të studimit Prof. Dr. Geert D'Haens, Inflammatory Bowel Disease Centre, Academic Medical Centre, University of Amsterdam. Bari eksperimental IMU-838 (kalcium vidofludimus) është një përbërës i ri që frenon në mënyrë selektive enzimën dihidroorot dehidrogjenazë (DHODH). Dihidroorotat dehidrogjenaza luan një rol të rëndësishëm në sintezën e pirimidinës de-novo dhe gjendet specifikisht dhe në nivele të larta në limfocitet e proliferuara ose të aktivizuara. Limfocitet jo aktive i plotësojnë kërkesat e tyre për pirimidinë përmes një rruge shpëtimi të pavarur nga DHODH. Kështu, frenimi i DHODH i ndërmjetësuar nga IMU-838 ndikon në mënyrë selektive në limfocitet e aktivizuara dhe të proliferuara. Stresi metabolik si pasojë e frenimit të DHODH çon në një reduktim të çlirimit të citokinëve pro-inflamatore duke përfshirë IL-17 (IL-17A dhe IL-17F) dhe IFN γ , dhe në shtim të apoptozës të limfociteve të aktivizuara.

Studimi është duke u kryer në rreth 115 qendra mjekësore në Evropën Perëndimore, Evropën Lindore dhe Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe planifikon të përfshijë rreth 240 të sëmurë. Gjatë pjesëmarrjes në studim të sëmurët do të monitorohen për efikasitetin dhe sigurinë e barit nëpërmjet ekzaminimeve periodike klinike, laboratorike dhe endoskopike që do të interpretohen nga qendra të huaja të specializuara, si p.sh.: LKF - Laboratorium für Klinische Forschung GmbH, Germany për ekzaminimet laboratorike, Bioclinica, Inc. USA për leximin dhe interpretimin e kolonoskopisë/sigmoidoskopisë apo Indivumed GmbH, Hamburg, Germany për ekzaminimin Histologjik & Immunohistokimik.

Një studim tjetër në të cilin është e përfshirë edhe Shqipëria, është studimi i fazës 2, me shumë qendra, i randomizuar, me etiketë dyfish të maskuar, i kontrolluar me placebo, që ka si qëllim vlerësimin e efikasitetit dhe sigurinë e barit BT-11 tabletë për terapi fillestare dhe terapi mbajtëse në të sëmurët me formë nga mesatare deri të rëndë të Morbus Crohn (Numri Studimit: **BT-11-202**) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT03870334>. BT-11 është një mjekim i ri oral (molekulë e vogël, e para-në-klasë) për Morbus Crohn. BT-11 aktivizon rrugën e Lanthionine Synthetase C-Like 2 (LANCL2), e cila mund të përmirësojë gjendjen e zorrës. Studime të mëparshme kanë treguar se BT-11 mund të ndihmojë në uljen e inflamacionit të zorrës nëpërmjet dy rrugëve: duke ulur prodhimin e mediatorëve të inflamacionit (TNF α , IFN γ , IL-4, MCP1) si dhe duke rritur molekulat anti-inflamatore (IL-10, FOXP3) në qelizat limfocitare Treg të traktit GI. Të dhënat paraklinike kanë treguar se BT-11 vepron në mënyrë topike në traktin GI për të zvogëluar inflamacionin dhe efektet e saj janë të krahësueshme me ato të barnave biologjike që administrohen në mënyrë sistemike. Për më tepër, bari absorbohet minimalisht dhe studimet kanë sugjeruar një profil të favorshëm sigurie gjatë administrimit të tij.

Ky studim i organizuar dhe sponsorizuar nga Landos Biopharma Inc., SHBA do të kryhet në afërsisht 100 qendra klinike në SHBA dhe Evropë dhe planifikon të përfshijë rreth 150 të sëmurë. Studimi ka dy faza: fazën e induksionit (në të cilën të sëmurët do të marrin barin e studimit për 12 javë) dhe faza e terapisë së mbajtjes (ku të sëmurët mund të vazhdojnë të marrin barin e studimit për 18 javë të tjera nëse ka patur përmirësim të gjendjes klinike dhe pamjes endoskopike). Në total, të sëmurët do të bëjnë 10 vizita të planifikuara, gjatë të cilave do t'i nënshtrohen ekzaminimeve laboratorike dhe endoskopike, interpretimi i të cilave do të bëhet nga qendra të specializuara të huaja.

Si përfundim, sëmundja inflamatorë e zorrës përveç manifestimeve të zakonshme klinike shkakton edhe prishje të ritmit normal të jetës që shoqërohet me vështirësi për të ndjekur aktivitetet fizike dhe profesionale. Si rezultat, tek shumë nga këta të sëmurë vërehen fenomene ankthi dhe depresioni. Si të tilla, provat klinike përveç ofrimit të mundësive për zhvillimin e terapisë të reja janë edhe një alternativë efikase për përmirësimin e ecurisë klinike dhe të cilësisë së jetës së të sëmurëve.

Referenca:

1. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2018; 390(10114):2769-78.
2. Kaplan GG, Ng SC. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2017; 152(2):313-21.e2.
3. Loftus CG, Loftus EV, Jr., Harmsen WS, Zinsmeister AR, Tremaine WJ, Melton LJ, 3rd, et al. Update on the incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000. *Inflamm Bowel Dis*. 2007; 13(3):254-61.
4. Sartor RB. Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2006; 3(7):390-407.
5. Yamada A, Arakaki R, Saito M, Tsunematsu T, Kudo Y, Ishimaru N. Role of regulatory T cell in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(7):2195-205.
6. Globig AM, Henneke N, Martin B, Seidl M, Ruf G, Hasselblatt P, et al. Comprehensive intestinal T helper cell profiling reveals specific accumulation of IFN-gamma+IL-17+coproducing CD4+ T cells in active inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2014; 20(12):2321-9.
7. Harris MS, Wichary J, Zadnik M, Reinisch W. Competition for clinical trials in inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2019; 157: 1457-61.e2.
8. Reinisch W, Danese S, Peyrin-Biroulet L, et al. Clinical Trials for Inflammatory Bowel Disease: Global Guidance during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2020, S815–S819.

NDIKIMI I PANDEMISË SË COVID-19 NË PROGRAMET PËR ELEMINIMIN E VIRUSIT TË HEPATITIT C (HCV)

Dr. Ina ILJAZI, Prof. dr. Jovan BASHO

Shërbimi Hepatologji/Gastroenterologji, Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë

Hepatiti kronik C është një problem madhor shëndetësor me rreth 71 milionë individë të prekur në të gjithë botën. Spektri i dëmtimeve kronike varion nga stadi i lehtë i fibrozës hepatike deri në stadi të përparuar me zhvillim të cirrozës hepatike dhe hepatokarcinomës. Diagnostikimi dhe mjekimi i hershëm parandalon progresionin e fibrozës hepatike dhe zhvillimin e komplikacioneve, si dhe parandalon transmetimin në individë të tjerë.

Përgjigja emergjente ndaj pandemisë COVID-19 rezultoi në pakësimin e testimeve, pakësimin e identifikimit të rasteve dhe trajtimin e individëve me hepatit viral C, duke sjellë si pasojë rritjen e numrit të të sëmurëve me komplikacione të sëmundjes.

Në këtë kuadër është e rëndësishme të rikthehet vëmendja e plotë ndaj politikave shëndetësore të aplikuara përpara COVID-19, ndërkohë që duhen ndërmarrë nisma dhe përshtatur metoda të reja në politikat e shëndetit publik për të punuar drejt objektivit të OBSH në eliminimin e HCV deri në vitin 2030.

Virusi i hepatitit C (HCV) është një virus me ARN, i cili shkakton inflamacion akut ose kronik të mëlçisë. Spektri i dëmtimeve kronike varion klinikisht nga hepatiti kronik me fibrozë të pakët, deri në shfaqjet më të rënda, si cirrozë të mëlçisë dhe hepatokarcinomë. Infeksionet akute nga HCV janë kryesisht asimptomatike e nuk avancojnë drejt formave jetë-kërcënuese të sëmundjes. Rreth 30% (15-45%) e individëve të infektuar shërohen plotësisht duke eliminuar në mënyrë spontane HCV-RNA nga serum i brenda harkut kohor të 6 muajve nga infektimi. Rreth 70% (55-85%) e individëve të infektuar do të zhvillojnë infeksion kronik nga HCV. Në grupin e individëve të cilët zhvillojnë infeksion kronik risku i cirrozës varion nga 15% në 30% në harkun kohor të 20 viteve⁽¹⁾.

Sipas EASL (Shoqata Evropiane për studimin e mëlçisë) janë rreth 71 milionë individë të prekur nga infeksion kronik C në të gjithë botën⁽²⁾. Rruga kryesore e transmetimit është nëpërmjet ekspozimit perkutan me gjakun e infektuar, nëpërmjet përdorimit intravenoz të drogërave, transfuzioneve të gjakut dhe nënprodukteve të tij, procedurave jo korrekte të injeksioneve mjekësore (ripërdorimi ose sterilizimi jo korrekt i materialeve mjekësore). Mënyra më të rralla të transmetimit janë ato nga nëna tek fëmija, ose praktikat seksuale. Hepatiti C nuk mund të transmetohet nëpërmjet qumështit të gjirit, ushqimit, ujit, kontakteve si: përqafime, ose ndarjes së ushqimit dhe pijeve me një individ të infektuar⁽³⁾.

Për vendosjen e diagnozës së hepatitit C testohet pacienti për praninë e antitropave kundër antigenëve strukturorë e jo strukturorë të HCV (anti-HCV). Nëse pacienti rezulton pozitiv për praninë e anti-HCV atëherë kryhet HCV-RNA me metodën PCR, për të konfirmuar infeksionin kronik, pasi 30% e individëve të infektuar e eliminojnë spontanisht HCV-RNA nga serum i, pa patur nevojë për trajtim⁽⁴⁾.

Diagnostikimi i hershëm i hepatitit kronik C, është i rëndësishëm pasi mjekimi parandalon progresionin e fibrozës hepatike dhe komplikacionet e mëtejshme të sëmundjes dhe gjithashtu mund të parandalojë transmetimin në individë të tjerë. Si rrjedhojë OBSH (Organizata Botërore e Shëndetësisë) rekomandon testimin e individëve në rrezik të lartë për tu infektuar, si përdoruesit e drogërave intravenoze, punonjësit e sistemit shëndetësor, pacientët nën hemodializë, pacientët që kanë

marrë transfuzione gjaku. Në ditët e sotme njohja më e mirë e fizpatologjisë së sëmundjes, zhvillimi i metodave diagnostikuese, trajtuese e parandaluese ka përmirësuar në mënyrë të konsiderueshme qasjen klinike ndaj individëve me sëmundje të mëlçisë të shkaktuara nga HCV. Rekomandohet terapia me barna pan-genotipike, antivirale me veprim të drejtpërdrejtë (DAA-s) për individët mbi moshën 12 vjeç. Duke u mjekuar me këto barna për një periudhë 12-24 javë eliminohet HCV-RNA nga serumi i më shumë se 95% individëve të infektuar⁽⁵⁾. Sipas OBSH aksesit ndaj barnave antivirale është përmirësuar, por mbetet i kufizuar. Prej 58 milion individëve të infektuar nga HCV në vitin 2019, vetëm 21% (15.2 milionë) e dinin diagnozën, prej këtyre të fundit rreth 62% (9.4 milionë) u trajtuan me DAA deri në fund të vitit 2019. Strategjia e OBSH synon të eliminojë hepatitin viral C si një problem madhor të shëndetit publik, duke trajtuar 80% të individëve të infektuar, duke reduktuar infeksionet e reja me shifën 90% dhe duke reduktuar vdekjet nga hepatitet virale me shifrën 65% deri në vitin 2030.

Sëmundja COVID-19 i ka vendosur sistemet shëndetësore përballë një sfide në një moment kritik në kontekstin e eliminimit të hepatiteve, ndaj synimi i OBSH për të eliminuar hepatitin viral C deri në vitin 2030 është aktualisht në rrezik. Blach et al. krijuan një model matematikor për të parashikuar ndikimin e mundshëm të një vonesë 3 mujore, 6 mujore e 1 vjeçare në programet e eliminimit të HCV, duke vlerësuar numrin e vdekjeve të lidhura me hepatitet virale C dhe numrin e rasteve të reja me karcinomë hepatoqelizore. Skenari i vonesës 1 vjeçare në programet e eliminimit të Hepatitit C rezultoi në 44.800 (43.800-49.300) raste të shtuara të karcinomës hepatoqelizore dhe 72.300 (70.600-79.400) vdekje të shtuara në kuadrin e hepatitit C, krahasuar me vlerat e skenarit pa vonesa për harkun kohor 2020-2030⁽⁶⁾. Sipas Blach et al., shumica e rasteve të patrajuara do ti përkisnin vendeve me të ardhura të ulta e të mesme, ndërkohë që shtimi i numrit të rasteve me karcinomë hepatocelulare ishte më i madh në vendet me të ardhura të larta.

Sipas një publikimi të Buti et al. në Spanjë, në një kohort do të analizoheshin të dhënat e 15.858 pacientëve në dy skenare. Në skenarin jo-COVID pacientët do të diagnostikoheshin e trajtoheshin në vitin e parë (2020), dhe skenari COVID me një vonesë prej 18 muajsh (Janar 2020-Qershor 2021). Stimulimi përdori të dhëna të pacientëve të trajtuar me DAA në periudhën kohore Janar 2019-Gusht 2020. Në skenarin COVID numri i pacientëve HCV pozitiv të trajtuar me DAA u pakësua midis 19% dhe 84% për periudhën kohore Janar 2020-Qershor 2021. U supozua se pacientët do të trajtoheshin 50% në gjysmën e mbetur të 2021 dhe 50% në 2022. Vonesa prej 18 muajsh në një kohort prej 15.859 pacientësh rezultoi në 117 më shumë vdekje, 73 raste më shumë me karcinomë hepatoqelizore, 118 raste më shumë me cirrozë hepatike të dekompensuar virale C. Një numër më i madh pacientësh (34 vs 48) do të kishin nevojë për transplant të mëlçisë në kuadër të cirrozës së dekompensuar ose HCC (karcinomë hepatoqelizore). Në terma ekonomik situata do të përkthehet në 4.8 milionë Euro më shumë shpenzime⁽⁷⁾.

Në një publikim të Sperring et al. në Boston Medical Center u krahasuan numri i individëve të testuar e diagnostikuar për një periudhë 3 muaj e gjysmë përpara e pas 16 Marsit 2020, datë kur u vendosën kushte për të pakësuar numrin e vizitave ku pacienti paraqitej fizikisht në institucione shëndetësore. Rezultoi se numri i testeve për HCV u pakësua me 49.6%, numri i rasteve të reja të diagnostikuara u pakësua me 42.1%. Në klinikat ambulatorie numri i testeve u pakësua me 71.9% dhe numri i rasteve të reja të diagnostikuara u pakësua me 63.3%⁽⁸⁾.

Në kushtet kur pandemia COVID-19 i ka vendosur sistemet shëndetësore në vështirësi të mëdha në raport me diagnostikimin, parandalimin e trajtimin e sëmundjeve kronike si hepatiti viral nga HCV, një qasje e re për të shfrytëzuar programet depistuese serologjike COVID-19 në favor të depistimit HCV është provuar në Itali nga Giacomelli et al. Një popullatë prej 5,152 individësh (42.6% e

popullatës të tre qytezave në veri të Italisë) iu nënshtrua depistimit serologjik SARS-CoV-2 dhe pothuaj gjysma e tyre, 2,505 individë (48.6%) iu nënshtruan gjithashtu edhe depistimit HCV. Rezultuan 72 (2.9%) individë anti-HCV pozitivë. Më pak se gjysma (46.1%) ishin të informuar për statusin e tyre serologjik. Seroprevalenca e këtij studimi ishte e përafërt me seroprevalencën 2% (1.6-7.3%) në rang vendi. Sipas Giacomelli et al., fakti që në këtë studim 53.9% individëve ishin të painformuar për statusin e tyre serologjik sugjeron se përfshirja e anti-HCV në programet depistuese serologjike COVID-19 mund të ndihmojë në rikuperimin e kohës së humbur drejt synimit të OBSH për eliminimin e HCV me afat vitin 2030.

Kjo metodë do të ishte e vlefshme të përfshihej edhe në programet depistuese për sëmundje të tjera si HIV, programet e vaksinimit për COVID-19, etj⁽⁹⁾... Përgjigja emergjente ndaj pandemisë COVID-19 rezultoi në pakësimin e testimeve, pakësimin e identifikimit të rasteve e trajtimit të individëve me hepatit viral C, duke rezultuar në rritjen e numrit të cirrozave të dekompensuara virale C e rasteve të reja me karcinomë hepatoqelizore.

Është e domosdoshme të rikthehet vëmendja e plotë ndaj politikave shëndetësore të aplikuara përpara COVID-19, ndërkohë që duhen ndërmarrë nisma dhe përshtatur metoda të reja në politikat e shëndetit publik për të punuar drejt objektivit të OBSH në eliminimin e HCV deri në vitin 2030.

Bibliografia:

1. WHO Hepatitis C, fact sheets. Global Hepatitis Report 2017, World Hepatitis Day, Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021.
2. EASL marks World Hepatitis Day 2021, renewing commitment to eliminating hepatitis. 28.07.2021
3. Hepatitis C Questions and Answers for Health Professional. CDC Division of Viral Hepatitis, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. 07.08.2020
4. Ekta Gupta, Meenu Bajpai, and Aashish Choudhary. Hepatitis C virus: Screening, diagnosis, and interpretation of laboratory assays. *Asian J Transfus Sci.* 2014 Jan-Jun; 8(1): 19–25.
5. EASL recommendations on treatment of hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2020 vol. 73 j 1170–1218.
6. Sarah Blach, Loreta A. Kondili, Alessio Aghemo, Zongzhen Cai, Ellen Dugan, Chris Estes, Ivane Gamkrelidze, Siya Ma, Jean-Michel Pawlotsky, Devin Razavi-Shearer, Homie Razavi, Imam Waked, Stefan Zeuzem, Antonio Craxi. *Impact of COVID-19 on global HCV elimination efforts. Journal of Hepatology.* 06.08.2020
7. Maria Buti, Raquel Domínguez-Hernández, Miguel Angel Casado. *Impact of the COVID-19 pandemic on HCV elimination in Spain. Journal of Hepatology.* 19.12.2020
8. Heather Sperring, Glorimar Ruiz-Mercado, Elissa M Schechter-Perkins. *Impact of the 2020 COVID-19 Pandemic on Ambulatory Hepatitis C Testing. Pubmed.Gov.* 22.11.2020
9. Andrea Giacomelli, Gabriele Pagani, Federico Conti, Cinzia Bassoli, Massimo Galli. *Detecting HCV infection by means of mass population SARS-CoV-2 screening: A pilot experience in Northern Italy. Journal of Hepatology.* 13.01.2021

WHEEZING TEK FËMIJËT. PËRQASJA DIAGNOSTIKE DHE TRAJTIMI

Dr. Julijana ASLLANI, Prof. Alfred PRIFTANJI
Qendra Mjekësore 'Alergjia dhe Astma', Tiranë

Wheezing dhe vështirësia në frymëmarrje haset shpesh në praktikën klinike pediatrike si një çrregullim mjaft heterogjen. Një në tre fëmijë mund të përjetojë të paktën një episod wheezing para moshës 3 vjeçare, prevalencë kjo që shkon në 50% deri në moshën 6 vjeçare⁽¹⁾. Mund të haset si një simptomë e vetme apo e shoqëruar me simptoma të tjera respiratore. Shpeshherë një fëmijë që fishkëllen mund të diagnostikohet gabimisht si pneumoni apo e anasjellta, duke çuar në nën apo mbi diagnostikim të saj. Ende nuk ka të dhëna të mjaftueshme lidhur me fizpatologjinë e wheezing, por vlerësohet si një manifestim mjaft heterogjen lidhur me kohën e shfaqjes, faktorët e riskut mekanizmat fizpatologjik dhe shkaktarët si dhe dekursin tek fëmijët. Është e rëndësishme të njihet dhe vlerësohet fishkëllima tek fëmijët parashkollor duke qenë një manifestim klinik me një impakt të rëndësishëm në cilësinë e jetës së fëmijëve⁽²⁾.

1.1. Çfarë është wheezing? Fenotipet e wheezing tek fëmijët

Wheezing është një simptomë që shfaqet si një zhurmë respiratore fishkëlluese gjatë ekspirimit dhe që vjen si rezultat i ngushtimit apo obstruksionit në nivele të ndryshme të rrugëve të ajrit^(2,3). Edhe pse rreth 50% e fëmijëve mund të përjetojnë një episod wheezing deri në moshën 6 vjeçare vetëm 40% e tyre do të kenë episode të vazhdueshme përgjate rritjes. Ekzistojnë disa klasifikime mbi fenotipet e ndryshme të wheezing të cilat kanë evoluar dhe janë modifikuar me kohën⁽⁶⁾. Një ndër klasifikimet më të përdorura bazohet në disa grupe kryesore lidhur me manifestimin klinik (simptomatik) dhe kohëzgjatjen.

- 1) Lidhur me karakteristikat klinike:
 - a) Wheezing episodik (episode diskrete të lidhura në shumicën e rasteve me infeksione virale dhe pa prani të wheezing ndërmjet episodeve)
 - b) Wheezing i induktuar nga disa trigger (episode të përsëritura të pranishme edhe në infeksione virale të zakonshme dhe jashtë tyre)
- 2) Lidhur me kohëzgjatjen:
 - a) **Jo frekvente ose asnjëherë:** në këtë grup përfshihen të gjithë fëmijët që përjetojnë episode sporadike të wheezing (me një prevalencë prej rreth 10% brenda 6 muajve të parë të jetës) ose fëmijë që nuk kanë referuar asnjë episod wheezing.
 - b) **Wheezing i hershëm tranzitor:** fillon zakonisht në muajt e parë të jetës duke arritur pikun në moshën tre vjeçare dhe largohet spontanisht pas moshës 6 vjeçare. Është fenotipi më prevalent i wheezing tek fëmijët parashkollor (60%). Këta fëmijë kanë tendencë të bëjnë wheezing në terren të infeksioneve virale të zakonshme por në pjesën më të madhe të rasteve nuk kanë një histori familjare për atopi.
 - c) **Wheezing me fillim të ndërmjetëm:** haset më rrallë si fenotip me një frekuencë 2,7% në studimin ALPSAC dhe 3.1% në PIAMA. Shfaqet kryesisht në 18-42 muajt e parë të jetës dhe ka një probabilitet të lartë për të persistuar në fëmijërinë e vonshme. Wheezing tek ky grup është i lidhur ngushtë me atopinë edhe hiper-reaktivitetin bronkial, ndryshe nga grupi i mësipërm.
 - d) **Wheezing me fillim të vonshëm:** në këtë grup përfshihen fëmijët që fillojnë të shfaqin wheezing pas 42 muajve të parë të jetës dhe kanë një prevalencë të rritur për të pasur episode rekurente edhe më vonë.

e) **Wheezing persistente:** është karakteristikë e fëmijëve që në moshë të vogël (brenda 6 muajve të parë të jetës dhe persiston në kohë gjatë rritjes). Në këta fëmijë nuk është vënë re një lidhje e fortë me atopinë krahasuar me fenotipin e ndërmjetëm, por nga ana tjetër ka një prevalencë më të lartë për prekje të funksionit pulmonar⁽¹⁻⁶⁾. Manifestimet klinike tek fëmijët me wheezing persistente paraqesin një kuadër klinik të ngjashëm me astmën. Ky grup ndahet në dy nëngrupe siç përmendet edhe më sipër lidhur me predispozitën për atopi të këtyre pacientëve në:

- *wheezing persistente jo atopike* (40% e rasteve), është i lidhur me infeksione virale respiratore të shkatuara kryesisht nga: rinoviruset, virusi syncitial respirator apo parainfluenca virus.
- *wheezing atopike (IgE-vartëse)* (60% e rasteve). Zakonisht fillon në vitin e parë të jetës dhe vazhdon përgjatë fëmijërisë. Faktorët e riskut në këtë nëngrup janë histori familjare për astmë apo dermatit atopik, seksi mashkull apo sensibilizime të hershme ndaj aeroalergenëve dhe alergenëve ushqimor.

Pavarësisht klasifikimeve të ndryshme ende është i vështirë diferencimi i paterneve klinike të wheezing tek moshat pediatrike në praktikën e përditshme dhe diagnoza diferenciale.

1.2. Wheezing parashkollor dhe risku për të zhvilluar astmë

Çfarë ndodh me fëmijët me wheezing gjatë rritjes? A kanë këta pacientë një risk më të lartë se fëmijët e tjerë për të zhvilluar astmë?

Të dhënat e deritanishme kanë treguar se duhet rishikuar përjasja e përgjithshme që dekursi i wheezing në moshat parashkollore është i favorshëm dhe nuk ka impakt të mëvonshëm tek këta fëmijë. Prania e disa fenotipeve, mekanizma fizpatologjike të panjohura ende plotësisht dhe manifestimeve klinike heterogjene e bën të vështirë diagnostikimin dhe menaxhimin e fëmijëve me wheezing. Njohja e mirë e fenotipeve dhe karakteristikave të wheezing tek këto grupmosha mund të ndihmojë në vlerësimin e riskut për astmë në të ardhmen.

Aktualisht ka disa indekse parashikuese për astmën në këto grupe pacientësh ku Asthma Predictive Index (API) është bazuar në një model klinik mbi kohorte të fëmijëve me të paktën një episod wheezing në 3 vitet e para të jetës. Ka një sensitivitet të ulët por një vlerë predictive negative të lartë duke identifikuar fëmijët me një risk të ulët për të zhvilluar astmë më vonë gjatë rritjes. Ky indeks do të konsiderohet prediktiv pozitiv nëse pacienti më pak se 3 vjeç ka përjetuar të paktën 4 episode wheezing gjatë vitit të kaluar dhe plotëson ose një kriter madhor ose dy minore (Tabela 1).

Tab.1 Indeksi i parashikimit të astmës i modifikuar

Kritere madhore	Kritere minore
Astma e prindërve (e diagnostikuar nga mjeku)	Wheezing e palidhur me infeksionet virale
Dermatit atopik (i diagnostikuar nga mjeku)	Eozinofile në gjak >4%
Sensibilizim ndaj aeroalergenëve	Sensibilizim ndaj alergenëve ushqimor

Nga të dhënat e një studimi Finlandez nga grupi Korppy tek fëmijët me wheezing të hershëm ka një risk më të lartë për reduktim të funksionit pulmonar në adoleshencë krahasuar me grupet e kontrollit. Seksi mashkull, faktorët gjenetikë, ekspozimi i hershëm ndaj tymit të duhanit, histori familjare apo personale për atopi tek këta fëmijë janë konsideruar faktorë risku për të zhvilluar astmë në një moshë më të vonë (18-20 vjeç)⁽⁴⁻⁵⁾.

Wheezing me fillim të vonshëm, të ndërmjetëm dhe forma persistente kanë një risk më të lartë për sensibilizim ndaj aeroalergenëve dhe për tu diagnostikuar me astmë para moshës 8 vjeçare sipas

PIAMA dhe ALPSAC, ndërkohë që wheezing me fillim të ndërmjetëm dhe persistent lidhen me sensibilizim ndaj alergenëve ushqimor⁽⁶⁾. Jo gjithmonë është i lehtë vlerësimi i riskut për shfaqjen apo jo të astmës apo reduktimit të funksionit pulmonar në këto grupmosha por monitorimi i vazhdueshëm i tyre ndihmon në parandalimin e ekzacerbimeve dhe kontrollin e mirë të simptomave.

1.3. Përqasja diagnostike ndaj fëmijëve me wheezing.

Wheezing është një manifestim klinik mjaft heterogjen çfarë e vështirëson diagnostikimin. Infeksionet virale respiratore njihen gjerësisht si nxitësit më të zakonshëm të wheezing episodik tek fëmijët. Virusi sincicial respirator edhe rinoviruset janë më tipikët dhe shpeshherë wheezing paraprihet nga bronkiolitet akute virale⁽⁴⁾.

Një anamnezë dhe vlerësim i kujdesshëm i pacientëve është themelor. Anamneza dhe ekzaminimi objektiv i fëmijëve mund të na japë një informacion të rëndësishëm për të bërë të mundur identifikimin e fenotipit dhe paternit klinik të wheezing. Megjithatë në një pjesë të madhe të rasteve ky informacion është jo specifik. Testet kutane janë gjithashtu një mjet diagnostik i rëndësishëm në eksplorimin e predispozitës për atopi tek këta pacientë. Fëmijët që shfaqin një sensibilizim ndaj aeroalergenëve apo edhe alergenëve ushqimor janë në një risk më të rritur për tu diagnostikuar me astmë në një moshë më të rritur⁽¹²⁾. Eksplorimi i vazhdueshëm i funksionit pulmonar në këtë nëngrup është një tregues objektiv i prekjes apo reduktimit të funksionit pulmonar, çka shërben edhe si një guidë në trajtimin e pacientëve apo edhe për diagnozë diferenciale me patologji të tjera që prekin sistemin respirator. Provat funksionale respiratore si: spirometria me bronkodilatator ose jo, body plethysmographia, apo edhe markues të tjerë joinvaziv të inflamacionit si: eozinofilia në sputum dhe oksidi nitrik i fraksionuar (FeNO) i eks-haluar janë disa nga testet e mundshme për eksplorim tek fëmijët me wheezing (figura 1). Studime të ndryshme kanë treguar një epërsi të testit të FeNO tek fëmijët (duke qenë një markues indirekt i inflamacionit eozinofilik të rrugëve të frymëmarrjes) lidhur me vlerësimin e riskut për astmë⁽¹³⁾.

Diagnoza diferenciale tek fëmijët me wheezing është mjaft e gjerë dhe përfshin si ndryshimet strukturale dhe ato funksionale të rrugëve të ajrit. Ndryshimet strukturale (anatomike) si: trakeomalacia, stenoza trakeale, masa tumorale apo limfadenopati që shkaktojnë obstrukcion të rrugëve të ajrit, mund të jenë shkaktarë të wheezing tek fëmijët. Një diagnozë e kujdesshme diferenciale duhet bërë edhe me patologji funksionale të sistemit respirator si: asthma, fibroza cistike, refluksi gastroezofageal, patologji intersteciale pulmonare, displazia bronkopulmonare apo edhe bronkiolitin obliterant⁽²⁻⁵⁾.

1.4. Trajtimi i fëmijëve me wheezing

Trajtimi i fëmijëve me wheezing në moshat parashkollore apo shkollore është diskutuar gjerësisht dhe rishikuar në kohë. Qëllimi i trajtimit tek këta fëmijë është arritja e një kontrolli të mirë të simptomave, reduktim i ekzacerbimeve dhe përmirësimi i cilësisë së jetës. Ende ka qëndrime të ndryshme në menaxhimin apo trajtimin e fëmijëve me wheezing rekurente sidomos ato nëngrupe që janë në një risk më të rritur për astmë.

Linjat bazë të trajtimit përfshijnë kortikosteroidet inhalator me skema intermitente ose doza të ulëta ditore, antagonistët e receptorëve të leukotrienëve, përdorimi i beta-2 agonistëve me veprim të shkurtër, kortikosteroidet oral dhe në disa studime flitet edhe për përdorimin e azithromicinës⁽⁷⁾. Duam të paraqesim të dhënat nga disa studime dhe meta-analiza recente mbi skemat e ndryshme të trajtimit duke qenë se nuk kemi një udhërrëfyes specifik ndërkombëtar mbi menaxhimin e wheezing.

Menaxhimi i ekzacerbimeve apo episodeve akute të wheezing konsiston në përdorimin e beta-2 agonistëve me veprim të shkurtër, pavarësisht fenotipit me të cilën paraqiten fëmijët.

Në një review sistematike për trajtimin e fëmijëve me wheezing rekurente mbi krahasimin e efikasitetit të kortikosteroideve inhalator (KSI) dhe antileukotrienëve u raportua përmiresim i simptomave dhe pakësim i ekzacerbimeve tek fëmijët e mjekuar me KSI krahasuar me antileukotriene. Në dy meta-analiza recente gjithashtu janë vlerësuar rezultatet nga disa skema trajtimi të fëmijëve me wheezing që kanë në bazë të tyre KSI dhe antileukotriene, dhe janë vlerësuar efikasiteti i secilit regjim trajtimi lidhur me kontrollin e simptomave (pra ditët asimptomatike) si dhe numri i ekzacerbimeve^(7,8). Në të dy meta-analizat u vu re një ulje e numrit të ekzacerbimeve të astmës dhe të wheezing tek fëmijët me doza të ulëta ditore të KSI apo edhe në ata me skema intermitente të KSI me dozë të lartë krahasuar me placebo. Skemat intermitente me doza të larta janë treguar mjaft efektive në wheezing të formës së mesme në të rëndë të induktuara nga infeksione virale.

Roli i antagonistëve të receptorëve të leukotrienëve nuk është ende shumë i qartë. Brodie et al raportoi rezultate nga një tjetër meta-analizë lidhur me përdorimin e antileukotrienëve si mjekim intermitent ose mbajtës tek fëmijët me wheezing episodik viral 1-6 vjeç. Nuk u vu re një ndryshim në pakësimin e episodeve të wheezing që kërkonin trajtim spitalor apo mjekim oral me KS në këta pacientë krahasuar me placebo. Edhe të dhënat mbi përdorimin e KS oral nuk kanë treguar një ndryshim të efikasitetit krahasuar me placebo⁽¹¹⁾.

1.5. Konkluzione

Wheezing do të vazhdojë të jetë një sfidë për personelin shëndetësor duke qenë një prezantim klinik kaq heterogjen dhe me një dekurs jo gjithmonë të parashikueshëm. Njohja, vlerësimi i kujdesshëm i fenotipeve dhe mekanizmave fizpatologjik si edhe e riskut që këta pacientë kanë për të zhvilluar astmë bronkiale gjatë rritjes është e rëndësishme në hartimin e një plani trajtimi dhe ndjekje të këtyre fëmijëve.

Referenca:

1. Garcia-Marcos L, Mallol J, Sol eD Brand PL, EISL Study Group. International study of wheezing in infants: risk factors in affluent and non-affluent countries during the first year of life. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21(5):878.
2. Chipps BE, Bacharier LB, Harder JM. Phenotypic expressions of childhood wheezing and asthma: implications for therapy. *J Pediatr* 2011;158:878–84.
3. Brand PLP, Baraldi E, Bisgaard H, Boner AL, Castro-Rodriguez JA, Custovic A. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence based approach. *Eur Respir J* 2008;32:1096–110.
4. Ruotsalainen M, Piippo-Savolainen E, Hyvärinen MK, Korppi M. Adulthood asthma after wheezing in infancy: A questionnaire study at 27 years of age. *Allergy* 2010;65:503–509.
5. Backman K, Piippo-Savolainen E, Ollikainen H, Koskela H, Korppi M. Increased asthma risk and impaired quality of life after bronchiolitis or pneumonia in infancy. *Pediatr Pulmonol* 2014;49:318–325.
6. Savenije OE, Granell R, Caudri D, et al. Comparison of childhood wheezing phenotypes in 2 birth cohorts: ALSPAC and PIAMA. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(6):1505e1512.e14
7. Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, et al. Preventing exacerbations in preschoolers with recurrent wheeze: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(6): e20154496.
8. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. Efficacy of ICS in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: a systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*. 2009;123(3):e519ee525.
9. *Journal of Medicine and Life* Vol. 13, Issue 4, October-December 2020, pp. 600–611
10. Fitzpatrick et al. Phenotypes of Recurrent Wheezing in Preschool Children: Identification by Latent Class Analysis and Utility in Prediction of Future Exacerbation *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020 March 01
11. J.R. Stokes and L.B. Bacharier Prevention and treatment of recurrent viral-induced wheezing in the preschool child / *Ann Allergy Asthma Immunol* 125 (2020) 156162
12. A. Al-Shamrani et al. / Wheezing in preschool children: a diagnostic approach. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine* 6 (2019) 68e73
13. Lung function testing and inflammation markers for wheezing preschool children: A systematic review for the EAACI Clinical Practice Recommendations on Diagnostics of Preschool Wheeze. *Pediatric Allergy Immunol*. 2021;32:501–513

INSUFICIENCA KARDIAKE NË PACIENTËT ME COVID-19

Dr. Lidra GJYLI

Spitali Universitar "Shefqet Ndroqi"

Pacientët me COVID-19 kanë një incidencë sinjifikative të Insuficiencës Kardiakë Akute, e cila shoqërohet me mortalitet shumë të lartë. Mekanizmat e IKA në COVID-19 janë:

- Dëmtimi miokardial akut, i cili mund të shkaktohet nga ishemia, infarkti ose inflamacioni (miokarditi).
- ARDS, hipoksemia, dëmtimi renal akut, hipervolemia, kardiomiopatia e induktuar nga stresi dhe aktivizimi inflamator sistemik i rëndësishëm (stuhia e citokinave) – karakteristikë e infeksionit sever dhe disfunksionit multiorganor.
- Aritmi kardiakë të qëndrueshme / të përsëritura

COVID-19, dëmtimi miokardial dhe insuficiencia kardiakë

- Dëmtimi i miokardit konfirmohet kur niveli i Troponinës I/T (TnI/T) në gjak rritet mbi percentilen e 99-të të limitit të sipërm të referencës. Incidenca e dëmtimit miokardial në COVID-19 varion nga 7.2% në 40.9%. Dëmtimi miokardial duket se shërben si faktor risku i pavarur për severitetin dhe mortalitetin e COVID-19. Gjatë progredimit të COVID-19 është vënë re një korrelacion pozitiv ndërmjet niveleve të NT-proBNP dhe TnT.

Manifestimet në pacientët me COVID-19

- Dëmtimi Miokardial në pacientët në COVID-19 ka një incidencë 7,2-40% dhe manifestohet me rritjen e nivelit të biomarkuesit miokardial (TnI/T) e ndryshime jo specifike në elektrokardiogramë dhe ekokardiogramë.
- Miokarditi Akut manifestohet me rritjen e nivelit të biomarkuesit miokardial (TnI/T); rritje fokale ose difuze e segmentit ST në EKG; edemë të miokardit, hipokinezi e VM dhe alterime të LGE në ekokardiogramë dhe RM; inflamacion të miokardit dhe gjetje e gjenomës së SARS CoV-2 në autopsi dhe biopsi.
- Insuficiencia Kardiakë Akute ka një incidencë 19,4-52% dhe manifestohet me rritje të nivelit të NT-proBNP; edemë pulmonare në radiografinë e krahavorit; dilatacion i VM dhe ulje e EF në ekokardiogramë.

Mekanizmat e mundshëm të dëmtimit miokardial nga SARS-CoV-2:

- Dëmtimi direkt i ndërmjetësuar nga ACE-2 (Afiniteti i rritur për ACE-2, Miokarditi, Ekspresioni i reduktuar i ACE2, Çrregullim i sistemit Reninë-Angiotenzinë-Aldosteron)
- Mbingarkesa e ventrikulit të djathtë (rritja e stresit mural të VD, dëmtimi subendokardial i VD, rritja e raportit Presion/Volum të VD)
- Dëmtimi miokardial i induktuar nga hipoksia (dëmtimi mitokondrial, reduktim i energjisë, acidoza intraqelizore)
- Dëmtimi vaskular kardiak (endoteliti, hiperpermeabiliteti vaskular, formimi i trombeve, defekte në perfuzion).
- Sindromi i përgjigjes inflamatore sistemike (Stuhia e citokinave, çrregullimi i imunociteve, inflamacioni i pakontrolluar).

Kurbat e mbijetesës Kaplan-Meier të studimeve për mortalitetin gjatë kohës së fillimit të simptomave dhe shtrimit në spital tregojnë se **pacientët COVID-19 me dëmtim kardiak kishin mortalitet më të lartë referuar fillimit të simptomave edhe shtrimit në spital.**

Pacientët me sëmundje bashkë-ekzistuese janë më të ndjeshëm ndaj dëmtimit miokardial ashtu sikurse edhe ndaj komplikacioneve kardiovaskulare. Pacientët me faktorë risku si: mosha e avancuar, diabeti dhe obeziteti janë shumë më të prekshëm nga dëmtimi miokardial që shoqëron COVID-19. Është e rëndësishme të monitorohen nga afër biomarkuesit kardio-vaskular në mënyrë që të vihet herët diagnoza dhe të merren masa parandaluese ndaj dëmtimit e disfunksionit kardial nga COVID-19. Gjithashtu është e një rëndësie esenciale të vazhdohet mjekimi i rregullt për kontrollin e sëmundjeve para-ekzistuese.

Gjatë konvaleshencës pas infeksionit sever të COVID-19 me rritje të troponinës tek 148 pacientët që ju nënshtruan egzaminimit me rezonancë magnetike kardiake, rezultuan ndryshime të miokarditit me pasoja minimale në funksionin kardial. Në 26% të pacientëve kishte evidencë të inflamacionit prezent, në 22% të pacientëve rezultoi sëmundje ishemike e zemrës, prej të cilëve 2/3 pa histori të njohur më parë. Në 6% të pacientëve rezultuan njëkohësisht ndryshime inflamatore dhe ishemike. Mbetet e papërcaktuar nëse këto ndryshime lidhen me sëmundje klinikisht të heshtur para-ekzistuese apo janë ‘de novo’ të lidhura me COVID-19.

COVID-19 dhe miokarditi: Gjetjet në autopsi të nekrozës së miocyteve dhe infiltrateve mononukleare së bashku me raportimin e rasteve të miokarditit fulminant sugjerojnë që *miokarditi mund të jetë një shkak i rëndësishëm i dëmtimit kardial akut tek pacientët me COVID-19*. Prevalenca, rëndësia klinike dhe mekanizmat e inflamacionit miokardial në COVID-19 mbeten të paqartë. Gjetjet klinike mund të variojnë nga diskomfort i lehtë në kraharor dhe palpitacionet, në sëmundje fulminante, çrregullime të ritmit apo të përçimit, apo dëmtime të funksionit kardial - në mungesë të sindromit koronar akut.

Miokarditi shfaqet pas rreth 10–15 ditësh nga fillimi i simptomave të COVID-19. Të dhënat sugjerojnë të paktën dy mekanizma: së pari që ‘stuhia e citokinave’ shkakton një miokardit autoimun subklinik dhe së dyti që dëmtimi miokardial fillon një reaksion autoimun ‘de novo’. Opsioni terapeutik është si për çdo shkak tjetër të miokarditit: terapia mbështetëse. Megjithatë janë raportuar edhe raste efikasitetit të përdorimit të steroideve, imunoglobulinave i/v dhe inhibitorëve të neuraminidazës.

COVID-19 mund të shkaktojë IK të djathtë nga: hipertensioni pulmonar; embolia pulmonare; përdorimi i ventilatorit; pneumonia severe; sepsis. IK e djathtë duhet të konsiderohet kur pacienti me COVID-19 paraqitet me hipoksemi severe dhe/ose me biomarkues të lartë si: troponinë, BNP dhe NT pro- BNP. Objektivisht paraqitet me vena jugulare të distenduara, edema periferike, zhurma parasternale që sugjeron për hipertension pulmonar sever. Ekokardiografia & CT duhet të realizohen për të vlerësuar VD. Treguesit më të zakonshëm për t’u vlerësuar janë TAPSE, përmasat e VD dhe AD, raporti VM/VD, përmasa dhe kolabimi i VCI në kulm të inspirimit. *IK e djathtë shoqërohet me mortalitet të lartë dhe kur konstatohet duhet të trajtohet sipas udhërrëfyesve të ESC.*

Mund të ketë një lidhje mes COVID-19 dhe HFpEF (IK me EF të ruajtur). SARS-CoV-2 mund të shkaktojë HFpEF, mund të demaskojë HFpEF subklinike, ose mund të egzacerbojë HFpEF ekzistuese. Megjithëse janë raportuar raste klinike ku miokarditi në terren të COVID-19 shkakton HFpEF, manifestimi më i shpeshtë mund të jetë HFpEF e lidhur me demaskimin e HFpEF subklinike dhe në mënyrë sekondare zhvillimit të HFpEF de novo pas infektimit me SARS-CoV-2. COVID-19 duhet të njihet si një faktor risku i mundshëm për HFpEF, duke sugjeruar depistimin dhe trajtimin në kohë për të evituar progredimin e ecurinë e pafavorshme të pacientëve dhe kështu të mund të ulët morbiditeti dhe mortaliteti nga HFpEF.

E-COVID-19 është një studim që tregoi vlerën prognostike të parametrave ekokardiografikë në raport me mortalitetin brenda spitalor të 214 pacientëve me COVID-19.

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES |

*Në pacientët e hospitalizuar me COVID-19, funksionet e ventrikulit të majtë dhe të djathtë ishin të reduktuara në mënyrë sinjifikative krahasuar me grupet e kontrollit nga popullata e përgjithshme. Gjithashtu u tregua që **TAPSE dhe GLS të reduktuara shoqërohen në mënyrë të pavarur me vdekjet e lidhura me COVID-19.***

Studimet kanë treguar se **pacientët me COVID-19 me IK kronike kanë risk të lartë për mortalitet dhe shtrim në spital** krahasuar me pacientët me COVID-19 pa IK duke llogaritur elementet konfondues si: diabet, hipertension e sëmundje koronare.

Analiza e mbijetesës Kaplan–Meier në studimet e pacientëve me IKK që marrin terapi mbajtëse me ACEI/ARB, Beta-blokues dhe MRA tregoi që **pacientët që i ndërpresin këto barna në momentin e shtrimit në spital kanë mbijetesë më të ulët.**

Principet dhe qëllimi i farmakoterapisë së IK me EF të ulur është modulimi i këtyre 5 shtigjeve për të përmirësuar ecurinë e popullatës së pacientëve me IK me EF të ulur: Angiotenzinë II, Norepinefrinë, Aldosteron, Neprilizinë, SGLT. Preparatet e aprovuara janë ARNI (mund të fillohet me ACE inh/ARB ose ARNI në IK ‘de novo’), Beta bllokues, MRA, inhibitorët e SGLT2 (Dapagliflozinë, Empagliflozinë) si dhe Ivabradinë, Hidralazinë/Nitrate, Vericiguat.

Sëmundjet valvulare – Menaxhimi i Regurgitimit Mitral:

- Shumica e pacientëve me RM janë stabilë dhe shumica e procedurave kirurgjikale apo me transkateter mund të shtyhen.
- Prioritet i duhet dhënë trajtimit të pacientëve me RM akut nga IAM ose Endokarditi Infektiv dhe atyre me MR primar sever ose sekondar që nuk i përgjigjet trajtimit me barna dhe ka nevojë për shtrim në spital. Vendimi për intervent duhet të merret nga Ekipi i zemrës.

Sëmundjet valvulare – Menaxhimi i Stenozës së Aortës:

- Prioritet i duhet dhënë pacientëve me sinkop dhe IK si dhe atyre me gradient të lartë (ose shumë të lartë) dhe/ose disfunkcion të VM.
- Procedurat jo urgjente duhet të diferencohen bazuar në kritere objektive të vlerësuara nga Ekipi i zemrës.
- Përdorim më i madh i TAVI (kur gjykohet i përshtatshëm nga Ekipi i zemrës) mund të lejojë përdorimin optimal të burimeve mjekësore.

Referenca: Rekomandime të Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë; Mars 2021

NË KUJTIM TË DR. FREDERIK KEKEZIT



Njeriu si të gjitha qeniet e tjera vjen dhe ikën nga kjo jetë, por ikja e njeriut është ndryshe, e dhimbshme, lë pas një boshllëk. Kështu ndodhi më 14 Dhjetor 2020 dhe me ikjen e njeriut tonë të dashur, shokut e mikut përherë të gatshëm e të gjindshëm në çdo rast nevojë; njeriut duarartë që çfarë i shikonte syri ia bënte dora, dr. Frederik Kekezit.

Fredi lindi në 7 Maj 1947 në Gjirokastrë në një familje me tradita të larta morale e arsimdashëse. Që fëmijë u edukua nga mësuesi i nderuar zoti Fotaq, me ndjenjën e përgjegjësisë dhe të dashurinë për punën, arsimin e dijen. Mësimet e para i mori në qytetin e lindjes, ku në vitet 1962-1966 mbaroi edhe arsimin e mesëm në Gjimnazin e atëhershëm me emër, “Asim Zeneli”. Pas mbarimit të mesëm nga vitet 1966-1971 ndoqi Fakultetin e Mjekësisë së Përgjithshme në Tiranë dhe u diplomua mjek.

Me mbarimin e studimeve e emëruan mjek në Qendrën Shëndetësore Zagorie, larg vendbanimit të tij, por ai me entuziazmin që e karakterizonte, nuk i bëri bisht, shkoi aty, ku punoi deri në vitin 1973 me përkushtim, duke fituar respektin e banorëve të zonës.

Nga viti 1973-1979 punoi në Qendrën Shëndetësore Kardhiq, duke i rënë kryq e tërthor të gjitha fshatrave të Krahinës, natën e ditën, në vapën përvëluese të verës apo të ftohtin acar të dimrit. Njeriun e mirë e të përkushtuar e vlerësojnë të gjithë. Kështu ka ndodhur edhe me të. Lidhjet e miqësitë e krijuara në vitet e rinisë në të dy zonat ku shërbeu, i ruajti deri në fund të jetës.

Në vitet 1979-1980 u specializua për Anatomo-Patolog dhe Mjekësi Ligjore në Tiranë, dhe pas mbarimit të specializimit u emërua në Shërbimin e Anatomisë Patologjike në Spitalin “Omer Nishani” të Gjirokastrës, duke mbuluar gjithë zonën e Jugut: Gjirokastrë, Tepelenë, Përmet, Delvinë, Sarandë e më gjerë.

Në punën e tij gjatë gjithë kohës deri sa doli në pension, ka qenë i përkushtuar dhe i papërtuar; natën, ditën kudo ku e thërriste detyra, duke dhënë gjykimet e tij për probleme të ndryshme me kompetencë shkencore e në përputhje me ligjet në fuqi. Në asnjë moment nuk ka bërë kompromis me vetveten për të njolllosur figurën e tij të një njeriu human në shërbim të njeriut, dhe të një intelektualit të kompletuar.

Puna e tij në sektorin që mbulonte vlen për tu lavdëruar për krijimin e arkivit dhe rregullsinë e saktësinë e vlerësimeve të tij. Pavarësisht kushteve të vështira të punës, vazhdimisht ia ka dalë mbanë, duke marrë edhe vlerësimet e kolegëve dhe të instancave të dyfishta nga të cilat varej.

Ka marrë pjesë në konferenca e seminare të ndryshme shkencore, duke dhënë gjykimet e veta dhe përvojën personale për problemet që diskutoheshin dhe këto me kompetencë shkencore.

Të rehat që hynin përditë në jetë tonë, nuk e linin indiferent, po me skrupulozitetin e tij u bë mjeshtër në përdorimin e programeve të ndryshme kompjuterike. Përherë i pëlqente të ishte mes njerëzve dhe kishte aftësi të mira komunikuese.

IM MEMORIAM |

Edhe pas daljes në pension, nuk u shkëput nga profesioni i tij, herë pas here jepte mendimin e tij për fushën në të cilën ishte specializuar dhe kohët e fundit u caktua mjek në Qendrën Shëndetësore Jergucat, Dropull i Sipërm.

Ikja e tij e parakohshme, kur kishte mundësi ende për të dhënë në shërbuim të mjekësisë dhe të njerëzve, la një boshllëk e dhimbje të thellë, po ai do të kujtohet se gjurma që la pas nuk shuhet lehtë.

Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH

Prof. Dr. Shahin KADARE
1943 – 2021



Më 17 Nëntor 2021 u nda nga jeta pas një beteje më pak se një vjeçare me një sëmundje të rëndë dr. Shahin Kadare, një nga të parët doktorë në fushën e shkencave mjekësore që dha një kontribut të jashtëzakonshëm në degën e Morfologjisë Patologjike dhe Onkologjisë.

Dr. Shahini lindi më 17 Shkurt 1943 në Gjirokastrë në familjen e mirënjohur të Kadareve. Në qytetin e lindjes kreu shkollën e mesme dhe pas saj kreu në Tiranë pranë Fakultetit të Mjekësisë studimet e larta duke u diplomuar si Mjek i Përgjithshëm në vitin 1965. Vit në të cilin filloi punë si mjek në Spitalin nr. 2 Tiranë. Po në këtë vit dr. Kadare filloi edhe specializimin pranë Shërbimit Qendror të Anatomisë Patologjike dhe Katedrën e Patologjisë së Përgjithshme si specialist anatomo-patolog. Me përfundimin e specializimit dhe duke parë përkushtimin e tij në fushën e anatomisë patologjike dhe specializimit 9 muaj në Bukuresht-Rumani, dr. Kadarenë e emërojnë Shef të Shërbimit të Morfologjisë Patologjike të Institutit Onkologjik në Tiranë. Profesionalizmi i tij i pa diskutueshëm shkencor e kthyen atë në një autoritet shkencor në fushën e Onkologjisë.

Dr. Shahini ishte ndër të rrallët, në mos i vetmi në gjithë historinë e mjekësisë shqiptare, që kërkimi i tij shkencor në mbrojtje të gradës shkencore “Kandidat i Shkencave Mjekësore” u vlerësua se meritonte një gradë edhe më të lartë duke i akorduar atij direkt gradën e “Doktorit të Shkencave Mjekësore”. Pas saj shumë shpejt në vitin 1999 i akorduan edhe titulin pedagogjik “Profesor”.

Dr. Kadare është themeluesi i Laboratorit të Morfologjisë Patologjike dhe ka luajtur një rol kyç në zhvillimin e kësaj dege përmes diagnostikimit mikroskopik të tumoreve. Ai arriti të krijonte në bashkëpunim me kirurgët e kohës skemën e trajtimit operativ të tumoreve duke verifikuar rrezikshmërinë e tyre qysh gjatë operacionit.

Nga ana tjetër dr. shahini ishte një simbol i përkushtimit dhe përgjegjësisë njerëzore për jetën dhe shëndetin e njerëzve. Ai do mbahet mend si doktori që lehtësonte dramën e madhe të sëmundjeve të rënda me të cilën përballej me pacientët e tij me durimin dhe qetësinë e një profesionisti të rrallë.

Prof. dr. Kadare do mbahet mend edhe si qytetar i angazhuar, një intelektual antikonformist, një refuzues i mediokritetit dhe banalitetit në jetën publike dhe sidomos politikën shqiptare, duke e përfaqësuar me dinjitet të lartë në postin e Ambasadorit shtetin Shqiptar në Suedi.

Dr. Kadareja me pasionin e pa shteruar për t’u shërbyer pacientëve, pasi u kthye në atdhe ju rikthye sërish profesionit të mjekut duke hapur një nga laboratorët e parë privatë në fushën e citologjisë morfologjike.

Mjekësia Shqiptare humbi një autoritet të padiskutueshëm në fushën e diagnostikimeve mikroskopike të tumoreve.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar, UMSH

Dr. Dilaver AJAZI
1947 – 2021



Më 11 Tetor 2021 u nda nga jeta në moshën 74-vjeçare dr. Dilaver Ajazi, viktimë e koronavirusit, vrasësit të egër, që ka shkaktuar vdekjen edhe të mbi 70 kolegëve të tjerë në vendin tonë.

Dr. Dilaveri u lind më 20 Gusht 1947 dhe u rrit në Kuçovë në një familje të madhe me shumë fëmijë, në mes të 7 vëllezërve dhe 2 motrave. Ata u përkujdesën dhe u edukuan nga prindërit e tyre që i përballonin vështirësitë e jetës me shumë sakrifica, me punë të palodhur dhe me ndershmëri. Kjo fëmijëri e vështirë do të ndikonte më vonë në kalitjen e Dilaverit të rritur në një punëtor të palodhur dhe të pakursyer në luftën e jetës.

Pasi mbaroi gjimnazin dr. Dilaveri në vitin 1965 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë së Tiranës, të cilin e përfundoi me nota shumë të mira në vitin 1970. Si mjek i ri i përgjithshëm ai punoi disa vite në Qendrën Shëndetësore të Tërpanit dhe fshatrat e largët përreth deri në kufijtë me Tepelenën.

Ai u specializua për Radiologji në Spitalin Universitar të Tiranës dhe filloi punë mjek radiolog në vitin 1974 në Spitalin Rajonal të Beratit. Për afërsisht 40 vjet derisa doli në pension dr. Dilaveri mbajti peshën kryesore në Radiologjinë dhe më vonë në Imazherinë e Spitalit dhe Poliklinikës së Beratit. Në vitet 1970-1980 ai punoi në një mbingarkesë të atillë duke arritur të kryej 17-18 mijë skopi në vit, rreth 70 skopi në ditë, ku rrezatimi i fuqishëm i rrezeve X dhe veshja mbrojtëse e papërshtatëshme i shkaktoi dëmtime në shëndetin e tij. Krahës punës si mjek radiolog dr. Dilaveri ka qenë edhe shefi i Shërbimit të Radiologji-Imazheri dhe në vitet 2006-2007 edhe shefi i Poliklinikës së Specialiteteve në qytetin e Beratit.

Dr. Dilaveri njihte në përsosmëri gjuhën ruse dhe lexonte regullisht literaturën mjekësore duke i përditësuar vazhdimisht të rejat shkencore në mjekësi. I papërtuar, me gadishmëri të lartë, ai ishte një mjek specialist i shkëlqyer, i kërkuar nga pacientët e gjithë qarkut të Beratit, Kuçovës dhe Skraparit. Me kolegët dhe shokët e punës ai binte në sy për dashurinë, korrektesën gjatë punës dhe bujarinë në takimet jashtë pune me ata.

Dr. Dilaveri me dhembje do t'i mungojë bashkëshortes, të birit, rrethit familjar, por edhe neve shokëve dhe kolegëve të tij. Ai do të mbetet i paharruar nga mijëra pacientë e qytetarë të krahinës sonë për punën e tij të palodhur, për diagnostikimet e sakta dhe udhëzimet e orientimet e duhura në trajtimin e sëmundjeve të tyre.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH

Dr. Gurije KARAFILI**1954 – 2021**

Pas një ataku në zemër, në ditët post-COVID, vdiq në moshën 67 vjeçare mjekja Gurije Karafili, specialite laboratorit mjekësor.

Dr. Gurija lindi në Bitinckë të Devollit më 7 Gusht 1954. Pasi kreu arsimin fillor e të mesëm në rrethin e Korçës, vijoi studimet universitare në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë në vitet 1973-1978.

Pas diplomimit në vitin 1979, dr. Gurija filloi punë si mjekë e përgjithshme në Qendrën Shëndetësore të Blacës në Pogradec.

Dy vjet më pas, 1981-1983, dr. Karafili kreu specializimin pas universitar për Laborator Klinik e Biokimik në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe me mbarimin e specializimit u emërua

në spitalin e Pogradecit si mjekë laboratorit Klinik-Biokimik, ku punoi dhe dha kontributin e saj deri në vitin 2002.

Pas vitit 2002, dr. Gurija u transferua në Tiranë ku hapi, ngriti dhe punoi në Laboratorin e Klinikës “Erton” në Tiranë.

Dr. Gurije Karafili ishte anëtare e Urdhrit të Mjekut të Shqipërisë dhe e Shoqatës të Laboratorëve të Shqipërisë. Ajo ka luajtur një rol të rëndësishëm në edukimin profesional të laborantëve të spitalit Pogradecit në veçanti.

Largimi i parakohshëm nga jeta i dr. Gurije Karafilut shkaktoi dhimbje jo vetëm tek familjarët por edhe tek kolegët, të cilët do ta kujtojnë me dashuri e respekt.

I paharruar do jetë kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

