

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Trepça D., - Për një mjekësi me dinjtet dhe besim të rikthyer2

NGA HISTORIKU I MJEKËSISË:

- Prof. Dr. Koço Gliozheni themelues i një epoke në shërbimin shëndetësor shqiptar5

ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- Dr. Argjiri I., - Respektimi i Standardeve Profesionale, themeli i praktikës së mirë mjekësore
- Prof.Asc.Dr. Fida M., - Sfidat në Mjekësinë Estetike në Shqipëri6

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Konferenca e Pranverës e SHSHK: “Aromë Pranvere në Kardiologji” – 31 Maj 2025, Shkodër12

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Asambleja e Përgjithshme e Shoqatës Mjekësore Gjermane 27-28 Maj 2025 Leipzig-Gjermani13

KAZUISTIKË:

- Prof.Asc.Dr. Bilali V., Dr. Bilali S., Dr. Banushi A., Dr. Guri S., Dr. Leka E., Inf. Mara E., Inf. Çyrbia O., - Trajtimi i sinusit pilonidal sakrokoksigeal me flap kutan sipas Limberg14

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. Bano A., Dr. Pasku D., Seferi A., Dr. Ostreni E., Dr. Baraj R., Dr. Ostreni V., - Roli i terapisë me plazma të koncentruar me trombocite në trajtimin e Gonartrozës19
- Dr. Demhasaj R., Dr. Pjetri K., - Inflamacioni subklinik: Hallka biologjike e padukshme në ndërlidhjet Kardiometabolike dhe Neurodegenerative23

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Dr. Lula A., - Retinopatia Diabetike32
- Dr. Gaxiri J., Prof.Dr. Basho J., - Roli i mikrobiotës në sëmundjen alkoolike të mëlçisë. Një shqyrtim i literaturës35
- Dr. Mone E., - Fëmia me tike në praktikën e pediatri të familjes39

IN MEMORIAM

- Në kujtim të Prof. Gjergji Minga42

NEKROLOGJI:

- Dr. Lindita DEMIRLIKA, Dr. Zhuljeta DERAJ, Dr. Fatmir PRIFTI, Dr. Janaq TERPO, Dr. Ndue CARA, Dr. Sokol MJETAJ, Dr. Shk. Nertila KODRA, Dr. Fatbardha PETRELA, Dr. Zymer KURTAJ, Dr. Evriviadhi GORO43-52



PËR NJË MJEKËSI ME DINJITET DHE BESIM TË RIKTHYER

Dr. Dritan TREPÇA
President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë

Në rrëfimin e çdo shërimi ka dy heronj: mjekun që jep dijen dhe përkushtimin, dhe pacientin që jep besimin.

Ky besim është i shenjtë, i ndërtuar mbi ndershmëri, kujdes dhe respekt reciprok. Kur ky besim lëkundet, nuk humb vetëm një marrëdhënie – humb edhe forca e vetë mjekësisë.

Shëndetësia shqiptare ka përballuar sfida të mëdha: nga mungesat strukturore e deri tek presionet e përditshme të profesionit. Por, përtej vështirësive, mjekët tanë kanë treguar se dinjiteti, humanizmi dhe shkenca ecin dorë për dorë.

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë ka vendosur të hedhë një hap të madh përpara – një strategji pesëvjeçare që nuk është thjesht dokument strategjik, por një kontratë morale me shoqërinë. Kjo strategji synon mbi të gjitha në rikthimin e besimit të publikut tek profesioni më fisnik i njerëzimit.

1. Rikthimi i besimit mes mjekut dhe pacientit

“Besim i rikthyer, mjekësi më njerëzore.”

Besimi është themeli mbi të cilin ngrihet çdo veprim mjekësor. Ne synojmë ta rikthejmë dhe ta forcojmë këtë marrëdhënie duke:

- Organizuar trajnime mbi komunikimin empatik dhe etikën mjekësore.
- Përditësuar Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore duke u mbështetur me ndryshimet që i bëhen Kodit Ndërkombëtar të Etikës nga Shoqata Mjekësore Botërore (WMA) ku Urdhri i Mjekëve aderohet me të drejta të plota, dhe që përshtatet me realitetin e sotëm.
- Nisur fushata ndërgjegjësimi për publikun mbi rolin dhe kufijtë e profesionit.

2. Edukimi i vazhdueshëm profesional

“Një mjek që mëson, një pacient më i sigurt”.

Në një botë ku dijet e sotme nesër bëhen të vjetra, edukimi i vazhdueshëm është mburoja e sigurisë. Ne do të:



- Krijojmë një platformë online në bashkëpunim me shoqatat mjekësore në vend dhe me institucionet shëndetësore publike që e gjithë anëtarësia të marrë informacion në kohë reale mbi aktivitetet, trajnimet, seminarët që zhvillohen në mbarë vendin.
- Thellojmë bashkëpunimin me Universitetin e Mjekësisë.

3. Transparencë në shqyrtimin e ankesave

“Drejtësi pa vonesë, transparencë pa kompromis”.

Çdo ankesë është një mësim dhe një mundësi për përmirësim. Për ta bërë procesin të drejtë e të shpejtë:

- Në mbështje të ndryshimeve të ndodhura në Ligjin 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, si dhe të VKM Nr. 85, datë 05.02.2025 “Për përbërjen, organizimin dhe funksionimin e Komisionit të Disiplinës dhe të Komisionit të Apelimit” do të ristrukturojmë komisionin e Disiplinës dhe ekipit të tij ndihmës me përfaqësim të balancuar dhe të pavarur.
- Do të verifikojmë dhe shqyrtojmë me transparencë çdo ankesë e mbërritur në Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë.
- Do të ofrojmë mundësi ku palët mund të ndjekin hap pas hapi statusin e ankesës.

4. Regjistrim dhe licencim – standarde të qarta për mjekun shqiptar

“Licencë me përgjegjësi, rregullore me zbatim”.

Licenca është dëshmi e besueshmërisë dhe kompetencës së mjekut. Për këtë:

- Do të vendosim një sistem tërësisht dixhital për mënyrën e aplikimit për licensë për herë të parë, si dhe mënyrën e aplikimit për rinovimin e saj.
- Do të standardizojmë kriteret për edukimin e vazhdueshëm.
- Do të zbatojmë kontrolle të rrepta mbi kushtet e ushtrimit të profesionit.

5. Promovimi i rolit të UMSH në shoqëri

“Zëri i mjekut, shtylla e shëndetit”.

Urdhri i Mjekëve nuk duhet të jetë një institucion i heshtur. Ai duhet të flasë dhe të veprojë për të mbrojtur mjekun dhe shëndetin publik:

- Me qëndrime të qarta për çdo çështje madhore në shëndetësi.
- Me fushata edukimi për qytetarët mbi parandalimin e sëmundjeve.
- Me përfaqësim të denjë në forume ndërkombëtare.

6. Partneritet me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe me institucionet e tjera publike shëndetësore



I EDITORIALI

Partneriteti me Ministrinë e Shëndetësisë dhe institucionet e tjera publike shëndetësore përbën një pikë kyçe të strategjisë së Urdhrit të Mjekëve “Për një mjekësi me dinjitet dhe besim të rikthyer”.

Ky bashkëpunim do të konsistojë në harmonizimin e politikave shëndetësore me praktikën më të mira mjekësore, forcimin e edukimit të vazhdueshëm të mjekëve, garantimin e standardeve etike e profesionale, përfshirjen në hartimin e reformave shëndetësore dhe rritjen e besimit të publikut tek mjekësia, duke vendosur mjekun dhe pacientin në qendër të sistemit shëndetësor.

7. Bashkëpunim me të gjitha strukturat e UMSH

“Bashkë për një Urdhër të Mjekëve më të fortë, më pranë çdo mjeku”.

Uniteti është forca jonë. Për ta garantuar:

- Do të organizojmë takime periodike me degët rajonale.
- Do të përfshijmë mjekët e rinj në procesin e vendimmarrjes.
- Do të përdorim teknologjinë për komunikim të shpejtë dhe efektiv.

Një thirrje për bashkim dhe vizion

Kjo Strategji është më shumë se një plan pune – është një thirrje për të gjithë mjekët shqiptarë, brenda dhe jashtë vendit, që të bashkojnë forcat. Kjo Strategji është një ftesë për shoqërinë të shohë tek mjeku jo vetëm profesionistin, por edhe njeriun që mbron jetën me çdo mjet që ka në dorë.

Në pesë vitet e ardhshme, ne nuk premtojmë mrekulli – premtojmë përkushtim, punë të ndershme dhe transparencë absolute. Sepse besimi ndërtohet me hapa të vegjël, por të sigurt.

Le ta nisim këtë rrugëtim së bashku. Për një mjekësi me dinjitet. Për një besim të rikthyer. Për një Shqipëri më të shëndetshme.



PROF. DR. KOÇO GLIOZHENI THEMELUES I NJË EPOKE NË SHËRBIMIN SHËNDETËSOR SHQIPTAR

Më 27 Korrik 1913 lindi në Korçë një prej figurave më të rëndësishme të historisë së mjekësisë shqiptare: prof. Koço Gliozheni, obstetër-gjinekolog i shquar, themelues i një epoke në shërbimin shëndetësor shqiptar.

Pas mbarimit të studimeve dhe specializimit në Universitetin e Athinës, ai kontribuoi fillimisht në qytetin e Korçës, dhe më pas për t'u transferuar në Tiranë në vitin 1949, ku do të shënonte edhe kulmin e karrierës së tij.

Në vitin 1951, dr. Gliozheni do emërohej Drejtor i Spitalit Universitar Obstetrik-Gjinekologjik të Tiranës, duke drejtuar një nga institucionet më jetike të kujdesit shëndetësor për gratë dhe nënat shqiptare.

Me themelimin e Universitetit të Tiranës në vitin 1957, dr. Gliozheni emërohet Shef i Katedrës së Obstetrikë-Gjinekologjisë, ku formoi breza të tërë mjekësh deri në daljen e tij në pension në vitin 1989.

Dr. Gliozheni është në plejadën e mjekëve të cilët i dhanë shumë jo vetëm sistemit shëndetësor të kohës por më shumë ju dha pacientëve, nënave të reja dhe familjeve të tyre, nëpërmjet këshillave dhe përkujdesjeve si në maternitetet dhe jashtë tij.

Sot e kujtojmë me respekt dhe mirënjohje për kontributin e jashtëzakonshëm që dha në mjekësinë shqiptare dhe për ndikimin e tij në përgatitjen e profesionistëve të brezave të rinj.

Prof. Gliozheni mbahet mend si Mjeku që të bënte Nënë dhe që tregonte kujdes të veçantë për nënën dhe foshnjën. Mjek me duar të arta që i kishte shokët e rrallë. Njeri i përkushtuar në idealin e tij!

Me mendjen dhe duar e tij të arta ka shpëtuar nga vdekja shumë nëna

Mrekullia e dr. Koço Gliozhenit është trashëgimia e misionit të mjekut tek brezat e rinj, të cilët trashëgojnë ku djali i tij Prof. Orioni, dhe nipi dr. Elko dhe mbesa dr. Emi vijnë nën gjurmët e tij në profesionin human të mjekut Obstetër-Gjinekolog me shumë përkushtim dhe devocion duke e çuar më tej ëndrrën e Profesorit në përdorimin e teknologjisë së avancuar.

Brezat e mjekëve gjinekologë që kanë ndjerë dorën e Profesorit shprehen me përlulje, respekt dhe mirënjohje të pafund për të pazëvendësueshmin Kollozin e madh të Mjekësisë Prof. Dr. Gliozheni.

RESPEKTIMI I STANDARDEVE PROFESIONALE, THEMELI I PRAKTIKËS SË MIRË MJEKËSORE

Dr. Ines ARGJIRI

Sektori i Etikës, Standardeve dhe Formimit Profesional

Profesioni i mjekut është profesion i mbrojtjes së jetës, shëndetit fizik dhe mendor të njeriut, dhe lehtësimin e vuajtjes, duke përmbushur postulatën *Primum non nocere* (së pari mos dëmto), ku mëshirohen dy koncepte bazë të punës së mjekut *liria dhe përgjegjësia profesionale*. Ku Liria konfirmohet me të drejtën e ushtrimit të profesionit, me autonominë profesionale dhe pavarësinë klinike që ai ka.

Mjeku është i lirë të parashtrojë opinionin e tij profesional lidhur me kujdesin dhe trajtimin e pacientëve, pa u ndikuar nga influenca të jashtme, nga palë apo persona të tjerë duke synuar përmirësimin e mirëqënies së pacientëve të tij. Dhe ku *Përgjegjësia* bazohet në misionin e tij për jetën dhe mirëqenien e pacientit, si gjëja më e shtrenjtë e tij.

Mjeku gjithmonë duhet të kërkojë nëse *‘është bërë gjëja e duhur në kohën e duhur, dhe është bërë maksimumi i mundshëm; e nëse jo, të analizojë dhe nga gabimet të nxjerrë mësim’*.

Në ditët e sotme gjithmonë e më shumë flitet për standardet profesionale si themelet e praktikës mjekësore. Pavarësisht që termi ‘standard’ është relativisht i ri, jo vetëm për mjekët por edhe drejtuesit e institucioneve/organizatave shëndetësore.

Standardet e Kujdesit Shëndetësor janë udhërrëfyesit dhe pikat e referimit që sigurojnë cilësinë dhe sigurinë në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Ato mbulojnë aspekte të ndryshme si: qeverisja klinike, siguria e pacientit, kontrolli i infeksioneve dhe menaxhimi i barnave. Këto standarde synojnë të përmirësojnë kujdesin ndaj pacientit, të minimizojnë rreziqet dhe të promovojnë një kulturë të përmirësimit të vazhdueshëm brenda institucioneve dhe organizatave të kujdesit shëndetësor.

Aspektet kryesore të Standardeve të kujdesit shëndetësor janë:

- **Kujdesi i përqendruar tek individi/personi:**

I cili përqendrohet në nevojat, preferencat dhe qëllimet individuale të pacientit, duke siguruar që kujdesi të jetë i përshtatur sipas rrethanave të tyre specifike.

- **Kujdesi efektiv:**

Që synon të ofrojë kujdesin e duhur, në kohën e duhur, në mënyrën e duhur, duke çuar në



rezultate pozitive shëndetësore.

- **Kujdes i sigurt:**

I cili i jep përparësi sigurisë së pacientit duke minimizuar rreziqet, duke parandaluar gabimet dhe duke menaxhuar rreziqet e mundshme.

- **Qeverisja klinike:**

Siguron që organizatat e kujdesit shëndetësor të kenë sisteme dhe procese të forta për të monitoruar dhe përmirësuar cilësinë e kujdesit klinik.

- **Parandalimi dhe kontrolli i infeksioneve:**

Thekson masat për të parandaluar dhe kontrolluar përhapjen e infeksioneve brenda mjediseve të kujdesit shëndetësor.

- **Siguria e barnave:**

Përqendrohet në praktikën e sigurt të barnave dhe të Farmako-Vigjilencës, duke përfshirë përshkrimin, shpërndarjen dhe mirë-administrimin e tyre.

- **Kujdes gjithëpërfshirës:**

Që siguron që pacientët të marrin kujdes të koordinuar dhe holistik që adreson mirëqenien e tyre fizike, mendore dhe sociale.

- **Komunikimi:**

Thekson rëndësinë e komunikimit të qartë dhe efektiv midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor, pacientëve dhe familjarëve të tyre.

- **Menaxhimi i gjakut:**

Përqendrohet në përdorimin e sigurt dhe të përshtatshëm të gjakut dhe produkteve të tij.

- **Njohja dhe reagimi ndaj përkeqësimit akut:**

Thekson nevojën për zbulimin dhe menaxhimin e hershëm të përkeqësimit të pacientit.

Sigurisht Qëllimi i Standardeve të Kujdesit Shëndetësor është:

- **Promovimi i cilësisë dhe sigurisë:** ku Standardet ofrojnë kornizën për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë dhe të sigurtë.
- **Sigurimi i llogaridhënies:** ku Ato përcaktojnë pritshmëri të qarta për profesionistët dhe organizatat e kujdesit shëndetësor, duke promovuar llogaridhënien për veprimet e tyre.
- **Nxitja e përmirësimit të vazhdueshëm:** ku Standardet inkurajojnë vlerësimin dhe përmirësimin e vazhdueshëm të praktikave të kujdesit shëndetësor.
- **Mbrojtja e pacientëve:** Ato ndihmojnë në minimizimin e rreziqeve, parandalimin e gabimeve dhe sigurimin që pacientët të marrin kujdes të përshtatshëm dhe efektiv.
- **Nxitja e besimit:** Duke demonstruar një angazhim ndaj cilësisë dhe sigurisë, standardet ndihmojnë në ndërtimin e besimit midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe publikut.

Por duhet të theksojmë që mjekësia nuk është shkencë ekzakte, pavarësisht standardeve të mirë-përcaktuara. Pasi mjeku mjekon të sëmurin me sëmundjen/jet që ai ka, por jo thjeshtë sëmundjen që ai paraqet. Ndërkohë që tendencat e mjekësisë moderne po flasin për mjekësi të personalizuar (diagnozë dhe mjekim specifik për çdo pacient).

Vendimmarrja e duhur është një proces i vështirë, i cili fillon me marrjen e kujdesshme të anamnezës, ekzaminimin e plotë të nevojshëm, konsultimin e duhur me kolegët dhe specialistët e duhur, duke gjykuar, analizuar dhe interpretuar çdo të dhënë dhe provë që rezulton nga procesi kompleks, i cili ka në thelb binomin Liri – Përgjegjësi Profesionale.



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Në binomin Liri dhe Përgjegjësi profesionale bashkëpunimi dhe marrëdhënia mjek pacient zë një vend të veçantë, pasi çon në një vendimmarrje të përbashkët, ku pritshmëritë nga pacienti me shumë gjasa do përputhen me rezultatet.

Ky sistem efektiv rregullash është i nevojshëm për të mbrojtur publikun nga paaftësia, pasiguria ose nga mungesa e etikës mjekësore gjatë ushtrimit të profesionit; i tillë që të mbështesë dhe inkurajojë praktikën e mirë mjekësore.

E thënë me fjalë të tjera

- ***Kur bëhet ajo që duhet,***
- ***Ashtu siç duhet,***
- ***Në kohën e duhur,***
- ***Tek personat e duhur,***
- ***Me rezultatet e pritshme.***
- ***Me koston më të ulët dhe***
- ***Me rreziqe minimale për pacientët dhe ofruesit e kujdesit.***

Shpeshherë mjekë me përvojë të gjatë në profesionin e tyre, pretendojnë se: Kodi Etik, Standardet Profesionale, Ligji, Protokollet, Urdhëresa, etj., kufizojnë lirinë e tyre profesionale. Përvoja e pasur, syri klinik dhe nuhatja profesionale i bën që të përcaktojnë shpejt dhe drejt, qëndrimin e duhur ndaj pacientit (vendimmarrjen e shpejtë, dhe me pak kosto për diagnozën dhe mjekimin). Sigurisht përvoja dhe aftësitë individuale kanë vlera të pamohueshme, sidomos në rrethana të veçanta kur gjendja e të sëmurit nuk lejon që të humbet kohë për ekzaminime të shumta, në kuadër të respektimit të protokolleve dhe standardeve, etj..., të cilat saktësojnë qëndrimin e duhur, sigurojnë ecjen drejt suksesit, garantojnë dhe evidentojnë respektimin e përgjegjësisë profesionale.

Vetëqeverisja dhe vetërregullimi i profesionit mjekësor (nëpërmjet urdhrave, dhomave apo shoqatave mjekësore kudo në botë) jo vetëm e ka evidentuar, vlerësuar dhe kërkuar të respektohet binomi liri-përgjegjësi në profesionin mjekësor me standardet, rregullat dhe praktikën e miratuara; ofron mundësi orientuese për të zbatuar dhe funksionuar si duhet në çdo kohë. Busulla e orientimit si duhet në veprimtarinë e përditshme është respektimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, aplikimi rigoroz i standardeve profesionale si dhe përputhshmëria e plotë e gjithë veprimtarisë mjekësore me legjislacionin në fuqi. Korrektesa ndaj tyre çon në një praktikë të mirë mjekësore.

Rritja e kërkesave për kujdes shëndetësor sa më cilësor është jo vetëm tek ne, por dhe në botë. Nga ana tjetër fondet për shërbimin shëndetësor nuk mjaftojnë jo vetëm tek ne, por edhe në vendet më të zhvilluara.

Në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë të hartuar nga UMSH thuhet qartë: “në misionin e tij human, në respekt të jetës njerëzore, të individit dhe dinjitetit të tij, për mbrojtjen e shëndetit, zbatimin dhe mjekimin e sëmundjeve, mjeku bazohet vetëm në shkencë dhe ndërgjegjen e tij, duke i dhënë përparësi interesave të shëndetit të pacientit”.



SFIDAT NË MJEKËSINË ESTETIKE NË SHQIPËRI

Prof. Asc. Dr. Monika FIDA

Departamenti i Dermatologjisë, Universiteti i Mjekësisë Tiranë

Mjekësia Estetike si një fushë dhe nënspecialitet i disa specialiteteve përballet sot në Shqipëri me shumë probleme që në fakt duhet të identifikohen qartë dhe të ndërmerren masat korrekte për zgjidhje.

Sigurisht që fillimet e saj Mjekësia Estetike i ka shumë herët që në vitin 800 BC në Indi u shkrua libri i parë “Sushruta Samhita” libri i parë i kirurgjisë ku ndër të tjera përshkruhen skin graftet, flaps dhe procedura të rikontruksionit. Peeling kimik është një procedurë e përdorur që në kohën e Kleopatërës në Egjiptin e lashtë dhe është një nga procedurat më të njohura dhe të aplikuara nga mjekët që aplikojnë mjekësi estetike^(1,2).

Aktualisht në Shqipëri aplikimi i Mjekësisë Estetike realizohet nga mjekë Dermatologë, mjekë Kirurg Plastik, mjekë Familje, mjekë ORL, mjekë Stomatolog, Farmacistë, Infermierë por jo vetëm nga këta, pasi shumë Estetiste ose Parukiere që nuk kanë formimin e duhur realizojnë procedura të Mjekësisë Estetike në qendrat e tyre ose dhe në ambiente banimi. Këtij numri të konsiderueshëm i shtohet dhe një numër i madh i mjekëve ose pseudomjekëve të huaj që shpesh pa u rregjistruar pranë Urdhrit të Mjekëve mund të jenë prezent në këtë fushë.

Pas viteve 1990, me rritjen e privatizimit dhe fillimin e punës të klinikave private, filluan të ofroreshin procedura estetike kryesisht në kryeqytet, si rinoplastika dhe korrigjimi i veshëve. Gjatë kësaj periudhe, shumë mjekë shqiptarë që ushtronin profesionin në këtë fushë u specializuan jashtë vendit ose ndoqën kurse dhe trajnime të organizuara nga Akademi Ndërkombëtare, duke sjellë njohuri moderne në vend.

Në vitet e fundit, veçanërisht pas viteve 2000-2010 e vijim, Mjekësia Estetike në Shqipëri u zhvillua më tej me përdorimin e teknologjive të reja, si: Botulina, Filler, Lazer dhe PRP. Themelimi i **ASCAD (Shoqata Shqiptare e Dermatologjisë Kozmetike dhe Estetike)** në 2019 shënoi një moment të rëndësishëm institucional, duke promovuar Standarde Profesionale dhe Etike në Praktikën Estetike, dhe duke organizuar kongrese, trajnime dhe shkëmbime me ekspertë ndërkombëtarë.

Në vitin 2024, sipas të dhënave nga Shoqata Ndërkombëtare e Kirurgjisë Estetike Plastike (ISAPS), u kryen **afërsisht 38 milionë procedura** estetike në mbarë botën, duke përfshirë si ato kirurgjikale ashtu edhe ato jo-kirurgjikale. Kjo është një rritje prej 40% krahasuar me vitin 2020, duke reflektuar një tendencë të vazhdueshme rritjeje në kërkesën për shërbime estetike⁽³⁾. Në Shqipëri, ndërkohë, *nuk ka të dhëna të disponueshme publikisht për numrin e procedurave estetike të kryera çdo vit*. Kjo mund të jetë për shkak të mungesës së një regjistri të centralizuar ose të një raportimi të detajuar nga institucionet përkatëse.

Procedurat estetike më të shpeshta në botë ndahen në kirurgjikale dhe jo-kirurgjikale, sipas të dhënave të ISAPS Global Survey 2024.

- Në grupin kirurgjikal, më të kryerat janë: Blefaroplastika (rregullimi i qepallave), Liposuksioni, Augmentimi i Gjoksit, Revisioni i Plagëve dhe Rinoplastika,



I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

- Dhe në grupin jo-kirurgjikal kryesojnë: Botox-i, Fillerët me acid hialuronik, Heqja e qimeve, Ngurtësimi jo-kirurgjikal i lëkurës dhe heqja e Tatuazheve.

Numri i këtyre procedurave vazhdon të rritet çdo vit, duke reflektuar një kërkesë të madhe globale për përmirësim estetik.

Në Shqipëri, procedurat më të kërkuara janë kryesisht: Rinoplastika, Liposuksioni, Augmentimi i gjoksit, Facelift dhe Abdominoplastika, duke pasqyruar trendet e botës, por të përshtatura sipas kërkesave të pacientëve vendorë por dhe duke rritur numrin e pacientëve që e shohin Shqipërinë si një vend atraktiv të Turizmit Mjekësor.

Pyetja që lind natyrshëm është: kush janë profesionistët që duhet të aplikojnë Mjekësinë Estetike dhe a duhet të lihet kjo fushë pa kontrollet e nevojshme duke rrezikuar në këtë mënyrë shëndetin e popullatës?

Vendet e rajonit por dhe vende të Komunitetit Evropian (Italia, Greqia, Kosova) kanë miratuar së fundmi Ligjin për Mjekësinë Estetike ku përcaktohen saktë se kush janë mjekët që duhet të aplikojnë Mjekësinë Estetike. Pra mbetet detyrë dhe për ne që të përshtatim legjislacionin.

Nga ana tjetër a mjaftojnë kontrollet nga Inspektorati i Shëndetësisë, nga Urdhri i Mjekut për këto qendra ose klinika ku aplikimet e këtyre procedurave kryhen në kushte jashtë standardeve të lejuara duke rrezikuar jetën e pacientëve. Pra mbetet detyrë që të sensibilizohen dhe të rritet e të theksohet nevoja pranë institucioneve për të rritur kontrollet.

Por a janë vetëm klinikat ambjentet ku kryhen këto procedura? Dhe përgjigja është që këto kryhen kudo, në shumë qendra e parukeri jashtë çdo standardi mjekësor dhe me një rrisht shumë të madh për pacientin që kryen procedurën, por rrishtet vazhdojnë e rriten dhe për popullatën që përballet dhe me ndotjet spitalore që mund të shërbejnë si materiale kontaminuese.

A janë mjekët që aplikojnë Mjekësinë Estetike në Shqipëri të përgatitur dhe të aftë? A kanë kryer ata kurrikula të sakta që ndikojnë në formimin e tyre profesional?

Në Shqipëri, Mjekësia Estetike po zhvillohet me ritme të shpejta dhe mjekët që e ushtrojnë këtë profesion janë jo të gjithë mjaftueshëm të përgatitur për ofrimin standard të procedurave. Domosdoshmëri e kohës është kombinimi i edukimit bazë universitar dhe trajnimeve të specializuara. Kurrikulat universitare megjithëse të përmirësuara nuk arrijnë të përmbushin kërkesën e madhe në këtë nënspecialitet dhe në këtë mënyrë lind nevoja e krijimit të kurrikulave të reja ose master në fusha specifike të Dermatologjisë Estetike ose Kirurgjisë Plastike.

Workshop-et dhe trajnime të akredituara ose jo nga Qendra Kombëtare e Edukimit Vazhdueshëm ofrojnë certifikime për procedura, si: botox, filler, PRP apo lazer por e domosdoshme është që të kihet në konsideratë niveli i trajnuesve që e ofrojnë këtë trajnim dhe veçanërisht kjo mund të cedojë ndjeshëm nëse ofrohet nga kompani farmaceutike ku trajnuesi është i ofruar nga to.

Një rol të rëndësishëm në sigurimin e etikës dhe profesionalizmit luan edhe Shoqata Shqiptare e Dermatologjisë Kozmetike dhe Estetike (ASCAD), e themeluar në vitin 2019, e cila organizon kongrese dhe shkëmbim përvoja me ekspertë ndërkombëtarë. Kjo tregon që një pjesë e mjekëve



shqiptarë që ushtrojnë Mjekësi Estetike janë të aftë dhe të përgatitur, duke ndjekur kurrikula të strukturuar që ndikojnë drejtpërdrejt në formimin e tyre profesional dhe në ofrimin e shërbimeve sipas standardeve bashkëkohore, por jo të gjithë kanë një rrugëtim të saktë të formimit të tyre profesional dhe kjo shtrën domosdoshmërinë e implementimit të një legjislacioni si në vendet përreth për të përcaktuar saktë se kush lejohet me ligj të kryejë procedura invazive.

A ka ardhur koha që të këtë një Shkollë Pasuniversitare që ofron një kurrikul të saktë e bashkëkohore për mjekët që duan të aplikojnë Mjekësinë Estetike?

Po, ka ardhur koha që në Shqipëri të krijohet një shkollë pasuniversitare e dedikuar për mjekësinë estetike, me kurrikul të standardizuar dhe bashkëkohore. Aktualisht, mjekët që duan të specializohen në këtë fushë ndjekin kurse të shkurtra, workshope apo programe të organizuara nga akademi private, të cilat megjithëse ofrojnë njohuri praktike dhe certifikime, shpesh nuk kanë të njëjtën peshë akademike dhe rregullatore si një program zyrtar pasuniversitar. Krijimi i një shkolle të tillë do të siguronte formim të unifikuar, të kontrolluar nga institucione publike dhe të akredituar ndërkombëtarisht, duke kombinuar teorinë, praktikën klinike dhe etikën profesionale. Një kurrikul e tillë do të ndihmonte jo vetëm në rritjen e kapaciteteve të mjekëve, por edhe në garantimin e cilësisë dhe sigurisë së trajtimeve estetike për pacientët, duke e vendosur Shqipërinë në të njëjtin nivel me vendet e zhvilluara që tashmë e kanë institucionalizuar këtë formim.

A ka ardhur koha që të kemi një rishikim të Ligjit për aplikimet në këtë fushë?

Po, ka ardhur koha që të bëhet një **rishikim i ligjit dhe i rregullave për aplikimin e mjekësisë estetike** në Shqipëri. Aktualisht, praktika e mjekësisë estetike mbulohet pjesërisht nga legjislacioni i përgjithshëm për mjekësinë dhe aktivitetet private shëndetësore, por nuk ekziston një kornizë ligjore të detajuar që të përcaktojë **kualifikimet minimale, licencimin, standardet profesionale dhe kontrollet e sigurisë për procedurat estetike**. Një rishikim i ligjit do të lejonte vendosjen e kritereve të qarta për:

- **Licencimin e mjekëve dhe klinikave** që ofrojnë procedura estetike;
- **Kurrikulat dhe trajnimin** që duhet të ndjekë çdo profesionist;
- **Standardet e sigurisë dhe etikës profesionale;**
- **Monitorimin dhe inspektimin** e praktikave estetike për mbrojtjen e pacientit.

Kjo do të rrisë profesionalizmin, do të parandalojë praktikat jo të sigurta dhe do të vendosë Shqipërinë në një nivel të krahasueshëm me vendet e tjera Evropiane, ku Mjekësia Estetike është e rregulluar me Ligje dhe Kode Etike të qarta.

References:

1. Goel A, Goel A. *From Quackery to Super-Specialization: A Brief History of Aesthetic Surgery*. *Indian J Plast Surg*. 2024 Sep 3;57(6):486-491. doi: 10.1055/s-0044-1789271. PMID: 39734372; PMCID: PMC11679177.
2. Borelli, C., et al. "The Rise of Chemical Peeling in 19th-century European Dermatology: Emergence of Agents, Formulations and Treatments". *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, vol. 34, no. 9, Sep. 2020, pp. 1890-99. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1111/jdv.16307>
3. *Global Survey 2024: Full Report and Press Releases*.

KONFERENCA E PRANVERËS E SHSHK: “AROMË PRANVERORE NË KARDIOLOGJINË”

31 Maj 2025, Shkodër

Në dt. 31 Maj 2025 në Hotel Colosseo, Shkodër u mbajt konferenca “Aromë Pranverore në Kardiologjinë e organizuar nga Shoqata Shqiptare e Kardiologjisë.

Aktiviteti u hap nga Presidentja e Shoqatës dr. Mimoza Lezha e cila përshëndeti kolegët pjesëmarrës, Anëtarët e Komitetit Shkencorë dhe të Komitetit Organizativ, si dhe anëtarët e Sekretarisë që bënë të mundur organizimin e kësaj konference e cila prezanton problematika shumë të rëndësishme në fushën e kardiologjisë duke i parë në këndvështrim të reja bazuar në evidencat e fundi shkecore Evropiane dhe Botërore . Më pas konferencën e përshëndeti dr. Dritan Trepça, Presidenti i UMSH, i cili theksoi rëndësinë e rifreskimit të njohurive jo vetëm të mjekëve kardiologë por edhe të mjekëve të familjes, me qëllimin e vetëm për tju ofruar pacientëve shërbime sa më koherente. Gjithashtu dr. Trepça theksoi rëndësinë e shtimit të aktiviteteve të edukimit të vazhdueshëm mjekësor. Konferenca u përshëndet edhe nga dr. Holta Duda, Presidente e Këshillit Rajonal Shkodër, e cila falenderoi komitetin organizativ për organizimin e kësaj konference në Shkodër, jo vetëm për mjekët kardiologë por edhe për gjithë mjekët e rajonit Shkodër e më gjërë.

Konferenca vijoi me seancën e parë: Studime klinike të kryera në Shërbimin e Kardiologjisë, QSUT

- Inpakti i fluksit TIMI preprocedural të arteries kulprite në ecurinë afat shkurtër dhe afatmesme të pacientëve me STEMI që i nënshtrohen PCI-se primare. *Dr. Kevin Bektasha*
- Korelacioni i UACR me Sëmundjen e arterieve koronare. *Dr. Edison Koltraka*
- Variacioni circadian i shfaqes së infarktut Akut të Miokardit dhe impakti mbi trajtimin dhe ecurinë e pacientëve. *Dr. Kejsi Bame*
- Ecuria 2-vjeçare e pacientëve të paraqitur me STEMI shumë-vazal, të trajtuar me PCI në një etapë (imediati) ose në dy etapa (staged). *Dr. Denisa Metani*
- Efekti i trajtimit prespitalor me barna antiagregante mbi formën e prezantimit klinik dhe ecurinë afatshkurtër të pacientëve me sindrom koronar akut. *Dr. Marigena Eqimi*
- Ecuria afatgjatë klinike dhe ekokardiografike e pacientëve me MINOCA, Takotsubo, disekacion spontan i arterieve koronare. *Dr. Bruna Kurti*

Seanca e dytë: Raste klinike nga praktika e përditëshme kardiologjike

- PCI emergjente e TK vs CABG në një pacient me Sëmundje multivazale koronare dhe stenoze kritike të TK. Dr. Ndriçim Kallashi, *Dr. Edison Koltraka*
- Pseudoaneurizëm i Ao ascendente post CABG, nga një shkak i pazakontë. Rast unik në literaturën botërore. *Dr. Endri Harja*
- Përfshirja kardiovaskulare në një rast me sklerodermi. Dr. Mimoza Lezha, *Dr. Arber Gjermani, Dr. Gentian Mehmeti*
- Amiloidoza sistemike primare me prekje severe kardiake - Një rast me ecuri fulminante. *Dr. Gledis Zaimi*
- Rimodelimi i plotë i rrënjës së aortës sipas Yacoub shoqëruar me unazë subvalvulare të jashtme sipas Lansac në një pacient me aneurizëm të rrënjës së aortës e Ao ascendente shoqëruar me insuficiencë të përparuar të valvulës të aortës. *Dr. Klodian Krakulli, Dr. Fation Hamiti*



ASAMBLEJA E PËRGJITHSHME E SHOQATËS MJEKËSORE GJERMANE

27-28 Maj 2025
Leipzig, Gjermani

Në vazhdimin e traditës shumë vjeçare më 27-28 Maj 2025 u mbledh “Asambleja e Përgjithshme e 129-ta” në qytetin e Leipzigut. Si çdo vit edhe kësaj radhe ishin të ftuar përfaqësues nga organizatat profesionale homologe nga shumica e vendeve evropiane, nga kontinentet e tjera. Edhe nga UMSH ishin ftuar Dr. Fatmir Brahimaj dhe Znj. Kontilia Rapo. Për mysafirët ndërkombëtar veprimtaria u parapri nga një vizitë në kopshtin zoologjik të Leipzigut si dhe një pritje e ofruar nga dega lokale e GMA në Leipzig.

Ceremonia hapëse e kësaj veprimtarie të rëndësishme u zhvillua në mëngjesin e dt. 27 Maj në kishën e Shën Nikollës në Leipzig, e konsideruar si vendi i besimit, paqes dhe revolucionit. Në këtë kishë prej shekujsh njerëzit jo vetëm faleshin për besimin e tyre fetar, por diskutonin edhe probleme të tyre të përditshme, flisnin dhe dëgjonin njëri-tjetrin pastaj mernin vendimet e duhura, për ti zgjidhur ato. Më tej faleshin përsëri duke u lutur që vendimet e marra të realizoheshin.

Gjatë kësaj ceremonie u dëgjuan përshëndetjet nga drejtuesi i Dhomës së Mjekëve të Landit të Saksonisë, Ministri i Landit të Saksonisë, Këshilltari për Shëndetësinë dhe çështjet sociale, Kryetari i Bashkisë së Leipzigut, Presidenti i Shoqatës Mjekësore Gjermane Dr. Klaus Reinhardt si dhe Ministri Federal i Shëndetësisë z. N. Warken MdB. Midis fjalimeve kishte intervale muzikore, dhe ju dha Medalionit i Nderit disa Personaliteteve Mjekësore Gjermane. Punimet e Asamblesë u zhvilluan në Qendrën e Kongreseve të Leipzigut.

Sipas traditës filluan me një fjalim përshëndetës të Presidentit të Shoqatës Mjekësore Gjermane Dr. Klaus Reinhardt, si dhe thirrjen në emër të çdo mysafiri të ftuar ndërkombëtar. Më tej u dëgjua fjala përshëndetëse e presidentit të WMA Dr. Ph. Ashoh.

Seanca pasuese ju dedikua përdorimit të inteligjencës artificiale (AI) në mjekësi. Ajo titullohej: Inteligjenca Artificiale në Mjekësi: Formatimi i të ardhmes së kujdesit shëndetësor nga prespektiva mjekësore. Në të u diskutua shumë çështje si: futja gjithnjë e më tepër e AI në praktikën mjekësore (avantazhe dhe pasiguri), detyrimet Etike, sigurimet e të dhënave dhe privatësisë së pacientit, ndikimet në marrëdhëniet mjek-pacient, aspekte ligjore, etj...

Në seancat pasuese u diskutuan probleme të trajnimit gjatë specializimeve të mjekëve, çështje të rimbursimit të barnave dhe shërbimeve mjekësore, perspektiva të abortit në gjermani, etj...

Seancat e fundit ju kushtuan problemeve të GMA si; amendime statutoe, çështje financiare, aprovime të aktiviteteve që parashikohen për vitin pasues, etj... Duhet të nënvizojmë se pjesëmarrja në këtë veprimtari të përvitshme është një mundësi e mirë për të takuar dhe shkëmbyer mendime me përfaqësues të organizatave homologe nga shume vende. Po ashtu në një takim të veçantë më dt. 28 Maj, përfaqësuesit e vendeve anëtare të ZEVA u takuan për të hartuar axhendën e takimit të ardhshëm në Shkup të këtij forumi të rëndësishëm mjekësor.



TRAJTIMI I SINUSIT PILONIDAL SAKROKOKSIGEAL ME FLAP KUTAN SIPAS LIMBERG

¹ Prof. Asc. Valbona BILALI, ² Dr. Sokol BILALI, ³ Dr. Arben BANUSHI, ³ Dr. Silva GURI, ² Dr. Edmond LEKA, ² Inf. Erget MARA, ² Inf. Orman ÇYRBIA

¹Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti Mjekësisë, Tiranë

²Shërbimi i Kirurgjisë, “Spitali Rajonal Durrës”

³Shërbimi Anestezi-Reanimacionit, “Spitali Rajonal Durrës”

Abstract

Sacrococcygeal pilonidal sinus is a pathology that is often found in men and in young age. This case study with the Limberg flap was performed in a patient with recurrent pilonidal sinus and multiple fistulous buttons outside the median line, on both sides of it. The patient underwent surgical intervention, with minimal postoperative pain, who returned to work after 3 weeks. The patient during outpatient treatment suffered minimal dehiscence in the upper part of the wound. The wound healed after 6 weeks with regular daily changes of dress clothing and the use of local antiseptics. The Limberg flap showed to be very useful in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus in terms of postoperative pain, hospital stay and rapid return to work.

Hyrje

Sinusi pilonidal sakrokoksigeal është sëmundje që thuhet se haset më shpesh në popullatën adulte, veçanërisht tek meshkujt, duke shkaktuar morbiditet si nga sëmundja dhe ndërhyrja kirurgjikale. Emri sëmundja pilonidale është marrë nga kuptimi latin i fjalës “nest of hair” (fole me qime). Incidenca haset në 26 për 100,000 njerëz^(1,2). Përgjithësisht shfaqet si cyst, absces ose trakt sinusal me ose pa rrjedhje sekrecionesh⁽³⁾. Meshkujt preken më shpesh se femrat⁽¹⁾, si dhe është e rrallë para pubertetit si dhe pas moshës 40 vjeç⁽⁴⁾. Etiologjia e sinusit pilonidal është e debatueshme. Kjo patologji është përshkruar nga Mayo në vitin 1833, i cili sugjeroi se kjo patologji ka origjinë kongenitale prej qelizave epidermale postkoksigeale të lineas epiteliale. Aktualisht mendohet se mund të ketë dhe origjinë të fituar⁽⁵⁾, e cila bazohet në observimet që, trakti kongenital nuk përmban qime. Teoria më e pranuar është se faktor rreziku janë traumat lokale në regjonin koksigeal, higjiena e varfër në atë zonë, njerëzit leshator si dhe prezenca e meslineas së thellë intergluteale⁽⁶⁾.

Karydakís propozoi tre faktorë kryesorë që shkaktojnë sëmundje, që janë sasia e tepërt e qimeve në regjonin koksigeal, forcë ekstreme fërkimi rreth asaj zone, si dhe vulnerabiliteti i infeksionit⁽⁷⁾. Këto qime shkaktojnë reaksion inflamator, që më pas prodhojnë sinuse dhe trakte që drenojnë në mënyrë kronike dhe shpesh mund të japin infeksione sekondare dhe formim abscesesh.



Menaxhimi i sinusit pilonidal sakrokoksigeal varion nga heqja e qimeve rreth folikulit, higjienë të mirë të zonës koksigeale, ekscizion dhe shërim sipas *secondary intention*, ekscizionin dhe mbylljen primare si dhe ekscizion me avancim të flapit kutan⁽⁸⁾. Qëllimi kryesor i trajtimit është shmangia e përsëritjes së sëmundjes; literatura sugjeron që rekurenca haset 10-30%, pavarësisht teknikave të përdorura^(9,10). Rekurenca i atribuohet kryesisht lënies së trakteve të fistulës, suturave në linean e mesme të cilat shkaktojnë më shumë trauma në meslinea si dhe infeksione të përsëritura⁽¹¹⁾.

Flap-i romboid Limberg për sinusin pilonidal sakrokoksigeal u dizajnua nga Limberg në 1946⁽¹²⁾, i cili përshkroi teknikën me flap transpozicional duke mbuluar defektin në formë rombi. Dizajnimi i flap-it Limberg lejon që mbyllja e defektit në formë rombi nga vendi donor, të jetë pa tension. Vaskularizimi flap-it Limberg bëhet nga arteriet gluteale superior dhe sakrale laterale, të cilat marrin origjinë nga arteria iliake interne. Arteriet sakrale laterale hyjnë në foraminat sakrale anteriore në pelvis dhe dalin nga pelvis nëpërmjet foraminave sakrale posteriore, duke furnizuar lëkurën dhe muskujt e pjesës posteriore të sakrumit duke formuar komunikim vaskular të bollshëm me degët e arteries gluteale superior mbi muskujt gluteus maximus⁽¹³⁾.

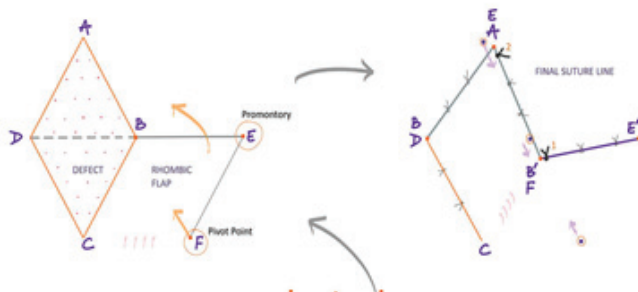
Ky flap është i lehtë të kryhet, duke vendosur suturat larg lineas mediane, duke reduktuar macerimin nga djersitja, erozionet dhe formimin e indin cikatricial. Kjo teknikë paraqitet me shkallë të ulët infeksioni dhe recidive.

Qëllimi i këtij rasti studimor është të përshkruaj rezultatin tonë në përdorimin e flap-it Limberg për sëmundjen sinusale pilonidale sakrokoksigeale recidivante.

Paraqitje rasti dhe Procedura kirurgjikale

Në kabinetin e proktologjisë në “Spitalin Rajonal Durrës”, paraqitet një pacient me Fistul Sakrokoksigeale recidivante. Në ekzaminimin objektiv në rregjonin koksigeal shiheshin shumë butona fistulozë, të cilët ishin vendosur dhe në linean e mesme dhe butona të shumtë fistulozë në të majtë dhe të djathtë meslineas anokoksigeale. Pacientit iu shpjegua interveni që do të kryhej, i cili dha konsentin për intervenin kirurgjikal.

Pacienti u vendos në pozicion përmbys në shtratin operator, pas bërjes së anestezisë spinale. Muskujt gluteale hapen lehtësisht nëpërmjet një shiriti adeziv. Fillimisht bëhet vizatimi në formë rombi mbi regjonin koksigeal duke përfshirë të gjitha butonat fistuloz (pits) në meslinea si dhe anash saj. Aksi i gjatë i vizatimit romboid në meslinea është A-C, ku pika A është kufiri i sipërm dhe C kufiri i poshtëm i incizionit. Linea B-D është meslinea transversale e këtij rombi e cila kryqëzohet në meslinean e aksit A-C. Segmenti B-E është vazhdim direkt i aksit B-D dhe duhet të jetë në gjatësi të barabartë me incizionin A-B, për të cilin do të suturohet pas bërjes së rotacionit të flapit kutan (Fig.1).



I KAZUISTIKË

Lëkura dhe indi dhjamor subkutan excizohet poshtë deri në fascien e thellë dhe zona romboide përfshin të gjitha traktet sinusale (Fig 2).

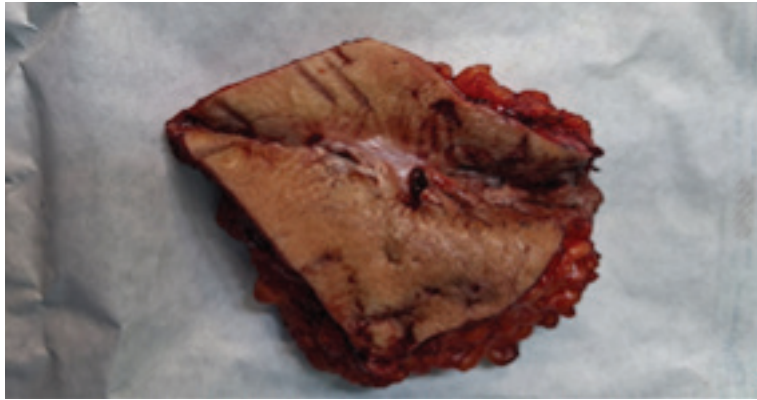


Fig.2

Bëhet shpëlarja e plagës me sol. Fiziologjik dhe bëhet hemostazë e kujdesshme. Më pas bëhet transpozicioni i flap-it kutan për të mbuluar defektin romboid të meslineas. Flap-i dhe vendi donor mbyllen primarisht me material të absorbueshëm që përfshin të gjithë indin subkutan. (Fig 3).



Fig.3

Përpara se të mbyllem plagën me sutura vendosëm një dren aspirativ, të cilin e lamë për 5 ditë, për të parandaluar hematomat subkutane dhe sekrecionet seroze. Më pas plaga u mbyll me sutura të veçanta në të gjithë gjatësinë e saj (Fig 4). Pacienti doli nga spitali pas tre ditësh. Pacienti u



Fig.4



trajtua me antibiotikë për 7 ditë, fillimisht intravenoz dhe më pas me tableta. Suturat iu hoqën ditën e 11 post operatore. Pacienti u këshillua mos ti bënte presion, vendit të flapit kutan për një periudhë 3-4 javore. Pacienti u kthye për vizita postoperative 1 herë në javë për një periudhë 4 javore (Fig.5).



Fig.5

Diskutime

Sinusi pilonidal sakrokoksigeal është trakt epitelial në lëkurën e meslineas intergluteale (natal cleft), që përmban shpesh herë qime. Shkaku kryesor për formimin e këtij sinusi janë hirsutizmi, djersitja në këtë zonë, macerimet e përsëritura për shkak të traumës, që shkatëojnë thyerje të barrierave kutane, duke tërhequr qime në brendësi, e cila inicion reaksionin nga trupa të huaj që çojnë më pas në infeksione me absces ose formim të sinusit. Trajtimi kirurgjikal për këtë sinus është shpesh ekscizioni deri në thellësi të fascies sakrokoksigeale, por hapi tjetër se çfarë duhet të bësh me defektin është pjesa më sfiduese.

Në këtë këndvështrim, kirurgët duhet të kenë parasysh komplikacionet tek pacientët, dhimbjet post-operatore, infeksionet, përqindjen e rekurencës, ditëqëndrimin në spital, ndërrimin e garzave në plagë si dhe pamjen kozmetike të zonës ku është bërë ndërhyrja.

Studime të ndryshme kanë sugjeruar që ekscizioni romboid dhe mbyllja me flapin Limberg transpozicional, është trajtim i zgjedhur për sëmundjet sinusale pilonidale sakrokoksigeale me shumë butona fistulozë(14-17). Këto studime sugjerojnë që flapi Limberg prodhon rezultate më të mira krahasuar me trajtimet e tjera kirurgjikale, duke patur parasysh përsëritjen e sëmundjes, dështimin e flapit dhe komplikacionet e tjera. Mbyllja e defektit me transpozicion të flap-it, si flap-i Limberg, rekomandohet zakonisht për të reduktuar tensionin në plagë. Kjo procedurë me flap kutan shpesh herë është më e mirë sesa ekscizion dhe mbyllje, marsupializim të plagës, procedurat e tjera me flap si Bascom(18) dhe Karydak(19).

Katsoulis trajtoi 25 pacientë, ku 16 prej tyre nuk patën rekurencë të patologjisë(20). Aslam kishte 110 pacientë ku 5 prej tyre patën komplikacione dhe 1 pati rekurencë(21). Mentis dhe Urhan ishin studime të tjera me këtë teknikë(22,23). Në rastin tonë pacienti pati vetëm dehishencë të suturave në këndin e sipërm të plagës, që me kalimin e javëve u mbyll plotësisht.



Konkluzion

Trajtimi i sinusi pilonidal sakrokoksiogeal recidivant dhe me shumë butona fistuloz, me flap kutan sipas Limberg, shkakton lehtësi të simptomave tek pacientët. Kjo teknikë është jo shumë e vështirë për tu kryer, e cila pasohet me komplikacione minimale dhe rekurencë të pakët. Komplikacioni që haset më shpesh është dehishienca e suturave si dhe më e rrallë flakja e flapit kutan. Avantazhet më të mëdha të kësaj metode janë shërimi më i shpejtë i plagës në krahasim me metodën e hapur, ditëqëndrim më të pakët në spital si dhe kthimin më të shpejtë në aktivitetin ditor në punë.

Referencat:

1. Ferri FF. *Ferri's clinical advisor* 2018. Philadelphia: Elsevier; 2018
2. Hodges RM. Pilo-nidal sinus. *Boston Med Surg J* 1880;103: 485-86
3. Karydakos GE. *Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process.* Aust NZ J Surg 1992; 62:385-9
4. Limberg AA. *Mathematical principles of local plastic procedures on the surface of the human body.* Leningrad: Medgiz; 1948
5. Limberg AA. *Design of local flaps.* In: Gibson T, editor. *Modern trends in plastic surgery.* Vol. 2. London: Butterworth; 1966. p. 38-61
6. Akca T, Colak T, Ustunsoy B, et al. *Randomized clinical trial comparing primary closure with the Limberg flap in the treatment of primary sacrococcygeal pilonidal disease.* Br J Surg 2005; 92:1081-4
7. Abu Galala KH, Salam IM, Abu Samaan KR, et al. *Treatment of pilonidal sinus by primary closure with a transposed rhomboid flap compared with deep suturing: a prospective randomised clinical trial.* Eur J Surg 1999; 165:468-72
8. Ertan T, Koc M, Gocmen E, et al. *Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery?* Am J Surg 2005;190: 388-92
9. Dass TA, Zaz M, Rather A, et al. *Elliptical excision with midline primary closure versus rhomboid excision with Limberg flap reconstruction in sacrococcygeal pilonidal disease: a prospective, randomized study.* Indian J Surg 2012; 74:305-8
10. Tavassoli A, Noorshafie S, Nazarzadeh R. *Comparison of excision with primary repair versus Limberg flap.* Int J Surg 2011; 9:343-6
11. Arslan K, Said Kokcam S, Koksali H, et al. *Which flap method should be preferred for the treatment of pilonidal sinus? A prospective randomized study.* Tech Coloproctology 2014; 18:29-37
12. Steele SR, Perry WB, Mills S, et al. *Practice parameters for the management of pilonidal disease.* Dis Colon Rectum 2013; 56:1021-7
13. Gray H, Lewis WH. *Anatomy of the human body.* 20th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1918
14. Akca T, Colak T (2005) *Primary closure with Limberg flap in treatment of pilonidal sinus-randomized clinical trial.* BJS 5074:1081-1084
15. Azab AS, Kamal MS, Saad RA, Abount AL, Atta KA, Ali NA (1984) *Radical cure of pilonidal sinus by a transposition rhomboid flap.* BJS 71(2):154-155
16. Kapan M, Kapan S, Pekmezci S, Dugun V (2002) *Sacrococcygeal pilonidal sinus disease with Limberg flap repair.* Tech Coloproctol 190:388-392
17. Farquharson EL, Rintoul RF (2005) *Farquharson's Textbook of operative general surgery, 9th edn.* Hodder Arnold Publication, London, pp 457-458
18. Bascom J (1980) *Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment.* Surgery 87:567-572
19. Karydakos GE (1992) *Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process.* Aust NZJ Surg 62:385-389
20. Katsoulis IE, Hibberts F, Carapeti EA (2006) *Outcome of treatment of primary and recurrent pilonidal sinus with Limberg flap.* Surgeon 4(1):7-10, 62
21. Aslam M, Choudhry A (2009) *Use of Limberg flap for pilonidal sinus—a viable option.* J Ayub Med Coll Abbottabad 21(4)
22. Urhan MK, Kuckel F, Topgul K, Ozer I, Sari S (2002) *Rhomboid excision and Limber flap for managing pilonidal sinus: results of 102 cases.* Dis Colon Rectum 45:656-659
23. Montes BB, Leventoglu S, Cihan A, Tatlicioglu E, Akin M, Oguz M (2004) *Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus.* Surg Today 34(5):419-423



ROLI I TERAPISË ME PLAZMË TË KONCENTRUAR ME TROMBOCITE NË TRAJTIMIN E GONARTROZËS

Dr. Artan BANO¹, Dr. Dritan PASKU², Dr. Arsen SEFERI³, Dr. Erion OSTRENI⁴, Dr. Rene BARAJ¹, Dr. Vera OSTRENI⁵

¹Klinika II Ortopedike, Spitali Universitar i Traumës, Tiranë, Shqipëri

²Departamenti Kirurgjisë Spinale Queen Medical Centre, Universiteti i Nottighamit, UK

³Departamenti Neurokirurgjisë Spitali Universitar 'Nënë Tereza', Tiranë, Shqipëri

⁴Ortoped Gjermani

⁵Departamenti i Histologjisë, Spitali Universitar 'Nënë Tereza', Tiranë, Shqipëri

Korespondencë: Artan Bano; banoaran@gmail.com

Abstract

Knee osteoarthritis is a common degenerative pathology, responsible for knee pain and impaired mobility, significantly affecting patients' quality of life. Multiple conservative treatment modalities exist, including physiotherapy, symptomatic pain medications, corticosteroid injections, hyaluronic acid injections, knee supports, and weight management. Surgical options such as arthroscopy, osteotomies, joint distraction and joint replacement are also used. Platelet-rich plasma (PRP) therapy is a modern biological method that aims to promote tissue regeneration through concentrated growth factors derived from the patient's own blood. In recent years, an increasing body of evidence has supported the use of PRP in the management of osteoarthritis.

Objective: *To highlight the role of PRP therapy, based on its specific indications and contraindications, in the treatment of knee osteoarthritis.*

Materials and Methods: *A total of 32 patients with knee osteoarthritis of varying grades were treated with PRP injections. Outcomes were assessed over a three-month follow-up period.*

Results: *A significant improvement was observed in both pain levels and knee function at one and three months after PRP injection. Outcomes were evaluated using the Oxford Knee Score.*

Conclusions: *PRP injections are a safe and effective treatment option for knee osteoarthritis, particularly in its early stages. They represent a valuable therapeutic alternative, especially for patients with contraindications to surgical intervention.*

Hyrje

Artroza e gjurit, e njohur ndryshe si osteoartrozë e gjurit, apo gonartrozë është një nga patologjitë më të shpeshta kronike të sistemit muskulo-skeletor, që prek miliona njerëz në mbarë botën, veçanërisht individët mbi moshën 50 vjeç. Kjo sëmundje karakterizohet nga dëmtimi progresiv i kërcit artikular i cili ndiqet nga ngushtimi i hapësirës artikulare, formimi i osteofiteve me ndryshime në strukturën

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

osteokondrale, me rrjedhojë dhimbje të vazhdueshme dhe kufizim të lëvizjeve të gjurit. Kjo patologji ndikon negativisht edhe në shëndetin psikologjik dhe mirëqenien sociale të pacientëve, duke e bërë menaxhimin e saj një sfidë të vazhdueshme për profesionistët e shëndetit.

Metodat tradicionale të trajtimit, si përdorimi i analgjezikëve, antiinflamatorëve jo-steroidë (NSAIDs), injeksionet intra-artikulare me kortikosteroide, acid hialuronik dhe terapi fizikale, synojnë kryesisht lehtësimin e simptomave, por nuk ndikojnë në ndalimin apo përmirësimin e procesit degenerativ. Në raste më të avancuara, ndërhyrjet kirurgjikale si osteotomia, artrodiatasis, artroskopia dhe artroplastika e gjurit bëhen të domosdoshme, por ato shoqërohen me risk të rritut për komplikacione të mundshme si dhe dhe një kohë të gjatë rikuperimi.

Në këtë kontekst, kërkimi për alternativa efektive, të sigurta dhe me ndërhyrje minimale ka sjellë në vëmendje trajtimet biologjike, me fokus të veçantë të plazmës së pasur me trombocite (PRP – Platelet Rich Plasma). PRP është një produkt autolog, i përfshuar nga gjaku i vetë pacientit, i cili pas një procesi centrifugimi përqendrohet me trombocite dhe faktorë të shumtë të rritjes si PDGF, TGF- β , VEGF, IGF-1, të cilët luajnë një rol kyç në rigjenerimin e indeve. Aplikimi i PRP-së në trajtimin e artrozës së gjurit është një ndër zhvillimet më të rëndësishme të dekadës së fundit në ortopedi dhe mjekësinë sportive. Studime të shumta klinike kanë treguar se PRP mund të përmirësojë ndjeshëm dhimbjen, funksionin e gjurit dhe cilësinë e jetës të pacientit me artrozë të lehtë deri në të moderuar, me efekte afatmesme dhe ndonjëherë afatgjata, pa rrezikun e efekteve anësore të rënda^(1,2,3,4).

Qëllimi i këtij artikulli është të theksojë në mënyrë të detajuar rolin e PRP në menaxhimin e artrozës së gjurit, duke analizuar efektivitetin e saj, kriteret për përzgjedhjen e pacientëve të përshtatshëm dhe sfidat e ardhshme që lidhen me standardizimin e këtij trajtimi. Për më tepër, do të eksplorojmë edhe llojet e ndryshme të PRP-së (me ose pa leukocite), mënyrat e administrimit dhe protokollet më të rekomanduara në praktikën klinike.

Metoda dhe pacientë

Ky studim prospektiv përfshiu një grup prej 32 pacientësh të diagnostikuar me artrozë të gjurit në fazë të lehtë deri në të moderuar gradë I-II–III dhe IV sipas klasifikimit radiologjik Kellgren-Lawrence⁽⁵⁾, të cilët trajtohen me injeksione intra-artikulare me plazmë të pasur me trombocite (PRP). Pacientët plotësuan Oxford knee score⁽⁶⁾ përpara trajtimit dhe në rikontrollet e tyre. Pas konsultës dhe diskutimit për anët positive dhe negative, një injeksion i vetëm plazme të koncentruar u injektua në gju.

Përzgjedhja e pacientëve:

Numri total: 32 pacientë (21 femra dhe 11 meshkuj);

Mosha e pacientëve nga 35-79 me moshë mesatare 59.9 vjeç;

Kriteret e përzgjedhjes së pacientëve: Dhimbje persistente në gju për më shumë se 3 muaj, diagnostikim radiologjik i osteoartritit të gjurit, mos marrje e injeksioneve me kortikosteroide, acid hialuronik në 6 muajt e fundit.

Kriteret e përjashtimit: Infeksione aktive, sëmundje hematologjike ose çrregullime të koagulimit, përdorimi i barnave antikoagulate dhe antiinflamatoreve jo steroide për 2 javë, pacientë me sëmundje reumatologjike të shoqëruara, historik sëmundjesh karcinomatoze, shtatzania, mosha nën 18 vjeç dhe mbi 80 vjeç.



Procedura:

- Përpara procedurës pacientët u instruktuan të shmangin përdorimin e antiinflamatorëve për 2 javë dhe u inkurajuan të marrin 2-3 litra lëngje ditën e procedurës.
- Nga secili pacient u morën 54 ml gjak venoz në një tub steril me 6 ml antikoagulant sodium citrate.
- Mostrat u centrifuguan sipas protokollit standard (4500 rpm për 2 minuta) për të ndarë plazmën e pasur me trombocite (PRP).
- Plazma e pasur me trombocite u centrifugua për herë të dytë (4500 rpm për 4 minuta)
- Rreth 15 ml plasmë u largua dhe rreth 7 ml plasmë e mbetur u përziej me trombocitet e ngjitura në fund të kontenitorit.
- 6.5 ml PRP e pasur me trombocite u injektuan në mënyrë aseptike në artikulacionin e gjurit, nën drejtimin e palpimit ose ekografisë në portën suprapatelare.
- Një analizë gjak komplet u dërgua për matje të nivelit të trombociteve në gjakun periferik
- 0.5 ml plasmë e koncentruar u dërgua në laborator për matje të trombociteve nëpërmjet metodës së fluorocitometrisë.
- Të gjithë pacientët morën 1 injeksion dhe ndoqën udhëzime standarde postprocedure.

Matja e rezultateve:

Vlerësimi i gjendjes funksionale dhe simptomave u bë përmes Oxford Knee Score OKS u regjistrua në tre pika kohore: Para fillimit të trajtimit, 1 muaj pas trajtimit dhe 3 muaj pas trajtimit.

Rrezultate

Pas përfundimit të trajtimit me injeksion PRP të koncentruar dhe ndjekjes 3-mujore, u vu re një përmirësim domethënës në simptomat dhe funksionalitetin e gjurit sipas rezultateve të Oxford Knee Score (OKS).

Koha e matjes	OKS mesatar
Para trajtimit (baza)	21.2
Një muaj pas trajtimit	30.6
Tre muaj pas trajtimit	34.2

Rritja mesatare nga vlera bazë në 1 muaj ishte +9.4 pikë

Rritja totale në 3 muaj ishte +13 pikë, e cila u konsiderua klinikisht dhe statistikisht domethënëse.

Përmirësimi sipas pacientëve:

28 nga 32 pacientë (87.5%) raportuan përmirësim të ndjeshëm në dhimbje dhe funksion.

4 pacientë (12.5%) kishin përmirësim minimal ose të kufizuar.

Nuk u shënuan efekte anësore gjatë ose pas injeksioneve.

Diskutim

- Rezultatet e këtij studimi tregojnë se trajtimi me plazmë të pasur me trombocite (PRP) është një metodë efektive dhe e sigurt për përmirësimin e simptomave dhe funksionalitetit të gjurit tek pacientët me artrozë të lehtë deri të moderuar. Rritja e ndjeshme e Oxford Knee Score në periudhën pas trajtimit,



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

veçanërisht deri në muajin e tretë, është në përputhje me gjetjet e literaturës ndërkombëtare, ku PRP ka treguar përfitime klinike të konsiderueshme në reduktimin e dhimbjes dhe rritjen e lëvizshmërisë.

- Mekanizmi biologjik i PRP-së⁽⁷⁾ lidhet me përqendrimin e faktorëve të rritjes si PDGF, TGF- β , IGF-1 dhe VEGF, të cilët stimulojnë riparimin e indeve, reduktojnë inflamacionin dhe përmirësojnë mjedisin intra-artikular. Kjo terapi autologe, për shkak të natyrës së saj jo të huaj për organizmin, ka një profil të lartë sigurie dhe tolerohet mirë nga shumica e pacientëve.
- Në këtë studim, 87.5% e pacientëve raportuan përmirësim klinik, çka sugjeron një përqindje të lartë përgjigjeje ndaj trajtimit. Përmirësimi gradual nga muaji i parë në të tretin sugjeron se efektet e PRP-së janë progresive dhe mund të vazhdojnë edhe përtej 3 muajve. Megjithatë, për të vlerësuar plotësisht qëndrueshmërinë e efekteve dhe për të përcaktuar frekuencën optimale të injeksioneve, kërkohen studime me ndjekje më të gjatë dhe grupe krahasimi me placebo ose trajtime të tjera (si acidi hialuronik).
- 4 pacientë me OKS shumë të ulët vuajnë nga gonartrozë grada e katërt me indikacion kirurgjikal për endoprotezim total, por që nuk janë trajtuar në mënyrë kirurgjikale për shkak të riskut të lartë të komplikacioneve peri dhe postoperative.

Konkluzione

Trajtimi me PRP paraqet një alternativë premtuese, biologjike dhe minimalisht invazive për menaxhimin e artrozës së gjurit në stadet e hershme dhe të moderuara. Studimi ynë tregoi një përmirësim të ndjeshëm klinik të simptomave dhe funksionalitetit pas tre injeksioneve të PRP-së, pa efekte anësore serioze.

Rekomandohet që PRP të konsiderohet si pjesë e protokolleve konservative të trajtimit të artrozës së gjurit, veçanërisht për pacientët që nuk janë kandidatë për ndërhyrje kirurgjikale ose që kërkojnë alternativa më natyrale dhe të personalizuar.

Mirënjohje

Falenderojmë ADF për mbështetjen në këtë projekt kërkimor shkencor.

Referenca:

1. Patrick A. Smith, MD Intra-articular Autologous Conditioned Plasma Injections Provide Safe and Efficacious Treatment for Knee Osteoarthritis: An FDA-Sanctioned, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Clinical Trial. *The American Journal of Sports Medicine* Volume 44, Issue 4 2016
2. Aw AAL, Leeu JJ, Tao X, Bin Abd Razak HR Comparing the efficacy of dual Platelet-Rich Plasma (PRP) and Hyaluronic Acid (HA) therapy with PRP-alone therapy in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Exp Orthop*. 2021 Nov 4;8(1):101.
3. Fuggle NR, Cooper C, Oreffo ROC, Price AJ, Kaux JF, Maheu E, Cutolo M, Honvo G, Conaghan PG, Berenbaum F, Branco J, Brandi ML, Cortet B, Veronese N, Kurth AA, Matijevic R, Roth R, Pelletier JP, Martel-Pelletier J, Vlasovska M, Thomas T, Lems WF, Al-Daghri N, Bruyère O, Rizzoli R, Kanis JA, Reginster JY. Alternative and complementary therapies in osteoarthritis and cartilage repair. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Apr;32(4):547-560.
4. Cao Y, Luo J, Han S, Li Z, Fan T, Zeng M, Wen X, Peng Y, Jiang L, Han W, Lin L, Fu SN, Hunter DJ, Ding C, Li L, Zhu Z. A model-based quantitative analysis of efficacy and associated factors of platelet rich plasma treatment for osteoarthritis. *Int J Surg*. 2023 Jun 1;109(6):1742-1752.
5. Kohn, Mark D. BAI; Sassoon, Adam A. MD1; Fernando, Navin D. MD Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 474(8):p 1886-1893, August 2016.
6. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *J Bone Jt Surg - Ser B*. 1998;80(1):63-69.
7. Nikil Kumar Jain, Minkle Gulati. Platelet-rich plasma: a healing virtuoso. *Blood Res*. 2016 Mar 25;51(1):3-5.



INFLAMACIONI SUBKLINIK: HALLKA BIOLOGJIKE E PADUKSHME NË NDËRLIDHJET KARDIOMETABOLIKE DHE NEURODEGENERATIVE

Dr. Ronaldo DEMHASAJ; Dr. Klevisa PJETRI

1. Abstract

Background Subclinical inflammation, defined as a chronic, low-grade, and clinically silent activation of the immune system, is increasingly recognized as a central pathogenic mechanism linking cardiometabolic and neurodegenerative diseases. Unlike acute inflammation, it progresses without overt symptoms yet is detectable through a spectrum of biomarkers including high sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor alpha (TNF- α), fibrinogen, D-dimer, homocysteine, apolipoprotein B100, vitamin D deficiency, and alterations in the neutrophil-to-lymphocyte ratio. Despite their clinical relevance, these biomarkers are frequently neglected in daily practice.

Methods A critical review of more than 100 studies (2005–2025), encompassing meta-analyses, prospective and retrospective studies, and systematic reviews, demonstrates that subclinical inflammation contributes significantly to endothelial dysfunction, insulin resistance, dyslipidemia, oxidative stress, and neurodegeneration.

Results The evidence highlights multiple pathophysiological pathways, including met inflammation driven by visceral adiposity and nutrient excess, vasculo-inflammatory processes involving endothelial activation and oxidative stress, neuroinflammation mediated by microglial and astrocytic activation, and immunosenescence-related “inflammaging.” These processes interact dynamically, amplifying cardiometabolic dysfunction and neurodegenerative progression. Clinically, subclinical inflammation is implicated in the onset and progression of atherosclerosis, hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, and cardio-renal-metabolic syndrome. In neurology, it underlies Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, multiple sclerosis, dementia, and psychiatric comorbidities. Biomarkers such as hs-CRP (>3 mg/L), IL-6 (>2 pg/ml), TNF- α (>8 pg/ml), and fibrinogen (>4 g/L) have demonstrated predictive value, while cost-effective measures such as the neutrophil-to-lymphocyte ratio provide practical tools for risk stratification. Notably, vitamin D deficiency and elevated homocysteine are early predictors of neurodegenerative decline. Therapeutic perspectives emphasize both lifestyle interventions (Mediterranean diet, physical activity, weight reduction) and pharmacological agents with anti-inflammatory properties, including statins, GLP-1 receptor agonists, SGLT2 inhibitors, and colchicine. Nutraceuticals such as omega-3 fatty acids, vitamin D, curcumin, resveratrol, and antioxidants also show promise, while novel biological therapies targeting IL-1 β , IL-6, and inflammasome pathways represent emerging strategies. In populations with a high prevalence of chronic diseases, such as Albania, systematic evaluation of subclinical inflammation in primary healthcare settings is essential. Routine laboratory screening of inflammatory biomarkers offers an opportunity to delay disease progression, improve the cost-effectiveness of therapies, and reduce the socioeconomic burden of chronic illnesses. Subclinical inflammation should therefore be regarded not only as a hidden biological link but also as a strategic target for preventive and personalized medicine.



Conclusions Subclinical inflammation emerges as a unifying mechanism at the crossroads of cardiometabolic and neurodegenerative disorders. Its early detection through accessible biomarkers such as hsCRP, IL-6, TNF- α , fibrinogen, vitamin D, homocysteine, and neutrophil-to-lymphocyte ratio provides valuable opportunities for preventive strategies. Integrating systematic biomarker screening into primary care, particularly in high-burden populations, may delay disease onset, improve therapeutic outcomes, and reduce long-term healthcare costs. Targeting subclinical inflammation through lifestyle interventions, pharmacological agents, nutraceuticals, and novel biologics should be prioritized as part of precision medicine approaches.

Keywords: subclinical inflammation, inflammatory biomarkers, cardiometabolic diseases, neurodegeneration, oxidative stress, preventive medicine.

Ky artikull është një përmbledhje kritike e literaturës shkencore mbi inflamacionin subklinik, biomarkerat inflamatorë me sinjifikancë klinike, mekanizmat fizpatologjikë të sëmundjeve kardiometaolike dhe neurodegenerative.

Kërkimi i literaturës u realizua në bazat e të dhënave PubMed, Scopus dhe Google Scholar për periudhën 2005–2025.

Fjalët kyçe të përdorura për kërkim ishin: “subclinical inflammation”, “low-grade chronic inflammation”, “inflammatory biomarkers”, “cardiometabolic diseases”, “neurodegeneration” dhe terma të lidhur.

Janë përfshirë artikuj shkencorë në gjuhë të ndryshme: angleze, franceze, italiane. Në këtë artikull është mundësuar sinteza e shumë metanalizave, studimeve retrospektive dhe prospektive, si dhe studimeve origjinale dhe rishikimeve sistematike. U analizuan mbi 100 studime, të cilat trajtonin biomarkerët e inflamacionit, mekanizmat molekularë dhe ndikimin klinik të inflamacionit subklinik në patologjitë kardiovaskulare, metabolike dhe neurodegenerative. Në këtë artikull janë sintetizuar sensitivitetet dhe specificitetet e biomarkerave inflamatorë në raport me patologjitë kronike kardio-metabolike dhe neurodegenerative. Materialet u analizuan dhe sintetizuan në mënyrë kritike për të nxjerrë përfundimet më të rëndësishme mbi rolin e inflamacionit subklinik në sëmundjet kronike.

2. Biomarkerët e Inflamacionit Subklinik: Diagnostikë laboratorike

Në mungesë të simptomave klinike, qoftë akute, qoftë kronike, identifikimi i pranisë së inflamacionit kronik subklinik mbështetet në profilin laboratorik. Biomarkerët inflamatorë me sinjifikancë klinike dhe statistikore që mund të përdoren si mjete prediktive për riskun e fillimit apo të zhvillimit të sëmundjeve kardio-metabolike e neurodegenerative janë:

- PCR-hs në vlerat 1-3 mg/L tregon inflamacion të moderuar, mbi 3 mg/L rrezik i lartë kardiak
- IL-6 > 2 pg/ml sinjalizon aktivizim citokinik latent
- TNF-alfa vlere më të larta se 8 pg/ml lidhen me inflamacion kronik
- Fibrinogjeni mbi 4 g/l korrelohet me reaktivitet inflamator sistematik
- Eritrosedimenti 20-40 mm/h sugjeron inflamacion të lehtë kronik
- D-dimeri dhe homocisteina -vlerat e rritura lidhen me rrezikun latent vaskular
- Vitamina D/ApoB100 janë faktorë bashkëshoqërues metabolikë me ndikim në inflamacionin qelizor
- Raporti D dimer/fibrinogjen
- Raporti Neutrofil/limfocit në formulën e gjakut



3. Roli në Patologjitë Kardiovaskulare

3.1. Ateroskleroza dhe mekanizmat fizpatogjike

Ateroskleroza është një sëmundje kronike inflamatore e endotelit vazal ku inflamacioni subklinik, pa simptoma të dukshme, kontribuon në fillimin dhe progresionin e saj.

3.1.1. Etapat fizpatologjike të sëmundjes

a. Baza fizpatologjike e sëmundjes fillon me disfunkcionin endotelial si pasojë e dëmtimit të integritetit membranor të qelizave endoteliale nga stresi oksidativ që krijohet nga stimuli mekanik i tensionimit të vazës në terren të hipertensionit; nga stimuli kimik që krijohet nga prania e hiperglicemisë dhe LDL të oksiduara. Stresi oksidativ kronik, pra radikalet e lira të oksigjenit të pa neutralizuara nga një sistem anti-inflamator çon në rritjen e molekulave të adezionit endotelial (ICAM-q, VCAM-1), duke favorizuar migrimin lokal leukocitar dhe fillimin e inflamacionit lokal subendotelial.

b. Pas dëmtimit të integritetit endotelial, LDL depërtojnë deri në intima, oksidohen dhe fagocitohen nga makrofagët me LDL-R. Këta makrofagë shndërrohen në qeliza spumoze, të afta për të sekretuar citokina pro-inflamatore që zhvillojnë inflamacionin lokal subendotelial. Çlirimin citokinik dhe prodhimin e substancave pro-inflamatore mund ti vlerësojmë përmes biomarkerave: ERS, PCR, d-dimer, fibrinogjen.

c. Pas inicimit të inflamacionit lokal kronik, aktivizohen limfocitet T CD4+ (Th1,Th17) të cilat mbajnë aktiv inflamacionin citokinik (IFN-y, IL-17). Kapsula fibrotike që mbulon pllakën arteromatoze mund të destabilizohet nga inflamacioni kronik lokal dhe nga metaloproteinazat makrofageale duke rritur mundësinë e rakturës. Ruptura e kapsulës nxit kaskadën e formimit të trombit mbi pllakë. Trombozimi i pllakës mund të shkaktojë infarktin akut të miokardit.

3.1.2. Biomarkerët inflamatorë në aterosklerozë

Biomarkerët kryesorë për inflamacionin subklinik janë: hs-PCR, IL-6, fibrinogjeni, apolipoproteina B dhe lipoproteina (a), d-dimeri, të cilët parashikojnë rrezikun kardiovaskular, edhe në mungesë të shenjave klinike. Sipas studimeve niveli i rritur i d-dimerit, i ERS, PCR-hs, i fibrinogjenit, i Apo-B100 i kombinuar me nivele të ulura të vitaminës D në gjak ka lidhje statistikore sinjifikative me shfaqjen e arterosklerozës, sëmundjes ishemike të zemrës, të dislipidemisë. Referohet se alterime të nivelit të Apo-B100 mund të nisin para shfaqjes laboratorike të dislipidemisë dhe mund të shërbejë si biomarker inflamator për faktorët mbajtës të sëmundjes ishemike të zemrës të tilla si: dislipidemia, stresi oksidativ kronik. Sipas studimit Takeshi Soeuki et al. referohet që PCR-hs e rritur lidhet në mënyrë sinjifikative me eventet kardiovaskulare të tilla si: Sëmundja Ishemike e Zemrës, Arteroma, Infarkti i Miokardit. Inflamacioni lokal vazal i lidhur me rritjen e IL-1, IL-6 dhe TNF-alfa rrit nivelet e PCR-hs. Studimet tregojnë se obeziteti, hipertensioni, diabeti mellitus, duhanpirja ndikojnë në rritjen e drejtpërdrejtë të niveleve të PCR. Sipas Adel et al. rritja e PCR-hs lidhet me disfunkcionin endotelial dhe arterosklerozën në pacientë me sindroma metabolike. Raporti NLR (raporti neutrofile/limfocite) është më kosto-efektiv. Rritja e këtij raporti, pavarësisht leukociteve normale tregon për një risk të rritur për arterosklerozë. Ky indikator është biomarkeri më i rëndësishëm se subtipet e tjera leukocitare. Madje në studime të tjera si Taniti et al.; Ayhan et al.; Yaman et al. NLR gjendet i rritur në pacientë me predispozitë për sëmundje kardiovaskulare dhe



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

mund të përdoret për të stratifikuar pacientët sipas riskut kardiovaskular. Referuar studimit Stanislaw Surma et al. rritja e fibrinogjenit plazmatik mund të jetë shkak i lezioneve pre-arterosklerotike ose një biomarker i eventeve kardiovaskulare dhe neurovaskulare. Ndërkaq sipas Lei Chen et al. raporti D-Dimer/Fibrinogjen është një indikator laboratorik paralajmërues i aktivitetëve pro-trombotike, por nuk është studiuar roli i tij në isheminë akute.

3.2. Hipertensioni esencial

3.2.1. Disfunksioni endotelial dhe citokinat pro-inflamatore

Inflamacioni subklinik kontribuon në dëmtimin e qelizave endoteliale përmes reduktimit të prodhimit të oksidit nitrik (NO), një molekulë kyçe me efekt vazodilatator dhe anti-inflamator. Reduktimi i NO favorizon vazokonstriksionin, uljen e elasticitetit vazal dhe rritjen e presionit arterial. Endoteli i dëmtuar, përveçse nuk prodhon dot substanca vazodilatatore, antiagregante, sekretion citokina pro-inflamatore, si: interleukina-6 (IL-6), tumor nekrozë faktori-alfa (TNF- α) dhe interleukina-1 beta (IL-1 β), të cilat përkeqësojnë më tej disfunkcionin vaskular dhe nxisin proliferimin e qelizave të muskulaturës së lëmuar.

3.2.2. Aktivizimi i sistemit imunitar të lindur dhe sistemi SRAA

Aktivizimi i makrofagëve dhe monociteve përmes receptorëve Toll-Like (TLR) nxit përgjigjen inflamator ndaj sinjaleve të brendshme të rrezikut (DAMPs), si kristalet e acidit urik, LDL e oksiduara. Kompleksi inflamator NLRP3 inflamatosoma ka një rol të rëndësishëm në zhvillimin e inflamacionit kronik sidomos në pacientët me obezitet trunkal dhe sindrom metabolik duke kontribuar në zhvillimin e hipertensionit. Në fizpatologjinë e sëmundjes akuzohet hiperaktivizimi i SRAA, ku angiotenzina II rrit prodhimin e IL-6 dhe ROS duke nxitur dëmtimin endotelial. Aldosteroni, si hormon mineralkortikoid ndikon në infiltrimin inflamator të leukociteve në indet vaskulare dhe promovon fibrozën, duke shkaktuar rimodelim vaskular dhe kardiak.

3.2.3. Biomarkerët e inflamacionit në hipertensionin esencial

Vlerësimi i inflamacionit subklinik në hipertension bazohet në matjen e disa biomarkerave inflamatorë me vlerë prognostike, të tilla si:

- Proteinën C-reaktive me ndjeshmëri të lartë (hs-PCR);
- Citokinat IL-6, IL-1 β dhe TNF- α ;
- Fibrinogjenin, i cili rrit viskozitetin e gjakut dhe është pro-trombogjenezës.
- Leptinën dhe adiponektinën, si tregues të inflamacionit të lidhur me indin dhjamor;
- Raporti Neutrofil/limfocite (NLR), një tregues i balancës pro-inflamatore sistematike dhe i lidhur me rrezikun e hipertensionit dhe komplikacioneve të tij. Sipas Thomas J.Wang 9 biomarkera laboratorike mund të lidhen me parashikimin e riskut për zhvillimin dhe instalimin e hipertensionit në subjektet asimptomatike dhe pre-hipertensive. Të tilla biomarkera janë: PCR-hs; fibrinogjeni; aldosteroni; renina; BNP; PAN; homocisteina; raporti albuminë/kreatininë.



4. Ndërlidhja me Sëmundjet Metabolike

4.1. Diabeti mellitus tip 2

4.1.1. Inflamacioni subklinik si iniciues i rezistencës ndaj insulinës

Inflamacioni subklinik përfaqëson një mekanizëm fillestar në zhvillimin e rezistencës periferike ndaj insulinës, dëmtimin e kapjes periferike të glukozës nga indet, përmes sekrecionit të citokinave pro-inflamatore (TNF- α , IL-6, IL-1 β), të cilat ndërhyjnë në sinjalizimin normal insulinik në muskuj, indin adipoz dhe hepatocite. Aktivizimi i rrugëve intraqelizore si NF- κ B dhe JNK ndikon në fosforilimin e receptorëve të insulinës, duke ndërprerë transmetimin e sinjalit. Ky proces shfaqet shumë përpara simptomave klinike të diabetit dhe mund të zbulohet vetëm përmes biomarkerëve inflamatorë. Nivelet shumë të ulëta të vitaminës D, nivelet e rritura të ERS, fibrinogjenit, Apo-B100 lidhen me rritjen e riskut për zhvillim të Diabetit Mellitus tipi 2.

4.1.2. Indi adipoz si burim i inflamacionit metabolik, dëmtues i funksionit sekretor pankreatik Obeziteti visceral dhe android është një ndër shkaqet e sindromit metabolik, rezistencës insulinike, pre-hipertensionit. Adipocitet centrale hipertrofike dhe hipoksike sekretojnë IL-6, TNF- α dhe MCP-1, duke favorizuar infiltrimin makrofageal, prodhimin e radikaleve të lira të oksigjenit dhe zhvillimin e inflamacionit sistemik me ndikim të drejtpërdrejtë në ulje e ndjeshmërisë ndaj insulinës. Citokinat pro-inflamatore ndikojnë në funksionin sekretues dhe numrin e qelizave beta të pankreasit, pasi çlirimi i tyre ndikon në përsheptimin e apoptozave. IL-1 β aktivizon receptorët IL-1R, duke nxitur sinjalizim autokrin inflamator që çon në rritje të stresit oksidativ, frenim të sintezës së insulinës dhe aktivizim të rrugëve apoptotike.

4.2. Dislipidemia inflamatore

4.2.1. Ndërveprimi lipide–inflamacion

Ekziston një cikël i ndërsjellë patologjik: dislipidemia, veçanërisht përmes LDL të oksiduar, aktivizon qelizat imune dhe citokinat, ndërkohë që inflamacioni nxit sintezën hepatike të VLDL, ul HDL-në funksionale dhe modifikon metabolizmin e lipideve në mënyrë pro-aterogjene.

4.2.2. LDL e oksiduar si faktor aterogjen dhe inflamator

Roli inflamator i triglicerideve dhe ulja e nivelit të HDL. LDL e oksiduar gëlltitet nga makrofagët përmes receptorëve scavenger, duke krijuar qeliza spumozë. Aktivizimi i receptorëve TLR4 dhe inflamatosomës NLRP3 nxit prodhimin e citokinave të tilla si: IL-1 β , IL-6 dhe TNF- α , duke nxitur infiltrimin leukocitar dhe inflamacionin endotelial. Gjithashtu fraksioni i triglicerideve kontribuon në inflamacion përmes formimit të lipoproteinave VLDL dhe lirit të ALY, të cilat aktivizojnë NF- κ B dhe inflamatosomat. HDL është fraksion lipidik anti-inflamator, antioksidant dhe anti-arterosklerotik. Në pacientët me sindrom metabolik, risk për arterosklerozë janë evidentuar nivele të ulura të HDL. Kjo gjendje shoqërohet me ulje të aktivitetit të enzimave mbrojtëse si PON1 dhe LCAT. Citokinat inflamatorë modifikojnë metabolizmin e lipideve: IL-6 stimulon prodhimin e VLDL, TNF α nxit lipolizën, ndërsa IL-1 β redukton receptorët LDL në mëlçi, duke çuar në rritjen e LDL-së qarkulluese. Këto mekanizma forcojnë lidhjen midis inflamacionit kronik latent dhe rritjes së rrezikut aterogjen.



5. Sëmundjet neuro-degjenerative

5.1. Mekanizmat inflamatorë dhe biomarkuesit në Alzheimer e demencë

a. Alzheimer

Alzheimer është një sëmundje neurodegjenerative që karakterizohet nga humbja progresive e kujtesës dhe funksioneve të larta konjitive, për shkak të akumulimit të beta-amiloidit dhe proteinës tau të modifikuar që çojnë në dëmtim sinaptik dhe atrofi kortikale. Inflamacioni subklinik kronik nxit aktivizimin e mikrogliës, e cila prodhon citokina proinflamatore (IL-1 β , TNF- α , IL-6), duke krijuar një cikël vetë-përforsues inflamator që dëmton neuronet. Inflamacioni periferik rrit përshkueshmërinë e barrierës hematoencefalike dhe lejon citokinat pro-inflamatore të depërtojnë në lëngun cerebrospinal, duke përshpejtuar dëmtimin neurodegjenerativ. Aktivizimi i sinjalizimit NF- κ B dhe inflamatosomës NLRP3 amplifikon inflamacionin qendror, ndërsa rezistenca ndaj insulinës lidhet me akumulimin e beta-amiloidit dhe dëmtimin sinaptik.

b. Demenca

Demenca është një sindromë neurodegjenerative që manifestohet me përkeqësim të funksioneve të larta, duke përfshirë kujtesën, të menduarit dhe të folurit. Inflamacioni subklinik persistent luan një rol të rëndësishëm në progresionin e demencës duke rritur përshkueshmërinë e barrierës gjak - tru, gjë që lejon infiltrimin e limfociteve autoreaktive dhe dëmtimin e mielinës dhe indit nervor. Citokinat pro-inflamatore si IL-6, TNF- α dhe PCR ndikojnë në dëmtimin neurodegjenerativ duke kontribuar në rënien e funksioneve njohëse, uljes së lakores akademike.

5.2 Biomarkuesit pro-inflamatorë në Alzheimer dhe demencë

Biomarker i hershëm pro-inflamator nga studimet referohen nivelet e rritura të homocisteinës dhe nivelet shumë të ulëta të vitaminës D në plazëm. Sipas David Smith et al. rritja e homocisteinës plazmatike lidhet me riskun prediktiv të demencës, kjo e vërtetuar nga studimet e 20 viteve të fundit. Në pacientët pa instalim të demencës, të cilët përdorën terapi nutraceutike me vitaminë B kompleks, patën rënie të nivelit të homocisteinës dhe ulje të riskut për zhvillim të sëmundjes. Ekziston një lidhje statistikisht sinjifikative midis shfaqjes së sëmundjes së demencës, uljes së funksioneve të larta konjitive dhe rritjes së homocisteinës >11umol/L. Sipas Sudha Seshadri et al. në një studim kros-seksional me një mostër prej 1,092 subjektsh u evidentua se niveli i rritur i homocisteinës është faktor risku i pavarur për zhvillimin e demencës dhe alzheimerit. Nivelet shumë të ulura të vitaminës D në gjak deri në statusin e deficiencës 14 umol/L rritet niveli i stresit oksidativ dhe i dëmtimit dopaminergjik. Së fundmi referuar Uçar H et. al., 2021 vlera të larta të NLR janë të lidhura me fenotipe më të rënduara motorike në pacientët që do të kenë risk për zhvillimin të Morbus Parkinson.

b. Biomarkerat Inflamatorë në Sklerozën Multiple Sipas studimeve Stampanoni Bassi M et. al., 2020 rritja e IL-1B, IL-6, TNF-alfa tregon aktivitet inflamator dhe ka lidhje me relapse klinike. Referuar studimit Burman J, et al. nivelet e markereve sCD14 dhe sCD163 janë të larta në pacientët me Sklerozë multiple aktive dhe korrelojnë me aktivitet MRI. Biomarker i hershëm nga studimet referohen nivelet e rritura të homocisteinës. Nivelet shumë të ulëta të vitaminës D lidhen me rritjen e riskut për zhvillim të sëmundjes.



6. Sensitiviteti dhe specificiteti i biomarkerëve të inflamacionit subklinik në sëmundjet kardiometabolike dhe neurodegenerative

Sipas Lowe GDO et al., 2004 d-dimeri si biomarker ka specificitet 70% dhe sensitivitet 68% për patologjinë e arteriosklerozës. Referuar Cerasola G et al. D-dimeri ka sensitivitet 70% dhe specificitet 58% për diabetin mellitus tipi 2. Sipas Huang CW et al. d-dimeri ka specificitet 61% dhe sensitivitet 62% për Alzheimerin dhe demencën. Ndërkaq nuk referohet specificitet apo sensitivitet për d-dimerin në pacient me risk apo me sëmundjen e Parkinsonit. Referuar studimeve PCR-hs ka sensitivitet të lartë dhe specificitet të lartë për sëmundjen e arteriosklerozës (Ridker PM et al.). Sipas studimit Pradhan AD et al. sensitiviteti i PCR është 73% dhe specificiteti 65% për Diabetin Mellitus tipi 2. Referuar Koyma A et al. PCR-hs si biomarker inflamator ka sensitivitet dhe specificitet të përafërt 61-62% për sëmundjen e demencës. Referuar studimit Ohtsuka C et al. specificiteti i PCR ishte 60% dhe sensitiviteti 68% për sëmundjen e Parkinsonit. Niveli i ulët i vitaminës D në plazëm është biomarker i rëndësishëm. Sipas studimit Wang TJ et al. sensitiviteti i vitaminës D është 72% dhe specificiteti 60% për arteriosklerozën. Referuar studimit Forouhi NG et al. sensitiviteti i vitaminës D është 70% dhe specificiteti 63% për Diabetin Mellitus tipi 2. Referuar studimit Littlejohns TJ et al. sensitiviteti i vitaminës D3 është 78% dhe specificiteti 70% për sëmundjen e Alzheimerit. Ndërkaq referuar studimit Danesh J et al., sensitiviteti i fibrinogjenit është 80% dhe specificiteti 75% për sëmundjen e arteriosklerozës. Sipas artikullit Festa A et al. sensitiviteti i fibrinogjenit është 66% dhe specificiteti 60% për sëmundjen e Diabetit Mellitus tipi 2. Sipas Wald DS et al., nivelet e rritura të homocisteinës kanë sensitivitet 70% dhe specificitet 68% për sëmundjen e arteriosklerozës. Referuar artikullit Seshadri S et al., sensitiviteti për homocisteinën është 80% dhe specificiteti 75% për sëmundjen e Alzheimerit. Sipas Müller T et al. homocisteina ka sensitivitet 78% dhe specificitet 70% për Morbus Parkinson.

7. Indeksi Kardiometabolik (CMI):

Një Mjet Prediktiv i Kombinuar Indeksi kardiometabolik (CMI), i përlogaritur përmes raportit bel/ije dhe trigliceride/HDL, përfaqëson një mjet sintetik për të vlerësuar rrezikun e sindromës metabolike me komponent inflamator. Kur kombinohet me biomarkerë si PCR-hs dhe fibrinogjenin, ai ofron një profil më të thelluar të rrezikut latent.

8. Perspektiva Neuro-Metabolike dhe Psikoneuroimunologjike

Inflamacioni kronik subklinik është një hallkë e rëndësishme ndërmjetëse midis sëmundjeve neurodegenerative si Alzheimer dhe Parkinson, si dhe disbalancave metabolike, si rezistenca ndaj insulinës dhe steatoza jo-alkoolike e mëlçisë. Aktivizimi i mikrogliës dhe kalimi i citokinave pro-inflamatore përmes barrierës hemato-encefalike përbëjnë mekanizmat kryesorë që ndërthurin këto procese në nivel sistematik.

9. Qasje Klinike: Mjekësia e Personalizuar dhe Proaktive

Parandalimi i inflamacionit subklinik nis me interpretimin kritik të parametrave laboratorikë. Rekomandohen masa si dieta anti-inflamatore, e pasur me omega-3, fibra, polifenole dhe neuronutraceutikë, aktivitet fizik aerobik i moderuar dhe i qëndrueshëm, suplementim me vitamina dhe antioksidantë sipas nevojës individuale, si dhe modulimi i mikrobiomës dhe ritmit cirkadian për të përmirësuar rigjenerimin e sistemit neuro-imunitar.



10. Konkluzionet

- Infamacioni subklinik ka një rol kyç në etiopatogjenezën e sëmundjeve kardiometabolike dhe neurodegenerative, shpesh duke kaluar pa u vënë re klinikisht.
- Biomarkerët inflamatorë si PCR-hs, IL-6, dhe homocisteina, d-dimeri, fibrinogjeni, ERS, apoB-100, NLR, raporti d-dimer/fibrinogjen, niveli i vitaminës D3 në plazëm janë rëndësishëm për diagnostikimin dhe vlerësimin e rrezikut të këtyre sëmundjeve.
- Vlerësimi i hershëm i infamacionit subklinik mund të ndihmojë në parandalimin dhe menaxhimin efektiv të sëmundjeve kronike.
- Qasja mjekësore proaktive dhe e personalizuar, duke përfshirë dieta anti-inflamatore dhe aktivitet fizik të moderuar, është thelbësore për përmirësimin e shëndetit kardiometabolik dhe neurodegenerativ.
- Mjekësia e së ardhmes do të fokusohet gjithnjë e më shumë në parashikimin, parandalimin dhe personalizimin, duke integruar profilizimin laboratorik dhe neuro-metabolik.

Referencat:

1. Ridker PM et al., *N Engl J Med.* 2005;352(1):20–28. PMID: 15635111
2. Zhang X et al., *J Transl Med.* 2020;18(1):456. PMID: 33239013
3. Ferrucci L et al., *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60(2):147–153. PMID: 15741290
4. Danesh J et al., *JAMA.* 2005;294(14):1799–1809. PMID: 16199510
5. Brigden ML, *Am Fam Physician.* 1999;60(5):1443–1450. PMID: 10498177
6. Cushman M et al., *Circulation.* 2003;108(8):904–909. PMID: 12925692; Wald DS et al., *BMJ.* 2002;325(7374):1202. PMID: 12364310
7. Pilz S et al., *Hypertension.* 2009;54(5):1063–1069. PMID: 19597061; Sniderman A et al., *Circulation.* 2003;107(22):2990–2995. PMID: 12771009
8. Undas A et al., *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2009;29(6):950–956. PMID: 19359682
9. Libby P. Inflammation in atherosclerosis. *Nature.* 2002;420(6917):868–874. [PMID: 12490960] ► Autoritet në fushën e infamacionit subklinik dhe rolin e tij në destabilizimin e pllakës.
10. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2005;352(16):1685–1695. [PMID: 15843671] ► Shpjegon mekanizmin imunitar të aktivizimit të makrofagëve dhe limfociteve T në murin arterial.
11. Galkina E, Ley K. Immune and inflammatory mechanisms of atherosclerosis. *Annu Rev Immunol.* 2009;27:165–197. [PMID: 19302038] ► Rol i limfociteve Th1 dhe Th17 në destabilizimin e pllakës.
11. Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease. *N Engl J Med.* 1999;340(2):115–126. [PMID: 9887164] ► Një nga referencat themelore që përkufizon aterosklerozën si proces inflamator kronik.
12. Soeki T, Sata M. Inflammatory biomarkers and atherosclerosis. *Int Heart J.* 2016;57(2):134–139. [PMID: 27001000] ► Lidhja midis PCR-hs dhe eventeve të sëmundjes ishemike të zemrës.
13. Adel H et al. High sensitivity CRP and metabolic syndrome. *Int J Cardiol.* 2012;155(3):484–486. [PMID: 21459488] ► Lidhja midis PCR-hs dhe sindromës metabolike.
14. Surma S et al. Fibrinogen—an undervalued marker of cardiovascular risk. *Curr Vasc Pharmacol.* 2019;17(6):556–561. [PMID: 30625040] ► Fibrinogjeni si biomarker i riskut për ngjarje kardio- dhe cerebrovaskulare.
15. Chen L et al. Association of D-dimer/fibrinogen ratio with severity of coronary artery disease. *J Clin Lab Anal.* 2020;34(7):e23243. [PMID: 32441466] ► Raporti D-dimer/fibrinogjen si indikator pro-trombotik.
16. Tanindi A, Cemri M. The importance of neutrophil-to-lymphocyte ratio in cardiovascular diseases. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2014;14(6):523–528. [PMID: 24876492]
17. Yaman H et al. NLR as a prognostic factor in patients with coronary artery disease. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2014;20(5):473–479. [PMID: 24146083]
18. Virdis A et al. Endothelial dysfunction in hypertension. *J Hypertens.* 2011;29(10):2033–2040. [PMID: 21822166] ► Reduktimi i NO dhe roli i citokinave në hipertensionin esencial.
19. Harrison DG et al. Inflammation, immunity, and hypertension. *Hypertension.* 2011;57(2):132–140. [PMID: 21173327] ► Aktivizimi i TLR dhe infamacioni vaskular në hipertension.
20. Wen H et al. The NLRP3 inflammasome in inflammation and metabolic diseases. *Nat Immunol.* 2013;14(3):248–255. [PMID: 23435359] ► Roli i inflamosomeve në hipertension të lidhur me obezitetin.
21. Thomas J. Wang et al. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. *N*



- Engl J Med.* 2006;355(25):2631–2639. [PMID: 17182988] ► Roli prognostik i 9 biomarkerëve për zhvillimin e hipertensionit në subjektet pre-hipertensive.
2. 23. Nguyen Dinh Cat A, Touyz RM. A role for angiotensin II in oxidative stress and vascular inflammation in hypertension. *Can J Cardiol.* 2011;27(5):497–507. [PMID: 21847087] ► Angiotenzina II, ROS dhe inflamacioni vaskular.
 3. 24. Hotamisligil GS. Inflammation and metabolic disorders. *Nature.* 2006;444(7121):860–867. doi:10.1038/nature05485.
 4. 25. Donath MY, Shoelson SE. Type 2 diabetes as an inflammatory disease. *Nat Rev Immunol.* 2011;11(2):98–107. doi:10.1038/nri2925.
 5. 26. Shoelson SE, Lee J, Goldfine AB. Inflammation and insulin resistance. *J Clin Invest.* 2006;116(7):1793–1801. doi:10.1172/JCI29069.
 6. 27. Choi SW, Friso S. Epigenetics: a new bridge between nutrition and health. *Adv Nutr.* 2010;1(1):8–16. doi:10.3945/an.110.1004.
 7. 28. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2005;352(16):1685–1695. doi:10.1056/NEJMra043430.
 8. 29. Tall AR, Yvan-Charvet L. Cholesterol, inflammation and innate immunity. *Nat Rev Immunol.* 2015;15(2):104–116. doi:10.1038/nri3793.
 9. 30. Tsimikas S. A test in context: lipoprotein(a): diagnosis, prognosis, controversies, and emerging therapies. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(6):692–711. doi:10.1016/j.jacc.2016.11.042.
 10. 31. Ceriello A, Motz E. Is oxidative stress the pathogenic mechanism underlying insulin resistance, diabetes, and cardiovascular disease? The common soil hypothesis revisited. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2004;24(5):816–823.
 11. 32. MT et al. Neuroinflammation in Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 2015;14(4):388–405. doi:10.1016/S1474-4422(15)70016-5.
 33. Seshadri S et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2002;346(7):476–483. doi:10.1056/NEJMoa011613.
 12. 34. Littlejohns TJ et al. Vitamin D and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Neurology.* 2014;83(10):920–928. doi:10.1212/WNL.0000000000000755.
 13. 35. David Smith AD, Refsum H. Homocysteine, B vitamins, and cognitive impairment. *Annu Rev Nutr.* 2016;36:211–239. doi:10.1146/annurevnutr-071715-050947.
 14. 36. Ridker PM. High-sensitivity C-reactive protein: potential adjunct for global risk assessment in primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation.* 2001;103(13):1813–1818.
 15. 37. Ohtsuka C et al. High-sensitivity C-reactive protein is associated with executive dysfunction in patients with Parkinson's disease. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30(7):765–772. doi:10.1007/s40520-017-0834-2.
 16. 38. Müller T. Homocysteine and Parkinson's disease. *J Neurol.* 2009;256(Suppl 3):289–297. doi:10.1007/s00415-009-5242-5.
 17. 39. Uçar H et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio in Parkinson's disease: a new prognostic marker. *Nöro Psikiyatri Arşivi.* 2021;58(3):251–256.
 18. 40. Stampanoni Bassi M et al. Neuroinflammation in multiple sclerosis: mechanisms and treatment. *Front Neurosci.* 2020;14:1345. doi:10.3389/fnins.2020.01345.
 19. 41. Burman J et al. Biomarkers of inflammation in multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2016;22(2):135–144. doi:10.1177/1352458515603795.
 20. 42. Munger KL, Levin LI, Hollis BW, Howard NS, Ascherio A. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of multiple sclerosis. *JAMA.* 2006;296(23):2832–2838.
 21. 43. Lowe GDO. Circulating inflammatory markers and risks of cardiovascular and non-cardiovascular disease. *J Thromb Haemost.* 2005;3(8):1618–1627.
 22. 44. Cerasola G et al. Inflammatory markers and risk of diabetes mellitus. *J Clin Hypertens.* 2009;11(7):390–396.
 23. 45. Huang CW et al. Associations between D-dimer and cognitive decline or Alzheimer's disease: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(9):1815–1822.
 24. 46. Pradhan AD et al. C-reactive protein, interleukin 6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA.* 2001;286(3):327–334.
 25. 47. Koyama A et al. The role of inflammatory markers in predicting dementia in older adults. *Alzheimers Dement.* 2013;9(3):199–206.
 26. 48. Wang TJ et al. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation.* 2008;117(4):503–511.
 27. 49. Forouhi NG et al. Baseline vitamin D status and risk of developing type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2012;380(9838):207–215.
 28. 50. Danesh J et al. Plasma fibrinogen level and the risk of major cardiovascular diseases and nonvascular mortality. *JAMA.* 2005;294(14):1799–1809.
 29. 51. Festa A et al. Inflammation and the development of type 2 diabetes. *Diabetes.* 2000;49(4):676–682.
 30. 52. Wald DS et al. Homocysteine and cardiovascular d



RETINOPATIA DIABETIKE

Dr. Albert LULA

MSc FICO MRCSEd (Ophth)

Abstract:

Diabetic retinopathy (DR) is the most common ocular complication in individuals with diabetes mellitus and a leading cause of legal blindness among the working-age population in industrialized countries. Its prevalence correlates with both the duration of diabetes and patient age. In Albania, approximately 40% of diabetic patients are affected by DR, with 9–10% experiencing advanced stages. DR arises from prolonged hyperglycemia-induced damage to the retinal microvasculature and is further exacerbated by hypertension and hyperlipidemia. It is classified into non-proliferative (NPDR) and proliferative (PDR) stages, while diabetic macular edema (DME) represents the main cause of vision loss. Modern diagnostic techniques such as Fundus Fluorescein Angiography (FFA) and Optical Coherence Tomography (OCT) enable detailed assessment of vascular and structural retinal changes. Treatment approaches include systemic management of diabetes and targeted ocular therapies such as anti-VEGF injections, laser photocoagulation, and vitrectomy. Early detection through regular screening and strict control of metabolic parameters remain essential in preventing vision-threatening complications of diabetic retinopathy.

Retinopatia diabetike është ndërlikimi më i shpeshtë okular tek pacientët me diabet mellitus dhe është shkaku kryesor i verbërisë në popullatën në moshë pune në vendet e industrializuara. Të dhënat epidemiologjike tregojnë se çdo vit, 12% e rasteve të reja të verbërisë i atribuohen retinopatisë diabetike dhe se prevalenca e saj rritet si me kohëzgjatjen e diabetit, ashtu edhe me moshën e pacientëve.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), rreth 1 në 3 persona me diabet zhvillojnë një formë të retinopatisë diabetike.

Sipas Shoqatës Shqiptare të Mjekëve Oftalmologë, në Shqipëri 40% e pacientëve me diabet preken nga retinopatia diabetike, ku 9-10% e tyre kanë retinopati diabetike të avancuar. Si një problem i shëndetit publik që prek rreth 30,000 persona në vend, retinopatia diabetike është shkaku më i zakonshëm i verbërisë, që mund të parandalohet dhe trajtohet. Pothuaj 1,000 persona kanë dëmtime të rënda të shikimit ose janë të verbuar si pasojë e kësaj sëmundje.

Faktorë të tjerë të rëndësishëm rreziku për zhvillimin e retinopatisë diabetike përfshijnë nivelin e hiperglicemisë, hipertensionin arterial dhe nivelin e lartë të lipideve në gjak.

Prevalenca e retinopatisë diabetike në popullatën diabetike është rreth 30%, por pas 20 vitesh nga diagnostikimi, mbi 90% e pacientëve me diabet të tipit 1 dhe më shumë se 60% e atyre me diabet të tipit 2 kanë një shkallë të caktuar të retinopatisë diabetike.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Për një kohë të gjatë, retinopatia diabetike është konsideruar kryesisht si një çrregullim mikrovaskular retinal, i shkaktuar nga efektet direkte të hiperglicemisë, që çonin në dëmtimin e qelizave endoteliale dhe humbjen e periciteve, duke pasuar më pas me dëmtimin e vaskularitetit retinal. Studimet e fundit tregojnë se neurodegjenerimi dhe inflamacioni retinal mund të jenë të pranishëm para zhvillimit të dëmtimit mikrovaskular, që mund të zbulohen klinikisht me ekzaminimin e fundusit.

Retinopatia diabetike zhvillohet si pasojë e dëmtimit të enëve të gjakut të retinës për shkak të niveleve të larta dhe të zgjatura të glicemisë në gjak. Hiperglicemia çon në dëmtime të rënda qelizore; qelizat endoteliale janë veçanërisht të ndjeshme ndaj hiperglicemisë, sepse rregullimi i niveleve të glicemisë brenda këtyre qelizave është shumë i vështirë. Doza të larta të glicemisë mund të ndryshojnë funksione të shumta qelizore, duke nisur një zinxhir reaksionesh metabolike që zakonisht çojnë në dëmtime serioze të qelizës.

Faktorë të tjerë të rrezikut që kontribuojnë në patogjenezën e retinopatisë diabetike janë hiperlipidemia dhe hipertensioni sistematik.

Retinopatia diabetike karakterizohet nga rrjedha abnormale vaskulare, hiperpermeabiliteti dhe/ose mbyllja ose mos-perfuzioni i kapilarëve.

Retinopatia diabetike ndahet kryesisht në dy forma:

1. **Retinopatia Diabetike Jo-Proliferative (RRNP)** – Është forma fillestare, ku shfaqen mikroaneurizma, hemorragji intraretinale, eksudate të forta dhe edemë makulare. Në këtë fazë, shikimi mund të jetë ende i ruajtur, por ekziston rreziku i avancimit.
2. **Retinopatia Diabetike Proliferative (RP)** – Është forma më e avancuar dhe më e rrezikshme. Karakterizohet nga neovaskularizimi në sipërfaqen e retinës ose në diskun optik. Karakteristikat kryesore janë: neovaskularizim në diskun optik ose në sipërfaqen e retinës, hemorragji vitreale, shkolitje traksionale e retinës dhe glaukomë neovaskulare.

Edema Makulare Diabetike (EMD), e cila përcaktohet si një trashje retinale që përshin ose i afrohet qendrës së makulës, përfaqëson shkakun më të shpeshtë të humbjes së shikimit të pacientët e prekur nga diabeti mellitus. Edema Makulare Diabetike mund të ndodhë në çdo fazë të retinopatisë.

Aktualisht Edema Makulare Diabetike vlerësohet morfologjikisht me biomikroskopi të fundusit, fotografi të retinës, angiografi me fluoresceinë (FA) dhe tomografi koherente optike (OCT).

Angiografia me fluoresceinë (FA): përdoret për të identifikuar mikroaneurizmat (në formë pike të ndritshme), rrjedhje, zona jo-perfuzive dhe vazoanomalitete si NVD/NVE.

Tomografia me koherencë optike (OCT) ka arritur të bëhet teknika diagnostikuese standarde për të vlerësuar dhe monitoruar EMD-në. Përveç trashësisë së retinës, OCT mund të tregojë modelin specifik të EMD- së, siç është prania e cisteve intraretinale, fluidi subretinal dhe shenjat e tërheqjes vitreo-retinale. Për më tepër, OCT është e rëndësishme në vlerësimin e reflektivitetit të cisteve intraretinale, duke treguar kështu praninë e hapësirave cistoidale eksudative (me reflektivitet të lartë) kundrejt atyre degjenerative (me reflektivitet të ulët), që mund të jenë të dobishme në vlerësimin e rezultateve të trajtimit.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Trajtimi i retinopatisë diabetike përfshin si menaxhimin sistematik, ashtu edhe ndërhyrjet okulare.

a) Kontrolli sistematik

- Glicemia: HbA1c <7%
- Tensioni arterial: <140/90 mmHg
- Lipidet: LDL <100 mg/dL

b) Terapitë okulare

1. Injeksione intravitreale me anti-VEGF
 - Aflibercept, Ranibizumab, Bevacizumab
 - Efektive për edemën makulare dhe në fazat proliferative
2. Fotokoagulim me lazer
 - Lazer panretinal për PDR
 - Lazer fokal për DME
3. Vitrektomia
 - Kirurgji e domosdoshme në rastet me hemorragji vitreale të gjata ose shkollitje të retinës.

Parandalimi

Parandalimi i retinopatisë diabetike mund të realizohet nëpërmjet ekzaminimit të rregullt periodik të syve, kontrollit të mirë të glicemisë dhe tensionit arterial si dhe ndërhyrjes në kohë për problemet e manifestuara okulare.

Shoqata Amerikane e Diabetit rekomandon që pacientët me diabet tip 1 të bëjnë ekzaminimin e parë të syrit brenda 5 viteve nga diagnostikimi, ndërsa ata me diabet tip 2 që në momentin e diagnostikimit.

Referenca:

1. Gabriel Coscas, ed., *Macular Edema: A Practical Approach*, vol. 47, *Developments in Ophthalmology* (Basel: Karger, 2009).
2. G. Coscas, A. Loewenstein, and F. Bandello, eds., *Optical Coherence Tomography*, vol. 4, *ESASO Course Series* (Basel: Karger, 2014).
3. Noemi Lois and John V. Forrester, *Fundus Autofluorescence*, 2nd ed. (Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016).
4. The top 10 causes of death. World Health Organization. May 24, 2018. Accessed August 23, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35(3):556-564. doi:10.2337/dc11-1909
6. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, Elman MJ, Aiello LP, et al. Randomized trial evaluating ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema. *Ophthalmology*. 2010;117(6):1064-1077.e35.
7. National Diabetes Statistics Report 2020. *DiabetesResearch.org*. 2020. Accessed August 23, 2020. <https://www.diabetesresearch.org/file/national-diabetes-statistics-report-2020.pdf>
8. Davis MD, Fisher MR, Gangnon RE, et al. Risk factors for high-risk proliferative diabetic retinopathy and severe visual loss: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Report #18. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1998;39:233-252.
9. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321(7258):405-412.
10. Matthews DR, Stratton IM, Aldington SJ, Holman RR, Kohner EM; UK Prospective Diabetes Study Group. Risks of progression of retinopathy and vision loss related to tight blood pressure control in type 2 diabetes mellitus: UKPDS 69. *Arch Ophthalmol*. 2004;122(11):1631-1640.



ROLI I MIKROBIOTËS NË SËMUNDJEN ALKOOLIKE TË MËLCISË NJË SHQYRTIM I LITERATURËS

Dr. Jurgen GAXIRI, Prof. Dr. Jovan BASHO

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

Abstract

Alcoholic liver disease is a major global health problem and is one of the leading causes of morbidity and mortality among hepatic diseases. Despite the direct effect of ethanol and its metabolite acetaldehyde on hepatic cells, numerous studies over the past two decades have highlighted the essential role of the intestinal microbiota in modulating the onset, progression and severity of this disease. Alcohol consumption damages the intestinal microbiota, weakens the function of the intestinal barrier and increases the translocation of bacteria, which promote local inflammation by producing cytokines, which migrate through the portal vein, causing changes and damage to hepatic cells. Today's treatment strategies aimed at restoring bacterial balance and strengthening the gut-liver axis are of great importance in improving clinical outcomes and appropriate treatment.

Hyrje

Sëmundja alkoolike e mëlçisë përbën një problem të madh shëndetësor mbarëbotëror dhe është një nga shkaqet kryesore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë ndër sëmundjet hepatike. Dëmtimi që jep alkooli kalon në disa faza, që nga steatoza e thjeshtë (mëlçia e dhjamosur) deri tek hepatiti alkoolik, fibroza, cirroza dhe karcinoma hepatoqelizore. Më parë, sëmundja alkoolike e mëlçisë mendohej se ndodhte si rezultat i efektit të drejtpërdrejtë të toksicitetit të etanolit dhe metaboliteve të tij (acetaldehydit) mbi hepatocite. Megjithatë, studimet e shumta gjatë dy dekadave të fundit kanë nxjerrë në pah rolin thelbësor të mikrobiotës intestinale në modulimin e fillimit, progresionit dhe gravitetit të kësaj sëmundjeje⁽¹⁾.

Aksi zorrë-mëlçi, që shpjegon komunikimin funksional midis zorrëve dhe mëlçisë ka tërhequr vëmendjen e kërkimeve hepatologjike. Konsumi i alkoolit dëmton mikrobiotën intestinale, dobëson funksionin e barrierës intestinale dhe rrit translokimin e baktereve, të cilat nxisin inflamacion lokal me prodhimin e citokinave, të cilat përmes venës porta migrojnë, duke dhënë ndryshimet e sipërpërmendura hepatike. Kuptimi i këtyre mekanizmave jo vetëm ofron njohuri mbi patogjenezën e sëmundjes, por krijon edhe mundësi për qasje të reja terapeutike që synojnë modulimin e mikrobiotës.

Epidemiologjia dhe të dhënat klinike

Sëmundja alkoolike e mëlçisë është një nga sëmundjet më të shpeshta kronike të mëlçisë në mbarë botën. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), alkooli është përgjegjës për rreth 3 milionë vdekje çdo vit, ku sëmundja alkoolike e mëlçisë luan një rol thelbësor⁽²⁾. Në Evropë dhe Amerikën e Veriut, alkooli është shkaku kryesor i vdekshmërisë ndër sëmundjet e mëlçisë, me rreth 40–50% të vdekjeve si pasojë e cirrozës etilike⁽³⁾. Në vendet me të ardhura mesatare e të ulëta, rritja e konsumit të alkoolit është duke shkuar paralel me rritjen e rasteve me sëmundje alkoolike të mëlçisë. Jo të gjithë individët që konsumojnë alkool zhvillojnë sëmundje të



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

avancuar të mëlçisë. Studimet epidemiologjike tregojnë se vetëm 10–20% e abuzuesve me alkool zhvillojnë cirrozë, duke vënë në dukje ndikimin që ka predispozita gjenetike, gjinia, ushqyerja, sëmundjet bashkëshoqëruese (si obeziteti dhe infeksionet virale të mëlçisë), dhe gjithnjë e më shumë mikrobiota intestinale në zhvillimin e sëmundjes⁽⁴⁾. Ky variabilitet thekson nevojën jo vetëm për të eksploruar mikrobiotën si një faktor risku, por dhe si subjekt për të ndërhyrë nga ana mjekësore.

Mekanizmat që lidhin mikrobiotën me sëmundjen alkoolike të mëlçisë

Disbioza dhe ndryshimet në përbërjen e mikrobiotës intestinale

Konsumimi i alkoolit shkakton ndryshime në florën bakteriale të zorrëve, e njohur ndryshe si disbiozë. Flora bakteriale normale intestinale si *Lactobacillus* dhe *Bifidobacterium*, reduktohen, ndërsa patogjenet si *Enterobacteriaceae* dhe *Proteobacteria* nisin të proliferojnë⁽⁵⁾. Ky ndryshim jo vetëm që redukton rrezistencën e florës normale ndaj patogjeneve, por bën që të ndodhë edhe prodhimi i disa metaboliteve që ndikojnë negativisht në funksionet normale të zorrëve.

Rritja e permeabilitetit intestinal

Etanoli dhe metaboliti i tij, acetaldehidi dëmtojnë proteinat okludin dhe kladin që sigurojnë një lidhje ‘tight junction’ midis qelizave intestinale, duke dobësuar në këtë mënyrë barrierën intestinale⁽⁶⁾. Kjo gjë, lejon që lipopolisaharidet (LPS), peptidoglikanet dhe ADN-ja bakteriale të kalojnë në qarkullimin portal. Shkalla e kësaj endotoksemie korrespondon me gravitetin e sëmundjes tek pacientët me sëmundjen alkoolike të mëlçisë⁽⁷⁾.

Aktivizimi i sistemit imunitar të mëlçisë

Pasi arrijnë në mëlçi, elementet bakteriale njihen nga receptorët e qelizave të Kupffer-it dhe qelizat e Ito-s. Receptori Toll-like 4 (TLR4) është shumë i rëndësishëm për të njohur LPS. Aktivizimi i këtyre receptorëve nxit një kaskadë inflamatorë që çon në prodhimin e citokinave si TNF- α , IL-1 β dhe IL-6⁽⁸⁾. Kjo përgjigje inflamatorë shkakton apoptozë dhe nekrozë hepatoqelizore duke nxitur edhe më tej aktivizimin e qelizave të Ito-s, që janë përgjegjëset kryesore të fibrozës.

Stresi Oksidativ dhe Disfunksioni Mitokondrial

Konsumimi kronik i alkoolit gjithashtu prodhon radikale të lira të oksigjenit duke dëmtuar mitokondritë. Disbioza e thellon më shumë stresin oksidativ duke reduktuar metabolitët si butirati që prodhohet nga flora normale bakteriale, i cili rrit prodhimin e antioksidantëve dhe ul prodhimin e radikaleve të lira⁽⁹⁾. Si përfundim, translokimi bakterial, prodhimi i citokinave dhe stresi oksidativ përshpejtojnë dëmtimin hepatoqelizor.

Metabolitet bakteriale

Veç endotoksinave, metabolitet bakteriale ndikojnë në mënyrë të rëndësishme në përgjigjet e organizmit. Për shembull, acidet yndyrore me zinxhir të shkurtër si butirati, rrisin integritetin epitelial intestinal dhe rregullojnë përgjigjen imune, duke ulur inflamacionin. Në sëmundjen



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

alkoolike të mëlçisë, reduktimi i prodhimit të butiracidit shton edhe më shumë dëmtimin mukozal⁽¹⁰⁾. Nga ana tjetër, metabolizmi i alkoolit nga bakteret dhe prodhimi i metabolitëve të dëmshëm si acetaldehidi shton hepatotoksicitetin.

Mënyrat e mjekimit

Probiotikët dhe prebiotikët

Studimet në kafshë dhe njerëz tregojnë se probiotikët, veçanërisht llojet *Lactobacillus* dhe *Bifidobacterium*, mund të rivendosin balancën mikrobiale, forcojnë barrierën mukozale intestinale dhe reduktojnë endotokseminë⁽¹¹⁾. Prebiotikët si inulina apo fruktooligosakaridet stimulojnë në mënyrë selektive rritjen e florës bakteriale normale, duke ndihmuar në korrigjimin e disbiozës.

Transplanti i mikrobiotës intestinale

Transplanti i mikrobiotës intestinale, përfshin transferimin e feçeve nga një dhurues i shëndetshëm në traktin gastrointestinal të një të sëmurë, duke dhënë rezultate mjaft të mira në studimet e kryera. Në hepatitin e rëndë alkoolik, transplant i mikrobiotës intestinale është shoqëruar me përmirësim të mbijetesës afatshkurtër dhe reduktim të inflamacionit sistematik⁽¹²⁾.

Antibiotikët

Antibiotikët që veprojnë vetëm në traktin tretës si rifaksimina, janë parë të efektshëm në reduktimin e profilierimit të baktereve patogjene dhe translokimin e endotoksinave. Krahas përfitimeve, janë parë dhe efekte anësore, si: prishja e diversitetit të mikrobiotës dhe rezistenca bakteriale⁽¹³⁾.

Strategjitë në personalizimin e trajtimit

Analizimi i mikrobiomës mund të tregojë nëse ka disbiozë duke e bërë më të lehtë diagnostikimin e saktë të sëmundjes, ndërsa njohja e profileve specifike të baktereve që ka pacienti, e bën më unike terapinë që do të përzgjidhet për pacientin. Pra duke analizuar mikrobiomën, mjekët mund të diagnostikojnë më saktë sëmundjen, të zgjedhin trajtimin më të përshtatshëm dhe të parashikojnë se si do të reagojë pacienti ndaj mjekimit⁽¹⁴⁾.

Perspektiva

Kërkimet shkencore të ardhshme kanë synim studimin e aksit zorrë-mëlçi me teknologji të ndryshme⁽¹⁵⁾, ndërkohë trajtimet e reja që synojnë mikrobiotën (probiotikë, bakteriofagë, dieta) nuk do të zëvendësojnë trajtimet ekzistuese, por do të jenë shtesë e tyre⁽¹⁶⁾.

Përfundim

Mikrobiota intestinale sot luan një rol kyç në patogjenezën e sëmundjes alkoolike të mëlçisë. Disbioza e shkaktuar nga alkooli, rritja e permeabilitetit intestinal dhe translokimi bakterial nxisin inflamacion dhe fibrozë hepatike. Strategjitë terapeutike që synojnë rivendosjen e balancës bakteriale dhe forcimin e aksit zorrë-mëlçi kanë rëndësi të madhe në përmirësimin e rezultateve



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

klinike. Kryerja e mëtejshme e testimeve dhe studimeve, është e nevojshme për të përshtatur këto rezultate në trajtim efikas dhe konkret⁽¹⁷⁾.

Referencat:

1. Gao B, Bataller R. Alcoholic liver disease: pathogenesis and new therapeutic targets. *Gastroenterology*. 2011;141(5):1572–85.
2. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO; 2018.
3. Rehm J, Samokhvalov AV, Shield KD. Global burden of alcoholic liver diseases. *J Hepatol*. 2013;59(1):160–8.
4. Engen PA, Green SJ, Voigt RM, Forsyth CB, Keshavarzian A. The gastrointestinal microbiome: alcohol effects on the composition of intestinal microbiota. *Alcohol Res*. 2015;37(2):223–36.
5. Hartmann P, Seebauer CT, Schnabl B. Alcoholic liver disease: the gut microbiome and liver cross talk. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(5):763–75.
6. Rao R. Endotoxemia and gut barrier dysfunction in alcoholic liver disease. *Hepatology*. 2009;50(2):638–44.
7. Szabo G. Gut-liver axis in alcoholic liver disease. *Gastroenterology*. 2015;148(1):30–6.
8. Seki E, Schnabl B. Role of innate immunity and the microbiota in liver fibrosis: crosstalk between the liver and gut. *J Physiol*. 2012;590(3):447–58.
9. Albillos A, de Gottardi A, Rescigno M. The gut-liver axis in liver disease: pathophysiological basis for therapy. *J Hepatol*. 2020;72(3):558–77.
10. Bajaj JS, et al. Altered gut microbial metabolites and alcoholic liver disease. *Hepatology*. 2012;56(6):234–45.
11. Wang Y, Kirpich I, Liu Y, Ma Z, Barve S, McClain C. *Lactobacillus rhamnosus* GG treatment potentiates intestinal hypoxia-inducible factor, improves intestinal integrity, and ameliorates alcohol-induced liver injury. *Am J Pathol*. 2011;179(6):2866–75.
12. Bajaj JS, et al. Fecal microbiota transplant from a rational stool donor improves short-term survival in severe alcoholic hepatitis. *Hepatology*. 2017;66(6):198–211.
13. Kalambokis GN, Mouzaki A, Rodi M, et al. Rifaximin improves systemic hemodynamics and renal function in patients with alcohol-related cirrhosis and ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(7):815–8.
14. Lang S, Schnabl B. Microbiota and fatty liver disease—the known, the unknown, and the future. *Cell Host Microbe*. 2020;28(2):233–44.
15. Albillos A, de Gottardi A, Rescigno M. The gut-liver axis in liver disease: pathophysiological basis for therapy. *J Hepatol*. 2020;72(3):558–77.
16. Sarin SK, et al. Microbiome as a therapeutic target in alcohol-related liver disease. *Clin Liver Dis*. 2019;23(1):163–80.
17. Chi X, et al. Intestinal microbiome-targeted therapies improve liver outcomes: narrative review. *Front Pharmacol*. 2024;15:1332456.



FËMIA ME TIKE NË PRAKTIKËN E PEDIATRIT TË FAMILJES

Dr. Eduard MONE

Qendra Shëndetësore nr. 4, Vlorë

Në praktikën tonë të përditëshme ndeshemi me fëmijë të cilët paraqesin çrregullime të tikeve. Po ashtu na duhet tu përgjigjemi pyetjeve të prindërve të cilët na tregojnë se fëmija i tyre ka çrregullime që shpesh ata i përshkruajnë si:

- lëvizje të përsëritura të pjesëve të ndryshme të trupit;
- zakoni i përsëritjes së shtrembërimit të një pjese të fytyrës;
- pulitje e përsëritur e syve; etj...

Përpara këtyre ankesave mjeku pediatër duhet të mendojë dhe për një çrregullim jo të shpeshtë por të mundshëm që në neuro-psikiatrinë pediatrike quhet **çrregullimi nga tiket**.

Për këtë arsye po paraqes këtë trajtesë të shkurtër për njohjen e tyre, dhe në mundësinë e mjekut pediatër të familjes për të mbarështuar këtë problem.

Në fakt sindromet (në shumë tekste të neuro-psikiatrisë pediatrike e gjejmë dhe me këtë përkufizim) nga tiku apo tiket, përbëjnë një model të veçantë pasi ato janë një pikë-pjekje me interes për tu thelluar si në fazat e zhvillimit neurobiologjik, formimit të sjelljes dhe përshtatjes me ambjentin për fëmijën dhe gjithë moshën e zhvillimit deri në adoleshencë.

Në fakt të gjitha tiket ose pothuajse të gjitha, janë si urinimi i pavullnetshëm, një ditë pushojnë vetiu dhe ne si pediatër nuk kuptojmë mirë se cili ishte roli i mjekimit në rastet kur i përdorim.

Ajo që kemi kuptuar në mbarështimin e këtyre fëmijëve është:

- Mos hezito të kërkoshe mendimin e specialistit neuropsikiatër për fëmijë;
- Ndjekja në vazhdimësi e fëmijës me tik është kryesore;
- Asnjëherë mos e nënvleftëso një egzaminim më të plotë për të kuptuar bashkë-sëmundjet apo çrregullimet e tjera neuropsikiatrike dhe somatike, që fëmija apo adoleshenti mund të mbarti;
- Bashkëbisedimi me prindin për një anamnezë sa më të hollësishme dhe në vazhdim për të pyetur për ecurinë janë po aq të rëndësishme sa pikat më lart.

Në fakt ndodh që tiku ose tiket të bashkëshoqërojnë çrregullime neuropsiqike të tjera që nga çrregullime të sjelljes, sindromit obsesiv – kompulsiv, hiperreaktivitetit, depresionit, etj... Për ne si pediatër ka rëndësi të kuptojmë nëse tiku është dytësor i këtyre çrregullimeve apo të gjitha janë një çrregullim dhe bëjnë pjesë në atë që do ta quaja dobësi biologjike e cila qëndron në bazë të tikut.

Por në bazë të klasifikimit DSM4 si përkufizohet një tik?

Një tik është një lëvizje e pavullnetshme apo një zanim (bën tinguj ose fjalë) i shpejtë që përsëritet, por pa një ritëm të caktuar, e parashikueshme gjerë në formim stereotipie. Përjetohet si



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

e papengueshme, por ka fëmijë që e frenojnë për një farë kohe. Tiku përkeqësohet nga stresi dhe qetësohet shumë në gjumë.

- ▶ Tiku është dy llojesh motor dhe zanor.
- ▶ Ai mund të jetë i thjeshtë ose i përbërë.

Format e thjeshta i hasim më shpesh tek fëmijët në format motore si: p.sh.: pulitja e syve, tundja e qafës, shkundja e supeve, shtrembërimi i buzëve. Kurse tiket e thjeshta zanore që hasim më shumë tek fëmijët janë: kolla, qerimi i zërit, mërmëritja, lëshimi i zërave ose pasthirmave, etj...

Në vijim është paraqitur klasifikimi dhe karakteristikat e tikut:

1. Çrregullim i përkohshëm nga tiku që përbëhet nga një lloj tiku i veçuar apo i përsëritur motor apo zanor që shfaqet disa herë gjatë ditës pothuajse çdo ditë për më së paku 2 javë, por jo më shumë se 12 muaj rrjesht.
2. Çrregullim nga tiku kronik. Haset me tik motor apo zanor që është i vetëm dhe zgjat për më shumë se 12 muaj rrjesht.
3. Forma Tourette. Është një çrregullim me tike motore të shumta me një ose shumë tike zanore. Paraqiten disa herë në ditë ose herë pas here për më shumë se një vit. Prek më shumë kokën por edhe pjesë të tjera të trupit. Tiket zanore janë të ndryshme nga zërat e thjeshtë deri tek fjalët e plota dhe kolla. Një formë e veçantë e tij është koprolalia me fjalë të pista. Paraqitet deri në 30% të rasteve. Fëmija me tik Tourette shpesh bën hapa të njëjta para mbrapa, rrotullohet rreth vetes, përkulet mbi gjunj, prek gjërat ose personat përreth etj...

Sa më sipër ne pediatri gjendemi para një mori shfaqesh që shpesh nuk i kuptojmë mirë dhe kemi nevojë për ndihmë. Në fakt tiku është shumë kompleks dhe neurologet që i hulumtojnë ato, thonë se kanë një bazë biologjike të strukturuar në ganglionet bazale ku marrin jetë zakonet tona por edhe me përfshirje të nyjes amigdale pra dhe me emocione.

Si dhe kur shfaqen tiket

Historia natyrale e tyre na mëson se tiku fillon më së shumti në moshën 5-6 vjeç dhe në fillim janë vetëm motore. Format zanore janë më shumë për çrregullimin e Tourette dhe shfaqen më vonë rreth moshës 10-12 vjeç. Këto janë më shumë komplekse dhe përfshijnë dhe çrregullime të sjelljes.

Në rastet tona kemi pasur vetëm një rast me Tourette që na bënte përshtypje se pështynte vazhdimisht edhe pse ne i flisnim për ta penguar.

Llojet që kemi hasur në përvojën e qendrës tonë janë gjithsej 7 fëmijë të cilët i kemi dyshuar si me tike ose çrregullime me tike dhe të gjithë u kemi kërkuar një vizitë tek neulologu ose neuropsikiatri infantile duke i selektuar rastet.

Në vijim janë paraqitur rastet tona duke filluar nga mosha më e vogël tek më e madhja.

- Djalë 7 vjeç tik i thjeshtë me përdredhje të buzëve;
- Djalë 6 vjeç tik motor i thjeshtë me pulitje të syve;



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

- Djalë 6 vjeç me tik motor thithje hundësh;
- Djalë 9 vjeç me tik motor me prekje të objekteve (ky rast kishte dhe çrregullim të sjelljes);
- Djalë 13 vjeç me tik kompleks Tourette (dyshuar nga ne dhe diagnostikuar në QSUT) me lëvizje të qafës dhe gulçim të herë pas hershëm;
- Djalë 10 vjeç me Tourette (dërguar nga ne në QSUT) i cili kishte zakon të pështynte kudo edhe pse i flisnim;
- Vajzë 5 vjeç që paraqiste tik motor me pulitje të syve dhe që kishte shoqërim urinim të pavullnetshëm.

Nga një përmbledhje e të dhënave tona, djemtë janë më të prekur, tiket e thjeshta janë më të shumta, format komplekse janë më të vështira për tu kuptuar që kemi një tik apo një të sëmurë me një patologji më komplekse. Siç e thashë më sipër, gjithmonë kemi kërkuar ndihmën e kolegëve specialistë neurologje dhe psikiatër për të vërtetuar diagnozën të cilën jua u rekomandoj dhe kolegëve pediatër të familjes.

Si të veprojmë me një fëmijë që ka një tik apo çrregullim me tike apo më gjerë

E rëndësishme është që të thellohem në historikun e sëmundjes dhe të bashkëbisedojmë më gjatë se zakonisht gjatë vizitës së fëmijës. Rëndësi ka fakti nëse prindi na e paraqet si ankesë apo e shikojmë ne si mjek gjatë vizitës.

Në vija të përgjithshme pediatri i familjes duhet që të njohi këtë çrregullim, natyrën beninje të tij në shumicën dërmuese të rasteve. Kjo do ti japë mundësi që të qetësojë prindin dhe ti thotë atij dhe fëmijës që do të qetësohet nga ky problem.. Në fakt tiku nuk është një problem i madh mjekësor por mund të përfshijë nga ana emotive fëmijën, familjen e tij dhe të modifikojë fortësisht sjelljen duke bërë që fëmija dhe familja të vuajnë. Kjo gjeneron stres që e përkeqëson tikun. Për këto arsye puna më e mirë e jona si pediatër të familjes është të shikojmë problemin, ta vlerësojmë, nëse na kërkohet të qetësojmë familjen dhe ta sqarojmë se përse bëhet fjalë.

Nuk duhet të përdorim mjekim me barna për çrregullimin e tikut ndonëse ka diskutime dhe barna që kanë shfaqur një qetësim të simptomave.

Sa herë që e dyshojmë i sugjerojmë prindit edhe një vizitë tek neuropediatri, nëse familja është bashkëpunuese dhe kërkon ndihmë. Nëse jo duhet që këtë çrregullim ta ndjekim në kohë dhe të shikojmë ecurinë e tij. Në shumicën e rasteve ai fillon e pakësohet deri në zhdukje në fillim të adoleshencës por ky nuk është një rregull. Në raste më të rralla ai mund të sistematizohet, të shoqërohet dhe nga çrregullime të tjera dhe kjo kërkon patjetër rekomandimin për vizitë tek specialist neurolog ose psikiatër.

Bibliografia:

1. Lekman JF. Tourettes syndrome. Lancet 2002 vol 360,16,1577-86
2. Robertson MM. Tourette syndrome associated conditions and complexities of treatment. Brain 200. 123:425-62
3. Murphy ML Prospective identification and treatment of children with PANDAS. Arch Pediatrics and adolescents Med 2002 156.
4. Jankovic J. Tourette 's syndrome N.Eng. J.Med 2001 vol 345, 18, 1184-92
5. Svedo SE. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group of streptococcus infection. Am J. Psychiat. 2018. 155.264.



NË KUJTIM TË PROF. DR. GJERGJI MINGA (1940–2024)

22 Qershor 1940 – lindi në Korçë mjeku i nderuar, Prof. Dr. Gjergji Minga, një emër i spikatur i mjekësisë shqiptare, i cili u nda nga jeta më 16 Maj 2024.

Gjatë gjithë jetës së tij, ai dha kontribute të vyera në shëndetësi, arsim dhe shkencë, duke qenë një figurë e dashur dhe e respektuar si nga kolegët, ashtu edhe nga brezat e studentëve që edukoi.

Prof. Dr. Gjergji Minga dha një kontribut të çmuar në fushën akademike, veçanërisht në Fakultetin e Mjekësisë, ku në vitet: 1980-1984, punoi si Shef i lëndës së Biokimisë Mjekësore në Fakultetin e Mjekësisë. Në vitet 1984-1990, Drejtor i Drejtorisë së Mjekimit në Ministrinë e Shëndetësisë. Në vitin 1990, kthehet pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” si Shef i Qendrës së Mjekësisë Bërthamore, duke dhënë Biokiminë Mjekësore dhe Klinike në Fakultetin e Mjekësisë si Pedagog i Jashtëm. Në vitin 1993, emërohet Pedagog Efektiv i Fakultetit të Mjekësisë.

Prof. Dr. Gjergji Minga ishte autor i dhjetë librave për studentët e degëve të Mjekësisë së Përgjithshme dhe Stomatologjisë midis të cilëve tekstet e para të Biokimisë Mjekësore dhe të Historisë së Mjekësisë Shqiptare. Ka botuar monografinë “Acidet e larta yndyrore të pangopur dhe prostaglandinat”. Bashkëautor i Fjalorit Latinisht - Shqip të Mjekësisë. Botoi disa dhjetra studime në periodikun shkencor mjekësor të kohës dhe ka kreu një sërë studimesh për anë të veçanta të shërbimit shëndetësor.

Prof. Dr. Gjergji Minga kontribuoi shumë për konsolidimin e Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës në vitet '90 e më tej. Ku sot ky Fakultet nuk mund të konceptohet pa kontributin e madh të dhënë prej tij.

Prof. Dr. Gjergji Minga kontribuoi edhe si Anëtar i Këshillit Shkencor të Fakultetit të Mjekësisë; Anëtar i Kolegjiumit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe i Komisionit të Shëndetësisë pranë Komitetit të Shkencës dhe Teknologjisë; Anëtar i Redaksisë së Revistës Mjekësore dhe kryeredaktor i saj; Sekretar i Redaksisë së Shëndetësisë për botimin e Fjalorit Enciklopedik Shqiptar, në të dy botimet; Kryetar i Shoqatës Shkencore të Studentëve të Universitetit; Sekretar i Përgjithshëm i Shoqatës Mjekësore Shqiptare; Anëtar i Komitetit Kombëtar të Bibliotekës Mjekësore; dhe Rektor i Universitetit Amerikan të Tiranës.

Me përkushtim të palëkundur dhe humanizëm të thellë, Prof. Minga mbetet një shembull frymëzimi për shumëkënd.

E kujtojmë me nderim, mirënjohje dhe respekt të thellë për gjithçka dha për njerëzit dhe dijen.

Prof. Dr. Gjergji Minga, do të mbetet si skalitësi i dijes, humanizmit dhe atdhedashurisë.





Dr. Lindita DEMIRLIKA
1969 – 2024

Është ndarë nga jeta pas një beteje të gjatë me një sëmundje të rëndë Dr. Lindita Demirlika, mjeke dhe drejtuese e Qendrës Shëndetësore Petrelë për më shumë se 18 vite.

Dr. Lindita lindi më 25 Qershor 1969 në Mat. Pasi kreu Shkollën e Mesme me rezultate shumë të mira vijoi të studioje në Fakultetin e Mjekësisë në degën Mjekësi e Përgjithshme, në vitet 1987-1992 duke fituar titullin Mjek i Përgjithshëm.

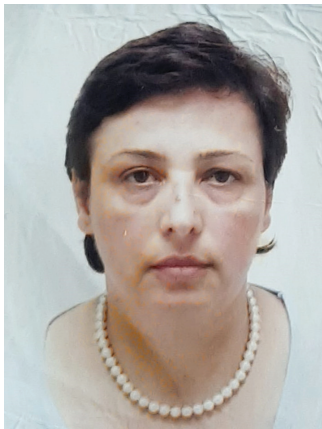
Pas diplomimit dr. Lindita kthehet në vendlindje dhe fillon punë si mjeke e përgjithshme në Qendrën Shëndetësore Derjan në Mat dhe shumë shpejt edhe si Përgjegjëse e kësaj qendre. Më pas në vitin 1994, dr. Lindita do emërohej Shefe e Shërbimit Ambulator të Rrethit të Matit deri në vitin 1995.

Në Janar të vitit 1996, dr. Lindita do fillonte specializimin për Shëndet Publik-Epidemiologji, të cilin do e mbaronte në vitin 1998. Më pas dr. Lindita në Maj të vitit 1999 do emërohej Mjeke në Qendrën Shëndetësore Petrelë e më pas edhe Drejtore e kësaj qendre në vitin 2007, pozicion që e mbajti derisa u nda nga jeta.

Dr. Lindita do mbahet mend nga kolegët, banorët e zonës së Petrelës dhe pacientët si një mjeke e zonja, e papërtuar, e gjindur kudo e kurdoherë në ndihmë të tyre për të zgjidhur problemet; e dashur me kolegët dhe pacientët.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Zhuljeta DERAJ

1961 – 2025

Në dt. 30 Maj 2025 u nda parakohe nga jeta Dr. Zhuljeta Deraj. Pas një sëmundje të gjatë dhe të rëndë, të përballuar me kurajo, guxim dhe forcë të jashtëzakonshme.

Dr. Zhuljeta lindi në qytetin e Delvinës në 16 Qershor 1961. Ajo kreu arsimin fillor dhe të mesëm në qytetin e Burrelit me rezultate të shkëlqyera. U diplomua në Univeristetin e Tiranës në degën Mjekësi e Përgjithshme, pas kryerjes së kursit 1979-1984 duke fituar titullin

Mjeke e Përgjithshme. Pas diplomimit kreu kursin e profilizimit në neonatologji. Në vitin 1984-1990 punoi si mjeke e përgjithshme në ishullin e Sazanit. Qysh në fillimet e saj si mjekë u shqua për seriozitetin, profesionalitetin, humorizëm dhe passion në punë.

Prej vitit 1991 deri në fund të karrierës së saj punoi në Spitalin Rajonal Vlorë, në shërbimin e neonatologjisë. Gjatë gjithë kohës ajo u karakterizua nga një përkushtim, devocion, ndërgjegje e lartë në punë, profesionalitet, humorizëm dhe përgjegjësi profesionale të admirueshme. Falë këtyre cilësive ajo ofroi ndaj të porsalindurve një kujdes të rrallë mjekësor dhe prindëror, komunikim të jashtëzakonshëm me lehonat dhe familjarët e tjerë.

Dr. Zhuljeta shquhej edhe për përgatitje të vazhdueshme për përmirësimin e shërbimit neonatologjik, zhvillimin e vazhdueshëm profesional të saj dhe të kolegëve. Ajo ndiqte rregullisht konferencat mjekësore brenda dhe jashtë vendit, si dhe zhvillimin e konferencave në rrethin e Vlorës, duke ndihmuar organizuar e drejtuar veprimtaritë lokale mjekësore, për të analizuar praktikën mjekësore, shkëmbyer përvojën, përhapjen e informacioneve shkencore dhe ndryshimin e protokolleve, gjithmonë në përmirësimin e shërbimit dhe rritjes cilësore të kujdesit neonatal. Pavarësisht nga përballja me sfidat shëndetësore të rënda të saj, ajo asnjëherë nuk e ndërpreu punën duke u bërë një shembull frymëzimi për gjithë kolegët dhe bashkëpunorët e saj.

Në respekt të vlerave të veçanta profesionale dhe humane, përkushtimit, arritjeve cilësore në kujdesin neonatal dhe uljen e vazhdueshme të patologjive dhe mortalitetit neonatal në rreth, Bashkia e Vlorës e ka nderuar me dhënien e titullit “Qytetar Nderi”.

Doktoresha ishte edhe një bashkëshorte shembullore si dhe një nënë e përkushtuar për djemtë e saj të mirë edukuar dhe shkolluar.

Ajo u nda nga jeta por jo nga zemra dhe mendja e familjarëve, miqëve, kolegeve dhe gjithë atyre që kanë patur fatin të marrin kujdesin dhe shërbimin e saj. Ajo do të mbetet një shembull i veçantë i frymëzimit, përkushtimit, humanizmit dhe kurajos dhe forcës njerëzore.

Pushoftë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi Saj!

Këshlli Rajonal Vlorë, UMSH





Dr. Fatmir PRIFTI 1957 – 2025

Më 11 Qershor 2025 u nda nga jeta Dr. Fatmir Priftit. Dr. Prifti la pas një eksperience të jashtëzakonshme pune, përkushtimi, e dashurie ndaj çdo pacienti të QSUT të cilit ai i shërbeu përgjatë 37 viteve të punës në sallat e anestezi-reanimacionit. Po ashtu një ndihmë e vyer për gjithë pacientët që i janë drejtuar për Kujdes Paliativ përmes Ryder Albania!

Dr. Fatmiri lindi më 10 Mars 1957 në Moskë. Pas kryerjes së shkollës fillore dhe të mesme, dr. Fatmiri vitin 1977 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, të cilat i përfundoi në vitin 1983, dhe u emërua fillimisht në Vermosh në Shkodër e më pas u transferua në shërbimin e kujdesit shëndetësor në Tiranë si Mjek i Përgjithshëm.

Më pas në vitin 1987, dr. Fatmiri filloi specializimin pasuniversitar për Anestezi-Reanimacion në Fakultetin e Mjekësisë, të cilin e përfundoi në vitin 1990. Dhe më pas filloi punë në spitalin Onkologjik të Tiranës si Mjek Anestezist-Reanimator.

Në Nëntor të vitit 1991 deri në Mars 1992, dr. Fatmiri kreu kurs kualifikimi për Anestezi-Reanimacion dhe Terapinë e dhimbjes pranë Spitalit “Regina Elena” në Romë. Në Prill të vitit 1995 kreu kursin pasuniversitar për kancerin e gjirit dhe më pas në Maj-Qershor 1996 një kurs kualifikimi pranë Klinikës Terapeutike të dhimbjes dhe të kujdesit Kujdesit Paliativ të Spitalit “Santa Corona” di Garbagnante Milanese, në Milano. Dr. Fatmiri në Nëntor 1997 dhe Shkurt 1999 kreu 2 kurse kualifikimi për Asistencën në shtëpi të të sëmurëve terminalë dhe kronikë (onkologjike, dhe SIDA, dhe të moshuar, etj..).

Në vitin 1993 dr. Fatmiri do emërohej edhe Drejtor Ekzekutiv i Ryder Albania, duke ofruar shërbime multidisiplinare falas në shtëpitë e pacientëve dhe hospis për pacientët me kancer në fazën terminale.

Gjatë karrierës së tij dr. Fatmiri publikoi shumë studime si autor dhe bashkautor lidhur me Protokollin Klinikë në Kujdesin Paliativ në Shqipëri, Manualin e Trajnimit të Kujdesit Paliativ, Udhëzues praktik për familjarët e pacientëve me kancer, Konsumimi Profesional i Punonjësve Shëndetësorë në Onkologji, etj; publikime shumë të vlefshme dhe aktuale për kolegët mjekë dhe infermierë.

Largimi i parakoshëm nga jeta i dr. Fatmiri i është një humbje e madhe që lë pas një boshllëk të ndjeshëm jo vetëm tek kolegët por edhe për pacientët dhe të afërmit e tyre, por dhe për komunitetin mjekësor shqiptar.

Dr. Fatmiri do të kujtohet si mjek humanist, profesionist i shkëlqyer, e koleg i vyer dhe vlerat që përfaqësonte do të mbeten të gjalla dhe frymëzuese për të gjithë ne.

Ngushëllime të përzemërta Rubenës, fëmijëve, familjes, miqve e kolegëve për këtë humbje.

Pusho në paqe Dr. Fatmir Prifti!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Janaq TERPO
1946 – 2025

Ndahet nga jeta në moshën 79 vjeçare Doktor Janaq Terpo, duke lënë pas një përvojë të gjatë në Mjekësinë e Kardiologjisë.

Dr. Janaq Terpo u lind në vitin 1946, në qytetin e Ersekës.

Në vitin 1968 kreu studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera.

Doktor Janaq Terpo, specializimin e tij e fokusoi në fushën e kardiologjisë ku punoi si mjek kardiolog në Poliklinikën e Specialiteteve në Durrës, deri sa doli në pension në vitin 2010.

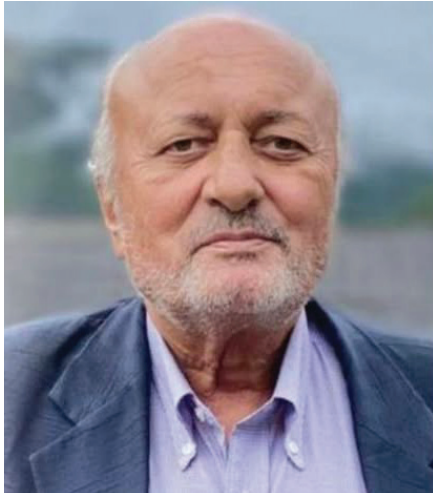
Dr. Janaq Terpo gjatë gjithë karrierës së tij u përkushtua për shëndetin dhe mirëqënien e pacientëve, duke lënë pas një trashëgimi të vyer humanizmi dhe profesionalizmi.

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

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshlli Rajonal Durrës, UMSH





Dr. Ndue CARA **1948 – 2025**

Dr. Ndue Cara lindi më 20 Prill 1948, në fshatin Dom të Pukës. Që në rini dëshmoi prirje të natyrshme për shërbim publik dhe ndihmë ndaj njerëzve, duke filluar praktikën mjekësore që herët, në vitin 1969, si ndihmës mjek në spitalin zonal të Fushë-Arrëzit.

Ai përfundoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë, më 15 Maj 1975, ndërsa gjatë vitit të fundit punoi si mjek stazhier në spitalin e Gjegjanit, në rrethin e Pukës. Pas diplomimit, shërbeu në pozita të ndryshme brenda sistemit shëndetësor vendor, ku u dallua për përkushtim dhe organizim.

Në periudhën Qershor 1976 – Shtator 1986, ai mbajti detyrën e Shefit të Seksionit të Shëndetësisë në Komitetin Ekzekutiv të rrethit Pukë, një periudhë ku pati ndikim të rëndësishëm në strukturimin dhe funksionimin e shërbimeve shëndetësore në nivel vendor.

Në Shtator 1986, ai nisi specializimin pasuniversitar në Anatomi Patologjike dhe Ekspertizë Mjeko-Ligjore, të cilin e përfundoi me sukses në Dhjetor 1989. Kjo degë kërkuese, që ndërthurte analizën shkencore me përgjegjësinë ligjore, i përshtatej natyrës së tij të kujdesshme dhe profesionale.

Nga 1990 deri në 1993, Dr. Cara punoi si mjek Anatomo-Patolog dhe Ekspert Ligjor në Spitalin e rrethit Pukë, ndërsa njëkohësisht shërbeu si Kryetar i Kryqit të Kuq Pukë, duke promovuar ndihmën humanitare dhe ndërgjegjësimin shëndetësor në komunitet.

Në vitet 1993–1997, ai u emërua Drejtor i Drejtorisë së Shëndetit Publik Pukë, duke udhëhequr institucionin në një periudhë të vështirë reformash e tranzicioni. Në këtë rol, tregoi aftësi menaxheriale dhe strategjike në mbrojtjen e shëndetit publik.

Veç karrierës mjekësore, Dr. Cara kontribuoi edhe në jetën publike dhe institucionale. Ai ishte:

- Kryetar i Bashkisë Pukë (2000–2003)
- Kryetar i Komunës Gjegjan (2007–2015)
- Anëtar i Kryesisë së Këshillit të Qarkut Shkodër

Gjithashtu, ushtroi detyrën e mjekut dhe funksione drejtuese në qendrat shëndetësore të Qelzës, Gjegjanit, Fierzës, Blerimit dhe Gojan i Madh, duke u bërë një figurë kyçe për ofrimin dhe zhvillimin e shërbimeve shëndetësore në zona të thella dhe me nevoja të mëdha.

Doktor Ndue Cara përfaqësonte figurën e mjekut të përkushtuar, të ndershëm dhe të aftë, i cili e ushtronte profesionin me integritet dhe ndjenjë të lartë përgjegjësie. Kontributi i tij i palodhur në mjekësinë patologjike, shëndetin publik dhe organizimin shëndetësor lokal, mbetet një shembull frymëzues për brezat e rinj të mjekëve. Kujtimi i tij jeton jo vetëm në institucionet ku shërbeu, por edhe në zemrat e kolegëve, pacientëve dhe komunitetit të Pukës.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH





Dr. Sokol MJETAJ

1953 – 2025

Dr. Sokol Mjetaj lindi më 30 Qershor 1953, në fshatin Xhan, rrethi Shkodër dhe i kushtoi të gjithë jetën e tij shërbimit ndaj shëndetit të njerëzve dhe mjekësisë shqiptare, duke u dalluar për përkushtim, profesionalizëm dhe ndershmëri.

Formimi i tij në fushën e mjekësisë nisi herët, kur në vitet 1968, ndoqi Shkollën e Mesme Mjekësore “Jani Minga” në Vlorë, nga e cila u diplomua si ndihmës-mjek. Më pas, vazhdoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, ku u diplomua si mjek i përgjithshëm në vitin 1979.

Karriera e tij profesionale është e lidhur ngushtë me sistemin shëndetësor ushtarak shqiptar. Gjatë periudhës 1979–2003, Dr. Mjetaj ushtroi profesionin e mjekut ushtarak, ku mbajti funksione të rëndësishme, ndër to:

- Shef i Shëndetësisë në Brigadën Mëlgush–Rrenc, Shkodër
- Drejtor i Spitalit Ushtarak Shkodër
- Shef i Shëndetësisë së Divizionit Shkodër, duke mbajtur gradën “Major”

Përmes këtyre detyrave, ai dëshmoi aftësi të larta organizative, përkushtim ndaj trupave dhe strukturave ushtarake, si dhe kompetencë të gjerë profesionale. Ai kontribuoi në ndërtimin dhe drejtimin e strukturave shëndetësore ushtarake në një kohë me sfida të mëdha për vendin.

Në vitet 1989–1991, Dr. Mjetaj ndoqi specializimin pasuniversitar në Otorino-Laringologji (ORL) pranë klinikës universitare të QSUT, Tiranë, duke u përgatitur në mënyrë të specializuar në këtë fushë të rëndësishme të mjekësisë.

Pas përfundimit të shërbimit ushtarak, nga viti 2003 e deri në fund të jetës së tij, ai e ushtroi me përkushtim profesionin si mjek ORL privat, duke qenë një pikë referimi për pacientët që kërkonin trajtim me kujdes dhe cilësi.

Dr. Sokol Mjetaj u dallua jo vetëm për njohuritë e tij mjekësore, por edhe për sjelljen e tij të përlur, komunikimin e ngrohtë dhe etikën e lartë profesionale. Me një përvojë të gjatë në sistemin ushtarak dhe civil, ai la pas një model të rrallë të mjekut që shërben me përkushtim dhe integritet. Kujtimi i tij mbetet i gjallë në zemrat e kolegëve, pacientëve dhe të gjithë atyre që patën fatin ta njihnin dhe ta vlerësonin për gjithçka që dha në shërbim të jetës.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH





Dr. Shk. Nertila KODRA

1973 – 2025

Në dt. 26 Qershor 2025 është larguar nga jeta dr. Nertila Kodra, Anesteziste Reanimatore pranë Klinikës së Parë të Kirurgjisë, QSUT; pas një beteje të gjatë dhe të vështirë me një sëmundje të rëndë.

Dr. Nertila lindi në 25 Maj 1973 në Pogradec, ku edhe kreu shkollën e Mesme. Në vitin 1991 dr. Nertila filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë, të cilin e përfundoi në vitin 1997 duke

u titulluar Mjeke e Përgjithshme. Në vitet 1998-2002 dr. Nertila kreu specializimin në fushën e Anestezie-Reanimacionit dhe menjëherë pas përfundimit të specializimit do të emërohej si Mjeke Anesteziste pranë Departamentit të Kirurgjisë së Përgjithshme në Klinikën e parë të QSUT.

Dr. Nertila gjatë karrierës së saj publikoi dhe referoi artikuj të shumtë me impakt të ndjeshëm si brenda dhe jashtë vendit, si: Anestezia në riparimin e hernieve në Shqipëri; Një rast me hiperkapni në mjekimin intensiv, kazuistikë; Qarku i mbyllur i anestezisë dhe anestezia me fluks të ulët; Lidokaina 0.5mg/kg, dozë e mjaftueshme për të frenuar kollën e shkaktuar nga fentanylli; dhe shumë të tjera.

Largimi nga jeta e dr. Nertilës lë pas një boshllëk të madh jo vetëm për familjen, por edhe për kolegët dhe gjithë komunitetin mjekësor profesional. Dr. Nertila përballoi çdo sfidë me kurajo, dinjitet dhe forcë të jashtëzakonshme dhe do të mbetet një shembull frymëzimi për të gjithë kolegët që patën fatin ta njihnin dhe të punonim me të.

Dr. Nertila ishte një profesioniste e përkushtuar, një njeri i dashur dhe një shtyllë në radhët e anestezistëve reanimatorë në vendin tonë.

U prehtë në paqe!

I paharrar do të mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Fatbardha PETRELA

1943 – 2025

Më datë 18 Qershor 2025, u nda nga jeta në moshën 82-vjeçare mjekja e njohur Nefropediatre, Dr. Fatbardha Petrela, duke lënë pas një humbje të madhe për familjen e saj, si dhe për komunitetin e mjekëve të pediatriisë.

Dr. Bardha, ashtu siç e njihnin të gjithë, lindi në Tiranë, në një familje me trashëgimi intelektuale. Ajo përfundoi Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës në vitin 1965, me

rezultate shumë të mira, dhe u punësua në Spitalin Universitar të Pediatriisë në Tiranë, ku bënte specializimin për Pediatri të Përgjithshme nën drejtimin e Prof. Selaudin Bektshit. Dhe më pas, specializohet në Nefropediatri së bashku me Dr. Polikron Çelën.

Dr. Bardha, një mjekje pediatre shumë e dashur dhe e njohur, ka ndjekur një rrugëtim profesional të veçantë dhe shumë të suksesshëm. Ajo ka studiuar mjekësinë në fushën e pediatriisë, duke ndjekur trajnime dhe specializime në mënyrë të vazhdueshme edhe jashtë shtetit, si: në Itali, Hungari dhe SHBA.

Popullariteti i saj vjen nga shërbimet e shkëlqyera, aftësia për t'u kuptuar fëmijët dhe për të ndërtuar besim me prindërit, duke treguar pasion dhe përkushtim për kujdesin ndaj fëmijëve. Gjatë viteve, ajo ka ndërmarrë shumë punë serioze dhe i ka shërbyer me dashuri dhe kujdes të veçantë pacientëve të vegjël dhe familjeve të tyre. Ajo është e njohur edhe për trajnimet dhe ngjarjet edukative për familjet, duke ndarë njohuritë dhe eksperiencën e saj për shëndetin e fëmijëve. Përkushtimi i saj ndaj shëndetit dhe mirëqënies së të vegjëlve e ka bërë atë një figurë shumë të dashur dhe të respektuar në komunitet.

Karriera e saj është shembull i humanizmit, përkushtimit ndaj shërbimit dhe dashurisë për fëmijët. Përveç kësaj, është e njohur për përkushtimin ndaj arsimit dhe trajnimit e të rinjëve, duke transmetuar njohuritë dhe eksperiencën e tij brez pas brezi, sidomos tek fëmijët, mbesat dhe nipërit e tij.

Dr. Bardha ishte e martuar me Dr. Besnik Petrelën. Një mjek shumë i njohur dhe i respektuar në gjithë Shqipërinë.

Dr. Bardha fliste rrjedhshëm italisht, anglisht dhe frëngjisht, gjë që e ndihmonte të qëndronte në hap me zhvillimet më të fundit në mjekësi dhe kulturë. Ishte e pasionuar pas leximit dhe muzikës, të cilat i përjetonte me ndjeshmëri të veçantë.

Dr. Bardha ishte një bashkëshorte fisnike, një nënë e mrekullueshme, një gjyshe e dhimbshur dhe një mikeshë besnike! Familjarët, miqtë, pacientët dhe të afërmit e saj, që e donin dhe respektonin aq shumë, do ta kujtojnë përherë Dr. Bardhën për mençurinë, mirësinë dhe humanizmin e saj!

Dr. Bardha nuk është më pranë nesh! Kujtimi i saj do të jetojë gjatë në zemrat e të gjithëve që ajo preku me shpirtin e saj fisnik.

I paharuar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Zymer KURTAJ
1947 – 2025

Në dt. 9 Korrik 2025 u nda nga jeta dr. Zymer Kurtaj, mjek Pediatër-Neonatolog në Departamentin e Pediatriisë në Shërbimin e Neonatologjisë, QSUT, mjeku pediatër-neonatolog, që ka dhënë një kontribut të vyer, për çdo pacient dhe nënat e tyre, ndër vite.

Dr. Zymeri lindi më 20 Mars 1947 në Koplik të Shkodrës. Pasi kreu shkollën fillore dhe 7-vjeçare në vendlindje, vijoi edukimin në Gjimnazin “29 Nëntori” në Shkodër, të cilin e përfundoi në vitin 1965.

Në vitin 1969, dr. Zymeri filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, të cilat i përfundoi në vitin 1974. Menjëherë pasi përfundoi studime punoi si mjek stazhier pranë Spitalit të Lezhës deri në mbrojtjen e Dilopmës në Maj të vitit 1975, në Fakultetin e Mjekësisë.

Në vitet 1975 deri në vitin 1981 dr. Zymeri punoi si Mjek i Përgjithshëm në fshatrat e Lezhës. Më pas në Mars të 1981-Mars 1982 ndoqi specializimin për Pediatr pranë Spitalit Pediatrik Tiranë. Dhe Mars 1982-1983 ndoqi specializimin në Neonatologji.

Në Mars të vitit 1983 deri në Shtator të vitit 1992, dr. Kurtaj punoi si mjek Pediatër-Neonatolog pranë Maternitetit Lezhë, në repartin e Pediatriisë, në Konsultorin e Qytetit Lezhë dhe në Poliklinikën e Lezhës. Më pas dr. Kurtaj emërohet Mjek pranë Maternitetit të Shkodrës dhe pitalit Pediatrik Shkodër, ku punoi deri në Qershor 2001. Më pas dr. Kurtaj do emërohej Mjek Neonatolog në Maternitetin “Koço Gliozheni” Tiranë dhe më pas edhe QSUT ku edhe doli në pension.

Dr. Zymeri do të kujtohet si një mjek i palodhur dhe i devotshëm, si njeri dhe mik i mrekullueshëm, si njeri i rrallë që u bëre engjëll mbrojtës për qindra e mijëra fëmijë, nuk ishte vetëm mjek por një dritë shprese për prindërit në momentet më të vështira dhe një buzëqeshje e ngrohtë për fëmijët.

Ngushëllimet më të sinqerta për familjarët, të afërmit dhe miqtë e Dr. Kurtajt. Dr. Zymeri do ju mungojë të gjithë kolegëve.

U prehsh në paqe dr. Zymeri, mjeku i zemrave të vogla.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Evriviadhi GORO - 2025

Në dt. 9 Korrik 2025 u nda nga jeta dr. Evriviadhi Goro, pediatri (patolog) i Himarës.

Dr. Goro ishte dhe do të mbetet një nga figurat më të dashura dhe të respektuara të komunitetit Himariot e më gjerë. Ai ishte një i përkushtuar, njeri me zemër të madhe, qytetar shembullor dhe zë i qartë i Himarës në të gjitha kohërat.

Himara humbi njeriun e dashur, mjekun pediatër (patholog), që edhe pse në pension nuk hezitonte të ndihmonte fëmijë.

Dr. Evriviadhi ishte më shumë se një mjek, ai ishte shpresë, mbështetje dhe dashuri për njerëzit e Himarës. Jeta e dr. Evriviadhit ishte një shërbim i përhershëm profesionisti dhe qytetari në brendi dhe lartësi të përhershme kulture.

Himara humbi sot mjekun humanist ekselent, publicistin dhe shkrimtarin e talentuar, por të pa bujë, patriotin e madh që i dha zë të vërtetave që Himarën e kanë mbajtur në pjedistale.

Dr. Goro do kujtohet nga të gjithë ata që patën fatin ta njihnin me shumë dashuri për virtutet e larta njerëzore, për gadishmërinë e tij, për ndjenjën e lartë të përgjegjësisë për mirësinë. Do na mungojë pena e tij me të cilën shprehte dëshirën për një botë më njerëzore për drejtësi.

Shërbimi i tij i palodhur, fjala e tij e drejtë dhe përkushtimi i tij ndaj Himarës do të mbeten gjithmonë në kujtesën tonë.

Ngushëllime të sinqerta familjes, miqve dhe të gjithë atyre që patën fatin ta njohin.

Pusho në paqe Doktor. Trashëgimia Juaj njerëzore do të jetojë gjatë nes nesh!

Lamtumirë Doktor..u prehsh në paqe..

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH

