

PËRMBAJTJA

Editoriali:

- Në vend të editorialit: Steward M. Patrick - Katër leksione nga një vit pandemik i dhimbshëm 3

Etikë dhe Deontologji:

- Dr. Trepça D., - Rëndësia e regjistrimit të mjekëve në Rregjistrin Themelor të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë 5

Nga Eksperienca Pozitive e Organizatave Homologe:

- Rezultatet e Asamblesë së Përgjithshme të CPME dhe Takimeve Virtuale të Bortdit, 20 Mars 2021 7

Paraqitje Përgjithësuese:

- Dr. Muja R., Lab. Qosja H., Sh.p. Bushati F., Inf. Selimi E., - Epidemiologjia e Sars-Cov-2, ndikimi i metodave testuese drejt identifikimit të rasteve dhe kontakteve për minimizimin e zinxhirit transmetues të infeksionit viral 9

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- Dr. Asllani J., Prof. Dr. Priftanji A., - Astma si komorbiditet në infeksionet nga SARS-COV-2, faktor risku apo mbrojtës? 21
- Dr. Kaçurri E., Prof. Dr. Basho J., - Mjekimi me Tenofovir i të sëmurëve me hepatit kronik B 26
- Dr. Dani E., - Derdhja e parakohshme 31
- Dr. Tahiraj R., - Imazhe për të përmirësuar diagnozën e kancerit të gjirit tek femrat e reja 34
- Dr. Tahiraj R., - Trajtimi endokrin i pacientëve në moshë të re me EBC 35

Requem

- Nderim dhe Respekt për gjithë kolegët tanë Mjekë që humbën jetën nga Covid-19 36

Nekrologji:

- Dr. Shaqir SHEHU, Dr. Spiro DEROLLI, Dr. Idriz TALI, Prof. Asc. Aleksandër HOXHA, Prof. Dr. Esat DURAKU, Dr. Fatos ZAÇE, Dr. Llambi GRABOCKA, Dr. Petro SHAMO, Prof. Dr. Skënder DURRËSI, Dr. Llambro BALA, Dr. Bardhyl BEQO, Dr. Rustem KEKO, Dr. Gëzim LAMAJ, Dr. Shk. Gerond HUSI, Dr. Fejzi ALUSHI, Dr. Mahmut ÇULIQ 38

KATËR LEKSIONE NGA NJË VIT PANDEMIK I DHIMBSHËM

Në vend të Editorialit

Stewart M. Patrick

Teksa Covid-19 ka filluar gradualisht të vihet nën kontroll, ka kuptim të pyesim se çfarë kemi mësuar nga kjo përvojë ndëshkuese, në mënyrë që të jemi më të përgatitur kur të na godasë pandemia tjetër.

Ndonëse do të duhen vite për të nxënë mësimet e shumta që na solli kjo pandemi, ja cilat janë 4 leksionet kryesore të vitit të kaluar, mbi të cilat duhet të orientohemi për të ndërtuar gatishmërinë shumëpalëshe ndaj pandemive në muajt dhe vitet në vazhdim:

1. Planeti është jashtë ekuilibrit, duke rrezikuar seriozisht shëndetin e njeriut

Kjo pandemi ka qenë e rëndë, por nuk duhet të konsiderohet një befasi. Gjysmë shekulli i fundit është shoqëruar me një rritje të sëmundjet zoonotike, apo viruseve që mund të kalojnë nga kafshët tek njerëzit, duke përfshirë Ebola-n, SARS-in, H1N1, MERS-in dhe Zikan.

Shfaqja e tyre ka ardhur si rrjedhojë e sulmit tonë ndaj botës natyrore. Ndërsa po shkelim dhe degradojmë ekosistemet, ne dhe familjarët tanë biem në kontakt me speciet e egra që më parë kanë qëndruar në habitate larg njeriut si dhe patogjenët e tyre.

Sipas Platformës Shkencore Ndërqeveritare të Politikave Shkencore mbi Biodiversitetin dhe Shërbimet e Ekosistemit në OKB, njerëzit mund të jenë të ndjeshëm ndaj 850,000 nga 1.7 milion viruse të pazbuluara që mendohet se infektojnë zogjtë dhe gjitarët.

Në retrospektivë, ishte vetëm çështje kohe para se të shfaqej një virus i ri shumë ngjites, duke shfrytëzuar lidhjet globale të transportit për t'u përhapur më pas në çdo cep të planetit. Kjo nuk do të jetë ngjarja e fundit, dhe bota duhet të përgatitet në përputhje me rrethanat.

Epoka e sëmundjeve zoonotike kërkon një qasje të koordinuar, që pasqyron lidhjen e ngushtë midis shëndetit të njerëzve, kafshëve dhe mjedisit. Për të zvogëluar ekspozimin e njerëzve ndaj patogjenëve të rinj, vendet duhet të bashkëpunojnë për të mbrojtur habitatet e paprekura dhe speciet e tyre, të frenojnë tregëtinë e paligjshme të kafshëve të egra, të identifikojnë zoonozat me potencial pandemik, dhe të zgjerojnë aftësitë e mbikëqyrjes dhe ato parashikuese, për të zbuluar menjëherë dhe frenuar në kohë vatrën epidemike.

2. Bashkëpunimi global shëndetësor është i pasigurt

Covid-19 ka treguar me shumë ashpërsi, se multilateralizmi është ajo që shtetet bëjnë për të. Që nga i ashtuquajti Gripi Spanjoll një shekull më parë, kur vendet nuk kishin mundësi tjetër përveç ruajtjes së vetes, bota ka krijuar një infrastrukturë të tërë institucionale për bashkëpunimin global, përfshirë OBSH.

Por në muajt e parë të pandemisë së Covid-19 pati një përçarje gati të plotë të multilateralizmit. Qeveritë zbatuan politika kombëtare, sidomos në rastin e Kinës dhe Shteteve të Bashkuara, të cilat lejuan që rivaliteti i tyre gjeopolitik dhe retorika e ashpër, të lënë në hije interesin e përbashkët mbi shëndetin publik global, duke paralizuar çdo përgjigje kolektive brenda G-20, Këshillit të Sigurimit të OKB dhe G-7.

Kohët e fundit, ka zënë vend kombëtarizmi i vaksinave, me vendet e pasura – si dhe Bashkimin Evropian – që grumbullojnë sasi të mëdha vaksinash vetëm për vete në kurriz të pjesës tjetër të botës. Bota nuk ka luksin të përsërisë një sjellje të tillë miope, e cila vetëm përkeqëson kohëzgjatjen dhe ashpërsinë e pandemive.

Në një epokë të ndërlydhur edhe në aspektin epidemiologjik, siguria shëndetësore është një e mirë publike globale. Qeveritë nuk mund të shpresojnë që të mbrojnë vetëm qytetarët e tyre, duke ngritur Vijën Mazhino. Nacionalizmi i vaksinave lejon që viruset që qarkullojnë jashtë vendit të evoluojnë në forma të reja akoma më virulente.

Antidoti më premtues për këtë tendencë ka qenë struktura COVAX, një mekanizëm global për blerjen përbashkët dhe shpërndarjen e drejtë të vaksinave anti-Covid. Bërja e përhershme e kësaj nisme dhe financimi i saj në nivele shumë më ambicioze, për të ndalur në kohë epidemitë e ardhshme, duhet të jetë një përparësi pas kësaj pandemie.

3. OBSH është e pafuqishme dhe e pa financuar sa duhet

Pandemia ka nxjerrë në pah dobësitë e OBSH-së përkundrejt padronëve të saj politikë. Shtetet anëtare i kanë dhënë formalisht agjencisë një mandat të gjerë, por i kanë mohuar autoritetin dhe burimet financiare për ta ushtruar atë, përveçse e kanë shndërruar në një top për “futbollin politik”.

OBSH është vazhdimisht e nën-financuar, me një buxhet modest prej vetëm 4.8 miliardë dollarësh, e krahasueshme me atë të një spitali të madh amerikan. Në letër, OBSH-ja ka kompetenca të rëndësishme sipas Rregullores së saj Ndërkombëtare të Shëndetit, një traktat ligjërishi i detyrueshëm që i detyron shtetet anëtare të ndajnë informacionin në kohë dhe në mënyrë transparente në lidhje me një vatër të re epidemike, dhe ta mbajnë OBSH-në të informuar për kufizimet e tregtisë dhe udhëtimit.

Në praktikë, shumë qeveri dështuan t'i respektojnë këto detyrime gjatë vitit të kaluar. Edhe pse ka fituar shumë vlerësim për rolin e saj teknik gjatë pandemisë, ajo është akuzuar ndërkohë se është keqpërdorur për synime politike nga Pekini.

Pas kësaj pandemie është e domosdoshme që të rritet pavarësia dhe efektiviteti i OBSH-së. Si fillim, vendet anëtare duhet të sigurojnë financimin e duhur për Programin e Emergjencave të OBSH-së, si dhe të shtojnë kontributet e tyre vullnetare.

Paralelisht me to, vendet anëtare duhet të bien dakord për një konferencë të rregullt të rishikimit të Rregulloreve Ndërkombëtare të Shëndetit, e ngjashme me atë që përdoret në traktatet e kontrollit të armëve, për të forcuar kuptimet e përbashkëta dhe pajtueshmërinë me detyrimet ekzistuese ligjore ndërkombëtare.

4. Edhe vendet e forta mund të jenë të brishta

Komuniteti ndërkombëtar i donatorëve është përqendruar shumë vitet e fundit në forcimin e kapaciteteve të vendeve në zhvillim për të zbuluar, parandaluar dhe reaguar në kohë ndaj sëmundjeve infektive, nëpërmjet mekanizmave si Axhenda Globale e Sigurisë Shëndetësore, që u miratua në vitin 2014.

Premisa pas këtyre përpjekjet është që shtetet e varfra, dhe sidomos ato më të brishta, të kenë prioritet në financimet e shëndetit publik global. Viti i kaluar e ka përmbysur këtë supozim. Shumë vende të pasura janë goditur rëndë nga Covid-19, me gjithë rezultatet e tyre larta në indekset kryesore të gatishmërisë së shëndetit publik, duke i detyruar ato që të pranojnë mangësitë e tyre.

Ky ka qenë veçanërisht i rëndë për Shtetet e Bashkuara, që kanë pësuar më shumë vdekje se çdo vend tjetër, 544,000 deri më 23 Mars 2021, pavarësisht se mburren me pajisjet dhe teknologjitë më të fundit mjekësore. Për të korrigjuar brishtësinë e saj themelore, Amerika ka shumë punë për të bërë.

Vendi duhet të forcojë vijat e para të sistemit të tij të kujdesit shëndetësor; të identifikojë dhe mbrojë popullatat dhe komunitetet në rrezik; të qartësojë përgjegjësitë midis autoriteteve federale, shtetërore dhe lokale në një pandemi; të zhvillojë një strategji kombëtare për testimin dhe gjurmimin e kontakteve; dhe të mirëmbajë rezervat e burimeve të mira dhe zinxhirët e larmishëm të furnizimit kritik mjekësor.

Pandemia na ka dhënë shumë leksione të ashpra. Ndër më të rëndësishmet janë që epidemiologjia dhe ekologjia janë të ndërthurura; që shëndeti publik global nuk është i imunizuar nga gjeopolitika; që kombet e ruajnë me xhelozri sovranitetin e tyre nga organet globale; dhe që edhe kombet më të forta mund të dështojnë. Pas një viti kaq të dhimbshëm, ne nuk mund t'i harrojmë ato.

Shënim: Stewart Patrick, bashkëpunëtor i vjetër në Këshillin për Marrëdhëniet me Jashtë, dhe autor i librit “Luftërat e sovranitetit: Pajtimi i Amerikës me botën” / “World Politics Review”

RËNDËSIA E REGJISTRIMIT TË MJEKËVE NË RREGJISTRIN THEMELOR TË URDHRI TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Dr. Dritan TREPÇA
Zv. President UMSH

Sipas Ligjit për Urdhrit e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, Kreu II, neni 4, Misioni i Urdhrit të mjekëve të shqipërisë është i qartë: ‘Ruajtja e standardeve të larta në formimin dhe ushtrimin e profesioneve në fushën e mjekësisë dhe mbrojtja e pacientëve dhe publikut nga kequshtrimi i profesionit të mjekut’. Urdhri i mjekut të duke punuar me mjekët punon për pacientët, në këtë mënyrë që të përmbushë me saktësinë më të plotë misionin e tij, Urdhri i Mjekëve ushtron këto kompetenca në vazhdim:

- a) jep dhe heq licencën individuale të ushtrimit të profesionit;
- b) vendos standarde etike dhe deontologjike, të detyrueshme për çdo mjek dhe monitoron zbatimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit;
- c) rivlerëson periodikisht kompetencën dhe performancën profesionale të anëtarit të Urdhrit përballë standardeve të vendosura;
1. ç) nxit arritjen e standardeve të larta në edukimin dhe formimin profesional dhe etik të anëtarëve të Urdhrit;
- d) bashkëpunon me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim, institucione të tjera shkencore dhe arsimore për të siguruar standarde të larta në Edukimin e Vazhdueshëm Mjekësor, kualifikimet dhe specializimet pasuniversitare të Urdhrit;
2. dh) mban Rregjistrin Themeltar të Urdhrit dhe menaxhon sistemin e administrimit dhe përditësimit të tij;
- e) mbron të drejtat e anëtarëve të Urdhrit, integritetin moral dhe profesional të tyre e të profesionit mjekësor.

Por përse është kaq e rëndësishme që të ekzistojë një rregjistër themelor i mjekëve në Shqipëri?

Si mund t’i shërbejë ky regjistër mjekëve dhe pacientëve të Republikës së Shqipërisë?

Së pari, duhet theksuar se ekzistenca e këtij rregjistri brenda Urdhrit të mjekëve dëshmon që mjekët të cilët praktikojnë profesionin e tyre në Republikën e Shqipërisë, kanë trajnimin, aftësitë dhe eksperiencën e duhur për të përmbushur pritshmëritë e pacientëve.

Ky rregjistër bazohet parimisht në Praktikën e mirë Mjekësore, që shpjegon se çfarë do të thotë të jesh një mjek i mirë.

Sipas saj, një mjek i mirë:

- Kujdeset që nevojat e pacientit të jenë prioritare;
- Është i përgjegjshëm dhe kujdeset që njohuritë profesionale dhe aftësitë të rifreskohen dhe të përmirësohen;
- Vepron në mënyrë të menjëherëshme nëse mendon se siguria e pacientit po kompromentohet;
- Vendos dhe mban marrëdhënie të mira me pacientët dhe kolegët;
- Vepron me ndershmëri dhe integritet për të mbajtur më së miri besimin e vendosur tek pacienti.

Ndërmjet të tjerash, marrëdhënia midis mjekëve dhe pacientëve kërkon ndërmarrjen e veprimit në të mirën e pacientit, duke vendosur besim bilateral dhe duke e mirëmbajtur këtë besim. Detyrimet e mjekut në dhënien e sigurisë kundrejt pacientëve janë të shkruara në Kodin e Etikës dhe Praktikës së mjekut, e historikisht të lidhura ngushtë me betimin e Hipokratit. Pacientët besojnë plotësisht se mjekët janë të aftë të kryejnë diagnozën, të vetëdijshëm për risitë dhe të aftë të zgjedhin trajtimin më të mirë të mundshëm për ta. Nëse mjekët nuk mund ta përmbushin këtë rol, atëherë ata duhet ta referojnë tek një koleg i cili mundet.

Pacientët kanë nevojë ti besojnë njohurive dhe gjykimit të mjekëve. Kjo përfshin aftësinë për të kuptuar gjendjen e tyre, simptomat, si dhe për t'ja shpjeguar këtyre të fundit në mënyrën e duhur situatën që kanë diagnostikuar. Gjithashtu, ata pritet ti këshillojnë pacientët, ku është e mundur, për vendimmarrje të rëndësishme në lidhje me shëndetin e tyre.

Jo vetëm kaq, por duhet theksuar se vetëm një mjek i trajnuar nëpërmjet edukimit në vazhdim (EVM), është i aftë të vendosë një diagnozë apo prognozë të duhur. Diagnostikimi i pacientëve, në vetvete, është një aftësi thelbësore në praktikën mjekësore, pasi përfshin njohuri, aftësi dhe ekspertizë që vetëm një mjek i licencuar mund t'i përcaktojë: ekzaminimi, interpretimi dhe investigimi i mëtejshëm kërkon që mjekët të kuptojnë plotësisht historinë e sëmundjes së pacientit, si dhe të konsiderojë në mënyrë të duhur çdo aspekt të mundshëm që ndihmon apo përkeqëson gjendjen e pacientit.

Patjetër që në ushtrimin e profesionit të tyre, mjekët kanë nevojë të jenë të aftë të ndërmarrin risqe që karakterizohen nga pasiguria, e ku gabimet kanë përmasa të mëdha. Aftësitë e nevojshme për të arritur vendimmarrjen e shpejtë që kërkon ky profesion, mund të garantohen vetëm nëpërmjet trajnimit rigoroz dhe specifik të tyre. Është pikërisht kjo arsye përse çdo mjek i nënshtrohet një testi pas përfundimit të arsimimit bazë të tij, si dhe pas përfundimit të specializimit të zgjedhur, gjithashtu edhe duke ndjekur gjatë gjithë karrierës EVM.

Prandaj, theksohet dhe njëherë rëndësia e profesionalizmit të mjekëve, pasi është detyra e tyre të ngrenë lart standardet etike dhe të tregojnë respekt ndaj vetes dhe profesionit të tyre. Dhe, këto standarde etike përforcohen nga licencimi ynë, si dhe regjistrimi në Rregjistrin Themelor, i çdo mjeku që praktikon profesionin mjekësor.

Brenda Rregjistrin Themelor, gjenden detaje që tregojnë qartësisht tipin e regjistrimit që një mjek mban në momentin e dhënë, nëse kanë licencën për të praktikuar profesionin mjekësor, nëse janë të regjistruar si mjekë të përgjithshëm apo specialistë, datën në të cilën janë regjistruar, datën dhe vendin në të cilin ju është dhënë diploma mjekësore, nëse vazhdojnë të marrin edukim të vazhdueshëm mjekësor të mëtejshëm, si dhe institucionin që ndjek performancën e tyre. Kërkimi për një mjek të cakuar në Rregjistrin Themelor bëhet nëpërmjet emrit/mbiemrit/numrit të regjistrimit/gjinisë.

Siç e përmendëm më sipër, Rregjistrin Themelor ekziston në mënyrë që të sigurojë pacientët për kualifikimin e duhur të një mjeku, të rregullojë dhe përfaqësojë në mënyrë të drejtë mjekët e Shqipërisë, pa dallime, si dhe të shërbejë si një mënyrë në të cilën punëdhënësit (privatë apo shtetërorë) të kërkojnë dhe kuptojnë lehtësisht nëse statusi i regjistrimit të një mjeku të caktuar është i duhuri për punën e cila do të zhvillohet, apo nëse ka kushte të caktuara në regjistrimin e tyre.

Kështu, mjekët e aktiv në profesionin e mjekësisë duhet që të kenë regjistrimin e tyre përkatës, si dhe licencën e vlefshme, në mënyrë që të ushtrojnë profesionin në përputhje me ligjin. Ushtrimi i profesionit pa njërin, ose të dyja këto kërkesa, është i jashtëligjshëm. Në rast se Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë konstaton se një individ po ushtron profesionin e mjekut i palicensuar dhe i pa regjistruar, atëherë ky individ do të vendoset përballë ligjit.

Urdhri i Mjekëve është përgjegjës për modifikimin dhe rifreskimin e të dhënave në Rregjistrin Themelor. Në rast se është e nevojshme, çdo mjek mund të kontaktojë UMSH, ose të paraqitet pranë zyrave tona në mënyrë që të marrë më shumë informacion mbi modifikimin e të dhënave në Rregjistrin.

Si përfundim, ia vlen të theksohet se çdo mjek i kualifikuar dhe me dëshirën e qëllimin për të ushtruar profesionin e mjekësisë, duhet t'i nënshtrohet licencimit dhe regjistrimit në Rregjistrin Themelor pranë zyrave të UMSH. Ky nuk është vetëm një detyrim ligjor, por dhe një detyrim moral i mjekëve: kjo është e vetmja mënyrë në të cilën mjeku mund të sigurojë kualifikimin e tij në përputhje me të gjitha kërkesat bashkëkohore, e njëkohësisht të sigurojë besimin e pacientit në aftësitë e tij.

REZULTATET E ASAMBLESË SË PËRGJITHSHME TË CPME DHE TAKIMEVE VIRTUALE TË BORDIT, 20 MARS 2021

Në 20 Mars 2021, mjekë evropianë nga 38 Shoqata Kombëtare Mjekësore u takuan vizualisht për Asamblenë e Përgjithshme dhe mbledhjen e Bordit të Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë (CPME).

Presidenti i CPME Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, në hapjen e aktivitetit ndër të tjera tha: *“Unë do të doja të falënderoja të gjithë anëtarët e CPME-së për shkëmbimet e tyre të frytshme në ndryshimet e fundit të politikave shëndetësore. Politikat e reja trajtojnë pyetjet kryesore: si të menaxhohet më mirë kjo pandemi dhe përgatitjen për tjetrën, dhe si të sigurojnë transformimin dixhital që me të vërtetë përmirëson kujdesin ndaj pacientit. Rezultatet tregojnë se ne, Mjekët evropianë, marrim vendimet më të mira për të mbrojtur shëndetin publik, të drejtat e njeriut dhe kujdes shëndetësor me cilësi të lartë edhe në kohë të vështira, kur punojnë së bashku”.*

Bordi i CPME miratoi politikat e mëposhtme:

Paketa Shëndetësore e Bashkimit Evropian

CPME mirëpret qëllimet e BE-së për të krijuar një kornizë ligjore më të fortë që lejon BE të jetë më e përgatitur dhe të reagojë ndaj pandemive të ardhshme. Në pozicionin e CPME mbi propozimin e Komisionit për një rregullore ndërkufitare serioze të kërcënimeve shëndetësore, pozicioni i CPME në draft rregulloren për mandatin e ECDC, dhe pozicioni i CPME mbi propozimin legjislativ për zgjerimin e Mandatit të EMA-s, CPME thekson nevojën që plani i gatishmërisë dhe përgjigjes gjithashtu duhet të përqendrohet në parandalimin si dhe forcimin e proceseve të: mbledhjes, analizimit dhe ndjekjes së të dhënave mbi kapacitetet e shëndetit publik në nivel kombëtar, përfshirë edhe fuqine punëtore, facilitetet dhe teknologjitë. Përpunimi i të dhënave të pacientit duhet të jetë për ‘qëllimet e mbikëqyrjes epidemiologjike’ dhe të dhënat e sakta shëndetësore që ECDC kërkon të ketë akses, duhet të jenë të shënuara në një Shtojcë të veçantë. CPME pohon se është e rëndësishme të respektohet: dinjiteti, të drejtat dhe liritë themelore të personave të përfshirë në masat e mbikëqyrjes shëndetësore, si dhe kur nevojiten për mbikëqyrje njerëzore. Së fundi, CPME mirëpret qasjen One-Health që udhëheq për veprimet e ardhshme.

CPME mbështet përforcimin e strukturës së Agjencisë Evropiane të Barnave (EMA) përfshirë monitorimin dhe këshillimin për furnizimin me pajisje mjekësore në kontekstin e emergjencave shëndetësore, por dëshiron të shohë një përfshirje më të afërt të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në kornizën e propozuar për të përmirësuar komunikimin. CPME gjithashtu bën thirrje për vendosjen e sanksioneve për mosrespektim të raportimit të detyrimeve nga mbajtësit e autorizuar të marketingut, dhe përfshirjen e dispozitave shtesë të transparencës.

Strategjia Farmaceutike për Evropën

Në Dokumentin e Pozicionit mbi Strategjinë Farmaceutike, CPME argumenton se si strategjia mund të çojë në rivendosjen e ekuilibrit në sektorin farmaceutik. Mjekët evropianë propozojnë masa për

të arritur objektivat e Komisionit Evropian pmesër katër rrugëve të punës, dhe theksojmë rolin e organizatave të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në zbatimin e reformave në interes të publikut. CPME konfirmon gatishmërinë e saj për të kontribuar në këtë proces. Së shpejti do të publikohet pozicioni i saj.

Telemjekësia

Politika e CPME për telemjekësinë pranon përfitimet e këtij mjeti, i cili mund të përdoret si një shtesë kur është efikas për të përmirësuar cilësinë e kujdesit. Sidoqoftë, konsultat ballë për ballë duhet të mbeten standardi i artë. Telemjekësia nuk duhet të ndikohet nga faktorë komercialë dhe as të përdoret si një masë e kursimit të shpenzimeve, dhe të jetë plotësisht në përputhje me ligjet e mbrojtjes së të dhënave. Implementimi i saj duhet të ndjekë mjekësinë e bazuar në evidencë dhe të sigurojë konfidencialitetin e pacientit dhe qasje të barabartë.

Hapësira e të dhënave shëndetësore evropiane (EHDS)

Politika e CPME për EHDS me fokus në kërkimin shëndetësor dhe politikëbërjen, mirëpret objektivin e tij për të përmirësuar parandalimin e sëmundjeve, kujdesin shëndetësor të orientuar drejt pacientit dhe mundësi më të mira trajtimi. Mjekët evropianë vërejnë që EHDS duhet të ketë një kornizë të qartë ligjore, mbikëqyrje të pavarur dhe politika transparente në lidhje me përpunimin e të dhënave të pacientëve në dispozicion të biznesit dhe qeverisë. Veçanërisht kjo është e nevojshme kur punoni me të dhëna mjekësore konfidenciale (zbatohet deklarata e Helsinkit dhe Taipei), hyrja në të dhëna, përdorimi dytësor i të dhënave dhe informacionit. Për më tepër, EHDS duhet të përdoret për të mira publike, pikërisht duke filluar aty ku urgjentisht nevojitet ofrimi i të dhënave, si p.sh.: trajtimet me antibiotikë, trajtimet e kancerit dhe COVID-19. Duhet të hartohet dhe të aplikohet një Kod i Sjelljes për të dy entitetet publike ose private që përdorin ose kontribuojnë në Hapësirë (EHDS).

EPIDEMIOLOGJIA E SARS-COV-2, NDIKIMI I METODAVE TESTUESE DREJT IDENTIFIKIMIT TË RASTEVE DHE KONTAKTEVE PËR MINIMIZIMIN E ZINXHIRIT TRANSMETUES TË INFEKSIONIT VIRAL

*Dr. Rexhep MUJA, Lab. Alma Qosja, Sh. P. Frida Bushati, Inf. Ermal Selimi
Shërbimi i Epidemiologjisë, NjVKSH Tiranë, OSHKSH*

Koronaviruset bëjnë pjesë në nënfamiljen Orthocoronavirinae, në familjen Coronaviridae, rendin Nidovirales dhe mbretërinë Riboviria. Janë viruse të mbështjellë me një gjenomë ARN me një fije me sens pozitiv dhe një nukleokapsid të simetrisë spirale. Madhësia gjenomike e koronavirusëve varion nga afërsisht 26 deri në 32 kilobaza, një nga më të mëdhatë në mesin e viruseve të ARN-së. Ata kanë thumba karakteristike në formë shkopi që dalin nga sipërfaqja e tyre, të cilat në mikroskopitë elektronike krijojnë një imazh që të kujton kurorën diellore, nga e cila rrjedh emri i tyre.

Koronaviruset janë një grup virusesh të lidhura me ARN që shkaktojnë sëmundje tek gjitarët dhe zogjtë. Tek njerëzit dhe zogjtë, ato shkaktojnë infeksione të traktit respirator që mund të variojnë nga të lehta deri në vdekjeprurëse. Sëmundjet e lehta tek njerëzit përfshijnë disa raste të ftohjes së zakonshme (e cila shkaktohet edhe nga viruse të tjerë, kryesisht rinoviruse), ndërsa varietetet më vdekjeprurëse mund të shkaktojnë SARS, MERS dhe COVID-19. Tek lopët dhe derrat shkaktojnë diarre, ndërsa tek minjtë shkaktojnë hepatit dhe encefalomielit.

Etimologjia

Emri “koronavirus” u bë pas studimeve nga dy shkencëtarët virologë **June Almeida** dhe **David Tyrrel**, të cilët së pari vëzhguan dhe studiuan koronaviruset njerëzore. (Almeida JD, Berry DM, Cunningham CH, Hamre D, Hofstad MS, Mallucci L, McIntosh K, Tyrrell DA (November 1968). “Virology: Coronaviruses”). Por edhe duke u nisur nga pamja strukturore e jashtme e këtyre viruseve në formën e një kurore diellore në terren vranësirash qiellore, sipas latinishtes, ato i emërtuan këto viruse me emrin “koronavirus” (nga latinishtja “corona”, që do të thotë “kurorë” por edhe nga greqishtja - κορώνη koronē, “kurorë, kurorë”).

Ky emërtim u bë për të përcaktuar familjen e re të viruseve. Emri i referohet pamjes karakteristike të virioneve (forma infektive e virusit) të konstatuar me anë të mikroskopisë elektronike, të cilat kanë një skaj të projeksioneve të sipërfaqeve të mëdha, me gunga, duke krijuar një imazh që të kujton kurorën diellore ose halo. Kjo morfologji krijohet nga peplomerët me thumba virale, të cilat janë proteina në sipërfaqen e virusit.

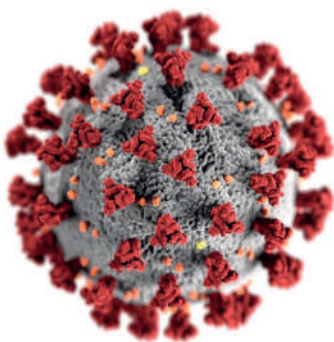


Figura 1 - Një ilustrim i strukturës virale të SARS-CoV-2 (VRIONI)

Emri shkencor “Coronavirus” u pranua si emër i gjinisë nga Komiteti Ndërkombëtar për Nomenklaturën e Viruseve (më vonë u quajt Komiteti Ndërkombëtar për Taksonominë e Viruseve) në 1971. Ndërsa numri i specieve të reja u rrit, gjinia u nda në katër, përkatësisht: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Deltacoronavirus dhe Gammacoronavirus në 2009. Emri i zakonshëm “koronavirus” përdoret për t’iu referuar çdo anëtari të nënfamiljes Orthocoronavirinae. Që nga viti 2020 njihen 45 specie zyrtarisht.

Izolimi i koronavirusëve ndër vite:

- Një infeksion koronavirus në kafshë ndodhi në fund të viteve 1920, kur një infeksion akut i frymëmarrjes tek pulat u shfaq në Amerikën e Veriut. Arthur Schalk dhe M.C. Hawn në vitin 1931 bëri raportin e parë të detajuar, i cili përshkroi një infeksion të ri të frymëmarrjes së pulave në Dakotën e Veriut.
- Leland David Bushnell dhe Carl Alfred Brandly izoluan virusin që shkaktoi infeksionin në 1933. Virusi atëherë njihej si virusi i bronkitit infektiv (IBV).
- Charles D. Hudson dhe Fred Robert Beaudette kultivuan virusin për herë të parë në vitin 1937. Mostra filloi të njihej si lloji Beaudette.
- Në fund të viteve 1940, u zbuluan dy koronavirusë të tjera kafshësh: JHM që shkakton sëmundje të trurit (encefalit) dhe virus i hepatitit të miut (MHV) që shkakton hepatit te minjtë. Në atë kohë nuk ishte kuptuar që këto tre viruse të ndryshme kishin lidhje.
- Koronaviruset njerëzore u zbuluan në vitet 1960 duke përdorur dy metoda të ndryshme në Mbretërinë e Bashkuar dhe Shtetet e Bashkuara. E.C. Kendall, Malcolm Bynoe dhe David Tyrrell duke punuar për Këshillin Britanik të Kërkimeve Mjekësore, mblodhën një virus unik të ftohjes së zakonshme të caktuar si B814 në vitin 1961. Virusi nuk mund të kultivohej duke përdorur teknikat standarde të cilat kishin kultivuar me sukses rinoviruset, adenoviruset dhe viruse të tjera të njohura si viruse të ftohjes.

Karakteristikat e shtameve koronavirus MERS-CoV, SARS-CoV, SARS-CoV-2, të lidhura me sëmundjet zoonotike			
Shtamet virale	MERS-CoV	SARS-CoV	SARS-CoV-2
Sëmundja	MERS	SARS	COVID-19
Shpërthimet	2021, 2015, 2018	2002-2004	2019-2021 pandemi
Epidemiologjia			
Data e identifikimit të rastit	Qershor 2012	Nëntor 2002	Dhjetor 2019
Vendi i identifikimit të rastit I	Jeddah, Saudia Arabike	Shunde, Kinë	Wuhan, Kinë
Mosha mesatare	56 vjeç	44 vjeç	56 vjeç
Raporti M : F	3.3 : 1	0.8 : 1	1.6 : 1
Konfirmimi i rasteve	249	8096	118,742,439
Vdekjet	858	774	2,632,364
Përqindja	37%	9.2%	2.2%
Simptomat			
Histori Ethesh	98%	99-100%	87.9%
Kollë e thatë	47%	29-75%	67.7%
Dispne	72%	40-42%	18.6%
Diarrhea	26%	20-25%	3.7%
Dhimbje fyti	21%	13-25%	13.9%
Vënia nën ventilim	24.5%	14-20%	4.1%

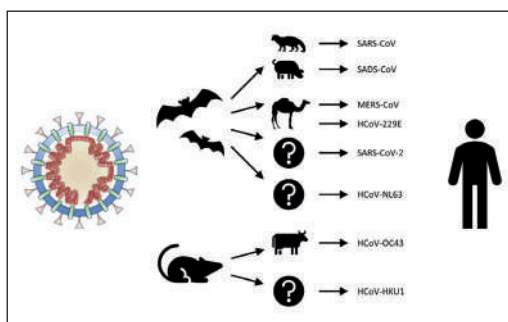


Figura 2 – Skema e transmetimit

Në vitin 1965, Tyrrell dhe Bynoe kultivuan me sukses virusin e ri duke e kaluar serikisht nëpër kulturën e organeve të trakesë embrionale njerëzore. Metoda e re e kultivimit u prezantua në laborator nga Bertil Hoorn. Virusi i izoluar kur inokullohet intranazalisht tek vullnetarët shkaktoi klinikën e një ftohjeje të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes dhe në vazhdim të studimeve u arrit të sigurohet çaktivimi i tij nga përdorimi i eterit. Çaktivimi nga eteri arriti të tregonte se virusi ka një mbështjellje lipidike.

- Dorothy Hamre dhe John Procknow në Universitetin e Çikagos izoluan virusin shkaktar të një ftohjeje të re nga studentët e mjekësisë në 1962. Ata izoluan dhe rritën virusin në kulturat e indeve të veshkave.
- Virologu skocez, Jun Almeida në Spitalin St. Thomas në Londër, duke bashkëpunuar me Tyrrell, krahasoi strukturat e IBV, B814 dhe 229E në 1967. Duke përdorur mikroskopinë elektronike, tre viruset u treguan të lidhura morfologjikisht nga forma e tyre e përgjithshme dhe me thumba dalluese të ngjashme me shkopinjtë.
- Një grup kërkimor në Institutin Kombëtar të Shëndetit të njëjtin vit ishte në gjendje të izolonte një anëtar tjetër të këtij grupi të ri të viruseve duke përdorur kulturën e organeve dhe e quajti njëherën nga mostrat OC43 (OC për kulturën e organeve). Ashtu si B814, 229E dhe IBV, virusi i ri i ftohtë OC43 kishte thumba dalluese kur vërehet me mikroskop elektronik. Viruset e ftohjes u konstatuan si të ngjashëm me IBV dhe shumë shpejt u treguan të lidhura morfologjikisht me virusin e hepatitit të miut. Ky grup i ri i viruseve u quajt **koronavirus** pas pamjes së tyre dalluese morfologjike. **Koronavirusi njerëzor 229E dhe koronavirusi njerëzor OC43 u studiuuan edhe në dekadat vijuese.** Që atëherë janë identifikuar koronaviruset e tjera njerëzore, përfshirë SARS-CoV në 2003, HCoV NL63 në 2003, HCoV HKU1 në 2004, MERS-CoV në 2013 dhe SARS-CoV-2 në 2019, si kundër se janë zbuluar edhe një numër i madh i koronavirusëve të kafshëve të identifikuar që nga vitet 1960.

Struktura e koronavirusit

Koronaviruset janë grimca të mëdha, afërsisht sferike me projeksione unike të sipërfaqes. Madhësitë më ekstreme variojnë nga 50 deri në 200 nm në diametër. Ato janë të mbyllura në një mbështjellëse me dy shtresa lipidesh të ngulitur me një numër molekulesh proteine. Proteinat e membranës dhe nukleokapsidi mbrojnë virusin kur ai është jashtë qelizës host.

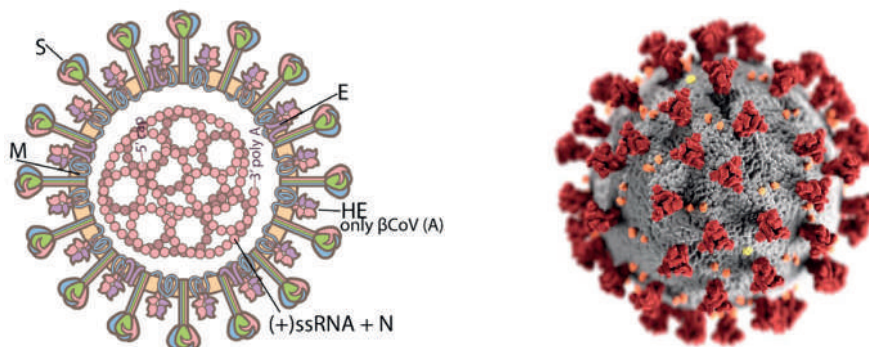


Figura 3 - Ilustrimi për koronavirus

● E kuqe: Proteinat SPIKE (S) ● Gri: Mbështjellja lipidike dy shtresore ● E verdhë: Mbështjellja proteinike (E) ● Portokalli: Proteinat e membranës (M)

Janë gjetur tre proteina në përbërje të mbështjelljes lipidike:

- Proteina **E** dhe **M** janë proteinat strukturore që kombinohen me shtresën e dyfishtë lipidike për të formuar mbështjellësen virale dhe për të ruajtur madhësinë e virusit.
- Proteinat **S** janë të nevojshme për bashkëveprim me qelizat pritëse. Por koronavirusi njerëzor NL63 është i veçantë se proteina e tij **M** ka vendin e lidhjes për qelizën pritëse, dhe jo proteinën e saj **S**.
- Proteina **M** është proteina kryesore strukturore e mbështjellëses virale që siguron formën e përgjithshme dhe është një proteinë membranore e tipit III me nga 218 deri 263 mbetje aminoacide dhe formon një shtresë të trashë 7.8 nm. Ka tre domene, një ektodomain të shkurtër N-terminal, një fushë transmembranore me shtrirje të trefishtë dhe një endodomain C-terminal. Domeni terminal C formon një rrjetë të ngjashme me matricën që shton trashësinë shtesë të mbështjellëses virale. Specie të ndryshme mund të kenë glikane të lidhura me N ose O në domenin e tyre amino-terminal të proteinave.

Proteina M është thelbësore gjatë montimit, lulëzimit, formimit të mbështjellëses dhe fazave të patogjenezës së ciklit jetësor të virusit.

Proteinat E janë proteina të vogla strukturore dhe shumë të ndryshueshme në specie të ndryshme. Janë proteina integrale (d.m.th. të ngulitura në shtresën lipidike) dhe kanë dy fusha, përkatësisht **një fushë transmembranore** dhe një **fushë C-terminale ekstremembranore**. Ata janë pothuajse plotësisht α -spiralë, me një fushë të vetme transmembranore α -spirale, dhe formojnë kanale jonike pentamerike (pesë molekulare) në shtresën e dyfishtë lipidike. Ata janë përgjegjës për montimin e virionëve, trafikimin brendaqelizor dhe morfogjenezën.

Proteina S nga ana e saj përbëhet nga **dy nën-njësi**: një nën-njësi **S1** dhe një tjetër nën-njësi **S2**. Proteina homotrimerike S është një proteinë bashkimi e klasës I e cila ndërmjetëson lidhjen e receptorit dhe bashkimin e membranës midis virusit dhe qelizës pritëse. **Nën-njësia S1 formon kokën e thumbit** dhe ka domenin e lidhjes së receptorëve (RBD). **Nën-njësia S2 formon kërcellin, i cili ankoron majën në mbështjellësin viral** dhe me aktivizimin e proteazës mundëson shkrirjen. Të dyja nën-njësitë mbeten të lidhura jokovalente pasi ekspozohen në sipërfaqen virale.

Duke e parë të domosdoshme njohjen me këtë përshkrim të shkurtër të koronavirusëve, pas shpalljes së pandemisë së Covid-19, ndjekur nga puna ritmike në mes mjekëve të familjes nga njëra anë mbi klinikën e SARS-CoV-2 të individëve me histori udhëtimi si epidemiologji e shoqëruar me triadën klinike të dyshimtë dhe nga ana tjetër, testimin e mostrave respektive nëpërmjet virologëve të ISHP-së, epidemiologët nisën hetimin epidemiologjik të rasteve të dyshuara. Nga çdo individ i dyshuar për koronavirus u morën mostra nazofaringeale të cilat u testuan që nga 25 Dhjetori 2019 deri në 08 Mars 2020, datë në të cilën u finalizua **konfirmimi i rastit “0”**.

Metodikat testuese laboratorike drejt diagnozës

Bazuar kryesisht nga prania e triadës klinike: **temperaturë, cefale, kollë** spastike ose produktive, të shoqëruara ndoshta edhe me histori ethesh, mialgji, artralgi, neuralgi, dobësi trupore, vështirësi në frymëmarrje, dhimbje kraharori, kolika abdominale, anosmia, kakosmia dhe parosmia, diarrea, dizuria apo edhe epistaksis, që në fillim të pandemisë, por edhe tani, siguria diagnostike për SARS-CoV-2, ka qenë dhe mbetet tek teknikat laboratorike të testimin (detektimi i virusit apo i proteinës virale në mostrat nazofaringeale të epiteleve të infektuara me koronavirus si portë hyrjeje e infeksionit viral).

Efekshmëria e metodave diagnostike në drejtim të konfirmimit të rasteve pozitive dhe gjurmimit të vatrave të infeksionit viral SARS-CoV-2 mbi kontaktet e ngushta (familjare) dhe kontakteve të zgjeruara (të qendrës punës, ose grumbullimeve masive):

1. Rt-PCR (reverse transcriptase – Polymerase Chain Reaction):

Në vazhdimësi pas konfirmimit të rastit “0”, me qëllim për të minimizuar në maksimum zinxhirin transmetues të infeksionit me koronavirus, vazhdimisht kemi testuar raste të reja të dyshuara dhe si dhe kontaktet e tyre të ngushta por edhe kontaktet e zgjeruara, aq sa më 10 Mars 2021 janë arritur të testohen rreth 485,000 qytetarë si të dyshuar të infektuar me koronavirus, prej të cilëve rreth 114,000 raste janë konfirmuar POZITIVË me SARS-CoV-2 (23.5%).

2. RaT (Rapid antigen Test):

Deri në 4 Dhjetor 2020, datë në të cilën u futën në Shqipëri testet e shpejta – Rapid antigen Test, nga të gjithë ekipet e hetimeve epidemiologjike, nëpërmjet mostrave nazofaringeale, testuam subjektet e dyshimta për koronavirus me metodën rtPCR Covid-19. Deri me datën 21 Dhjetor 2020, testuam paralel sa me teste të shpejta (subjektet me klinikë 1-5 ditorëshe), aq edhe me rtPCR test (subjektet që paraqisnin klinikë mbi 6 ditë). Përqindja e testeve me këtë metodë është shumë

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE |

e vogël në raport me totalin e deritanishëm për vetë faktin se është një periudhë shumë e shkurtër testimi me Rapid antigen Test.

3. Elisa Test IgM + IgG:

Është ndërmarrë një studim nga Shërbimi i Epidemiologjisë i rrethit Tiranë në bashkëpunim me Shërbimin e Epidemiologjisë në ISHP, mbi serodiagnozën dhe serokonversionin për 1,500 mostra të siguruar në popullatën e Tiranës të grupmoshave të ndryshme me shpërndarje të ndryshme gjeografike, në lidhje me reagimin e aftësisë mbrojtëse në stadin e infeksionit dhe nxitjen e imunitetit 14 ditë pas konfirmimit pozitiv të infeksionit me koronavirus.

Bazuar në 3 metodat diagnostike të sipër-listuara, në lidhje me periudhat e përfshira në studim analitik, pas një periudhe afro 1-vjeçare hetimi epidemiologjik në terren, theksojmë se që më datën 21 Dhjetor 2021, ekipet e hetimit epidemiologjik u stacionuan në 6 pika të baraslguara të territorit të Tiranës duke testuar subjektet e dyshuara për koronavirus me Rapid antigen Test duke u ndjekur edhe nga 4 grupe terreni që vazhdojnë testimin dy-tipizues për pacientë të pamundur për të lëvizur nga qendrat e tyre të banimit, si dhe për testimin e kontakteve të zgjeruara në vatra të ndryshme institucionesh publike dhe jopublike. Shtrirja e testimit me Rapid antigen Test, pas Tiranës, do të bëhet në të gjithë vendin.

Sa më sipër, po ndalojmë në një analizë të shkurtër epidemiologjike mbi konfirmimin e rasteve pozitive nëpërmjet testimit me Rapid antigen Test (Roche dhe Abbott), vlerën testuese me Rapid antigen Test dhe efekshmërisë krahasimore të konfirmimit të rasteve pozitive me Rapid antigen Test kundrejt testeve me rtPCR Test për SARS-CoV-2.

Periudhat krahasimore në studim janë:

- 04.11.2020 deri 04.12.2020 (periudha e fundit kur kemi testuar vetëm me rtPCR Test)
- 04.12.2020 deri 04.01.2021 (periudhë në të cilën kemi testuar me Rapid antigen Test dhe rtPCR Test)
- 05.01.2021 deri 05.02.2021 (periudhë në të cilën kemi testuar kryesisht vetëm me Rapid antigen Test).

Sa më sipër, po paraqesim treguesit respektivë sipas periudhave studimore:

- Gjatë periudhës 4 Nëntor 2020 deri 4 Dhjetor 2020 u kryen gjithsej 8,886 teste kryesisht sipas metodës rtPCR

04.11.2020 – 05.12.2020												
Rezultati	Total	PCR	RaT									
I papërcaktuar	2	2	0									
Negativ	4,743	4,740	3									
Pozitiv	3,968	3,968	0									
Pa përgjigje	176	176	0									
Total Nëntor 2020	8,889	8,886	3									

me rezultatet sipas grupmoshave si në tabelën e mëposhtme:

Perqindja	04.11.2020 – 05.12.2020												% Pozitiviteti †	Total Test							
	0.05	0.33	0.53	1.13	8.16	20.03	16.5	16.48	17.7	18.97	44	56									
Periudha 04.11.2020 deri 04.12.2020	Grupmosha												3968	8886							
	<1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 +	Totali										
	M F		M F		M F		M F		M F		M F		M F		M F						
1 1		6 7		10 11		27 18		133 191		315 480		274 383		270 384		308 396		401 352		1745 2223	

- 8,886 mostra të testuara në total, prej të cilave:
- 3,968 mostra rezultuan positive, dhe 4,918 mostra rezultuan negativë (**pozitiviteti 44.65%**)
- Nga 3,968 mostra pozitiv të konfirmuara:
- 1,745 mostra pozitive (44%) u përkisnin meshkujve, 2,223 mostra pozitive (56%) u përkisnin femrave
- Renditja në përqindje e rasteve sipas grupmoshave:

Renditja	%	Pozitiv	Grupmoshat Ndarja
1	20.03	795	25 – 34
2	18.97	753	>65
3	17.7	704	55 – 64
4	16.5	657	35 – 44
5	16.48	654	45 – 54
6	8.16	324	15-24
7	1.13	45	10-14
8	0.53	21	5-9
9	0.33	13	1-4
10	0.05	2	<1
Totali		3,968	

Siç shihet nga tabela e mësipërme, grupmosha 25–34 vjeç zë peshën më të madhe të rasteve pozitive, grupmoshë e cila është më aktive dhe më e shkujdesur duke u bërë burim transmetimi për grupmoshat e tjera kryesisht për grupmoshën mbi 65 vjeç, grupmoshë e cila është në pension dhe për pasojë renditet grupmosha e dytë e konfirmuar pozitive.

Pas grupmoshës 25–35 vjeç që ka ndikim në zinxhirin transmetues të infeksionit, shikohet nga tabela që janë edhe grupmoshat 35–44 vjeç dhe 45–54 vjeç si dy grupmosha aktive në punësim por që paraqesin pozitivitet më të ulur, ndërkohë që konsiderohen edhe si transmetues të infeksionit.

Gjithashtu shihet me një pozitivitet të lartë edhe grupmosha 55–64 vjeç, grupmoshë e cila gjendet kryesisht e angazhuar në institucione drejtuese publike dhe jopublike. Pozitiviteti në institucione publike dhe jopublike, ku kemi grumbullime populatë në administratë, vërteton që nuk janë zbatuar siç duhet masat mbrojtëse antikovid dhe për pasojë është zgjeruar zinxhiri transmetues i infeksionit viral.

Në institucionet ku gjenden individë pozitivë me SARS – CoV – 2 të kësaj grupmoshe, sipas vatrave të identifikuara gjatë hetimeve epidemiologjike dhe testeve të kryera për kontaktet e zgjeruara, konstatohet që kemi grupime të mëdha në numër nga 150 deri në 600 për institucionet publike dhe nga 500 deri në 2,000 për institucionet jopublike.

Në këto institucione, konstatohet që zinxhiri transmetuesi infeksionit viral është me përhapje të gjerë për vetë faktin e proceseve të punës ku gjenden rastet e konfirmuara pozitive ku kontaktet janë shumë të mëdha në numër, por edhe zbatimi i masave antikovid neglizhohen së tepërmi sa nga punonjësit, ashtu edhe nga drejtuesit e institucioneve.

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE |

Renditja e rasteve sipas gjinisë në lidhje me grupmoshat:

Renditja	%	Pozitiv	Grupmoshat				
			Ndarja	M	%	F	%
1	20.03	795	25 – 34	315	39.62	480	60.37
2	18.97	753	>65	401	53.25	352	46.74
3	17.7	704	55 – 64	308	43.75	396	56.25
4	16.5	657	35 – 44	274	41.7	383	58.29
5	16.48	654	45 – 54	270	41.28	384	58.71
6	8.16	324	15-24	133	41.04	191	58.95
7	1.13	45	10-14	27	60	18	40
8	0.53	21	5-9	10	47.61	11	52.38
9	0.33	13	1-4	6	46.15	7	53.84
10	0.05	2	<1	1	50	1	50
Totali		3,968		1,745	44	2,223	56

Pavarësisht vlerës absolute të rasteve pozitive për meshkuj dhe femra, përqindjen më të madhe të rasteve e zënë femrat gati në të gjitha grupmoshat. Kjo me sa duket, vjen ngaqë femrat kanë një kontakt më të mundshëm.

2. Gjatë periudhës 5 Dhjetor 2020 deri 5 Janar 2021 u testuan gjithsej **11,999 mostra**:

05.12.2020 – 05.01.2021			
Rezultati	Total	PCR	RaT
I papërcaktuar	42	3	39
Negativ	8,332	2,499	5,833
Pozitiv	3,593	2,029	1,564
Pa Përgjigje	32	24	8
Total Dhjetor 2020	11,999	4,555	7,444

- Këto mostra u analizuan kryesisht sipas metodës rtPCR, kryesish:
 - **4,555 mostra** prej të cilave:
 - **2,029 rezultuan pozitive** dhe
 - **2,499 rezultuan negative**,
 - 24 pa përgjigje, dhe
 - 3 pa përcaktim (mostrat nuk kanë në përmbajtje qeliza epiteliiale).
- dhe pas datës 21.12.2021 mostrat u testuan me metodën Rapid antigen Test, kryesisht:
 - **7,444 mostra** prej të cilave:
 - **1,564 mostra rezultuan pozitive**, dhe
 - **5,883 mostra rezultuan negative**,
 - 39 mostra pa përcaktim rezultati, dhe për
 - 8 mostra nuk është pasqyruar rezultati ne sistemin SISI (neglizhencë e operatorit).

Rezultatet paraqiten si në tabelën e mëposhtme me detajet respektive:

Perqindja	0.03%	0.30%	0.33%	0.90%	9%	19%	16%	17%	17%	20%																																
Periudha	rapmosh	1	11	12	33	337	678	582	584	628	727	3933																														
	c1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Totali		TOTALI																													
05.12.2020 deri 05.01.2021	Gjinia	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	nPCR	RaT																							
		1	0	4	7	7	5	16	17	142	195	279	399	251	331	293	331	286	342	388	339	1627	1964	2029	1564																	
Perqindja rtPCR / RaT		nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	nPCR	RaT	58.90%	43.90%															
		1	0	0	3	1	6	1	3	4	3	2	10	6	11	6	85	57	105	58	158	121	224	175	124	127	169	162	132	121	174	157	158	129	199	143	239	149	226	114	913	714

3. Gjatë periudhës 6 Janar 2021 deri 6 Shkurt 2021 u testuan gjithsej **17,326 mostra**. Mostrat për këtë periudhë u testuan kryesisht me metodën Rapid antigen Test (15% e mostrave nga totali, 2,600 mostra u testuan me metodën me rtPCR. Dhe 84.9% e mostrave, 14,726 mostra u testuan me metodën RaT) detajet e së cilave jepen si në tabelën e mëposhtme:

SARS - CoV - 2 Periudha : 06.01.2021 deri 06.02.2021	rtPCR		RaT		POZITIV				NEGATIV				Pa Percaktim		Pa Rezultat	
	rtPCR	%	RaT	%	rtPCR	%	RaT	%	rtPCR	%	RaT	%	rtPCR	RaT	rtPCR	RaT
	2600	15	14726	84.9	1285	18.2	5772	81.8	1286	12.6	8931	87.4	1	19	28	4
Totali	17326			7057				10217				20		32		
Perqindja sipas Totalit				40.77				58.93				0.12		0.18		

Numri i testeve në krahasim me muajt paraardhës pothuajse u dyfishua. Konfirmimi i rasteve të infektuar gjithashtu u dyfishua. Pozitiviteti i konfirmuar (7,057 raste ose 40.77%) brenda një kohe të shkurtër për këtë periudhë, bëri që të identifikojmë shumë më tepër burimet vatrore të infeksionit, si dhe gjurmimin e kontakteve të zgjeruara në qendrat respektive të punës. Konfirmimi i rasteve pozitive, sidomos i burimeve vatrore në institucione publike dhe jopublike, çoi në fenomenin e testimit të parakohshëm të kontakteve të zgjeruara në institucionet respektive, nëpërmjet të cilit patëm negativitet shumë më të lartë sesa pritej. Gjithashtu shumë qytetarë si kontakte të zgjeruara, duke marrë informacionin mbi rezultatin testues si Negativ, neglizhuan për t'u izoluar dhe karantinuar duke rezultuar një pjesë pozitiv pas 7 ditësh testimi nga testimi i parë.

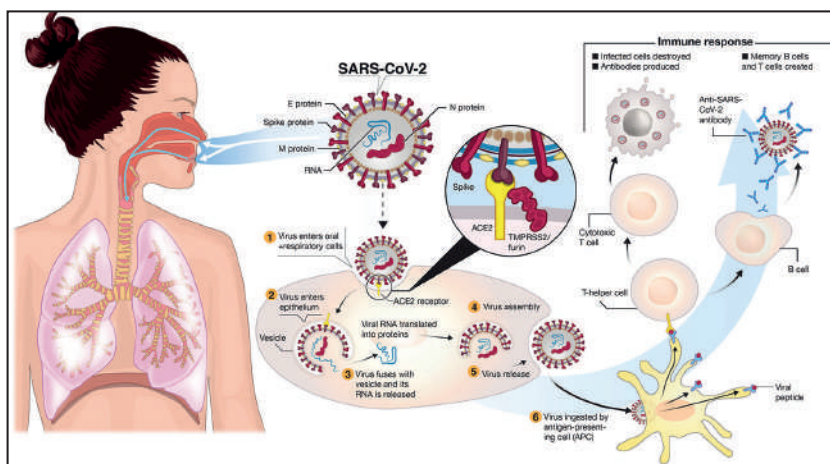


Figura 4 – Skema e infektimit dhe përgjigjes imunitare

Sa i përket përgjigjes imunitare, nga 1,500 mostra serike në studim, është konkluduar që përgjigjja imunitare për grupin IgM ka qenë prezent tek 97.58% të mostrave, ndërsa titri i IgG, tek 54.32% të rasteve të konfirmuar, ka filluar rritjen në ditën e 14 pas konfirmimit ose në ditën e 21-28 pas infektimit me SARS-CoV-2 dhe në ditën e 14-21 për kontaktet familjare për grupin IgM.

Pandemia e sëmundjes Covid-19 e shkaktuar nga virusi SARS-CoV-2, si edhe në vendin tonë, vazhdon ende të influencojë pjesën më të madhe të botës. Njohuritë mbi **testet diagnostikuese** për këtë sëmundje kanë evoluar nga dita në ditë, kështu që është shumë e rëndësishme të kuptohet qartë natyra dhe interpretimi i tyre. Duke analizuar treguesit e tre muajve si më sipër, paraqitëm në varësi të metodave testuese të përdorura deri tani, vlen të theksojmë:

Analizimit i mostrave nazofaringeale me metodën rtPCR

rtPCR (*reverse transcriptase – Polymerase Chain Reaction*) është metoda testuese më e përdorur dhe më e besueshmja drejt saktësisë të diagnozës laboratorike. *Baza testuese e kësaj metode është amplifikimi i geneve* (rritja e kopjeve të numrit të një geni të caktuar pa nevojën e rritjes proporcionale të numrit të geneve të tjera) *të ndryshme virale, si: ato që kodojnë për:*

- pjesën mbështjellëse (envelope = env), nukleokapsidin (N), proteinën “spike” (gjilpërë = S),
- polimerazën e ARN-së (RdRp), dhe
- genet e ORF1 (open reading frame 1).

Gjatë përdorimit testues, vërejmë që kjo metodë diagnostike:

- Ka më tepër saktësi diagnostike në lidhje me përputhshmërinë e klinikës SARS-CoV-2,
- Paraqet vështirësi në kohëzgjatjen e marrjes të mostrës për faktin se mostra merret nga pacienti në kushtet e banimit të tij,
- Paraqet vështirësi të kohëzgjatjes së lëvizjes deri në arritjen e mostrave në laboratorin e virologjisë së ISHP,
- Paraqet vonesa në kohë për rezultatet e testimit dhe marrjes e dhënies të përgjigjeve në nivel pacienti.

Mostrat nazale të analizuara me metodën RaT (Rapid antigen Test)

Nëpërmjet kësaj metode diagnostike, vërejmë që:

- Për saktësinë e diagnozës kërkohet vëmendje e madhe si në marrjen e mostrës, ashtu edhe në procedurën testuese: sa për siguri të rezultateve sa më të sakta, aq edhe siguri të ruajtjes ndaj vetë-infektimit me mostrat antigjenike për testim.
- Sigurojmë një numër shumë më të madh testimesh sesa me metodën rtPCR, krahasimisht duke arritur deri edhe në trefishim të testimeve.
- Përgjigjja e rezultateve testuese deri në nivel pacienti realizohet brenda një kohe shumë më të shkurtër sesa metoda rtPCR.
- Identifikohen në një kohë tepër të shkurtër vatrat e infektimit dhe gjurmimi i kontakteve të ngushta dhe i kontakteve të zgjeruara.
- Orjenton më shpejt identifikimin e ri-infektimeve duke na orjentuar verifikimet dhe konfirmimet drejt metodës rtPCR.
- Orjenton drejt konfirmimit më të shpejtë të infektimeve të mundshme me shtame mutante (raste të dyshuara si të infektuar brenda vendit, por edhe si të infektuar si udhëtarë nga vende të ndryshme të botës drejt vendit tonë) për të cilat kemi përcaktuar më saktë se cilat subjekte të dyshuara si të infektuar të tillë të testohen me rtPCR, mostrat e të cilëve janë dërguar nga ISHP në Laboratorët Evropian të References.
- Është konstatuar edhe ndikimi e garancisë së cilësisë komerciale të testeve të shpejta (testet Roche, paraqesin më tepër përparësi diagnostike).

Mostrat serike të analizuara me metoden ELISA IgG + IgM

Nëpërmjet kësaj metode diagnostike, kemi konstatuar se:

- U pranuan në studim rreth 1,500 mostra serike prej të cilave 500 mostra nga rastet e konfirmuara pozitive me SARS-CoV-2 me metodën rtPCR dhe 1,000 mostra nga kontaktet e ngushta të rasteve respektive në familje.

- Mostrat serike janë siguruar (për rastin dhe kontaktet e ngushta) në ditën e parë të konfirmimit të rastit dhe në ditën e 14 pas ditës të konfirmuar pozitiv të rastit.
- Mostrat serike për testim me metodën ELISA, janë siguruar gjatë hetimeve epidemiologjike në terren, si për rastin, ashtu edhe për kontaktet e ngushta familjare, paralel me sigurimin e mostrave nazofaringeale për testim me rtPCR.
- Pas testimit serodiagnostik të mostrave, konstatohet se:
 - Antitruapat imunoglobulin të grupit M në rreth 93.1% të rasteve janë aktivizuar nga dita e 7-10 pas infektimit me SARS-CoV-2. Përqindja e rritjes të titrit IgM për rastet asimptomatike me rtPCR pozitiv është shumë e vogël – rreth 0.001% të rasteve me IgM të lartë.
 - Antitruapat imunoglobulin të grupit M në rreth 6.9% të rasteve janë aktivizuar nga dita e 10-12 pas infektimit me SARS-CoV-2.
 - Antitruapat imunoglobulin të grupit G në rreth 82.8% të rasteve janë aktivizuar nga dita e 14-18 pas datës të konfirmimit të infektimit me SARS-CoV-2.
 - Antitruapat imunoglobulin të grupit G në rreth 10.5% të rasteve janë aktivizuar nga dita e 18-28 pas datës të konfirmimit të infektimit me SARS-CoV-2.
 - Antitruapat imunoglobulin të grupit G në rreth 6.7% të rasteve, pas 14-28 ditë konfirmimi, pothuaj nuk hasim aktivizim të këtij grupi imunoglobulinik. Me sa duket, ka një ndikim antibiotikoterapia apo antiviralterapia apo dhe kortikoterapia. Në këtë kontigjent me rtPCR pozitiv dhe titër IgG gati mospërfillës, klinikisht hyjnë kryesisht të sëmurët kronikë, si:
 - Diabetik insulinovartës
 - Diabetik jo insulinovartës
 - Kardiopat
 - Hipertonikët
 - Me faktorët e rrezikut kardiometabolik të kombinuar
 - Obezët

Mbështetur në këto tregues serodiagnostik, vërejmë që përgjigjja imunitare si për IgM, ashtu edhe për IgG, prezantohen e ndryshueshme ne grupopullata të ndryshme, por edhe në kushte të ndryshme shëndetësore të subjekteve në studim.

Nga ndjekja e ecurisë klinike dhe rezultateve laboratorike që kemi arritur gjatë këtyre 3 muajve në studim për rreth 25 pacientë të cilët i kemi ndjekur që në ditën e parë të pozitivitetit deri në ditën e 35 (koha me maksimale e negativizimit), në shumicën e individëve që paraqiten me infeksion simptomatik të Covid-19, ARN-ja virale e matur me pragun e ciklit që shumë laboratorë shkencorë e quajnë *cycle threshold*, bëhet e detektueshme që në ditën e parë të simptomave dhe arrin maksimumin brenda javës. **Pragu i ciklit (*Cycle threshold – Ct*) është numri i cikleve të replikimit viral që kërkohet për të prodhuar një sinjal fluoreshent.** Vlerat më të ulëta të Ct-së përfaqësojnë ngarkesën më të lartë të ARN-së virale. Një vlerë Ct-je më pak se 40 raportohet klinikisht si PCR pozitive. Ky pozitivitet zakonisht në shumicën e rasteve në studim, ka filluar rënien nga java e tretë deri në negativizimin e saj në javën e katërt, për rreth 85% të rasteve në studim, ose deri në javën e pestë për 10-12% të rasteve, ose fundi i javës së gjashtë për rreth 3-5% të rasteve në studim, derisa më pas bëhet krejtësisht i padukshëm. Megjithatë, një PCR pozitive pasqyron vetëm zbulimin e ARN-së virale dhe nuk tregon domosdoshmërisht praninë e një virusi me kapacitet infektues, për vetë faktin që kemi raste edhe asimptomatike, por që nuk kanë qenë pjesë e ndjekjes sonë të rasteve të përfshira. Në lidhje me asimptomatikët, besoj që Instituti i Shëndetit Publik do të arrijë të paraqesë raportin përfundimtar analitik dhe konkluziv pas pandemisë.

Megjithatë, nga studimet e publikuara nga laboratorët shkencorë të vendeve evropiane dhe botërore shumë të zhvilluara, është publikuar që në disa raste ARN virale është zbuluar prej PCR edhe pas

javës së 6 nga testi i parë *rtPCR* pozitiv. Sikundër që në disa raste të tjera shumë të rralla, janë raportuar rezultate pozitive edhe pas 2 testeve të njëpasnjëshme negative të kryera 24 orë larg njëri test nga tjetri, kundrejt arsyeve, ose:

- një gabim në testim, ose
- një ri-infeksion, apo
- një riaktivizim i virusit.

KONKLUSIONE:

1. Metoda testuese tradicionale **rtPCR test**, mbetet metoda me përparësitë superiore ndaj çfarëdo metode tjetër testuese të praktikuar gjer më tani, për vetë faktin e saktësisë diagnostike, por numri i të testuarve mbetet i vogël në krahasim me numrin e testeve me metodën **Rapid antigen Test** për arsye të zgjatjes në kohë që nga marrja e mostrave deri në përfundim dhe delegim të rezultateve laboratorike në nivel mjeku familjeje dhe pacienti.
2. Metoda testuese **Rapid antigen Test**, ka përparësinë e saj testuese për vetë faktin e testimit më të madh në numër (afro trefish më shumë), por sensitiviteti i metodikës testuese varion sa nga komercializimi i tyre (Testet Roche më sensitive në kapjen e rasteve pozitiv), aq edhe nga përkushtimi me profesionalizëm dhe vëmendshmëria e testuesit në marrjen e mostrës nazale, exterpimin e qelizave epiteliiale të mundëshme të infektuara dhe procedurës testuese deri në relativimin e përgjigjes të rezultatit. Kemi konstatuar raste të dyshimta në rezultat, por është bërë punë suplementare duke saktësuar diagnozën laboratorike me testim të mostrave paralele me *rtPCR* test.
3. Metoda **serodiagnostike** për përcaktimin e aktivizimit të përgjigjes imunitare, pavarësisht se është kosto e lartë, por duhet shtrirë në të gjithë vendin me testim të gruppopullatave të ndryshme dhe me shpërndarje gjeografike bazuar në të dhënat epidemiologjike mbi zgjerimin e zinxhirit transmetues të infeksionit viral SARS-CoV-2.
4. **Nga të gjithë grupmoshat** në studim, konstatohet që **më të infektuarit janë:**
 - **Në vend të parë** listohet **grupmosha 25-35 vjeç (20.03%)**, grupmoshë e të rinjve, grupmoshë që shkujdeset dhe neglizhon në zbatimin e masave antikovid dhe ndërkohë bëhet burim transmetues infeksioni ndaj grupmoshave të tjera. Prejt tyre më të infektuar janë femrat (60.37%) në raport me meshkujt (39.62%),
 - **Në vend të dytë** listohet **grupmosha mbi 65 vjeç (18.97%)**, prej të cilëve meshkujt (52.25%) dhe femrat (46.74%),
 - **Në vend të tretë** listohet **grupmosha 55-64 vjeç (17.7%)**, prej të cilëve femrat (56.25%) dhe meshkujt (43.75%),
 - **Raporti** i rasteve në total të konfirmuar pozitivë **femra ndaj meshkuj** i shprehur në përqindje, rezulton më i madh për **femra (56%)** se për **meshkuj (44%)**.
 - Grupmoshat pediatrike dhe shkollore zënë nga 0.05 deri 1.13% të të konfirmuarve pozitivë.
 - Në lidhje me ecurinë klinike mund të ofrojmë të dhëna jo shumë të sakta, pasi me një raport përfundimtar priten të dhëna konkludive nga bashkëpunimi i Institutit të Shëndetit Publik drejtorisë së politikave shëndetësore të Ministrisë së Shëndetësisë dhe shërbimeve spitalore rajonale e universitare apo shërbimeve ambulatorie publike dhe jopublike që kanë qenë të fokusuar drejtpërdrejt në trajtimin klinik të të sëmurëve me Covid-19. Megjithatë, po listojmë më poshtë rastet e të sëmurëve kronik me patologjitë më të riskuar të konfirmuar me SARS-CoV-2 pozitiv:
 - **Të sëmurët me faktorë rreziku kardiometabolik të kombinuar, të cilët janë hospitalizuar kryesisht në shërbimet spitalore universitare:**
 - **Kardiopatët**
 - **Diabetiket insulinvariantës dhe jo insulinvariantës**
 - **Hypertonikët**
 - **Obezët**

5. Nga testimet e deritanishme për konfirmim të mundshëm të shtameve mutante në rajonin e Tiranës, nga 28 mostra të dërguara në laboratorët e virologjisë për testim, nuk kemi konfirmim pozitiviteti për raste mutacionesh.
6. Në lidhje me skemat e mjekimit nuk mund të paraqesim asnjë të dhënë, pasi priten konkluzione të strukturave përgjegjëse.
7. Në vazhdim të testeve me RaT dhe rtPCR, konstatojmë që zinxhiri transmetues i infeksionit po minimizohet. Kjo luftë duhet vazhduar sa me izolimin e rasteve të konfirmuar pozitivë, sa me karantinimin e kontakteve kryesisht të ngushta, aq edhe me gjurmimin e kontakteve e vatrave infektive të mundshme, por edhe me vaksinimin masiv të popullatës në mbarë vendin.

REKOMANDIME:

Duke marrë shkas nga situatat mjekësore dhe kryesisht epidemiologjike të vendit si në periudhën 2-vjeçare të endemisë për morbilli (2018-2019), ashtu edhe tani mbi pandeminë Covid-19, rekomandojmë:

- Politikat mbi epidemiologjinë kryesisht për rajonin e Tiranës duhet të jenë në qendër të vëmendjes për të rritur numrin e epidemiologëve (1 epidemiolog për 100,000 banorë dhe 2 ndihmës epidemiolog për 100,000 banorë të pajisur me të gjithë logjistikën e domosdoshme për hetimin epidemiologjik dhe mbajtjen nën kontroll të vatrave infektive në vend) dhe mundësi aksesit më të shtuar të shërbimit të epidemiologjisë me strukturat shëndetësore ambulatorë dhe spitalore.
- Ligji nr. 15 datë 10.03.2016 “Për parandalimin dhe luftimin e infeksioneve dhe sëmundjeve infektive”, të shoqërohet me urdhër dhe udhëzimet respektive për mirëinterpretim të tij për të qenë më praktik në zbatim nga instancat përgjegjëse kontrolluese dhe zbatuese. Njohja e këtij ligji duhet të bëhet nga të gjitha institucionet përgjegjëse publike dhe jopublike.
- Është koha ku të përfshihen shumë struktura drejtuese të vendit për të hequr dorë nga sjelljet sociale të deritanishme që bëjnë të mundur transmetimin e infeksioneve apo sëmundjeve infektive.
- Strukturat e shërbimit social dhe strukturat policore apo edhe ushtarake, duhet të organizohen ndaj situatave të tilla të ngjashme që nga njëra anë të jenë më aktivë ndaj popullatës në rrezik dhe nga ana tjetër sociologët të shpalojnë aftësitë e tyre në ndihmë të popullatës dhe jo të mjaftohen me analiza postpandemike, apo postendemike.

REFERENCA:

1. Wölfel R, Corman VM, Guggemos, et al. *Virological assessment of hospitalized patients with Covid-19. Nature. 2020. Published online April 1, 2020.*
2. CDC. *Return-to-work criteria for healthcare workers. Updated April 30, 2020. Accessed May 3, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>*
3. Wang, Xu Y, Gao R, et al. *Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. JAMA. 2020. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786*
4. Xiang F, Wang X, He X, et al. *Antibody detection and dynamic characteristics in patients with COVID-19. Clin Infect Dis. 2020*
5. Xiao AT, Gao C, Zhang S. *Profile of specific antibodies to SARS-CoV-2: the first report. J Infect. 2020; S0163-4453(20)30138-9. Published online March 21, 2020.*

ASTMA SI KOMORBIDITET NË INFEKSIONIN NGA SARS-COV-2 FAKTOR RISKU APO MBROJTËS?

Dr. Julijana ASLLANI, Prof. Dr. Alfred PRIFTANJI
Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

“Misfortune might be a blessing in disguise” (Book of the way) nga Lao-Tzu

HYRJE

Që prej Marsit të 2020 kur OBSH shpalli gjendjen e Pandemise Globale nga SARS-CoV-2, Covid-19 u përhap në mënyrë të shpejtë duke u shndërruar në një nga pandemitë më të rrezikshme të të gjitha kohërave. Informacionet mbi aspekte të ndryshme lidhur me fizpatologjinë, manifestimet klinike, faktorët e riskut apo prognozën janë të shumta, por ende, edhe pse pas një viti në luftë, ka të panjohura. Astma bronkiale (një ndër sëmundjet kronike më të zakonshme në popullatë) sëbashku me hipertensionin arterial, diabetin mellitus, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet renale kronike janë komorbiditete që mund të impaktojnë dekursin e infeksionit nga SARS-CoV-2. Edhe pse shumë studime nuk provojnë një lidhje mes alergjive dhe astmës si faktorë risku për një prognozë më të rëndë të infeksionit nga SARS-CoV-2, nëse astma është një faktor risku apo mbrojtës, kjo mbetet ende e paqartë^(1,2). Qëllimi ynë është paraqitja e të dhënave nga botime recente lidhur me impaktin e astmës bronkiale në dekursin e Covid-19.

1.1. Patogjeneza e infeksionit nga SARS-CoV-2

Koronaviruset janë zbuluar në 1930 dhe janë viruse me mbështjellë me një zinxhir ARN me sens pozitiv dhe me spike në sipërfaqe që e bëjnë të duket si kurorë, “corona”. Sindromi respirator akut i rëndë nga koronavirusi (SARS-CoV 2003), Sindromi respirator nga koronavirusi i Lindjes së Mesme (MERS-CoV 2012) dhe Sindromi i rëndë respirator akut nga koronavirus 2 (SARS-CoV-2) janë koronavirusë humane që shkaktojnë simptoma të rënda⁽²⁾. SARS-CoV-2 transmetohet përmes spërklave me rrugë respiratore (>5µg) ose me aerosol (<5µg). Ky virus lidhet me receptorin e ACE2 (Enzimës Angiotenzinë–Konvertuese-2) për të hyrë në qelizat e hostit dhe për tu replikuar. Në stadet e para të infektimit SARS-CoV-2 ka target kryesisht qelizat e mukozave oro-nazale, qelizat epiteliiale bronkiale dhe pneumocitet të cilat janë të pasura me receptorë ACE2 dhe janë rrugët e para të kontaktit me virusin⁽⁴⁾. Hyrja në qelizë realizohet pas njohjes së domenit lidhës të receptorit (RBD) në proteinën S të SARS-CoV-2 me receptorin specifik ACE-2 në sipërfaqe të qelizës së hostit. Pas hyrjes, ARN-ja virale njihet nga Pattern Recognition Receptors (PRR) të cilat më pas aktivizojnë kaskada të faktorëve të transkriptimit dhe çojnë në prodhimin e Interferonit antiviral tipi I dhe III, citokinave pro-inflamatore dhe kemokinave të ndryshme⁽⁵⁾. Pas lidhjes me qelizat epiteliiale të traktit respirator, SARS-CoV-2 nis të shumohet dhe të migrojë në rrugët e poshtme respiratore duke hyrë në qelizat epiteliiale bronkiale dhe alveolare. Invazioni i virusit në qelizat pulmonare, miocite dhe qelizat endoteliale të sistemit vaskular çon në ndryshime inflamatorë duke përfshirë edemën, degjenerimin dhe ndryshimet nekrotike. Përgjigja imune e menjëhershme dhe ajo adaptive mund të ndryshojnë me shpejtësi përgjatë dekursit të infeksionit. Në pacientët e infektuar me SARS-CoV-2 vërehet përgjigje jo e ekuilibruar e citokinave me shtim të citokinave pro dhe anti-inflamatore. Mendohet se IL6 luan një rol kyç në patogjenezë e shoqëruar nga shtim edhe i citokinave të tjera si G-CSF, TNF-α, MCP-1, IL-6, IL-10, IL-2 dhe IL-7. Tranzicioni

nga përgjigjja imune e menjëhershme në atë të adaptuar është kritik për progresin klinik të infeksionit nga SARS-CoV-2. Ky moment kyç do të përcaktojë zhvillimin e një përgjigje imune mbrojtëse ose një përgjigje inflamatore të ekzagjeruar. Protagonistët kryesorë të përgjigjes imune adaptive janë limfocitet T.

1.2. Manifestimet klinike të Covid-19

Manifestimet klinike në pacientët me Covid-19 mund të jenë nga asimptomatike deri në manifestime të rënda e vdekjeprurëse (figura 1). Periudha mesatare e inkubimit është rreth 5.1 ditë. Pjesa më e madhe e pacientëve paraqitet me simptoma të lehta dhe 97.5% e pacientëve simptomatikë bëhen evidente brenda 11.5 ditëve nga infektimi⁽⁷⁾. Në fazën replikative të virusit vërehen simptoma të lehta të ngjashme me infektimet nga Influenza. Simptomat e sipërme respiratore nuk janë të shpeshta edhe pse nazofaringu është organi i parë që preket. Simptomat më të zakonshme përfshijnë ethe (83-99%), kollë të thatë (59-82%), lodhje (44-70%), anoreksi (40-84%), vështirësi në frymëmarrjes (31-40%) dhe mialgji (11-35%)⁽⁸⁾. Pacientët paraqesin shpesh simptoma të traktit tretës si: anoreksia, diarrea, të vjellat dhe dhimbjet e barkut, të cilat zakonisht i paraprijnë simptomave respiratore dhe temperaturës së lartë. Covid-19 mund të shoqërohet edhe me manifestime neurologjike si: cefale, delir, encefalopati, axhitim, stroke, meningo-encefalit, dëmtimin e shijes dhe nuhatjes, ankth, depresion, konfuzion dhe probleme të gjumit⁽⁹⁾. Në disa pacientë mund të zhvillohet edhe stuhia e citokinave që përkufizohet si disfunksion organor jetë-kërcënues i shkaktuar nga përgjigjja jo e përshtatshme e hostit ndaj një trigeri infektiv. Janë këto ndryshime inflamatore që kontribuojnë në patogjenezën e dëmtimit pulmonar, dëmtimit hipoksik të miociteve, qelizave endoteliale dhe qelizave miokardiale e që mund të çojnë në pneumoni të rënda apo evente tromboembolike në pacientët me Covid-19. Dekursi klinik i infeksionit nga SARS-CoV-2 varet nga disa faktorë të lidhur me dozën virale, përgjigjen imune të individit dhe faktorë të tjerë risku si sëmundjet bashkëshoqëruese, obeziteti, duhanpirja, etj...

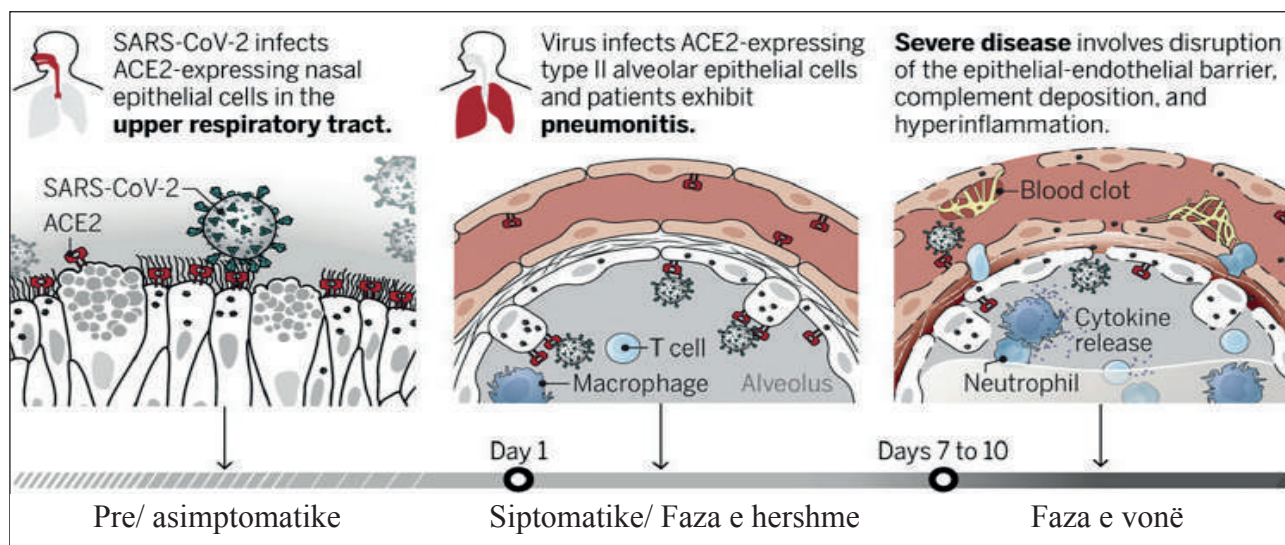


Fig. 1. Fazat klinike të infeksionit nga SARS-CoV-2. (Marrë nga Matheson dhe Lehner)

1.3. Astma preekzistuese dhe Covid-19

Pacientët me alergji apo astmë bronkiale sipas literaturës janë më vulnerabël se popullata e përgjithshme ndaj infeksioneve virale respiratore⁽¹⁾. Në prani të infeksioneve respiratore nga rinoviruset, koronaviruset sezonal apo viruse të tjerë respirator këta pacientë kanë zakonisht një risk më të rritur për prognozë më të rëndë krahasuar me pacientët që nuk vuajnë nga astma⁽¹⁾. Studime të mëparshme kanë treguar që prodhimi i INF në pacientët me astmë paraqitet i dëmtuar. Gjithashtu edhe prodhimi i INF- β nga qelizat e epitelit bronkial të këtyrë pacientëve është defiqitar çka çon në dëmtim të apoptozës dhe rritje të replikimit të rinoviruseve. Prodhimi i IgE-ve në pacientët me astmë korelon në mënyrë të zhdrejtë me reduktimin e sekretimit të INF- α . Këto të dhëna mund të shpjegojnë edhe përgjigjen defiqitare antivirale në këta

pacientë dhe riskun më të rritur për ekzacerbime nga viruset respiratore⁽¹²⁾. Në fillim të pandemisë nga Covid-19, astma dhe alergjitë u konsideruan nga Qendra e Kontrollit dhe Parandalimit të Sëmundjeve (CDC) si faktorë risku. Megjithatë në të dhënat e para të publikuara nuk u specifikuan fenotipet e astmës dhe impakti i Covid-19 në secilin fenotip. Akademia Evropiane e Alergologjisë dhe Imunologjisë Klinike (EAACI) dhe Riniti Alergjik dhe Impakti në Astmë (ARIA) deklaruan se pacientët me alergji respiratore nuk përkeqësohen apo nuk janë faktor risku për Covid-19 të rëndë⁽¹⁰⁾. Incidenca e raportuar e astmës (0-12.5%) apo sëmundjeve të tjera alergjike në disa studime është më e ulët se prevalenca e tyre në popullatë për të bërë të mundur arritjen e një konkluzioni lidhur me severitetin e Covid-19 në pacientët me astmë preekzistuese⁽¹⁴⁾. Ndërsa në një meta-analizë të pacientëve të hospitalizuar me Covid-19 rezultoi një prevalencë e astmës në këta pacientë e ngjashme me atë të popullatës⁽¹⁶⁾.

1.3.1. *Receptorët ACE2 në pacientët me astmë, alergji respiratore dhe Covid-19*

Receptorët ACE2 dhe ekspresioni i ndryshëm i tyre në inde të ndryshme mendohet të luajë një rol të rëndësishëm në dekursin dhe gravitetin e infeksionit nga SARS-CoV-2. Receptorët ACE2 gjenden të shprehura në pulmone, endotel, zemër, hepar, veshka, zorrë dhe vezikë urinare. Të dhënat mbi astmën dhe korelacionin e severitetit të Covid-19 në këta pacientë lidhur me ACE2 janë mikse dhe të limituara. Sipas Jackons et al u raportua se pacientët me astmë alergjike kishin një shprehje më të ulët të receptorëve ACE2 në epitelin e nazal dhe bronkial. Ndërsa në pacientët jo-atopik nuk u vërejt një shprehje e ulët e ACE2. Të dhëna të ngjashme mbështeten edhe nga disa studime të tjera^(15,16) (ku është diferencuar astma sipas endotipeve) është gjetur një shprehje e ulur e ACE2 dhe rritje e TMPRSS2 në epitelin nazal të pacientëve me astmë dhe rinit alergjik krahasuar me adultë të shëndetshëm. Gjithashtu u observua se IL13 (citokinë e lidhur me astmën e tipit 2) ndikon në uljen e ACE2 në epitelin nazal dhe respirator të këtyre pacientëve. Ata konkluduan se pikërisht ekspresioni i ulët i ACE2 ishte një ndër faktorët kyç të lidhur me severitet më të ulët të infeksionit nga SARS-CoV-2 në pacientët me astmë⁽¹¹⁾. Ka studime të pakta^(13,14) që kanë vërejtur një shprehje lehtësisht më të rritur të ACE2 në pacientët me astmë por studimet më recente raportojnë një nivel më të ulët të shprehjes së ACE2 në epitelin respirator, lavazhin bronko-alveolar apo biopsitë e pacientëve me astmë.

1.3.2. *Inflamacioni eozinofilik dhe përdorimi i kortikosteroidëve në pacientët me astmë dhe impakti i tyre në dekursin e infeksionit nga SARS-CoV-2*

Astma bronkiale nuk konsiderohet më si një entitet i vetëm por si një diagnozë heterogjene lidhur me endotipe, fenotipe, severitet dhe përgjigje ndaj trajtimit që varion në individë të ndryshëm dhe manifestohet me dispne, wheezing, kollë, shtrëngim në gjoks dhe obstrukcion reversibël të rrugëve të ajrit. Astma klasifikohet në dy endotipe kryesore (ka edhe endotipe të tjera më pak të shpeshta) në varësi të mekanizmit fizopatologjik në astmë të tipit 2 (e shoqëruar me inflamacion eozinofilik) dhe astmë jo e tipit 2 (inflamacion kryesisht neutrofilik ose paucigranulocitar)⁽¹⁷⁾. Pjesa më e madhe e studimeve mbi astmën dhe Covid-19 nuk marrin në konsideratë klasifikimin e astmës sipas endotipeve apo fenotipeve. Megjithëse nevojiten studime të tjera më të diferencuara në lidhje me inflamacionin eozinofilik dhe impaktin në prognozën e Covid-19, duhet të theksojmë se ka mjaft studime që e konsiderojnë inflamacionin eozinofilik në pacientët me astmë si faktor mbrojtës. Të dhënat nga disa studime kohorte të pacientëve të diagnostikuar me Covid-19 dhe astmë preekzistuese raportuan një mortalitet më të ulët nga Covid-19 në pacientët e hospitalizuar dhe me një eozinofili absolute >200 qeliza/ μ L (në grupin e pacientëve me astmë)⁽¹⁸⁾ dhe një risk më të ulët për fatalitet në pacientët me astmë në shërbimin e reanimacionit me një eozinofili absolute >500 qeliza/ μ L krahasuar me grupin e pacientëve pa astmë në një kohort në Francë⁽¹⁹⁾. Fakti që disa nga të dhënat e deritanishme janë në favor të hipotezës që astma apo alergjitë e tipit 2 (të shoqëruara me inflamacion eozinofilik) karakterizohet nga ulja e ekspresionit të ACE2 në epitelin e rrugëve të ajrit mund të jetë një ndër shpjegimet pse risku për gravitet të Covid-19 në këta pacientë është më i ulët⁽¹⁸⁾.

Kortikosteroidët (KS) të kombinuar ose jo me bronkodilatator janë përdorur gjerësisht në trajtimin e pacientëve me astmë. Në studimet in vitro (në pjesën më të madhe të tyre me rinoviruse) vërehet

se përdorimi i kortikosteroidëve mund të dëmtojë përgjigjen imune antivirale dhe mund të vonojë klirensin e virusit⁽²²⁾. Studimet mbi impaktin e tyre në gravitetin e Covid-19 janë të pakta por ato të botuara së fundi raportojnë se përdorimi i kortikosteroidëve inhalator (KSI) në pacientët me astmë dhe SPOK çon në reduktim dozë-dependent të shprehjes së ACE2 dhe TMPRSS2-mARN në sputumin e induktuar të këtyre pacientëve (figura 2). Ky është një nga mekanizmat që mund të shpjegojë një dekurs më të lehtë të infeksionit nga SARS-CoV-2 dhe mbështet rekomandimet e EAACI, ARIA dhe OBSH për vazhdimin e mjekimit të rregullt me KSI të pacientëve me astmë edhe përgjatë pandemisë. Studime të tjera janë të nevojshme për të dhëna më specifike lidhur me impaktin e KSI në reduktimin e shprehjes së ACE2 në pulmone^(24,28).

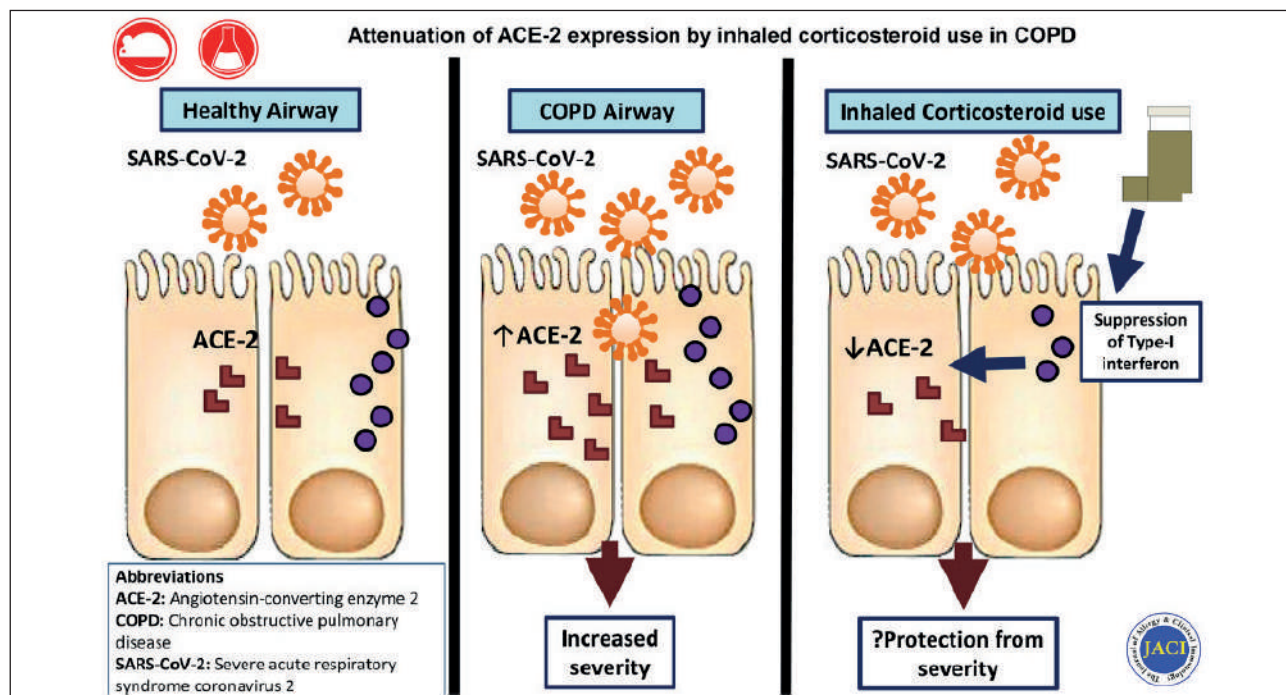


Fig. 2. Përdorimi i KSI dhe impakti i tyre në shprehjen e receptorëve ACE2⁽²⁸⁾

1.3.3. Astma bronkiale në pacientët me Covid-19 lidhur me riksun për hospitalizime, intubim apo fatalitet

Studimet mbi riskun më të lartë ose jo të pacientëve astmatik për hospitalizim, mortalitet apo intubim janë ende të paqarta plotësisht. Në një studim kohort të 10,523 pacientëve të diagnostikuar me Covid-19 u vlerësuan karakteristikat e pacientëve që kishin astmë preekzistuese (4.4%) dhe gravitetin e infeksionit nga SARS-CoV-2 lidhur me hospitalizimet dhe mortalitetin. U vërejt një mortalitet më i ulët në grupin me astmë dhe një risk më i ulët për nevojë për shërbim intensiv (reanimacion) por nuk u vërejt një risk më i ulët për hospitalizim në këtë grup⁽¹⁸⁾. Në një kohort tjetër me disa qendra, pacientët me astmë (pa ndryshime sinjifikante ndërmjet atyre alergjike dhe joalergjike) kishin një risk rreth 3 herë më të ulët për fatalitet se kontrollët por risk të njëjtë me ta lidhur me hospitalizimet apo intubimin⁽²⁵⁾. Nuk u vërejt një risk më i lartë në pacientët me astmë për hospitalizim më të zgjatur, ventilim mekanik dhe intubim endotrakeal, apo komplikacione dhe fatalitet nga Covid-19 edhe në një studim retrospektiv të gjerë⁽²⁶⁾. Vetëm të dhënat nga një studim raportuan një kohë më të zgjatur të intubimit endotrakeal krahasuar me pacientët pa astmë por nuk u vërejt një risk më i lartë për fatalitet apo sindromin e detresit respirator akut⁽²⁷⁾. Në pjesën më të madhe të studimeve nuk është arritur të diferencohen fenotipet apo endotipet e astmës, megjithatë ka disa studime që raportojnë një risk më të ulët për prognozë të rëndë të Covid-19 në pacientët me astmë alergjike (atopikë) krahasuar me ata me astmë jo alergjike (jo atopikë). Në një kohort të gjerë në popullatë u analizua risku për infeksion të rëndë nga SARS-CoV-2 në pacientët me astmë alergjike dhe jo alergjike dhe u vërejt një risk më

i rritur (48%) i infeksionit të rëndë tek pacientët me asmtë jo alergjike krahasuar me ata me asmtë alergjike⁽²⁰⁾. Të dhëna të ngjashme u mbështetën edhe nga një tjetër kohort në Kore ku pacientët me asmtë jo alergjike kishin gjasa më të mëdha për ditëqëndrim më të gjatë në spital, dhe gravitet më të rritur nga Covid-19⁽²¹⁾.

KONKLUZIONE

Me të dhënat dhe studimet e publikuara deri më tani mund të konstatojmë se astma preekzistuese nuk përkeqësohet dhe nuk përbën një faktor risku për një prognozë të rëndë të Covid-19. Faktor si shprehja më e ulët e receptorëve ACE2 në epitelin respirator, eozinofilia (karakteristike për astmën e tipit 2) dhe përdorimi i mëparshëm i KSI janë disa nga karakteristikat e pacientëve me asmtë që mund të çojnë drejt një forme më të lehtë të infeksionit nga SARS-CoV-2. Megjithatë duhen ende studime të tjera më të thelluara për të vlerësuar rolin e astmës preekzistuese apo trajtimit me KS në modifikimin e riskut për një prognozë më të rëndë apo më të lehtë nga Covid-19.

REFERENCA

1. Cao L, et al Asthma in COVID-19 suspected and diagnosed patients, *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* (2021)
2. Sunita Chhapola Shukla ACE2 expression in allergic airway disease may decrease the risk and severity of COVID-19 *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology Springer Nature* 2020
3. Girish Pathangey et al Angiotensin-converting enzyme 2 and COVID-19: patients, comorbidities, and therapies *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 320: L301–L330, 2021. First published November 25, 2020;
4. Walls A.C., Park Y.J. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Journal. Walls A.C., Park Y.J. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. Journal.*
5. Hur S. Double-stranded RNA sensors and modulators in innate immunity. *Annu Rev Immunol.* (2019) 37:349–75. doi: 10.1146.
6. Shuang Liu et al COVID-19 and Asthma: Reflection During the Pandemic *Clinical Reviews in Allergy & Immunology* (2020) 59:78–88
7. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, Azman AS, Reich NG, Lessler J (2020) The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Ann Intern Med* 172:577.
8. Li LQ, Huang T, Wang YQ, Wang ZP, Liang Y, Huang TB, Zhang HY, Sun W, Wang Y (2020) COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol* 92:577–583.
9. Pan L., Mu M., Yang P. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2020;115:766–773
10. Scadding GK et al (2020) Allergic respiratory disease care in the COVID-19 era: a EUFOREA statement. *World Allergy Organ J* 13:100124.
11. Jackson DJ, Busse WW, Bacharier LB, Kattan M, O'Connor GT, Wood RA et al (2020) Association of respiratory allergy, asthma, and expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2. *J Allergy Clin Immunol* 146(1):203–206.e3
12. Gonzales-van Horn SR, Farrar JD (2015) Interferon at the crossroads of allergy and viral infections. *J Leukoc Biol* 98(2):185–194.
13. Saheb Sharif-Askari et al Airways expression of SARSCoV- receptor, ACE2, and TMPRSS2 is lower in children than adults and increases with smoking and COPD. *Mol Ther Methods Clin Dev* 18: 1–6, 2020. doi:10.1016/j.omtm.2020.05.013.
14. Radzikowska U, Ding M et al (2020) Distribution of ACE2, CD147, CD26 and other SARS-CoV-2 associated molecules in tissues and immune cells in health and in asthma, COPD, obesity, hypertension, and COVID-19 risk factors. *Basic Transl Allergy Immunol.*
15. Kimura H et al (2020) Type 2 inflammation modulates ACE2 and TMPRSS2 in airway epithelial cells. *J Allergy Clin Immunol* 146:80–88
16. Broadhurst R, Peterson R, Wisnivesky JP, Federman A, Zimmer SM, Sharma S, et al. Asthma in COVID-19 hospitalizations: an overestimated risk factor? *Ann Am Thorac Soc* 2020;17:1645-8.
17. Kuruvilla et al. Understanding Asthma Phenotypes, Endotypes, and Mechanisms of Disease. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2019 April; 56(2): 219–233.
18. Ho KS, Howell D, Rogers L, Narasimhan B, Verma H, Steiger D, The Relationship Between Asthma, Eosinophilia, and Outcomes in COVID-19 Infection, *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* (2021)
19. Fraisse M, Logre E, Mentec H, et al. Eosinophilia in critically ill COVID-19 patients: a French monocenter retrospective study. *Crit Care* 2020 11 3;24(1):635. DOI:10.1186/s13054-020-03361-z. PMID:33143729 PMCID:PMC7607895
20. Zhu Z, Hasegawa K, Ma B, Fujiogi M, & Camargo C, Liang L. Association of asthma and its genetic predisposition with the risk of severe COVID-19. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2020;146(2):327-329.e4.
21. Yang J, Koh H, Moon S et al. Allergic disorders and susceptibility to and severity of COVID-19: A nationwide cohort study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2020;146(4):790-798
22. Singanayagam A, Glanville N, Girkin JL, et al. Corticosteroid suppression of antiviral immunity increases bacterial loads and mucus production in COPD exacerbations. *Nat Commun* 2018; 9: 2229.
23. Southworth T, Patwell C, Khan N, et al. Increased type 2 inflammation post rhinovirus infection in patients with moderate asthma. *Cytokine* 2020; 125: 154857.
24. Peters MC, Sajuthi S, Deford P, Christenson S, Rios CL, Montgomery MT, et al. COVID-19 related genes in sputum cells in asthma: relationship to demographic features and corticosteroids. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202:83-90.
25. L. B. ROBINSON ET AL. COVID-19 severity in asthma patients: a multi-center matched cohort study. *JOURNAL OF ASTHMA* 2020.1857396
26. M.H. Hussein et al. Asthma in COVID-19 patients: An extra chain fitting around the neck? *Respiratory Medicine* 175 (2020) 106205
27. Mahboobeh Mahdavinia et al Asthma prolongs intubation in COVID-19 *J ALLERGY CLIN IMMUNOL PRACT* JULY/AUGUST 2020
28. Finney et al. Inhaled corticosteroids downregulate the SARS-CoV-2 receptor ACE2 in COPD through suppression of type I interferon. *J Allergy Clin Immunol* February 2021.

MJEKIMI ME TENOFOVIR I TË SËMURËVE ME HEPATIT KRONIK B

Dr. Ejona Kaçurri, Prof. Dr. Jovan BASHO

Shërbimi Hepatologji/Gastroenterologji, Universiteti i Mjekësisë, QSU "Nënë Tereza", Tiranë

Të dhëna të përgjithshme për HBV

Infeksioni nga virusi i hepatitit B (HBV) përbën një problem botëror të shëndetit publik, me sëmundshmëri dhe vdekshmëri të konsiderueshme. Rreth 2 miliard njerëz në botë (1/3 e popullsisë) kanë të dhëna serologjike për infeksion të kaluar ose të pranishëm nga virusi i hepatitit B. Sipas OBSH-së, 257 milion njerëz në të gjithë botën paraqesin dëmtime hepatike kronike nga hepatiti B, pasojë e të cilave rreth 887,000 vdekje në vit shkaktohen nga ky infeksion, kryesisht si pasojë e cirrozës dhe karcinomës hepatoqelizore (HCC).

Që prej kohës kur Blumberg zbuloi virusin B në vitin 1965, ka pasur një progres të konsiderueshëm, siç është vaksinimi i popullsisë prej vitit 1980 (në vendin tonë prej vitit 1994) dhe përdorimi të një sërë antiviralëve të efektshëm këto dy dekadat e fundit. Megjithatë, ekspozimet perinatale dhe të hershme gjatë jetës vazhdojnë të jenë burimet kryesore të infeksionit në pjesën më të madhe të vendeve në zhvillim. Shkalla e kronicizimit është rreth 5% në infeksionet e të rriturve, por arrin deri në 90% në infeksionet neonatale. Në vitin 2016, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vendosi qëllimin ambicioz të eliminimit të hepatitit viral si një problem i shëndetit publik deri në vitin 2030, me anë të rritjes së vaksinimit, procesit të skrinitimit dhe trajtimit.

Qëllimi kryesor i mjekimit me antiviralë është të përmirësojë mbijetesën dhe cilësinë e jetës duke parandaluar progredimin e sëmundjes, dhe rrjedhimisht zhvillimin e HCC. Induksioni i shtypjes afatgjatë të replikimit viral përfaqëson synimin kryesor të strategjive aktuale të trajtimit, ndërsa humbja e HBsAg është arritja përfundimtare optimale. Administrimi afatgjatë i mjekimit me barnat me barrierë të lartë rezistence si Entecaviri (ETV), Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) dhe Tenofovir alafenamide (TAF), përfaqëson trajtimin e zgjedhur.

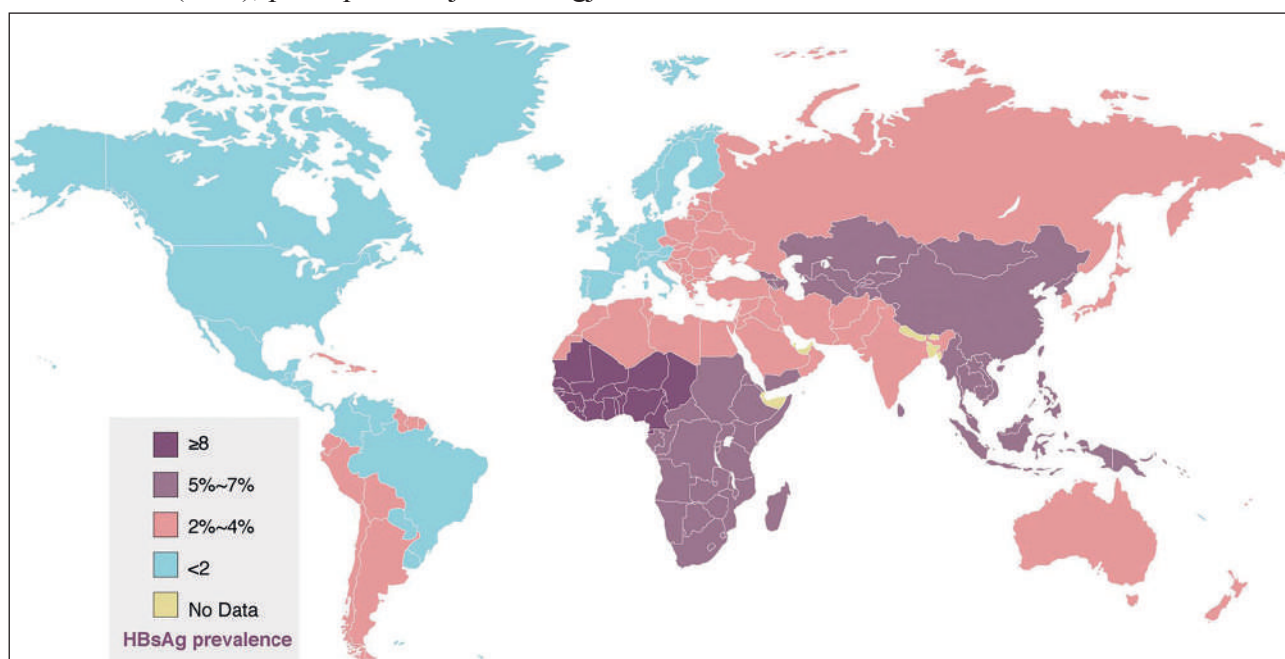


Fig.1 Prevalenca botërore e infeksionit kronik nga virusi i hepatitit B (HBV)

Epidemiologjia e hepatitit B në Shqipëri

Pavarësisht një rënieje të prevalencës së HBsAg në popullatë (nga rreth 18-19% në 1993 në 7-9% aktualisht), Shqipëria mbetet një vend mjaft endemik për infeksionin nga HBV⁽¹⁾. Ashtu si për vendet e tjera të rajonit të Mesdheut, edhe në Shqipëri mbizotëron Genotipi D, me një përqindje më të lartë të subgenotipit D2 (72.4%), në krahasim me atë D1 dhe D3 (13.8%).

Thuajse në të gjitha rastet (>97%) HBeAg është negative⁽²⁾. Nga studimet e seroprevalencës, të ndërmarra në vite nga ISHP, llogaritet se në vendin tonë rreth 200,000 individë janë të infektuar nga HBV, me një prevalencë që shkon nga 7-9%. Në një studim të kryer në vitin 2009 rezultoi se prevalenca e HBsAg në dhuruesit e gjakut ishte 7.9%, me një rritje nga 5.9% në 1999 në 9.1% në 2006, për të rënë në 7.9% në 2009. Prevalenca e anti-HBc në dhuruesit e gjakut ishte 59.1%⁽³⁾.

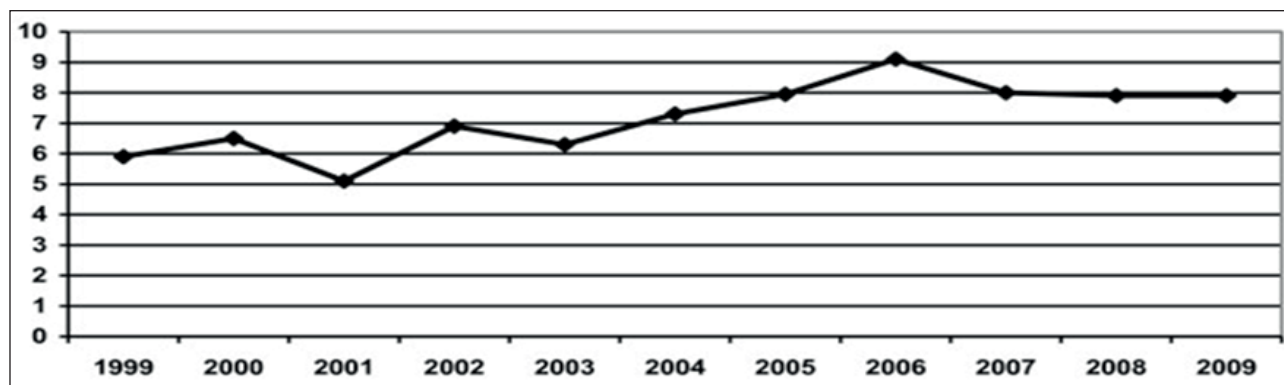


Fig.2 Prevalenca e HBsAg në dhuruesit e gjakut në vitet 1999-2009

Në një tjetër studim të kryer për të vlerësuar prevalencën dhe shpërndarjen socio-demografike të infeksionit nga HBV në Shqipëri, prevalenca e HBsAg dhe anti-HBs rezultuan përkatësisht 9.5% dhe 28.7%. Prevalenca më e lartë e HBsAg ishte në grupmoshën më të re, si tek nxënësit e shkollave (11.8%) dhe ushtarët (10.6%). Si rrjedhojë, prevalenca e anti-HBs u rrit me moshën, nga 21.2% te nxënësit e shkollës (mosha mesatare: 15.7 vjeç), në 36.3% te gratë shtatzëna (26.3 vjeç) dhe 29.7% tek dhuruesit vullnetarë të gjakut (40.1 vjeç)⁽⁴⁾.

Në Shqipëri vaksinimi kundër Hepatitit B ka filluar në vitin 1994 tek të porsalindurit, dhe më pas, ai u bë pjesë e Kalendarit Kombëtar të Vaksinimit për fëmijët gjatë vitit të parë të jetës.

Qëllimi i mjekimit të hepatitit kronik B

1. Përmirësimi i mbijetesës dhe cilësisë së jetës duke parandaluar përparimin e sëmundjes drejt cirrozës dhe ndërlikimeve të saj përfshirë HCC⁽⁵⁾.
2. Parandalimi i transmetimit nga nëna te fëmija, i riaktivizimit të hepatitit B dhe shfaqjes së manifestimeve ekstrahepatike.
3. Regresioni i fibrozës dhe cirrozës në pacientët me fibrozë të avancuar ose cirrozë të konfirmuar. Në të sëmurët me HCC të induktuar nga HBV, qëllimi i mjekimit është së pari të shtypë replikimin e HBV në mënyrë që të nxisë stabilizimin e sëmundjes hepatike të shkaktuar nga HBV dhe për të parandaluar përparimin e saj, dhe së dyti për të ulur rrezikun e përsëritjes së HCC-së pas terapive potencialisht kuruese⁽⁵⁾.
4. Në pacientët me hepatit akut B, parandalimi i shfaqjes së insuficiencës hepatike akute ose subakute është qëllimi kryesor i trajtimit.
5. Përmirësimi i cilësisë të jetës duke shkurtuar kohëzgjatjen e simptomave të lidhura me sëmundjen si dhe ulja e rrezikut të kronicizimit.

Mundësia e arritjes së këtyre qëllimeve varet nga momenti i nisjes së terapisë përgjatë historisë natyrale të infeksionit, nga shkalla e sëmundjes dhe mosha e pacientit⁽⁶⁾.

Indikacionet për mjekim

Sipas rekomandimeve të EASL (Shoqata Europiane e studimit të mëlçisë), të vitit 2017, mjekimi me antiviralë fillohet tek të sëmurët që plotësojnë kushtet e mëposhtme:

1. Duhet të mjekohen të gjithë pacientët me hepatit kronik B HBeAg-pozitiv ose negativ me një HBV DNA >2,000 IU/ml, ALT > norma dhe/ose të paktën nekroinflamacion ose fibrozë të moderuar.
2. Pacientët me cirrozë të kompensuar ose të dekompensuar kanë nevojë për trajtim pavarësisht nga niveli i detektueshëm i HBV DNA-së dhe niveleve të ALT-së.
3. Pacientët me HBV DNA >20,000 IU/ml dhe ALT > se dyfishin e normës duhet të fillojnë trajtimin pavarësisht shkallës së fibrozës.
4. Pacientët me infeksion kronik HBV HBeAg-pozitiv, me ALT në vlera normale dhe nivele të larta të HBV DNA-së, mund të trajtohen nëse janë më të vjetër se 30 vjet pa marrë parasysh ashpërsinë e lezioneve histologjike të mëlçisë.
5. Pacientët me infeksion kronik HBV HBeAg-pozitiv ose HBeAg-negative dhe histori familjare të HCC ose cirrozës dhe manifestimeve extrahepatike mund të trajtohen edhe nëse indikacionet tipike të trajtimit nuk janë plotësuar⁽⁶⁾.

Mjekimi me Tenofovir në Shqipëri

Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF), nën patentën e GILEAD me emrin Viread®, u miratua për përdorim në hepatitin kronik viral B nga Shoqata e Ushqimit dhe Barnave e SHBA-së (FDA) dhe Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) në vitin 2008. Në Shqipëri, ky bar hyri në përdorim në 2009, dhe në 2014 Tenofoviri u mundësua si mjekim me rimbursim. Aktualisht në Shqipëri mjekohen rreth 2,100 të sëmurë me këtë bar.

Ne po paraqesim disa të dhëna të një studimi retrospektiv përshkruar eksplorativ dhe analitik. Janë marrë në studim 100 të sëmurë të kartelizuar në shërbimin e Gastroenterologji-Hepatologjisë, QSU “Nënë Tereza”, Tiranë, që kanë nisur mjekimin me Tenofovir në periudha të ndryshme kohore, por kanë kryer 5 vite mjekim, dhe vazhdojnë ende të mjekohen me këtë bar. Të gjithë pacientët përpara nisjes së mjekimit janë testuar për anti HCV, anti HDV, anti HIV, si dhe janë vlerësuar markuesit e infeksionit të HBV konkretisht, HBV DNA, HBsAg sasiore, HBeAg dhe anti HBe. Të gjithë të sëmurët kishin HBeAg negative dhe anti HBe pozitive, dmth në të gjitha rastet ishte i pranishëm virusi B mutant.

Rezultatet e studimit

Të dhënat demografike dhe ekzaminimet laboratorike në baseline

Tabela 1. Të dhënat demografike në fillim të mjekimit

VARIABLAT	Fillimi i mjekimit (n = 100)
Mosha (mean ± SD) (range)	46.1±12.4 (15-70)
Femra (n, %)	22 (22%)
Meshkuj (n, %)	78 (78%)
Gjinia (M:F)	3.5:1
Sëmundje shoqëruese (n, %)	23 (23%)
Diabet Mellitus	4 (4%)
SKV/HTA	9 (9%)
CH	10 (10%)
ELASTOGRAFIA (F0-F4)(n, %)	73 (100%)
F0	5 (7%)
F1-F2	32 (44%)
F3-F4	36 (49%)

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES |

Në këtë studim u përfshinë 78 burra dhe 22 gra, 23% prej të cilëve, veç hepatopatisë kronike nga virusi B, kishin edhe sëmundje të tjera shoqëruese (tabela më sipër).

Përgjatë kohës së mjekimit me tenofovir ndiqet përgjigja biokimike (niveli i transaminazave ALT, AST) çdo 3 muaj, përgjigja serologjike (HBsAg sasiore) çdo 6 muaj dhe përgjigja virologjike (HBV DNA) çdo 1 vit.

Përgjigja biokimike muajin e tretë të mjekimit

Përgjigja biokimike është përcaktuar si normalizim i vlerave të transaminazave bazuar në shifrat tradicionale të ULN (limiti i sipërm i normës) përkatësisht ~40 U/L për ALT dhe 35 U/L për AST. Në muajin e tretë të mjekimit vihet re që tek 55% e pacientëve u normalizua ALT, ndërsa për AST kjo shifër shkoi në 58%.

Përgjigja biokimike në fund të vitit të parë të mjekimit

Tabela 2: Normalizimi i vlerave të SGOT dhe SGPT në fund të vitit të parë të mjekimit

Variablat	Baseline	Muaji 3	Muaji 6	Viti 1
AST (U/l)	100 (100%)	62 (100%)	82 (100%)	95 (100%)
Normal (n,%)	14 (14%)	36 (58%)	59 (72%)	79 (83%)
E lartë (n,%)	86 (86%)	26 (42%)	23 (28%)	16 (17%)
ALT (U/l)	100 (100%)	62 (100%)	82 (100%)	95 (100%)
Normal (n,%)	12 (12%)	34 (55%)	54 (66%)	72 (76%)
E lartë (n,%)	88 (88%)	28 (45%)	28 (34%)	23 (24%)

Nga tabela më sipër shihet qartë që në fund të vitit të parë të mjekimit niveli i AST u normalizua në 83% të rasteve, ndërsa i ALT në 76% të tyre.

Përgjigja biokimike në fund të vitit të pestë të mjekimit

Tabela 3: Normalizimi i transaminazave në fund të vitit të pestë të mjekimit

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
V0 AST	97.64	42	91.72	14.15
V5 AST	26.24	42	14.68	2.26
V0 ALT	164.93	42	156.48	24.14
V5 ALT	25.98	42	14.22	2.19

Nga tabela më sipër shihet qartë që mjekimi me Tenofovir i normalizon në mënyrë të qëndrueshme transaminazat duke shuar në këtë mënyrë nekroinflamacionin dhe citolozën hepatiche.

Përgjigja virologjike në fund të vitit të parë dhe të pestë të trajtimit

Në fund të vitit të parë të trajtimit me TDF, nga 69 pacientë që kishin kryer analizën e HBV DNA, 59 pacientë (85%) arritën përgjigje virologjike (VR) me vlera të HBV DNA të padetektueshme ose nën limitin e normës (<10 IU/ml), përkundrajt 10 pacientëve (15%) që nuk arritën negativizimin e plotë (PVR), me HBV DNA të detektueshme por gjithsesi me një rënie >1 log₁₀ UI/ml.

Me kalimin e viteve HBV DNA negativizohet thuhet në 100% të rasteve, gjë e cila u vu re edhe në të sëmurët tanë, ku u negativizua në 100% të tyre.

Ndjekja e nivelit të HBsAg sasiore gjatë mjekimit**Tabela 4:** Niveli i HBsAg sasiore në fund të vitit të pestë të mjekimit

<i>V0</i> HBsAg sasiore	6215.63	43	5271.06	803.83
<i>V5</i> HBsAg sasiore	1890.62	43	2316.79	353.31

Pas normailizimit të transaminazave dhe negativizimit të HBV DNA, ndjekja e nivelit të HBsAg sasiore është një treguesit më të rëndësishëm të mjekimit, i cili do të vazhdohet deri sa HBsAg sasiore të negativizohet me shfaqje ose jo të anti HBs. Nga tabela 4 shihet që niveli i saj është pakësuar ndjeshëm nga 6215 ± 5271.06 në fillim të mjekimit në 1890 ± 2316.79 në fund të vitit të pestë të tij ($p < 0.001$).

Nga sa paraqitëm më sipër duket qartazi që Tenofoviri është mjekim i zgjedhur në mjekimin e të sëmurëve me hepatite kronike nga virusi B, sepse normalizon transaminazat (dmth zhduk nekroinflamacionin dhe fibrozën pasuese), negativizon HBV DNA, por ndikon pak në zhdukjen e virusit B nga organizmi i të infektuarit (dmth në negativizimin e HBsAg dhe shfaqjen e anti HBs).

BIBLIOGRAFIA

1. Santantonio, T., Lo Caputo, S., Germinario, C. et al. Prevalence of hepatitis virus infections in Albanian refugees. *Eur J Epidemiol* 9, 537–540 (1993).
2. Zehender G, Shkjezi R, Ebranati E, Gabanelli E, Abazaj Z, Tanzi E, Kraja D, Bino S, Ciccozzi M, Galli M. Reconstruction of the epidemic history of hepatitis B virus genotype D in Albania. *Infect Genet Evol.* 2012 12(2): 291-298
3. Duro V, Qyra Sh. Trends in prevalence of hepatitis B virus infection among Albanian blood donors, 1999-2009. *Virologia* 2011; 8: 96).
4. Resuli B, Prifti S, Kraja B, Nurka T, Basho M, Sadiku E. Epidemiology of hepatitis B virus infection in Albania. 2009, *World J Gastroenterology* 15(7):849-852.
5. Papatheodoridis G, Lampertico P, Manolakopoulos S, Lok A. Incidence of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B patients receiving nucleos(t)ide therapy: a systematic review. *J Hepatol* 2010;53:348–56.
6. EASL 2017 clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2017;67:370–98.

DERDHJA E PARAKOHSHME

Dr. Evin DANI

Androlog, Klinika DANI, Tiranë

Derdhje e parakohshme (Premature Ejaculation) quajmë kur një burrë realizon ejakulacionin jo në momentin kur ai e dëshiron, me stimulimin seksual minimal pra nuk e kontrollon atë. Ajo gjithashtu quhej derdhje e hershme, derdhje e shpejtë, kulm i shpejtë, kulm i parakohshëm ose praecox ejaculation. Për sa i përket klasifikimit të PE-së akoma dhe sot nuk ka një klasifikim të qartë. Shumë studiues përdorin klasifikimin e Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edicioni katërt. PE do të jetë kur ejakulacioni është persistent ose i kthyesëm gjatë stimulimit seksual minimal përpara se personi ta dëshiroj atë.

Në vitin 2008 Shoqata Internacionale e Mjeksisë Seksuale përdori kriterin se do të quhet PE kur ejakulacioni do të ndodhë rreth 1 minutë përpara pas penetrimit vaginal. Ky klasifikim është tashmë më i përdoruri për studiuesit dhe klinikistët. Në të gjitha rastet meshkujt me PE e ndjejnë veten të deziluzionuar, të pakënaqur nga akti seksual. Shumë nga ata siç e shprehin dhe vetë e ndjejnë veten të zhvlerësuar përballë partnereve të tyre. Meshkujt me PE shpesh raportojnë shqetësime emocionale në marrëdhëniet në çift deri në shmangije të marrëdhënieve seksuale për shkak të PE-së.

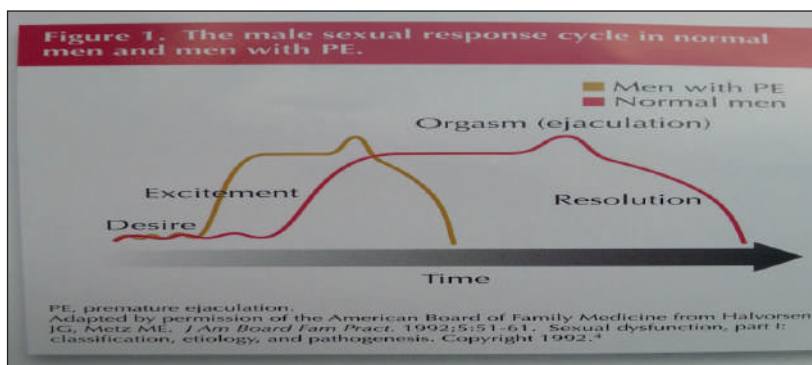
Krahasuar me meshkujt, femrat e konsiderojnë PE-në më pak se një problem, por disa studime tregojnë se gjithashtu shkaktohet një gjendja ankthi tek partneret femra. Partnerja e cila kohën e eksitimit seksual e ka shumë më të vonshëm detyrohet të ndërpresë këtë eksitim duke krijuar dhimbje në fundin e barkut, dhimbje koke, mërziti, humbje partneriteti.

Rezulton se gjatë jetës seksuale të meshkujve mund të ndodhin PE, por kur ajo është një rast i veçuar nuk konsiderohet patologji. Do ta konsiderojmë problematike dhe patologji kur pacienti nga dhjetë akte seksuale shtatë do të jenë PE. Konstatohet se PE-ja është në një përqindje të lartë tek meshkujt si çrregullim seksual. Në një studim të bërë në Gjermani, Itali dhe Angli me 12,133 meshkuj, 30% e tyre vuanin me simptomat e PE. PE-ja është prezent në grup moshat e reja ashtu si dhe në grup moshat mbi 50 vjeç. Shpesh herë kjo patologji shoqërohet dhe me disfunkcionin erektil.

Shkaqet e PE-së ose derdhjes së parakohshme janë të paqarta por dominon faktori psikologjik. Janë propozuar shumë teori në lidhje me shkaqet e mundshme të PE-së ndër të cilat dhe ajo se PE-ja është rezultat i masturbimit të shpejtë gjatë adoleshencës nga frika se mos zbuloheshin dhe qortoheshin nga një i rritur, i ankthit të performancës por ka pak prova për të mbështetur ndonjë nga këto teori.

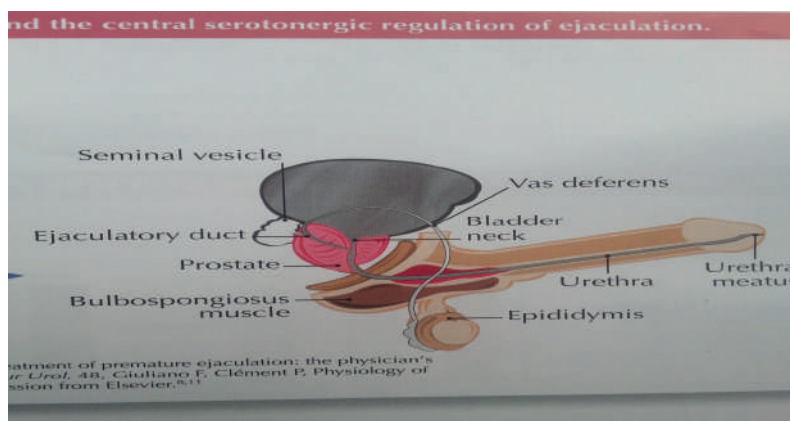
Ka hipoteza se janë disa mekanizma fiziologjike që kontribuojnë për të shkaktuar derdhjen e parakohshme. Më i rëndësishmi dhe më i besueshmi është roli i serotoninës në këtë proces. Procesi i ejakulacionit është një proces që ndërvepron në disa zona qendrore të trurit ku përfshihen si neurotransmetues serotonina, dopamina dhe oksitocina. Studimet sugjerojnë që serotonina dhe specific 5-HT receptorët luajnë një rol kyç në PE.

Shkencëtarët kanë dyshuar prej kohësh një lidhje gjenetike ndaj formave të caktuara të derdhjes së parakohshme (PE). Në një studim, 91% e meshkujve që kanë pasur derdhje të parakohshme (PE) gjatë gjithë jetës së tyre gjithashtu është konstatuar se ka patur po të njëjtin çrregullim dhe një tjetër i afërm i familjes. Studiues të tjerë kanë vënë në dukje se njerëzit që kanë derdhje të parakohshme (PE) të ketë një përgjigje të shpejtë neurologjike të muskujve të legenit. PE është shoqëruese e prostatitis si dhe një efekt anësor i përdoruesve të drogës.



Mekanizmi

Përgjigja seksuale tek meshkujt përshkruhet në 4 faza: dëshira, eksitimi, orgazma (ejakulacioni) dhe rezolucioni. *Faza e parë* është (dëshira) shoqërohet me fantazi mendimi dhe fantazi seksuale duke përfshirë fillimin e ereksionit, sekretimin uretral të gjendrave të kuperit, fillimin e ereksionit, rritjen e tensionit arterial, rritjen e rrafjes së zemrës dhe frymëmarrjes. Orgazma dhe ejakulacioni shoqërohen me kontraksionin e testeve, epididimisit, vas deferens, vezikula seminale, prostatës, uretrës, penisit, sfinkterit anal dhe pikun e rrahjeve të zemrës dhe të respiracionit. Gjatë kësaj kohe lëngu spermatic është depozituar në ampulën e vas deferens dhe në pjesën e uretrës prostatike që njihet si faza e misionit. *Faza e dytë* është faza e ekspulsionit. Ajo përfshin mbylljen e qafës së vezikës urinare e ndjekur nga kontraktimet ritmike të uretrës dhe kontraktimin e muskulit bulbokarvenoz, bulbospongiosus dhe muskujve pelvik perineal si dhe relaksim të sfinkterit extern të Uretrës. Neuronet motorike simpatike kontrollojnë fazën e misionit dhe refleksin e ejakulacionit, dhe faza dëbimi është ekzekutuar nga neuronet somatike dhe autonome motorike. Këto neuronet motorike janë lokalizuar në medulën spinale në zonën torakolumbare dhe lumbrosakrale dhe janë të koordinuara nga sistemi nervor qendror.



Trajtimi

Disa trajtime janë testuar për trajtimin e derdhjes së parakohshme (PE). Një kombinim i ilaçeve dhe i disa metodave të veçanta kanë rezultuar efektive.

Shumë njerëz përpjekin të trajtojnë veten për derdhjen e parakohshme. Më e zakonshme është kur meshkujt në momentet e ndjenjës së ejakulacionit ulin penetrimin vaginal duke u përpjekur të përqendrojnë vëmendjen e tyre larg nga stimulimi seksual. Të tjerë që vuajnë nga PE-ja përpara aktit seksual përdorin dy prezervativë për të ulur ndjeshmërinë seksuale. Por nga këto veprime pak veta rezultojnë tja arrijnë qëllimit.

Nuk duhet të harrojmë se duke përdorur më shumë se një prezervativ nuk është e rekomandueshme fërkimi i shpeshtë do të çojë në thyerje.

Disa teknika janë zhvilluar dhe zbatuar nga terapistët e seksit, duke përfshirë edhe ushtrimet Kegel (për të forcuar muskujt e katit legenit) dhe Master dhe “Stop-start teknikë” Johnson (të bëj i pandjenshëm përgjigjet e njeriut) dhe “teknika shtypëse”. Kjo teknikë konsiston në shypjen e glanspenisit me gishtin e madh dhe tregues. Mbas largimit të ndjenjës së ejakulacionit mashkulli mund të fillojë përsëri penetrimin. Një teknikë tjetër e përafërt është duke shtypur me gisht zonën e perineumit (zona nga anusi deri në pjesën pranë testeve).

Nga vitet 1970 deri në vitet 1990, terapistët e seksit rekomandonin dhe teknikën “Stop-start” Gjatë marrëdhënieve kur mashkulli ndjen se ai po i afrohet ejakulacionit, të dy partnerët janë të ndaluar të lëvizin dhe të qëndrojnë deri sa ndjenjat e njeriut të largohen, në atë pikë ku ata janë të lirë për të rifilluar marrëdhënien aktive.

Mjekimi

Barnat frenues selektiv të rithithjes së serotoninës (SSRIs), siç është: paroksetina, clomipramina, sertralina; janë preparate që përdoren për mjekimin e PE-së. Efekti zakonisht fillon brenda një jave pas fillimit të mjekimit. Trajtimet rrisin vonesën e ejakulatore në 6-20 herë më të madhe se para mjekimit. Burrat shpesh herë raportojnë se janë të kënaqur me trajtimin me ilaçe. Por si gjithë barnat e tjera këto preparate mund të japin efekte sekretare si: disfunksion erektil, anorgazmi, marrje medsh, gjendje përgjumje, etj...

Preparati i preferuar i viteve të fundit është Dapoksetina, preparat që vepron mirë dhe kryesisht nuk ka efekte sekondare.

Një metodë tjetër janë pomadat ose sritët anestetik të cilët përdoren lokalisht në glanspenis 5-10 min përpara penetrimit. Ulja e ndjeshmërisë bën në shumë raste me efekt të mirë.

BIBLIOGRAFIA

1. Graziottin, A. and S. Althof (2011). “What Does Premature Ejaculation Mean to the Man, the woman, and the Couple?”. *Journal of Sexual Medicine* 8: 304–9.
2. Barnes T., I. Eardley (2007). “Premature Ejaculation: The Scope of the Problem”. *Journal of Sex and Marital Therapy* 33 (3): 151–170.
3. Coolen LM, Olivier B, Peters HJ, Veening JG (1997). “Demonstration of ejaculation-induced neural activity in the male rat brain using 5-HT1A agonist 8-OH-DPAT”. *Physiol.*
4. Althof, S.E. et al. (2010). “International Society for Sexual Medicine’s Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation”. *Journal of Sexual Medicine* 7 (9): 2947–69
5. Böhlen D, Hugonnet CL, Mills RD, Weise ES, Schmid HP (2000). “Five meters of H(2)O: the pressure at the urinary bladder neck during human ejaculation”. *Prostate* 44
6. Master V Turek PJ (2001). “Ejaculatory physiology and dysfunction”. *Urol. Clin. North Am.* 28 (2): 363–75
7. deGroat WC, Booth AM (1980). “Physiology of male sexual function”. *Ann. Intern. Med.* 92 (2 Pt 2): 329–31
8. Truitt WA, Coolen LM (2002). “Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord”. *Science* 297 (5586).

IMAZHE PËR TË PËRMIRËSUAR DIAGNOZËN E KANCERIT TË GJIRIT TEK FEMRAT E REJA

Dr. Riselda TAHIRAJ

Specializante Shërbimi Onkologjik, QSUT

Kanceri i gjirit është një sëmundje e cila nuk ndalet edhe tek individët në moshë të re, kryesisht tek femrat. Femrat nën moshën 40 vjeç janë kthyer në vizitore të zakonshme të klinikave që merren me trajtimin e kancerit të gjirit. Diagnoza e hershme është komplekse dhe vendimtare sepse tiparet biologjike janë më agresive, dhe duhet të ndërthuren me të dhëna radiologjike dhe morfologjike. Shumë shenja të femrave të reja në moshë janë cyste, noduse dhe fibroadenoma. Shenjat specifike imazherike kanë të bëjnë me formën e lezionit, dendësinë e indit mammar, kalcifikimet dhe shtrembërimet arkitektonike në mamografi, dhe shkallën e ekogjenicitetit në ultrasound. Tiparet imazherike lejojnë një vlerësim dyshimi duke filluar nga kategoritë beninje I II, kategoria e papërcaktuar III dhe kategoria IV V e dyshimtë malinje. Një lezion tipik malinj paraqitet me shtrembërim arkitektonik në mamografi. Kanceri tek moshat e reja shfaqet në formë të rrumbullakët, ovale ose lobulare me intensitet të lartë në imazhe. Gjiri është i përbërë nga 15 deri 20 lobule. Gjatë jetës së një gruaje lobulet e gjirit kanë të ngjarë të zëvendësohen me inde yndyrore. Lobulat e gjirit shfaqen si të bardha në një sfond të indit yndyror, e cila shfaqet si material i zi në mamografi.

Femrat e reja kanë më shumë lobule të gjirit, çka bën që gjiri të jetë më i fortë dhe me më pak ind yndyror. Një kancer i gjirit klasik shfaqet si masë e bardhë në mamografi. Gratë para menopauzës duhet të skanohen ndërmjet ditës së shtatë dhe të dhjetë të menstruacioneve, e njëjta gjë duhet të zbatohet për mamografinë pasi kjo është periudha që gjiri është më pak i dhimbshëm.

Dendësia e gjirit është një faktor shoqëruar i cili mund të shprehë një rrezik të pavarur prej 4 deri 6 herë për zhvillimin e një kanceri të gjirit. Sonografia mendohet të jetë ekzaminimi i parë në gratë e reja nën moshën 35 vjeç.

Biopsia e drejtuar me ultratinguj është metoda primare për të arritur në një diagnozë. Lezionet solide të gjirit mund të diferencohen malinje ose beninje duke përdorur ultrasound me shkallë të lartë të rezolucionit. Lezionet beninje konsiderohen lobulime, formë elipsoide, kapsulë e hollë, një strukturë ekogjene homogjene.

Lezionet malinje kanë karakteristika të tipit spikulim, kufij këndorë, mikrokalcifikime dhe hije akustike posteriore. MRI është ekzaminimi më i ndjeshëm në gjithë spektin imazherik të kancerit të gjirit. Në shumë studime të kohëve të fundit është rikonfirmuar ndjeshmëria e lartë e këtij ekzaminimi. Biopsia drejtuar nga MRI për të vendosur një diagnozë është i kushtueshëm dhe realizohet në qendra të caktuara.

REFERENCAT

1. Berg WA, Gutierrez L, Ness Aiver MS. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology*. 2004;233(3):830–49.
2. Warner E, Hill K, Causer P, et al. Prospective study of breast cancer incidence in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation under surveillance with and without magnetic resonance imaging. *J Clin Oncol*. 2011;29(13):1664–9.
3. Kriege M, Brekelmanns CT, Boetes C, et al. Efficacy of MRI and mammography for breast cancer screening in women with a familial and genetic predisposition. *N Engl J Med*. 2004;351(5):427–37.
4. Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer*. 2010;46:1296–316.
5. Obdeijn IM, Winter-Warnars GA, Mann RM, et al. Should we screen BRCA1 mutation carriers only with MRI? A multicenter study. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;144(3):577–82.
6. Phi X, Saadatmand S, De Bock G, et al. Contribution of mammography to MRI screening in BRCA mutation carriers by BRCA status and age: individual patient data meta-analysis. *Br J Cancer*. 2016;114(6):631–7.
7. Houssami N, Turner R, Macaskill P, et al. An individual person data meta-analysis of preoperative magnetic resonance imaging and breast cancer recurrence. *J Clin Oncol*. 2014;32(5):392–401.
8. Houssami N, Turner R, Morrow M. Preoperative magnetic resonance imaging in breast cancer: meta-analysis of surgical outcomes. *Ann Surg*. 2013;257(2):249–55.

TRAJTIMI ENDOKRIN I PACIENTËVE NË MOSHË TË RE ME EBC

Dr. Riselda TAHIRAJ

Specializante Shërbimi Onkologjik, QSUT

Femrat në moshë të re kanë më shumë të ngjarë të zhvillojnë nëntipe të kancerit të gjirit të shoqëruar me prognozë jo të favorshme. Gratë para menopauzës kanë hormone receptor pozitiv HR+ në rreth 60% të rasteve, dhe gjatë fazave të hershme të diagnozës në shumicën e rasteve. Një pjesë domethënëse e pacientëve në moshë të re me HR+ trajtohet me terapi ndihmëse endokrine ET me ose pa kimioterapi, kanë rezultate të shkëlqyera afatgjata. Sfida e një onkologu është të vlerësojë saktësisht rrezikun e rikthimit sipas faktorëve parashikues dhe prognostikë, në mënyrë që të ofrojë opsionin më të përshatshëm terapeutik, duke marrë parasysh cilësinë e jetës, efektet anësore, planifikimin familjar, dhe kërkesat e pacientit.

Mosha, statusi nyjor, madhësia e tumorit, receptori i faktorit të rritjes epidermale njerëzore 2 (HER2) shprehja, dhe përhapja, Ki67 janë përbërës thelbësorë të algoritmit të rrezikut. Në Studimi TAILORx, vetëm 4% e grave në grup me rrezik të ulët ishin <40 vjet: megjithatë, gratë që i përkasin grupit të rezultateve me rrezik të ulët, i cili mori ET vetëm, pati një rezultat të shkëlqyeshëm 99% interval i largët 5-vjeçar pa përsëritje. Rreziku gjenomik kishte një DRFI 5-vjeçar 94.7% me ET. Jo të gjitha gratë e reja me HR + meritojnë kimioterapi ndihmëse dhe prognoza mund të jetë e shkëlqyeshme vetëm me ET. Tamoxifen për 5 vjet ka qenë standardi ndihmës ET në gratë e reja për dekada. Në vitet e fundit, diapazoni i terapisë endokrine ndihmëse, strategjitë në gratë e reja me EBC është zgjeruar: në veçanti, shtrirja e tamoxifen deri në 10 vjet dhe shtimi i supresionit funksionit të vezoreve (OFS) në tamoxifen ose aromatase frenuesit (AI) janë përfshirë në një standard terapeutik.

Efektet anësore më të zakonshme të tamoxifen përfshijnë simptoma të menopauzës (p.sh.: afshe, shtim në peshë, shqetësim i gjumit, mosfunksionim seksual dhe ndërlikime gjinekologjike. Incidenca e kanceri endometrial dhe tromboembolia është shumë e ulët edhe në kohëzgjatje më të gjatë të terapisë. Në krahasim me gratë në menopauzë, tamoxifen mund të zvogëlojë dendësinë minerale të kockave tek gratë para menopauzës, sepse është efekti i ngjashëm me estrogenin.

REFERENCAT

1. Azim HA Jr, et al. Elucidating prognosis and biology of breast cancer arising in young women using gene expression profiling. *Clin Cancer Res.* 2012;18(5):1341–51
2. Keegan TH, et al. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast Cancer Res.* 2012;14(2):R55
3. Swain SM, et al. Quantitative gene expression by recurrence score in ER-positive breast Cancer, by age. *Adv Ther.* 2015;32(12):1222–36
4. Chollet-Hinton L, et al. Breast cancer biologic and etiologic heterogeneity by young age and menopausal status in the Carolina breast cancer study: a casecontrol study. *Breast Cancer Res.* 2016;18(1):79
5. Partridge AH, et al. Subtype-dependent relationship between young age at diagnosis and breast cancer survival. *J Clin Oncol.* 2016;34(27):3308–14
6. Sestak I, Cuzick J. Markers for the identification of late breast cancer recurrence. *Breast Cancer Res.* 2015;17:10
7. Paik S, et al. A multigene assay to predict recurrence of tamoxifen-treated, node-negative breast cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(27):2817–26
8. Sparano JA, et al. Prospective validation of a 21-gene expression assay in breast cancer. *N Engl J Med.* 2015;373(21):2005–14

REQUEM

NDERIM DHE RESPEKT PËR TË GJITHË KOLEGËT TANË MJEKË QË HUMBËN JETËN NGA COVID-19

U prehshi në paqe!



Adhon POLENA
1944-2021
Obstetër-Gjinekolog - Korçë



Aleksandër HOXHA
1955-2021
Reanimator-Tiranë



Ali KUQO
1937-2021
Neurolog-Tiranë



Azem BRASHA
1942-2021
Mjek Patolog-Kukës



Bajram CENA
1943-2021
Mjek i Përgjithshëm-Kukës



Bardhyl BEQO
1946-2021
Mikrobiolog-Tiranë



Fatmir KARAPICI
1946-2021
Mjek i Përgjithshëm-Tiranë



Fatos ZAÇE
1954-2021
Anatomo-patolog-Durrës



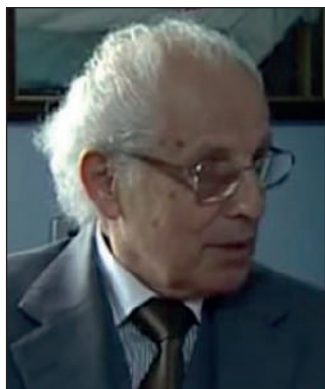
Fejzi ALUSHI
1945-2021
Nefrolog-Vlorë



Gerond HUSI
1971-2021
Endokrinolog-Tiranë



Gëzim LAMAJ
1958-2021
Imazher-Berat



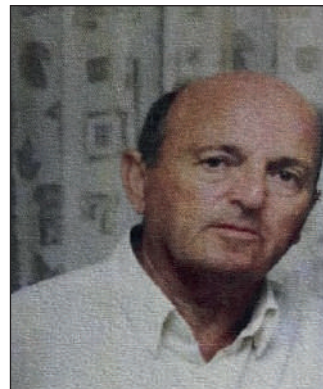
Hyqmet SHQERRA
1939-2021
Neuropsikiatër-Elbasan



Josif DENA
1949-2021
Endokrinolog-Berat



Llambi GRABOCKA
1943-2021
Mjek i Përgjithshëm-Maliq



Llambro BALA
1937-2021
Dermatolog-Vlorë



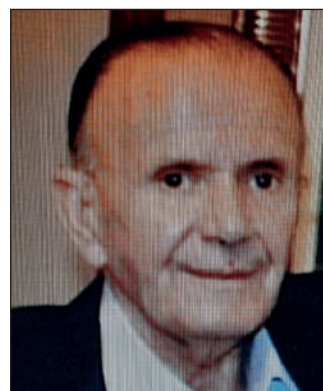
Mehmet DEMROZI
1947-2021
Neurolog-Kavajë



Merqez REXHO
1945-2021
Okulist-Fier



Muharrem NONAJ
1944-2021
ORL-Skrapar



Petro SHAMO
1943-2021
Infeksionist-Tiranë



Përparim PENGILI
1953-2021
Mjek i Përgjithshëm-Krujë



Rustem KEKO
1947-2021
Endokrinolog-Përmet



Spiro DEROLLI
1946-2021
Reumatolog-Vlorë



Valentina LILE
1953-2021
Endokrinolog-Tiranë

Dr. Shaqir SHEHU

1952 – 2020



Më datë 20 Nëntor 2020 u nda nga jeta nga Covid-19 në spital në Stamboll-Turqi, dr. Shaqir Shehu ortoped i njohur në Kukës, Tiranë dhe Durrës.

Dr. Shaqiri u lind më 20 Mars 1952 në fshatin Maminas të Durrësit. Shkollën fillore e shtatëvjeçare i kreu në Gostil. Në vitin 1967 deri në vitin 1971 kreu Shkollën e Mesme Mjekësore në Vlorë.

Në vitet 1972-1977, dr. Shaqiri ndoqi studimet në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë, të cilat i mbaroi me rezultate të larta. Po këtë vit filloi punë në Qendrën Shëndetësore Topojan e Bicaj të Kukësit, ku punoi deri në vitin

1981, dhe me punën këmbëngulëse, aftësitë profesionale, dashurinë për njerëzit la mbresa të paharrueshme në këtë zonë.

Në vitet 1981-1983 u emërua Shef i Shëndetësisë në Qarkun e Kukësit ku tregoi aftësitë e larta organizative veçanërisht për Higjienizimin dhe Kujdesin ndaj Nënës dhe Fëmijës.

Në vitet 1983-1986 ndoqi studimet pas universitare në degën Ortopedi-Traumatologji, specialitet që e adhuroi dhe ju përkushtua me pasion. Dr. Shaqiri punoi në këtë specialitet në Spitalin e Kukësit deri në vitin 2006, më pas punoi si ortoped në Klinikën private RDC në Tiranë.

Dr. Shaqir Shehu në periudhën 2002-2006 u emërua dhe punoi si Prefekt i Qarkut Kukës.

Dr. Shaqiri si atdhetar e përkrahu luftën e Kosovës që në fillimet e saj, ofroi kujdes e trajtim luftëtarëve të plagosur dhe u shpëtoi jetën. Për këtë është vlerësuar me certifikatë “Veteran Luftë i UÇK” dhe është dekoruar tre herë nga Shtabi i UÇK-së dhe nga Kuvendi i Shqipërisë i ka akorduar Medalje Trimërie me motivacionin: “Për kontribut të veçantë në Luftën e Kosovës”.

Dr. Shaqiri gjatë gjithë periudhës aktive të punës përveç dy kualifikimeve në Slloveni për specialitetin e tij përditësonte njohuritë nëpërmjet revistave mjekësore, pëlqente letërsinë dhe pikturën, të cilën edhe e ushtronte duke lënë piktura me pejsazhe nga natyra dhe portrete.

Ikja e parakohshme nga jeta e dr. Shaqirit është një humbje e madhe për familjen, bashkëshorten, fëmijët të afërmit, qytetarët e Kukësit e të Prizrenit, për pacientët e Durrësit e të Tiranës, për ish-luftëtarët e UÇK-së, për kolegët dhe shokët e për të gjithë ata që e kanë njohur. Ai do na mungojë të gjithëve.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Zekri Palushi, dr. Osman Dafku, dr. Zyber Pupla,
dr. Dhimitër Gjergo, dr. Seit Hoxha, dr. Musa Shkjav
Këshlli Rajonal Kukës, Këshlli Rajonal Durrës, UMSH*

Dr. Spiro DEROLLI
1946 - 2021



Më datë 10 Janar 2021 u nda nga jeta pas komplikacioneve nga Covid-19 reumatologu dr. Spiro Derolli.

Dr. Spiro Thoma Derolli lindi më 2 Tetor 1946 në qytetin e Vlorës në një familje të mesme tregtarësh. Që i vogël kishte pasion për fotografinë. Shkollën e Mesme e kreu në Gjimnazin “Halim Xhelo” në vitet 1960-1964. Studimet e larta i kreu në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës në vitet 1964- 1969.

Pas përfundimit të Fakultetit të Mjekësisë në vitin 1969 punoi për rreth 5 vjet si Mjek i Përgjithshëm në Ramicë dhe pas kësaj i doli e drejta e specializimit për Rheumatologji në Universitetin e Tiranës.

Pas përfundimit të specializimit u emërua Mjek Reumatolog në Poliklinikën Qëndrore të qytetit të Vlorës dhe Spitalin Rajonal. Në vitet '80 ishte dhe përgjegjës i Poliklinikës Vlorë. Vazhdoi punën si mjek reumatolog në Poliklinikën Qëndrore dhe spitalin Rajonal Vlorë deri në Prill 2011 kur edhe doli në pension.

Dr. Spiro punoi me pasion dhe përkushtim duke ndjekur dhe një sërë konferencash shkencore për zhvillimin e tij profesional brenda dhe jashtë vendit. Dr. Spiro edhe pse ishte fjalëpak, në Vlorë për aftësitë e tij komunikuese njihej si “mjeku që të shëron me fjalë”.

Në vitin 2014 dr. Spiros ju dha titulli: “Mirënjohje e qytetit të Vlorës” nga Kryetari i Bashkisë për përkushtimin e tij.

Pas daljes në pension dr. Spiro vazhdoi punën si mjek privatisht dhe më pas si i punësuar në një klinikë private deri në 31 Dhjetor të vitit 2020.

Largimi nga jeta i dr. Spiros la pas humje të madhe jo vetëm për familjen dhe të afërmit, por edhe për kolegët dhe pacientët.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH

Dr. Idriz TALI
1940 - 2020



Është ndarë nga jeta në moshën 80 vjeçare dr. Idriz Tali.

Dr. Idriz Tali, lindi më, 5 Janar 1940 në Fushë Krujë. Gjatë viteve 1958-1963, kreu studimet e larta në Universitetin e Tiranës, pranë Fakultetit të Mjekësisë, në degën Mjekësi e Përgjithshme. Menjëherë pas studimeve (1963-1970) punoi si mjek përgjithshëm në Qendrën Shëndetësore Fushë-Krujë. Në periudhën 1970- 1989 emërohet Shef i Seksionit të Shëndetësisë të Rrethit Krujë.

Ndërkohë në vitin 1974, mbaroi në Tiranë specializimin Pasuniversitar në Specialitetin e Dermatologjisë, pranë Fakultetit të Mjekësisë, duke u bërë edhe mjeku i parë dermatolog në rrethin e Krujës duke ngritur kështu edhe Shërbimin e Dermatologjisë.

Pas vitit 1989 deri në vitin 1991, dr. Idrizi punoi si Përgjegjes i spital/poliklinikës së qytetit të Krujës. Pas vitit 1991 deri në vitin 1998, doktori punoi si Mjek Epidemiolog në Qendrën Sanitare të Rrethit Krujë, dhe në periudhën 1998-2001, dr. Idrizi dha kontributin e tij si Drejtor i Shëndetit Publik të Rrethit Krujë, pozicion që e mbajti deri sa doli edhe në pension në vitin 2001.

Megjithëse në pension dr. Idrizi vazhdoi të kryente punën e tij në specialitetin e dermatologjisë, duke i shërbyer pacientëve në nevojë, me devotshmëri dhe me pasion pa marrë parasysh vështirësitë dhe sakrificat e kohës.

Me riorganizimin e Kryqit të Kuq Shqiptar, dr. Idrizi nga viti 1995 deri në vitin 2013, ofroi kontributin e tij si Kryetar i Kryqit të Kuq të rrethit të Krujës, dhe në forumet drejtuese qendrore të Kryqit të Kuq Shqiptar.

Është dekoruar 2 herë me medaljen për shërbim të mirë ndaj popullit, dhe në vitin 2009, ka marrë titullin “Qytetar Nderi”, i dhënë nga bashkia Fushë Krujë.

Gjatë gjithë jetës së tij dr. Tali u dallua për vlera të larta qytetarie, intelektuale, respekti dhe dashurie për këdo. U dallua për karakterin e tij të fortë, në drejtimin e shëndetësisë së rrethit (Krujë dhe Kurbin), duke fituar respektin e mjekëve të dy rretheve, e mijëra pacientëve.

Dr. Idrizi, kolegu ynë, do mbetet në kujtesën e shumë gjeneratave për urtësinë, këshillat, fisnikërinë, dashamirësinë dhe përvojën e tij organizuese, me karakterin e fortë që e karakterizonte, për humanizmin, devotshmërinë dhe përkujdesin e pafund që tregoi një jetë të tërë.

I pa harruar qoftë kujtimi i Tij!

**Shoqata e Mjekëve të rrethit Krujë, Kolektivi i spitali Krujë
Këshilli Rajonal Durrës, UMSH**

Prof. Asc. Aleksandër HOXHA

1955-2021



Me hidhërim të thellë njoftojmë ndarjen e parakohshme nga jeta pas një sëmundje të rëndë Prof. Asc. Aleksandër Hoxha, mjek shumë i njohur anestezist – reanimator dhe pedagog i shquar i Fakultetit të Mjekësisë.

Prof. Asc. Aleksandër Hoxha përfundoi studimet e larta me rezultate të shkëlqyera në Fakultetin e Mjekësisë dhe u specializua në Anestezi – Reanimacion pas viteve '90. Profesori i ndjerë pati mbi 30 vjet eksperiencë pune në këtë specialitet të vlerësuar: 5 vjet në Shërbimin e Kardiokirurgjisë dhe 18 vjet në Shërbimin e Neurokirurgjisë; dhe kudo ka shkëlqyer si profesionist dhe njeri. Me një eksperiencë të pasur 10-vjeçare si pedagog i ftuar në lëndën e Farmakologjisë së Përgjithshme.

Në vitin 2005 filloi misionin e tij akademik si pedagog me kohë të plotë në fakultet dhe në shkollën e specializimit në Anestezi-Reanimacion. Pjesë e Shërbimit Universitar të Anestezi-Reanimacionit, Prof. Asc. Aleksandër Hoxhën e shkëputi dhimbshëm nga pacientët dhe studentët, vetëm sëmundja e rëndë dhe vdekja. Leksionet e Tij të muajve të fundit janë ende në platformën online të Fakultetit.

Gjatë karrierës së Tij të gjatë, të përvijuar nga shkenca, modestia dhe humanizmi, Profesori i nderuar ka dhënë një kontribut të çmuar për përparimin e specialitetit të Anestezi-Reanimacionit dhe mjekësisë bashkëkohore në vendin tonë. Ai ka qenë anëtar aktiv i bordeve drejtuese të Shoqatës Kombëtare të Anestezi-Reanimacionit, Shoqatës Evropiane të Anestezisë (ESA), Këshillit Shkencor të Fakultetit të Mjekësisë dhe plot redaksive të periodikëve shkencorë të njohur.

Ai ishte autor i pesë monografive dhe teksteve mësimore për Anestezi-Reanimacionin; Farmakologjinë e Përgjithshme, trajtimin e dhimbjes dhe gjithashtu i dhjetëra artikujve, kumtesave dhe referimeve shkencore brenda dhe jashtë vendit.

Largimi nga jeta i Prof. Asc. Aleksandër Hoxha lë pas një humbje të madhe për familjen, kolegët, studentët, pacientët e shumtë dhe cilindo tjetër që ka pasur fatin dhe privilegjin ta njohë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Prof. Dr. Esat DURAKU*1935 - 2021*

Më datën 1 Janar 2021, u nda nga jeta Prof. Dr. Esat Duraku, kolonel në pension, mikrobiolog, figurë nga më të shquarat e mjekësisë ushtarake. Dr. Esati lindi në qytetin e Gjakovës më 24 Dhjetor 1935 në një familje me tradita të njohura atdhetare, dhe xhaxhai i Heroit të Popullit Emin Duraku.

Dr. Esati ndoqi studimet në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë më 1953-1958. Në vitet 1958-1960 punon si Mjek i Përgjithshëm në Spitalin Ushtarak. Më pas, në vitet 1960-1961 dërgohet për specializim pas universitar në degën e Mikrobiologjisë në Akademinë Ushtarake Mjekësore në Saint Petersburg në Rusi, ku të cilat i përfundoi me rezultate të shkëlqyera. Pas specializimit punoi si Mjek Mikrobiolog dhe Shef i Repartit të Mikrobiologjisë për 40 vjet (1961-2001).

Veprimtarinë shkencore e filloi në vitin 1965 me studimet për shigelat (dizenterinë) që ishte problem në ato kohë në kolektivet ushtarake dhe në Shqipëri. Më 1974 mbrojti titullin Kandidat i Shkencave dhe më 1988 Doktor i Shkencave. Në vitin 1995 ju dha titulli Drejtues Kërkimesh Shkencore dhe udhëheqës i temave shkencore të 6 mjekëve mikrobiologë. Më 1995 i akordohet titulli Profesor Doktor. Gjatë gjithë karrierës mjekësore ushtarake ka qenë pedagog i jashtëm në Katedrën e Mikrobiologjisë. Autor dhe bashkautor i disa teksteve si: i librit të parë “Mikrobiologjia Klinike”; dhe teksteve mësimore të mjekësisë ushtarake si “Arma Bakteriologjike dhe Mbrojtja kundër saj” si dhe shumë manualeve e teksteve për mjekët dhe infermierët e mjekësisë ushtarake.

Dr. Esat Duraku, si një nga mjekët me nivel të lartë kërkimor dhe shkencor në Shqipëri, në epideminë e Kolerës në vitin 1994, është autori i zbulimit dhe izolimit të shkaktarit të epidemisë, vibronit të Kolerës, diagnozës bakteriologjike dhe ndjeshmërisë së 46 shtameve *V.cholerae* serovar Ogawa ndaj preparateve kimioterapeutike. Në vijim të kësaj pune shkencore, në 1995 në Spitalin Qendror të Ushtrisë organizoi Simpoziumin Shkencor për Kolerën. Ai vijoi me prezantime në këtë fushë në forumet ndërkombëtare të mjekësisë ushtarake në Gjermani, dhe me botime në Revistat Mjekësore Ushtarake brenda e jashtë vendit.

Dr. Esat Duraku u shqua dhe në sportin e shahut, duke qenë kampion kombëtar i Shqipërisë në vitet 1950-1970 duke përfaqësuar Shqipërinë, e më pas Kryetar i Federatës së Shahut nga 1980-1986 dhe trajner i ekipit kombëtar 1980-1990. Në periudhën 1994-1996 drejtoi Spitalin Ushtarak, duke qenë korrekt, këmbëngulës në protokollet e standardet e mjekimit, problemet shkencore dhe profesionale dhe mbi të gjitha për mbrojtjen, ruajtjen dhe zhvillimin e Spitalit Ushtarak, duke vënë një gur themelor në ruajtjen e traditës dhe zhvillimin e tij në vitet që pasuan.

Për merita është dekoruar me medalje ushtarake dhe sportive si dhe Çertifikatën e Mirënjohjes me rastin e 100-vjetorit të Shpalljes së Pavarësisë.

Familja Duraku humbi njeriun e dashur, mjekësia shqiptare një nga emrat e njohur të saj në fushën e Mikrobiologjisë.

Qoftë i përjetshëm kujtimi i Tij!

*Prof. Asc. Dr. Luan Nikollari
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*

Dr. Fatos ZAÇE

1954 – 2021



Me dhimbje të thellë njoftojmë ndarjen nga jeta të mjekut ligjor, doktor Fatos Zaçe, pas një lufte të vështirë për të përballuar Covid-19, në një nga spitalet e Madridit.

Doktor Fatos Zaçe u lind në një familje qytetare korçare. Mbaroi fakultetin me rezultate të larta. Më pas filloi profesionin e bukur të mjekut, larg Korçës, në Kukësin e largët. Aty punoi me përkushtim dhe humanizëm të lartë për 11 vite rradhazi në Pediatri.

Dashuria dhe mirënjohja e qytetarëve të Kukësit do e shoqëronin gjersa dha jetën.

Aty krijoi dhe familjen me bashkëshorten, doktoreshë Dhuratën.

Më pas u specializua në shërbimin e Mjekësisë Ligjore. Ai punoi në spitalin e Elbasanit dhe për gati 20 vitet e fundit në Durrës.

Pasi doli në pension shkoi të banojë në Madrid tek vajzat e tij.

Doktor Fatosin do ta kujtojmë si një mjek të përkushtuar, studiues e pasionant në detyrë, i ndershëm në specialitetin e vështirë të mjekut ligjor. Ai ishte bashkëshort e prind shembullor, i dashur me kolegët.

Covidi i frikshëm na rrëmbeu një nga specialistët tanë të shkëlqyer. Ngushëllimet më të sinqerta bashkëshortes së tij doktoreshë Dhuratës, fëmijëve dhe kolegëve.

Lamtumirë doktor Fatos Zaçe. U prehsh në paqe!

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Dh. Gjergo, dr. F. Domi, dr. A. Deveja,
dr. T. Dhuli, dr. A. Samarxhi
Këshilli Rajonal Durrës, UMSH*

Dr. Llambi GRABOCKA*1943 – 2021*

Doktor Llambi Grabocka lindi më 21 Mars 1943, në Vithkuq të Korçës. Gjatë fëmijërisë dr. Llambi spikati për interesin ndaj mësimëve dhe dijës. Si një nxënës i shkëlqyer, ai fitoi të drejtën e studimit për të vazhduar Politeknikumin Mjekësor në Tiranë, që e përfundoi me rezultate të shkëlqyera në vitin 1960.

Gjatë viteve 1960-1970, Dr. Llambi punoi me përkushtim si ndihmës mjek në zonat e Kamenicës, Oparit, Lekasit dhe Peshkopisë, ku u dallua për përkushtimin profesional drejtuar njerëzve në nevojë dhe për sjelljen miqësore ndaj banorëve të këtyre zonave. Pas kësaj dekade, me përvojën si ndihmës mjek, Dr. Llambi ndoqi Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës gjatë viteve 1970-1975.

Puna e parë e dr. Llambit si mjek nisi në vitin 1976, në fshatin Podgorie të Korçës dhe më 1979 u emërua si Përgjegjës i Qendrës Shëndetësore në qytetin e ri të Maliqit. Jeta e tij profesionale, shoqërore dhe familjare është e lidhur ngushtë me qytetin e Maliqit, ku ai shërbeu dhe jetoi për tri dekada. Në vitet 1992-1996 ai ka qenë Kryetar i Këshillit në organet e qeverisjes vendore të qytetit.

Në profesionin e mjekut, dr. Llambi Grabocka njihej për aftësitë e rralla diagnostifikuese dhe për përkushtimin ndaj komunitetit të Maliqit dhe rrethinave. Ai fitoi besimin e banorëve të Maliqit, të cilët e donin dhe e respektonin për thjeshtësinë e tij, mënyrën bujare të komunikimit dhe sensin e hollë të humorit.

Lajmi i ndarjes nga jeta të dr. Llambi Grabockës trishtoi pa masë qytetin e Maliqit, në të cilin ai shpalosi personalitetin e tij si një mjek i spikatur, njeri me vlera humane dhe si familjar i mirë. Miqtë humbën buzëqeshjen dhe urtësinë e fjalëve të tij, familjarët njeriun më të afërt. Në fakt, mjekët e dalluar, të drejtë, të ndershëm dhe punëtorë si Llambi, jetojnë përgjithmonë nëpërmjet kujtimeve, mirësisë, veprave të jetës, si dhe përmes emrit të nderuar që lënë pas.

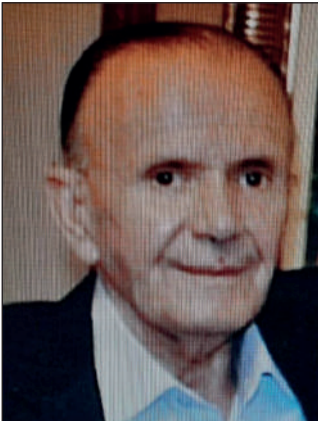
Këshilli i Bashkisë Maliq i dha titullin “Qytetar Nderi” pas vdekjes, me motivacionin “për kontribut të veçantë profesional e publik në shërbim të qytetarëve gjatë gjithë karrierës së tij, si mjek i papërtuar, drejtues model, simbol i fisnikërisë, tolerancës dhe bashkëjetesës në komunitet”.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Vlefte Bejko, dr. Roland Lalaj
Këshilli Rajonal Korçë, UMSH*

Dr. Petro SHAMO

1943 – 2021



Më datë 20 Shkurt 2021 u nda nga jeta Dr. Petro Shamo, i cili nuk mundi të përballonte sëmundjen e rëndë të pandemisë.

Dr. Petro Shamo ka lindur në fshatin Selckë të Gjirokastrës më 28 Qershor 1943. Ai ishte fëmija më i vogël i një familje të madhe me 5 motra dhe 3 vëllezër. Petrua u largua shumë i vogël nga fshati dhe erdhi në Tiranë me familjen e tij, ku dhe pas përfundimit të shkollës së mesme “Petro Nini”, vazhdoi dhe përfundoi me sukses studimet e larta për Mjekësi në Universitetin e Tiranës në mesin e viteve 60-të.

Dr. Petrua, apo Doktor Peçi siç e njihnin dhe e thërisnin të gjithë, punoi gjithë jetën e tij deri sa doli në pension në Shërbimin Infektiv të Spitalit Universitar të Tiranës, duke qenë për një kohë të gjatë edhe në deyrën e shefit të pavionit. Në punën e tij me profesionalizmin dhe humanizëmin e rrallë që e karakterizonte si mjek i talentuar, ai ishte i përkushtuar krejtësisht në shërbimin e pacientëve të tij, me interesin dhe kujdesin e veçantë pasi duhej të gjendej pranë edhe shpirtërisht pacientëve jo vetëm nga Tirana por edhe nga gjithë zonat e tjera të Shqipërisë. Të njëjtin kujdes dhe përkushtim Dr. Peçi tregonte edhe për cilindo qytetar që i drejtohej për këshillë apo edhe për mjekim, qoftë edhe jashtë spitalit, kur ishte e mundur dhe e nevojshme.

Në punë dhe shoqëri Dr. Petrua gëzonte një vlerësim dhe respekt të veçantë, falë kjo dhe mënyrës së tij të komunikimit ku reflektonte dashuri, mirësi, përkujdesje dhe respekt për këdo që komunikonte dhe bashkëpunonte me të.

Për punën dhe jetën e tij, Dr. Petrua jo vetëm që është vlerësuar nga kolegët dhe bashkëpunorët e tij por edhe nga institucione dhe autoritete shtetërore.

Dr. Petrua do të ngelet për të gjithë kolegët dhe miqtë e tij model i mjekut me vlera të rralla profesionale dhe humanitare.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Prof. Dr. Skënder DURRËSI

1939 – 2021



Me hidhërim të thellë njoftojmë ndarjen nga jeta të Prof. Dr. Skënder Durrësit. Ai lindi në Tiranë në vitin 1939.

Prof. Skënder Durrësi është një figurë e shquar në Shkencat Farmaceutike shqiptare, me një karrierë të gjatë akademike dhe kontribut të vyer në arsimimin dhe përgatitjen e shumë brezave të farmacistëve në vend. Në Gusht të vitit 1969 u emërua pedagog në degën e Farmacisë të Universitetit të Tiranës, ku zhvilloi fillimisht, ligjërata e praktika laboratorike në disiplinat e Teknologjisë Farmaceutike, Kimisë Toksikologjike e Kimisë Farmaceutike. Në vazhdim ka qënë titullar dhe profesor i lëndëve të Teknologjisë Farmaceutike dhe Përgatitje galenike pranë Departamentit të Farmacisë, Universiteti i Tiranës deri në daljen në pension. Më tej Prof. Durrësi ka qënë i angazhuar në mësimdhënie në Departamentin e Farmacisë pranë “Albanian University”.

Gjithashtu, veprimtaria e tij akademike shtrihet edhe në Universitetin Shtetëror të Tetovës dhe Universitetin e Prishtinës me ligjerata në lëndën e Teknologjisë Farmaceutike. Ka udhëhequr një numër të konsiderueshëm tema diplomash, tema shkencore për master dhe doktoratë, në Shqipëri, Kosovë dhe Maqedoni.

Nga 1989 deri më 1993 ka qënë zëvendës Dekan i Fakultetit të Mjekësisë, Universiteti i Tiranës. Në vitet 1992 deri në 1999 ka qënë Përgjegjës i Departamentit të Farmacisë pranë Fakultetit të Mjekësisë, të Universitetit të Tiranës; ndërsa 2006-2013 ka drejtuar Departamentin e Farmacisë në Albanian University.

Ka botuar 18 tekste universitare, e pasuniversitare, 2 monografi, dhe një varg artikujsh shkencore në revistat shkencore të vendit e të huaja, si dhe ka referuar shumë herë në veprimtari shkencore brenda e jashtë vendit.

Që nga viti 1992 deri në vitin 2004 ka qënë kryetar i Shoqatës Farmaceutike Shqiptare. Për një periudhë dyvjeçare (1993-1995) ka drejtuar Komisionin e Nomenklaturës së Barnave. Në Dhjetor 1992 është zgjedhur President Nderi i Shoqatës Farmaceutike Ndërkombëtare “Donna Internazionale”, me seli në Padova të Italisë, kurse më 1994 është zgjedhur anëtar i Shoqatës Shkencore Farmaceutike të Rumanisë.

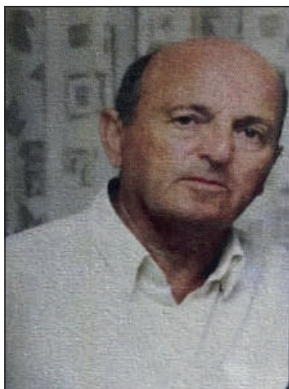
Profesor Durrësi ka qënë për një periudhë 6-vjeçare (1994-2000) anëtar i Grupit Këshillimor të Ekspertëve të OBSH-së për Farmakopenë Ndërkombëtare dhe Përgatesat Farmaceutike.

Qoftë i paharruar kujtimi i Tij!

Këshilli Kombëtar, UMSH

Dr. Llambro BALA

1936 – 2021



Dr. Llambro Bala lindi në fshatin Ilias të Himarës më 26 Prill 1936. Shkollën fillore e kreu në fshatin Dhërmi për të vazhduar më tej studimet e shkollës së mesme në shkollën profesionale mjekësore në Tiranë, ku u dallua për rezultate të larta. Pas përfundimit të saj, u emërua si ndihmësmjek në zonën e Mallakastrës. Kreu shërbimin ushtarak dhe në vitin 1960 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë së Universitetit të Tiranës, nga ku në vitin 1965 u diplomua si Mjek i Përgjithshëm. Këtë detyrë e ushtroi fillimisht në fshatin Kuç të Kurveleshit, ku punoi me përkushtim dhe devotshmëri. Për punën e tij të shkëlqyer, u realizua edhe një film dokumentar i Kinostudios “Shqipëria e Re”, me titull “Letër nga mjeku i fshatit”.

Në vitin 1971 shkoi për specializim në degën e Dermatologjisë dhe pas përfundimit të tij, u emërua mjek dermatolog pranë Spitalit Rajonal Vlorë. Gjatë punës në qytetin e Vlorës, pati rezultate të shkëlqyera: Hapi repartin e Dermatologjisë në Spitalin e Vlorës; dhe për 5 vjet me rradhë realizoi “Aksionin kundër Qeres.” Ai duke shkuar fshat më fshat, shtëpi më shtëpi, shkollë më shkollë, ndërmarje më ndërmarrje, arriti ta zhdukë këtë sëmundje përfundimisht në rrethin e Vlorës.

Në vitin 1996 doli në pension, por vazhdoi të punojë edhe më pas, deri sa më 15 Shkurt 2021 ndërroi jetë.

Më 16 Prill 2012 është vlerësuar nga Bashkia Vlorë me titullin “Mirënjohje e qytetit të Vlorës”. Dhe më 21 Mars 2016 është vlerësuar nga Këshilli i Qarkut Vlorë me titullin “Mirënjohje e Qarkut të Vlorës”.

Gjatë gjithë punës së tij u dallua për marrëdhënie të ngrohta me kolegët dhe pacientët, ku arriti të fitojë respektin, dashurinë dhe vlerësimin e tyre.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH

Dr. Bardhyl BEQO*1946 – 2021*

Më 17 Janar 2021 u nda nga jeta në moshën 74-vjeçare mikrobiologu Bardhyl Beqo.

Dr. Bardhyli lindi në Starje të Kolonjës më 22 Qershor 1946. Shollën fillore e kreu në Starje dhe shkollën 7-vjeçare e kreu në Ersekë duke shkuar çdo ditë në këmbë, në shi e në dëborë, me trastën e librave në krahë duke bërë çdo ditë mbi 10 kilometra rrugë.

Në vitin 1960 vazhoi Teknikumin Mjekësor në Tiranë ku ju shtua edhe më shumë dëshira për tu bërë mjek. Në vitet 1964-1969 kreu Fakultetin e Mjekësisë me rrezultate të larta, dhe në Janar të vitit 1970 emërohet mjek Higjienist në Qendrën Sanitare Ersekë.

Në vitet 1971- 1973 dr. Bardhyli ndoqi specializimin në degën e Mikrobiologjisë në Spitalin Qendror të Tiranës dhe Institutin e Higjienës.

Pa u shkeputur nga laboratorit dr. Bardhyli drejtoi Qendrën Sanitare deri në vitin 1990 e më pas Shërbimin Parësor në Kolonjë. Me stafin e tij me: higjienistë, epidemiologë, ing. kimistë dhe ndihmësmjekët e përkushtuar nuk la shtëpi, çerdhe, kopështe, shkolla e fshatra pa shkëlur duke vaksinuar, gjurmuar, zbuluar, parandaluar sëmundjet ngjithëse të cilat ishin aktive në ato vite. Dhe rrezultatet ishin mbresëlënëse: u zhdukën Tifua, Bruceloza, Pertussi, Difteria e TBC u kufizua në raste sporadike.

Dr. Bardhyli në vitin 2000 u transferua në Tiranë ku punoi si mjek në Laboratorin e Kontrollit të Barnave deri sa doli në pension, e më pas punoi në Laboratorë Privatë.

Bashkëshortja, vajza, familja, të afërmit, shokët e kolegët do ta kujtojnë dr. Bardhylin me një nderim dhe respekt të madh që i dha aq shumë shëndetësisë në veçanti në Kolonjë.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Dh. Gjergo, dr. L. Kolasi, dr. P. Peco, dr. E. Osmani, dr. L. Kanani, ing. B. Rizvanolli
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*

Dr. Rustem KEKO

1947 – 2021



Më 11 Shkurt 2021 u nda nga jeta dr. Rustem Keko, mjeku i palodhur që i shërbeu komunitetit edhe shumë vite pas daljes në pension. Prej ditësh doktor Rustemi ishte shtruar në Spitalin Infektiv. Pavarësisht ndihmës së ofruar nga stafi mjekësor, fatkeqësisht ai e humbi betejën me Covid-19.

Dr. Rustemi lindi në Përmet më 18 Tetor 1947. Në vitin 1965 përfundoi shkollën e mesme në vendlindje. Më pas ndoqi Fakultetin e Mjekësisë të cilin e përfundoi me rezultate të shkëlqyera në vitin 1970. Në Janar të vitit 1971 filloi të japë kontributin e tij të parë si mjek i përgjithshëm në Spitalin e Përmetit, ku qëndroi rreth 5 vjetë. Më pas punoi në fshatin Mërtij të Rrethit të Përmetit, e më pas edhe në fshatrat Kajcë dhe Ballaban.

Në Janar të vitit 1979 dr. Rustemi fillon specializimin në një nga degët që kishte pasion, atë të Patologjisë. Pas specializimit u rikthye në Spitalin e Përmetit si mjek patolog, ku dha një kontribut tekniko-praktik shumë të shënuar. Dr. Rustemi vijoi me specializime si brenda dhe jashtë vendit, si në Spitalin Endokrinologjik të Athinës (2001) dhe në Universitetin e Sienës në Itali në vitin 2002 dhe në shumë të tjera.

Me punën e tij të palodhur dr. Rustemi ka bërë që njohuritë e tij të shërbenin si një shkollë e dytë për të gjithë mjekët dhe infermierët e runj, të cilët patën fatin të punojnë me të. Do të mbahet mend nga të gjithë periodha kur dr. Rustemi ishte drejtues i Spitalit të Përmetit dhe si Shef i Shërbimit Spitalor.

Dr. Rustem Keko ka patur një veprimtari botuese me botime dhe artikuj shkencorë në sipoziume kombëtare dhe ndërkombëtare. Në vitin 2004 botoi librin me titull “Kontribut në Urgjencën e mjekësisë Interne”.

Dr. Rustemi gjatë gjithë jetës së tij u karakterizua nga korrektesa në detyrë, papërtueshmëria, përpjekja për tu shërbyer sa më mirë pacientëve të tij duke gëzuar kështu respektin dhe mirënjohjen e tyre për gjatë gjithë jetës së tij.

Dr. Rustemi do të mbahet mend nga të gjithë kolegët dhe qytetarët si një njeri human, bujar dhe kurajoz.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH

Dr. Gëzim LAMAJ*1958 – 2021*

Më 26 Shkurt 2021 u nda nga jeta në moshën 62 vjeçare prej sëmundjes së koronavirusit mjeku radiolog i Spitalit Rajonal të Beratit, kolegu ynë i nderuar, dr. Gëzim Lamaj.

Dr. Gëzim Lamaj lindi në Berat, më 28 Tetor 1958 në një familje me tradita patriotike. Pas përfundimit të shkollës së mesme, në vitet 1980 – 1985 studioi në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës, ku u diplomua Mjek i Përgjithshëm.

Në vitet 1986 - 1989 punoi si mjek civil në Spitalin Ushtarak të Ersekës në Kolonjë dhe më pas u transferua në Spitalin Ushtarak të Çorovodës në Skrapar, ku punoi edhe 3 vjetë të tjera.

Në vitin 1992 filloi specializimin për Radiologji – Imazheri në Spitalin Universitar të Tiranës që e përfundoi në vitin 1996. Menjëherë pas specializimit dr. Gëzimi filloi punë në Spitalin Rajonal të Beratit në Shërbimin e Radiologji – Imazherisë, ku punoi si mjek dhe si Shef Shërbimin deri në Shkurt 2021, kur u sëmur nga koronaviroza.

Dr. Gëzimi ishte një mjek shumë i aftë nga ana profesionale dhe me gadishmëri të lartë duke ju ofruar ekzaminime të të sëmurëve në çdo kohë, ditën dhe natën, i papërtuar, i dashur dhe i sjellshëm me kolegët dhe të sëmurët. Gjatë kohës së pandemisë së Covid-19 ai përballoi një volum kolosal pune në shërbim edhe të sëmurëve me korona, si rrjedhojë e të cilës ai u infektua dhe humbi edhe jetën.

Ai shquhej për njohuritë e freskëta, të përditësuara rregullisht të specialitetit të tij dhe në të njëjtën kohë edhe të mjekësisë së përgjithshme.

Dr. Gëzimi ishte një familjar i përkushtuar, mjaft i lidhur me bashkëshorten e tij gjithashtu mjeke, me djalin e tij, si edhe gjithë rrethin familjar.

Ndarja e parakohshme e tij nga jeta la një boshllëk të madh në familje, por edhe tek kolegët, personelin e Spitalit Rajonal dhe të sëmurëve të Qarkut të Beratit, Kuçovës dhe Skraparit.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

*Dr. Miltiadh Veveçka
Këshilli Rajonal Berat, UMSH*

Dr. Shk. Gerond HUSI

1971 – 2021



Më 13 Mars 2021 u nda nga jeta Dr. Gerond Husi, mjek endokrinolog në QSUNT. Ndonëse luftoi me gjithë forcat e tij, nuk ia doli të fitojë betejën me virusin e pabesë që e rrëmbeu nga jeta, nga dashuria e familjes, e miqve, kolegëve dhe pacientëve të tij.

Dr. Gerondi lindi më 5 Korrik 1971 në Tiranë. Shkollën e mesme e kreu pranë Gjimnazit “Petro Nini Luarasi” (1985-1989). Më pas vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë (1989-1994) ku u diplomua me rezultate të larta si Mjek i Përgjithshëm.

Pa u shkëputur nga studimet, në vitet 1991-1994, dr. Gerondi punoi edhe si infermier pranë reanimacionit të Urgjencës së Kirurgjisë në QSUT.

Në vitin 1996, dr. Gerondi fitoi konkursin e specializimit në degën e Endokrinologjisë ku në vitet 1999-2000 vijoi specializimin në Qendrën Spitalore ‘Never’ në Francë. Në 2001 u diplomua si Mjek Endokrinolog. Pas specializimit dr. Gerondi punoi në Shërbimin e Endokrinologjisë në QSUT deri në vitin 2012, vit në të cilin kaloi si Pedagog pranë Fakultetit të Mjekësisë dhe shërbimit të Endokrinologjisë; pozicion që e mbajti deri në momentin që u nda nga jeta.

Në vitin 2020 dr. Husi mbrojti titullin “Doktor i Shkencave Mjekësore” me temën: Prevalenca e Diabetit LADA”.

Përgjatë jetës së tij profesionale, dr. Husi mori pjesë në shumë aktivitete trajnuese dhe konferenca shkecore. Gjithashtu ka lënë pas edhe një numër të kosiderueshëm studimesh dhe botimesh, rreth 30 të tilla me një vlerë të lartë në fushën e Endokrinologjisë Shqiptare.

Dr. Gerondi ishte gjithashtu anëtar shumë aktiv në Shoqatën e Diabetit, ku në vitet 2010-2016 ka qenë Sekretar i Shoqatës. Ndërkohë në vitet 2016-2020, dr. Gerodi ka qenë Anëtar i Kryesisë dhe nga Tetori i vitit 2020 edhe Kryetar i Shoqatës Shqiptare të Endokrinologjisë.

Dr. Gerondi nuk ishte thjesht një mjek, por një njeri i rrallë, fisnik, me shpirtin e sakrificës, dhe me një energji të pashtershme.

Ai mëshironte shpirtin e vërtetë të mjekut, krenarinë e bluzave të bardha. Mjekësia dhe shoqëria shqiptare humbi një profesionist të pashoq.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Fejzi ALUSHI*1954-2021*

Më 18 Mars 2021 u nda nga jeta në spitalin Vila Maria Tiranë nefrologu dhe pedagogu në Universitetin “Ismail Qemali” Vlorë dr. Fejzi Alushi.

Ai lindi në qytetin e Vlorës në vitin 1954. Me mbarimin e shkollës së mesme të përgjithshme më 1973, vazhdoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë, dega Mjekësi e Përgjithshme ku dhe u diplomua në 1979 me rezultate mjaft të mira.

Dr. Fejziu filloi punën si mjek i përgjithshëm në rrethin e Beratit për 3 vjet dhe më pas për 3 vite të tjera në rrethin e Kukësit. Edhe pse në zona mjaft të vështira ai u dallua për punë të palodhur, përkushtim dhe përgjegjësi ndaj detyrës, gjithmonë i përkushtuar dhe i gatshëm, me komunikim të

admirueshëm me njerëzit dhe rezultate të mira në treguesit e kujdesit shëndetësor që ofronte.

Në vitet 1988-1990 kryen specializimin për Sëmundjet e Brendshme dhe më tej edhe 1 vit tjetër për Nefrologji, ku u shqua për punën intensive në shërbimin ndaj të sëmurit dhe në studimet pas universitare. Më pas ai emërohet si mjek në degën e Sëmundjeve të Brendshme në Vlorë. Edhe këtu dallohet për etikë, korrektësi dhe profesionalitet të lartë.

Më tej dr. Fejziu, ndër të parët, merr nismën të punojë në sektorin privat ku ushtron në vazhdimësi specialitetin e nefrologut. Krahës punës ai nuk u shpëput asnjëherë nga studimi dhe kërkimi shkencor. Më 1996 kreu një kurs 1 vjeçar për Ekografi. Po ashtu prej vitit 1995 fillon mësimdhënien në Fakultetin e Infermierisë në Vlorë dhe në vazhdimësi në atë të Shëndetit Publik në Universitetin “Ismail Qemali” Vlorë. Është autor i teksteve të Sëmundjeve të Brendshme I & II, Geriatria-Gerontologjia të këtij Universiteti. Në 2012 fiton gradën shkencore Doktor i Shkencave Mjekësore pranë Fakultetit të Mjekësisë Tiranë me studimin mbi Nefritet.

Në vitet 2005-2007 ka qënë drejtor i DRSKSH Vlorë duke treguar edhe njohuri dhe aftësi të mira drejtuese dhe menaxheriale të Shërbimit Shëndetësor.

Dr. Fejziu gjithmonë edhe në çdo angazhim profesional (patolog, nefrolog, ekografist) drejtues apo akademik shquhej për seriozitet, punë të palodhur dhe studim të vazhdueshëm, korrekt, i komunikueshëm dhe njerëzor me këdo. Gjithashtu ai ishte familjar, bashkëshort dhe prind shembullor.

Me ndarjen e parakohshme nga Covid -19 dr. Fejziu lë një boshllëk të madh për shokët, miqtë, familjarët e tij, si dhe gjithë ata që e kanë njohur dhe kanë mundur të marrin kujdes mjekësor prej tij.

Ai do të kujtohet gjithmonë me respekt, mirënjohje dhe dashuri nga gjithë që patëm fatin ta njohin, punojnë apo të komunikojnë me të si shok, mik, student apo pacient.

I paharruar qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH

Dr. Mahmut ÇULIQ

1946 – 2021



Dr. Mahmuti u lind në Shkodër më 16 Dhjetor 1946, në një familje të mesme qytetare shkodrane.

Gjatë viteve 1960-1964 kreu Gjimnazin “28 Nëntori”. Më pas kreu studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin e Tiranës, përgjatë viteve 1964-1970 dhe pas diplomimit u emërua Mjek i Përgjithshëm në rrethin e Pukës.

Dr. Mahmuti shërbeu me humanizëm dhe sakrificë në rrethin e Pukës gjatë viteve 1971-1983. Megjithë vështirësitë e kohës dhe të relievit të vështirë të kësaj zone, Dr. Mahmuti u dallua për përkushtim ndaj pacientëve të këtij komuniteti, devotshmërinë dhe seriozitetin maksimal në trajtimin e çdo të sëmurit.

Në vitin 1983 ai emërohet si mjek urgjence në qytetin e Shkodrës, ku shërbeu me përkushtim të plotë në Urgjencën e Poliklinikës. Në vitin 1990 emërohet Shef i Shërbimit të Urgjencës pranë Poliklinikës së qytetit.

Vitet e vështira të demokracisë treguan më së miri virtytet e dr. Mahmutit dhe për këtë arsye u emërua Drejtor i Poliklinikës së Specialiteteve “Bahri Kopluku”, ku punoi deri në vitin 2001. Rritja e aftësive profesionale dhe drejtuese dhe humanizmi i tij u shpërblyen në vitin 2001, kur ai u emërua Drejtor i Spitalit Rajonal Shkodër.

Pas këtij posti ai rikthehet si Drejtor i Poliklinikës së qytetit deri në daljen e tij në pension në vitin 2011.

Eksperiencia e vyer e dr. Mahmutit, i shërbeu I.S.K.SH-së për të paktën 3 vite deri në vitin 2014, kur dr. Mahmuti dha dorëheqjen për arsye personale.

Dr. Mahmuti gjatë viteve 2004-2014, ka dhënë kontributin e tij si anëtar i Këshillit Rajonal të UMSH.

Gjatë jetës Dr. Mahmuti karakterizohej nga puna dhe humanizmi, kjo lidhje jo vetëm me profesionin e tij si mjek por sepse një ndjenjë e tillë ka qenë pikëlidhja më e fortë midis tij dhe njerëzve.

Me humbjen e dr. Çuliq familjarët humbën bashkëshortin dhe babin e tyre të dashur, shokët e miqtë humbën kolegun, mikun e tyre të mirë.

I paharruar goftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Shkodër, UMSH