



info@asai.al / www.asai.al

ABSTRACT BOOK

VLORA ANESTHESIA DAY

TEMA: ANESTEZIA DHE KUJDESI PERIOPERATOR

MODERATOR KONFERENCE:

SAIMIR KUCI
KRENAR LILAJ

20.05.2023
REGINA CITY VLORE

Komisioni Organizativ

Saimir Kuçi
Krenar Lilaj
Bruna Mersini
Edmond Breshanaj
Erjon Panajoti

Komisioni Shkencor

Krenar Lilaj
Hektor Sula
Rudin Domi
Alma Cani
Majlinda Naco
Alfred Ibrahim
Ervin Bejko
Saimir Kuçi
Mustafa Bajraktari
Lordian Nunci
Blerim Arapi
Stavri Llazo

Sekretaria

Alma Lumani
Marsela Goga
Dejvi Haxhiaj
Ada Ndreka
Ina Myrtaj

Designer

Aleksander Aliaj



Përmbajtja

1. Reanimatori, qe jetoi e punoi deri ne fund! In memoriam te Prof. Ilir OhriTritan Shehu
2. Ventilimi dhe intubimi i pacientëve në urgjencë Skender Brataj
3. Qasja multidisiplinare në vlerësimin preanestetik, vlerësimi dhe optimizimi i riskut.
Përmirësimi i ecurisë perioperative Rinard Kortoci
4. Përgjigjia inflamatorë sistëmiqe (SIRS) në pacientët kirurgjikalë Stavri Llazo
5. Anestezia ne kirurgjine laparoskopike te rrugeve biliare Faslli Haxhiaj
6. Kirurgjia tradicionale dhe laparoskopikeEraldo Koçiaj
7. Eksperienca jonë në trajtimin e traumës vaskulare Edmond Nuellari
8. Anestezia epidurale ne kirurgjine e abdomen superior Ervin Troshani
9. Menaxhimi anestetik i një pacienteje me insuficiencë respiratore severe akute që i nënshtrohet kirurgjisë abdominale (Case report) Erjon Panajoti



OP.1

Reanimatori, qe jetoi e punoi deri ne fund! In memoriam te Prof. Ilir Ohri.

Tritan Shehu

Fatkeqesisht Iliri sot nuk eshte midis nesh dhe mua me duhet te flas per ate. Realisht kjo me ngjall hidherim te thelle, por eshte dhe nje obligim i vecante, jo i lehte. Nje obligim qe ne nje sens me jep nje krenari, sepse kur flet per vlerat, punen, jeten e Ilirit si koleg, bashkepuntor, mik, nuk mund te mos kesh dhe ate ndjenje. Eshte dhe e veshtire sepse ne pak minuta duhet te percjell ate imazh, qe une kam krijuar per ate ne shume vite bashkepunimi, ne pozicione nga me te ndryshmet midis nesh. Por jam realisht i bindur se ai imazh qe une kam, perputhet edhe me tuajin, sepse Iliri ishte i njejte si me mua si me ju, me te gjithë.

Ishte lehtesisht i lexueshem, i vleresueshem per tiparet e vetite e tij, qe e bente te vecante. Ai nuk u perpoq kurre te paraqitej ndryshe nga ai qe ishte, gje kjo jo e shpeshte sot. Sepse ai kishte menyren e tij te perceptimit te zhvillimeve, ambientit, detyrimeve, shoqerise. Kjo fillon qe me perceptimin e tij ndaj jetes ne teresi, vizion, i cili per mua ishte ne themel te karakterit te tij, qe pa dyshim ishte ne esencen e asaj, qe ai transmetonte dhe realizoi, ne pune, familje, shoqeri, kudo. Pra t'i fillojme keto reshta per Ilirin me nje pyetje te thjeshte, te ciles ai i dha nje pergjigje konkrete, racionale e dobipruresë.

---Cdo te thote te jetosh?

Pa dyshim ka disa forma jete. Ne e njohim mire biologjine, mekanizmat jetesor e kuptojme me mire kete nen ate kendveshtrim. Por ketu duhet te dalim jashte atyre klisheve, sepse jeta eshte jete kur vertet jetohet. Te jetosh jeten do te thote ta duash realisht ate, ta perdoresh per objektivat, qe per Ilirin ishin kryesisht ato ne funksion te familjes e profesionit te tij, pa lene jashte dhe miqte, shoket. Do te thote ta mbrosh ate duke u qendruar besnik vlerave, parimeve. Dhe kjo pa u bere asnjehere skllav, viktime i vdekjes, per sa kohe jeton.

Pa vdekur, duke jetuar do te thosha.

Sepse ne fund te fundit jeta nuk eshte dhe nuk na eshte dhene thjesht per te marre fryme, per te te rahur pulsi, per te degjuar apo vetem per te pare. Ajo eshte e na jepet per te shrytezuat keto parametra, keto aktivitete biologjike, per t'i vene ato ne sherbim te "jetes", pra thjesht per te jetuar realisht.

Te jetosh eshte shume ndryshe nga te vegjetosh.

Ne si reanimatore i kuptojme shume qarte keto dallime midis jetes dhe vegjetimit. Dhe ketu nuk e kam fjalen per vegjetimin biologjik, por dhe per ate shoqeror, familjar, social, shume e shume me gjere ky se ai i pari. Ne fakt ishte Iliri ai qe jo vetem i kuptonte qarte keto diferenca, por dhe qe ishin motoja e tij deri ne fund. Ai donte te jetonte jeten deri minuten e fundit te saj.

Realisht e jetoi te tille!

Jetoi deri ne fund ashtu si jetoi prej fillimit te saj. Jetoi per familjen e tij, per profesionin e tij, per te semuret, sherbimin, shoqerine, koleget. Jetoi duke e perballuar vdekjen me guxim, pa u perkulur para saj, duke e pare drejt ne sy ate sepse per ate nje lloj jete tjeter nuk kishte kuptim, nuk do te ishte jete, por nje agoni e zgjatur, nje vdekje e bashkuar me jeten, pa prodhuar asgje nga ato qe ai aspironte.

Te them te drejten une jo rralle, duke e ditur riskun e larte per ate, I thoja, vecanerisht gjate periudhes se Covid: "Kujdes, qendro i izoluar, jo shume aktiv."

Me thoshte "Po", por asnjehere nuk u terhoq, asnjehere. Ju nenshtrua kirurgjise, bente kimio, pesoi fraktura dhe prape shume shpejt shfaqej ne ambientet e reanimacionit, ne profesionin e



tij. Pjesen tjetër të kohës e kalonte në familjen e tij, por pa u ndarë kurrë dhe nga miqtë e afert.

Sepse i tillë ishte ai në thelb, në botkuptim, sepse donte të fitonte mbi vdekjen dhe realisht fitoi mbi atë, sepse jetoi kështu deri në fund, deri sa funksionuan mekanizmat e tij jetësorë. Të them të drejten ky qëndrim i tij në këto periudhat e fundit nuk më ka habitur kurrë sepse kështu e kam njohur në vite, dhe i tillë ka qenë edhe perceptimi im për Ilirin. E kam njohur shumë herët në vitet 80-te kur erdhi në klinikën tonë e filloi specializimin në anestezi-reanimacion. Të them të drejten, konstatova tek ai të gjitha tiparet e cilesitë për një reanimator të vertetë.

Të jesh reanimator nuk është e lehtë, jo kushdo mund të jetë realisht reanimator. Në të gjithë në këto salla e dime shumë mirë këtë.

Dhe ai u bë i tillë. Në fakt mbeti i tillë deri në fund, gjë që nuk ndodhë gjithmonë. E kam njohur më tej si mjek të formuar, koleg me një diapazon shumë të gjërë dijetesh dhe vlerash. Për këto arsye në vitin 1992, kur unë u bëra ministër i shëndetësisë, vendosa Ilirin për të drejtuar shërbimin tonë, që tashmë kishte filluar të merrte formën e tij.

Iliri u tregua i denjë në drejtimin e këtij shërbimi kaq të vecantë, të gjërë, të rëndësishëm, por dhe të veshtirë. Ky shërbim ka njohur e njëjshëm profesionistë e personalitete të shkelqyera në gjirin e tij. Fatkeqësisht disa nuk janë më midis nesh, kjo është jeta në fakt. E rëndësishme është që në tashmë të përpiqemi për ta zhvilluar më tej këtë shërbim. Mbi atë baze të hedhur tashmë, për të cilën Iliri ka një kontribut të madh, jo vetëm si drejtues për shumë vite, por dhe si mjek, njeri, shok, koleg e mik.

Unë gjykoj se ajo që është arritur, së bashku me Ilirin, kolege të tjerë, ju të gjithë, duhet të jetë një baze për të avancuar, duke përmirësuar atë çfarë duhet sepse zhvillimi, persosja nuk ka kufi, shkenca ecën shumë shpejt përpara, vecanerisht në këto profesionin tonë. I fituar është ai që arrin ta ndjehet këtë dinamike, Iliri ishte një nga ata. Këto unë e shoh në disa aspekte:

--Në ruajtjen e fizionomisë së specialitetit tonë e të rolit e personalitetit profesional të secilit. Unë di shumë nga dukuritë e këtyre viteve, atë çfarë leviz nën tavolinë në sistemin tonë shëndetësor, por unë mendoj se në duhet të mbetemi besnikë të "Betimit të Hipokratit" të parimeve shkencore e profesionale. Më këto nuk mund të behen kurrë kompromise, sepse ato në fakt janë vetëm në kurriz të pacientit.

Unë do t'ju them dicka, qëndroni stoik kur jeni të bindur në të drejtën tuaj. Mos u impresiononi nga kurrkush, duhet të prevalojë gjithmonë elementi shkencor e pacientit, edhe në momente të veshtira, sepse puna jonë është e mbushur plot me ato. Sepse në kemi një nga profesionet më pluridimensionale në të gjitha aspektet. Për këtë keni një shembull të qartë, të fortë, Ilirin me qëndrimet e tij.

Më gatishmerinë olimpikë të tij, dijet e tij, por dhe më vendosmerinë për të mos bërë kompromise në kurriz të shkencës e të semurit. Për të mos ceduar nga ajo që ai e mendonte të drejtë e të dobishme, për konjunkturë sekondare.

--Në vazhdim të kesaj në aspektin klinik të anestezi-reanimacionit, ai është një specialitet i vecantë i pavarur. Dhe ashtu duhet të ngele jo vetëm formalisht. Iliri punoi për këtë, ai u kaloi në sallen e operacionit, në anestezi duke u kompletuar më tej si një anestezist-reanimator i vertetë. Një rrugë kjo, që dhe të gjithë ju në këto salla e keni ndjekur me impenjim të plotë, rezultate të lavdërueshme. Një shembull e premise me shumë ky, që specialiteti ynë duhet të qëndrojë i bashkuar si anestezi-reanimacion, pa u copëtuar. Perkundrazi duke u zgjeruar drejt terapise së dhimbjes në përgjithësi, urgjencës mjekësore polivalente etj.

--Ketu dua të shtoj dicka. Rëndësine që ka dhe procesi universitar, e postuniversitar për shërbimin tonë. Lidhja e fortë midis tyre, midis klinikës e didaktikës në të gjitha nivelet. Iliri



yne e kishte kuptuar qarte kete dhe perpiqej te ishte jo vetem prane kolegeve, por shume prane specializanteve, afer studenteve. Keshtu ai luajti kete rol prej vitit 1993, kur kaloi edhe ne procesin didaktik si pedagog i fakultetit te mjekesise, me shtimin e hapesirave per lenden e anestezi-reanimacionit.

Tani ne fund te ketyre rreshtave, per tu kthyer perseri aty ku e filluam, dua te theksoj se Iliri ngeli i tille, aktiv, i hapur, dialogues deri ditet e fundit te jetes se tij. Ai punoi i tille deri shume afer ndarjes nga jeta. Sepse ai punonte sikur nuk do vdiste kurre edhe kur ishte shume afer vdekjes. Dhe ai e dinte, e kuptonte, por nuk donte ta pranonte sepse e donte jeten, jeten ashtu sic e konceptonte dhe e ndertoi ai ne dekada. Donte ta jetonte ate ne te gjitha dimensionet e saj gjer ne minuten e fundit.

Ai e jetoi te tille!

OP.2

Ventilimi dhe intubimi i pacientëve në urgjencë.

Skender Brataj

Shefi Urgjences Kombetare

Abstrakt

Ventilimi i pacientëve në urgjencën paraspitalore dhe në departamentin e urgjencës është vendimtar për shpëtimin e jetës dhe uljen e invaliditetit të tyre. Ventilimi në këtë rast mund të jetë NIV dhe mekanik dhe ka të bëjë me llojin e ventilimit që mjeku i urgjencës duhet të aplikojë në momentin e parë dhe në vazhdimësi. Kohëzgjatja e qëndrimit në departamentin e urgjencës të pacientëve që duhen hospitalizuar në kujdesin intensiv është rritur gradualisht vitet e fundit. Rritja e kohës në departamentin e urgjencës bën të nevojshëm ventilimin mekanik si një pjesë e rëndësishme e kujdesit kritik. Lind nevoja që pacientët me ventilim mekanik të menaxhohen dhe monitorohen edhe nga mjekët e urgjencës, prandaj mjekët e urgjencës duhet të kenë njohuri të plotë të ventilimit mekanik.

1. Hyrje

Ventilimi mekanik është një procedurë që aplikohet në njësitë e kujdesit intensiv (ICU) ku pacientët do të monitorohen në vazhdimësi nga ekipe me përvojë që janë anestezistët.

Megjithatë, shumë pacientë që kanë nevojë për kujdes intensiv janë të detyruar të monitorohen jashtë ICU. Në SHBA, pacientët e shtruar në ICU ndërmjet 2008 dhe 2009 u rritën me 48.8% krahasuar me gjashtë vitet e fundit.

Çdo vit mbi 240,000 pacientë në SHBA kanë nevojë për ventilim mekanik në departamentin e urgjencës që është 0.23%. Një e katërta e këtyre pacientëve qëndrojnë në urgjencë për më shumë se 5 orë dhe vdekshmëria e tyre është dukshëm më e lartë se pacientët e tjerë të shtruar në ICU. Urgjenca është një nga këto vende që monitorojnë shpesh pacientët e ventiluar mekanikisht. Rritja e kohëzgjatjes së qëndrimit në urgjencë çon në një rritje të vdekshmërisë dhe kohëzgjatjes së MV të pacientëve.

Si përfundim, mjekët e urgjencës janë të detyruar të kenë aftësitë e nevojshme për të ndjekur pacientët në MV, edhe nëse është afatshkurtër, sepse ndikon në rezultatin e pacientit.

Intubimi me sekuencë të shpejtë

Qasja më e zakonshme në urgjencë. menaxhimi i rrugëve ajrore është një aftësi thelbësore për mjekët që kujdesen për pacientët me sëmundje kritike dhe është thelbësore për praktikën e



mjekësisë urgjente. Në departamentin e urgjencës, intubimi me sekuencë të shpejtë (RSI) është mjete më i përdorur dhe më i suksesshëm për intubimin endotrakeal. Studimet nëpër botë raportojnë se (RSI) përdoret në afërsisht 85% të pacientëve që kërkojnë intubim. Pacientët që bëjnë arrest kardial dhe ata me rrugë ajrore shumë të vështira, të cilët janë intubuar duke përdorur anestezi vetëm me sedacion, pa bllokadë neuromuskulare ose kurarizimin me kohë të shkurtër si pjesë e një teknike të shpejtë, përbëjnë pjesën më të madhe të këtyre pacientëve.

Trajnimi i mjekëve të urgjencës

Nëse mjekët në urgjencë do të bëjnë induksionin e shpejtë të sekuencës së anestezisë dhe intubimit trakeal, si do të trajnohen ata dhe si do t'i ruajnë aftësitë e tyre? Përvetësimi i aftësive të avancuara të rrugëve të frymëmarrjes do të kërkojë trajnim të konsiderueshëm klinik dhe kohë, i cili do të kryhet në mënyrë periodike. Kërkon një bashkëpunim me anesteziat dhe mbi të gjitha një përshtatje ligjore dhe protokolle të përbashkëta.

OP.3

Qasja multidisiplinare në vlerësimin preanestetik, vlerësimi dhe optimizimi i riskut. Përmirësimi i ecurisë perioperative.

Rinard Kortoci, Erjon Panajoti, Abana Cane, Servina Plaka, Arben Dhima, Ilir Peposhi, Roland Kaza, Arjan Halimi, Alfred Aga, Burak Koza, Andi Kacani, Eduart Shota

Spitali Amerikan, Tirane
S.U. Shefqet Ndroqi, Tirane

Abstrakt

Dihet rëndësia dhe vlera e anamnezës dhe egzaminimit të pacientit (~60%) në përcaktimin e diagnozës. ASA dhe RCA kanë ngritur grupe pune për vendosjen e kriterëve, ekzaminiveve lab, imazheri etj.

TFPE (Task Force on Preanesthetic Evaluation) në individët që i nënshtrohen procedurave anestetike.

Qëllimi i vlerësimit preanestetik është vlerësimi i rrishtit, optimizimi, ndërtimi i planit anestetik dhe koha (kur do të realizohet ?).

TFPE përbëhet nga 12 individë, 10 anesteziat nga regjione të ndryshme gjeografike të SHBA, pjesë e sistemit akademik dhe sistemit privat, 2 stacionier (për përpunimin e të dhënave).

Ky ekip bazuar në të dhënat dhe literatura të ndryshme, përcaktojnë kriteret dhe ekzaminimet si dhe sa të implementueshme dhe të besueshme janë.

Përshkrimi

Do të prezantohen raste të cilat kanë rëndësi nga pikëpamja praktike si dhe nxjerrin në pah vlerën e anamnezës të kujdesshme të pacientit (deri në këtë fazë të vlerësimit preanestetik nuk është bërë asnjë egzaminim, përveç atyre që kanë lidhje me ndërhyrjen,

Gjithashtu duhet kuptuar që pavarësisht eksperiencës dhe përgatitjes nga aspekti teorik të anesteziatit, gjithmonë pacienti nuk duhet kuptuar si një objekt që i përket mjekut që do të realizojë procedurën (kirurgjikale ose jo) dhe anesteziatit.

Bashkëpunimi mes kolegëve të specialiteteve të tjera ka rol kyç në vlerësimin e saktë dhe ecurinë sa më të mirë të pacientit,



Diskutimi

Vlerësimi preanestetik nuk është thjeshtë procedurë rutinë, por një proces dinamik gjatë të cilit në varësi të diskutimeve dhe vendimmarrjes, mund të ndikojë në ecurinë dhe rezultatin final.

Fjalët Kyçe

Vlerësim preanestetik, ASA, RCA, TFPE (Task Force on Preanesthetic Evaluation), optimizim i riskut, rezultati final

OP.4

Përgjigjia inflamatore sistemike (SIRS) në pacientët kirurgjikalë.

Stavri Llazo

Shërbimi i Anestezisë- Reanimacionit, Kardiokirurgji & Kirurgji Vaskulare, QSU “Nënë Tereza” Tiranë

Abstrakt

Sistemi imunitar është një pjesë evolutive e organizmave të lartë që mbron organizmin ndaj patogjenëve invadues.

Kjo përgjigje përfshin rekrutimin e qelizave inflamatore në vendin e dëmtimit (ose/dhe infeksionit) ku dhe fillon një përgjigje inflamatore për të eliminuar patogjenin. Përgjigje e cila mund të nxitet dhe nga stimuj jo infeksiozë si kirurgjitë madhore dhe në këtë rast në një reaksion jo krejt të kuptuar mirë, ky reagim çon në dëmtim indor dhe disfunkcion organor. Në disa raste, sistemi imun mund të mos dallojë në mënyre efektive mes stimujve që nxiten nga kirurgjitë madhore, në të cilat në mënyrë ideale do mjaftonte një përgjigje modeste inflamatore, me ato të nxitura nga trauma dhe infeksionet.

Procedurat kirurgjikale në këtë mënyrë paraqesin një trigger të rëndësishëm për përgjigje inflamatore duke shkaktuar sekretimin e citokinave proinflamatore, disfunkcion endotelial, aktivizim të neutrofileve dhe së fundmi dëmtim indor dhe shkatërrim të funksionit të organeve.

Në këtë prezanim, do të diskutojmë për shkaqet dhe mekanizma e inflamacionit sistematik të lidhur me kirurgjitë, kriteret diagnostike, komplikimet e kësaj përgjigje inflamatore dhe opsionet terapeutike të mundshme për të minimizuar këtë përgjigje.

Këto opsione ndjekin mekanizmat fizpatologjikë që fshihen pas përgjigjes sistemike inflamatore dhe mund të përfshijnë medikamentet, protokollet për mbrojtjen nga ishemia, bllokimin dhe pastrimin e citokinave, rregjimet anestetike dhe vlerësimet preoperative diagnostike preoperative.



OP.5

Anestezia ne kirurgjine laparoskopike te rrugeve biliare.

Faslli Haxhiaj, Dejvi Haxhiaj

Spitali Rajonal Vlore

Abstrakt

Per Anestezin Laparoskopike mund te gjejme gjurmet e para ne vitin 1901 ku ne vitet pasuese jane bere perpjekje per zhvillimin e saj. Per here te pare ne vitin 1980 kryhet apendektomia e pare laparoskopike. Perfitimet laparoskopike jane mjaftueshem te njohura, por nje nder me te rendesishmet eshte anestezia ne laparoskopji ku kushtet fiziopatologjike te nderlidhura jane : pneumoperitoneum i shkaktuar nga insuflimi, CO2 i jashtem , pozicioni operator dhe ipotermia. Te gjitha keto shkaktojne modifikime hemodinamike dhe kardiake ku komplikacioni me frekuent kardio-vaskular eshte embolia gasoze venoze. Kjo nxjerr ne pah rendesine e menaxhimit anestetik per shembull ne nje pacient ASA III.

Spitali Rajonal Vlore per vitin 2022 ka kryer 190 procedura laparoskopike te rrugeve biliare ku vetem 1 rast eshte riintervenuar. Cdo vit numri i procedurave ka nje trend ne rritje. Kjo tregon rritjen e besimit te pacienteve, menaxhim perioperator dhe post operator te nje niveli si ai Spitaleve Terciar.

OP.6

Kirurgjia tradicionale dhe laparoskopike.

Eraldo Koçiaj

Spitali Rajonal Vlore

Abstrakt

Qëllimet përfundimtare të vlerësimit mjekësor para operacionit janë reduktimi i sëmundshmërisë ose vdekshmërisë perioperative kirurgjikale dhe anestezike të pacientit dhe kthimi i tij në aktivitetin e përditshëm fizik sa më shpejt të jetë e mundur. Rreziku “perioperativ” është multifaktorial dhe varet drejtpërdrejt nga gjendja mjekësore para operacionit të pacientit, shkalla e kompleksitetit të procedurës kirurgjikale dhe lloji i anestezisë së administruar. Një histori dhe ekzaminim fizik, duke u fokusuar në veçanti në faktorët e rrezikut për komplikimet kardiake, pulmonare dhe metabolike, si dhe përcaktimi i kapacitetit funksional të pacientit, janë thelbësore për çdo vlerësim para operacionit. Hetimet laboratorike nuk bëhen në mënyrë rutinore njësoj për çdo pacient, por tregohen dhe diktohen nga statusi mjekësor i pacientit, terapia me ilaçe dhe kompleksiteti i procedurës së propozuar kirurgjikale. Personat deri në të rriturit e moshës së mesme pa probleme shoqëruese mjekësore mund të kenë nevojë për një rishikim të shpejtë mjekësor. Ata me komorbiditet duhet të optimizohen për procedurën kirurgjikale. Konsultimet me specialistët e duhur mjekësorë janë të nevojshëm për të përmirësuar shëndetin e pacientit dhe nuk duhet të bëhen në një "sekondë të fundit" përpara administrimit të anestezisë pasi ato mund të nevojiten për të kaluar ekzaminimet plotësuese. Përgatitja para operacionit përfshin procedura që zbatohen



në bazë të natyrës së operacionit të pritsëm, si dhe në gjetjet e punës diagnostike dhe vlerësimit para operacionit.

Fjalët kyçe: Vlerësimi para operacionit, përgatitja para operacionit, rreziku perioperativ, rreziku anesteze

OP.7

Eksperienca jonë në trajtimin e traumës vaskulare.

Edmond Nuellari

Sherbimi i Kirurgjise Vaskulare, QSU “Nënë Tereza” Tiranë

Abstrakt

Qëllimi: Autorët vlerësojnë rezultatet e kirurgjisë rindërtuese për traumat vaskulare varësisht nga vendndodhja e plagës, koha e mbërritjes në klinikën tonë, statusi i përgjithshëm i pacient në spital dhe teknik kirurgjikal për riparim.

Materiali: Autorët paraqesin 113 raste me leziona arteriale, venoze ose të kombinuara, 100 prej tyre (88,5 %) nga të shtënat me armë zjarri dhe 13 të tjera (11,5%) nga plagë në prerje. Ne vlerësojmë rezultatet në varësi të vendndodhjes së plagës, kohës së mbërritjes në klinikën tonë, gjendjes së përgjithshme të pacientit në shtrimin në spital dhe teknikës kirurgjike të përdorur për riparim.

Rezultatet: Lezionet e izoluar arteriale kishin qenë më të shpeshtat (96 raste ose 85% e të gjithëve). 6 raste kishin

Lezionet e kombinuara arteriale dhe venoze me formim AVF (5,3%). Lezionet e izoluar venoze përbënin 8,85% (10 raste). Kemi patur edhe leziona të karotës së zakonshme. Në një rast kemi patur leziona të aortës abdominale nën arteriet renale dhe venën e poshtme Cava me thikë.

Janë përdorur teknikat e mëposhtme kirurgjike:

Bypass me interpozicion grafti protetik (Dacron) 50 raste

Bypass me interpozicion të venës safene autologe 15 raste

Rezekcioni dhe anastomoza nga fundi në fund 7 raste

Riparim me qepje anësore të venës 6 raste

Ligatura e vazos së dëmtuar 23 raste

Amputime primare 12 raste

Përfundim: Nuk kemi vdekje. Në 8 raste na është dashur të kryejmë amputime dytësore për dështimin e kirurgjisë rindërtuese. Pacientët janë ndjekur prej 3 vitesh dhe rezultati ishte shumë i mirë. Sipas këtyre rezultateve ne konkludojmë se zëvendësimi i gjakut dhe vëllimit dhe ndërhyrja e hershme rindërtuese janë thelbësore për rezultatin. e kirurgjisë rindërtuese në rast të traumave vaskulare.



OP.8

Anestezia epidurale ne kirurgjine e abdomen superior.

Ervin Troshani, Luan Bajri, Bashkim Kraja, Nereisa Rushiti

Spitali Rajonal Shkoder

Abstrakt

Qellimi: Qellimi i ketij materiali eshte percaktimi i anesteze epidurale ne kirurgjite e abdomen superior si nje alternative te mundshme anestezie, ne paciente te caktuar ku perdorimi i anesteze gjenerale eshte me risk te larte.

Objektivi: Krahassimi i te dhenave te perfutuara nga eksperienca jone ne perdorimin e kesaj teknike me studime te ndryshme te ngjashme, duke renditur avantazhet dhe kunderindikacionet e kesaj teknike.

Metodologjia: Te dhena retrospektive 2 vjecare (megjithese kjo metode ka vite qe apikohet ne spitalin tone), periudha janar 2021 deri ne maj 2023. Ketu eshte perfshire perdorimi i anesteze epidurale torako-lumbare ne operacione si kolecistektomi te hapura dhe 1 rast nefrektomi. Gjithsejt jane 45 raste. Te dhenat jane marre nga kartelat e spitalit. Pacientet e perzgjedhur jane klasifikuar me risk te larte per perdorimin e anesteze gjenerale per shkak te comorbiditeteve qe kishin.

Rezultatet: Te gjithet pacientet qe u intervenuan permes AE nuk shqaqen probleme gjate periudhes intraoperatore dhe postoperatore. Ne asnje rast nuk ishte e nevojshme te kthehej ne anestezi gjenerale, u perdor sedacioni Ii lehte me propofol ne disa raste intraoperator, fillimi i dhimbjes postoperatore ishte me i vone se ne rastet me GA, perdorimi i opioideve iv nuk ishte i nevojshem (kateteri epidural u mbajti 24 h pas interventit), pacientet nuk shfaqen probleme respiratore, pacientet u aktivizuan me shpejt dhe diteqendrimi ne spital ishte me i vogel, mesatarisht 3 dite.

Konkluzioni: Anestezia epidurale mund te perdoret me sukses ne operacionet e abdomen superior. Percaktimi I sakte I kritereve preoperator, avantazhet e saj dhe kunderindikacionet duhen vleresuar me kujdes.

OP.9

Menaxhimi anestetik i një pacienteje me insuficiencë respiratore severe akute që i nënshtrohet kirurgjisë abdominale (Case report).

Erjon Panajoti, Rinard Kortoçi, Albana Cane, Roland Kaza, Servina Plaka, Arian Halimi, Kadir Burak Koza

Spitali Amerikan, Tirane

Abstrakt

Anestezia gjenerale mund të shoqërohet edhe me komplikacione pulmonare perioperatore. Ky rrezik është akoma më i madh kur pacienti shfaq probleme pulmonare akute, gjë që çon në rritje edhe te mortalitetit.

Ndaj është e rëndësishme vlerësimi preoperator i pacientit dhe teknika anestetike që do ndiqet në bazë të këtij vlerësimi.



Në spitalin tonë realizuam një ndërhyrje kirurgjikale abdominale : Mbyllje e fistulës rekto-vaginale, anastomozë ileo-ileale latero-laterale dhe loop sigmoidostomi; tek një paciente me insuficiencë respiratore akute severe me anestezi spinale dhe epidurale.

Hyrje

Çdo pacient me insuficiencë respiratore akute ka rrezik të madh për komplikacione të ndryshme

pulmonare që mund të çojnë deri në humbje të jetës nëse ndërhyrja kryhet nën anestezi gjenerale si psh: pneumotoraks, infeksion pulmonar, bronkospazma, pneumoni aspirative, atelektaza, tromboemboli pulmonare. Gjithashtu vetë kirurgjia abdominale shton rrezikun për komplikacione pulmonare, ndaj anestezia regjionale është një opsion i mirë për të shmangur këto komplikacione dhe për të përmirësuar prognozën. Këtu do të paraqesim rastin e një pacienteje me insuficiencë respiratore akute severe që iu nënshtrua një interventi kirurgjikal.

Prezantimi i rastit

Një zonjë 60-vjeçare paraqitet në spitalin tonë për të kryer një ndërhyrje kirurgjikale (fistulë rekto-vaginale). Pacientja është operuar edhe 5 herë të tjera për fistule anale, dy here sectio cesarea, ovarektomi dhe histerektomi. Peshon rreth 60kg dhe është 158cm e gjatë. Ajo qendron në pozicion të detyruar shtrirë nën oksigjenoterapi me 7-8 l/min oksigjen nazal me saturime 94-95%. Është post COVID-19 ku ka qendruar mbi një muaj e shtruar në spitalin infektiv dhe ka dalë me terapi me dy antibiotikë, Xarelto, Metilprednizolon. Ka rreth një muaj që ka dalë nga spitali dhe vazhdon me oksigjenoterapi. Pacientja ka mbi dy muaj që nuk ngrihet në kembë për shkak të dispnesë së theksuar në efekte minimale, madje bën edhe gjendje lipotimie në pozicion ndenjor. Pacientja është diabetike nën insulinoterapi. Në CT pulmoni vërehen ndryshime fibrotike difuze bilaterale si dhe bula emfizematoze subpleurale apikale sinister. Në astrupogramë ka pCO₂ në vlera normale, pO₂ në vlera nën 60mm Hg dhe pH në normë. Vjen në reanimacion ku i vendoset kateter central në v.jugulare dexter. Më pas i vendoset kateterepidural në nivel T10-T11 në pozicion dekubitus lateral. I vendoset edhe kanjullë radiale.

Ndërkohe në sallë monitorohet me 5 lidhje EKG, pulsoksimeter dhe monitorim invaziv të tensionit arterial. Në dekubitus lateral realizohet anestezia spinale në nivel L3-L4 dhe injektohet Bupivacaine heavy 0.5%. Më pas pacientja vendoset në pozicion supin dhe nga kateteri epidural merr Bupivacaine heavy 0.125%, Ketamine, Dexametazon dhe Midazolam. Hipotensioni në sallë u menaxhua me Noradrenaline me shiringë elektrike e cila shkoji deri në dozen 0.14mcg/kg/min.

Pacientja nuk shfaqti probleme gjatë operacionit i cili zgjati rreth 1h e 40 minuta. Pas operacionit pacientja kaloi në reanimacion ku për menaxhimin e dhimbjes u perdor Bupivacaine dhe Midazolam intratekal në 2 ditët e para. Në këtë operacion u shmang përdorimi i opiateve për të minimizuar rreziqet kardiopulmonare dhe kirurgjikale nga përdorimi i tyre. Nga kirurgu nuk u vu re diferencë në relaksimimin e zorreve dhe muskujve krahasuar me operacionet që kryhen nën anestezi gjenerale.

Diskutimi

Pacientët me insuficiencë respiratore janë të prirur të zhvillojnë komplikacione pulmonare perioperatorore kur janë nën anestezi gjenerale. Në kirurgjitë abdominale ky rrezik shtohet. Ndaj është e rëndësishme vlerësimi preoperator i pacientit nga ana pulmonare. Synimi të këta lloj pacientësh është që të parandalohen komplikacionet pulmonare perioperatorore dhe përkeqësimi i sëmundjeve shoqëruese. Përmirësimi preoperator nga ana pulmonare e pacientit ashtu sikurse zgjedhja e teknikës së duhur anestetike është thelbësore për të patur një prognozë sa më të mirë.

Zgjedhja e anestezisë regjionale në pacientë me insuficiencë respiratore akute synon të



minimizojë efektet anestetike në respiracion. Anestezia gjenerale kërkon intubim endotrakeal, ventilim mekanik dhe përdorim të kurareve, gjë që mund të çojë në komplikacione pulmonare si: bronkospazma, atelektaza, infeksione pulmonare, ulje të funksionit të muskujve respiratore nga përdorimi i kurareve, vështirësi në ekstubim etj. Përdorimi i anestezisë regjionale në kirurgjitë abdominale është e mjaftueshme për të shmangur këto lloj komplikacionesh.

Gjithsesi edhe anestezia regjionale mund të rezultojë me komplikacionë respiratore si psh : blloku simpatik që kontrollon bronket mund të japi bronkospazma, ndërkohë blloku toracik mund të japi relaksim të muskujve respiratore që mund të çojë në hiperkapni dhe dispne. Në rastin e pacientës sonë u përzgjodh një kombinim i anestezisë spinale dhe epidurale me synim eliminimin e përdorimit të opioideve duke eliminuar edhe ndikimin e tyre në hemodinamikë, respiracion dhe kirurgji. Si konkluzion në krahasim me anestezinë gjenerale, anestezia regjionale minimizon ndjeshëm rreziqet nga komplikacionet pulmonare perioperative në pacientë me insuficiencë respiratore akute severe që i nënshtrohen kirurgjisë abdominale.

Fjalë kyçe

Anestezia regjionale, anestezia gjenerale, insuficiencë respiratore akute, COVID-19, anestezia spinale, anestezia epidurale

