

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Roli dhe arritjet e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë në konsolidimin e Sistemit Shëndetësor Shqiptar2

PROBLEME ORGANIZATIVE:

- Zgjedhjet në Urdhrin e Mjekut të Shqipërisë5

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Prezantim Libri: Materniteti, aty ku nis jeta8

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi i Pranverës i CPME – 20-22 Mars 2025, Bruksel-Belgjikë11
- Takimi Plenar i CEOM – 10-11 Prill 2025, Durrës-Shqipëri12

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr.Sh.Mj. Bardhi F., Bardhi L – Lindshmëria dhe Vdekshmëria Neonatale në Maternitetin e Krujës për vitet 2007-201615

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Prof. Asc. Fida M., - Sfidat në diagnostikimin e hershëm të Melanomës dhe ndjekjen e pacientit post trajtim30
- Dr. Allko O., - Resmetirom dhe sëmundja steatotike e mëlçisë34
- Dr. Dani E., - Ndikimi i Bakterospemisë dhe Leukocitospermisë në parametrat e Spermës: Një vëzhgim Klinik-Andrologjik39

NEKROLOGJI:

- Dr. Spiro LEKA, Dr. Tahir SHAZIVARI, Prof.Dr. Abdi BALA, Dr. Piro DHONO, Dr. Shefqet MALOLLARI, Dr. Skënder LLUBANI, Dr. Niko DURRI, Dr. Osman CURRI, Dr. Vasil KULI, Dr. Mihallaq PRIFTI, Dr. Ali XHOMO, Dr. Haxhire PENI, Prof. Asc. Dr. Nexhmije SUBASHI, Dr. Bashkim NEZAJ43-56



RROLI DHE ARRITJET E URDHRI TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË NË KONSOLIDIMIN E SISTEMIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR

Dr. Dritan TREPÇA
President

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë (UMSH) ka marrë një rol gjithnjë e më të rëndësishëm në zhvillimin e sistemit shëndetësor Shqiptar. Si një institucion rregullator dhe profesional, UMSH garanton standarde të larta të praktikës mjekësore dhe mbështet mjekët në përmbushjen e misionit të tyre përmes funksioneve të tij. Ai luan një rol kyç në ruajtjen e Etikes Profesionale, sigurimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor, dhe mbrojtjen e të drejtave të profesionistëve të shëndetit.

Në vijim paraqiten disa nga arritjet më të rëndësishme që dëshmojnë kontributin e UMSH në forcimin e sistemit:

Konsolidimi i strukturave profesionale

UMSH ka ndihmuar në forcimin e organizimit profesional të mjekëve, duke u ofruar atyre një platformë të strukturuar për zhvillim karriere dhe përfaqësim institucional. Kjo ka krijuar një bazë solide për vendimmarrje dhe përballje me sfidat që sjell ushtrimi i profesionit. Urdhri ka luajtur rol të rëndësishëm në ndërtimin e një bashkësie profesionale të qëndrueshme, duke rritur kohezionin dhe ndërgjegjësimin profesional.

Vendosja e standardeve të Praktikës Mjekësore

Përmes miratimi të udhëzimeve dhe protokolleve të standartizuara, UMSH ka kontribuar në ngritjen e nivelit të sigurisë dhe cilësisë në shërbimin mjekësor. Ky proces ka rritur besimin e publikut dhe ka ndihmuar në përmirësimin e rezultateve shëndetësore për pacientët. Rregulloret dhe aktet e brendshme të UMSH shërbejnë si udhëzues të rëndësishëm për sjelljen profesionale dhe zbatimin korrekt të detyrimeve të mjekëve.

Edukimi dhe trajnimi i vazhdueshëm

UMSH ka promovuar dhe vijon të promovojë fuqishëm edukimin në vazhdim të profesionistëve të shëndetit. Përmes trajnimeve, konferencave dhe programeve të akreditimit. Janë krijuar mundësi reale për përmirësimin e aftësive dhe përshtatje me risitë e reja në mjekësi. Këto iniciativa kanë për qëllim përditësimin e dijeve të mjekëve dhe përshtatjen e tyre me praktikatat bashkëkohore ndërkombëtare.



Rregjistrimi dhe licencimi i mjekëve

Një nga funksionet themelore të UMSH është rregjistrimi dhe licencimi i të gjithë mjekëve që ushtrojnë profesionin në territorin Shqiptar. Ky proces siguron që çdo mjek përmbush standardet profesionale dhe etike, duke garantuar cilësi dhe siguri në shërbim të pacientëve dhe qytetarëve. Licencimi është një filtër i rëndësishëm për të mbrojtur shëndetin publik dhe për të certifikuar vetëm individët që plotësojnë kriteret e nevojshme.

Integrimi i teknologjisë dhe inovacionit

UMSH ka inkurajuar dhe inkurajon përdorimin e teknologjisë në shërbimin shëndetësor, si pjesë e modernizimit të praktikës mjekësore. Kjo përfshin përmirësimin e sistemeve të dokumentimit, dixhitalizimit të të dhënave dhe aplikimin e metodave të avancuara diagnostike dhe terapeutike. Teknologjia shërben gjithashtu për të ndjekur dhe analizuar të dhënat profesionale, duke siguruar transparencë dhe monitorim të vazhdueshëm.

Bashkëpunimi ndërkombëtar

Në funksion të rritjes së cilësisë, UMSH ka vendosur bashkëpunime me institucione prestigjioze ndërkombëtare. Këto marrëveshje kanë sjellë shkëmbime eksperiencash, trajnimesh dhe harmonizim të praktikave me standardet evropiane. Anëtarizimi në organizatat e huaja i jep zë mjekëve shqiptarë dhe kontribuon në zhvillimin profesional të tyre në nivel ndërkombëtar.

Mbështetja ligjore për mjekët

Një aspekt themelor i veprimtarisë së UMSH është ofrimi i mbështetjes ligjore për mjekët, e cila është arritur nga ngritja e komisionit disiplinor profesional. Në rastet e padive, UMSH ndihmon në ruajtjen e dinjitetit të profesionit dhe të mjekëve, dhe në parandalimin e abuzimeve ligjore ndaj mjekëve që veprojnë brenda kuadrit ligjor dhe etikës mjekësore. Kjo mbështetje është veçanërisht e rëndësishme në një klimë ku marrëdhënia mjek-pacient mund të ndikohet nga faktorë të ndryshëm socialë dhe ekonomikë.

Përfundimisht

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë është shndëruar në një shtyllë qendrore të sistemit shëndetësor, duke garantuar siguri profesionale për mjekët dhe shërbim cilësor për pacientët. Nëpërmjet reformave, standardeve të reja dhe mbështetjes ligjore profesionale, UMSH po konsolidon pozitën e tij si një garant i një sistemi shëndetësor të drejtë, të qëndrueshëm dhe të orientuar drejt të ardhmes.

UMSH mbetet një aktor dhe faktor i rëndësishëm brenda sistemit shëndetësor, si dhe një partner i denjë me institucionet shëndetësore publike dhe jo publike në vendin tonë.

UMSH mbështet dhe promovon mendimin profesional mjekësor në të gjitha hallkat e sistemit, duke ndihmuar kështu në demokratizimin e vazhdueshëm të këtij sistemi dhe përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor që i afrohet popullatës.



**ANËTARËT E KËSHILLIT KOMBËTAR
UMSH**

LEGJISLATURA 2025-2030

1	Dr. DRITAN TREPÇA	President i Këshillit Kombëtar
2	Dr. FATMIR BRAHIMAJ	Zv. President i Këshillit Kombëtar
3	Dr. EDUART BAJRAKTARI	President e K. Rajonal Tiranë
4	Dr. GJERGJI QERIMI	President e K. Rajonal Durrës
5	Dr. ARTAN PRIFTI	President i K. Rajonal Elbasan
6	Dr. ELENA GJONBALAJ	President i K. Rajonal Berat
7	Dr. HOLTA DUDA	President i K. Rajonal Shkodër
8	Dr. SANDËR MARKU	President i K. Rajonal Lezhë
9	Dr. ESHEREF SHEHU	President e K. Rajonal Gjirokastrë
10	Dr. BEQIR BICI	President i K. Rajonal Dibër
11	Dr. VIOLA FURXHI	President e K. Rajonal Korçë
12	Dr. RAJMONDA ZOTO	President i K. Rajonal Vlorë
13	Dr. SULEJMAN SOKOLI	President i K. Rajonal Kukës
14	Dr. KOZETA RAMA	President i K. Rajonal Fier
15	Dr. ALBERT LULA	Tiranë
16	Dr. DIAMANT LULAJ	Tiranë
17	Dr. VITRI LIKA	Elbasan
18	Dr. DIN ABAZAJ	President Nderi i UMSH-së
19	Dr. FESTIM NASUFI	Berat
20	Dr. NEVILA LULI	Shkodër
21	Dr. SHKËLQIME GAZI	Lezhë
22	Dr. DITAR HODAJ	Gjirokastrë
23	Dr.	Përfaq. i Ministrisë së Shëndetësisë
24	Dr. HEKTOR SULO	Përfaq. i Universitetit të Mjekësisë
25	Znj. MARSIDA MULAJ	Përfaq. i FSDKSH



I PROBLEME ORGANIZATIVE

ZGJEDHJET NË URDHRIN E MJEKËVE TË SHQIPËRISË

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve
Qarku **Tiranë**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Tiranë 2025-2030		Specialiteti
Eduart BAJRAKTARI	President	Mjekësi e Përgjithshme
Orges SPAHIU	Zv/President	Diagozë me imazhe
Albert LULA	Antar	Okulistikë
Arjana STOJKU	Antar	Nefrologji
Dritan TODHE	Antar	Ortopedi-Traumatologji
Diamant LULAJ	Antar	Kardiologji
Ronaldo DEMHASAJ	Antar	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve
Qarku **Durrës**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Durrës 2025-2030		Specialiteti
Gjergji QERIMI	President	Mjekësi Urgjence
Edlira HARIZI	Zv/President	Neurologji
Muhamet TROPLINI	Antar	Okulistikë
Fredi GUGA	Antar	Mjekësi e Përgjithshme
Natasha PRUSHI	Antar	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve
Qarku **Lezhë**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Lezhë 2025-2030		Specialiteti
Sandër Marku	President	Mikrobiologji
Shkëlqime GAZI	Zv.President	Onkologji
Valbona MARTINI	Antar	Alergologji-Imunologji
Arian BRAHIMI	Antar	Mjekësi e Përgjithshme
Mrika NIKOLLI	Antare	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve
Qarku **Gjirokastrë**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Gjirokastrë 2025-2030		Specialiteti
Esheref SHEHU	President	Kardiologji
Arben KURO	Zv.President	Kirurgji e Përgjithshme
Figali KOBUZI	Antare	Nefrologji
Ditar HODAJ	Antar	Imazheri
Besnik KROI	Antar	Mjekësi e Përgjithshme

I PROBLEME ORGANIZATIVE

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Elbasan**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Elbasan 2025-2030		Specialiteti
Artan PRIFTI	President	Anestezi-Reanimacion
Fadil Merzheku	Zv.President	Pneumo-Ftiziatri
Everest HOXHA	Antar	Nefrologji
Vitri LIKA	Antar	Hematologji
Arben DINE	Antar	Hematologji

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Korçë**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Korçë 2025-2030		Specialiteti
Viola FURXHI	Presidente	Tranfuzion gjaku
Vasfi TOPÇIU	Zv.President	Ortopedi-Traumatologji
Diana ALIÇKOLLI	Antare	Pneumoftiziatri
Sotiraq KONINI	Antar	Kirurgji e Përgjithshme
Ilir HOXHA	Antar	Obstetrik-Gjinekologji

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Shkodër**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Shkodër 2025-2030		Specialiteti
Holta DUDA	Presidente	Alergologji-Imunologji
Besnik HAXHIJA	Zv.President	Mjekësi e Përgjithshme
Nevila LULI	Antare	Gastro-Hepatologji
Blendi LESHA	Antar	Mjekësi e Përgjithshme
Vitore MARKU (KOLA)	Antare	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Fier**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Fier 2025-2030		Specialiteti
Kozeta RAMA	Presidente	Obstetrikë-Gjinekologji
Besnik BRAHIMAJ	Zv.President	Obstetrikë-Gjinekologji
Ervisi DURAJ-RAPAJ	Antare	Anatomo-Patologji
Athina DOKU	Antare	Transuzion gjaku
Arben YZEIRI	Antar	Mjekësi e Përgjithshme



I PROBLEME ORGANIZATIVE

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Dibër**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Dibër 2025-2030		Specialiteti
Beqir BICI	President	Gastro-Hepatologji
Alma VOSHI	Zv.Presidente	Pneumologji
Mentor TREPÇA	Antar	Mjekësi e Përgjithshme
Bajram BALLIU	Antar	Obstetrikë-Gjinekologji
Fatos HOXHA	Antar	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Berat**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Berat 2025-2030		Specialiteti
Elena GJONBALAJ	Presidente	Reumatologji
Leonard KUMARAKU	Zv.President	Mjekësi e Përgjithshme
Miltiadh VEVEÇKA	Antar	Neurologji-Psikiatri
Festim NASUFI	Antar	Mjekësi e Përgjithshme
Agron VEIZAJ	Antar	Mjekësi e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Vlorë**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Vlorë 2025-2030		Specialiteti
Rajmonda ZOTO	Presidente	Mjekësi e Përgjithshme
Petraq MUSTAQE	Zv.President	Kirurgji e Përgjithshme
Enkeleida MAMAJ	Antare	Pediatri
Eduard MONE	Antar	Pediatri
Florent BUSHE	Antar	Kirurgji e Përgjithshme

KËSHILLI RAJONAL– Urdhri i Mjekëve Qarku **Kukës**

Këshilli Rajonal i UM, Qarku Kukës 2025-2030		Specialiteti
Sulejman SOKOLI	President	Ortopedi-Traumatologji
Sadete BULICA	Zv.Presidente	Mjekësi Familje
Emin FERATI	Antare	Anestezi-Reanimacion
Seit JAKU	Antare	Pediatri
Naim NEZA	Antar	Radiologji



**PREZANTIM LIBRI:
MATERNITETI, ATY KU NIS JETA**

DR. SHK. MJ. FAIK BARDHI
SHEF I SHËRBIMIT TË NEONATOLOGJISË
SPITALI KRUJË, SHQIPËRI



Në promovimin e librit të Dr. Shk. Mj. Faik Bardhi, “**MATERNITETI, ATY KU NIS JETA**”, u organizua në ambientet e Pallatit të Kulturës Krujë, morën pjesë me diskutimet e tyre: Dr. Haki Cerhozi, Prof. Asc. Dr. Rustem Celami, Prof. Dr. Tritan Kalo, Dr. Arjan Hamiti, mjekët e spitalit Krujë: Dr. Bajam Dallaku, Dr. Demir OLLI. Në këtë aktivitet ishin të pranishëm mjekë dhe ish mjekë të spitalit të Krujës, pensionistë, që kanë punuar në këtë spital, mjekë nga

QSUT: shërbimi i neonatologjisë e obstetrikës në nivel kombëtar dhe dashamirës nga rrethet e ndryshme të vendit.

Dr. Shk. Mj. Faik BARDHI, autori i librit, thekson se shërbimi shëndetësor në fushën e obstetrikë-gjinekologjisë, për nga pikëpamja historike, është nga shërbimet e para në fushën e shëndetësisë. Pa asnjë hezitim mund të themi që me krijimin e shoqërisë njerëzore qëllimi i tij i parë ka qenë riprodhimi. Libri është ndarë në dy pjesë, me nënkapitujt përkatës:

Pjesa e parë: Zhvillimi i gjithë aktivitetit të maternitetit, nga fillimet e tij deri tani, një periudhë 100 vjeçare; zhvillimi historik i burimeve njerëzore, ecuria e punës tekniko-profesionale dhe shkencore.

Pjesa e dytë: Studimi i treguesve demografikë, sëmundshmërisë, tërë puna e bërë në këtë institucion, lindjet dhe vdekjet në rrethin e Krujës për një periudhë 40 vjeçare.

Dr. Shk. Mj. Haki CERHOZI: Është një libër, ku gjithsecili mund të gjejë veten. Në mënyrë të veçantë të tërheq vëmendjen puna e bërë në pjesën statistikore. Një studim i tillë, natyrisht, i shërben brezit të ardhshëm. Është një punë voluminoze, sepse janë pasqyruar jo vetëm materniteti, por edhe të gjitha njësitet administrative të këtij shërbimi.

Si përmbledhje historike është mjaft i kompletuar, ku brezat e ardhshëm kanë ç’ të mësojnë për të ndërtuar punën e tyre mbi baza shkencore.

Zhvillimi me faza i shërbimit obstetrik -gjinekologjik dhe neonatologjik është shumë i rëndësishëm, sepse pasqyron një panoramë sa të dhimbshme për nënën e fëmijën aq edhe shpresëdhënëse. Nga viti në vit, ky institucion pësoi hop cilësor në të gjitha këndvështrimet. Jam shumë mirënjohës dhe i lumtur njëkohësisht për punën e palodhur të dr. Faikut, i cili gjen kohën për të përjetësuar në libra punën



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

shumëvjeçare të shërbimit obstetrik-gjinekologjik e neonatologjik si dhe pasurimin me dokumente shkencore dhe historike të institucioneve mjekësore shtetërore në rreth si dhe në shkallë kombëtare.

Prof. Asc. Dr. Rustem CELAMI: Materiali është voluminoz, i shtjelluar me mjeshtri dhe profesionalizëm, ku përshkruan të dhënat historike të shërbimit shëndetësor dhe atij spitalor në Krujë.

Libri ofron të dhëna kronologjike të këtij shërbimi, për qytetin dhe rrethin e Krujës, të radhitura sipas periudhave të caktuara. Zhvillimet infrastrukturore pasqyrohen me shumë kujdes dhe profesionalizëm nga autori, duke radhitur në mënyrë kronologjike të tëra ndryshimet dhe përmirësimet hap pas hapi. Pjesa e dytë e materialit ka në fokus aspektin profesional të zhvillimeve demografike, lindshmërinë dhe vdekshmërinë e të porsalindurve dhe shkon në mënyrë analitike deri në shfrytëzimin e shërbimit shëndetësor në këtë qytet. Ky material monografik, ka vlera informative dhe reference jo vetëm për zhvillimet historike, nga zanafilla e deri në kohët e sotme të shërbimit shëndetësor-spitalor në Krujë.

Të bësh një studim 40 vjeçar do ta kishin zili katedrat më të shquara dhe më të mira perëndimore. Studime të tilla duan kohë, marrin punë, kërkojnë ekip, kanë kosto, është punë voluminoze.

Mbledhja, përpunimi i të dhënave dhe hedhja e këtyre të dhënave në libër, është një punë tjetër kolosale. Jo çdo kush e bën. Është një vepër që do të mbetet ndër breza si gjurmë dhe pikë referuese.

Prof. Dr. Tritan KALO: Kurrë nuk duhet të mendojmë se vijmë nga hiçi dhe ne ndërtojmë gjithçka... ne jemi thjeshtë një pjesë e segmentit të zinxhirit të mjekësisë.

Nuk ka spitale të avancuara, nuk ka spitale të prapambetura. Ka mjekësi të përparuar. Aty ku ka njerëz që janë të përparuar në leximet e tyre, në punën e tyre, në kontributin e tyre të përditshëm ka dhe arritje.

Dr. Faiku është eminencë, sepse bën krenar jo vetëm spitalin e Krujës, por edhe gjithë shërbimin e obstetrikë/gjinekologjisë dhe neonatologjisë shqiptare.

Dr. Shk. Mj. Arjan HAMITI: Impakti i këtij libri është i jashtëzakonshëm. Autori i librit me shumë profesionalizëm dhe elokulencë e ka përshkruar me lege artis të gjithë zinxhirin e shërbimit mjekësor dhe punën në këtë institucion kaq të rëndësishëm, pikërisht të atij vendi ku nis jeta.

Mendoj dhe gjykoj që libri do të jetë një vlerë për gjithë arsenalin e shumë librave në vend dhe, gjithë arsenalin e bluzave të bardha. Do të krijojë në mënyrë të padiskutueshme një impakt të jashtëzakonshëm. E kam thënë dhe e përsëris gjithmonë që, një vend dhe një komb, ecën përpara jo me forcën e muskujve, por me dije dhe nivele të larta përfaqësimi.

Dr. Demir OLLI: Gjithçka e paraqitur në këtë punim është e saktë dhe për këtë autori ka merita të veçanta. Ky shërbim ka nisur në vitin 1982 me ardhjen e dr. Faikut në këtë maternitet. Ky studim është një ndërmarrje e guximshme e tij dhe mendoj, se vetëm dr. Faiku mund të realizonte një studim të këtij niveli. Studimi është sa historik aq edhe shkencor, me vlera të pamohueshme jo vetëm për Krujën, por edhe në nivel kombëtar.



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Dr. Bajam DALLAKU: Libra të tillë janë kërkesë e kohës, që ky mision i personelit dhe kjo histori të mos mbetet në harresë. Evolucion i këtij institucioni përshkruhet bukur, ekzakt, duke sjellë në kujtesën tonë historinë që flet me gjuhën e fakteve, fotove dhe datave, që nga banesat e qytetit apo fshatit.

Mamitë e para, si kudo edhe në qytetin e rrethin e Krujës, kanë qenë ato populllore duke trashëguar eksperiencën e tyre brez pas brezi, kanë realizuar këtë detyrë humane dhe njerëzore në kushte shumë të vështira dhe me mungesa të jashtëzakonshme.

Libri plotësohet me analiza statistikore dhe demografike të sëmundshmërisë, lindshmërisë dhe vdekshmërisë foshnjore neonatale, me ecurinë e punës teknike profesionale dhe shkencore, deri në analiza të punës për periudha të ndryshme në maternitetet.

Libri rron më shumë se jeta e një brezi, apo shumë brezash, ai është një leksion se si duhet të punohet (për ata që e lexojnë).



VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

*Takimi i pranverës i CPME
(Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropianë)*

20-22 Mars 2025, Bruksel, Belgjikë



Ky takim u mbajt në Bruksel më dt. 20-22 Mars 2025. Sipas traditës axhenda e kësaj veprimtarie përfshin në 2 ditët e para, sesione pune përgatitore, për rishikimin e materialeve që do të paraqiten për aprovimin në Asamblenë e Përgjithshme të CPME në dt. 22 Mars. Meqënëse takimi zhvillohej vetëm me prezencën e pjesëmarrësve (nuk kishte pjesë online), u frekuentua nga gjithë delegacionet e vendeve anëtare, antarët e asociuar, si dhe përfaqësues të organizatave të tjera profesionale EMOs. Edhe UMSH u përfaqësua nga Dr. Fatmir Brahimaj dhe Dr. Dritan Trepça.

Veprimtaria filloi me takimin e “Bordit të drejtorave” i cili u pasua nga një event i veçantë: Konferenca “Zëri i mjekëve në Parlamentin Evropian” e ftuar dhe drejtuar nga eurodeputetët Dr. Andras Kulja dhe Tilly Metz. Organizatorët kërkuan mendime dhe sugjerime të pjesëmarrësve nga 30 vende evropiane rreth çështjes: Zgjedhje për krizën evropiane në forcën e punës në sistemin shëndetësor.

I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Dita e dytë filloi me raportet kombëtare. Përfaqësues nga Bulgaria, Mbretëria e Bashkuar, Slovenia, Slovakia, Hungaria, Izraeli dhe Republika Çeke trajtuan probleme më të shpeshta për organizatat e tyre.

Më tej në seanca paralele u punua për tema të ndryshme si:

- Seksioni i Produkteve Farmaceutike dhe kujdesi shëndetësor, drejtuar nga Zv.President Dr. P. Almos. Diskutimet u përgatitën mbi draft rezolutën: “Mbi sigurinë e pajisjeve shëndetësore”.
- Seksioni Shëndeti Digital, drejtuar nga Dr. J. R Lumbroso. Këtu ju kushtua rëndësi kapaciteteve për të siguruar nivele të sigurta të stafeve përkatëse.
- Seksioni mbi Shëndetin Publik dhe Prandalimin e Sëmundjeve. Fokusi ishte tek disa nozologji që lidheshin me ndotjen ambientale.
- Seksioni mbi Praktiken Profesionale. Këtu theksi u vendos tek të drejtat e pacientit.

Dita e fundit ishte Asambleja e Përgjithshme. Si përherë u fillua me probleme organizative e proceduriale, si: thirja e delegacioneve (verifikimi i mandateve, aprovimi i axhendës, dhe aprovimi i minutave të Asamblesë së Përgjithshme në vjeshtën e kaluar në Amsterdam). Më tej u vazhdua me raportimet e Presidentit, Sekretarit të Përgjithshëm, minutat e Bordit të Drejtorëve, çështjet financiare, diskutime dhe aprovimi i buxhetit.

Një moment i veçantë ishte edhe dhënia e Certifikatave të Mirënjohjes për veteranin e CPME disa herë Zv.President Dr. Martin Balzan nga Malta, i cili largohet nga veprimtaritë ndërkombëtare pas daljes në pension, si dhe për Dr. Fatmir Brahimaj, UMSH, në mbarim të mandatit të tij të dytë si President, në mirënjohje të kontributit të tij në CPME, duke përfaqësuar UMSH prej vitit 2011.

Në seancat pasuese u aprovuan rezolutat e përgatitura dhe diskutuara në seksionet e një dite më parë.

U vijua me përshëndetje të përfaqësuesve nga organizatat homologe EMOs (CEOM, FEMS, EJD, UCMO, EMSA, EANA, etj..). Përpara fjalës përmbyllëse të Presidentit të CPME Dr. Ole Johan Bakke, u aprovu kalendari ndërkombëtar vjeshtë 2025 në Athinë dhe vjeshtë 2026 Berlin.

Dr. Dritan TREPÇA

Takimi Plenar i CEOM (Këshilli Evropian i Urdhrave Të Mjekëve)

10-11 Prill 2025, Durrës-Shqipëri

Takimi plenar i pranverës, për CEOM u zhvillua në Durrës më dt. 10-11/04/25, me ftesë të UMSH-së. Në të morën pjesë delegacionet e gjithë vendeve anëtare (mungonin: Holanda, Mbretëria e Bashkuar dhe Qipro). Ishte ftuar si vëzhgues edhe një delegacion i Dhomës së Mjekëve të Republikës së Maqedonisë së Veriut. Po ashtu ishin të pranishëm, të ftuar nga organizatat evropiane homologe EMOs.

Sipas axhendës në datën 10 Prill u zhvillua mbledhja e bordit. Ajo u pasua në mbrëmje nga një pritje e dhënë nga Këshilli Kombëtar i UMSH-së, në “Premium Beach Hotel”.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Dita e dytë filloi me ceremoninë hapëse, ku Dr. Fatmir Brahimaj në emër të Këshillit Kombëtar të UMSH-së ju uroi mirëseardhjen në vendin tonë të gjithë të pranishmëve, falenderoi CEOM që për herë të dytë (në vitet 2019 dhe 2025) na besoi organizimin e kësaj veprimtarie të rëndësishme në vendin tonë. Më tej ai u ndal në disa arritje të UMSH-së gjatë mandatit të fundit, vlerësoi rëndësinë e takimit, problematikat që do të trajtohen dhe uroi mbarëvajtje të mirë të punimeve.

Presidenti i CEOM, Dr. J. Santos në fjalimin e tij hapës, falenderoi drejtuesit e UMSH-së dhe stafin e tyre për angazhimin serioz për zhvillimin e kësaj veprimtarie, theksoj rëndësinë e çështjeve që do të trajtoheshin në seancat pasuese, kërkoi dhe vlerësoi kontributin e gjithësecilit për mbarëvajtjen dhe suksesin e takimit. Më tej Zv. Presidenti i CEOM Dr. R. Kerzmann bëri thirrjen e gjithë delegacioneve dhe mysafirëve të pranishëm. Pastaj u kalua në aprovimin e minutave të Takimit Plenar të vjeshtës së kaluar në Madeira (Portugali) si dhe aprovimin e axhendës së datës 11 Prill 2025.

Seanca e parë e punës e titulluar kontributi i UMSH-së ju kushtua 2 prezantimeve nga antarët vendas.

“Rritja e nevojave tek të moshuarit dhe sfidat e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri” referuar nga Prof. Alban Ylli

“Praktika mjekësore private, risi e sukseshme në kujdesin shëndetësor në Shqipëri” referuar nga Olti Peçini dhe Dr. Juarda Gjonbrataj.

Për të dy prezantimet pati pyetje dhe diskutime duke vlerësuar konceptet, parimet, arritjet si dhe sfidat për të ardhmen. Kjo seancë u mbyll me një moment të veçantë: meqënëse dr. F. Brahimaj, mbaronte mandatin e dytë si president i UMSH-së ju akordua nga CEOM medalioni nderit, si dhe nga Shoqata Mjekësore Gjermane dhe Shoqata Mjekësore Kroate nga një çertifikatë mirënjohje. Këto për të vlerësuar punën e bërë në CEOM, bashkëpunimin me shoqatat si dhe kontributin në ecurinë e UMSH-së për 2 mandatet e fundit.

Seanca pasuese ju kushtua: **Rekomandimeve deontologjike mbi telemjekësinë**. Drafti i hartuar u komentua nga disa referime: Rrezultatet e grupit të punës nga dr. R. Kerzmann, më tej komente nga Dr. F. Alberti dhe R. Huerta. Përsëri propozime dhe diskutime mbi rekomandimet e CEOM nga Dr. R. Kerzmann si dhe në mbyllje Aprovimi i Rekomandimeve të CEOM për Telemjekësinë.

Rekomandimi Etik i CEOM për Telemjekësinë

1. Telemjekësia është një formë e praktikës mjekësore. Mjeku e praktikon atë në përputhje me rregullat ligjore, etike dhe deontologjike specifike për praktikën mjekësore, përparimet shkencore, rekomandimet e autoriteteve kompetente dhe udhëzimet profesionale.
2. Konsultimet ballë për ballë duhet të preferohen kudo ku është e mundur.
3. Mjeku e përdor telemjekësinë në interes të pacientit. Ai/ajo respekton dinjitetin dhe autonominë e pacientit, duke përfshirë nevojat dhe preferencat e tij/saj për kujdes.
4. Për të siguruar që pacientët japin pëlqimin e informuar për përdorimin e telemjekësisë, mjeku duhet ti informojë ata për përfitimet dhe kufizimet e telemjekësisë krahasuar me kujdesin ballë për ballë.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Duhet të sigurohet identifikimi i pacientit dhe mjekut, dhe të shprehen qartë kualifikimet profesionale të mjekut.

5. Praktika e telemjekësisë duhet të bazohet në arsyetimin mjekësor të përshtatur me praktikën e mjekësisë në distancë. Kjo kërkon të njëjtin rigorozitet shkencor, njësoj si një konsultë ballë për ballë.

Është thelbësore që telemjekësia të jetë pjesë e një rruge të koordinuar kujdesi.

6. Mjeku duhet të sigurohet që praktikimi në distancë nuk çënon cilësinë e kujdesit ose sigurinë e pacientit. Ai/ajo duhet të mbajë një dosje mjekësore dhe të sigurojë vazhdimësinë e kujdesit.

7. Mjeku duhet të ruajë pavarësinë e tij profesionale dhe të përmbahet nga telemjekësia nëse e konsideron si të papërshtatshme në interes të pacientit.

8. Mjeku duhet të përdorë mjete teknologjike që ofrojnë garanci për cilësinë dhe sigurinë nga pikëpamja teknike dhe funksionale. Ato duhet të përshtaten me qëllimin e synuar, kontekstin specifik dhe atë të përdoruesve.

9. Mjeku duhet të sigurojë që të respektohet konfidencialiteti mjekësor dhe se privatësia e pacientit duhet të mbrohet, duke përfshirë mbrojtjen e të dhënave personale.

10. CEOM inkurajon organizatat e saj pjesëmarrëse të mbështesin edukimin e vazhdueshëm të mjekëve në përdorimin e teknologjisë së informacionit.

Seanca tjetër ju dedikua Dhunës ndaj Mjekëve. Së pari një vlerësim i situatës nga Dr. J. Santos. Pastaj një material ilustrues i titulluar: Ndjekja dhe procesi i mbledhjes së të dhënave nga Observatori i CEOM, prezantuar nga Dr. PH. Cathala (sekretar i përgjithshëm) dhe S. Rasse.

Tabloja u plotësua nga prezantimet: “Situata në Sloveni për dhunën ndaj mjekëve” nga Dr. B. Beović si dhe studim nga Observatori Kombëtar Spanjoll për dhunën ndaj mjekëve në 2024 nga Dr. J. M. Rodrigues.

Në seancën pasuese u fillua me prezantimet e raporteve të organizatave homologe mjekësore evropiane EMOs. Më tej u dëgjua një përmbledhje informuese mbi terapitë digitale nga Dr. G. Marinoni dhe Dr. F. Alberti. Më tej një seancë ju kushtua problemeve demografike mjekësore në Evropë. Referues ishin lektorë të Urdhrit të Mjekëve Francë (Dr. J. M. Mourgues dhe Dr. Ph. Cathala)

Prezantimi i fundit u bë nga Dr. F. Brahimaj i titulluar: Mësime nga pjesëmarrja në organizatat profesionale ndërkombëtare.

Në mbyllje u shqyrtuan kërkesat për zhvillime e takime plenare në 2026 nga Shoqata Croate dhe Sllovene.

Dr. J. Santos bëri konkluzionet e takimit duke falenderuar gjithë kontribuuesit si dhe veçanërisht UMSH-në për kujdesin e treguar në çdo detaj të veprimtarisë.

Znj. Eni BALLA



LINDSHMËRIA DHE VDEKSHMËRIA NEONATALE NË MATERNITETIN E KRUIJËS PËR VITET 2007-2016

Dr. ShMj. Faik BARDHI¹, Ledi BARDHI²

¹Spitali Bashkiak "Dr. Stefan Gjoni", Krujë

²Department of Human Pathology, and Oncology, University Hospital Siena, Italy

Abstrakt

Periudha neonatale është një indeks, e cila tregon nivelin social dhe shëndetësor të një vendi, sidomos në përmirësimin e vdekshmërisë foshnjore. Lindshmëria e seksit mashkull është rreth 4-5% më e lartë se seksi femër. Lindshmëria e fëmijëve me peshë të vogël dhe premature ka përmirësime, fal kujdesit në rritje të gruas shtatzënë. Vdekshmëria e këtij grupi është më e lartë se e fëmijëve të lindur në term dhe atyre mbi 2001 gr, duke iu përmbajtur postulatit: "sa më e vogël pesha e lindjes dhe mosha e barrës aq më e lartë dhe vdekshmëria". Fëmijët e lindur me keqformime, me patologji të lindjes e të shtatëzanisë dhe ato me patologjitë të lidhura me prematuritetin, mbajnë peshën kryesore në vdekshmërinë neonatale.

Hyrje

Vdekshmëria neonatale konsiderohej si një nga treguesit më të besueshëm të nivelit social dhe shëndetësor të një vendi^{1,2,3}. Kjo periudhë zë më pak se 0.5% të zgjatjes mesatare të jetës, por përfaqëson 15% të vdekjeve të të gjitha moshave^{2,4}. Është fakt i vërtetuar praktikisht: sa më i vogël të jetë treguesi i vdekshmërisë foshnjore të një vendi, aq më e madhe është përqindja që zënë treguesit e vdekjeve premature dhe vdekshmëria neonatale në të.

Në vdekshmërinë neonatale futen vdekjet e fëmijëve të moshës 0 deri 28 ditë. Kjo përbën 2/3 e vdekjeve të vitit të parë të jetës. Java e parë përbën 70% të vdekjeve të muajit të parë të jetës. Ndërsa dita e parë e jetës përbën 50% të javës e parë të jetës, ose rreth 40% të vdekshmërisë foshnjore⁵.

Fëmijët e lindur me peshë të vogël dhe fëmijët e lindur prematur mbajnë peshën kryesore në vdekshmëri neonatale. Fëmijët me peshë të vogël në lindje kanë një sëmundshmëri 16-20 herë dhe vdekshmëri 20-30 herë më të shpeshtë se sa fëmijët e lindur me peshë lindje mbi 2501 gr. Rreth 80% e vdekjeve brenda 24 orëve të para të jetës peshojnë nën 2500 gr^{6,7}.

Kohët e fundit po i kushtohet një rëndësi e madhe fëmijëve që në lindje peshojnë nën 1000 gr. Numri i këtyre fëmijëve po rritet nga viti në vit. Numri i fëmijëve të mbijetuar me peshë-lindje nën 1000 gr rritet krahas me përmirësimin e kujdesit përreth lindjes (të shërbimit obstetrikal dhe atij neonatal)^{8,9,10,11}.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Fjalët kyç: VDN- vdekshmëria neonatale; PVL – peshë të vogël në lindje; PSHVL - peshëlindje shumë të vogël; AGA – të përshtatshëm për moshën e barrës; LGA – të mëdhenj për moshën e barrës; SGA - të vegjël për moshën e barrës.

MATERIALI DHE METODA

Në studim janë marrë të gjithë fëmijët e lindur në maternitetin e Krujës për periudhën 10-vjeçare 2007-2016, gjithsej 5032 fëmijë të lindur gjallë.

Për çdo fëmijë të marrë në studim është përdorur kartela e zakonshme klinike e gruas dhe e fëmijës së porsalindur.

Bazuar në peshën e lindjes i ndamë fëmijët në dy grupe; nën 2500 gr dhe mbi 2501 gr. Fëmijët me peshë të vogël në lindje (PVL) nën 2500 gr i ndamë në 4 grupe; 501-1000 gr; 1001-1500 gr; 1501-2000 gr; 2001-2500 gr; duke vënë në dukje lindshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijëve në përgjithësi dhe të atyre të lindur hipotrof dhe prematurë në veçanti.

Bazuar në moshën e barrës i ndamë fëmijët në 3 grupe: deri në 36 javë (prematurre); 37-42 javë (matur); mbi 42 javë (postmatur ose serotin), duke vënë në dukje lindshmërinë dhe vdekshmërinë e fëmijëve në përgjithësi, të atyre të lindur me pvl dhe prematurë në veçanti.

Për të studiuar shpërndarjen e lindshmërisë së fëmijëve të porsalindur, për arsye të kushteve të përafërta gjeografike me Italinë, përcaktuam percentilet (10^e, 10^e–90^e, mbi 90^e), në bazë të klasifikimit të dhënë nga Gagliardi për seksin mashkull dhe femër në veçanti^{12,13,14}.

Duke u bazuar në studimet e Lubschenkos dhe Battaglia klasifikuam neonatin sipas^{15,16,17}:

- Peshës së lindjes
- Moshës së barrës
- Standardeve të rritjes brenda mitre

Në këtë mënyrë, duke krahasuar moshën e barrës me peshën e lindjes me normat e percentileve (sipas Gagliardit) vlerësuam tipin e rritjes fetale:

- të përshtatshëm për moshën e barrës (eutrof)
- të vegjël për moshën e barrës (hipotrof)
- të mëdhenjtë për moshën e barrës (hipertrof)

Kështu neonatin e klasifikuam në nëntë grupe:

- në preterm, term, posterm me nga tre nëngrupe: eutrof, hipotrof, hipertrof.

Këtë strukturë ndarje grup-peshë dhe grup-moshë barre e ruajtëm gjatë gjithë studimit të vdekshmërisë duke nxjerrë sa më saktë vlerat e treguesve të vdekshmërisë në grup-pesha dhe grup-mosha barre të veçantë.

Detajuar të dhënat e lindshmërisë dhe të vdekshmërisë në bazë viti, grup-peshë lindje, grup-moshë barre dhe mënyrës së lindjes duke i ndarë në lindje normale (cefalike), në lindje podalike, në lindjet me vakum, në lindjet me seksio dhe në lindjet faciale.



1. Për problemet e vdekshmërisë 0-1 muajsh u përdor kjo metodë studimi:

- Detajua të dhënat në bazë viti, seksi, grup-peshë lindjeje dhe grup-moshë barre.
- Nxorrëm të dhënat e vdekshmërisë sipas zonave të propozuara nga Qendra Mjekësore Universitare e Kolorados, adaptuar nga Battaglia në vitin 1970; të cilat janë 7 zona me karakteristika të veçanta ku pesha e lindjes dhe mosha e barrës e fëmijës paraqesin lidhje të forta midis tyre¹⁸.

Këto zona janë:

1. Në zonën e parë futen fëmijët e lindur me peshë mbi 4000 gr.
 2. Në zonën e dytë futen fëmijët e lindur me peshë nga 2500-4000 gr.
 3. Në zonën e tretë futen fëmijët e lindur me peshë nga 1500-2500 gr dhe moshë barre deri 38 javë.
 4. Në zonën e katërt futen fëmijët e lindur me peshë nga 1500-2500 gr dhe moshë barre mbi 38 javë.
 5. Në zonën e pestë futen fëmijët e lindur me peshë nga 1000-1500 gr dhe moshë barre deri 34 javë.
 6. Në zonën e gjashtë futen fëmijët e lindur me peshë-lindje nga 1000-1500 gr dhe moshë barre mbi 34 javë.
 7. Në zonën e shtatë futen fëmijët e lindur me peshë- lindje nën 1000 gr.
2. Për problemet e strukturës së vdekshmërisë, duke u mbështetur në diagnozën klinike dhe veçanërisht në diagnozën primare, që ka qenë përgjegjëse për vdekjen e fëmijës (për mungesë shërbimi anatomopatologjik, nuk është bërë asnjë nekroskopi) bëmë grupimin sipas klasifikimit ndërkombëtar të sëmundjeve dhe shkaqeve të vdekjeve ^{19,20}:
- a). Për fëmijët, të vdekur pas lindjes, paraqitëm strukturën e vdekshmërisë sipas klasifikimit të Nelson të modifikuar nga 8 në 6 grupe:
1. malformimet kongjenitale,
 2. patologjitë barrë- lindje, trauma, asfiksi,
 3. prematuriteti me sindromin e detresit respirator dhe sëmundja e membranave hialine,
 4. patologjitë specifike,
 5. infeksionet,
 6. të tjera

Për vdekshmërinë foshnjore tepër të hershme detajua treguesit e vdekshmërisë të ndarë në ditë-qëndrime, nga dita e parë deri tek e gjashta në veçanti.

Për të gjitha këto ndarje kemi nxjerrë treguesit e vdekshmërisë dhe rolin që kanë fëmijët me PVL dhe premature në to.

3. Përpunimin statistikor²¹ të të dhënave e kemi bërë me:

- a) Testin Fische–Student,
- b) Testin Hi-Katrori,
- c) Indeksin e standardizimit



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

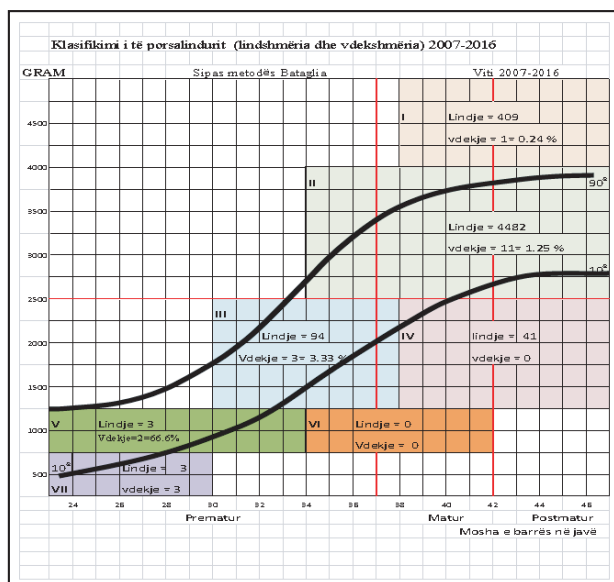
REZULTATET

Duke u bazuar në percentilet e peshës së lindjes dhe moshës së barrës rezultatet janë si më poshtë:

- Fëmijë të lindur gjithsej kemi 5032 raste.
- Fëmijë të lindur mbi 2501 gr kemi 4891 raste (97.2%).
- Fëmijë të lindur me PVL kemi 141 raste (2.80%).
- Fëmijë të lindur preterm kemi gjithsej 303 raste (6.02%).
- Fëmijë të lindur term kemi gjithsej 4608 raste (91.57%).
- Fëmijë të lindur postterm kemi gjithsej 121 raste (2.4%).
- Fëmijë të vegjël për moshën e barrës, SGA, kemi 59 raste (1.17%).
- Fëmijë të përshtatshëm për moshën e barrës, AGA, kemi 3979 raste (79.07%).
- Fëmijë të mëdhenj për moshën e barrës, LGA, kemi 994 raste (19.75%).

Ky studim i kryer në maternitetin e Krujës për periudhën 10 vjeçare 2007-2016, paraqet të dhëna të detajuara me imtësi, konform metodave të rekomanduara, në tabelat dhe grafikët e mëposhtëm:

Grafiku 1. Klasifikimi i të porsalindurit (lindshmëria dhe vdekshmëria) 2007-2016



Për vitet 2007 – 2016 kemi 5032 fëmijë të lindur

Fëmijë të lindur mbi 2501 gr = 4891, vdekur = 12 = 2.45‰. Nga këto: matur = 10; prem = 2; LGA = 3, AGA = 9

Fëmijë të lindur me PVL = 141, vdekur = 8 = 56.74‰.
Nga këto: prem = 8; AGA = 8

Fëmijë të lindur prem = 303, vdekur = 10 = 33.0‰
Nga këto: PVL = 8, >2500 = 2; AGA = 8

Fëmijë të lindur matur = 4608, vdekur = 10 = 2.17‰
Nga këto: LGA = 3, AGA = 9; >2500 = 10

Fëmijë të lindur postmatur = 121, vdekur = 0

Fëmijë të lindur 10^e = 59, vdekur = 0

Fëmijë të lindur 10^e-90^e = 3979, vdekur = 17 = 4.27‰

Nga këto: matur = 7, prem = 10, PVL = 7; >2500 = 9

Fëmijë të lindur 90^e = 994, vdekur = 3 = 2.01‰

Nga këto: matur = 3, >2500 = 3;

Grafiku 2. Klasifikimi i të porsalindurit (lindshmëria dhe vdekshmëria) seksi mashkull

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Tabela 1. Lindshmëria dhe vdekshmëria në maternitetin e Krujës

viti	Lindje	Lindje	Lindje	Vdekje		Vdekje		Vdekje	
	Total	Meshk.	Femër	Total	‰	Meshk.	‰	Femër	‰
2007	440	271	169	2	4.55	2	7.38		
2008	448	240	208	2	4.46	2	8.33		
2009	464	231	233	6	12.93	2	8.66		17.17
2010	581	286	295	1	1.72	-			3.39
2011	560	286	274	7	12.5	5	17.48		7.30
2007-2011	2493	1314	1179	18	7.22	11	8.37		5.94
2012	597	328	269	2	3.35	2	6.10		
2013	498	253	245	-		-			
2014	553	285	268	-		-			
2015	532	257	275	-		-			
2016	359	187	172	-		-			
2012-2016	2539	1310	1229	2	0.79	2	1.53		
2007-2016	5032	2624	2408	20	3.97	13	4.96	7	2.90
lindshmëria		52.15%	47.85%						

Tabela 2 Lindshmëria dhe vdekshmëria neonatale në raport me peshën e lindjes

Grup- pesha	seksi	Lindje	% ndaj lindjeve totale	vdekje	‰	Raporti M/F
Lindje, gjithsej	total	5032		20	3.97	
	meshkuj	2624	52.15	13	4.96	1.7 herë
	femra	2408	47.85	7	2.91	
501-1000	total	3	0.06	3	1000.00	
	meshkuj	2	66.66	2	1000.00	
	femra	1	33.33	1	1000.00	
1001-1500	total	3	0.06	2	666.66	
	meshkuj	1	50.00	1	1000.00	2 herë
	femra	2	66.66	1	500.00	
1501-2000	total	17	0.34	2	117.65	
	meshkuj	8	47.1	2	250.00	
	femra	9	52.9	-	-	
2001-2500	total	118	2.35	1	8.55	
	meshkuj	45	37.61	1	22.72	
	femra	73	62.39	-	-	
Nën 2500 gr	total	141	2.8	8	56.74	
	meshkuj	56	39.72	6	107.14	4.56 herë
	femra	85	60.72	2	23.53	



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Mbi 2501 gr	total	4891	97.2	12	2.45	
	meshkuj	2568	52.51	7	2.72	1.3 herë
	femra	2323	47.49	5	2.15	
Diferenca pvl/mbi 2501 gr					+ 23.16 herë	
Testi studentit		T= 2.788			P<0.001	
Testi Hi Katrori		X²= 13.60			P< 0.001	
Indeksi standartizimit					22.72 herë	

Grafiku 4. 5. Shpërndarja e lindshmërisë dhe vdekshmërisë, sipas grup-peshave

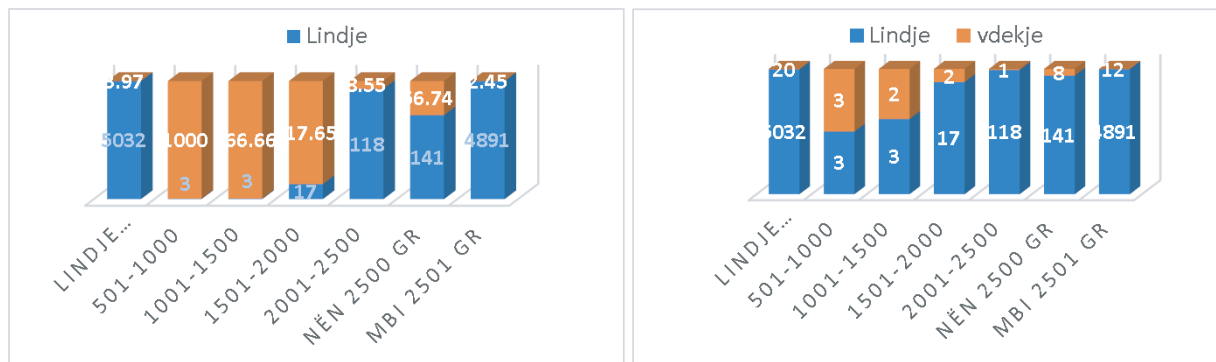


Tabela 3. Lindshmëria dhe VDN në raport me moshën e barrës në lindje

Grup- pesha	seksi	Lindje	% ndaj lindjeve totale		vdekje	%
Lindje, gjithsej	total	5032			20	3.97
	meshkuj	2624		52.1	13	4.96
	femra	2408		47.9	7	2.90
prematur	total	303	6.02		10	33.00
	meshkuj	155	5.91	51.15	7	45.16
	femra	148	6.15	48.84	3	20.27
matur	total	4608	91.57		10	2.17
	meshkuj	2411	91.88	52.32	6	2.49
	femra	2197	91.24	47.67	4	1.82
Post matur	total	121	2.40		-	-
	meshkuj	58	2.10	47.93	-	-
	femra	63	2.62	52.06	-	-
Diferenca prem/matur						+ 15.21 herë
Testi studentit					T = 2.75	P < 0.005
Testi Hi Katrori					X² = 8.76	P < 0.01
Indeksi standartizimit						15 herë

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Grafiku 6. Lindshmëria dhe VDN në raport me moshën e barrës në lindje.

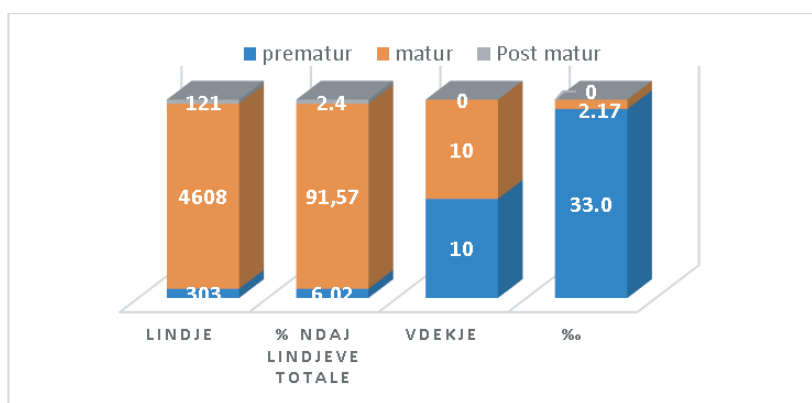
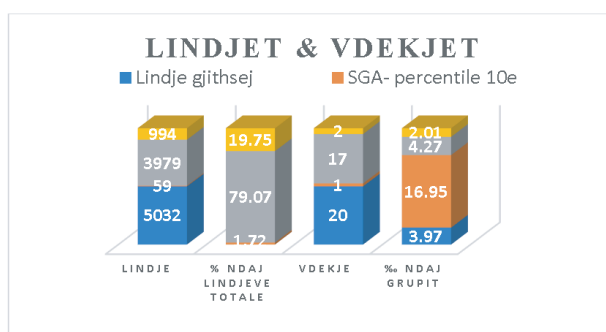


Tabela 4. Lindshmëria dhe vdekshmëria neonatale në raport me percentilet në lindje

Grup- pesha	seksi	Lindje	% ndaj lindjeve totale	vdekje	%
Lindje, gjithsej	total	5032		20	3.97
	meshkuj	2624	52.1	13	4.96
	femra	2408	47.9	7	2.90
SGA- percentile 10^e	total	59	1.72	-	-
	meshkuj	16	0.61	-	-
	femra	43	1.78	-	-
AGA- percentile 10^e-90^e	total	3979	79.07	17	4.27
	meshkuj	1940	73.91	11	5.67
	femra	2039	84.69	6	2.94
LGA - percentile 90^e	total	994	19.75	3	3.01
	meshkuj	668	25.48	2	2.99
	femra	326	13.53	1	3.07
Diferenca 10 ^e /10 ^e -90 ^e					+ 0.7 herë
Testi studentit				T = 0.18	P < 0.5
Testi Hi Katrori				X ² = 3.2	P < 0.5
Indeksi standartizimit					+ 1.24 herë

Grafiku 7. Lindshmeria dhe Vdekshmeria neonatale ne raport me percentilet ne Lindje



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Tabela 5. Lindshmëria dhe vdekshmëria neonatale në raport me mënyrën e lindjes

Grup- pesha	seksi	Lindje	% ndaj lindjeve totale	vdekje	%
Lindje, gjithsej	total	5032		20	3.97
	meshkuj	2624	52.15	13	4.96
	femra	2408	47.85	7	2.90
Cefalike	total	3825	76.01	13	3.40
	meshkuj	1947	74.20	9	4.46
	femra	1878	77.99	4	2.21
Seksio/cesare	total	1150	22.85	3	2.61
	meshkuj	645	24.58	2	3.10
	femra	505	20.97	1	1.98
Vakum	total	27	0.54	-	-
	meshkuj	15	0.57	-	-
	femra	12	0.50	-	-
Podalik	total	29	0.58	3	103.45
	meshkuj	16	0.61	1	62.50
	femra	13	0.54	2	153.85
Facial	total	1	0.02	1	1000.0
	meshkuj	1	0.04	1	1000.0
	femra	-	-	-	-

Tabela 6. Vdekshmëria neonatale sipas shkakut dhe peshës së lindjes

Grup-pesha Shkaku i vdekjes	501-1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	Nën 2500		Mbi 2501		totale	
					raste	%	raste	%	raste	%
I. Anomali kongenitale							6	50.00	6	30.00
II. patologjitë e lindjes dhe shtatëzanisë							5	41.66	5	25.00
III. patologji të lidhura me prematuritetin	3	2	1	1	8	100	-	-	8	40.00
IV. infeksionet										
VI. patologji të tjera							1	8.33	1	5.00
Lindje, gjithsej	3	3	17	118	141		4891		5032	
Vdekje, gjithsej	3	2	2	1	8	40.0	12	60.0	20	
%	100	66.66	11.76	0.85	5.67		0.25		0.39	

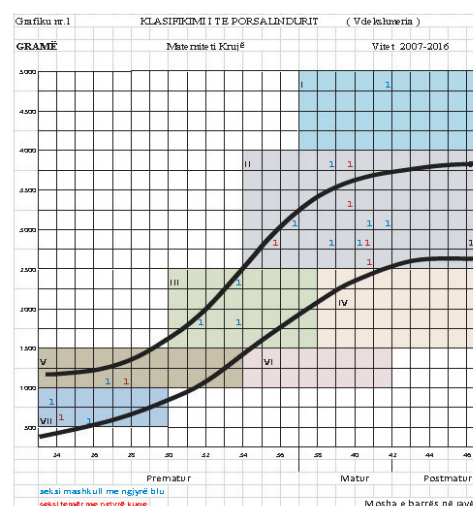
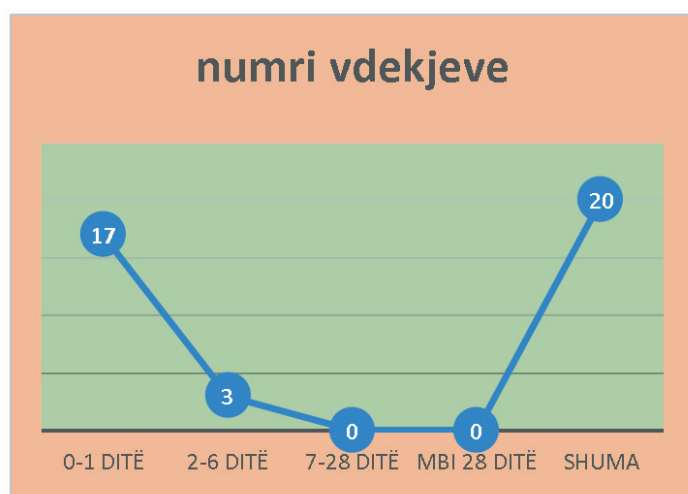


I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Tabela 7. Vdekshmëria neonatale sipas peshës së lindjes dhe moshës së vdekjes 2007-2016

Pesha e lindjes	Numri i lindjes	Numri i vdekjeve								
		0.1 ditë (0-24 orë)		1-6 ditë		7-28 ditë	> 28 ditë	shuma		Raporti PVL / > 2501
		raste	%	raste	%	raste	raste	raste	%	
501-1000	3	3	100.00	-	100.00	-	-	3	1000.00	
1001-1500	3	2	66.66	-	66.66	-	-	2	666.66	
1501-2000	17	1	5.88	1	5.88	-	-	2	117.65	
2001-2500	118	1	0.85	-	-	-	-	1	8.55	
Nën 2500	141	7	4.96	1	0.71	-	-	8	56.74	40.00
Mbi 2501	4891	10	0.2	2	0.2	-	-	12	2.45	60.00
gjithsej	5032	17	0.34	3	0.06	-	-	20	3.97	

Grafiku 8. 9. VDN sipas moshës së vdekjes, dhe shpërndarja sipas seksit



DISKUTIM

Lindshmëria në maternitetin e Krujës gjatë këtij 10 vjeçari ka qenë pothuajse e njëjtë me përjashtim të vitit 2016 ku kemi një rënie të konsiderueshme, me rreth 150 lindje më pak. Kjo për arsye të largimit të dy mjekëve obstetër. Nga tabela 1 vërehet se fëmijët e seksit mashkull kanë një lindshmëri (52.15%), më të madhe se seksi femër (47.85%), e cila është konstatuar edhe nga autorë të tjerë^{22, 23}.

Vdekshmëria neonatale është 3.97‰ (20 vdekje në 5032 lindje), me mbizotërim të seksit mashkull 4.96‰ (13 vdekje në 2624 lindje) rreth 1.7 herë më e lartë se e seksit femër 2.91‰ (7 vdekje në 2408 lindje). tab.1, graf.1,2,3.

Siç shihet nga tab 2 dhe graf. 4, VDN është në propocion të zhdrejtë me peshën e lindjes; sa më e vogël pesha, aq më e lartë VDN, tregues që është vërtetuar edhe nga autorë të vendit dhe të huaj^{24, 25,26, 27}.

Lindshmëria e fëmijëve me PVL është 2.8% (141 raste), shifër kjo e ulur në krahasim me periudhat e mëparshme të studimit të këtyre fëmijëve, të cilat shkojnë nga 4% deri në 7%^{28,29}, të lindjeve të gjalla. tab. 2, graf. 4,5. Afërsisht në çdo 35 fëmijë të lindur njëri është me PVL dhe, në çdo 17 fëmijë të lindur me PVL njëri rrezikohet të vdesë në moshën neonatale.

Fëmijët me PVL e kanë VDN 56.74 ‰ (8 raste), rreth 23 herë më të lartë se fëmijët e lindur me peshë mbi 2501 gr, me 2.45‰ (12 raste), ($P<0.01$), tab.2,7, gr.4,5. Ka autorë që japin shifra edhe më të larta nga 20 herë deri 40 herë më shumë^{30, 31, 32}.

Vdekshmëria e fëmijëve të lindur me PVL dhe të seksit mashkull (107.14%) është 4.6 herë më e lartë se e atyre të seksit femër 23.53‰).

Fëmijët e lindur me peshë nën 2000 gr (23 raste) përbëjnë 16.3% e të gjithë fëmijëve të lindur me PVL ose 0.46% e të gjithë lindjeve të gjalla. (tab. 2). Ndërsa vdekshmëria e këtij grupi është 30.43% (7 raste) dhe përbën 87.5% të të gjithë fëmijëve të vdekur me PVL (8 raste) dhe 35% të të gjithë vdekjeve gjithsej (20 raste). Diferenca e vdekshmërisë të fëmijëve të lindur me peshë nën 2000 gr është 304.3‰ (7 raste), kundrejt fëmijëve të lindur me peshë 2001-2500 gr, e cila është 8.55‰ (1 rast), tregon një diferencë me 35.6 herë më shumë, që mbështet tezën: sa më e vogël pesha aq më e lartë vdekshmëria.

Ndërsa lindjet me peshë nën 1500 gr (6 raste), të cilët quhen ndryshe edhe fëmijë me peshë lindje shumë të vogël (PSHVL) përbëjnë 4.26% të lindjeve me PVL ose 0.12% e të gjithë lindjeve të gjalla. Ndërsa vdekshmëria e këtij grupi është shumë e lartë (83.3%).

Siç shihet nga tabela e mësipërme VDN është në propocion të zhdrejtë me peshën e lindjes; sa më e vogël pesha, aq më e lartë VDN, tregues që është vërtetuar edhe nga autorë të vendit dhe të huaj³³, tab.1 dhe graf. 4,5.

Fëmijët e lindur prematurë e kanë vdn 33 ‰ (10 raste), rreth 15 herë më të lartë se fëmijët e lindur matur me 2.17 ‰ (10 raste), ($P<0.002$). tab.3, graf. 6.

Duke studiuar rilin që ka mosha e barrës në vdekshmëri vërejmë se sa më e vogël mosha e barrës aq më e lartë edhe vdekshmëria neonatale^{34,35,36}. Tab.2, graf.6. Në çdo 17 fëmijë të lindur gjithsej, njëri lind prematur; ndërsa për lindjet postmature kemi një rast në çdo 42 lindje gjithsej. Diferenca e vdekjeve të fëmijëve prematur (33 ‰) me ato matur (2.17 ‰) është rreth 15 herë më e lartë te fëmijët prematur; ndërsa në grupin e fëmijëve të lindur postmaturë nuk kemi asnjë rast vdekjeje. Gjithashu 50% e vdekjeve (10 raste) janë fëmijë të lindur prematurë. Tab. 3, graf. 6. Nga 303 fëmijë të lindur premature kemi 49 fëmijë të lindur me PVL që përbëjnë 16.17%, ose në cdo 6 fëmijë premature 1 do lindi me PVL.

Në fëmijët me SGA nuk kemi asnjë rast të vdekur. Ndërsa fëmijët e lindur me AGA me 4.27‰ (17 raste) dhe 8.5 herë më të lartë se fëmijët e lindur me LGA (2.01‰), $P<0.5$), tab. 4, graf. 7. Në grupin e lindjeve me SGA fëmijët e seksit femër e kanë lindshmërinë (1.78%) rreth 3 herë më të lartë se seksi mashkull (0.61%).

Ndërsa në grupin e lindjeve me LGA, seksi mashkull (25.48%) është rreth 2 herë më i lartë se seksi femër (13.53). tab. 4. graf. 7.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Shpërndarjen e lindshmërisë dhe të vdekshmërisë në lidhje me mënyrën e lindjes paraqitet në tab. 5. Ajo që bie në sy është rritja e numrit të lindjeve me seksio cezare nga viti në vit. Kjo në kurriz të lindjeve me vakum, podalik dhe të fëmijëve me LGA të shprehur shumë. Indikacione këto që në disa raste janë abuzuese, por në shumicën e rasteve mbështeten në argumente tekniko-profesionale.

Lindshmëria e fëmijëve të lindur me seksio cezare është 22.85% (1150 raste), ose një në çdo 4.5 lindje, kemi 1 lindje me ndërhyrje kirurgjikale. Tab. 5.

Vdekshmëria sipas shkakut të vdekjes dhe peshës së lindjes:

Duke studiuar tab. 6,7, dhe graf. 8,9 që paraqesin VDN sipas peshës së lindjes dhe diagnozës së vdekjes kemi këto të dhëna:

VDN është 0.39% (20 raste). VDN e fëmijëve me PVL është 5.71% (8 raste) dhe VDN e fëmijëve të lindur mbi 2001 gr është 0.24% (12 raste), ose rreth 23.32 herë më e lartë. Ka autorë që këtë shifër e japin 20 - 40 më herë shumë^{22,25,26}.

Anomalitë kongjenitale kanë një vdekshmëri 0.12% të të gjithë lindjeve të gjalla dhe përbëjnë 30% të vdekjeve (6 raste) ku të gjithë vdekjet janë fëmijë të lindur me peshë mbi 2501 gr. Vdekjet nga anomalitë kongjenitale vijnë duke rënë nga viti në vit. Kjo për sarsye të diagnostikimit të hershëm të anomalive kongjenitale nëpërmjet futjes së egzaminimeve të reja si EKO e tjerë. Ndërprerja e barrës, në rastet me anomali të papajtueshme me jetën, në muajt e parë ka bërë që lindjet me anomali të jenë më të pakta^{37,38} tab. 6.

Pathologjitë e barrë lindjes dhe të shtatzënisë, kanë një VDN 0.1% të të gjithë lindjeve të gjalla, përbëjnë 25% (5 raste) pak më e lartë se e disa autorëve të tjerë, të cilët japin shifrën deri 19%^{5,13}, (Nelson). Gjithashtu të gjitha vdekjet e këtij grupi, janë lindur me peshë mbi 2501 gr. Kjo rënie e VDN të këtij grupi është edhe si shkak i rënies së numrit të lindjeve me PVL dhe premature, të cilët e kanë patur VDN 1.76% ose rreth 8 herë më të lartë se fëmijët e lindur me peshë lindje mbi 2501 gr, të cilët e kanë vdekje 0.21%³⁹, tab. 6.

Pathologjitë e lidhura me prematuritetin e kanë vdekje 1.16% (8 raste) të të gjithë lindjeve të gjalla dhe 40% të të gjithë vdekjeve; me një tendencë rënie të theksuar në 5-vjeçarin 2012-2016 me 0.08% (2 raste), ose tre herë më pak se pesëvjeçari 2007-2011 me 0.24% (6 raste), tab. 6.

Fëmijë të lindur me peshë nën 1000 gr kemi 3 raste, të tre rastet kanë vdekur si shkak imaturitetit të thellë;

Fëmijë të lindur me peshë 1001-1500 gr kemi 3 raste, dy kanë vdekur.

Fëmijët e lindur me peshë 1501-2000 gr kemi 17 raste, nga të cilët 2 kanë vdekur.

Fëmijët e lindur me peshë 2001-2500 gr kemi 118 raste nga të cilët ka vdekur vetëm një fëmijë.

Pathologji të tjera e kanë VDN 0.02% të të gjithë lindjeve të gjalla dhe përbëjnë 5% të të gjithë vdekjeve vdekjeve (1 rast).

Ndër shkaqet e vdekjeve të fëmijëve të lindur me peshë nën 2500 gr në lindje (8 raste) janë të lidhura që të gjitha me patologji të prematuritetit.

Ndër shkaqet e vdekjeve të fëmijëve të lindur me peshë mbi 2501 gr 12 raste) janë të lidhura që



të gjitha me anomalitë kongjenitale 6 raste), patologjitë e lindjes dhe të shtatzënisë 5 raste) dhe patologjitë e tjera (1 rast).

Sa më e vogël pesha e lindjes dhe mosha e barrës, aq më e lartë edhe VDN⁴⁰.

Me rritjen e peshës së lindjes fillojnë të shtohen edhe rastet e vdekjeve nga anomalia, patologjitë e barrëlindjes, infeksionet, patologjitë specifike dhe patologjitë e tjera. Tab. 6.

Vdekshmëria sipas peshës së lindjes dhe moshës së vdekjes:

Të gjithë fëmijët e vdekur (20 raste), kanë ndodhur në javën e parë të jetës:

- në 24 orët e para janë 17 raste.
- në 1-6 ditët e para të jetës janë 3 raste; 1 rast me PVL dhe 2 raste me peshë mbi 2501 gr në lindje.

Në 24 orët e para të jetës kanë vdekur gjithsej 17 fëmijë, të cilët përbëjnë 0.34% të të gjithë lindjeve të gjalla dhe, 85 % të të gjithë vdekjeve.

1. Nga 17 vdekje në 24 orët e para të jetës kemi: Të lindur me peshë mbi 2501 gr. 4891 fëmijë dhe të vdekur 10 fëmijë.

2. Të lindur me peshë nën 2501 gr kemi 141 fëmijë dhe të vdekur 7 fëmijë të ndarë në:

- Të lindur me peshë 501-1000 gr, 3 fëmijë dhe të vdekur 3 fëmijë
- Të lindur me peshë 1001—1500 gr, kemi 3 fëmijë të vdekur 2 fëmijë,
- Të lindur me peshë 1501-2000 gr kemi 117 fëmijë dhe të vdekur 1 fëmijë.

3. Nga 3 fëmijë të vdekur në 1-6 ditë janë 3 raste të ndarë në: të lindur me PVL 1 rast (0.71%); dhe 2 raste (0.2%) të lindur me peshë mbi 2001 gr.

4. Fëmijë të vdekur mbi 6 ditë nuk kemi asnjë rast.

40% e vdekjeve e përbëjnë fëmijët me PVL (8 raste), kundrejtë 60% të vdekjeve të fëmijëve mbi 2501 gr (12 raste). Kjo ka lidhje edhe me shkakun e vdekjes, ku prematuriteti lidhet ngushtë me peshën e vogël në lindje (në shumicën e rasteve), ndërsa anomalitë dhe patologjitë lidhen ngushtë me peshën mbi 2501 gr në lindje. Tab 6,7, graf.8.9.

PËRFUNDIME

1. Shpeshtësia e lindjeve me PVL është 2.80%.

2. Vdekshmëria 0-6 ditë është 3.97%.

3. Vdekshmëria neonatale 0-1 muajsh është mesatarisht 3.97%.

4. Shkaqet e vdekjeve të fëmijëve janë si më poshtë:

- Për VDP janë patologjitë e barrës ku mbizotërojnë patologjitë e lindjes, ku një vend të rëndësishëm zënë asfiksia dhe xhirot e kordonit.
- Për vdekjet 0-6 ditë janë prematuriteti me SDRI e SMH me 40%.
- Për vdekjet 0-1 muaj janë prematuriteti me SDRI e SMH dhe patologjitë respiratore me 40%

5. Gjatë studimit arritëm në konkluzionin: Sa më e vogël pesha e lindjes së fëmijës dhe mosha e barrës, aq më e lartë është edhe vdekshmëria, fakt ky që vihet re në vdekjet 0-24 orëve të para e pas lindjes, gjatë javës së parë të jetës dhe gjatë muajit të parë të jetës; tek fëmijët me VPL dhe te fëmijët me moshë barre nën 36 javë.



REKOMANDIME

1. Të trajtohen në mënyrë sa më shkencore dhe dinamike gratë shtatzëna para dhe gjatë lindjes:
 - a. Ndjekja në dinamikë që nga tremujori i parë i shtatzënisë, sidomos për gratë që paraqesin patologji barre dhe rrezikshmëri përreth lindjes, duke realizuar të paktën një egzaminim ekografik për depistimin e hipotrofive fetale.
 - b. Funksionimi i monitorizimit të aktivitetit të lindjes.
2. Të përmirësohen kushtet për trajtimin e fëmijëve me PVL dhe prematurë: pranë fëmijës të qëndrojnë nëna, e rëndësishme kjo, sidomos për ushqyerjen me gji të fëmijës dhe për zhvillimin psikomotor të tij. Fëmija me PVL dhe prematur të dalë nga ky repart për në shtëpi pasi të ketë arritur parametrat fizik dhe klinik që lejojnë trajtimin e tij në familje, si pesha 2 kg dhe mosha e barrës 36-37 javë kronologjike.
3. Në përcaktimin e prematuritetit dhe hipotrofisë si kriter bazë duhet gjithmonë kohëzgjatja e barrës dhe pastaj lidhja e saj me peshën e lindjes, në përputhje me vlerësimet bashkëkohore.

LITERATURA

1. Avery and Taeusch. *Schaffer's Diseases of the Newborn. Fifth edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1984. Fq. 1-11*
2. Laugier J. Gold F. "Neonatologjia" Përkthyer dhe përshtatur nga E. Tushe. Tiranë. 1994, fq. 144.
3. Bekteshi S. *Pediatrics vol. I. Tiranë, 1974, fq. 210.*
4. Bulgareli R. "Puerikultura". Adaptuar nga Xh. Basha. Tiranë, 1974, fq. 22.
5. Nelson *Tekstbook of Pediatrics, W.B. Saunders Company, Toronto, eleventh edition, Toronto, 1987.*
6. Fanaroff & Martin's. *Neonatal - Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and infant. 10th edition / volume one dhe volume two. Copyright 2015 by Saunders. Fq. 2-130. Growth of Neonatal - Perinatal Medicine. Fq. 16 - 19 Epidemiologu for Neotatologists (births, infat moratlity. Fq. 227. Intrauterine Groth Restriction.*
7. Misja V. e bp. "Aspekte të dinamikës dhe të faktorëve të uljes së vdekshmërisë foshnjore në Shqipëri". Revista "Nëna dhe Fëmija". Tiranë, 1990, nr. 1, fq. 5.
8. *Medical encyclopedia. Chicago, London, Sydney, Toronto. 1991. fq. 12, 21, 29, 201,*
9. Giovanni Bucci. *Neonatologia. Verduci Editore. Ristampa 2003. Roma. Fq. 9-18. epidemiologia e valutazione delle cure perinatale. Fq. 143. Il neonate piccolo per l'eta gestazionale.*
10. Kitchen H. William e bp. "Survival Rates of infants with Birth Weights between 501-1000 gr." *AJDC Chicago, may, 1985, vol. 139, nr. 5, fq. 470.*
11. Gliozheni Orion, Kallajxhiu Fedor, Tushe Edi. *Shëndeti riprodhues. Vol II. Obstetrika – neonatologjia. Tiranë 2001*
12. Battaglia, F., and Lubschenko, L., 1967, *A practical classification of newborn Infants by weight and gestational age, J. Pediatr., 71:1S9.*
13. Kliegman Behrman, Jenson, Stanton. *Nelson textbook of pediatrics, 18th edition. 2013. Manuali Nelson i Pediatris (përkthyer në shqip).*
14. Kliegman M.R. *the hight-risk infant. Në Nelson, Textbook of Pediatrics. W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto, Montreal-Sydney-Tokyo 1996, fq. 451-452.*
15. Tushe E. "Klasifikimi i të porsalindurit. Elementet bazë në neonatologji." Bari, 75.
16. Tushe E. et bp. *E përdorim apo e keqpërdorim teknologjinë. Tiranë 2000. Fq. 7-21*
17. *Neonatology – Lange. Vlerësimi i shpejtë i moshës së barrës në sallë të lindjes.*
18. Nelson *Tekstbook of Pediatrics, W.B. Saunders Company, Toronto, eleventh edition, Toronto, 1981.*
19. *Klasifikimi ndërkombëtar i sëmundjeve, shkaqeve të vdekjeve dhe traumave.*
20. "ICD-10 – International statistical classification of diseases and related health problems", 10th revision, Volume 2 – Instruction manual, Fifth edition, WHO 2016 [ISBN 978 92 4 154916 5 (NML:classification WB 15)]
21. Pistoli Ciril. *Statistika. Tiranë 1991*
22. Bardhi Faik. *Peshat e vogla në lindje dhe rëndësia e tyre në vdekshmërinë rreth lindjes dhe në atë foshnjore të hershme të qytetit të Krujës. Disertacion. Krujë, 1996*
23. Bardhi F. "Disa të dhëna mbi zhvillimin fizik të të porsalindurve në qytetin e Krujës për vitet 1979-1982."



- Mbajtur në sesionin shkencor të spitalit Krujë. Krujë, dhjetor, 1983
24. Basha Xh. "Disa aspekte të prematuritetit në vendin tonë." Tiranë. 1970.
25. Gjylbegu Xh. "Probleme të fëmijëve me peshë të vogël në lindje në periudhën përreth lindjes." Revista "Nëna dhe Fëmija". Tiranë, 1989, nr.23, fq. 20.
26. Bardhi F. "Disa të dhëna rreth fëmijëve të lindur me peshë nën 2500 gr ". Revista "Nëna dhe Fëmija". Tiranë. 1989, nr.3, fq.28.
27. Neziri M. "Trajtimi i fëmijëve me peshë të vogël në lindje" Autoreferat, Disertacion, Peshkopi, 1989.
28. Robertson M.R. Textbook of Neonatology. Edinburg, London, NewYork, 1986, fq.4,8,109,119,239.
29. Kitchen H.William e bp. "Survival Rates of infants with Birth Weights between 501-1000 gr." AJDC Chicago, may, 1985, vol. 139, nr.5, fq 470.
30. Mishel Kirschbaun Morrow. "Year Book of obstetrics and gjinecology". Chicago, London, 1990, fq. 41.
31. Stowens D. Pediatrics Pathology. Second edition. Baltimore. 1966.
32. Oski Stockman. Year book of pediatrics, chicago, London, 1990, fq. 173.
33. Brecnom M.J." Hipotrofia fetale." Revista "Nëna dhe Fëmija". Tiranë, 1986, nr.3 fq.100.
34. Rotherham NHS Foundation Trust. Antimicrobial Policy for Neonates age 1 day to 1 month. 2013- 2015
35. Kliegman M. Robert. "Essentials of pediatrics. Second edition," W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1984, fq. 13,157.
36. Sweet R. Betty. Mayes Mid Wifery. Textbook for Midwives. Eleventh edition. London 1988. fq. 315,468.
37. Bardhi F. Keqformimet e bashkëlindura në neonatologji. Tiranë 2016
38. Smith W. David. "Recognizable paterns of human malformation". Third edition, W.B.Saunders Company, London 1982. Fq.552-590.
39. Vert P. Et Stern L. Medicine neonatale. Masson, Paris. 1985, fq. 3,45,88.
40. Pritchard A.J. Williams Obstetrics. Seventeenth edition. London 1985, fq.4,652,747,798.



SFIDAT NË DIAGNOSTIKIMIN E HERSHËM TË MELANOMËS DHE NDJEKJEN E PACIENTIT POST TRAJTIM

Prof. As. Monika FIDA

Fakulteti i Mjekësisë



Fjalë Kyçe: Melanoma, Kancer Lëkure, malinj, dermoskopi

Melanoma është kancer malinj i lëkurës që e merr origjinën nga melanocitet në lëkurë. Melanoma mund të jetë një lezion i ri “de novo” në lëkurë ose mukoza, por mund të zhvillohet dhe mbi një nevus ekzistues.

Të dhëna statistikore në botë:

Në USA llogariten rreth 200 mijë raste të reja të melanomës nga të cilat 99,700 in situ dhe 100,640 invazive. Përafërsisht 7,990 vdekje i atribuohen melanomës në USA në vitin 2024 sipas AIM Melanoma.

Po tek ne në Shqipëri? Në QSUT “Nënë Tereza” raportohen statistikatat si më poshtë:

Viti 2022 – Femra 34; Meshkuj 51; Total 85

Viti 2023 – Femra 30; Meshkuj 46; Total 76

Viti 2024 – Femra 42; Meshkuj 55; Total 97

Referuar statistikave të mëparshme vërehet një rritje e ndjeshme e prevalencës së Melanomës. Nga viti 2015-2018 ka patur **50 raste të reja** të diagnostikuara me Melanomë dhe **37% e rasteve** janë diagnostikuar në **stade të vonshme**.

Duhet të përmendim që ende ne nuk kemi një regjistër kombëtar të Melanomës ku të dhënat e publikuara të jenë të sakta dhe të përfshijnë veç rasteve të diagnostikuara në QSUT dhe rastet e diagnostikuara e trajtuara në klinika e spitale private.

Diagnostikimi i hershëm i Melanomës shoqërohet me prognozë të mirë. Kjo thekson domoshmërinë e diagnostikimit të hershëm dhe sensibilizimin e popullatës për të realizuar kontrollet periodike pranë mjekëve dermatologë.

Po si mund të diagnostikojmë Melanomën në stadet sa më të hershme (Melanome in situ)? – Kjo realizohet nëpërmjet rritjes së nivelit të edukimit të mjekëve dermatolog ose mjekëve të familjes. Gjatë edukimit pasuniversitar mjekët specializantë realizojnë një modul të dermoskopisë që është një modul ku vendosen bazat e diagnostikimit nëpërmjet dermoskopisë. Këto njohuri thellohen



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

gjatë aktiviteteve të ndryshme të edukimit në vazhdim qoftë në aktivitete shkencore brenda vendit, jashtë vendit dhe on-line. Rol të veçantë gjatë 10 viteve të fundit ka luajtur Shoqata Ndërkombëtare e Dermoskopisë IDS me programe periodike të rritjes së edukimit të mjekëve dermatologë në këtë subspecialitet.

Nga ana tjetër nëpërmjet dy shoqatave shqiptare është synuar të rritet jo vetëm niveli në diagnostikim të hershëm nga mjekët dermatologë por dhe nga mjekët e familjes të cilët janë më pranë pacientit dhe mund të diagnostikojnë në stadi sa më të hershëm Melanomën. Pacientet të cilët vizitohen pranë mjekut të familjes për të gjithë patologjitë e tjera mund të diagnostikohen duke rritur sensibilizimin e mjekëve të familjes duke patur gjithnjë parasysh kriteret klinike ABCDE të Melanomës. Këto kritere mund të aplikohen dhe nga çdo pacient i cili vëren një lezion të ri ose të mëparshëm që plotëson disa nga këto kritere:

A- **Asimetri** në ngjyrë e strukturë.

B- **Border**/ Kufinj jo të rregullt.

C- **Color**/ Ngjyra, disa ngjyra brenda lezionit.

D- **Dimensionet**/ Madhësi që rritet dhe diametri mbi 6 mm.

E- **Evolucion**/ Rritje të lezionit në kohë. Çdo ndryshim në madhësi, formë, ngjyrë ose simptomat, si: kruarje, rrjedhje gjaku apo inflamacion.

Në momentin që vërehen kriteret e mësipërme mjeku referon pacientin pranë mjekut dermatolog për diagnostikim dermoskopik dhe në varësi të këtij diagnostikimi realizohet trajtimi ose ndjekja e lezionit.

Çdo nishan i ri në moshë adulte ose një ndryshim i papritur në një nishan ekzistues është shkak për konsultim me dermatolog.

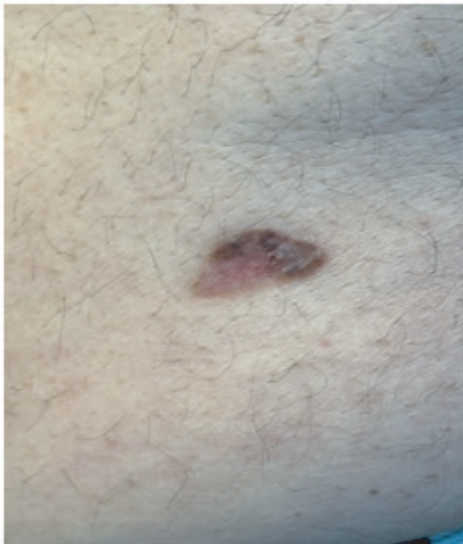
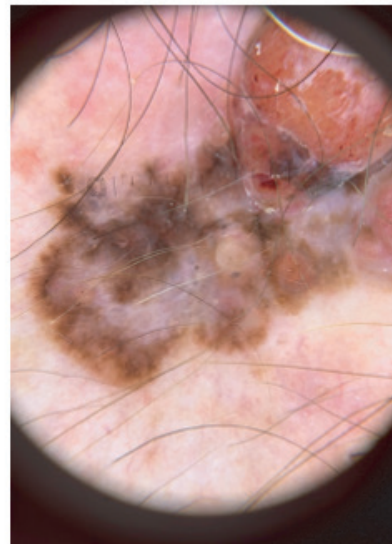


Foto 1. Pamje klinike e Melanomës



Figurë 2. Pamje dermoskopike e Melanomës

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Si vendoset diagnoza e Melanomës?

Diagnoza e melanomës vendoset përmes hapave të mëposhtëm:

- Ekzaminim klinik dhe dermatoskopi nga një dermatolog i specializuar.
- Ekcizioni i plotë i nishanit me kufij të ngushtë (1-3 mm) për ekzaminim histopatologjik.
- Histopatologjia: konfirmon nëse bëhet fjalë për melanomë, dhe jep informacione të rëndësishme si:
 - Trashësia e Breslow (thellësia e tumorit)
 - Niveli i Clark
 - Prania e ulceracionit
 - Mitozat (shkalla e shumimit të qelizave)
 - Kufinjtë kirurgjikalë.

Po biopsia e limfonodujve regjional?

Biopsia e nyjes limfatike sentinel është një procedurë për të kontrolluar nëse melanoma është përhapur përtej vendit fillestar:

- Përdoret zakonisht kur melanoma është >1 mm në trashësi ose ka karakteristika të rrezikshme.
- Me ndihmën e radioizotopeve dhe ngjyrave speciale, identifikohet nyja limfatike e parë që merret nga zona përkatëse.
- Limfonoduli hiqet dhe analizohet mikroskopikisht për qeliza malinje.
- Nëse gjenden qeliza të melanomës, kjo mund të kërkojë trajtime shtesë ose vlerësim më të thelluar.

Pra luan rol të rëndësishëm në stadifikim të Melanomës dhe pikërisht ky stadifikim është shumë i rëndësishëm për të trajtuar me efikasitet Melanomën bazuar në protokollat bashkëkohore.

Një ekcizion i dytë pas ekcizionit të parë për të thelluar kufinjtë është i domosdoshëm.

Sa i rëndësishëm është ndjekja e protokolleve pas ekcizionit të Melanomës?

Ndjekja është shumë e rëndësishme dhe përfshin:

- Vizita të rregullta tek dermatologu/onkologu sipas stadit të sëmundjes (zakonisht çdo 3–12 muaj për disa vite).
- Dermatoskopi çdo 3 muaj 5 vitet e para në varësi të stadifikimit të Melanomës.
- Kontroll i plotë i lëkurës dhe ndonjëherë imazheri (ekografi, CT, PET) për të zbuluar rikthimin ose metastazat.
- Vetë-monitorim nga pacienti për nishane të reja apo ndryshime në lëkurë.
- Zbatim i masave parandaluese: mbrojtje nga dielli, shmangia e djegieve nga dielli, edukim i pacientit dhe familjes.
- Kontrollat edhe të familjarëve është i rëndësishëm për shkak të faktorit risk- gjenetika.

• A mund të reduktohet numri i melanomave të reja dhe vdekjeve që shkaktohen prej saj?

Identifikimi i personave me risk të lartë luan rol të rëndësishëm në parandalimin e zhvillimit të melanomës ose diagnostikimin e hershëm dhe prognozë të mirë.

Faktorët e riskut të Melanomës renditen sa më poshtë; dhe njohja sa më e mirë e këtyre faktorëve luan rol nëse ne vendosim theksin të kontrollojmë pikërisht këto grup nënpopullatash;

1. Faktori gjenetik.
2. Fenotipi I, II i lëkurës (individ me lëkurë ngjyrë të çelur, flokë biond, sy të çelur, individ që digjen gjatë ekspozimit në diell).



3. Rrezatimi UV.
4. Individ që janë djegur nga ekspozimi në diell disa herë gjatë fëmijërisë.
5. Individ që kanë mbi 50 nevuse në lëkurë.
6. Individ që janë nën trajtim ose janë trajtuar me preparate me imunosupresor.
7. Individ me albinizëm.
8. Individ të diagnostikuar më parë me melanoma.

Pikërisht pacientët që kanë faktor risku sa më sipër rekomandohet të jenë sa më të kujdesshëm dhe të realizojnë kontrollet periodike pranë mjekëve dermatologë dhe dermoskopinë.

Po sa herë në vit duhet të kryhet dermoskopia?

- Dermoskopia duhet të kryhet çdo vit pranë mjekëve dermatologë. Sigurisht individët me faktor risku ose që kanë praninë e nevuseve atipik duhet të kryejnë vizita e kontrole më të shpeshta. Ndjekja në kohë e lezioneve që realizohet me dermoskopi dixhitale mundëson diagnozën sa më të hershme të Melanomës. Zbulimi dhe trajtimi i Melanomës në stadin e hershëm ul ndjeshëm shkallën e mortalitetit (Parandalimi sekondar)

Cilat janë strategjitë për kontrollin e melanomës:

Parandalimi primar UVR	Parandalim sekondar Screening / Zbulimi	Parandalim terciar Trajtimi
Parandalimi Primar: Strategjitë kombëtare për sensibilizimin e popullatës për mbrojtjen nga rrezatimi UV që në fëmijëri.	Parandalimi Sekondar: Kontrollet periodike për diagnostikimin e hershëm të Melanomës.	Parandalimi Terciari: Trajtimi sa më efikas bazuar në protokollin bashkëkohor bazuar në stadifikim të saktë.
Follow up: Ndjekja post trajtimit luan rol në diagnostikimin e melanomave të reja ose të metastazave.		

Konkluzione:

- Zbulimi dhe trajtimi i Melanomës në stadin e hershëm ul ndjeshëm shkallën e mortalitetit.
- Hartim i **fushatave sensibilizuese** të popullatës ndaj faktorëve të riskut dhe diagnostikimit të hershëm.
- **Edukim i popullatës për:**
 - vetë-ekzaminim rutinë të nishaneve
 - kontroll të nishaneve çdo vit tek mjeku dhe paraqitja menjëherë në rast të një nishani dyshues
 - Rimodelim i sjelljes së popullatës ndaj stigmës **“Mos i ngacmo nishanet”**
 - Nëse një nishan është i dyshimtë ose ndryshon duhet të mendoni **Melanomën**.

Referenca:

1. Cancer Facts and Figures 2024. American Cancer Society. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15424863>.
2. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15424863>
3. Dermatol Pract Concept. 2019 Jan; 9(1): 1–3. No One Should Die of Melanoma: Time for This Vision to Be Realized? Teresa Russo, I Aimilios Lallas, Gabriella Brancaccio.
4. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.curemelanoma.org/about-melanoma/prevention&ved=2ahUKEwi1kmQpaKNAXVX87sIHVXPG0QQFnoECBcQAQ&usq=AOvVawIzTIG90Y2_S59em0&JwhmO

RESMETIROM DHE SËMUNDJA STEATOTIKE E MËLÇISË

Dr. Oksana ALLKO

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

Abstrakt

Gjatë dekadës së fundit, ka pasur disa përditësime në udhërrëfyesit për diagnozën dhe ndjekjen e steatohepatitit jo etilik (NASH), i cili është sëmundja kronike më e zakonshme e mëlçisë që prek afërsisht një të tretën e popullsisë së botës. NASH shpesh shoqërohet me probleme të tjera shëndetësore si Hipertensioni Arterial (HTA) dhe Diabeti Mellitus tip 2 (DM Tip2). Individëve obezë me DM Tip 2 ju rekomandohet të ndryshojnë stilin e jetesës, duke synuar përmirësimin e çdo situatë kardiometabolike bashkëekzistuese dhe duke përdorur imituesit e inkretinës, si agonistët e receptorit të Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1RA) ose duke i mjekuar me sensitivizues të Insulinës si Pioglitazone.

Paralelisht, ka një interes në rritje për efikasitetin e trajtimit të NASH, bazuar në hormonet e Tiroides, duke pasur parasysh lidhjen midis çrregullimit të funksionit të tiroides dhe zhvillimit të NASH. Hormonet e tiroides ndërmjetësojnë efektet e tyre kryesisht nëpërmjet dy receptorëve, receptorit të hormoneve alfa (THR α) dhe beta (THR- β). THR- β është izoforma dominuese e receptorit në hepatocite, e cila luan një rol kritik në uljen e niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve, rritjen e sintezës së acideve biliare dhe oksidimin e yndyrnave.

Resmetirom përmirëson NASH duke rritur metabolizimin e yndyrnave hepatike dhe duke pakësuar lipotoksicitetin. Shprehja relativisht specifike e THR- β në hepar është thelbësore për uljen e niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve, rritjen e sintezës së acidit biliar dhe oksidimin e yndyrnave. Resmetirom ka afinitet të lartë hepatic, për shkak të përthithjes së tij që ndërmjetësohet nga anionet organike specifike hepatike, të cilat transportojnë polipeptidet 1B1. Resmetirom ka një selektivitet 28-herë më të lartë për THR- β ndaj THR α , duke shmangur kështu efektet e padëshiruara sistemike të lidhura me tepicën e hormoneve tiroide në kocka dhe zemër, të cilat kryesisht ndërmjetësohen nga THR α .

Në 14 Mars 2024, FDA miratoi barin Resmetirom si mjekim të parë për të sëmurët me fibrozë të mëlçisë për shkak të sëmundjes steatozike hepatike, me miratim të përsheptuar. Aktualisht është duke vazhduar studimi 54-mujor, i cili do të vlerësojë përfitimin klinik të mjekimit me këtë bar.

Hyrje

Sëmundja jo-alkoolike yndyrore e mëlçisë (NAFLD), sipas udhëzimeve amerikane për menaxhimin e saj, përkufizohet si steatozë me infiltracion yndyror $>5\%$ në imazheri ose histologji, që nuk është e shkaktuar nga alkooli, barnat apo infeksionet virale, dhe përfshin një spektër që shkon nga steatoza jo-alkoolike beninje (NAFL) deri te steatohepatiti jo-alkoolik (NASH) (1). Sëmundja jo-alkoolike yndyrore e mëlçisë (NAFLD), është sëmundja më e zakonshme kronike e mëlçisë, që prek afërsisht një të tretën e popullsisë së botës(2-4).

Individët obezë dhe ata me Diabet Mellitus të Tipit të 2-të (DM Tip 2) menaxhohen përmes



promovimit të modifikimit të stilit të jetesës, (shtimi i aktivitetit fizik, rënie në peshë, dhe përmirësimi i situatës kardiometabolike) dhe përdorimit të mimetikëve të inkretinës si agonistët e receptorëve për glukagon-like peptide-1 (GLP-1RA), ose përmes trajtimit të (DM Tip 2) me një sensitizues ndaj insulinës siç është Pioglitazoni(4).

Sa i përket GLP-1RA-ve, evidenca e re tregon se kjo klasë barnash, që është në dispozicion për të trajtuar si obezitetin ashtu edhe (DM Tip 2), përmirëson steatohepatitin, redukton rrezikun kardiovaskular, dhe është e sigurt për t'u përdorur në të gjithë spektrin e NAFLD me ose pa fibrozë, por, sipas të dhënave të deritanishme, GLP-1RA nuk lidhen me përmirësim të rëndësishëm ose përkeqësim të fibrozës(5). Për shembull, liraglutide, i miratuar nga Administrata e Ushqimit dhe Barnave (FDA) për trajtimin e obezitetit, çoi në përmirësim të NASH(6).

Përveç kësaj, janë studiuar edhe agonistë të tjerë GLP-1RA si semaglutide, tirzepatide dhe survodutide(7-10). Veçanërisht, trajtimi me semaglutide rezultoi në përmirësimin e NASH pa përkeqësim të fibrozës (59% krahasuar me 17% në grupin placebo) (11).

Në të njëjtën kohë, po rritet interesi për efikasitetin e strategjive të trajtimit të lidhura me hormonin e tiroides ndaj NAFLD, për shkak të lidhjes mes çrregullimeve të tiroides dhe zhvillimit të NAFLD(12-15). Nivelet e hormonit stimulues të tiroides (TSH) shfaqin një lidhje lineare pozitive me rrezikun e NAFLD, madje edhe në individë eutiroidë(16), ndërkohë që nivelet e T3 dhe T4 janë lidhur me një incidencë të shtuar të fibrozës së avancuar të mëlçisë tek pacientët me NAFLD të provuar me biopsi dhe me profil hormonal eutiroid(17).

Mekanizmi i Veprimit

Hormonet e tiroides ndërmjetësojnë kryesisht efektet e tyre përmes dy receptorëve: receptori i hormonit të tiroides alfa (THR- α) dhe beta (THR- β). THR- β është izoforma dominuese e receptorit në hepatocite dhe luan një rol thelbësor në uljen e niveleve të kolesterolit dhe triglicerideve, rritjen e sintezës së acideve biliare dhe oksidimin e yndyrnave(18).

Për më tepër, tiromimetikët pengojnë sekretimin e TSH-së, duke çuar në uljen e prodhimit të hormoneve të tiroides(19, 20). Për shembull, trajtimi me Resmetirom, një substancë orale aktive hepatotrope që aktivizon selektivisht THR- β , ul nivelet e T4 të lirë me afërsisht 16–19% pa ndikuar në nivelet e tiotropinës ose të hormonit aktiv të tiroides, triiodotironinë (T3) e lirë(21).

Si rezultat, tiromimetikët ulin nivelet e hormoneve të tiroides, por duke vepruar në inde të caktuara periferike, përmirësojnë metabolizmin e lipideve të mëlçisë(22). Kështu, agonistët e THR- β , të cilët veprojnë përmes stimulimit të β -oksidimit në mitokondritë hepatike, reduktimit të prodhimit dhe sekretimit të lipoproteinave me densitet shumë të ulët (VLDL), përthithjes dhe sintezës së acideve yndyrore të lira (FFA), si dhe rritjes së shprehjes së receptorit LDL në mëlçi, përbëjnë një qasje thelbësore për zhvillimin e barnave për trajtimin e dislipidemisë, obezitetit dhe steatozës hepatike.

Është me rëndësi të theksohet se agonistët e THR- β shfaqin efekte minimale në inde të tjera, gjë që vërehet me agonistët e THR- α (22-24). Resmetirom tregon një selektivitet 28-herë më të madh për THR- β sesa për THR- α , duke shmangur kështu potencialisht efektet sistemike të padëshiruara të



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

lidhura me tepricën e hormoneve të tiroides në kocka dhe zemër, të cilat ndërmjetësohen kryesisht nga THR- α .

Efektet e Resmetirom në NASH

Studime të ndryshme nga Harrison et al., të fazës së II-të, III-të dhe gjithashtu MAESTRO-NAFLD-1, treguan se trajtimi me Resmetirom, pavarësisht përqindjeve të ndryshme, por me një qëndrueshmëri në rezultate, uli nivelin e kolesterolit LDL (LDL-C), apolipoproteinës B, apolipoproteinës C-III dhe triglicerideve, ngurtësisë së mëlçisë krahasuar me vlerat fillestare të studimit(25-27). Gjithashtu u vlerësuan edhe nivelet e enzimave hepatike, ku u vu re një rënie me kalimin e kohës: ALT u ul me 23.3%, ndërsa GGT me 24.4%. Kjo u shoqërua me një rritje të nivelit të globulinës lidhëse të hormoneve seksuale (SHBG), që besohet të jetë një biomarker i aktivitetit të Resmetirom(25).

U vu re gjithashtu një tjetër parametër: propeptidi terminal N i kolagjenit të tipit III (PRO-C3), i konsideruar si biomarker për regresin e fibrozës hepatike. Vlerësimi fillestar tregoi një rritje të nivelit të C3M, që sinjalizonte regres të fibrozës, ndërsa në grupin placebo nuk kishte ndryshime domethënëse. Adiponektina, një tjetër biomarker potencial i fibrozës së mëlçisë, gjithashtu u ul.

Në këto studime u krahasuan gjithashtu edhe efektet dozë vartëse të Resmetiromit, ku u vërejt se doza më e lartë 100 mg rezultoi në përmirësim më të madh të parametrave të sipërpërmendur, krahasuar me atë 80 mg.

Efektet e padëshiruara dhe Siguria e Resmetirom

Prova e fazës II nga Harrison et al. në vitin 2021 tregoi se grupi i trajtuar me Resmetirom nuk pati efekte anësore serioze. Në fakt, vetëm 18 nga 31 individët në krahun e trajtimit (58% në grupin me Resmetirom kundrejt 68% në grupin placebo) raportuan ngjarje të lehta (26%) deri në të moderuara (32%). Rreth 10% e pacientëve raportuan diarrenë si ankesën më të shpeshtë, e ndjekur nga dhimbja e kokës, infeksionet e traktit urinar dhe marramendja — duke sugjeruar një profil më të favorshëm të efekteve anësore me Resmetirom(25).

Për më tepër, pacientët në krahun e trajtimit nuk shfaqën rritje të enzimave hepatike, ndërsa rreth 19% e atyre në grupin placebo kishin rritje të enzimave (ALT dhe GGT ishin pesë herë mbi kufirin normal në 7% dhe 12% të individëve përkatësisht).

Në provën MAESTRO-NAFLD, nuk u vërejt ndonjë lidhje statistikisht e rëndësishme midis përdorimit të Resmetirom dhe incidencës së efekteve anësore krahasuar me placebon. Rreth 20% e efekteve të raportuara lidheshin me pneumoninë nga COVID-19. Megjithatë, grupet me Resmetirom përjetuan më shpesh efekte anësore si diarre dhe të përziera sesa grupet me placebo (23.5–32.2% për Resmetirom kundrejt 13.8% për placebo për diarrenë; 11.9–18.2% kundrejt 7.9% për të përzierat), sidomos gjatë 12 javëve të para të trajtimit(27).

Pas javës së 12-të, incidenca e këtyre efekteve u bë e ngjashme me atë të placebos. Kohëzgjatja mesatare e diarreve ishte 15–20 ditë dhe nuk ishte e varur nga doza. Rreth 50% e rasteve të diarresë ishin episode të vetme, ndërprerje e përkohshme ose përkeqësim i diarresë ekzistuese.



Kjo tregon se profili i efekteve anësore të Resmetirom është i favorshëm dhe i krahasueshëm me atë të placebo(27).

Me gjithë rezultatet e mësipërme, Hepatotoksiciteti është një situatë e padëshiruar dhe serioze, e raportuar në një pacient. Pas ndërprerjes dhe rifillimit të Resmetiromit, u vërejt rritje 58 herë mbi nivelin maksimal të references për ALT, 66 herë për AST, dhe 15 herë për Bilirubinën Totale. Pas ndërprerjes së Resmetirom, vlerat e sipërpërmendura u normalizuan pa patur nevojë për trajtim terapeutik(28).

Studimet gjithashtu raportuan edhe efekte anësore të lidhura me Kolecistën dhe rrugët biliare, si p.sh.: Kolecistiti Akut, Kalkuloza e Kolecistës, dhe Pankreatit Biliar. Nëse hasen situata të tilla, rekomandohet ndërprerja e mjekimit deri në zgjidhjen e problemit(28).

Miratimi i Rezdiffra (Resmetirom) nga FDA

Në 14 Mars 2024, FDA miraton Resmetirom-in si trajtimin e parë dhe të vetmin për pacientët me fibrozë të mëlçisë për shkak të sëmundjes steatozike hepatike, me një procedurë të miratimit të përsheptuar. Aktualisht është duke vazhduar Studimi 54-mujor, i cili do të vlerësojë përfitimin klinik pas 54 muajve të trajtimit me Resmetirom.

Referencat

1. Edmison J, McCullough AJ: Pathogenesis of non-alcoholic steatohepatitis: human data. *Clin Liver Dis.* 2007; 11:75-104, ix. [10.1016/j.cld.2007.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cld.2007.02.011)
2. Katsiki N, Gastaldelli A, Mikhailidis DP. Predictive models with the use of omics and supervised machine learning to diagnose non-alcoholic fatty liver disease: a “non-invasive alternative” to liver biopsy? *Metabolism* 2019;101. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2019.154010>.
3. Polyzos SA, Mantzoros CS. Necessity for timely noninvasive diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease. *Metabolism* 2014;63:161–7. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2013.10.010>.
4. Kokkorakis M, Boutari C, Katsiki N, Mantzoros CS. From non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) to steatotic liver disease (SLD): an ongoing journey towards refining the terminology for this prevalent metabolic condition and unmet clinical need. *Metabolism* 2023;147:155664. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2023.155664>.
5. Mantovani A, Petracca G, Beatrice G, Csermely A, Lonardo A, Targher G. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists for treatment of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Metabolites* 2021;11:73. <https://doi.org/10.3390/METABO11020073>.
6. Armstrong MJ, Gaunt P, Aithal GP. Liraglutide safety and efficacy in patients with non-alcoholic steatohepatitis (LEAN): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet* 2016;387:679–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00803-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00803-X).
7. Aggarwal S, Bansal S, Aggarwal G. Effects of semaglutide on metabolic syndrome parameters in non-diabetics: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Metabolism* 2023;142:155462. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155462>.
8. Alabduljabbar K, le Roux CW. Pharmacotherapy before and after bariatric surgery. *Metabolism* 2023;148. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2023.155692>.
9. Tsilingiris D, Kokkinos A. Advances in obesity pharmacotherapy; learning from metabolic surgery and beyond. *Metab - Clin Exp* 2024;151:155741. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2023.155741>.
10. Chakhtoura M, Mantzoros CS. Advances in physiology, design and development of novel medications changing the landscape of obesity pharmacotherapy. *Metabolism* 2023;142. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2023.155531>.
11. Newsome PN, Buchholtz K, Cusi K, Linder M, Okanoue T, Ratziu V, et al. A placebo-controlled trial of subcutaneous semaglutide in nonalcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2021;384:1113–24. https://doi.org/10.1056/NEJMOA2028395/SUPPL_FILE/NEJMOA2028395_DATA-SHARING.PDF.
12. Labenz C, Kostev K, Armandi A, Galle PR, Schattenberg JM. Impact of thyroid disorders on the incidence



- of non-alcoholic fatty liver disease in Germany. *United Eur Gastroenterol J* 2021;9:829–36. <https://doi.org/10.1002/UEG2.12124>.
13. Negi CK, Babica P, Bajard L, Bienertova-Vasku J, Tarantino G. Insights into the molecular targets and emerging pharmacotherapeutic interventions for nonalco fatty liver disease. *Metab - Clin Exp* 2022;126:154925. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2021.154925>.
 14. Kouvari M, Valenzuela-Vallejo L, Axaroglou E, Verrastro O, Papatheodoridis G, Mingrone G, et al. Thyroid function, adipokines and mitokines in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis: a multi-centre biopsy-based observational study. *Liver Int* 2024;44. <https://doi.org/10.1111/LIV.15847>.
 15. Yan M, Man S, Ma L, Gao W. Comprehensive molecular mechanisms and clinical therapy in nonalcoholic steatohepatitis: an overview and current perspectives. *Metabolism* 2022;134. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2022.155264>.
 16. Bano A, Chaker L, Plompen EPC, Hofman A, Dehghan A, Franco OH, et al. Thyroid function and the risk of nonalcoholic fatty liver disease: the Rotterdam Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:3204–11. <https://doi.org/10.1210/JC.2016-1300>.
 17. Li R, Zhou L, Chen C, Han X, Gao M, Cheng X, Li J. Sensitivity to thyroid hormones is associated with advanced fibrosis in euthyroid patients with non-alcoholic fatty liver disease: a cross-sectional study. *Dig Liver Dis* 2023;55(2):254–61. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2022.06.021>. PMID: 35853822.
 18. Sinha RA, Bruinstroop E, Singh BK, Yen PM. Nonalcoholic fatty liver disease and hypercholesterolemia: roles of thyroid hormones, metabolites, and agonists. *Thyroid* 2019;29:1173–91. <https://doi.org/10.1089/THY.2018.0664>.
 19. Coppola M, Glinni D, Moreno M, Cioffi F, Silvestri E, Goglia F. Thyroid hormone analogues and derivatives: actions in fatty liver. *World J Hepatol* 2014;6:114–29. <https://doi.org/10.4254/wjh.v6.i3.114>.
 20. Angelin B, Rudling M. Lipid lowering with thyroid hormone and thyromimetics. *Curr Opin Lipidol* 2010;21:499–506. <https://doi.org/10.1097/MOL.0b013e3283402e9c>.
 21. Harrison SA, Bedossa P, Guy CD, Schattenberg JM, Loomba R, Taub R, et al. A phase 3, randomized, controlled trial of Resmetirom in NASH with liver fibrosis. *N Engl J Med* 2024;390:497–509. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA2309000>.
 22. Angelin B, Rudling M. Lipid lowering with thyroid hormone and thyromimetics. *Curr Opin Lipidol* 2010;21:499–506. <https://doi.org/10.1097/MOL.0b013e3283402e9c>.
 23. Freitas FRS, Moriscot AS, Jorgetti V, Soares AG, Passarelli M, Scanlan TS, et al. Spared bone mass in rats treated with thyroid hormone receptor TR β -selective compound GC-1. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2003;285:1135–41. <https://doi.org/10.1152/AJPENDO.00506.2002/ASSET/IMAGES/LARGE/H1131490103.JPEG>.
 24. Ladenson PW, Kristensen JD, Ridgway EC, Olsson AG, Carlsson B, Klein I, et al. Use of the thyroid hormone analogue eprotirome in statin-treated dyslipidemia. *N Engl J Med* 2010;362:906–16. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA0905633>. PMID: 20220185.
 25. Harrison SA, Bashir M, Moussa SE, McCarty K, Frias JP, Taub R, Alkhouri N. Effects of Resmetirom on noninvasive endpoints in a 36-week phase 2 active treatment extension study in patients with NASH. *Hepatol Commun*. 2021 Apr;5(4):573–88. doi:10.1002/hep4.1657
 26. Harrison SA, Taub R, Neff GW, et al. Resmetirom for nonalcoholic fatty liver disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Nat Med*. 2023;29:2919–28. doi:10.1038/s41591-023-02603-1
 27. Harrison SA, Bedossa P, Guy CD, Schattenberg JM, Loomba R, Taub R, et al. A phase 3, randomized, controlled trial of Resmetirom in NASH with liver fibrosis. *N Engl J Med*. 2024 Feb 8;390(6):497–509. doi:10.1056/NEJMOA2309000. PMID: 38324483
 28. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury (Internet). Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012–. Resmetirom (updated 2024 Apr 20; cited 2025 May 14). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603251/>



NDIKIMI I BAKTERIOSPERMISË DHE LEUKOCITOSPERMËS NË PARAMETRAT E SPERMËS: NJË VËZHGIM KLINIKO-ANDROLOGJIK

Dr. Evin DANI

Androlog dhe specialist i fertilitetit mashkullor

Hyrje

Infertiliteti mashkullor përbën një sfidë të rëndësishme si në aspektin shëndetësor, ashtu edhe në atë social, duke ndikuar rreth 7–10% të meshkujve në moshë riprodhuese. Në më shumë se 40% të rasteve të infertilitetit të çifteve, mashkulli është përgjegjës i vetëm ose kontribuon së bashku me partneren në pamundësinë për të arritur një shtatzëni të suksesshme. Megjithatë vlerësimi i fertilitetit mashkullor bazohet kryesisht në analizën konvencionale të spermës si: përqendrimi, lëvizshmëria dhe morfologjia e spermatozoidëve ky vlerësim shpesh nuk është i mjaftueshëm për të identifikuar të gjitha shkaqet e mundshme që ndikojnë në cilësinë e ejakulatit dhe në kapacitetin fertil.

Për fat të keq, testimet shtesë me natyrë mikrobiologjike dhe imunologjike shpesh neglizhohen në praktikën klinike të përditshme, duke kufizuar diagnostikimin e saktë dhe duke çuar në trajtime të papërshtatshme ose të paefektshme. Në përvojën klinike si mjek androlog, kam evidentuar një numër të konsiderueshëm rastesh ku infertiliteti nuk mund të shpjegohej me çrregullime hormonale, anatomike apo gjenetike. Megjithatë, pas një qasjeje të thelluar diagnostike, është konstatuar prania e baktereve në spermë (bakteriospermia) ose një numër i shtuar i leukociteve në ejakulat (leukocitospermia), fenomene këto që shpeshherë mbeten jashtë vëmendjes.

Bakteriospermia dhe leukocitospermia janë dy komponentë të rëndësishëm që mund të ndikojnë negativisht në parametrat seminale dhe të kontribuojnë në infertilitetin mashkullor nëpërmjet mekanizmave si: stresi oksidativ, dëmtimi i membranës së spermatozoidëve dhe ndërprerja e funksioneve normale të tyre. Këto dukuri jo vetëm që e komprometojnë potencialin fertil, por gjithashtu mund të jenë shenjë e një patologjie më të thellë infeksioze ose inflamatore që kërkon trajtim të posaçëm.

Ky artikull ka për qëllim të shqyrtojë ndikimin klinik të bakteriospermisë dhe leukocitospermisë në infertilitetin mashkullor, nëpërmjet paraqitjes së një rasti konkret klinik si dhe analizës së literaturës më të fundit shkencore në këtë fushë. Nëpërmjet kësaj analize, synohet të rritet ndërgjegjësimi për rëndësinë e një vlerësimi më të plotë të pacientëve me infertilitet dhe nevoja për protokolle diagnostike që përfshijnë komponentët infeksiozë e inflamatorë në analizat standarde.

Paraqitja e rastit klinik

Një pacient 34-vjeçar paraqitet në klinikën time për vlerësim të fertilitetit. I martuar prej 3 vitesh, pa histori sëmundjesh kronike, dhe me partnere (27 vjeç) me ekografi dhe analizë hormonale normale. Pacienti nuk kishte simptoma të infeksioneve urinare, nuk raportonte dhimbje gjatë urinimit, ejakulimit, as ndonjë sekrecion të pazakontë.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Analiza fillestare e spermës tregoi:

- Vëllimi: 3.2 ml
- Koncentrimi i spermatozoideve: 12 milion/ml (oligospermi)
- Lëvizshmëria progresive: 26% (astenospermi)
- Morfologji normale: 2% (teratospermi)

Këto të dhëna treguan qartë një rast të oligoasthenoteratospermisë. U vendos të realizohej kultura e ejakulatit dhe vlerësimi i leukociteve.

Rezultatet mikroskopike dhe mikrobiologjike:

- Prani e “Escherichia coli” $> 10^4$ CFU/ml
- Leukocite: 1.3 milion/ml (leukocitospermi)

Infertiliteti mashkullor është një çështje e rëndësishme në mjekësinë riprodhuese, dhe një nga shkaqet më të zakonshme të tij janë çrregullimet në cilësinë e spermës. Ky rast klinik fokusohet në një pacient 34-vjeçar, i cili ka infertilitet primar dhe është diagnostikuar me oligoasthenoteratospermi (OAT), një çrregullim i cili karakterizohet nga një ulje e numrit, lëvizshmërisë dhe morfologjisë së spermatozoideve. OAT është një gjendje që ndikon negativisht në aftësinë e mashkullit për të pasur fëmijë, pasi parametrat e spermës janë dukshëm të ulur dhe nuk përputhen me standardet e përcaktuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO). Për të dhënë një shembull konkret, përqendrimi i spermës ishte nën 12 milion/ml, lëvizshmëria progresive ishte më pak se 26%, dhe morfologjia normale ishte më e ulët se 2%.

Pas analizave të mëtejshme, një faktor tjetër i rëndësishëm që u zbulua ishte prania e leukocitospermisë në ejakulat, që do të thotë se ka një numër të lartë leukocitësh në spermë (1.3 milion/ml). Leukocitet janë qeliza të sistemit imunitar që mund të tregojnë prani të inflamacionit ose infeksionit. Kjo është një shenjë e rëndësishme për mjekët andrologë, pasi inflamacioni kronik ose infeksionet mund të ndikojnë negativisht në cilësinë e spermës. Për më tepër, u zbuluan gjithashtu baktere, përkatësisht Escherichia coli (E. coli), me një ngarkesë bakteriale të lartë ($> 10^4$ CFU/ml) në ejakulat. Kjo është një gjetje që kërkon vëmendje të veçantë pasi E. coli është një nga bakteret më të zakonshme që shkakton infeksione të traktit urinar dhe gjenital, duke ndikuar gjithashtu në cilësinë e spermës.

Ndikimi i Leukocitospermisë dhe Bakteriospermisë në Fertilitetin Mashkullor

Leukocitospermia dhe bakteriospermia janë dy fenomene të rëndësishme që mund të ndikojnë ndjeshëm në fertilitetin mashkullor. Leukocitospermia është një tregues i pranisë së inflamacionit të traktit gjenital mashkullor dhe mund të ndodhi për shkak të infeksioneve kronike, si prostatiti bakterial ose infeksionet e vezikulave seminale. Leukocitet që ndodhen në ejakulat çlirojnë radikale të lira oksigjeni (ROS), të cilat janë një prej mekanizmave kryesorë të stresit oksidativ. Stresi oksidativ dëmton membranat qelizore të spermatozoideve dhe ADN-në e tyre, duke shkaktuar çrregullime të ndryshme në lëvizshmëri, morfologji dhe integritetin gjenetik të spermës. Ky dëmtim i ADN-së është një nga shkaqet kryesore të problemeve me fekondimin, sepse ndikon në aftësinë e spermës për të depërtuar në vezë dhe për të realizuar fekondimin.

Përveç leukocitospermisë, bakteriospermia është gjithashtu një faktor i rëndësishëm që mund të ndikojë në cilësinë e spermës. Bakteret që gjenden në ejakulat mund të prodhojnë toksina që



dëmtojnë spermatozoidet dhe reduktojnë lëvizshmërinë e tyre, e cila është një nga parametrat kryesorë për fertilitetin mashkullor. Për shembull: E. coli është një bakter që prodhon faktorë antilëvizshmëri, të cilët dëmtojnë funksionin e spermës duke interferuar me citoskeletin dhe strukturën e saj. Kjo ndërhyrje ka pasoja të drejtpërdrejta në aftësinë e spermës për t'u lëvizur nëpër kanalet riprodhuese dhe për të arritur tek vezorja për fekondim.

Përqendrimi në Trajtim dhe Monitorim

Në rastin e këtij pacienti, trajtimi i nevojshëm duhet të fokusohet në eliminimin e infeksionit të pranishëm me antibiotikë të përshtatshëm, që duhet të zgjidhen bazuar në një antibiogramë. Për të trajtuar stresin oksidativ dhe për të përmirësuar cilësinë e spermës, mund të përdoren antioksidantë. Këto trajtime janë të rëndësishme për të përmirësuar parametrat e spermës dhe për të mundësuar shtatzëninë. Pasi të fillohet trajtimi, është e nevojshme të bëhen analiza të përsëritura të spermës për të vlerësuar progresin dhe për të përcaktuar hapat e mëtejshëm të nevojshëm.

Në përfundim, ky rast thekson rëndësinë e vlerësimit të duhur të mikrobëve dhe inflamacionit në ejakulat si një pjesë të rëndësishme të diagnostikimit dhe trajtimit të infertilitetit mashkullor. Përdorimi i analizave të plota dhe një trajtim i përshtatshëm i baktereve dhe leukociteve mund të ndihmojnë në përmirësimin e cilësisë së spermës dhe rritjen e mundësive për shtatzëninë në çiftet që kërkojnë të kenë një fëmijë. Shumë studime e vërtetojnë se këto komponentë mikrobiologjikë dhe inflamatorë janë të lidhura ngushtë me parametrat e spermës dhe fertilitetin mashkullor, ndaj duhet t'i kushtohet vëmendje e veçantë vlerësimit të tyre.

Trajtimi dhe ndjekja

U vendos trajtim me antibiotik sipas antibiogramës (Ciprofloxacin 500 mg, 2 herë në ditë, për 14 ditë), dhe u shtua suplement antioksidant (vitamina C, E dhe koenzima Q10). Pas 12 javësh, u krye një analizë e re e spermës:

- Koncentrimi: 26 milion/ml
- Lëvizshmëria: 46%
- Morfologjia: 4% forma normale
- Leukocitet dhe kultura: negative

Përmirësimi i dukshëm mbështet lidhjen mes infeksioneve subklinike dhe parametrave të ulura të spermës.

Konkluzion

Ky rast klinik tregon se bakteriospermia dhe leukocitospermia, edhe në mungesë simptomash klinike, janë faktorë të rëndësishëm në vlerësimin e infertilitetit mashkullor. Diagnostikimi dhe trajtimi i hershëm mund të sjellë përmirësim të parametrave seminalë dhe rritje të potencialit riprodhues.

Rekomandohet:

1. Testimi rutinë i spermës për leukocite dhe bakterie te meshkujt infertilë.
2. Trajtimi me antibiotikë dhe antioksidantë në rastet me infeksione të identifikuara.
3. Rishikimi i parametrave pas ciklit të spermatogenezës (3 muaj).



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Bibliografi

1. Ahmad G, Moinard V, Eskenazi B, Varma R. (2012). *The incidence and effect of bacteriospermia and elevated seminal leukocytes on semen parameters. Fertility and Sterility*, [https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.016] (https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.01.016)
2. Ochsendorf FR. (2008). *Infections in the male genital tract and reactive oxygen species. Human Reproduction Update*, 14(5).
3. World Health Organization. (2010). *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen (5th ed.)*.
4. Saleh RA, Agarwal A, Sharma RK, Said TM, Sikka SC, Thomas AJ. (2002). *Evaluation of nuclear DNA damage in spermatozoa from infertile men with varicocele and leukocytospermia. Fertility and Sterility*, 78(1).





Dr. Spiro (Pirro) LEKA

1956 – 2025

Më 4 Janar 2025 Berati dhe beratasit përjetuan një lajm të kobshëm dhe pikëllues! Në orët e para të mëngjesit është ndarë nga jeta në mënyrë të papritur Dr. Spiro Leka (Pirro). Dr. Pirro Leka ishte kirurgu i talentuar që shërbeu mbi 40 vjet në Spitalin Rajonal të Beratit.

Dr. Pirro lindi më 2 Mars 1956 në qytetin e Beratit. Pasi kreu me sukses shkollën e mesme “Bab Dud Karbunara” në qytetin e lindjes, dhe më pas në vitin 1977 filloi studimet e larta pranë Fakultetit të Mjekësisë, të

cilin e përfundoi në vitin 1982 me rezultate shumë të mira. Pas diplomimit si Mjek i Përgjithshëm, punoi 1 vit në Qendrën Shëndetësore të Poshnjës. Më pas në vitin 1983 vijoi specializimin në degën e Kirurgjisë së Përgjithshme, të cilin e përfundoi në vitin 1986. Pas specializimit dr. Pirro filloi punë në Spitalin e Beratit.

Dr. Pirro ishte një humanist i rrallë, i papërtuar, i gjendshëm në çdo kohë pranë pacientëve dhe një njeri me zemër të madhe. E gjithë jeta e tij 69 vjeçare ishte punë dhe vetëm punë! Adresa e tij ishte Shtëpi - Spital! Ai ka qenë garancia e sigurtë e Repartit të Kirurgjisë, pasi pavarsisht prezencës së mjekëve të tjerë, gatishmëria e përhershme ka qenë dr. Pirro!

Ajo që e dallonte dr. Pirron ishte korrektesa shembullore, shërbimi pa orar, meraku për ecurinë e shëndetit të pacientëve edhe pas daljes nga spitali; si dhe përkujdesja që bënte për të qenë perfekt në gjithë qenien e tij.

Dr. Pirro ishte një intelektual i spikatur i qytetit të Beratit, një zë kuvarajoz dhe një profesionist që bënte diferencën mes kolegëve... Janë me mijëra pacientë që kërkonin të operoheshin nga dr. Pirro, sepse kishin shpresë dhe besim absolut tek ai.

Dr. Pirro ishte i lidhur shpirtërisht me Beratin dhe ndiqte me shumë interes çdo projekt dhe ndryshim të qytetit. Dr. Pirro nuk njihte “protokoll” për të takuar çdo autoritet publik ministra e kryeministra që vinin në Berat, të cilëve u kërkonte të bënin diçka për Beratin.

Dr. Pirro do të mbahet mend jo vetë si një profesionist që dha shumë në fushën e kirurgjisë, por edhe si një intelektual, njeri kurajoz e me zemër të madhe që ka mbështetur e inkurajuar shumë bluza të bardha në karrierën e tyre si një model frymëzimi për kolegët, miqtë dhe të gjithë ata që patën fatin ta njohin.

Ndarja nga jeta e dr. Pirros, është humbje e pa zëvendësueshme për familjen dhe dy fëmijet, është mungesë e pa kompensueshme për mjekësinë dhe Spitalin Rajonal të Beratit; dhe një ikje shokuese që ka trishtuar Beratin, miqtë dhe gjithë pacientët që gëzojnë jetën falë profesionalizmit, përkujdesjes dhe humanizmit të Tij!

Shpirti i tij të prehet në paqe!

I paharruar do të jetë kujtimi i Tij!

Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH





Dr. Tahir SHAZIVARI

1952 – 2025

Është ndarë nga jeta në moshën 72 vjeçare Dr. Tahir Shazivari, duke lënë pas një përvojë të gjatë në fushën e Obstetrik - Gjinekologjisë.

Doktori i cili ka asistuar në sa e sa lindje dhe pritje të jetëve të reja, sot nuk është më mes nesh.

Dr. Tahir Shazivari, u lind në vitin 1952 në qytetin e Durrësit.

Përfundoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë në vitin 1977 si Mjek i Përgjithshëm, duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera. Më pas punoi disa vite në rrethin e Pukës.

Pas kryerjes së specializimit në shërbimin e Obstetrikë - Gjinekologjisë në vitin 1986, ai filloi të punonte në spitalin e Durrësit si mjek specialist deri sa doli në pension.

Dr. Tahir Shazivari gjatë gjithë karrierës së tij tregoi profesionalizëm, kulturë, korrektësi, qytetari dhe vlera e virtyte humane që konfiguruan tek secili mjekun e besuar dhe shumë të dashur për çdo pacient.

Ai do mbahet mend nga gjithë kolegët e pacientët si një mjek i përkushtuar; koleg që kurrë nuk diti me prish qejf me njeri, ashtu siç ishte i thjeshtë, fjalë pak e punë shumë, i dashur me të gjithë.

Urdhri i Mjekut Durrës i shpreh ngushëllimet më të sinqerta familjarëve të tij dhe të gjithë kolegëve!

Lamtumirë doktor Tahir Shazivari!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH





Prof. Dr. Abdi BALA **1937 – 2025**

Më dt. 25 Janar 2025 u nda nga jeta, në moshën 88 vjeçare, Prof. Dr. Abdi Bala, një figurë e shquar e Mjekësisë Shqiptare.

Pas përfundimit të studimeve në Fakultetin e Mjekësisë, Tiranë, në vitin 1963, Prof. Bala nisi karrierën si Kirurg i Përgjithshëm dhe më pas si Pedagog në Katedrën e Kirurgjisë së Përgjithshme.

Në vitin 1971, Prof. Bala u specializua në Paris për Kirurgji Vaskulare, duke themeluar më vonë Shërbimin e parë të

Kirurgjisë Vaskulare në Shqipëri, një arritje historike për vendin tonë.

Me përkushtimin dhe duart e tij të arta, Prof. Bala realizoi dhjetëra ndërhyrje të suksesshme, shumë prej të cilave për herë të parë në Shqipëri.

Përveç kontributit si kirurg, Prof. Bala ishte autor i teksteve mësimore dhe artikujve shkencorë të publikuar brenda dhe jashtë vendit, duke u vlerësuar me titujt “Docent” dhe “Profesor i Asociuar.”

Prof. Bala vazhdoi të perfeksionohej në klinika prestigjioze të Evropës dhe ishte një pionier i metodave moderne në angiokirurgji, duke lënë gjurmë të pashlyeshme në këtë fushë.

Me largimin e tij, Mjekësia Shqiptare humbi një personalitet të jashtëzakonshëm, një pedagog të përkushtuar dhe një profesionist të rrallë.

Kolegët i shprehin ngushëllimet më të sinqerta familjes për humbjen e një babai të dashur dhe shembullor.

Do të të kujtojmë gjithmonë me respekt dhe mirënjohje për gjithçka që ke bërë për mjekësinë dhe shoqërinë shqiptare

Prehu në paqe, Profesor!

I paharruar do jetë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Piro DHONO
1942 – 2025

Më 5 Janar 2025 u nda nga jeta në moshën 83 vjeçare dr. Piro Dhono.

Dr. Piro lindi në fshatin Lëngëz të Kolonjës në vitin 1942. Arsimin fillor e kreu në fshatin e lindjes dhe shtatëvjeçaren në Ersekë.

Në vitet 1958-1962 ndoqi Teknikumin Mjekësor në Tiranë, të cilin e mbaroi me rezultate të larta; dhe ruajti kujtimet më të dashura për pedagogët dhe shokët e teknikumit.

Në vitet 1962-1967, dr. Piro ndoqi studimet në Univwersitetin e Tiranës në Fakultetin e Mjekësisë, të cilat i përfundoi me rezultate të larta.

Ishin vitet kur në Ersekë po ndërtohej spitali i ri, i cili do plotësohej me staf specialistësh, dhe dr. Pirua ishte mjeku i parë që u dëgua specializim. Dr. Piro kreu specializimin në Radiologji me shumë përkushtim nën kujdesin dhe dashurinë e Profesorit të famshëm Dr. Petrit Selenicës.

Me energji rinore dhe përkushtim human, dr. Piro punoi në Spitalin e Ersekës bashkë me një staf mjekësh që e bënë këtë spital nga më të dalluarin në rrethet e kategorisë së tretë.

Në vitin 1985 dr. Piro transferohet në qytetin e Korçës, ku punoi në Poliklinikën Qëndrore, deri sa doli në pension.

Dr. Piro ka kryer me mijëra egzaminime radiologjike, ku dhe rrezatimi në heshtje i dëmtoi sistemin limfocitar, që do të bëhej shkak edhe për largimin e tij në Amerikë dhe Kanada tek vajzat, ku edhe ndërroi jetë.

Dr. Piro do kujtohet si mjek i aftë, human, i dashur me shokët dhe pacientët; bashkëshort, prind e gjysh shembullor.

I paharruar do jetë kujtimi i Tij!

Dr. Dhimitër Gjergo, Dr. Piro Peço, Dr. Engjëll Gusho, Dr. Fluturak Lamçe, Dr. Ilkë Pacani
Këshilli Rajonal Korçë, UMSH





Dr. Shefqet MALOLLARI
1944 – 2025

Është ndarë nga jeta në datë 1 Shkurt 2025 mjeku okulist Dr. Shefqet Malollari.

Dr. Shefqeti lindi në 7 Korrik 1944 në Korçë.

Pas mbarimit të Shkollës së Mesme në vitin 1962, dr. Shefqeti filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilin e mbaroi në vitin 1967 dhe diplomohet Mjek i Përgjithshëm.

Në vitet 1968 - 1975 dr. Shefqeti shërbeu si mjek në një nga zonat më të thella e të vështira të Korçës në Lekas. Ai punoi me korrektësi e kompetencë duke ju përgjigjur të gjitha aspekteve të punës që përballonin atëherë mjekët e zonave të thella.

Në vitet 1975-1977 dr. Shefqeti shkoi për specializim për Mjek Okulist pranë Klinikës Okulstike Universitare Spitali Nr 1 Tiranë.

Pas mbarimit të specializimit në vitet 1977 - 2006 dr. Shefqeti punoi në spitalin Korçës me një korrektesi shembullore duke iu përgjigjur të gjitha patologjive të çfarë do natyre, si ditën dhe natën.

Dr. Shefqeti ishte i angazhuar me të dhënat e fundit të literaturës okulstike, merrte pjesë në të gjitha sesionet shkencore si në rreth dhe në aktivitetet e Klinikës Universitare QSUT.

Është vlerësuar si mjek klinicist i përkryer, operator i klasit të parë, gjithashtu ka qenë pjesëtar i ekipeve mjekësore në ndihmë të Rretheve Bilisht, Ersekë. Gjithashtu edhe Antar i Komisionit Mjekësor Ushtarak e për shumë vite Antar i KMCAP Korçë.

Dr. Shefqeti ishte mjeku parë në Korçë që doli privatisht, duke hapur Klinikë Okulstike private të pajisur me të gjitha aparataturat e nevojshme.

Gjithë jeta dhe vepra e Dr. Shefqetit është pa asnjë mëdyshje një monument i përkryer i mirësisë e humanizmit e mirëberjes shembullore që respektohet e vlerësohet në mendjet e zemrat tona si bashkëkohës, e si një shembull i mirë i papërsëritshëm i humanizmit pa kufi, ndershmërisë, bujarisë e fisnikësisë.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Dr. Skënder LLUBANI

1948 – 2025



Me hidhërim mësuam ndarjen nga jeta, në datë 4 Mars 2025, të Dr. Skënder Llubanit!

Dr. Skënder Llubanit lindi në vitin 1948 në qytetin e Krujës.

Pas përfundimit të Shkollës së Mesme në vitin 1966, ai vazhdoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë dhe u diplomua Mjek i Përgjithshëm në vitin 1972. Pas disa muajsh stazhi në spitalin e Krujës, ai u dërgua për Specializim njëvjeçar në Institutin e Ftiziatrise në vitin 1973. Pas përfundimit të specializimit, ai u emërua Ftiziatër në Punktin Antituberkular Krujë.

Në vitin 2000, dr. Llubani u emërua drejtor i DSHP-së së rrethit, ku qëndroi deri në vitin 2001, kur u lirua nga detyra dhe kaloi në detyrën e Mjekut Pneumo-Ftiziatër.

Gjatë jetës së tij, ai dha një kontribut të çmuar në luftën kundër tuberkulozit dhe përmirësimin e shëndetit publik, duke lënë një trashëgimi të vyer në sistemin shëndetësor dhe te brezat e kolegëve që punuan pranë tij.

Me përkushtimin dhe humanizmin e tij, ai preku jetët e shumë pacientëve dhe u bë një model frymëzimi për të gjithë ata që patën nderin ta njihnin.

Dr. Llubani do mbahet mend si një mjek i përkushtuar dhe profesionist i shquar, i cili i shërbeu shëndetësisë me devotshmëri për dekada të tëra.

Në këtë moment të dhimbshëm, familja, miqtë dhe kolegët e tij e kujtojnë me mirënjohje dhe respekt të thellë.

Pushoftë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

*Spitali Bashkiak “Dr. Stefan Gjoni”, Krujë
Këshilli Rajonal Durrës, UMSH*





Dr. Niko Durri

1971 – 2025

Me dhimbje të thellë mësuam lajmin e hidhur të ndarjes nga jeta të Doktor Niko Durri, në moshën 54 vjeçare.

Një humbje e parakohshme për familjen dhe bluzat e bardha.

Dr. Niko, një figurë e rëndësishme e shërbimit të Ortopedisë-Traumatologjisë në Spitalin Rajonal të Durrësit dhe një shembull i përkushtimit të palodhur në shërbim të pacientëve, sot nuk është më mes nesh.

Dr. Niko Durri, u lind në vitin 1971 në Tiranë.

Përfundoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës në vitin 1997 si Mjek i Përgjithshëm, duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera. Më pas kreu specializimin për Ortopedi -Traumatologji në Universitetin e Mjekësisë “Carol Davilla”, në Bukuresht të Rumanisë.

Pas specializimit punoi për një periudhë një vjeçare si Mjek Ortoped-Traumatolog në Spitalin e Beratit deri në vitin 2005 dhe më pas në Spitalin e Lushnjes për një vit tjetër, deri në vitin 2006.

Më pas emërohet në Spitalin e Durrësit si Mjek Ortoped-Traumatolog, ku vazhdoi të ushtronte profesionin e tij.

Doktor Niko Durri gjatë gjithë karrierës së tij tregoi profesionalizëm, kulturë, korrektësi, qytetari dhe vlera e virtyte humane që konfiguruan tek secili mjekun e besuar dhe shumë të dashur për çdo pacient.

Përgjatë gjithë jetës profesionale, doktori me bluzën e bardhë dhe me zemrën gjithashtu, u bë pjesë jo vetëm e mjekëve profesionistë të qytetit tonë, por edhe e shumë viteve të mbushura me punë e sakrifica të panumërta.

Duke u shprehur ngushëllimet e përzemërta familjarëve dhe kolegëve, urojmë që shpirti i tij të prehet në paqe!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Dr. Osman CURRI

1937 – 2025

Në 1 Prill 2025 është ndarë nga jeta në moshën 87-vjeçare, Doktor Osman Curri, duke lënë pas një përvojë të gjatë në mjekësinë e Neuro-Psikiatrisë.

Doktor Osman Curri, u lind në vitin 1937 në qytetin e Durrësit.

Përfundoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës në vitin 1969 si Mjek i Përgjithshëm.

Në vitet 1969-1974 u emërua dhe punoi si mjek në aksionin e rinisë për ndërtimin e hekurudhës Elbasan-Përrenjas. Më pas u transferua në Durrës në Poliklinikën Qendrore ku punoi gjatë viteve 1974-1975.

Në vitet 1976-1978 u caktua mjek në Rrogozhinë, në Spital dhe Poliklinikën e qytetit.

Në vitet 1979-1981 kreu specializimin në Spitalin Neuro-Psikiatrik në Tiranë. Pas specializimit u kthye në Spital-Poliklinikë në Durrës.

Më pas në vitin 1984 u emërua nëndrejtor i Spital-Poliklinikës në qytetin e Durrësit, detyrë që e kreu pa u shkëputur nga profesioni. Në vitin 1985 hapi Dispanserinë e Neuropsikiatrisë, që funksionoi deri në vitin 1990.

Gjatë viteve 1991-1992 punoi në sektorin e Neurologjisë, i shoqëruar me mjekët italianë, në kuadrin e misionit “Pelikan”. Mjekët italianë i dhuruan poliklinikës një aparat E.E.G.

Në vitin 1993 Dr. Osman Curri pas specializimit 1-vjeçar në Tiranë në repartin e E.E.G, vuri në funksion të plotë këtë aparaturë dhe që i pari që hapi kabinetin për kryerjen dhe interpretimin e E.E.G.

Doktor Osman Curri gjatë gjithë karrierës së tij u përkushtua për shëndetin dhe mirëqënien e pacientëve, duke lënë pas një trashëgimi të vyer humanizmi dhe profesionalizmi.

Urdhri i Mjekut Durrës i shpreh ngushëllimet më të sinqerta familjarëve të tij dhe të gjithë kolegëve!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH





Dr. Vasil KULI
1935 - 2025

Në 20 Prill 2025 është ndarë nga jeta Kardiologu i shquar Dr. Vasil Kuli. Një lajm i hidhur ky për Kardiologjinë Shqiptare.

Dr. Vasili lindi më 14 Janar 1935 në qytetin e Shkodrës, ku edhe kreu shkollën 8-vjeçare dhe gjimnazin, të cilin e përfundoi me nota të shkëlqyera në Korrik 1953.

Në Shtatorin e vitit 1953, dr. Vasili do të fillonte studimet e larta në Akademinë Mjekësore “Vellko Cervenkov” në Sofje – Bullgari, të cilën e përfundoi në vitin 1959, dhe në 31 Dhjetor diplomohet si Mjek i Përgjithshëm me notë mesatare 5.67 (shkëlqyeshëm).

Kur u kthye në Atdhe, dr. Vasili filloi punë në qytetin e Lushnjes jo vetëm si mjek i përgjithshëm por edhe si Drejtues i Repartit të Sëmundjeve Infektive pranë Spitalit të Rrethit të Lushnjes; detyrë të cilën e kreu deri në vitin 1963. Më pas në vitet 1963-1966, dr. Vasili emërohet Drejtor i Poliklinikës së Qytetit. Dhe në Qershor të vitit 1966 emërohet edhe Drejtor i Spitalit të Lushnjes, pozicione të cilat i mbajti deri në Qershor të vitit 1975.

Ndërkohë dr. Vasili në vitet 1966-1967 kreu kurse kualifikimi pranë Katedrës së Kardiologjisë në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë.

Në Qershor të vitit 1975, dr. Vasili qarkullon për 1 vit në fshatin Gradisht të rrethit të Lushnjes, si Mjek i Qendrës Shëndetësore të fshatit. E më pas kthehet në Spitalin e Lushnjes në pozicionin Mjek Kardiolog pranë Spitalit dhe Poliklinikës së Lushnjes, dhe për disa vite edhe si Shef i Pavionit të Patologjisë.

Në Nëntor të vitit 1993 dr. Vasili kryen kualifikim në Departamentin e Kardiologjisë në Spitalin e Balssano del Grappa-Itali, dhe në Qershor-Gusht të vitit 1995 kreu një kurs kualifikimi për Ekokardiografi pranë Qendrës Kombëtare të Sëmundjeve Kardiovaskulare Sofje-Bullgari

Në Shkurt 1995, dr. Vasili doli në pension por vijoi të punonte si kardiolog pranë Spitalit dhe Poliklinikës së Lushnjes deri në fund të vitit 1996. Më pas ai vijoi të punonte si profesionist i pavarur në Klinikat Private: Albanian Medical Centre, Elita dhe Ikeda.

Dr. Vasili ka kontribuar në përkthime dhe si bashkëautor të botuar në vitet 1970-1983. Gjithashtu ka marrë pjesë në shumë simpoziume dhe konferenca si brenda dhe jashtë vendit.

Po ashtu dr. Vasili në vitet 1985-1990 ka qenë pedagog i jashtëm pranë Fakultetit të Mjekësisë për udhëheqjen e praktikave të mjekëve stazhierë në Spitalin e Lushnjes; dhe ka dhënë mësim në Shkollën 1-vjeçare për mami dhe infermier në Lushnje.

Dr. Vasili gjatë viteve të punës është dekoruar me Medaljen “Për shërbim të mirë ndaj popullit” në vitin 1969 dhe me Urdhrin “Për shërbim të mirë të popullit” në vitin 1974.

Dr. Vasili do të mbahet mend nga kolegët dhe pacientët si një mjek i përkushtuar, pasionar në profesionin e tij, i aftë dhe shumë human, model në punë dhe jetën e tij private.

Pushoftë në Paqe!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Mihallaq PRIFTI **1932 - 2025**

Në 24 Prill 2025 është ndarë nga jeta Anestezisti i shquar Dr. Mihallaq Prifti, ose si e thërrisnin kolegët e tij “dr. Misha i Madh”. Një lajm i hidhur ky për “largimin” e një nga kolegët më të hershëm.

Dr. Mihallaqi lindi më 6 Nëntor 1932 në lagjen ‘Lirim’ në qytetin e Vlorës, ku edhe kreu shkollën 8-vjeçare dhe vitin e parë të shkollës së mesme (Gjimnazi Ali Demi); dhe 3 vitet e fundit i kreu në Tiranë në gjimnazin “Skënderbej”, të cilat i përfundoi me rezultate shumë të mira (Medalje Ari).

Më pas vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit Shtetëror të Tiranës (1954-1959). Me përfundimin e studimeve u emërua Mjek Ushtarak Dermatolog në Spitalin Qëndror të Ushtrisë, Tiranë. Në vitin 1960-1961 dr. Mihallaqi dërgohet për specializim për Anestezi-Reanimacion në Bashkimin Sovjetik, Shën-Peterburg; të cilin e përfundoi me rezultate shumë të mira.

Kur u kthye në Atdhe, dr. Mihallaqi ishte mjeku i parë i specializuar në Anestezi-Reanimacion dhe solli një shërbim të ri bashkohor jo vetëm për Spitalin Qendror të Ushtrisë por edhe për Spitalin Qendror të Tiranës duke specializuar mjekë nga klinikat e Fakultetit të Mjekësisë.

Dr. Mihallaqi ka kontribuar në përpilimin e Kapitullit të Anestezisë së Përgjithshme dhe në librin “Kirurgjia Ushtarake” i botuar në vitin 1979.

Dr. Misha do të mbahet mend jo vetëm si Anestezisti i parë në Shqipëri, por edhe si Shef i Repartit të Anestezie-Reanimacionit deri sa doli në pension; një mjek i përkushtuar, pasionar në profesionin e tij, i aftë dhe shumë human, model në punë dhe jetën e tij.

Dr. Prifti ishte dhe do mbetet një figurë e respektuar, njeri i qetë, fjalëpak dhe i përkushtuar, gjithmonë me buzë në gaz! Nuk stresohet asnjëherë gjatë punës dhe gjithmonë gjente zgjidhjen e duhur. Ai dha një kontribut të jashtëzakonshëm në vitet më të vështira të këtij shërbimi, duke punuar me përkushtim në kushte të vështira.

Edhe pas daljes në pension në vitin 1991, dr. Misha vijoi të punonte dhe kontribuonte për shumë vite me pasion dhe përpjekje për nevojat e Spitalit Ushtarak deri në vitin 2003; dhe më pas në klinika private në Tiranë.

Shoqata e Anestezistëve dhe Reanimatorëve të Shqipërisë shpreh mirënjohjen e thellë për figurën dhe veprën e tij, si dhe ngushëllimet më të sinqerta familjes, kolegëve dhe miqve.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Ali XHOMO
1949 - 2025

Në 31 Mars 2025 u nda nga jeta Dr. Ali Xhomo, kirurg i Spitalit Rajonal Elbasan.

Dr. Aliu lindi më 17 Shtator 1949 në Elbasan. Pasi kreu Shkollën e Mesme, vijoi të studionte në Fakultetin e Mjekësisë në degën Mjekësi e Përgjithshme, të cilën e përfundoi në vitin 1972 dhe fitoi titullin Mjek i Përgjithshëm. Po në vitin 1972 fillon specializimin në Kirurgji me vendim të Ministrisë së Shëndetësisë, të cilin e përfundoi në vitin 1976.

Pas specializimit dr. Aliu kthehet në qytetin e lindjes dhe emërohet mjek Kirurg në Spitalin e Elbasanit. Në Maj – Qershor 1978, dr. Aliu kreu kursin për Kirurgjinë e Luftës pranë I.K.M.U. në Tiranë.

Në vitet 1980-2000 dr. Aliu punoi jo vetëm si kirurg i përgjithshëm i spitalit, por për një periudhë 10-vjeçare ka qenë Kryetar i K.M.L për Kirurgjinë në Poliklinikë.

Në vitet 1984-1988 mbulonte edhe Shërbimin e Mjekësisë Ligjore si ekspert mjeko-ligjor duke kryer edhe autopsitë ligjore; dhe gjithashtu në vitet 1987-1989 ka qenë Shef i Shërbimit Kirurgjikal në Spitalin e Elbasanit.

Në vitet 1993-1997 dr. Aliu ka mbuluar pozicionin e zv/drejtor i Qendrës Spitalore “Dr. Xhafer Kongoli” Elbasan; dhe gjithashtu Antar i Këshillit Konsultativ Mjekësor në Departamentin e Shëndetit Publik të Elbasanit.

Në vitet 1996-2000 dr. Aliu ka kontribuar si antar i Komisionit Mjekësor pranë Degës Ushtarake Elbasan; dhe ndërkohë (1997-2001) edhe si mjek Kirurg në Qendrën Spitalore si kirurg në ndërhyrjet kirurgjikale të barkut, gjoksit, traumatologjisë dhe në kirurgjinë e urgjencës.

Dr. Aliu mbahet mend nga kolegët dhe pacientët si një kirurg i zoti, i papërtuar, i dashur me kolegët dhe pacientët.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Elbasan, UMSH



Dr. Haxhire PENI

1947 - 2025

Në 3 Prill 2025 u nda nga jeta Dr. Haxhire Peni, mjeke në Qendrën e Transfuzionit të gjakut pranë Spitalit Rajonal Elbasan.

Dr. Haxhireja lindi më 18 Gusht 1947 në Elbasan. Pasi kreu Shkollën e Mesme me rezultate shumë të mira me mesatare 9.8 në vitin 1965, vijoi të studioje në Fakultetin e Mjekësisë në degën Mjekësi e Përgjithshme, të cilën e përfundoi në vitin 1970 me mesatare 8.7 duke fituar titullin Mjek i Përgjithshëm.

Pas diplomimit dr. Haxhireja kthehet në qytetin e lindjes dhe emërohet mjeke patollogje në Spitalin e Elbasanit; ku punoi deri në vitin 1982.

Në vitet 1982-1983 dr. Peni specializohet për 1 vit në fushën e Imuno-Hematologji Transfuzionale me notën 10.

Gjithashtu ajo me dëshirën për tu perfeksionuar në fushën e Hematologjisë mbrojti edhe provimet pasuniversitare në: Biokimi, Fiziologji dhe Imunologji.

Në Tetor 1983 filloi punë në Qendrën e Dhurimit të Gjakut ku punoi deri sa doli në pension.

Dr. Peni punoi gjatë gjithë viteve të punës me shumë përkushtim dhe profesionalizëm në fushën e Hematologjisë Transfuzionale por edhe në Shërbimin e Urgjencës në Spitalin “Xhafer Kongoli” Elbasan.

Dr. Haxhireja do mbahet mend nga kolegët dhe pacientët si një mjeke e zonja, e papërtuar, e dashur me kolegët dhe pacientët.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Elbasan, UMSH





Prof. Asc. Dr. Nexhmije SUBASHI
1943 – 2025

Me dhimbje të thellë dhe trishtim të madh morëm lajmin për ndarjen nga jeta të Prof. Asc. Dr. Nexhmije Subashi, mjeke pranë Spitalit Continental që prej fillimit të aktivitetit të këtij spitali.

Dr. Nexhmija ose Nexhi siç e thërrisnin jo vetëm kolegët por edhe pacientët, lindi më 5 Shkurt 1943 në familën tiranase Kasa. Pasi kreu shkollën fillore dhe atë të mesme dr. Nexhi vijoi me edukimin e lartë duke ndjekur studimet

pranë Fakultetit të Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1966. Më pas në vitet 1970-1972 kreu specializimin në fushë e Hematologjisë Laboratorike. Në vitin 1980 vijoi me një kualifikim për Hemostazologji në Paris dhe në vitin 1995 kualifikim në Biologji-Klinike në Milano.

Prof. Asc. Dr. Nexhmije Subashi është një figurë e njohur në fushën e mjekësisë shqiptare, me një karrierë të gjatë si mjeke laborator, hematologe dhe pedagoge në Fakultetin e Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë (UMT). Prof. Asc. Dr. Nexhmije Subashi është pjesë e një brezi të shquar mjekësh që kanë kontribuar ndjeshëm në zhvillimin e mjekësisë shqiptare. Ajo ka mbajtur titullin “Profesor i Asociuar” dhe ka qenë pedagoge për shumë vite në Fakultetin e Mjekësisë, duke dhënë një kontribut të madh në edukimin e brezave të rinj të mjekëve.

Përveç mësimdhënies, Prof. Asoc. Dr. Nexhmije Subashi ka qenë aktive në fushën e kërkimit shkencor. Ajo ka udhëhequr dhe mbështetur studentë në përgatitjen e disertacioneve dhe punimeve shkencore, duke kontribuar në zhvillimin e shkencës mjekësore në Shqipëri.

Dr. Nexhi punoi deri sa doli në pension në Laboratorin e QSUT dhe më pas në Klinikën Private “Ikeda”. Me hapjen e Spitalit “Continental” do punonte deri në fund të jetës.

Ajo ishte një mjeke e shkëlqyer, një profesioniste e përkushtuar dhe një njeri me shpirt të rrallë. Prof. Asc. Dr. Nexhmije Subashi la gjurmë të pashlyeshme në jetët e pacientëve të saj, kolegëve dhe të gjithë atyre që patën fatin ta njihnin. Me profesionalizëm, përkushtim dhe dashuri për njeriun, ajo shërbeu pa kursyer për dekada, duke u kthyer në një figurë të dashur dhe të respektuar në komunitetin mjekësor dhe më gjerë.

Prof. Asoc. Dr. Nexhmije Subashi do të kujtohet jo vetëm për arritjet e saj profesionale, por edhe për mirësinë, përlësinë dhe përzemërsinë me të cilat i qasej çdo njeriu. Ikja e saj lë një boshllëk të madh, por njëkohësisht lë pas një trashëgimi të çmuar vlerash dhe shembulli frymëzues për të gjithë ata që ecin në rrugën e mjekësisë.

Përherë buzagaz, përherë e papërtuar, përherë e gatshme për të ndihmuar këdo pacient apo koleg, pa shprehur as më të voglën mërzë, duke i mbështetur në diagnoza të veshtira, kur kishin më shumë nevojë për eksperiencën dhe pjekurinë e saj.

Prof. Nexhi, do jetë përherë mes nesh si burim frymëzimi dhe mirësie, duke na udhërrëfyer për të ndarë me kolegët e rinj gjithshka ata kanë nevojë!

Ngushëllimet më të sinqerta familjes, të afërmve, miqve dhe kolegëve. Qoftë i paharruar kujtimi i saj dhe i lehtë udhëtimi drejt përjetësisë!

I paharruar do mbetet kujtimi i Saj!

Për ty nuk ka lamtumirë...

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Bashkim NEZAJ

1972 – 2025

Në datë 15 Maj 2025 është ndarë nga jeta në mënyrë të parakohshme, teksa ishte në krye të detyrës duke i dhënë shërbim fëmijëve të vegjël, mjeku i njohur pediatër Bashkim Nezaj, si pasojë e infarkti kardiak.

Dr. Bashkimi lindi në Tropojë më 26 Shkurt 1972. Pasi kreu shkollën fillore dhe gjimnazin në vendlindje, në vitin 1991 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë, të cilin e përfundoi në vitin 1997.

Në periudhën 1998-1999 dr. Bashkimi punoi si mjek i përgjithshëm pranë Drejtorisë së Shëndetit Parësor, Tropojë. Më pas vijon të punojë si koordinator projekti pranë IMC (International Medical Corps) dhe njëkohësisht edhe si mjek specializant pranë Spitalit Pediatrik QSUT “Nënë Tereza”. Në vitin 2003 dr. Bashkimi përfundon specializimin dhe vijon si mjek me status Vullnetar në Pediatrinë e Përgjithshme në QSUT. Në Prill të vitit 2005 dr. Bashkimi emërohet Mjek Pediatër pranë Njesisë së Urgjencës në Spitalin Ditor QSUT.

Në Prill të vitit 2013 dr. Bashkimi emërohet Mjek Pediatër në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive Pediatrike, ndërsa në Tetor 2018 filloi edhe si Petagog i jashtëm me kontratë të përkohshme pranë Departamentit të Pediatrisë në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë.

Gjatë gjithë kohës dr. Bajrami ndoqi trajnime, studime pasuniversitare dhe të thelluara në fushën e pediatriës si brenda dhe jashtë vendit, për të rritur sa më lart nivelin e njohurive për tju ofruar shërbim sa më të mirë jo vetëm vogëlushëve por edhe për prindërit e fëmijëve.

Humbja e tij është një dhimbje e madhe për familjen, kolegët dhe për të gjithë ata që patën fatin ta njihnin e të punonin me të. Ai do të mbetet përherë në kujtesën tonë si një figurë e dashur dhe e respektuar, që la gjurmë të thella në QSUT dhe në zemrat e pacientëve të vegjël.

Miqtë, kolegët dhe prindërit e fëmijëve do ta kujtojnë dr. Bajramin si mjek shumë komunikues jo vetëm me fëmijët por edhe me prindërit, për qetësinë dhe përkushtimin që e karakterizonte në misionin për t’i shërbyer të vegjëlve. Ai ishte vërtetë mjek profesionist i përkushtuar që shërbente me zemër duke shpëtuar me mijëra jetë fëmijësh.

Do të kujtohet si një profesionist i përkushtuar, një njeri i qetë dhe i dashur, një mjek që ia kushtoi jetën dhe zemrën shërbimit ndaj fëmijëve. Për më shumë se 20 vite, Dr. Bashkimi ka qenë pranë çdo vogëlushi që ka kaluar pragun e shërbimit të Pediatrisë, duke u bërë shembull i përkushtimit, humanizmit dhe profesionalizmit të rrallë.

Një mjek profesionist, shumë human, me shumë humor dhe zemër bardhë.

Do të të kujtojmë gjithmonë me pozitivitetin tënd dhe mirësinë që të karakterizonte.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

