

PËRMBAJTJA

VEPRIMTARI PËR FESTIMIN E 30 VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH:

- 30-vjetori i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë	2
- Fjala në mbrëmjen festive të 30-vjetorit të UMSH-së	4
- Përshëndetja e Kryetarit të Odës së Mjekëve të Kosovës Dr. Pleurat SEJDIU – Bashkëpunimi mes OMK-së dhe UMSH si organizata vetëqeverisëse mëse i nevojshëm	7
- Përshëndetja e Rektorit të Universitetit të Mjekësisë Prof.Dr. Arben GJATA	8
- Përshëndetja e Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH Z. Spartak ZEKJA	9
- UMSH: Vështrim historik nga Dr. Din ABAZAJ	10
- Konferenca e Urdhrit të Mjekëve – 08 Qershor 2024, Tiranë	17
- Prof. Çomo N., Kryemadhi N., Qato M., Bashvogli A., - Antimykotikët në Infektologji dhe përfaqeset terapeutike në të ardhmen	18
- Prof. Zekja I., - Çrregullimet neurologjike në patologjitë Gastro-Intestinale	19
- Prof.Asc. Nelaj E., - Diabeti Melitus dhe Hipertensioni Arterial	20
- Prof.Asc. Rroji M., - Menaxhimi i Hipertensionit në kontekstin e Sëmundjes Kronike të Veshkave: një qasje multifaktoriale për parandalimin e komplikimeve Kardiovaskulare dhe progresionit të sëmundjes	21
- Prof.Asc. Fida M., Palaj A., Sotiri I., Memini J., Hajro D., - Psoriasis, sëmundjet shoqëruese dhe trajtimi bashkëkohor	22
- Prof.Asc. Alimehmeti I., - Insulinorezistenca cerebrale dhe sëmundja Alzheimer: horizonte të reja parandalimi dhe trajtimi	23
- Prof.Asc. Kreka M., Kreka B., Kokthi D., - Risku për infeksione në pacientët me Talasemi	25
- Dr.Spahia N., Rroji M., - Strategji të reja trajtimi për sëmundjen Renale Kronike	26
- Prof.Asc. Mino M., - Aborti spontan, menaxhimi	27
- Dr.Shk. Dilka E., - Faktorët e riskut dhe diagnoza e sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike	29

PROBLEME ORGANIZATIVE:

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH – 05.04.2024	31
---	----

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Kongresi i IX i Onkologjisë: “Të ecim së bashku në kujdesin ndaj Kancerit Urotelial – 23-24 Shkurt 2024, Tiranë	32
- Aktivitet në kuadër të 30-vjetorit të UMSH: “Sfidat e Mjekësisë në Vazhdim” – 18 Maj 2024-Elbasan	33
- Dr. Luli-Tabaku N., Konferenca: “Dilemat e klinikës komplekse. Përfaqse ndërdisiplinare III” – 04 Qershor 2024, Shkodër	34

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Dr. Treçça D., - Rishikimi i Deklaratës së Helsinkit: Kërkimi shkencor mjekësor në burime dhe mjedise të varfëra - 18-19 Janar 2024, Vatikan	36
- Dr. Shehu E., - Asambleja e Përgjithshme e CPME – 22-23 Mars 2024, Lubjanë-Slloveni	37

NGA EKSPERIENCA POZITIVE E ORGANIZATAVE HOMOLOGJE:

- CEOM - Përditësim për Dhunën dhe Burnout kundër mjekëve, studentëve të mjekësisë dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë	40
--	----

KAZUISTIKË:

- Prof. Dr. Basho J., - Roli i Albuminës në të sëmurët cirrotikë	41
--	----

IN MEMORIAM

- Prof. Assoc. Bajraktari G., - Prof. Dr. Gjergji Minga skalitës i dijes, humanizmit e atdhedashurisë	46
---	----

NEKROLOGJI:

- Prof. Dr. Gjergji MINGA, Dr. Piro SHTINO, Dr. Spiro DORACI, Prof. Dr. Vahe MOKINI, Prof.Asc. Dr. Fatos HARITO, Dr. Alketa STRONI, Dr. Teuta KACANI-DOMI, Prof. Assoc. Dr. Vladimir GUSMARI, Dr. Engjëllushe GJUNKSHI, Dr. Krios BEQARAJ, Dr. Liri ALIMANI, Dr. Prokop LALA	47-58
--	-------



30-VJETORI I URDHRIT TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË



Me vendim të Këshillit Kombëtar të UMSH më 7-8 Qershor 2024 u festua 30 vjetori i UMSH me një larmi aktivitete të ndryshme: pritje të mysafirëve të huaj nga drejtues të UMSH-së, pritje të personaliteteve të organizmave homologe ndërkombëtare në Ministrinë e Shëndetësisë, mbasdite festive, konferencë shkencore mjekësore, etj... Këto veprimtari nuk u panë thjesht si një protokoll festiv në respekt të traditës së festës jubilarë por të gjitha së bashku synuan të bëjnë një vlerësim, një bilanc për arritjet, sfidat, mangësitë, përpjekjet dhe kontributin shumëpalësh dhe të gjithanshëm të antarësisë, strukturave në qendër dhe në bazë, në bashkëpunim me homologët ndërkombëtar, strukturat shëndetësore publike dhe jo publike, faktorët dhe aktorët e shumtë që operojnë në sistemin shëndetësor shqiptar deri tek Qeveria dhe Parlamenti i Republikës së Shqipërisë. Nga tërësia e fjalimeve, përhëndetjeve, bisedimeve dhe sugjerimeve të bëra, ky jubile u pa si një moment i veçantë historik në ecurinë e gjatë e të vështirë të UMSH, një gur tjetër i rëndësishëm kilometrik. U konfirmua rritja, zhvillimi dhe konsolidimi i veprimtarisë brenda hapësirës ligjore, korektesa në bashkëpunimin me partnerët tanë brenda dhe jashtë vendit duke ruajtur, mbrojtur dhe konsoliduar pavarësinë e tij si dhe mbarështrimin në vend të vetë-rregullimit dhe vetëqeverisjes së profesionit mjekësor.

Arritjet e vogla dhe të mëdha janë inkurajuese, sigurisht kjo nuk do të thotë se është arritur gjithçka. Ato përbëjnë një bazë të mirë që na inkurajon për të hyrë në një fazë tjetër ku UMSH të marri më shumë përgjegjësi dhe të përfshihet në shumë aspekte të tjera të sferës profesionale për të qenë një zë gjithnjë e më i fortë, në mbrojtje të interesave të mjekëve dhe përmirësimit gjithnjë e më shumë të cilësisë së shërbimit që i ofrohet publikut.



Veprimtaritë festive kulmuan me mbrëmjen festive të dt. 7 Qershor. Në këtë event të rëndësishëm morën pjesë Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale znj. Albana Koçiu, ish ministra të shëndetësisë, deputetë të komisionit të shëndetësisë dhe çështjeve sociale të parlamentit tonë, përfaqësues të profesoratit të Universiteteve tona Mjekësore (Rektor, Dekan, etj.), drejtues të institucioneve shëndetësore publike dhe jo publike, përfaqësues të Urdhrave të tjerë Mjekësor (i Dentistëve, Farmacistëve, Infermierëve, etj.), përfaqësues të shoqatave të tjera mjekësore, shoqatave të të sëmurëve, anëtarë të Këshillit Kombëtar dhe Këshillave Rajonalë të UMSH, drejtues të tij në bazë dhe në qendër si dhe një numër i madh mjekësh anëtarë të thjeshtë.

Na nderuan me pjesëmarrjen e tyre shumë mysafirë të huaj nga organizmat homologe ndërkombëtare, midis tyre Sekretari i Përgjithshëm i Shoqatës Botërore të Shëndetësisë (WMA) dr. Otomar Kloiber; President i Këshillit Evropian të Urdhrave të Mjekëve (CEOM) dr. Jose Santos, Sekretarja e Përgjithshme e Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropian (CPME) znj. Sarada Das, President i Forumit Mjekësor të Evropës Juglindore (SEEMF) dr. Andrey Kehayov, si dhe delegacione nga Shoqata Mjekësore Gjermane, Shoqata Mjekësore Kroate, Shoqata Mjekësore e Malit të Zi, Oda e Mjekëve të Kosovës, Shoqata Mjekësore e Maqedonisë së Veriut, etj...

Në event u dëgjuan përshëndetjet e bëra nga dr. Fatmir Brahimaj President i UMSH; znj. Albana Koçiu, Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale; dr. Otmar Kloiber, Sekretar i Përgjithshëm i WMA, nga dr. Jose Santos, President i CEOM, i cili akordoi edhe një Certifikatë Mirënjohje për UMSH nga CEOM, nga znj. Sarada Das në emër të CPME, si dhe një video-mesazh me përshëndetjen e Dr. Klaus Reinhardt, President i GMA dhe Domen Podnar nga Departamenti i Marrëdhënieve me Jashtë i GMA.

Pas përshëndetjes nga përfaqësuesi i GMA ju dhurua UMSH-së simboli i Berlinit (si shenjë e miqësisë dhe bashkëpunimit të ngushtë ndër vite).

Në takim pati një moment të veçantë me prezantimin e videos për mirënjohjen dhe respektimin për mjekët e vdekur gjatë pandemisë COVID-19 në vendin tonë. Për ta u mbajt dhe një minutë heshtje.

Ceremonia u mbyll me dhënien e certifikatave të mirënjohjes për shërbime të dalluara gjatë pandemisë COVID-19 (si ngjarja më e rëndësishme në 5 vitet e fundit),:

Me motivacionin: Për kontribut të çmuar, profesionalizëm të lartë dhe përkushtim maksimal të treguar në menaxhimin e situatës së pademisë.

1. Shërbimit të Sëmundjeve Infektive, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
2. Shërbimit të Anestezi-Reanimacionit, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
3. Spitalit Universitar “Shefqet Ndroqi”
4. Qendrës Kombëtare të Urgjencave Mjekësore

Me motivacionin: Për kontribut të çmuar humanitar në shërbim të popullatës, për cilësinë dhe profesionalitetin në shërbimet mjekësore të këtij spitali, veçanërisht të Shërbimit të Kirurgjisë.

5. Spitalit Rajonal Shkodër

Vlerësim me ‘Certifikatë Mirënjohje’ u bë edhe për Sekretarin e Përgjithshëm të WMA dr. Otmar Kloiber si bashkëpunor, këshilltar, mbështetës dhe kontribues i veçantë gjatë gjithë ecurisë sonë.



FJALA ME RASTIN E 30-VJETORIT TË UMSH-SË



Të nderuar pjesëmarrës në këtë ceremoni festive;
E nderuar znj. Ministre;
Të nderuar ish Ministra të Shëndetësisë;
Të nderuar deputetë, drejtues të institucioneve publike dhe jo publike;
Të nderuar mysafirë ndërkombëtarë;
Të nderuar përfaqësues të Urdhrave të tjerë Profesionalë Mjekësor, Përfaqësues të Profesoratit dhe Shoqatave Mjekësore, përfaqësues të Shoqatave të të Sëmurëve, Përfaqësues të Shtypit.

Të nderuar kolegë, zonja dhe zotrinj,

Është kënaqësi t'ju uroj mirëseardhjen në këtë mbrëmje festive, të shtëpisë së përbashkët të mjekëve. Faleminderit për praninë tuaj, të cilën e konsideroj nderim, respekt dhe një mbështetje të madhe për veprimtarinë e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë ndër vite.

Personalisht, ndjem me fat, thellësisht i privilegjuar dhe krenar që ndaj këto momente me ju. E ndjej si detyrim të përshëndes gjithashtu edhe të gjithë kolegët që me zemër dhe mendje janë këtu, por tani ata janë në shërbim, që është i shenjtë dhe nuk çenohet as në festa dhe as në momente të vështira dhe delikate të jetës së përditshme në vendin tonë.

Sot për UMSH është një ditë e madhe, një gur kilometrik tjetër i rëndësishëm në historinë e tij, i një tradite feste për arritjet e shumta, të vogla e të mëdha në ecurinë tonë.



Kujtoj se ne e nisëm nga hiçi, në mungesë të plotë tradite dhe përvoje, ndërsa sot NE së bashku me Urdhrat e tjerë profesional mjekësore që na pasuan jemi një zë i fuqishëm, serioz dhe i rëndësishëm në sistemin shëndetësor shqiptar.

Kur festuam 25-vjetorin, Ne deklaruar se ashtu si na përcaktoi Ligji, Urdhri i Mjekëve u rrit dhe u zhvillua si një Ent Publik i Pavarur jo Politik, jo Buxhetor dhe thellësisht Profesional që përfaqësojmë interesat e anëtarëve duke i harmonizuar me interesat e publikut. Ne kishim saktësuar dhe konsoliduar hapësirën tonë midis faktorëve dhe aktorëve të shumtë që vepronin në sistemin shëndetësor shqiptar.

Ne me vendosmëri dhe këmbëngulje respektuam dhe ruajtëm 3 shtyllat kryesore të veprimtarisë sonë:

- Pavarësi, pa patur ndikime politike, partiake, fetare, racore, etj..,
- Partneritet me institucionet shëndetësore vendase dhe me homologët ndërkombëtarë,
- Vetërregullim dhe Vetëqeverisje të profesionit mjekësor.

Sot ne themi, se jo vetëm e zotërojmë plotësisht hapësirën tonë, por me një normalitet të natyrshëm jemi aktiv brenda saj. Bazuar gjithmonë në kornizën ligjore të funksionimit tonë, si dhe dokumentet e hartuara dhe ripunuara nga ne (statutin dhe rregulloret tona) *Ne drejtojmë mjekët dhe mbrojmë pacientët*, duke kryer mirë misionin dhe funksionin tonë.

Për këtë ne insistojmë fort në:

- Respektimin e plotë të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore si përgjegjësi profesionale e mjekëve;
- Ruajtjen dhe përmirësimin e standardeve profesionale,
- Sigurimin e publikut për cilësinë e kujdesit shëndetësor që ofrohet.

Këto i kërkojmë si në normalitet, ashtu edhe në situata të veçanta, si p.sh.: gjatë pandemisë COVID-19, fatkeqësive natyrore (përmytytjet, tërmete, etj..).

Me krenari, unë konfirmoj se me ndërgjegje të lartë, përkushtim, humanizëm dhe profesionalitet mjekët gjithmonë kanë ofruar shërbim cilësor, pavarësisht rrethanave duke marrë dhe vlerësimet e publikut dhe mbarë shoqërisë.

Mjekët janë pjesë e rëndësishme elitare e shoqërisë. Janë një pasuri e madhe kombëtare. Përveç misionit të tyre, ata kanë luajtur rol të rëndësishëm në ndryshimet demokratike në vend. Angazhimet e tyre kanë qenë dhe janë në të gjitha instancat e strukturës dhe superstrukturës shtetërore (presidencë, qeveri, parlament, pushtet lokal, etj..). Sigurisht edhe ndër ta, si pjesë e shoqërisë sonë në trazicion janë konstatuar dhe shfaqje negative, cënim të etikës, fenomene korruptive, etj.., ndaj të cilave UMSH nuk ka qenë indiferent, por ka mbajtur qëndrimet e duhura. Ne kemi ngritur zërin fort për garantimin e një terreni të sigurt dhe të përshtatshëm që mjekët të ushtrojnë me dinjitet profesionin; kushte për respektimin e standardeve profesionale në të gjitha hallkat e ofrimit të kujdesit shëndetësor dhe në mbarë vendin tonë. Etikës mjekësore t'i përgjigjet kultura qytetare, të shmangen aktet e dhunës në gjithë format e saj, është folur për vlerësimin moral dhe material më të mirë, për mbrojtje më të mirë ligjore, përmirësimin të ngarkesës në punë, burn-out, përmirësimin e mundësive për specializime dhe rritje të vazhdueshme profesionale, siguracionet profesionale. Janë trajtuar fenomene si mjekësia defensive, task shifting, fake news



| VEPRIMTARI PËR FESTIMI E 30-VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH

në mjekësi, reklamat shëndetësore, etj... Jemi përpjekur të sensibilizojmë shoqërinë për nevojën e qëndrimeve, vlerësimeve dhe mendësive të reja për të krijuar klimën e duhur për një kujdes shëndetësor cilësor të bazuar në marrëdhënie të shëndosha mjek-pacient, me besimin dhe respektin reciprok. Në këtë kuadër janë realizuar nisma që kanë përfunduar me ndryshime ligjore, VKM për vlerësimin më të mirë të mjekëve, qëndrime masive për tolerancë zero ndaj dhunës, etj...

Arritjet nuk janë rezultat i punës apo meritës së një apo një grupi individësh, por vijnë nga puna dhe kontributi i gjithë bashkësisë së mjekëve, drejtuesve dhe strukturave të Urdhrit të Mjekëve, bashkëpunimet e partneritetet me institucionet publike dhe private, bashkëpunimet me homologët kombëtar dhe ndërkombëtar, predispozicionet dhe kontributet e strukturave shtetërore dhe parlamentare. Falenderim të veçantë kam edhe për mediat, për rolin e tyre mbështetës.

Unë siguroj se duke vazhduar në këtë linjë NE do të evidentojmë më shumë benefitet e rolit dhe punës sonë për të mbrojtur shëndetin e publikut, të drejtat e njeriut dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimit.

Ta gëzojmë 30-vjetorin tonë.

Dr. Fatmir BRAHIMAJ
President



Përshëndetja e Dr. Pleurat SEJDIU, Kryetar i Odës së Mjekëve të Kosovës

Bashkëpunimi mes OMK-së dhe UMSH si organizata vetëqeverisëse mëse i nevojshëm



Fillimisht dëshiroj të ju falënderoj për ftesën tuaj dhe të ju uroj për 30 vjetorin e themelimit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.

Oda e Mjekëve të Kosovës vitin e kaluar shënoi 10-vjetorin e themelimit të saj, ndonëse një rrugëtim jo i lehtë dhe i përmbushur me sfida e të papritura deri në ngritjen e këtij institucioni, ku në ngritjen dhe rritjen tonë, amprenata e UMSH-së shihet çdo kund, veçanërisht në ndërkombëtarizimin e Odës së Mjekëve të Kosovës.

Që nga vizita jonë e parë në Shqipëri u shpreh vullneti dhe synimi për punë të përbashkët drejt zhvillimit dhe ishte pasqyra dhe vizioni ynë.

Takime vazhduan në drejtim të forcim të bashkëpunimin dhe komunikimin e nevojshëm mes dy organizatave simotra.

Vlen të theksohet se jemi duke punuar në bashkëpunimin e radhës mes dy Odave që pritet të bëhet së shpejti, bashkëpunim ky mes Buletinit të UMSH-së dhe Revista Mjeku të OMK-së, në mënyrë që të shpalosen informacionet e përgjithshme nga mjekësia në Shqipëri dhe anasjelltas. Ky bashkëpunim, konsideroj se është i nevojshëm dhe kryesisht do të shërbejë si dritare për shkëmbimin e eksperiencave të mjekëve të Shqipërisë dhe mjekëve Kosovar, duke trajtuar edhe çështje problematike me të cilat ballafaqohemi në përditshmëri, ne si komunitet i mjekëve.

UMSH dhe OMK sot janë dy organizata profesionale vetëqeverisëse, pavarësisht se ballafaqohemi vullshëm me problematikat e ngjashme rreth kompetencave ligjore dhe Ministrive të të dyja vendeve, por të një kombi. Uroj që si dy organizata që jemi, por me qëllim të njëjtë funksional të vazhdojnë bashkëpunimet të tjera më tutje, dhe të forcojmë përkrahjen ndaj njëri-tjetrit.



Përshëndetja e Rektorit të Universitetit të Mjekësisë, Prof. Dr. Arben Gjata



Krijimi i Urdhrit të Mjekut, 30 vjet më parë përbën një ngjarje të shënuar për Mjekësinë Shqiptare!

Ai ishte dhe mbetet një nga institucionet më të rëndësishëm të vetërregullimit të profesionit të mjekut, që është konsoliduar dhe forcuar hap pas hapi duke marrë një peshë të veçantë brenda strukturave të këtij profesioni të nderuar!

Përfshirja e Urdhrit në strukturat Ndërkombëtare, si Evropiane, ashtu edhe Globale, ka mundësuar hartimin edhe zbatimim e praktikave më të mira në këtë drejtim!

Bashkëpunimi i ngushtë i Fakultetit të Mjekësisë dhe më vonë me Universitetin e Mjekësisë me Urdhrin e Mjekut ka qenë gjithashtu një nga motorët për të reflektuar dhe zgjidhur problematikat që janë paraqitur para sistemit shëndetësor shqiptar!

Edhe aktualisht midis insitucioneve ka një bashkëpunim të ngushtë përsa i përket njohjes së titujve Master Ekzekutiv, të paraprirë nga një specializim bazë, për të licencuar specialistë për fusha të ngushta të Mjekësisë, duke modeluar nevojat e vendit sipas modelit amerikan të fellowship!

Hartimi i pyetjeve të provimit të licencës dhe vlerësimi i informatizuar i njohurive janë gjithashtu një produkt i rëndësishëm i këtij bashkëpunimi ndër-institucional!

Unë besoj sinqerisht që vetëm bashkëpunimi është leva e Arkimedit që shërben për të ngritur në lartësinë e duhur shëndetësinë shqiptare.

Me këtë rast dua të kujtoj me respekt të veçantë, profesorin tim të nderuar Koço Poron, që ka qenë edhe Presidenti i parë i Urdhrit, për gjithë kontributin e pamasë në hedhjen e themeleve të shëndosha mbi të cilat u ngrit ky institucion i nderuar!

Një Përshëndetje të veçantë dhe shumë mirenjohje për Dr. Dine Abazin, i cili me shumë përkushtim konsolidoi dhe i dha atributet që i takonin Urdhrit të Mjekut!

Dhe së fundi, por jo nga rëndësia, dëshiroj të uroj mikun tim, Dr. Fatmir Brahimaj, për gjithë frymën e bashkëpunimit, mirëkuptimit dhe dashamirësisë në drejtimin e këtij Institucioni!

Përshëndetje edhe për të gjithë ata mjekë apo profesionistë të tjerë që në këto 30 vjet kanë kontribuar për ta kthyer Urdhrin e Mjekut në një institucion modern dhe korrekt!

Edhe njëherë ta Gëzoni 30-vjetorin dhe ta mbani edhe në të ardhmen sa më lart prestigjin që keni fituar!



Përshëndetja e Z. Spartak ZEKJA

Drejtor i Përgjithshëm i FSDKSH



Që në fillimet e krijimit të Ligjit të Sigurimeve Shëndetësore marrëveshjet dhe urat e bashkëpunimit midis Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Urdhrit të Mjekëve kanë qenë thelbësore për të siguruar një sistem shëndetësor funksional dhe të qëndrueshëm.

Këto dy entitete kanë punuar së bashku për të harmonizuar politikat dhe standardet shëndetësore që ndikojnë direkt në cilësinë e kujdesit për pacientët. Bashkëpunimi ka përfshirë përcaktimin e protokolleve të trajtimit, kriteret për licensimin e mjekëve dhe standardet për praktikat mjekësore.

Urdhri i mjekut duke rregulluar praktikat profesionale dhe marrëdhëniet mes mjekëve, për të garantuar që praktikat mjekësore të jenë në përputhje me standardet e larta etike dhe profesionale, për të siguruar që ata të kenë kushte të përshtatshme për të ushtruar profesionin e tyre, duke i harmonizuar interesat e tyre me ato të publikut, për të siguruar një sistem të efektshëm dhe të drejtë shëndetësor.

Urdhri i Mjekëve luan një rol të rëndësishëm në ndikimin e politikave dhe praktikave që mund të kenë efekte indirekte në mënyrën se si financohen këto shërbime.

Në përpjekje për të adresuar çështjet e qëndrueshmërisë financiare të sistemit shëndetësor, Fondi dhe Urdhri kanë negociuar mbi modele të ndryshme financimi që përfshijnë tarifatat për shërbimet mjekësore dhe mënyrat e kompensimit për mjekët. Gjithmonë UMSH është përcjellës i mendimit teknik profesional.

Ky bashkëpunim vazhdon të zhvillohet dhe të adaptohet ndërkohë që sfidat dhe nevojat e sistemit shëndetësor ndryshojnë, duke siguruar një përgjigje koherente dhe të koordinuar ndaj nevojave të shëndetit të popullsisë.

Në 30-vjetorin e UMSH-s urojmë të forcojmë bashkëpunimin tonë të frytshëm në funksion të përmirësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor, si dhe respektimin e të drejtave të mjekëve dhe publikut.



Përshëndetja e dr. Din Abazaj, ish President i UMSH 1999-2015

UMSH: VËSHTRIM HISTORIK



Nuk disponohet shumë material dokumentar mbi historikun e krijimit të UMSH, por nga sa disponohet, rezulton se UMSH, u krijua në Janar të vitit 1994 bazuar në Ligjin nr. 7708, datë 15.05.1993 “Për krijimin e Urdhrit të Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”.

Ministria e Shëndetësisë u sensibilizua dhe e nxitur nga vetë mjekët, ndërmori nismën ligjore për krijimin e Urdhrit. Në bazë dhe për zbatim të ligjit të sipërcituar, u ngrit një Komision i përkohshëm, i cili do të organizonte zgjedhjet e këshillave të

urdhrit (Këshillave Rajonale dhe Këshillit Kombëtar). Krijimi i Urdhrit ishte një praktikë e re e panjohur deri atëherë në vendin tonë, por mjekët të studiuar apo specializuar jashtë shtetit ishin njohur atje me praktikën e vetë-organizimit dhe vetë-qeverisjes profesionale të mjekëve duke qënë të antarësuar në organizmat e tyre profesional si ente publike të pavarura Urdhrat, dhomat apo Shoqatat e Mjekëve. Në përfundim konferenca e parë Kombëtare zgjodhi Këshillin Kombëtar të UMSH-së. Në mbledhjen e tij të parë Këshilli Kombëtar do të zgjidhte Presidentin e Urdhrit, si dhe do të emëronte Sekretarin e Përgjithshëm.

Presidenti i UMSH u zgjodh i ndjeri Prof. Dr. Koço Poro, mjek i vjetër me përvojë dhe kontribute si mjek i përgjithshëm dhe specialist në Rheumatologji. Pedagog në Fakultetin e Mjekësisë, person me emër të mirë dhe me reputacion si në komunitetin e mjekëve dhe në publik.

Njëkohësisht, Këshilli Kombëtar emëroi Sekretar të Përgjithshëm mjekun e ndjerë Raif Hasani, edhe ky mjek me reputacion dhe integritet të lartë personal dhe profesional, specialist i sëmundjeve profesionale dhe pedagog në Fakultetin e Mjekësisë.

Kështu 14 Janari 1994 është data e krijimit të UMSH-së.

Cilat qenë premiset dhe rrethanat që mësuan krijimin e UMSH dhe a ishte kjo një rastësi apo domosdoshmëri?

Për të ardhur në përgjigje të kësaj pyetje duhet të bëjmë një parantezë të vogël: dihet se para ndryshimit të sistemeve socio-ekonomike e politike në vendin tonë, në sistemin ekzistues monist të gjitha veprimtaritë ekonomike e politike në vend, ishin të përqëndruara në duar të shtetit nën një drejtim të centralizuar e komanduar nga lart drejt instancave më të ulta, nga qendra në bazë. Pra nuk bëhej fjalë për të ekzistuar ente të pavarura, të vetë-qeverisuara siç do të ishte UMSH. Vetëm me ndryshimin e sistemeve, gjë që ndodhi në vitet 90-të dhe me kalimin në Pluralizëm, sistem ky i shoqërisë së hapur të decentralizuar dhe liberalizuar, u krijuan premisa dhe mundësi për krijimin dhe ngritjen e institucioneve dhe enteve publike autonome të pavarura. Vijnë kështu tek përgjigja e pyetjes së më sipërme. Ku theksojmë se, krijimi i UMSH nuk ishte një rastësi por një domosdoshmëri objektive, e cila buron nga të veçantat dhe specifikat e vetë profesionit të mjekut. Të veçantat dhe specifikat e këtij profesioni qëndrojnë në faktin se mjeku domosdoshmërisht



duhet të jetë i lirë dhe me autonomi në ushtrimin e profesionit dhe në vendimmarrjet e tij klinike. Këto janë parime etike dhe deontologjike ndërkombëtarisht të njohura dhe të mbështetura në të gjitha Kodet Etike dhe Deontologjike Mjekësore. Në këtë kontekst askush nuk mund të njohë dhe të qeverisë aq mirë dhe me aq përgjegjësi të veçantat e këtij profesioni sa vetë mjekët të cilët e realizojnë nëpërmjet organizatave të tyre siç janë urdhrat, dhomat apo shoqatat e mjekëve.

Urdhrat, dhomat, shoqatat e mjekëve janë të njohura ndërkombëtarisht si autoritete të vetë-rregullimit të pavarur profesional. Autonomia juridike, administrative, politike dhe buxhetore nga të gjitha organet administrative, politike të shtetit janë kushte të cilat të gjitha doktrinat e huaja i konsiderojnë esenciale, specifike në trajtimin e enteve publike siç janë urdhrat, dhomat apo edhe shoqatat e mjekëve.

Në përputhje me këto kushte esenciale për entet publike, UMSH u krijua si një organizëm që gëzon autonomi juridike, politike, administrative e buxhetore. Ka ligjin e tij, harton dhe miraton statutin, kodin e etikës dhe deontologjisë mjekësore, zgjedh, emëron dhe shkarkon organet e tij, siguron dhe administron vetë burimet financiare.

Qysh në hapat e para pas krijimit, në udhëtimin drejt konsolidimit dhe formimit të tij si organizëm i sapo krijuar dhe i ri në llojin e vet për vendin tonë, urdhri u përball me shumë vështirësi e pengesa nga më të ndryshme të karakterit subjektiv, si dhe mosnjohja, mosvlerësimi të duhur, mungesës së autoritetit dhe bashkëpunimit në parteritet me aktorë të tjerë. Si dhe vështirësi të karakterit objektiv që konsistonin në mungesë logjistike, infrastrukurore, buxhetore, etj...

Vijmë kështu në janarin e vitit 1999, Urdhri i Mjekëve 5 vjet pas krijimit, kryesisht i braktisur dhe i lënë në fatin e tij, totalisht jo aktiv dhe në prag vetë-shpërbërjes, madje aty-këtu vetë-shpërbërja kishte filluar si fenomen.

Në këto rethana krerët e Urdhrit trokitën në dyert e Ministrisë së Shëndetësisë ku parashtruan situatën e krijuar me vështirësitë e mangësitë praktetëse dhe natyrisht kërkuan mbështetje për të dalë nga impasi i krijuar. E angazhuar në mbështetje të UMSH, Ministria e Shëndetësisë dhe krerët e urdhrat do të ndërmerrnin aksionin për reformimin dhe riaktivizimin e organeve të Urdhrit në të gjitha nivelet gjë që do të arrihej vetëm me organizimin e zgjedhjeve të reja të parakohshme të cilat u zhvilluan gjatë Janarit të vitit 1999.

Strukturat e reja të Urdhrit që erdhën në përfundim të zgjedhjeve të parakohshme të janarit 1999 do të nisin veprimtarinë e tyre me identifikimin e problematikave dhe prioriteteve të cilat duheshin kapërcyer për të nxjerr urdhrin nga impasi ku kishte rënë dhe për të pozicionuar atë në krye të misionit dhe detyrave të veta të ligjshme. U reformuan dhe u riaktivizuan Këshillat e Urdhrit. U zgjodh Këshilli i ri Kombëtar, i cili zgjodhi president të UMSH dr. Din Abazaj.

Problematikat ishin të shumta e të ndryshme por rëndësi të veçantë kishte promovimi i Urdhrit, rritja e profilit dhe besueshmerisë ndaj komunitetit e vetë mjekëve në rradhë të parë por dhe në publikun e gjerë dhe sidomos në organet e strukturat qendrore dhe vendore të Ministrisë së Shëndetësisë si partner strategjik i UMSH.

Një rëndësi të veçantë për UMSH si organizëm i ri do të merrte njohja dhe vendosja e komunikimit



dhe marrëdhënjeve me organizmat homologe të vendeve të tjera. Në këtë kuadër fillimisht u krijuan mundësitë e njohjes dhe të kontakteve me Dhomën Federale të Mjekëve të Gjermanisë.

Kështu në muajin Prill të vitit 2000 realizohet vizita e parë e një delegacioni të kësaj dhome i kryesuar nga Presidenti i saj Prof.Dr. Jarg D. Hoppe dhe në përbërje të tij dr. Otmar Kloiber, Sekretar për Marrëdhënje të Jashtme dhe aktualisht Sekretar i Shoqatës Mjekësore Botërore. Lidhjet e bashkëpunimit dhe marrëdhënive me Dhomën Federale të Mjekëve të Gjermanisë do të vijonin më tej, dhe aktualisht kjo Dhomë vazhdon të jetë një partner strategjik në planin e marrëdhënive ndërkombëtare të UMSH. Në këtë dinamikë zhvillimesh, meqënëse Ligji ekzistues për UMSH nuk i siguronte urdhrin pavarësinë dhe autonominë e domosdoshme si dhe hapësirat për marrëdhëniet ndërkombëtare, hartohet dhe miratohet një ligj i ri , Ligji me nr. 8615, datë 01.06.2000 “Për Urdhrit e Mjekarëve në Republikën e Shqipërisë”, i cili ishte hartuar nga Urdhri i Mjekëve. Ky ligj i jep urdhrin statusin Ent Publik i Pavarur, legjitimon antarësimin e detyruar të mjekëve në Urdhër si kusht për ushtrimin e profesionit, i jep urdhrin kompetencat për dhënien dhe heqjen e të drejtës për ushtrimin e profesionit nëpërmjet praktikës së liçensimit dhe riliçensimit, deri atëherë kompetencë e Ministrisë së Shëndetësisë.

Ligji i ri krijoi mundësi për kompletimin e urdhrit me të gjitha nën-aktet normative të cilat kodifikojnë dhe harmonizojnë veprimtaritë e urdhrit sipas sektorëve të ndryshëm, mundëson bashkëpunim në parteritet me organet qeveritare dhe joqeveritare brenda vendit, si dhe organizmat homologe të vendeve të tjera si shkëmbim marrëdhëniesh e vizitash dhe mundësi antarësimi në forumet ndërkombëtare.

Në Tetorin e vitit 2000 Departamenti për Zhvillimin Ndërkombëtar i Ministrisë së Jashtme të Britanisë së Madhe (DFID) vjen në Shqipëri me projekte zhvillimi në sektorët e shëndetësisë nga ku UMSH përfiton një projekt 2 vjeçar që do të konsistonte në rritjen e kapaciteteve dhe efektivitetit institucional të Urdhrit. Projekti u zhvillua me asistencë teknike dhe ekspertizën të specialistëve të këshillit të Përgjithshëm Mjekësor (GMC) të Britanisë së Madhe (organizëm homolog me UMSH).

Progresi bërë gjatë këtyre 2 viteve ka qënë i rëndësishëm. U rritën kapacitetet administrative me një strukturë dhe mbështetje legjislative dhe aktesh të tjera normative me vision dhe standard bashkëkohor. U krijuan Rregjistra Themeltarë Rajonal dhe Kombëtar të anëtarëve të Urdhrit të informatizuar, e cila konsiderohej një nga arritjet më të rëndësishme. Këto arritje dhe iniciativa të tjera dukshëm kanë patur një impakt pozitiv për UMSH, të cilat e kanë bërë UMSH, të pozicionohet si një partner i besueshëm i Ministrisë së Shëndetësisë dhe organizmave të tjera në planin kombëtar dhe ndërkombëtar.



| VEPRIMTARI PËR FESTIMI E 30-VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH



| VEPRIMTARI PËR FESTIMI E 30-VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH



| VEPRIMTARI PËR FESTIMI E 30-VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH



| VEPRIMTARI PËR FESTIMI E 30-VJETORIT TË THEMELIMIT TË UMSH



KONFERENCA: “E URDHRI TË MJEKËVE”

*8 Qershor 2024
Tirana International Hotel*



Më datë 8 Qershor 2024, në kuadër të festimeve për 30-vjetorin e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, në Hotel Tirana International u mbajt Konferenca: “E Urdhrit të Mjekëve”, në të cilën morën pjesë 55 pjesëmarrës mjekë të përgjithshëm/familje dhe specialistë.

Konferenca u hap nga Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH, dhe u përshëndet nga Prof. Najada Çomo në emër të Dekanatit të Fakultetit të Mjekësisë.

Konferenca u konceptua nga Prof.Ass. Monika Fida, të cilën e falenderojmë për përzgjedhjen me shumë kujdes të lektorëve dhe tematikave të cilat do të referoheshin prej tyre, duke prekur tema aktuale nga fusha të ndryshme mjekësore, por dhe njëkohësisht të apdejuara me të rejtat më të fundit Evropiane, Botërore dhe ato Shqiptare.

Në konferencë u prezantuan temat:

1. Antimykotikët në Infektologji dhe përqsjet terapeutike në të ardhmen. *Prof. Najada Çomo*

ANTIMYKOTIKËT NË INFEKTOLOGJI DHE PËRQASJET TERAPEUTIKE NË TË ARDHMEN

Prof. Najada ÇOMO^{1,2}, Nevila KRYEMADHI¹, Migena QATO¹, Alma BASHVOGLI¹

¹*Shërbimi i Sëmundjeve Infektive, QSUT, Tiranë*

²*Universiteti i Mjekësisë, Tiranë*

Hyrje: Infeksionet fungale përfaqësojnë një problematikë në rritje për një numër të konsiderueshëm pacientësh të imunokompromentuar ose jo. Megjithëse disa lloje fungesh janë plotësisht të afta të shkaktojnë infeksione tek individët e shëndetshëm imunokompetent, shumica e tyre janë patogjenë oportunistë, që kërkojnë një bujtës të ndjeshëm.

Qëllimi i Prezantimit: Sot, me ndryshimin progresiv të epidemiologjisë së infeksioneve dhe rezistencës në rritje ndaj terapisë antifungale, marrja e vendimeve terapeutike bazuar në supozimet e klasës antifungale ose mekanizmin e veprimit nuk është më një strategji e besueshme. Nëpërmjet këtij prezantimi do të ndajmë me ju eksperiencën tonë disa vjeçare në trajtimin me preparate antimykotik.

Rezultate: Individët të cilët zhvillojnë këto infeksione, ofrojnë një sërë kushtesh adaptuese për rritjen e fungeve në organizmin e tyre, midis tyre më i rëndësishëm është kompromentimi i funksionit të sistemit imunitar. Si pasojë e kësaj, funget janë në gjendje të shkaktojnë një sërë infeksionesh që variojnë nga infeksionet e lëkurës dhe mukozave (sipërfaqësore dhe të thella) deri tek infeksionet invazive kërcënuese për jetën.

Përfundime: Në këto kushte, nevojitet zhvillimi i mëtejshëm, miratim, adaptim e përqsje më e gjerë e programeve të veçanta për të kontrolluar rezistencën fungale nëpërmjet kontrollit për përshkrimin e preparateve sipas protokolleve të mbështetur në evidenca dhe orientimi i kërkimeve të ardhshme drejt identifikimit të biomarkerëve të rezistencës së preparateve antifungale. Urat lidhese ndërmjet mjekëve klinikistë dhe mjekëve të laboratorit është një domosdoshmëri në kushtet e rezistencave antimykotike.

Referenca:

1. Lengert EV, Talnikova EE, Tuchin VV, Svenskaya YI. *Prospective Nanotechnology-Based Strategies for Enhanced Intra- and Transdermal Delivery of Antifungal Drugs. Skin Pharmacol Physiol.* 2020;33(5):261-269. doi:10.1159/000511038
2. Vanzolini T, Magnani M. *Old and new strategies in therapy and diagnosis against fungal infections. Appl Microbiol Biotechnol.* 2024;108(1):147. Published 2024 Jan 19. doi:10.1007/s00253-023-12884-8
3. Vitiello A, Ferrara F, Boccellino M, Ponzo A, Cimmino C, Comberiati E, Zovi A, Clemente S, Sabbatucci M. *Antifungal Drug Resistance: An Emergent Health Threat. Biomedicines.* 2023 Mar 31;11(4):1063. doi:10.3390/biomedicines11041063. PMID: 37189681; PMCID: PMC10135621.



2. Çrregullimet neurologjike në patologjitë Gastro-Intestinale. *Prof. Ilirjana Zekja*

ÇRREGULLIMET NEUROLOGJIKE NË PATOLOGJITË GASTRO – IN-TESTINALE

Prof. Ilirjana ZEKJA

¹Shërbimi i Neurologjisë, QSUT; ²Universiteti i Mjekësisë Tiranë

Hyrje: Prej shumë kohësh është trajtuar dhe tashmë dihet lidhja mes patologjive gastro – intestinale dhe çrregullimeve neurologjike. Mekanizmat lidhëse mes këtyre dy grup çrregullimeve janë ende të paqarta, por mendohet se ekzistojnë mekanizma të përbashkët degjenerativë, infeksiozë apo autoimmunë të njëkohshme në këto grup pacientësh.

Nga ana tjetër çrregullimet gastro – intestinale, ndërhyrjet bashkëkohore gastrike apo bariatrike, si edhe përdorimi pa kriter i preparateve, barnave, veçanërisht frenuesve selektivë të pompës protonike, në vazhdimësi shkaktojnë deficienca nutricionalë apo vitaminike. Kështu deficienca e Vit B6, Vit A apo seleniumit shkaktojnë çrregullime neurologjike në vazhdim. Po kështu janë të njohura çrregullimet neurologjike në terren të patologjive hepatike dhe insuficiencës hepatike. Pra lidhja ndërmjet këtyre dy sistemeve është e ndërthurur dhe jo e njëanshme duke kërkuar kështu vëmendjen e të dy mjekëve specialistë, si mjekut neurolog dhe mjekut gastro-hepatolog.

Qëllimi i Prezantimit: Të diskutohen lidhjet ndërmjet çrregullimeve neurologjike dhe patologjive gastro-intestinale. Të prezantojmë eksperiencën tonë në këtë prezantim si dhe disa të dhëna nga literatura. Rastet klinike janë raste të diagnostikuara dhe trajtuar pranë Shërbimit të Neurologjisë dhe Shërbimit të Gastro-Hepatologjisë në QSUT “Nënë Tereza” Tiranë, Shqipëri.

Konkluzione: Nisur nga sa më lart, është e domosdoshme që pacienti me çrregullime neurologjike dhe çrregullime gastro-intestinale të trajtohet njëherësh për të dy llojet e çrregullimeve, e për këtë duhet vlerësuar e diagnostikuar si nga mjeku gastro-enterolog edhe nga ai neurolog. Përfaqsjë multidisciplinore është domosdoshmëri bashkëkohore.

Referenca:

1. Casella G, Pozzi R, Cigognetti M, et al. Mood disorders and non-celiac gluten sensitivity. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2017;63(1):32-37. doi:10.23736/S1121-421X.16.02325-4
2. Maqsood R, Stone TW. The Gut-Brain Axis, BDNF, NMDA and CNS Disorders. *Neurochem Res.* 2016;41(11):2819-2835. doi:10.1007/s11064-016-2039-1
3. Ikeda-Matsuo Y. The Role of mPGES-1 in Inflammatory Brain Diseases. *Biol Pharm Bull.* 2017;40(5):557-563. doi:10.1248/bpb.b16-01026



3. Diabeti Melitus dhe Hipertensioni Arterial. *Prof.Ass. Ergita Nelaj*

DIABETI MELLITUS & HIPERTENSIONI ARTERIAL

Prof. Asc. Ergita NELAJ

¹Shërbimi i Mjekësisë Interne & HTA, QSU “Nënë Tereza”; ²Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Hyrje: Hipertensioni dhe diabeti bashkë-ekzistojnë shpesh duke ndikuar reciprokisht tek njëri-tjetri. Kjo bashkëjetesë shoqërohet me një potencim sinjifikant të riskut për ngjarje kardiovaskulare, krahasuar me popullatën pa diabet. Kjo i jep një rëndësi të veçantë njohjes së mekanizmave fisiopatologjikë, të cilat na orientojnë drejt një mjekimi adekuat, me qëllim arritjen e vlerave target, si në HTA dhe në diabet, si dhe parandalimin e komplikacioneve kardiovaskulare, duke reduktuar morbiditetin dhe mortalitetin kardiovaskular.

Objektivat: Kjo përmbledhje përfshin karakteristikat kryesore të hipertensionit arterial në të sëmurët diabetikë, mekanizmat bazë që kontribuojnë në shfaqjen e tij. Gjithashtu diskuton ndikimin e terapive të reja antihiperglicemike në trajtimin e HTA.

Materiale dhe metoda: Literatura e përdorur i referohet udhërrëfyesve të Shoqatave përkatëse të Diabetologjisë dhe Hipertensionit.

Konkluzione: Diabeti Melitus dhe Hipertensioni ndikojnë tek njëri-tjetri dhe shpesh bashkëjetojnë me komponentë të tjerë të sindromës metabolike. Pacientët me diabet dhe hipertension i përkasin një grupi pacientësh me risk shumë të lartë kardiovaskular. Dhe njohja e mekanizmave të cilët veprojnë reciprokisht në këto patologji, si dhe administrimi i trajtimit për këta pacientë, sa më herët që të jetë e mundur, jo vetëm do stabilizojë shifrat e hipertensionit ose hiperglicemisë, por do të ketë efekte aftagjata në parandalimin e komplikacioneve.

Fjalë kyç: kardiovaskular, hipertension, diabet mellitus.

Referenca:

1. Mancía G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesant ML, Tsioufis K, Agabiti-Rosei E, Algharably EAE, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension [published online June 21, 2023]. *J Hypertens*. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480
2. Jia G, Sowers JR. Hypertension in diabetes: an update of basic mechanisms and clinical disease. *Hypertension (Dallas, Tex: 1979)* 2021; 78:1197–1205
3. Joseph JJ, Deedwania P, Acharya T, Aguilar D, Bhatt DL, Chyun DA, et al. Comprehensive Management of Cardiovascular Risk Factors for Adults With Type 2 Diabetes: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2022; 145:e722–e759
4. Caruso I, Cignarelli A, Sorice GP, Natalicchio A, Perrini S, Laviola L, et al. Cardiovascular and Renal Effectiveness of GLP-1 Receptor Agonists vs. Other Glucose-Lowering Drugs in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Real-World Studies. *Metabolites* 2022;12
5. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2020; 41:255–323.



4. Menaxhimi i Hipertensionit në Kontekstin e Sëmundjes Kronike të Veshkave: Një Qasje Multifaktoriale për Parandalimin e Komplikimeve Kardiovaskulare dhe Progresionit të Sëmundjes. *Prof.Ass. Merita Rroji*

MENAXHIMI I HIPERTENSIONIT NË KONTEKSTIN E SËMUNDJES KRONIKE TË VESHKAVE: NJË QASJE MULTIFAKTORIALE PËR PARANDALIMIN E KOMPLIKIMEVE KARDIOVASKULARE DHE PROGRESIONIT TË SËMUNDJES

Prof.Ass. Merita RROJI

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

Abstrakt: Hipertensioni dhe sëmundja kronike e veshkave (SRK) janë ndërlidhur ngushtësisht, me një marrëdhënie dypalëshe ku presioni i lartë i gjakut (BP) përkeqëson funksionin e veshkave, dhe përkeqësimi i shëndetit të veshkave ndikon negativisht në rregullimin e BP. Patofiziologjia e hipertensionit në SRK është shumë dimensionale, duke përfshirë mekanizma si numri i reduktuar i nefroneve, rritja e mbajtjes së natriumit që çon në shtimin e vëllimit të lëngjeve ekstracelulare, aktiviteti i shtuar i sistemit nervor simpatik, stimulimi i sistemit renin-angiotensin-aldosteron, dhe disfunzioni endotelial. Qëllimi aktual terapeutik për pacientët me SRK është mbajtja e presionit sistolik të klinikës nën 130 mm Hg. Strategjitë e menaxhimit përqendrohen në kufizimin e natriumit në dietë, përdorimin e inhibitorëve të enzimës konvertuese të angiotensinës ose bllokuesve të receptorëve të angiotensinës, dhe terapinë diuretike. Pavarësisht mungesës së dëshmive nga provat klinike se menaxhimi intensiv i BP ngadalëson progresionin e SRK, është demonstruar se ai redukton ndjeshëm rreziqet kardiovaskulare dhe mortalitetin në popullatën me SRK. Kjo thekson natyrën kritike të kontrollit efektiv të hipertensionit në zvogëlimin e komplikimeve kardiovaskulare dhe frenimin e avancimit në sëmundjen kronike të veshkave në këtë popullatë.

Referenca:

1. Burnier, M. (2022). *Renal denervation for patients with chronic kidney disease and resistant hypertension: Effective and safe but still not the panacea.* Oxford University Press.
2. Cabassi, A., Tedeschi, S., Perlini, S., Verzicco, I., Volpi, R., Gonzi, G., et al. (2020). *Non-steroidal anti-inflammatory drug effects on renal and cardiovascular function: From physiology to clinical practice.* *Eur. J. Prev. Cardiol.* 27,850-867.[doi:10.1177/2047487319848105](https://doi.org/10.1177/2047487319848105)
3. Panagiotis I Georgianos, Rajiv Agarwal, *Hypertension in chronic kidney disease—treatment standard 2023, Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 38, Issue 12, December 2023, Pages 2694-2703, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfad118>*



5. Psoriasis, sëmundjet bashkëshoqëruese dhe trajtimi bashkëkohor. *Prof.Ass. Monika Fida*

PSORIASIS, COMORBIDITIES AND ACTUAL TREATMENT PSORIASIS, SËMUNDJET SHOQËRUESE DHE TRAJTIMI BASHKËKO- HOR

Prof. Asc. Monika FIDA¹, Alesja PALAJ¹, Ina SOTIRI¹, Jorida MEMINI², Dorina HAJRO²

¹ *University hospital Center “Mother Teresa” Tirana, Albania*

² *Dermatology Outpatient Unit, Tirana, Albania.*

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease affecting 2-3% of the population. Nowadays evidence shows an association of psoriasis with comorbidities conditions including: cardiovascular diseases, metabolic syndrome, obesity, diabetes, arthritis, depression and osteoporosis. These comorbidities are often not diagnosed or treated and this increases the risk for complications, a low quality of life and higher expenses in treating the patients.

The aim of this study: To acknowledge the comorbidities of Psoriasis, to understand the strong connection between psoriasis and diseases like: metabolic syndrome, cardiovascular diseases, diabetes mellitus, obesity, quality of life. Dermatologists and other doctors like GP should be aware that Psoriasis is not only an inflammatory disease with skin manifestations but associated with serious comorbidities.

Material and Methods: A retrospective study including patients hospitalized and treated in the Dermatology Department of QSUT “NENE TEREZA”, with the diagnosis: Psoriasis vulgaris.

Results: Patients treated for Psoriasis vulgaris manifested Comorbidities and most found in this group were: Metabolic Syndrome 37.9%, Cardiovascular diseases 34.2%, Diabetes Mellitus 20.3% patients and mostly type II. Around 19.78% patient suffered from hepatic diseases and 11.72% from renal diseases. Obesity and a decrease in quality of life were evident in almost all the patients.

Discussion: Understanding the association between Psoriasis and comorbidities is very important for choosing the best treatment for the patients, avoiding complications and lower expenses of the treatment. Dermatologists and other specialties especially family doctors should be aware that if we examine psoriatic patients for comorbidities, we will make possible a higher quality of life, avoid complications and the treatment efficacy. Treatment should be focused either to the comorbidities.

References:

1. Daugaard C, Iversen L, Hjuler KF. Comorbidity in Adult Psoriasis: Considerations for the Clinician. *Psoriasis (Auckl)*. 2022 Jun 10;12:139-150. doi: 10.2147/PTT.S328572. PMID: 35712227; PMCID: PMC9196664.
2. Brüner M, Dige A, Loft AG, et al. Spondylitis-psoriasis-enthesitis-enterocolitis-dactylitis-uveitis-peripheral synovitis (SPEED-UP) treatment. *Autoimmun Rev*. 2021;20(2):102731. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102731.
3. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(6):700.1–712. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217159



6. Insulinorezistenca cerebrale dhe sëmundja Alzheimer: Horizonte të reja parandalimi dhe trajtimi. *Prof.Ass. Ilir Alimehmeti*

INSULINOREZISTENCA CEREBRALE DHE SËMUNDJA ALZHEIMER: HORIZONTE TË REJA PARANDALIMI DHE TRAJTIMI

Prof. Asc. Ilir ALIMEHMETI

¹Zv. Dekan, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

²Komisioni i Përhershëm i Shëndetësisë, Akademia e Shkencave e Shqipërisë

Abstrakt:

Demencat, të kryesuara nga sëmundja Alzheimer, janë kthyer në problem madhor të shëndetësisë në vendet e zhvilluara. Studimet po mbështesin konceptin se Sëmundja Alzheimer është thelbësisht një sëmundje metabolike, e cila vjen si pasojë e dëmtimit progresiv të aftësisë së trurit për të përdorur glukozën dhe për t'iu përgjigjur stimulimit nga insulina dhe nga faktori i rritjes i ngjashëm me insulinën (IGF). Në mënyrë që të zhvillohen qasje diagnostike dhe terapeutike më realiste ndaj Sëmundjes Alzheimer, në hipotezat kërkimore duhet të përfshihen edhe faktorë të tjerë, si dëmtimi i metabolizmit të energjisë, stresi oksidativ, neuroinflamacioni, rezistenca ndaj insulinës/IGF dhe deficiencia e insulinës/IGF në tru.

Të dhëna si klinike ashtu edhe eksperimentale e kanë lidhur hiperinsulineminë kronike me dëmtimet konjitive dhe neurodegjenerimin të shkaktuar nga rritja e akumulimit apo nga reduktimi i klirensit të A β PP-A β nga sistemi nervor qendror. Si rrjedhojë, rikthimi në normë i përgjigjes ndaj insulinës si edhe përdorimi i terapisë me insulinë mund të çojë drejt përmirësimit të performancës konjitive, pavarësisht nga variabiliteti i efekteve të tyre mbi ngarkesën cerebrale me A β PP-A β . Nga ana tjetër, të dhënat eksperimentale mbështesin konceptin se efektet toksike të A β PP-A β mund të promovojnë insulinorezistencën. Këto të dhëna sugjerojnë se mund të krijohet një qark feedback pozitiv i neurodegjenerimit progresiv, në të cilin insulinorezistenca nxit akumulimin e A β PP-A β , ndërsa toksiciteti i fibrilave A β PP-A β nxit insulinorezistencën cerebrale.

Të dhënat e agreguara sugjerojnë se insulinorezistenca dhe insulinodeficiencia cerebrale mund të kthehen në objektiva terapeutike në përpjekje për të ndaluar përparimin e Sëmundjes Alzheimer ose për të kthyer prapa ecurinë natyrore të patologjisë. Gjatë prezantimit do të diskutohen edhe efektet terapeutike të trajtimeve të ndryshme, të cilat shënjestrojnë rolin e rezistencës dhe deficiencës së insulinës/IGF në tru, duke përfshirë këtu përdorimin e insulinës intranazale, të inkretinave dhe të agjentëve insulinosensibilizues, së bashku me përfitimet potenciale të ndryshimit të stilit të jetës, me qëllim modifikimit e risikut për zhvillimin e dëmtimeve të lehta konjitive ose të Sëmundjes Alzheimer.

Në përmbledhje, të dhënat mbështesin me forcë nocionin se, në terren të Sëmundjes Alzheimer, duhet të braktisen strategjitë diagnostike dhe terapeutike unimodale dhe të fillojë implementimi i qasjeve multimodale.



Referenca:

1. DeKosky ST, Carrillo MC, Phelps C, et al. Revision of the criteria for Alzheimer's disease: a symposium. *Alzheimers Dement.* 2011; 7 (1):e1–12.
2. Jellinger KA. Neuropathological aspects of Alzheimer disease, Parkinson disease and frontotemporal dementia. *Neurodegener Dis.* 2008;5(3-4):118–21.
3. Gustaw-Rothenberg K, Lerner A, Bonda DJ, et al. Biomarkers in Alzheimer's disease: past, present and future. *Biomark Med.* 2010; 4 (1):15–26.
4. Wang XP, Ding HL. Alzheimer's disease: epidemiology, genetics, and beyond. *Neurosci Bull.* 2008;24(2):105–9.
5. de la Monte SM, Wands JR. Review of insulin and insulin-like growth factor expression, signaling, and malfunction in the central nervous system: relevance to Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2005;7(1):45–61.
6. Steen E, Terry BM, Rivera EJ, Cannon JL, Neely TR, Tavares R, Xu XJ, Wands JR, de la Monte SM. Impaired insulin and insulin-like growth factor expression and signaling mechanisms in Alzheimer's disease—is this type 3 diabetes? *J Alzheimers Dis.* 2005;7(1):63–80.
7. Moreira PI, Santos MS, Seiça R, Oliveira CR. Brain mitochondrial dysfunction as a link between Alzheimer's disease and diabetes. *J Neurol Sci.* 2007;257(1-2):206–14.
8. Hoyer S. The brain insulin signal transduction system and sporadic (type II) Alzheimer disease: an update. *J Neural Transm.* 2002;109(3):341–60.
9. Rivera EJ, Goldin A, Fulmer N, Tavares R, Wands JR, de la Monte SM. Insulin and insulin-like growth factor expression and function deteriorate with progression of Alzheimer's disease: link to brain reductions in acetylcholine. *J Alzheimers Dis.* 2005;8(3):247–68.
10. Revill P, Moral MA, Prous JR. Impaired insulin signaling and the pathogenesis of Alzheimer's disease. *Drugs Today (Barc).* 2006;42(12):785–90.
11. Iwagoff P, Armbruster R, Enz A, Meier-Ruge W. Glycolytic enzymes from human autoptoc brain cortex: normal aged and demented cases. *Mech Ageing Dev.* 1980;14(1-2):203–9.
12. Sims NR, Bowen DM, Smith CC, Flack RH, Davison AN, Snowden JS, Neary D. Glucose metabolism and acetylcholine synthesis in relation to neuronal activity in Alzheimer's disease. *Lancet.* 1980;1(8164):333–6.
13. Hoyer S. Causes and consequences of disturbances of cerebral glucose metabolism in sporadic Alzheimer disease: therapeutic implications. *Adv Exp Med Biol.* 2004;541:135–52.
14. Virkamäki A, Ueki K, Kahn CR. Protein-protein interaction in insulin signaling and the molecular mechanisms of insulin resistance. *J Clin Invest.* 1999;103(7):931–43.
15. Craft S, Asthana S, Cook DG, Baker LD, Cherrier M, Purganan K, Wait C, Petrova A, Latendresse S, Watson GS, Newcomer JW, Schellenberg GD, Krohn AJ. Insulin dose-response effects on memory and plasma amyloid precursor protein in Alzheimer's disease: interactions with apolipoprotein E genotype. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(6):809–22.
16. Takashima A. Drug development for tauopathy and Alzheimer's disease. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi.* 2010; 30 (4):177–80.
17. de la Monte SM, Tong M, Lester-Coll N, et al. Therapeutic rescue of neurodegeneration in experimental type 3 diabetes: relevance to Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2006; 10 (1):89–109.
18. Allan CL, Sexton CE, Welchew D, et al. Imaging and biomarkers for Alzheimer's disease. *Maturitas.* 2010; 65 (2):138–42.
19. Neumann KF, Rojo L, Navarrete LP, et al. Insulin resistance and Alzheimer's disease: molecular links and clinical implications. *Curr Alzheimer Res.* 2008; 5 (5):438–47.
20. Reger MA, Watson GS, Green PS, et al. Intranasal insulin administration dose-dependently modulates verbal memory and plasma amyloid-beta in memory-impaired older adults. *J Alzheimers Dis.* 2008; 13 (3):323–31.
21. Holscher C. Incretin analogues that have been developed to treat type 2 diabetes hold promise as a novel treatment strategy for Alzheimer's disease: recent patents on CNS drug discovery. 2010; 5 (2):109–17.
22. McClean PL, Parthasarathy V, Faivre E, et al. The diabetes drug liraglutide prevents degenerative processes in a mouse model of Alzheimer's disease. *J Neurosci.* 2011; 31 (17):6587–94.



7. Risku për infeksione në pacientët me Talasemi. *Prof.Ass. Manika Kreka*

RISKU PËR INFEKSIONE NË PACIENTËT ME TALASEMI

Prof.Asc.Dr. Manika KREKA*, **Dr. Bledi KREKA****, **Dorela KOKTHI*****

**Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Mjekësisë*

***Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë*

**** Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike*

Hyrje: Talasemia dhe Drepanocitoza janë dy sëmundje me prevalencë në popullatën shqiptare. Çdo specialist në fushën e shkencave mjekësore duhet të ketë dije lidhur me infeksionet e zakonshme dhe jo të zakonshme që këta individë me hemoglobinopati mund të paraqesin në çdo moment të jetës së tyre. Infeksionet përbëjnë një faktor të rëndësishëm në sëmundshmërinë dhe jetëgjatësinë e individëve me talasemi dhe hemoglobinoapti të tjera. Prandaj, lind nevoja për ndërgjegjësimin e stafit mjekësor (mjekë familje, specialistë të tjerë) lidhur me infeksionet potenciale jetë-kërcënuese tek pacientët me Talasemi. Pacientët duhet të edukohen të kërkojnë vlerësim të shpejtë në rastet kur persiston temperatura e lartë.

Diskutim: Infeksionet më të shpeshta, pasojë e transfuzionit me masë eritrocitare shkaktohen nga: HCV, HBV, HIV, Sifiliz. Infeksionet më të rralla, nga e njëjta rrugë transmetimi, shkaktohen nga: HTLV-1/II, CMV, Parvovirus B19, WNV, Babesia, Plasmodium, trypanosoma cruzi, prionet, etj... Po kështu mbingarkesa me hekur është faktor predispozues për infeksione. Protozoarët, funget, bakteret gram negative dhe positive, kërkojnë hekur për t’u replikuar dhe mbijetuar.

Mikroorganizmat më virulentë tek pacientët me Talasemi major janë: staphylococcus aureus, streptococcus pneumoniae, Yersinia, E. Colli, Klebsiella, salmonella, Listeria monocitogenes, pseudomonas aeruginosa, legionela pneumofila (Weinberg 2000). Megjithëse viruset nuk preferojnë hekur, studimet tregojnë se mbingarkesa në hekur shton riskun e infeksioneve virale. (Weinberg 2009) dhe dëmton përgjigjen klinike ndaj terapisë me antivirale për Hepatitin C (Pietrangelo 2003). Terapia me ferrokellantë rrit patogenicitetin e mikroorganizmave (Colins 2002).

Rekomandime: Kontrolli i mirë i Ferritinemisë (pra komplanca e mirë me ferrokellantët), ul rrezikun e infeksioneve. Transfuzioni i njëjësive me masë eritrocitare të leukodepletuar, të ruajtura për jo më shumë se 14 ditë. Promovimi i dhurimit të gjakut nga vullnetarë. Përdorimi i standardeve strikte rregullatore për të rritur sigurinë transfuzive.

Referenca:

1. Vitrano A, Calvaruso G, Lai E, Colletta G, Quota A, Gerardi C, Concetta Rigoli L, Pitrolo L, Cuccia L, Gagliardotto F, Filosa A, Caruso V, Argento C, Campisi S, Rizzo M, Prossomariti L, Fidone C, Fustaneo M, di Maggio R, Maggio A (2017) The era of comparable life expectancy between thalassaemia major and intermedia: is it time to revisit the major-intermedia dichotomy? *Br J Haematol* 176:124–130.
2. Panchal AR, Berg KM, Hirsch KG, Kudenchuk PJ, del Rios M, Cabañas JG, Link MS, Kurz MC, Chan PS, Morley PT, Hazinski MF, Donnino MW (2019) 2019 American Heart Association focused update on advanced cardiovascular life support: use of advanced airways, vasopressors, and extracorporeal cardiopulmonary resuscitation during cardiac arrest: an update to the American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 140:e881–e894
3. Saliba, A.N., Atoui, A., Labban, M. et al. Thalassaemia in the emergency department: special considerations for a rare disease. *Ann Hematol* 99, 1967–1977 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04164-6>



8. Strategji të reja trajtimi për sëmundjen Renale Kronike. *Prof.Ass. Nereida Spahia*

STRATEGJI TË REJA TRAJTIMI PËR SËMUNDJEN RENALE KRONIKE

Dr. Nereida SPAHIA, Merita RROJI

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Shërbimi i Nefrologjisë

Abstrakt

Trualli. Sëmundja renale kronike (SRK) është një gjendje progresive që prek rreth 10% të popullatës së përgjithshme në mbarë botën, duke arritur një numër total mbi 800 milion të prekur. Ajo përbën një barrë të rëndësishme financiare për sistemin shëndetësor dhe një barrë sociale të konsiderueshme për individët e prekur, familjet e tyre dhe shoqërinë. Strategjite për lehtësimin e kësaj barre janë parandalimi, diagnostikimi i hershëm dhe ulja e progresit të SRK.

Qëllimi. Njohja me risitë më të fundit terapeutike si inhibitorët e Sodium-Glucose Transport Protein 2 (SGLT2 inhibitors) dhe antagonistët josteridë të receptorëve mineralokortikoide (MRA), të cilët kanë treguar rezultate të shkëlqyera në uljen e progresit, uljen e proteinurisë, uljen e mortalitet kardiovaskular dhe mortalitetit të përgjithshëm në pacientet me SRK.

Metoda. Informimi mbi mekanizmat e veprimit, dozimin, rezultatet e studimeve klinike, si dhe efektet anësore të këtyre dy klasave të barnave. Pasqyrimi i rekomandimeve më të fundit të linjave udhëzuese të Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) për përdorimin e këtyre terapive në pacientë me SRK.

Konkluzioni. Terapitë inovatore si SGLT2 dhe MRA duhen përdorur qysh në stadiet e hershme të SRK, pasi shoqërohen me përfitime të provuara në progresin e sëmundjes, shtyrjen e kohës së fillimit të terapisë renale zëvendësuese dhe ulin mortalitetin në pacientet me SRK.

Fjale kyçe: Sëmundja Renale Kronike, Progresi, inhibitorët e SGLT2, agonistët e receptorëve mineralokortikoide (MRA).

Referenca:

1. Kovesdy CP. *Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022;12(1):7-11. doi:10.1016/j.kisu.2021.11.003*
2. Jager K.J., Kovesdy C., Langham R., et al. *A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Kidney Int. 2019;96:1048–1050. - PubMed*
3. Saran R., Robinson B., Abbott K.C., et al. *US Renal Data System 2019 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2020;75:A6–A7*



9. Aborti spontan. Menaxhimi. *Prof.Ass. Mirela Risto*

ABORTI SPONTAN, MENAXHIMI

Prof.Ass. Mirela MINO (RISTA)

¹Universiteti i Mjekësisë, ²Dep. i Obs – Gjinekologjisë, SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë”, Tiranë

Abstrakt

Hyrje: Aborti është ekspulsimi i fetusit (i pjesshëm apo i plotë) para 22 javësh të barrës, me peshë <500 gr. Aborti spontan (AS) ndodh në mungesë të ndërhyrjes.

Incidenca e AS: 15% - 25% dhe nga këto, në 80% të rasteve ai ndodh deri në 12 javët e para. Rreth 50% e aborteve në moshë të hershme janë me origjinë nga anomali kromozomale (trisomi, aneuploidi, etj.). Abortet e tremujorit të dytë ndodhin më shumë nga: sëmundje sistemike të nënës, anomali placentare, anomali anatomike të uterusit. Këto shkaqe mund të trajtohen, sepse vihen në dukje klinikisht, pra kufizohet mundësia e përsëritjes së AS në tremujorin e dytë.

Etiologjia

Faktorët Infektivë janë të zakonshëm në AS të hershëm. Shkaktarët më të shpeshtë janë: Chlamydia trachomatis, Listeria monocytogenes, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum. Nuk lidhet drejtpërdrejt me AS prania e: Sifilizi, HIV, Streptokoku i grupit B vaginal.

Faktorët Endokrinë që ndikojnë në AS janë: Antitruapat e Tiroides, Hypo/hiperthyroidizmi, Diabeti tipi 1, kur nuk kontrollohet mirë rrit mundësinë e AS dhe të malformimeve fetale.

Faktorët Immunologjik: Janë një numër çrregullimesh gjenetike (mutacione) të disa nga faktorëve të koagulimit të gjakut, që mund të rrisin rrezikun e trombozave arteriale apo/dhe venoze dhe favorizojnë missed abortion. Trombofilia vjen nga mutacioni i genit për faktorin V Leiden, i mutacionit të protombin G20210A, antitrombinës III, etj., që zakonisht shkaktajnë aborte të përsëritura.

Faktorët uterinë janë: Fibromyomat e mëdha apo të shumta japin missed abortion. Ndonjëherë vendodhja e tyre përbën një risk më të lartë se sa madhësia (submukoze ndikon në implantim). Uterus i ekspozuar ndaj DES shoqërohen me anomali (beance cervikale, uterus: hypoplazik, unikorn, septa, etj.). Sinekia intrauterine (Asherman sindrom) shkaktuar nga ndonjë kyretazh, që ka dëmtuar endometrin, pengon implantimin e embrionit.

Faktorët Ambientalë: Pirja e duhanit dhe/ose e alkoolit në 8 javët e para të barrës favorizon AS dhe anomalitë fetale. Rrezatimi (më pak se 5 rads nuk e rrit rrezikun për AS)

Tipet e Abortit Spontan

Missed abortion Embrioni i vdekur qëndron në uterus. Gruaja ka humbje të shenjave të barrës. Hemorragjia fillon e para, ajo është e pakët e në ngjyrë të errët. Dhimbjet e kontraksionet fillojnë pas disa orësh ose ditësh.

Blighdet ovum (vezë qorre), shtatzëni pa embrion. Krijohet dhomëz gestacionale me ose pa sakus vitelin.

Aborti incipiens Gruaja ka krampe dhe hemorragji të pakët, që vjen nga shtrati i implantimit. Kolumi mbetet i mbyllur. Trajtohet me spasmolitik, progesteron dhe vazhdohet shtatzënia.

Aborti progredient. Dhimbja abdominale ose e mesit. Grisja e membranave dhe hemorragji e shtuar. Dilatimi i kolumit vjen nga kontraksionet e rregullta. Bëhet pothuajse e pamundur vijueshmëria e barrës.



Aborti iinkomplet. Orificiumi intern i kanalit cervikal është i hapur. Rrjedh gjak nga uterus. Kontraksionet nxjerrin produktin e konceptonit pjesërisht nga uterus. Duhet kyretazh për t'i pastruar mbetjet plotësisht. Çdo tentativë pritëse, rrit rrezikun e infeksionit amtar.

Aborti i komplet Produkti i konceptonit del i tëri nga uterus. Deri në 10 javë fetusit e placenta zakonisht ekspulsohen së bashku.

Aborti spontan i Përsëritur Kur janë 3 ose më shumë barra të humbura rresht deri në 20 javë. Mundësia për shtatzëni të suksesshme bie nën 60%. Faktorët gjenetikë janë shkaktarët më të shpeshtë në humbjet e fillimit të barrës. Faktorët autoimunë apo anomalitë anatomike janë shkaktarë për humbjet në tremujorin e dytë.

Rekomandohet: Të bëhet kariotipi i prindërve dhe i materialit të abortit. Të kërkohen anomali uterine të gruas (septum, sineki, myoma, beancë). Të testohen antitruapat antifosfolipidik, antikardiolipin. Të testohet Faktori V (difekti Leiden). Mutacionet e genit të protrombinës, dëmtojnë trombocitet dhe endotelin vaskular, duke çuar në trombozë.

Materiali dhe Metodat

Menaxhimi i pacientes me AS duhet t'i nënshtrohet ekzaminimit fizik të përgjithshëm dhe anamnezës së plotë si edhe këtyre ekzaminimeve: **Analiza laboratorike:** gjak komplet, grup gjaku, kulturë cervikale (për faktorët infektiv), urina komplet, β -hCG. **Ekografi** për të parë: vitalitetin e embrionit, gjatësinë dhe dilatimin e kolumit, ndonjë hematomë retroplacentare. Përjashtohet një GEU. **Rregjim shtrati** dhe ndërprerje e raporteve seksuale. **Dieta** me lëngje të shtuara.

Rezultate

Pjesa më e madhe e pacienteve përfitojnë nga trajtimi. Kështu: **Rreziku i abortit** mjekohet me progesteron, për të ulur insuficiencën e tij, spasmolitik, antiinflamator jo steroidien. **Aborti iinkomplet** zgjidhet me tableta apo me kyretazh. Kjo varet nga: sasia e hemorragjisë së humbur, dhimbjet e forta apo krampet, ndonjë shenjë infeksioni. **Kyretazhi** (aspirim ose D & C) është zgjidhje e sigurt dhe e menjëhershme, se pushohet hemorragjia dhe mënjanohet anemia. Merret biopsi e pjesëve të nxjerra, për diagnozën e AS. Tabletat abortive kanë efekt më të vonuar, prandaj nuk janë të preferuara, kur gruaja ka hemorragji abondante. Uterotonikët injektohen për të rritur efektin hemostatik në uterus.

Konkluzione:

Në SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë" incidenca e AS varion nga 12.5-10.5%, në vitet 2019 – 2022, ndryshe nga statistikat botërore që variojnë 15-25%

Në Shërbimin e Patologjisë së Shtatzënisë ne zbatojmë protokolle të njehsuara me ato të OBSH, të cilat na kanë dhënë rezultate të krahasueshme me ato botërore për ndjekjen dhe trajtimin e AS.

Fjalë kyçe: Abort spontan (AS), Kyretazh, Tableta abortive, Hemorragji uterine.

Referenca

1. *First and second-trimester Pregnancy Loss. In: Cunningham F, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM, eds. Williams Obstetrics, 26e. McGraw Hill; 2022. Accessed August 28, 2023.*
2. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): ACOG Practice Bulletin No 200 Summary: Early Pregnancy Loss. Obstet Gynecol 132(5): 1311, 2018.*
3. *Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al: Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. N Engl J Med 378(23): 2161-2170, 2018.*
4. *Obstetrics and Gynecology, sixth Edition, 141-151*
5. *WHO Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Geneva: fq 8*



10. Faktorët e riskut dhe diagnoza e Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike.
Dr.Shk. Eugerta Dilka

FAKTORËT E RISKUT DHE DIAGNOZA E SËMUNDJES PULMONARE OBSTRUKTIVE KRONIKE

Dr. Shk. Eugerta DILKA

¹Fakulteti i Mjekësisë Tiranë; ²Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” Tiranë

ABSTRAKT

Hyrje: Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) është tani një nga tre shkaqet kryesore të vdekjeve në mbarë botën dhe 90% e këtyre vdekjeve ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. SPOK është një shkak kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë kronike në të gjithë botën; shumë njerëz vuajnë nga kjo sëmundje prej vitesh dhe vdesin para kohe nga ajo ose nga komplikimet e saj. Në nivel global, barra e SPOK parashikohet të rritet në dekadat e ardhshme për shkak të ekspozimit të vazhdueshëm ndaj faktorëve të rrezikut të SPOK dhe plakjes së popullsisë. SPOK është një gjendje heterogjene e mushkërive e karakterizuar nga: simptoma kronike respiratore (dispne, kollë, prodhim i sputumit dhe/ose përkeqësime), për shkak të anomalive të rrugëve ajërore (bronkit, bronkiolit) dhe/ose alveolave (emfizemë), që shkaktojnë kufizim të vazhdueshëm, shpesh progresiv të fluksit të ajrit. Faktorët e riskut janë ekspozimi ndaj faktorëve mjedisorë, faktori gjenetik (identifikuar deri më sot janë mutacionet në gjenin SERPINA1 që çojnë në mungesë të antitripsinës α -1), faktorët në jetën e hershme të quajtur “Faktorët e disavantazhit të fëmijërisë”, moshë, Astma dhe hipereaktiviteti bronkial, sexi, infeksionet, statusi ekonomik-social. Termi dysanapsis i referohet një mospërputhjeje antropometrike të kalibrit të pemës së rrugëve respiratore në lidhje me vëllimin e mushkërive. Në SPOK ndryshimet patologjike mund të gjenden në rrugët e respiratore, parenkimën pulmonare dhe vaskulaturën pulmonare. Këto përfshijnë ndryshime inflamatore dhe strukturore të cilat rriten me ashpërsinë e kufizimit të fluksit të ajrit dhe mund të vazhdojnë me ndërprerjen e duhanit. Në çdo pacient që ka dispne, kollë kronike ose prodhim të sputumit dhe/ose një histori ekspozimi ndaj faktorëve të rrezikut për sëmundjen dhe spirometria e detyruar që demonstroi praninë e një FEV1 post-bronkodilator. /FVC <0.7 është i detyrueshëm për vendosjen e diagnozës së SPOK.

Qëllimi: Përditësimi i njohurive bashkëkohore për zbulimin e faktorëve të riskut dhe egzaminimet laboratorike të duhura për të përcaktuar diagnozën e kësaj patologjie të shpeshtë që ndikojë në menaxhimin e hershëm dhe të saktë.

Metodologjia: Materiali i studiuar në këtë punim është marrë nga GOLD 2024.

Konkluzion: Diagnostikimi i hershëm i SPOK përfaqëson një sfidë të rëndësishme të shëndetit publik sepse është edhe e parandalueshme dhe e trajtueshme. Një nën-diagnostikim dhe diagnozë e gabuar i çon pacientët të mos marrin trajtim, ose trajtim të gabuar. Kuptimi se faktorë të tjerë mjedisorë përveç pirjes së duhanit mund të kontribuojnë në SPOK, se ai mund të fillojë herët në jetë dhe të prekë individët e rinj dhe se ka kushte pararendëse (Pre-SPOK, PRISm), hap dritare të reja mundësisht për parandalimin e tij, diagnostikimin e hershëm dhe ndërhyrjen e shpejtë dhe të përshtatshme terapeutike.



Referenca:

1. Singh D, Agusti A, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Criner GJ, Frith P, Halpin DMG, Han M, López Varela MV, Martínez F, Montes de Oca M, Papi A, Pavord ID, Roche N, Sin DD, Stockley R, Vestbo J, Wedzicha JA, Vogelmeier C. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019*. *Eur Respir J*. 2019 May;53(5) [PubMed]
2. Tanoue LT, Tanner NT, Gould MK, Silvestri GA. *Lung cancer screening*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Jan 01;191(1):19-33. [PubMed]
3. Gershon A, Croxford R, Calzavara A, To T, Stanbrook MB, Upshur R, et al. *Cardiovascular Safety of Inhaled Long-Acting Bronchodilators in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *JAMA Intern Med*. 2013 May 20. 1-9. [QxMD MEDLINE Link].
4. Wood S. *Inhaled Long-Acting Bronchodilators in COPD Flagged Again for CV Hazard*. *Medscape Medical News*. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/804441>. Accessed: June 4, 2013.
5. Canavan N. *Dual-Action Bronchodilator Eases COPD Exacerbations*. *Medscape* [serial online]. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/810739>. Accessed: September 16, 2013.
6. Decramer ML, Chapman KR, Dahl R, et al. *Once-daily indacaterol versus tiotropium for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (INVIGORATE): a randomised, blinded, parallel-group study*. *The Lancet Respiratory Medicine*. Available at [http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(13\)70158-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(13)70158-9/abstract). Accessed: October 7, 2013.

Pjesëmarrësit i ndoqën me shumë interes prezantimet dhe diskutuan e komentuan me lektorët dhe u qartësuan akoma më shumë me të rejat më të fundit të paraqitura në këtë konferencë.

Në përfundim të aktivitetit, të gjithë pjesëmarrësit e vlerësuan Konferencën si shumë të vlefshme për ta, nëpërmjet të cilës rritën njohuritë dhe kapacitetet e tyre; mësuuan forma të reja bashkëpunimi dhe bashkëveprimi në të mirë të ofrimit të kudesit multidisiplinar të pacientit me problemet e cituara në prezantimet e paraqitura. Gjithashtu pjesëmarrësit kërkuan që aktivitete të tilla të mund të vijojnë në të ardhmen jo vetëm në fushat e e sipër cituara por edhe në fusha të tjera të mjekësisë.

Konferenca është akredituar nga ASCK me 4 Kredite



**INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË
UMSH-SË
05.04.2024**

Më datë 5 Prill 2024, pranë zyrave të Këshillit Kombëtar të UMSH-së u mbajt Mbledhja Vjetore e Këshillit Kombëtar.

Rendi i ditës u përqëndrua tek Relacioni mbi veprimtarinë e UMSH-së për vitin 2023 mbajtur nga Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH-së.

Në këtë Relacion u bë një rezymë e të gjithë hapave që kishte ndërmarrë Këshilli Kombëtar, si dhe të 12 Këshillat Rajonale të UMSH-së, gjatë vitit 2023. U theksua mbi aktivitetet e Këshillit Kombëtar dhe ato të Rajoneve, ku përqendrimi më i madh i punës ishin funksionimi sa më efektiv i strukturave tona në zbatim dhe mbështetje të Ligjit dhe akteve nënligjore të UMSH-së.

Shumë prej Këshillave Rajonale në mbështetje dhe të Këshillit Kombëtar organizuan aktivitetet e edukimit të vazhdueshëm mjekësor, kjo një risi që u pikas edhe në vitin 2022 dhe që sa vjen e po rritet për të mbështetur mjekët në të gjithë vendin për t'u azhornuar me të rejtat e fundit të fushës së mjekësisë.

Problemi i ankesave akoma qëndron si në vitin 2022, me një rritje shumë të vogël të tyre theksoi Dr. Brahimaj, pasi numri i tyre ende mbetet i ulët. Në mbyllje të relacionit, u parashtruan detyrat që i ka vënë vetes UMSH-ja për vitin 2024.

Më pas u kalua me relacionin mbi realizimin e të ardhurave dhe shpenzimeve për vitin 2023, si dhe me miratimin e buxhetit të UMSH-së për vitin 2024 dhe Bilancit Financiar të vitit 2023. Znj. Elida Imeraj paraqiti një rezymë të të ardhurave dhe shpenzimeve që ka bërë Urdhri i Mjekëve për vitin 2023 dhe paraqiti objektivat për buxhetin e vitit 2024. Pas miratimit të buxhetit dhe bilancit financiar, u kalua në diskutimet mbi organizimin e eventit të 30 Vjetorit të UMSH-së dhe propozimet se ku do të shpërndahen Çertifikatat e Mirënjohjes së UMSH-së.

Kongresi i IX i Onkologjisë: “TË ECIM SË BASHKU NË KUJDESIN NDAJ KANCERIT UROTELIAL”

23-24 Shkurt 2024
Hilton Garden Inn Tirana



Shoqata Mediko-Onkologjike Shqiptare mbajti në datat 23-24 Shkurt Kongresin e saj të IX-të në ambientet e Hilton Garden Inn, Tiranë.

Kongresin e hapi Prof. Asc. Dr. Silvana Çeliku, Presidente e Shoqatës, e cila ndër të tjera theksoi rëndësinë e ndërthurjes ndërdisiplinore mes të gjithë fushave mjekësore për të arritur rrezultatet e dëshiruara tek pacientët me probleme onkologjike. Më pas dr. Çeliku përmendi arritjet në fushën e Onkologjisë Shqiptare pa harruar të përmendte edhe personalitete të shquara të fushës të cilët kanë kontribuar shumë në arritjet Onkologjike Shqiptare. Më pas dr. Çeliku ftoi të përshëndetnin aktivitetin Rektorin e Universitetit të Mjekësisë Prof. dr. Arben Gjatën, Dekanin e Fakultetit të Mjekësisë Prof. dr. Xheladin Draçinin dhe dr. Fatmir Brahimi, President i UMSH.

Më pas Kongresi vijoi me 3 Sesionet e ditës së parë; ku në Sesionin e 1-rë ju kushtua tematikës së Tumoreve të Veshkave me 5 prezantime dhe Sesionit të 2-të me tematikë Kanceri i Vezikës Urinare ku u mbajtën 13 prezantime nga mjekë shqiptarë dhe të huaj.

Dita e dytë vijoi me Sesionin e 3-të me tematikë Kanceri i Prostatës ku u referuan plot 13 prezantime dhe 4 prezantime Poster.

Kongresi i IX-të i Onkologjisë u ndoq në të dy ditët e punimeve të tij me shumë interes nga pjesëmarrësit, të cilët përfituan edhe kredite të edukimit në vazhdim nga ASCK.



Aktivitet në kuadër të 30-vjetorit të Urdhrit të Mjekëve me temë: “SFIDAT E MJEKËSISË NË VAZHDIM”

18 Maj 2024 – Elbasan



Në kuadër të 30-vjetorit të themelimit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, në datën 18 Maj 2024 pranë ambienteve të Hotel Skampa, Këshilli Rajonal i Urdhrit të Mjekut Elbasan në bashkëpunim me Shoqatën “Për një Shqipëri të Shëndetëshme” zhvilloi aktivitetin “Sfidat e Mjekësisë në Vazhdim” (trajnim Patologjite Hematologjike), ku lektorë të këtij aktiviteti ishin:

Dr. Vitri Lika President i Këshillit Rajonal Elbasan (Hematolog pranë Spitalit Rajonal Elbasan);
Dr. Edmont Laho Drejtori i Shoqatës “Për një Shqipëri të Shëndetëshme” (Pediater);
Dr. Ergys Mici Mjek i Përgjithshëm pranë Urgjencës së qytetit të Elbasanit;
Dr. Albana Greca Mjeko e Përgjithshme pranë Qendrës Shëndetësore Peqin.

Gjithashtu në këtë aktivitet një rëndësi të veçantë ju kushtua edhe nderimit me ‘Çertifikata Mirënjohje’ të disa prej anëtarëve dhe ish-drejtuësve të Këshillit Rajonal Elbasan;

- Dr. Sali Pila, për angazhimin e dhënë si President i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Pajtim Çela, për bashkëpunimin e dhënë si ish Drejtor i Shëndetit Publik;
- Dr. Bujar Kllogjeri, për bashkëpunimin e dhënë si ish Drejtor i Shëndetit Publik;
- Dr. Qemal Zani, për bashkëpunimin si ish Drejtor i Spitalit Gramsh;
- Dr. Fadil Mërzheku, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Adriana Ceko, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Luiza Xhafa, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Kujtim Çengeli, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Edmont Laho, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan;
- Dr. Arben Dine, për angazhimin si Antar i Këshillit Rajonal Elbasan.

Një pjesëmarrje e veçantë ishte dhe prania e Presidentit të Këshillit Kombëtar të Urdhri Mjekëve të Shqipërisë Dr. Fatmir Brahimaj.



KONFERENCA: “DILEMAT E KLINIKËS KOMPLEKSE. PËRQASJA NDËRDISIPLINARE III”

4 Qershor 2024, Shkodër



Në datën 4 Qershor 2024, në ambientet e Stadiumit “Loro Boriçi”, Këshilli Rajonal Shkodër në bashkëpunim me Spitalin Rajonal Shkodër, organizoi Konferencën me temë **“Dilemat e Klinikës Komplekse. Përqasja Ndërdisciplinare III”**.

Në këtë Konferencë morën pjesë mjekë nga Rajoni i Shkodrës; dhe kjo konferencë është në vijim të traditës së krijuar nga Këshilli Rajonal Shkodër në organizimin e konferencave vjetore të akredituara nga ASCK.

Konferencën e hapi dr. Nevila Luli (Tabaku) si organizatore e këtij aktiviteti. Përpara se të fillohej me diskutimet nga ana e K.R.U.M.Shkodër u shpërndanë disa certifikata mirënjohje me motivacion “Për Kontribute të veçanta në fushën e mjekësisë dhe punë të palodhshme profesionale” mjekëve:

1. Agron Luli Mjek Okulist
2. Dhurata Uruçi Mjeko Neurologe
3. Zhan Kaçulini Mjek Neurolog
4. Nadire Suma Mjeko Pneumologe
5. Semiha Dragovi (Pirani) Mjeko Kardiologe

Në këtë konferencë u referuan temat:

1. Impakti i ekselit vaskular në jetëgjatësinë dhe adekuancën distike në pacientë e dializës në Shkodër. *Dr. Dhurata Golemi, dr. F. Nasto, dr. B. Grizhja*
2. Një rast klinik me dëmtim renal akut nga lënda e kontrastit pas koronarografisë. *Dr. Teuta Mali*
3. Trajtimi i Hipertensionit me kombinime në një tabletë të vetme. Nga përdorimi në praktikë deri tek ndikimi në prognozë. *Dr. Nevila Nelaj*
4. Efektiviteti dhe siguria e DOACs në pacientët me NVAf. *Dr. Edi Smajlaj*
5. Sindroma Lemirerre: Raporti i një rasti, manifestuar me prekje të endokardit, formim trombë



I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

- në aspektin e ventrikulit të majtë dhe embolizim sistemik subsekuent. *Dr. Gedis Zaimi*
6. Algoritmi i menaxhimit të Diabetit tip 2. Përditësime 2023. *Dr. Eduard Spahiu*
 7. Penil kancer single center experience 2005-2022. *Dr. Gëzim Galiqi, dr. O. Alibali, dr. L. Bajri, dr. E. Trashani, dr. I. Shani*
 8. Angioplastika periferike apo “një tjetër më e lirë”. *Dr. Besmir Grizhja, E. Lohja, dr. E. Dibra, dr. A. Bashi*
 9. AVC ishemike dhe trajtimi kirurgjikal i rasteve me stenoza të arterieve karotide në Spitalin Rajonal Shkodër. *Dr. Genc Nurja, dr. Zh. Kaçulini, dr. Dh. Uruçi, dr. G. Halili, dr. B. Grizhja*
 10. Trajtimi i noduseve/kancerit të gjendrës tiroide në Spitalin Rajonal Shkodër. *Dr. Ardian Dajti, dr. L. Lekaj*
 11. Dhimbjet e gjurit. *Dr. Ylber Zama*
 12. EBV virus dhe sindroma Mononukleozike. *Dr. Rezarta Bazhdari*
 13. Anafilaksia bifazike ndaj Ceftriaxone. *Dr. Holta Duda, dr. L. Bajri, dr. A. Kurtaj*
 14. Target Terapia në kancerin e gjirit metastatike tek Hr+ dhe Her2. *Dr. Ana Xhuveli*
 15. Komplikacionet cerebrale të granulomatozës eozinofilike: Rast klinik. *Dr. Malbora Xhelili, dr. I. Zeqja, dr. I. Kruja*
 16. Intersticiopatia, ndërlikimi më i shpeshtë i sëmundjeve autoimune reumatizmale. *Dr. Arbi Pecani, dr. L. Karauli, dr. A. Mezini, dr. S. Bala*
 17. Sindromat ethore të trashëgueshme: Raport rasti. *Dr. Valbona Salko, dr. A. Zoto, dr. T. Backa, dr. E. Rapushi*
 18. Trajtimi i Infarktut Akut të Miokardit me ngritje të segmentit ST nëpërmjet Aspirimit Manual të trombit dhe PCI. *Dr. Enkelejd Lohja*
 19. Sindroma Turner në Shqipëri dhe efikasiteti i trajtimit të saj me hormonin e rritjes. *Dr. Klodiana Gjoka, dr. P. Hoxha, dr. A. Babameto-Laku, dr. G. Vÿshka, dr. D. Minxuri, dr. E. Myrtaj, dr. L. Çakërri*

Në fund të konferencës u dhanë konkluzionet dhe vlerësimet.

Dr. Nevila Luli-Tabaku
Presidente e Këshillit Rajonal Shkodër

RISHIKIMI I DEKLARATËS SË HELSINKIT: KËRKIMI SHKENCOR MJEKËSOR NË BURIME DHE MJEDISE TË VARFËRA

18-19 Janar 2024, Vatikan

Dr. Dritan TREPÇA

Falë bashkëpunimit midis “Akademisë Papale për Jetën, Shoqatës Botërore të Mjekësisë (WMA) dhe Shoqatës Mjekësore Amerikane (AMA) u organizua në Vatikan më 18-19 Janar 2024, konferenca për rishikimin e Deklaratës së Helsinkit (bërë më 1964) mbi kërkimin shkencor mjekësor, në vendet me rezerva të pakta dhe mjedise të varfëra. Siç dihet në këtë dokument janë saktësuar parimet etike mbi të cilat bazohet kërkimi mjekësor në kontigjentet dhe vendet e varfëra. Parimet bazë sqarojnë lirinë e pranimit dhe konsentin e mirë-informuar tek vullnetarët që morën pjesë në kërkimin mjekësor (studimi i barnave të reja apo metodave të reja mjekësore apo diagnostikuese).

Mbi këto themele është ndërtuar puna kërkimore dhe rrjedha e viteve ka treguar ecurinë, dobinë dhe problematika të këtij procesi “Objektivi i tij ka qënë të ndihmohet shkenca mjekësore dhe të rritet cilësia e kujdesit shëndetësor që i ofrohet publikut”.

Ceremonia hapëse përfshin përshëndetjet e bëra nga Kardinali V. Paglia (President i Akademisë Papale për Jetën), Ministri i Shëndetësisë i Italisë O. Schilaci, President i WMA A. Philip si dhe President i AMA J. Resneck.

Kardinali V. Paglia lexoi edhe mesazhin e Papa Franceskut drejtuar pjesëmarrësve të kësaj konference. Në mesazh theksohej kontributi i deklaratës dhe ndikimi pozitiv i saj në praktikën mjekësore. Respektimi i parimeve të saj bëri që kërkimi mjekësor mbi të sëmurin të kthehej në një kërkim mjekësor me të sëmurin. Por jo kudo i sëmuri është vënë në qendër të sistemeve të kujdesit shëndetësor. Ati i shenjtë vuri në dukje pabarazinë dhe padrejtësitë në kujdesin shëndetësor në kuadër të dallimeve të mëdha midis vendeve të pasura nga ato të varfëra. Theksoi rëndësinë e zbulimit dhe trajtimit si duhet të vulnerabilitetit të shprehur në zona të veçanta. U vlerësua roli i profesionistëve shëndetësor dhe i profesionistëve ndihmës të tyre që në respekt të lirisë dhe pavarësisë të sanksionuara në Kodet Etik të punojnë për globalizimin dhe unifikimin e kujdesit shëndetësor cilësor duke e parë njerëzimin si një familje të madhe unike.

Edhe folësit e tjerë në përshëndetjet e tyre vlerësuan kontributin e deklaratës së Helsinkit dhe respektimit të parimeve të saj, duke bërë që kërkimi mjekësor tu shërbejë përparimeve mjekësore dhe kujdesit shëndetësor. Në seancat e tjera vëmendja u përqëndrua në 3 drejtime kryesore:

- Verifikimi i grupeve vunerabël, jo për të përjashtuar ato nga puna kërkimore, por të respektohet tek ata liria, të mirë-informohen qartë, kuptueshëm dhe me transparencë të plotë mbi procesin kërkimor. Mbi të gjitha të respektohet dinjiteti i tyre si qenie njerëzore.
- Respektimi i parimeve etike gjatë provave kërkimore, si dhe rimbursime dhe mbulimi financiar

I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

për problematika, ndërlkime, dëmtime apo invalidizime nga prova apo eksperimente. Dëshmëpërblimi për gjithçka që rrjedh dhe lidhet me procesin kërkimor (nuk duhet harruar se shumica në grupet vunerabël nuk kanë siguracione shëndetësore ose ato janë të pjesshme).
- Ndjekja afatgjatë pas provave të vullnetarëve që kanë marrë pjesë në grupet studimore.

Këtu u nënvizua edhe nevoja për vëmendje dhe ndihmë edhe për probleme strukturore që në pamje të parë nuk lidhen me eksperimentet e bëra. Ndofta nëpërmjet dobësimit të organizimit, uljes së imunitetit dhe rezistencës (të provokuara apo ndikuara nga provat eksperimentale) shfaqjen probleme të tjera shëndetësore, për të cilat vullnetarët duhet të ndihmohen për ti përballuar denjësisht ato.

Në fund të konferencës dr. Otmar Kloiber, Sekretar i Përgjithshëm i WMA-së bëri konkluzionet e kësaj konference. Ai vlerësoi kontributin e referuesve dhe diskutantëve të shumtë, në sqarimin e problematikave të evidentuara, por pavarësisht nga arritjet ai konkludoi duke tërhequr vëmendjen se: ***Mbetet shumë punë për të bërë në këto drejtime.***

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

*22-23 Mars 2024
Lubjanë, Slloveni*

Dr. Esheref SHEHU



Me ftesë të Shoqatës Mjekësore Sllovene, në dt. 22-23 Mars 2024 u zhvillua Asambleja e Përgjithshme e CPME në Lubjanë. Veprimtaria ishte vetëm me prezencën e delegacioneve anëtare si edhe të anëtarëve të asociuar (pamundësi të ndjekjes online). Ishin të ftuar si gjithmonë edhe përfaqësues nga organizatat e tjera homologe, profesionale nga Evropa dhe më gjerë. Edhe UMSH u përfaqësua nga një delegacion i kryesuar nga Presidenti i UMSH-së Dr. Fatmir Brahimaj.



I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Dita e parë pati një larmi tematikash: U fillua me ceremoninë hapëse të drejtuar nga Dr. Ch. Keijzer President i CPME, i cili pas një fjale të shkurtër përshëndetëse ia dha fjalën Presidentes së Shoqatës Mjekësore të Sllovenisë Dr. B. Bojovic, e cila uroi mirëseardhjen të gjithë pjesëmarrësve dhe foli për rolin e Shoqatës Mjekësore në sistemin shëndetësor të vendit të saj. Pastaj ju dha fjala Ministres së Shëndetësisë së Sllovenisë znj. V. P. Rupel e cila foli për procesin e reformimit të vazhdueshëm të shëndetësisë në vendin e saj duke u ndalur në arritjet, mangësitë dhe përballimin e sfidave të kohës. Ajo vlerësoi edhe partneritetin dhe bashkëpunimin me Shoqatën Mjekësore Sllovene si dhe organizmat e tjerë homologë profesionalë.

Seanca pasardhëse ju dedikua raporteve kombëtare nga disa vende si: Sllovenia, Franca, Kroacia, Norvegjia, Republika Çeke, etj...

Në seancat vijuese u prezantuan duke diskutuar rreth tyre, disa materiale që do ti paraqiteshin Asamblesë së Përgjithshme, në seancën plenare të ditës tjetër për aprovim. Midis tyre ia vlen të përmendim disa deklaratata si:

I- Me rastin e zgjedhjeve të afërme parlamentare në EU ju bë thirrje politikberësve Evropian që:

- 1- të trajtojnë krizën e fuqisë punëtore shëndetësore;
- 2- të sigurojnë një transformin të sigurt dixhital të kujdesit shëndetësor;
- 3- të mundësojnë një jetë më të shëndetëshme;
- 4- të garantojnë aksesin dhe efektivitetin e barnave dhe shërbimeve shëndetësore;
- 5- të ndërmarrin veprime klimatike për një shëndet më të mirë.

II- Reagimi i Mjekëve Evropian ndaj rishikimit të legjislacionit farmaceutik: I mirë por ka vend për përmirësim;

III- Deklaratë mbi pavarësinë e profesionit mjekësor (sugjerime për Qeveritë Evropiane për të shmangur veprime që çënojnë këtë element të rëndësishëm për funksionimin e organizmave mjekësor profesional).

Në ditën tjetër u zhvillua Asambleja e Përgjithshme. U fillua me çështje proceduriale, si: apeli i kryetarëve të delegacioneve, verifikimi i mandateve, të kredencialeve, zgjedhjes së relatorëve, etj... Më tej u dëgjuan dhe u aprovuan minutat e asamblesë së nëntorit, raportet e presidentit, sekretarit të përgjithshëm si dhe të bordit të drejtorëve.

Seanca tjetër ju kushtua çështjeve financiare, si: aprovimit të buxhetit, raporti mbi shpenzimet, raporti i auditit, verifikimi i pagesave të kuotës së antarësimit, etj... Seanca pasuese ju kushtua diskutimit dhe aprovimit të deklaratave dhe rezolutave të paraqitura.

Një seancë e veçantë ju kushtua përshëndetjeve nga organizmat e tjera homologe, si: WMA, CEOM, EFMA, EMSA, EJD, FEMS, etj...

Në fund u cakuan takimet e tjera të CPME. Veprimtaria u mbyll përfundimisht me fjalën e presidentit të CPME Dr. Ch. Keijzer. Ai përmbloodhi arritjet e takimit 2-ditor si dhe falenderoi edhe njëherë pjesëmarrësit për kontributin e dhënë gjatë gjithë veprimtarisë.

Në përfundim të aktiviteteve të mbajtura takimi doli me një propozim për Politik-Bërësit Evropianë si vijon:



Ne ju bëjmë thirrje politikë-bërësve Evropianë që:

1. Të trajtojnë krizën e fuqisë punëtore shëndetësore;
2. Të sigurojnë një transformim të sigurt dixhital të kujdesit shëndetësor;
3. Të mundësojnë një jetë më të shëndetëshme;
4. Të garantojnë aksesin dhe efektivitetin e barnave dhe shërbimeve shëndetësore;
5. Të ndërmarrin veprime klimatike për një shëndet më të mirë

Rezoluta e Asamblesë së 128-të Mjekësore Gjermane, Mainz-2024

SOT MË SHUMË SE KURRË: MJEKËT NË GJERMANI MBROJNË DEMOKRACINË, PLURALIZMIN DHE TË DREJTAT E NJERIUT

Mjekët i shërbejnë shëndetit të individit dhe të popullatës. Ata e ushtrojnë profesionin e tyre sipas ndërgjegjes, normave të etikës mjekësore dhe humanizmit. Deklarata e Gjenevës: Betimi i Mjekut vlen për të gjithë mjekët. Ne ofrojmë kujdes mjekësor për pacientët pavarësisht nga origjina, gjinia, feja, statusi social ose orientimi i tyre seksual. Bashkëpunimi ndërmjet mjekëve nga kombe dhe kultura të ndryshme pasuron praktikën mjekësore dhe është thelbësor për ofrimin e përbashkët të kujdesit ndaj pacientit, përsosmërinë shkencore dhe përparimin mjekësor.

Nga ky identitet profesional del se të drejtat e njeriut, liria, pluralizmi dhe demokracia janë të një rëndësie themelore për profesionin mjekësor. Mjekët në Gjermani kanë një përgjegjësi të veçantë historike në këtë drejtim: Gjatë epokës nacional-socialiste, profesioni mjekësor gjerman ishte thellësisht fajtor për tradhëtinë ndaj vlerave themelore të njerëzimit dhe etikës mjekësore. Kjo mbetet një thirrje e përhershme për tu përbashkët me vigjilencë dhe vendosmëri të çdo ringjallje të racizmit, antisemitizmit dhe diskriminimit në vendin tonë.

Asambleja Mjekësore Gjermane e njej këtë përgjegjësi dhe ri-pohon Deklaratën e Berlinit mbi Racizmin në Mjekësi të miratuar nga Shoqata Botërore e Mjekësisë në vitin 2022. Mjekët në Gjermani qëndrojnë përkrah profesioneve të tjera në përkushtimin e tyre ndaj demokracisë dhe të drejtave të njeriut, siç shprehet edhe në Deklaratën e përbashkët të më shumë se 200 shoqatave dhe organizatave nga sektori i shëndetësisë gjermane, deklaratë kjo e Marsit 2024.

Asambleja e 128-të Mjekësore Gjermane e vitit 2024, e mbajtur në Mainz miraton këtë rezolutë me vetëdije, për faktin se demokracia dhe të drejtat e njeriut janë aktualisht nën kërcënim të madh në mbarë botën dhe në Gjermani, sesa kanë qenë për dekada të tëra. Diskursi çnjerëzor, veprimet dhe komplotet, banalizimi i epokës naziste, sulmet ndaj popullit dhe institucioneve hebreje, sulmet raciste dhe sulmet ndaj njerëzve që kërkojnë mbrojtje në Gjermani nga ndjekja penale dhe shpërngulja; janë thellësisht të tmerrshme dhe krejtësisht të papranueshme. Të gjithë mjekët Gjermanë thirren të qëndrojnë kundër kësaj me vendosmëri të madhe, guxim moral dhe solidaritet. **SOT MË SHUMË SE KURRË!**



PËRDITËSIM PËR DHUNËN DHE BURNOUT KUNDËR MJEKËVE, STUDENTËVE TË MJEKËSISË DHE PROFESIONISTËVE TË TJERË SHËNDETËSORË

12 Mars - Dita Evropiane e ndërgjegjësimit për dhunën ndaj mjekëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë

- A. Duke marrë në konsideratë një vëzhgim unanim, nga shoqatat mjekësore në Evropë, të shtimit të agresioneve verbale dhe fizike;
- B. Inflacioni i dhunës është refleksi i paaftësisë së sistemeve shëndetësore përballjen me një paradigmë të re shëndetësore;
- C. Të gjithë profesionistët shëndetësorë kanë të drejtë të punojnë në një mjedis të sigurt, pa rrisqe fizike ose psikologjike.

CEOM/EMOs propozojnë 12 pika kyçe për të ardhmen, për të përmirësuar dhe shmangur të dëmtimet, pasojat e dhunës dhe Burnout-it mes mjekëve, studentëve të mjekësisë dhe punëtorëve të tjerë shëndetësor:

1. Ne kërkojmë fuqimisht një politikë të tolerancës zero ndaj dhunës në vendet e punës.
2. Ne duhet të inkurajojmë mjekët dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor që të raportojnë aktet e dhunës kundër tyre.
3. Të vazhdoen fushatat ndërgjegjësuese për sulmet ndaj punonjësve shëndetësorë dhe pasojat e tyre.
4. Forcimin e masave parandaluese duke rritur masat e sigurisë në kujdesin shëndetësor.
5. Zhvillimin, nga ana e administratave, trajnimit dhe stërvitjen se si të merreni me dhunën e mundshme verbale, fizike ose psikologjike dhe Burnout-in.
6. Konsiderojeni Burnout-in (djegien profesionale) si një lloj dhune psikosociale që mjekët dhe studentët e mjekësisë përballen në vendin e tyre të punës. (Siç njihet nga European Medical Organization).
7. Zhvillimi i leadershipit si një mënyrë për përmirësimin e kushteve të punës, marrëdhëniet më të mira me mjekun dhe uljen e rasteve të dhunës/burnout. Ne duhet të zhvillojnë, në nivelin e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore, një kulturë pranuese dhe njohjeje të dhunës ndaj profesionistëve shëndetësorë.
8. Forcimi i komunikimit dhe marrëveshjeve me Administratat Shëndetësore, të Prokurorive, dhe Forcat e Sigurisë së Shtetit për një gjithëpërfshirje të qasjeve ndaj agresioneve.
9. Kërkohet miratimi i një Ligji specifik, dhe konsiderojeni dhunën në sektorin e shëndetësisë si krim/e prioritar për t'u trajtuar.
10. Sigurohuni që procedurat gjyqësore të jenë të shpejta, të përshpejtuara dhe shembullore.
11. Siç u miratua në takimin e fundit të EMO-ve në Paris më 24 Nëntor 2023, ne duhet të shpërndajmë dhe zbatojmë në Shtetet Anëtare formën tonë të unifikuar evropiane për mbledhjen e të dhënave për dhunën ndaj mjekëve dhe stafit të tyre.
12. Promovoni qëndrueshmëri.



ROLI I ALBUMINËS NË TË SËMURËT CIRROTIKË

*Përkthyer e përshtatur nga Prof. dr. Jovan BASHO
Shërbimi Gastroenterologji/Hepatologji, QSUT*

Të dhëna të përgjithshme

Albumina e serumit të njeriut është një proteinë me ngarkesë negative e koduar në kromozomin 4. Ajo zakonisht përbën 50% të proteinave të plazmës dhe 75% të presionit onkotik të saj. Kjo gjë lidhet me efektin e drejtpërdrejtë osmotik të albuminës, rrjedhojë e përqëndrimit të saj të lartë plazmatik (rreth 4 g/dl) dhe ngarkesës negative për shkak të së cilës, albumina tërheq natriumin dhe ujin.

Gjysmë-jeta e albuminës është 14-18 ditë me një ndryshueshmëri të konsiderueshme në gjendjet katabolike, si: sepsisi, sëmundjet e mëlçisë në fazën e fundit të tyre dhe në etiologji të ndryshme inflamatore. Nuk njihen rezervuarë të albuminës në trupin e njeriut. Në vend të kësaj, gati 10-15 g albuminë sintetizohen çdo ditë në mëlçi. Kjo përbën rreth 25-30% të sintezës së proteinave hepatike, nga 20-30% e qelizave të mëlçisë përgjegjëse për sintezën e saj. Në kohë stresi ekstrem, mëlçia ka aftësinë të rrisë prodhimin e albuminës me 10-fish⁽¹⁾. Shkalla e sintezës së albuminës përcaktohet kryesisht nga presioni osmotik koloid i plazmës dhe osmolaliteti ekstravaskular sinusoidal ose parenkimal hepatic. Sinteza e saj është treguar gjithashtu të jetë e varur nga një sërë hormonesh, si: steroidet, insulina dhe glukagoni. Steroidet, në veçanti, janë treguar se përmirësojnë shprehjen e gjeneve për sintezën e albuminës në modelet në kafshë⁽²⁾. Katabolizmi i albuminës nuk është studiuar plotësisht, por afërsisht 40-60% degradohet nga mëlçia, veshkat dhe muskujt⁽¹⁾.

Rreth 30-40% e albuminës mbetet brenda qarkullimit, në plazmë, ndërsa pjesa e mbetur rishpërndahet në hapësirën intersticiale me një shpejtësi prej 4-5% në orë. Në hapësirën intersticiale, albumina hyn në kanalet limfatike dhe përfundimisht rikthehet në qarkullimin sistematik⁽¹⁾. Shpejtësia me të cilën albumina largohet nga plazma varet nga forcat Starling. Në cirrozë, këto forca ndryshojnë për shkak të rritjes së përshkueshmërisë mikrovaskulare, e cila nga ana tjetër rrit shkallën e rishpërndarjes në 9-11% në orë. Mbajtja e vazhdueshme e natriumit dhe ujit në pacientët cirrotikë çon në hollimin e mëtejshëm të albuminës. Këta faktorë, të kombinuar me uljen e sintezës nga mëlçia cirrotike, çojnë në hipoalbuminemi⁽³⁾.

Në një meta-analizë nga Vincent et al.⁽⁴⁾, albumina e ulët në serum ishte një parashikues i pavarur, që lidhej me rezultatin e keq në të sëmurët me sëmundje akute. Përqëndrimi normal i albuminës në serum është 3,5-5 g/dl. Çdo rënie prej 1 g/dl e nivelit të albuminës serike, u gjet se rrit gjasat e vdekjes me 137% dhe sëmundshmërinë me 89%. Kjo lidhje u zbulua se ishte e pavarur nga gjendja ushqimore dhe inflamatore sistemike e të sëmurit⁽⁴⁾. Është interesante të dihet, se megjithëse albumina luan një rol të rëndësishëm në ruajtjen e presionit onkotik të plazmës, studimet e rastësishme kanë treguar se roli i saj është inferior në krahasim me kristaloidet që përdoren për zgjerimin e plazmës⁽⁵⁾.



Roli i albuminës në ascitin cirrotik

Asciti është prania e më shumë se 25 ml lëngu në kavitetin peritoneal. Ai, ndahet në tre shkallë në varësi të sasisë së tij. Asciti i shkallës I është minimal dhe zbulohet vetëm nëpërmjet ultrasonografisë ndërsa shkalla III përcaktohet nga distensioni i theksuar abdominal. Megjithëse ekzistojnë shumë sëmundje që shkaktojnë ascit, sëmundja më e zakonshme është cirroza hepatike, në të cilën presionet e larta portale shkaktojnë rritjen e transudimit të lëngut në hapësirën peritoneale. Zhvillimi i ascitit është jashtëzakonisht i zakonshëm në cirrozë, që ndodh në gati 50% të të sëmurëve brenda 10 viteve nga diagnoza e cirrozës dhe paraqet një prognozë të dobët⁽⁶⁾.

Roli i albuminës në sindromën hepatorenale

Sindroma hepatorenale (HRS) në të sëmurët me cirrozë klasifikohet në dy tipe. Tipi 1 HRS përkufizohet si përkeqësimi i rëndë dhe i shpejtë i funksionit renal i karakterizuar nga dyfishimi i vlerës së kreatininës në serum në më pak se dy javë dhe arritja e një vlere përfundimtare më të madhe se 2.5 mg/dl në mungesë të shkaqeve të tjera të dëmtimit të veshkave. HRS zakonisht ndodh dytësoorisht pas një ndërlikimi akut siç është peritonitis bacterial spontan (SBP) ose gjakderdhja akute gastrointestinale, dhe paraqet prognozë më të keqe se HRS e tipit 2⁽⁷⁾.

HRS e tipit 2 karakterizohet nga një ecuri më e ngadaltë, me përkeqësim progresiv të funksionit renal me nivele të kreatininës që variojnë midis 1,5 dhe 2,5 mg/dl. Edhe pse mund të shkaktohet nga ndonjë ndërlikim precipitues, zakonisht ndodh spontanisht. Këta të sëmurë zakonisht kanë grumbullime të përsëritura asciti dhe hiponatremi. HRS e tipit 2 mund të kalojë në tipin 1 në prani të një ndërlikimi akut, siç është SBP. Në një studim nga Gines et al., incidenca e HRS u gjet të ishte rreth 18% në një vit dhe 39% në pesë vjet në 234 pacientë jo-azotemikë me cirrozë dhe ascit⁽⁸⁾.

HRS mund të ndodhë për shkak të vazodilatimit sistematik në cirrotikët për shkak të pranisë së oksidit nitrik, reduktimit të debitit kardiak ose vazokonstriksionit të theksuar intra-renal që çon në ulje të presionit renal të gjakut dhe shkallës së filtracionit glomerular (GFR). Ndërsa vazokonstriktorët dhe shunti transjugular portosistematik intrahepatik (TIPS) janë efektivë deri në një farë mase në përmirësimin e funksionit renal, transplantit i mëlçisë mbetet e vetmja mundësi terapeutike përfundimtare. Dhënia e albuminës mund të luajë një rol vendimtar në rritjen e mbijetesës në këta të sëmurë⁽⁹⁾.

Përdorimi i vazokonstriktorëve në mungesë të albuminës jep rezultate jo optimale. Albumina në bashkëshoqërim me një substancë presore, si: ornipresina, terlepresina, midodrina, oktreotidi ose norepinefrina, është e dobishme në përmirësimin e perfuzionit dhe funksionit të veshkave⁽¹⁰⁾. Pacientët e trajtuar me albuminë plus terlipresinë kishin një shkallë më të madhe përgjigjeje sesa dhënia e vetëm terlipresinës (77% kundrejt 25%). Albumina u vu re se rrit përqendrimin e natriumit në serum, presionin arterial, presionin venoz qendror dhe zvogëlon nivelet e reninës dhe aldosteronit në të sëmurët e trajtuar me albuminë dhe terlipresinë kundrejt pacientëve të trajtuar vetëm me terlipresinë.

Sipas Shoqatës Evropiane të Sëmundjeve të Mëlçisë, të sëmurët me HRS të tipit 1 duhet të marrin 1 g për kg peshë trupore albuminë e ndjekur nga 20-40 g në ditë, derisa kreatinina në serum të normalizohet në më pak se 1,5 g/dl. Megjithëse studimet për mjekimin e HRS të tipit 2 janë të pamjaftueshme, terlepresina plus albuminë duket se është e efektshme në 60-70% të të sëmurëve. Në SHBA, AASLD rekomandon administrimin e albuminës plus norepinefrinën për të sëmurët me sëmundje kritike me HRS të tipit 1 ose infuzion albumine plus oktreotid ose midodrine⁽¹¹⁾.



Peritoniti bakterial spontan.

Peritoniti bakterial spontan, përbën një ndërlikim të zakonshëm të cirrozës me një prevalencë prej 10-30%, dhe përcaktohet si prania e ≥ 250 neutrofileve në numrin e qelizave të lëngut ascitik. Përafërsisht 75% përjetojnë përsëritje gjatë dy viteve pas incidencës së parë të SBP⁽¹²⁾. Gati një e treta e të sëmurëve me SBP zhvillojnë insuficiencë renale pavarësisht trajtimit të infeksionit, me dëmtim të veshkave që është parashikuesi më i fortë i vdekshmërisë brenda spitalit në këta të sëmurë. Vdekshmëria shkon deri në 22-50% në të sëmurët që zhvillojnë insuficiencë renale pas SBP⁽¹³⁾.

Dhënia e albuminës ka rol efektiv në parandalimin e SBP dhe uljen e ndërlikimeve renale. Sort et al.⁽¹⁴⁾ randomizuan 126 të sëmurë me SBP duke i mjekuar me vetëm cefotaksimë ose cefotaximë plus 1.5 g/kg/peshë trupore albuminë 20% në kohën e diagnozës së SBP e ndjekur nga 1 g/kg tjetër në ditën e 3. Incidenca e mosfunksionimit të qarkullimit dhe dëmtimi i veshkave në grupin pa albumin ishte afërsisht 35%, ndërsa në grupin e mjekuar me albuminë ishte 10%. Kishte gjithashtu një ulje të ndjeshme të shkallës së vdekshmërisë në grupin e mjekuar me albuminë si në spital (10% kundrejt 29%, $p < 0.01$) ashtu edhe pas tre muajsh ndjekjeje (22% kundrejt 41%, $p < 0.03$)(14). Studime të tjera kanë treguar se përfitimi nga përdorimi i albuminës në parandalimin e pamjaftueshmërisë të veshkave është më i theksuar në të sëmurët me rrezik të lartë (bilirubina > 4 mg/dl, Creatinina > 1 mg/dl, ureja plazmatike ≥ 60 mg/dl⁽¹⁵⁾.

Sipas udhëzimeve aktuale të AASLD, të gjithë të sëmurët me SBP që kanë kreatininë në serum > 1 mg/dl, azotemi > 30 mg/dl ose bilirubinë totale > 4 mg/dl duhet të trajtohen me antibiotikë me spektër të gjerë dhe albuminë intravenoze (1.5 g/kg/peshë brenda gjashtë orëve nga diagnoza dhe 1 g/kg/peshë në ditën 3)⁽¹¹⁾.

Albumina luan një rol të dobishëm edhe në cirrotikët me infeksione të tjera, të ndryshme nga SBP. Në një studim të rastësishëm, në pacientët cirrotikë me infeksione të ndryshme nga SBP, përdorimi i albuminës (1,5 g/kg/peshë, në kohën e diagnozës dhe 1 g/kg/peshë në ditën e 3), së bashku me antibiotikë, çoi në përmirësimin e funksionit të veshkave dhe qarkullimit të gjakut dhe ishte një indeks parashikues i pavarur i mbijetesës, krahasuar me faktorë të tjerë prognostikë. Përveç kësaj, të sëmurët e mjekuar me albuminë kishin një incidencë më të ulët të HRS të tipit I⁽¹⁶⁾.

Roli i albuminës në kardiomiopatinë cirrotike

Mosfunksionimi i qarkullimit të gjakut në cirrotikët u përshkrua për herë të parë në vitet 1950 dhe u quajt "kardiomiopati cirrotike". Karakterizohet nga zvogëlimi i funksionit kontraktues kardiak, përçueshmëria e dëmtuar, QT e zgjatur, përgjigja e ulur ventrikulare dhe hipertrofia e atriumeve dhe ventrikujve. Këto shfaqen pavarësisht efektit të alkoolit dhe ndodhin edhe në mungesë të tij⁽¹⁷⁾. Këto mund të ndodhin për shkak të rritjes së vazhdueshme të aktivitetit simpatik, ndryshimit të funksionit beta-adrenergjik, toksicitetit të drejtpërdrejtë të shkaktuar nga bilirubina dhe metabolitëve të tjerë toksikë në të sëmurët cirrotikë. Infuzioni i albuminës përmirëson funksionin kardiak në individë të tillë^(17,18). Në dy studime të vogla pilot në pacientët me cirrozë të përparuar, infuzioni i 200 ml albuminës 20%, pas paracentezës shkaktoi rritje të debitit kardiak, me gjasë nga rritja e parangarkesës⁽¹⁹⁾.



Roli në mjekimin e hiponatremisë

Hiponatremia, një parashikues i efektshëm i mbijetesës në cirrotikët, si në studimet rastësore, ashtu edhe të kontrolluara, është një ndërlikim i zakonshëm në cirrozën e përparuar për shkak të një dëmtimi të sistemit reninë-angiotenzinë. Natriemia më pak se 130 mmol/l shoqërohet me prognozë më të keqe, rritje të incidencës së encefalopatisë hepatike, si dhe me ndërlikime të tjera neurologjike, renale dhe infektive. Ndërsa kufizimi i kripës dhe lëngjeve, përdorimi i antagonistëve të aldosteronit, diuretikëve dhe paracentezës janë bazat kryesore të mjekimit, efikasiteti i tyre është i ndryshueshëm. Mjekime të tjera me rezultate të ndryshueshme përfshijnë vaptanet, demelociklinën dhe kripën hipertoniqe⁽²⁰⁾.

Në një studim pilot, të vogël e të rastësishëm, 24 të sëmurë me ascit refraktar me natrium në serum <130 mmol/l u mjekuan me 40 g albumin. U gjetën përmirësime të konsiderueshme të niveleve të natriumit në serum (rritje mesatare 9 mmol/l), rritje të eliminimit të ujit të lirë dhe reduktim të niveleve të vazopresinës, krahasuar me kontrollet e mjekuara me kufizim të lëngjeve. Incidenca e infeksionit, encefalopatia hepatike dhe vdekshmëria brenda spitalit gjithashtu u reduktuan në krahasim me kontrollet⁽²¹⁾. Në një meta-analizë nga Bernardi et al., infuzioni i albuminës pas paracentezës uli rrezikun e hiponatremisë me 42%.

Roli i albuminës në encefalopatinë hepatike

Në prani të insuficiencës hepatike në të sëmurët me cirrozë, veshka bëhet një vend i rëndësishëm për sekretimin e amoniakut pasi veshka ka si glutamine sintazë ashtu edhe glutaminazë. Në një provë klinike të përbërë nga 15 të sëmurë me encefalopati hepatike të induktuar nga diuretikët, infuzioni i albuminës humane 4.5% tregoi përmirësim të dukshëm në encefalopatinë hepatike, së bashku me një pakësim të treguesve të stresit oksidativ në krahasim me grupin e mjekuar me koloide. U gjet ulje e niveleve të amoniakut plazmatik dhe rritje të sekretimit urinar të amoniakut. Përmirësimi i dukshëm në grupin e mjekuar me albuminë mund të sugjerojë një rol antioksidant të albuminës në mjekimin e encefalopatisë hepatike.

Në një studim tjetër dyfish të verbër multicentrik, 56 të sëmurë cirrotikë me encefalopati akute hepatike u randomizuan për të marrë ose albuminë (1.5 g/kg/peshë në ditën 1 dhe 1 g/kg/peshë në ditën 3) ose solucion fiziologjik izotonic përveç mjekimit standard. Edhe pse nuk u vu re asnjë ndryshim në përqindjen e të sëmurëve me encefalopati në ditën e 4 (grupi me albuminë 57.7% kundrejt 53% me solucion fiziologjik), kishte një shkallë mbijetese dukshëm më të mirë pas tre muajsh ndjekje në grupin e mjekuar me albumin⁽²²⁾.

Roli i albuminës në mbijetesë

Roli i përdorimit të albuminës në mbijetesën afatgjatë të individëve cirrotikë mbetet i pa studiuar plotësisht. Në një studim të kontrolluar, të rastësishëm me 100 të sëmurë, përdorimi afatgjatë i albuminës (25 g/javë për një vit, i ndjekur nga 25 g një herë në dy javë) në bashkëshoqërim me diuretikët tek të sëmurët cirrotikë pas episodit të parë të shfaqjes së ascitit uli ndjeshëm rrezikun e përsëritjes së shfaqjes së ascitit (51% kundrejt 94%) dhe përmirësimin e mbijetesës pa transplantim⁽²³⁾. Një studim tjetër, i bërë më parë nga Gentilini dhe kolegët e tij, tregoi ulje të kohëzgjatjes së qëndrimit në spital dhe pakësim të përsëritjes së ascitit, por nuk tregoi ndonjë ndryshim në vdekshmërinë midis dy grupeve kur u ndoq për një periudhë prej tre vjetësh.



Dozimi i albuminës që i jepet të sëmurit me ascit

Doza e albuminës e përdorur në shumicën e studimeve të mësipërme ishte afërsisht 8 g/l ascit të hequr, por dozat prej 4 g/l gjithashtu janë treguar të jenë efektive, duke sugjeruar që doza më të ulëta mund të jenë po aq efikase, ndërkohë që reduktojnë koston.

Sipas udhëzimeve aktuale të EASL dhe AASLD, infuzioni i rekomanduar është 8 g albuminë për litër lëng ascitik të hequr pas paracentezës me vëllim të madh (≥ 5 l)⁽¹¹⁾. Gjithashtu, infuzioni afatgjatë i albuminës përmirëson volumin e ascitit dhe zhdukjen e edemave në të sëmurët që nuk janë të përshtatshëm për TIPS⁽²⁴⁾.

Si përfundim, albumina është një përbërës i rëndësishëm, pasi përbën gati 50% të proteinave totale të plazmës. Ndërsa roli i albuminës në ruajtjen e presionit onkotik në plazmë është i njohur mirë, ka shumë mekanizma të tjerë që mbeten të pashpjeguara. Albumina përmirëson vdekshmërinë në cirrotikët e dekompenzuar, me SBP dhe sindromën hepatorenale dhe për këtë arsye është e dobishme në mjekimin e ndërlikimeve cirrotike. Nevojiten studime të mëtejshme për të hetuar rolin e saj në miopatinë kardiake, hiponatreminë dhe në encefalopati. Aktualisht janë duke u zhvilluar prova kërkimore për të vlerësuar rolin e albuminës në encefalopatinë hepatiche dhe parandalimin e përsëritjes së ascitit. ***Në përgjithësi, përdorimi farmako-terapeutik i albuminës është tepër i dobishëm në cirrotikët.***

BIBLIOGRAFIA

1. Quinlan G, Martin G, Evans T. Albumin: biochemical properties and therapeutic potential. *Hepatology*. 2005;41(6):1211–1219.
2. Kimball SR, Horetsky RL, Jefferson LS. Hormonal regulation of albumin gene expression in primary cultures of rat hepatocytes. *Am J Physiol-Endocrinol Metabol*. 1995;268(1): E6–E14.
3. Henriksen J, Siemssen O. Dynamics of albumin in plasma and ascitic fluid in patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 2001;34(1):53–60.
4. Vincent J, Dubois M, Navickis R, et al. Hypoalbuminemia in acute illness: is there a rationale for intervention?: a meta-analysis of cohort studies and controlled trials. *Ann Surg*. 2003;237(3):319.
5. Mirici-Cappa F, Caraceni P. How albumin administration for cirrhosis impacts on hospital albumin consumption and expenditure. *World J Gastroenterol*. 2011; 17 (30): 3479.
6. Moore KP, Aithal GP. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*. 2006;55(Suppl 6):vi1–12.
7. Salerno F, Gerbes A, Ginès P. Diagnosis, prevention and treatment of hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Postgrad Med J*. 2008;84(998):662–670.
8. Ginès A, Escorsell A, Ginès P, et al. Incidence, predictive factors, and prognosis of the hepatorenal syndrome in cirrhosis with ascites. *Gastroenterology*. 1993;105(1):229–236.
9. Arroyo V, Fernandez J, Ginès P. Pathogenesis and treatment of hepatorenal syndrome. *Semin Liver Dis*. 2008;28(1):81 GEORG THIEME VERLAG.
10. Umgelter A, Wagner K, Reindl W, et al. Haemodynamic effects of plasma-expansion with hyperoncotic albumin in cirrhotic patients with renal failure: a prospective interventional study. *BMC Gastroenterol*. 2008;8(1):39.
11. Gaglio P, Marfo K, Chiodo J. Hyponatremia in cirrhosis and end-stage liver disease: treatment with the vasopressin V2-receptor antagonist tolvaptan. *Dig Dis Sci*. 2012;57(11):2774–2785.
12. Jalan R, Mookerjee R, Cheshire L, et al. Albumin infusion for severe hyponatremia in patients with refractory ascites: a randomized clinical trial. *J Hepatol*. 2007; 46: 232A.
13. Simón-Talero M, García-Martínez R. Effects of intravenous albumin in patients with cirrhosis and episodic hepatic encephalopathy: a randomized double-blind study. *J Hepatol*. 2013;59(6):1184–1192.
14. Romanelli R-G, La Villa G, Barletta G, et al. Long-term albumin infusion improves survival in patients with cirrhosis and ascites: an unblinded randomized trial. *World J Gastroenterol*. 2006;12(9):1403–1407.
15. Trotter J, Pieramici E, Everson G. Chronic albumin infusions to achieve diuresis in patients with ascites who are not candidates for transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS). *Dig Dis Sci*. 2005;50(7):1356–1360.



PROF. DR. GJERGJI MINGA SKALITËS I DIJES, HUMANIZMIT E ATDHEDASHURISË

Prof. Asoc. Gani BAJRAKTARI

Dekan i Fakultetit të Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës

Ndihem shumë i privilegjuar që të shkruaj këta pak rreshta për pedagogun e mirënjohur shqiptar, për mësimdhënësin tonë, për kolegun dhe mikun e shtrenjtë dhe shumë të respektuar, Profesor Gjergji Minga. Fakulteti i Mjekësisë i Universitetit të Prishtinës, nuk mund të konceptohet pa emrin e profesor Gjergjit, emër i ngulitur në mendjen dhe shpirtin e gjithë atyre që me dekada kanë kaluar pragun e këtij institucioni, i cili në të kaluarën ishte më shumë se një institucion edukativ dhe shëndetësor; ishte simbol i dijes, simbol i lirisë, simbol i rezistencës, simbol i patriotizmit dhe i humanizmit. Ky simbol nuk mund të imagjinohet pa emrin e Profesor Gjergjit, kontributi i të cilit në të gjitha këto rrafshje ka meritat më të mëdha për të qenët e profesionit tonë, e kombit tonë dhe e shtetit tonë të ri në nivelin ku jemi sot.

Nuk ka asnjë mëdyshje se Profesor Gjergji është figura më emblematike e një mjeku shqiptar të të gjithë trojeve etnike; është ikona e mjekësisë shqiptare. Ai është mbase i vetmi mjek që njihet nga komuniteti mjekësor në Sarandë e Vlorë, në Tiranë e Shkodër, në Prizren e Prishtinë, në Mitrovicë e Kaçanik, në Preshevë e Ulqin. Ne kemi për obligim që asnjëherë dhe për asnjë moment të mos harrojmë atë, Profesor Gjergji bëri për mjekësinë mbarëshqiptare, në përgjithësi dhe mjekësinë kosovare në veçanti. Prof. Minga ishte ndër themeluesit e Fakultetit të Mjekësisë të Prishtinës dhe Universitetit të Tetovës. Është një mjek, një pedagog i Universitetit të Tiranës, i cili arriti të jetë në skenën e mësimdhënies për gati gjysmëshekulli. Është një idhull i të gjithë mjekëve shqiptarë. Në emër të të gjithë studentëve të Fakultetit të Mjekësisë, në emër të pedagogëve të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës, miqësisht, shpirtërisht dhe emocionalisht dua të falenderoj Profesor Gjergjin, për gjithë atë që bëri për studentët tanë, të cilët sot akoma kanë në duart e tyre librat e tij, për gjithë atë që bëri për mjekët tanë, të cilët arriti t’i formësojë qysh në fillimet e arsimit të lartë mjekësor në Kosovë. Dua gjithashtu të falenderoj Profesor Gjergjin, për atë që bëri për të gjithë ne që e njohëm nga afër, duke na ushqyer me vetitë më fisnike dhe më humane të një mjeku.

Personalisht ndihem gjithashtu i nderuar dhe i privilegjuar që bashkë me profesor Gjergjin, kishim bashkëpunëtorin më të ngushtë të përbashkët, Prof. Gjini Ndrepepa, një shencëtar tashmë i përmasave botërore. Me nostalgji kujtoj thënien e tij të viteve ’90: “Profesor Gjergji është ndër ata shqiptarë që si mësimdhënës në Universitetin e Prishtinës, i ka njohur herët shqiptarët e Kosovës dhe i ka dashur ata pa kushte”. Kjo thënie e Profesor Gjinit është ngulitur në mendjen time dhe të shumë miqve e bashkëpunëtorëve të mi, ashtu siç ishte ngulitur fakti, për vite të tëra, në mendjen e Profesor Gjergjit, duke reflektuar miqësi dhe atdhedashuri pa kushte tek ne, dhe duke na obliguar që këtë refleksion ta bartim tek miqtë, studentët dhe pasardhësit tanë.

Jam thellësisht i bindur se të gjithë ata që do të ndjekin rrugën e ndritshme të Profesorit tonë të respektuar, Gjergji Minga, do jenë të nderuar në komunitetin ku ata jetojnë.

Me shumë Respekt,
Prishtinë, 16 Maj 2024





Prof. Dr. Gjergji MINGA
1940 – 2024

Më dt. 16 Maj 2024 është ndarë nga jeta Prof. Dr. Gjergji Minga, skalitës i dijes, humanizmit dhe atdhedashurisë.

Prof. Dr. Gjergji Minga lindi më 22 Qershor 1940 në qytetin e Korçës. Ai përfundoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës me diplomën shkëlqyeshëm dhe u emërua pedagog në lëndën e Biokimisë Mjekësore.

Prof. Dr. Gjergji Minga ka dhënë 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 është 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”. Është bashkëautor i Fjalorit Latinisht - Shqip të Mjekësisë. Ka botuar disa dhjetra studime në periodikun shkencor mjekësor të kohës dhe ka kryer një sërë studimesh për anë të veçanta të shërbimit shëndetësor.

Prof. Dr. Gjergji Minga ka kontribuar edhe si Anëtar i Këshillit Shkencor të Fakultetit të Mjekësisë; Anëtar i Kolegjiut 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.

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

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë i shpreh ngushëllime të sinqerta familjes, kolegëve dhe njerëzve të dashur të Prof. Gjergji Mingës.

U prehtë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar, UMSH





Dr. Piro SHTINO **1940 – 2023**

Është ndarë nga jeta më 10 Tetor 2023 pas një sëmundjeje të rëndë Dr. Piro Shtino.

Dr. Piro Shtino lindi më 25 Qershor 1940 në qytetin e Beratit, nga prindër gjirokastritë. I jati i tij, Emin Shtino, ishte një mësues i respektuar, me kontribute në fushën e arsimit.

U diplomua Mjek i Përgjithshëm në Korrik të vitit 1960 në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës. Pasi punoi pak kohë në qytetin e Beratit, u transferua në Mirditë, ku punoi disa vjet mjek fshati dhe më pas drejtues i Spitalit të Kurbneshit dhe i Seksionit të Shëndetësisë.

Në vitin 1971 u rikthye në Berat, ku punoi në Qendrën Shëndetsore të zonës së fshatrave të Roshnikut dhe për pak kohë edhe në qytetin e Kucovës. Në vitin 1974 u emërua drejtor i Qendrës Sanitare të Beratit.

Në vitet 1978 – 1979 u specializua në Spitalin Universitar të Tiranës për Sëmundjet Profesionale dhe Toksikologji. Gjatë kësaj kohe dr. Piro ishte Kryetar i KEMP-it i Qarkut të Beratit dhe kryente edhe detyrën e shefit të Poliklinikës së Beratit deri sa doli në pension në vitin 2000.

Gjatë punës së tij si mjek i përgjithshëm u shqua për gadishmërinë dhe zemërgjerësinë në trajtimin e të sëmurëve kudo ku punoi, në fshatrat e Mirditës dhe të Beratit dhe si mjek specialist, për përkushtimin e tij gjatë trajtimit me profesionalizëm të të sëmurëve në Uzinën e Baterive dhe në Kombinatin e Tekstileve në Berat, në të njëjtën kohë edhe si drejtues i komunikueshëm dhe dashamirës me kolegët dhe qytetarët.

Vitet e pensionit i kaloi në SHBA pranë djalit të madh, por malli për vendlindjen e ktheu 5 vitet e fundit të jetës në Shqipëri. Jetoj në kryeqytet me mall dhe dashuri pranë familjes, të afërmëve dhe kolegëve e shokëve të tij të fakultetit.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH





Dr. Spiro DORACI 1938 – 2024

Ndahet nga jeta në moshën 86 vjeçare Doktor Spiro Doraci, duke lënë pas trishtim për familjarët, miqtë e kolegët. Emri i tij është i lidhur ngushtë me Durrësin, qytetin, që e deshi pa kushte.

Mjeku, politikani dhe njeriu i mrekullueshëm u shkrinë në një, për t'u shndërruar në një personalitet unik dhe të pa zëvendësueshëm ndër breza.

Dr. Spiro Doraci lindi në Maj të vitit 1938. Në moshën 13-vjeçare shkoi në Tiranë për të ndjekur programin e Shkollës së Mesme për Ndihmës Mjek, por jeta e përballi me sfida që herët. Në përfundim të Shkollës së Mesme, ai kreu studimet për mjekësi në Universitetin e Tiranës, duke u dalluar për rezultatet e shkëlqyera.

Dr. Spiro Doraci u lidh ngushtësisht me profesionin. Pas mbarimit të shkollës së lartë u emërua në Shkopet, aty ku po ndërtohej hidrocentrali i Ulzës. I vetëm u përball me vështirësi të shumta, por arriti të shkëlqejë si mjek, duke fituar respektin e të gjithëve. Në të njëjtën kohë ngriti dhe drejtoi spitalin e asaj zone.

Në vijim u transferua pranë Poliklinikës së Specialiteteve në Durrës. Për të punuar më pas në Portin e Durrësit për më shumë se 20 vite, ku dhe u specializua për sëmundje Infektive. Si drejtues i Shëndetit Publik në Durrës bëri çdo përpjekje për të hapur Qendra Shëndetësore në fshatrat më të thellë të rrethit.

Dr. Spiro kudo dalloj për përkushtimin, marrëdhëniet njerëzore, ndërthurur me humorin fin që e shoqëroi gjatë gjithë jetës. Ai do të mbahet mend si mjeku human që nuk u lodh asnjëherë, duke shkuar shtëpi më shtëpi për të vizituar pacientët e tij, në borë apo shi, herë me biçikletë e herë në këmbë, natën apo ditën. Asnjëherë nuk u lodh, duke zgjedhur të gjendej pranë kujtdo që kishte nevojë. Një mjek që nuk ndau asnjëherë profesionistin nga njeriu, duke i ndihmuar pacientët të blinin ilaçet, edhe kur nuk kishin mundësi. Profesionisti që nuk kurseu as kohën, as këshillat dhe as fjalën e mirë për më të rinjtë, studentët që ndoqën gjurmët e tij.

Edhe pasi doli në pension vazhdoi të punojë me të njëjtin përkushtim, duke mos harruar dashurinë për familjen dhe fëmijët.

Optimizmi i tij ishte ngjitës. Një njeri që i qeshte shpirti!

Doktor Spiro Doraci do mbahet mend për profesionalizmin e tij, kulturën, korrektësinë, qytetarinë dhe vlerat e virtytet humane.

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

Shpirti i Tij u prehtë në paqe!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH





Prof. dr. Vahe MOKINI **1949 – 2024**

Më dt. 6 Shkurt 2024 është ndarë nga jeta Prof. Vahe Mokini, një ndër themeluesit të Shërbimit të Gjenetikës Mjekësore në Shqipëri.

Dr. Mokini lindi më 6 Mars 1949, në një familje me origjinë Çifute me banim në Tiranë. Pasi kreu Shkollën Filllore dha atë të Mesme, në vitet 1966 – 1971 ndoqi studimet pranë Fakultetit të Mjekësisë ku dhe u diplomua si Mjek i Përgjithshëm. Më pas, në vitin 1972 filloi specializimin në e degën e Pediatriisë, të cilin e përfundoi në vitin 1974.

Menjëherë pas specializimit dr. Vahe emërohet dhe punon në Bërthamën e Studimeve Pediatrike të Institutit të Pediatriisë. Dhe në vitin 1980 dr. Vahe dërgohet për specializim në fushën e Gjenetikës Mjekësore në Universitetin “La Sapienza” Romë-Itali; të cilin e përfundoi në vitin 1983. Pasi kthehet nga specializimi dr. Vahe emërohet Gjenetist në ektorin e Gjenetikës Mjekësore të Departamentit të Pediatriisë të QSUT, pozicion të cilin e mbajti deri ditët e sotme.

Prof. Mokini punoi gjithashtu edhe si pedagog i jashtëm i Gjenetikës (1985-1992) për studentët dhe specialistët e fushës së gjenetikës. Dhe nga viti 1992 punoi si pedagog i brendshëm i Gjenetikës Mjekësore në Fakultetin e Mjekësisë; dhe gjithashtu edhe si Shef i Sektorit të Gjenetikës Mjekësore në Dep. e Pediatriisë në QSUT. Në vitin 1993 si përgjegjës i Qendrës së Studimit dhe Parandalimit të Talasemive dhe Hemoglobinopative pranë QSUT. Në vitet 1994-2001 punoi si Asistent Profesor i Shërbimit të Gjenetikës Mjekësore të Fakultetit të Mjekësisë, dhe në vitin 2001 si Profesor i Shërbimit të Gjenetikës Mjekësore të Fakultetit të Mjekësisë. Por prof. Mokini punoi edhe si pedagog i jashtëm në Shkollën e Mesme të Infermierisë pranë Spitalit të Fëmijëve, dhe si pedagog i jashtëm i Gjenetikës Mjekësore në Shkollën e Lartë të Infermierëve.

Prof. Mokini ishte anëtar i shumë Shoqatave Shqiptare, Evropiane dhe Ballkanike në fushat e Pediatriisë dhe Gjenetikës Mjekësore në të cilat dhe një kontribut të madh përmes pjesëmarrjes në kurse dhe aktivitete të ndryshme nëpërmjet referimeve, artikujve dhe studimeve të cilat mbajnë emrin e tij.

Prof. dr. Vahe Mokini do mbetet në kujtesë si një nga Personalitetet në profesionin e tij si Pediatër dhe Gjenetist, personalitet me kulturën dhe mençurinë e tij, me një kontribut të jashtëzakonshëm në zhvillimin e Gjenetikës Klinike dhe Labororit të Citogjenetikës në Shqipëri, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë me formimin e brezave të rinj, studimeve gjenetike në popullatën shqiptare në kuadër të projekteve me qendra ekselence jashtë vendit.

Profesor Vahe do t'i mungojë kolegëve e shoqërisë si intelektual me kontribut të veçantë dhe vizion në fushën e Gjenetikës Mjekësore!

I shprehim ngushëllimet më të sinqerta familjes së Prof. Vahe Mokini! U prehtë në paqe.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, Këshilli Kombëtar, UMSH





Prof. Asc. Dr. Fatos HARITO **1937 – 2024**

Më dt. 7 Shkurt 2024 u shua një emër i madh i Mjekësisë Ligjore në Shqipëri dhe një frymëzim për të gjithë studentët e tij, Dr. Fatos Harito, doktori i cilësuar si “babai” i Mjekësisë Ligjore Shqiptare.

Dr. Harito lindi më 22 Tetor 1937 në Tiranë. Pasi kreu shkollën 7-vjeçare e më pas të Mesme, në vitin 1954 filloi studimet në

Fakultetin e Mjekësisë, të cilat i përfundoi në vitin 1959 dhe u titullua Mjek i Përgjithshëm. Pas përfundimit të studimeve menjëherë kreu 1 vit formim pasuniversitar (1959-1960). Në vitin 1972 dr. Fatosin e dërgojnë në Danimarkë për 2 muaj specializim për Neurohistopatologji, specializim të cilin Ministria e Shëndetësisë i akordoi njohjen e të drejtës së specialitetit në Anatomo-Patologji (dhjetor 1972).

Dr. Harito ka punuar që nga viti 1960 si Pedagog në Fakultetin e Mjekësisë për 16 vite në Katedrën e Anatomisë Patologjike, ku edhe kontribuoi në përgatitjen e një sërë brezave të tërë studentësh dhe specializantësh; aq sa mund të quhet edhe një nga pionierët i Mjekësisë Ligjore në Shqipëri.

Në vitet 1975-1980, dr. Harito ka drejtuar edhe Shërbimin e Anatomisë Patologjike dhe Mjekësisë Ligjore të Spitalit Rajonal Durrës. Më pas, dr. Harito (1980-2007) ka punuar dhe drejtuar për disa vite edhe Drejtor i Shërbimit Qendror të Mjekësisë Ligjore (sot Instituti i Mjekësisë Ligjore). Gjithashtu nga viti 2001 dr. Harito ka qenë edhe Ekspert Mjeko-Ligjor pranë Ministrisë së Drejtësisë.

Dr. Harito la pas shumë tekste, referime, artikuj shkencorë të publikuara ja vetëm në revistat mjekësore shqiptare por edhe në ato të huaja.

Prof. Asc. Harito do të kujtohet me shumë dashuri e respekt nga kolegët e studentët për profesionalizmin, ndershmërinë, zemrën e bardhë, dhe sensin e humorit. Si një profesionist i shquar, një qytetar fisnik, një intelektual i sinqertë, Pedagog i nderuar i Fakultetit të Mjekësisë.

Dr. Fatosi do t’i mungojë familjes, bashkëshortes Tatiana, vajzave Milena dhe Roana Harito, nipërve dhe mbesës, do t’i mungojë të gjithë kolegëve dhe miqve të tij.

Këshilli Kombëtar i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë i shpreh ngushëllime të sinqerta familjarëve të Dr. Fatosit!

Prehu në paqe dr. Harito!
I paharruar do mbetet kujtimi për Ju dhe veprën Tuaj!

Këshilli Kombëtar, UMSH



Dr. Alketa STRONI **1980 – 2024**

Është ndarë nga jeta më 18 Mars 2024 pas një sëmundjeje të rëndë në Gjermani, Dr. Alketa Stroni.

Dr. Alketa Stroni lindi më 4 Korrik 1980 në qytetin e Tiranës, ku kreu shkollën fillore dhe atë të mesme. Më pas vijoi edukimin e saj (1998-2004) pranë Fakultetit të Mjekësisë, Universitetit të Tiranës me rezultate shumë të mira, dhe u diplomua si Mjeke e Përgjithshme.

Menjëherë pas diplomimit filloi të punonte si Mjeke Asistente në Pavijonin e Mjekësisë Interne të Spitalit Ushtarak Qendror Universitar të Ministrisë së Mbrojtjes.

Më pas dr. Alketa vijoi edukimin (2005-2006) në Shkollën e Trupës Logjistike në programin e Kursit bazë të Oficerit “Specialiteti Shëndetësi”; organizim dhe drejtimi i mbështetjes shëndetësore në aktivitetin e përditshëm të Forcave të Armatosura dhe operacionet ushtarake dhe gjithashtu ndoqi paralelisht edhe Programin e Shkencës Ushtarake pranë Universitetit Ushtarak “Skënderbej” Tiranë. Dhe në Korrik të vitit 2006 u diplomua si “Oficer” në udhëheqje ushtarake, të drejtën ndeërkombëtare dhe ushtarake, operacionet ushtarake, historinë ushtarake dhe teorinë e mendimit ushtarak dhe instruktim ushtarak. Titulli i Oficerit i krijoi mundësinë dr. Alketës të punonte si Mjeke e Përgjithshme në vendbazimin e përhershëm dhe operacione, duke qenë pjesërisht e atashuar në Spitalin Ushtarak dhe regjimentit ‘Komando’ të Ministrisë së Mbrojtjes.

Në vitin 2007, dr. Alketa emërohet Shefe e Mjekësisë Interne e Spitalit Fushor ROL 3 duke siguruar mbështetjen shëndetësore në operacionet e ndryshme ushtarake, duke qenë gjithmonë e atashuar pranë Spitalit Ushtarak si mjeke interniste; pozicion të cilin e mbajti deri në vitin 2010. Gjatë kësaj periudhe, dr. Alketa kreu edhe një kurs 15 ditorsh pranë Qendrës Akademike Mjekësore të Universitetit të Amsterdemit-Hollandë, lidhur me sëmundjet infektive dhe patologjitë tropikale për mjekët ushtarakë.

Kariera e saj si mjeke ushtarake do të vijonte si Drejtuese e Spitalit Fushor ROL 3 edhe 1 vit, duke drejtuar strukturën që siguronte mbështetjen shëndetësore në operacionet e ndryshme ushtarake, dhe gjithashtu edhe si mjeke interniste në spital.

Në vitin 2011, dr. Aketa konkuron dhe fiton të drejtën e ciklit të tretë të studimeve specializuese afatgjatë në fushën e Mjekësisë Interne, specializim të cilin e përfundoi me sukses në vitin 2015 duke fituar titullin Mjeke Interniste. Me përfundimin e specializimit do rikthehej në Spitalin Universitar të Traumës në Repartin e Urgjencës, ku ofroi një kontribut shumë të madh në trajtimin e pacientëve me probleme interne.

Pas vitit 2019 dr. Alketa largohet bashkë me familjen drejt Gjermanisë, ku punoi dhe dha kontributin e saj në fushën e mjekësisë interne.

Dr. Stroni do mbetet në kujtesën e kolegëve dhe pacientëve si një mjeke e përkushtuar, e dashur dhe korekte, e qeshur, e fortë, e bukur, e brishtë, e paqshme dhe thellësisht humane.

Lamtumirë kolege!

I paharruar do të mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Teuta KACANI-DOMI **1953 – 2024**

Në dt. 23 Mars 2024 u nda nga jeta në moshën 70 vjeçare doktoreshë Teuta Kacani-Domi, duke lënë pas një përvojë të gjatë në mjekësinë e dietologjisë.

Dr. Teuta Kacani, u lind në vitin 1953.

Në vitin 1979 kreu studimet studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera.

Fillimisht nisi karrieren si Mjeke Familje në Maminas, më pas vijoi si Mjeke e Urgjencës në Spitalin e Durrësit.

Dr. Teuta specializimin e fokusoi në fushën e dietologjisë, dhe punoi si mjeke dietologe në Spitalin e Durrësit, deri sa doli në pension në vitin 2015.

Përgjatë gjithë jetës profesionale, doktoresha me bluzën e bardhë të saj u bë pjesë jo vetëm e mjekëve profesionistë të qytetit tonë, por edhe e shumë viteve të mbushura me punë e sakrificë të panumërta në shërbim të pacientëve.

Doktoresha e cila ka asistuar në sa e sa shërbime profesionale lidhur me dietologjinë, sot nuk është më mes nesh.

E kujdesshme ndaj çdo pacienti në nevojë, doktoreshë Teuta diti të shërojë edhe përmes dashurisë e fjalës së saj të ëmbël, që punoi gjithë jetën e saj me ndershmëri e përkushtim në shërbim të shëndetit të qytetarëve durrsakë dhe jo vetëm, të cilët e deshen dhe e respektojnë shumë.

Një qytetare e denjë dhe familjare shembullore; e urtë, e sjellshme, zemërbardhë që përçoi gjithë jetën e saj vetëm urtësi e dashuri. Dr Teuta përfaqësonte gruan dhe nënën e përkryer, mjeken e shkëlqyer dhe Zonjën Durrsake me një qytetari të admirueshme!

E paharruar do mbetet gjithmonë për të gjithë kolegët e saj!

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

Të qoftë dheu i lehtë mikësja jonë e dashur!

I paharruar qoftë kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Prof. Assoc. Dr. Vladimir GUSMARI 1948 – 2024

Në dt. 8 Prill 2024 është ndarë nga jeta dr. Vladimir Gusmari, eksperti për konsulencë mjekësore për edukimin universitar, specialistik dhe atë të vazhdueshëm profesional, dhe njëkohësisht edhe ekspert cilësie për shërbimet mjekësore.

Dr. Ladi, siç edhe e thërrisnin kolegët e tij, lindi më 29 Dhjetor 1948 në Gusmar të Gjirokastrës.

Dr. Vladimiri u diplomua si Mjek i Përgjithshëm në Universitetin e Tiranës, Fakulteti i Mjekësisë, në vitin 1972 dhe filloi punë në Institutin e Shëndetit Publik ku u specializua si Mikrobiolog e më tej në vitin 1981 u diplomua si imunolog (në Institutin Pasteur, Paris).

Dr. Vladimir Gusmari ka qenë Shef i Laboratorit të Serumeve Anti-toksike dhe Drejtues i Laboratorit të Imunologjisë dhe Imunokimisë. Për shumë vite ai drejtoi Këshillin Shkencor të Institutit të Shëndetit Publik (i njohur më parë si Instituti Kërkimor i Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimeve Imunobiologjike) këtij Instituti nga viti 1981 e deri 1992. Ndërkaq, që nga viti 1981 e deri 1997 ai ka qenë edhe pedagog i jashtëm në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë për lëndën e mikrobiologjisë dhe imunologjisë.

Në 1 Korrik 1992, dr. Ladi fillon punë si Zyrtari Ndërlidhës i Organizatës Botërore të Shëndetësisë në Tiranë, post që e mbajti deri në Mars të vitit 1997, moment në të cilin shkon në Kopenhagen për të punuar si Këshilltar Rajonal i Organizatës Botërore të Shëndetësisë, ku punon deri në 29 Nëntor të vitit 2002.

Në 14 Shkurt 2003 fillon punën si Konsulent Ndërkombëtar për Reformat në Edukimin Mjekësor Universitar dhe Pas-universitar për Kompaninë Shëndetësore HLSP, një projekt i Agjencisë Evropiane për Rindërtim, në Kosovë. Ndërkaq në Shtator 2004 deri Mars 2006 punon sërish në Kosovë si Ekspert i Cilësisë në një projekt po të Bashkimit Evropian. Gjatë punës në Kosovë, dr. Ladi ndihmoi në futjen e plan-programeve bashkëkohore në fushën e mjekësisë; kryesisht për programet e studentëve por edhe programet specialitike për mjekun e familjes, pediatri, obstetrikë-gjinekologjisë, mjekësisë interne dhe radiologjisë.

Në 1 Tetor 2006 kthehet sërish në Shqipëri dhe fillon punë si Përgjegjës i Departamentit të Cilësisë dhe Akreditimit në Qendrën Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore në Tiranë. Koordinator dhe autor në përpilimin e standardeve për kujdesin shëndetësor parësor, standardeve për shërbimet Stomatologjike, Laboratorike dhe Farmaceutike. Po ashtu ai ishte bashkautor i 15 udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike për sëmundje apo nozologjitë klinike që ndeshen më së shpeshti në shërbimet mjekësore, si: kardiologji, kirurgji, etj...

Iniciator për futjen e metodave të reja imunologjike dhe imunokimike në Shqipëri për diagnozën e sëmundjeve infektive, bakteriale, virale dhe parazitare. Njihet si studiuesi i parë i vlerësimit dhe përcaktimit sero-epidemiologjik të % së përhapjes së toksoplazmozës në gratë shtatzëna në Shqipëri. Ka ndihmuar edhe në përgatitjen e strategjisë dhe reformës shëndetësore bashkë me konsulentët e tjerë të OBSH-së..

Dr. Ladi do mbahet mend gjithmonë në krye të punëve, inteligjent dhe elegant, fjalë pak, i aftë dhe i urtë, me sjellje aristokrati dhe me vizion për të nesërmen.

I paharuar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar, UMSH





Dr. Engjëllushë GJUNKSHI
1953 – 2024

Në dt. 10 Prill 2024 u nda nga jeta për në amëshim, pas një sëmundje të rëndë dhe të gjatë, dr. Engjëllushë Gjunkshi.

Dr. Engjëllushja lindi më 28 Mars 1953 në qytetin e Peshkopisë, në një familje me origjinë nga Dibra e Madhe. Pasi kreu shkollimin fillor dhe atë të mesëm në vendlindje me rezultate të mira, dr. Engjëllushja vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në vitet 1972-1978, ku mori edhe titullin Mjeko e Përgjithshme.

Me të përfunduar studimet dr. Engjëllushja u kthye në vendlindje dhe filloi punë në Spitalin e Peshkopisë si mjeko e përgjithsme deri në vitin 1982, vit në të cilin u rikthye në Tiranë për të kryer një kurs 3-vjeçar, në përfundim të të cilit fitoi titullin Mjek Obsteter-Gjinekolog, në vitin 1984, pranë Spitalit Universitar të Obstetrikës dhe Gjinekologjisë.

Dr. Gjunkshi rikthehet përsëri në vendlindje por tashmë si Mjeko Obstetër-Gjinekologe në Spitalin e Peshkopisë, ku do të shërbente komunitetit Dibran deri në vitin 1993, vit në të cilin do të fillonte punë pranë Spitalit Ushtarak Qendror Universitar në Tiranë, post të cilin e mbajti deri në daljen e saj në pension.

Dr. Gjunkshi ishte mjeko obstetër-gjinekologe që mori vlerësimet më të larta për profesionalizmin dhe humanizmin e saj. Ajo do të mbahet mend si Mjekja e parë Dibrane Obsterër-Gjinekologe dhe po ashtu si Mjekja e parë Obstetër-Gjinekologe në Spitalin Qendror Universitar Ushtarak në Tiranë.

Bashkëshorte shembullore, nënë e përkushtuar, njeri që la përshtypje të pashlyera në shoqërinë e saj të rinisë e të punës, do të mbetet gjatë në kujtesën e gjithë atyre që e njohën.

Ashtu siç ishte në kohët tona më të mira, plot virtute dhe mirësi, në atë mënyrë e përballoi në heshtje edhe sëmundjen.

Në jetën familjare, për bashkëshortin dhe fëmijët Florian e Asena, ishte dhe do të mbetet engjëlli i tyre, ashtu siç kishte emrin. E paharruar do të jetë përjetë në zemrat tona.

I paharruar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Krios BEQARAJ **1987 – 2024**

Është ndarë nga jeta, më 24 Prill 2024, në moshë shumë të re dr. Krios Beqaraj, mjek specializant në Ortopedi.

Dr. Krios lindi më 9 Gusht 1987 në Përmet. Shkollën fillore (1993-2001) dhe atë të mesme, Gjimnazi “Sami Frashëri” (2001-2005) i kreu në vendlindjen e tij në Përmet.

Më pas vijoi edukimin në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë, në Degën Mjekësi e Përgjithshme, të cilën e përfundoi me rezultate shumë të mira në vitin 2011, ku dhe fitoi titullin Mjek i Përgjithshëm.

Pasi përfundoi studimet e larta, dr. Krios kthehet në Përmet dhe fillon punë fillimisht si praktikant (2011-2012) pranë Spitalit të Përmetit. Pas përfundimit të praktikës, dr. Krios kryen 1 vit (2012-2013) pranë Klinikës së Kardiologjisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” rifreskim dhe thellim të njohurive në fushën e Kardiologjisë. Dhe me të përfunduar rikthehet në Spitalin e Përmetit për të punuar si mjek i përgjithshëm, por edhe si një mjek me njohuri më të mira në kardiologji për të zgjidhur më mirë problemet e bashkë qytetarëve dhe popullatës së Rrethit të Përmetit.

Dr. Krios ka punuar edhe si Pedagog pranë Universitetit Kristal në Përmet.

Në vitin 2020, dr. Krios konkuron dhe fiton të drejtën e specializimit në fushën e Ortopedi-Traumatologjisë, të cilën do e përfundonte këtë vit, por që sëmundja e rëndë i preu ëndrën për të qenë Mjek Ortoped.

Të gjithë ata që e njihnin, kishin parë tek dr. Krios një dëshirë të madhe për të jetuar dhe vullnet për të ushtruar profesionin e mjekut. Do mbahet mend si një djalë i shkëlqyer dhe një mjek i përkushtuar.

Dr. Krios Beqaraj, i riu me mantelin e bardh që i buzëqeshte kujtdo në korridoret e Spitalit Universitar të Traumës, do t’i mungojë të gjithëve; familjes, kolegëve, shokëve studentë me të cilët shkonte çdo ditë në specializim dhe pacientëve; duke lënë një boshllëk dhe trishtim shumë të madh.

U prehtë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH





Dr. Liri ALIMANI **1953 – 2024**

Është ndarë nga jeta në moshën 71 vjeçare doktoreshë Liri Alimani.

Dr. Liri Alimani, u lind në vitin 1953, në qytetin e Durrësit.

Pasi kreu shkollën 7-vjeçare dhe atë të Mesme në qytetin e lindjes, në vitin 1978 kreu studimet studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera, si Mjekoje e Përgjithshme.

Pas përfundimit të studimeve dr. Liria u kthye në Durrës dhe filloi të punonte si mjekoje e përgjithshme. Ajo me përkushtimin e saj ndaj pacientëve krijoi një eksperiencë shumë vjeçare në Kujdesin Shëndetësor Parësor, duke punuar si mjekoje familje në Qendrën Shëndetësore Nr. 2 të qytetit të Durrësit, aty ku edhe doli dhe në pension.

Doktoreshë Liri Alimani gjatë gjithë karrierës së saj tregoi profesionalizëm, kulturë, korrektësi, qytetari dhe vlera e virtyte humane, që konfiguruan tek secili mjekun e besuar dhe shumë të dashur për çdo pacient.

Për kolegët dr. Alimani ishte një kolege gjithmonë e dashur, me një zemër të bukur të mrekullueshme, një familjare shembullore dhe një qytetare e denjë e qytetit të saj, Durrësit.

Largimi nga jeta i Dr. Liri Alimani do ndihet shumë jo vetëm për familjarët, por edhe për kolegët e saj dhe pacientët; do ju mungojnë këshillat e saj por edhe humori i saj fin.

Lamtumirë Doktoreshë Liri Alimani!

Shpirti i Saj u prehtë në paqe!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Dr. Prokop LALA **1945 – 2024**

Më datë 25 Prill 2024 është ndarë nga jeta në moshën 79-vjeçare doktor Prokop Lala, duke lënë pas një përvojë të gjatë në mjekësinë e Kirurgjisë-Urologjisë.

Dr. Prokop Lala, u lind në 16 Gusht 1945 në qytetin e Durrësit.

Fillimisht studioi në shkollën Jorgji Ziu dhe me gjithë vështirësitë e kohës ai vazhdoi edukimin për mjekësi. Në vitin 1973 kreu studimet studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë duke e përfunduar me rezultate të shkëlqyera.

Pas specializimit si Mjek Kirurg dhe më pas si Mjek Urolog, ai punoi në spitalin e Durrësit, deri sa doli në pension.

Është nga një mjekët e parë që në ndërtimin e spitalit të Durrësit, dhe ka punuar krah mjekëve të njohur kirurgë, si: Dr. Miri HOTI, Reshit ZUSI, Bashkim HABIBI, etj...

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

Ka qenë dekoruar me Urdhrin e Mirënjohjes në 1979 nga ish-kryeministri Mehmet Shehu për kryerje të ndërhyrjes kirurgjikale në kushte të vështira në reparte mjekësore të lëvizhme në zbor. Doktor Prokopi, i cili ka asistuar në sa e sa ndërhyrje kirurgjikale, sot nuk është më mes nesh.

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

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH