

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Dr. Trepça D., - Të investosh tek profesionistët e shëndetësisë forcon ekonominë dhe kujdesin ndaj të sëmurëve3

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Konferenca: “Përditësimi i njohurive në sëmundshmërinë pediatrike Vlorë” – 13 Qershor 20265

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Pjesëmarrje e UMSH në Asamblenë 130-të të Shoqatës Mjekësore Gjermane – 12-15 Maj 2026, Hanover Gjermani7

NGA EKSPERIENCA POZITIVE E ORGANIZATAVE HOMOLOGJE:

- Dr. Bakke O., - Pse është e rëndësishme pavarësia e profesionit mjekësor8
- Dr. Heksadaktilos A., - IA-së në Mjekësi8

KAZUISTIKË:

- Dr. Akshija I., - Fakulteti i Mjekësisë është një vendtakim, tjetri është H-index11
- Dr. Demhasaj R., - “Cefale të e përsëritura dhe roli i Infllamacionit subklinik, Stresit sistematik dhe disautonomisë: një model integrativ i fizpatologjisë së Cefaleve Primare”- Review analitike22

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. Dede H., Prof.dr. Basho J., - Skema të reja të mjekimit për çrrënjosjen e H. Pylorit në sëmundjen Ulçeroze Gastroduodenale31
- Phd. Çuni Zh., - Menaxhimi i dhimbjes në Sistemin Shëndetësor Shqipëtar39

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Prof.Dr. Kuli-Lito Gj., - Infeksionet nga Salmonella tek fëmijët: Konceptet aktuale në diagnostikim dhe menaxhim45

IN MEMORIAM

- Për mikun tim, Dr. Edi TUSHE48

NEKROLOGJI:

- Dr. Neritan KËLLIÇI, Dr. Anton KEÇI & Dr. Bora KEÇI, Prof. Dr. Agim KOLASI, Dr. Ali LAÇI, Dr. Drita BALLÇO, Dr. Neki DREDHA, Prof. Dr. Sulejman ZHUGLI, Dr. Eduard TUSHE, Dr. Liljana OLLDASHI, Prof. Dr. Jahja PULO49-58



CONTENT

EDITORIAL:

- Dr. Trepça D., - Investing in health professionals strengthens the economy and patient care3

Worldwide Albanian Activities:

- Conference: “Updating Knowledge on Pediatric Morbidity, Vlora” – June 13, 2026”5

INTERNATIONAL ACTIVITIES:

- Participation of UMSH in the 130th Assembly of the German Medical Association – May 12-15, 2026, Hanover, Germany7

POSITIVE EXPERIENCES HOMOLOG ORGANIZATIONS:

- Dr. Bakke O., - Why the Independence of the Medical Profession is Important8
- Dr. Heksadaktilos A., - Artificial Intelligent in Medicine8

CASES PRESENTATION:

- Dr. Akshija I., - Faculty of medicine is a bottle neck, the next one is H-index11
- Dr. Demhasaj R., - “Recurrent Headaches and the Role of Subclinical Inflammation, Systemic Stress and Dysautonomia: An Integrative Model of the Physiology of Primary Headaches” – Analytical Review22

GENERAL PRESENTATIONS:

- Dr. Dede H., Prof.dr. Basho J., - New treatment regimens for the eradication of H. Pylori in Gastroduodenal Ulcer Disease31
- Phd. Çuni Zh., - Pain management in Albanian Health System39

FAMILY DOCTORS POINT AT ISSUE:

- Prof.Dr. Kuli-Lito Gj., - Salmonella Infections in Children: Current Concepts in Diagnosis and Management45

IN MEMORIAM

- For my friend, dr. Edi TUSHE48

OBITUARIES:

- Dr. Neritan KËLLIÇI, Dr. Anton & Dr. Bora KEÇI, Dr. Agim KOLASI, Dr. Ali LAÇI, Dr. Drita BALLÇO, Dr. Neki DREDHA, Prof. Dr. Sulejman ZHUGLI, Dr. Eduard TUSHE, Dr. Liljana OLLDASHI, Prof. Dr. Jahja PULO49-58



TË INVESTOSH TEK PROFESIONISTËT E SHËNDETIT FORCON EKONOMINË DHE KUJDESIN NDAJ TË SËMURËVE

Dr. Dritan TREPÇA
President i UMSH

Në çdo shoqëri moderne, sistemi shëndetësor përbën një nga shtyllat kryesore të zhvillimit njerëzor dhe ekonomik. Në qendër të këtij sistemi nuk janë vetëm godinat spitalore, teknologjia apo aparaturat moderne, por mbi të gjitha profesionistët e shëndetit: mjekët, infermierët, farmacistët, biopatologët, teknikët laboratorikë dhe të gjithë ata që mbajnë çdo ditë barrën e kujdesit ndaj jetës njerëzore. Investimi tek këta profesionistë nuk është thjesht një detyrim moral apo social; ai është një investim strategjik që forcon ekonominë kombëtare dhe rrit cilësinë e kujdesit ndaj pacientëve.

Profesionistët e shëndetit – kapitali më i rëndësishëm njerëzor

Shëndetësia nuk mund të funksionojë vetëm mbi bazën e infrastrukturës. Një spital modern pa profesionistë të mirë-trajnuar mbetet i pafuqishëm përballë nevojave të qytetarëve. Për këtë arsye, investimi në edukimin, specializimin dhe formimin e vazhdueshëm profesional të personelit shëndetësor është themeli i një sistemi të qëndrueshëm.

Mjekësia është një shkencë në zhvillim të vazhdueshëm. Teknologjitë e reja diagnostikuese, inteligjenca artificiale, terapitë inovative dhe protokollat moderne kërkojnë profesionistë të përditësuar dhe të përgatitur. Një shtet që investon në arsimin mjekësor, në kërkimin shkencor dhe në zhvillimin profesional të personelit të tij, ndërton një sistem shëndetësor më efikas dhe më të sigurt për qytetarët.

Kujdes më cilësor për pacientin

Pacienti është përfituesi i parë i investimit tek profesionistët e shëndetit. Një mjek i trajnuar mirë diagnostikon më shpejt dhe më saktë. Një infermier i motivuar dhe i vlerësuar ofron kujdes më human dhe më profesional. Një laborator modern i drejtuar nga specialistë të kualifikuar redukton gabimet diagnostikuese dhe rrit besimin e pacientëve.

Studimet ndërkombëtare tregojnë se sistemet që investojnë në fuqinë punëtore shëndetësore kanë:

- më pak gabime mjekësore,
- më pak komplikacione spitalore,
- kohë më të shkurtra hospitalizimi,
- dhe rezultate më të mira klinike.

Kjo përkthehet jo vetëm në jetë të shpëtuar, por edhe në rritje të dinjitetit dhe besimit të qytetarëve ndaj sistemit shëndetësor.

Investimi në shëndetësi është investim në ekonomi

Shpesh shëndetësia shihet si kosto për buxhetin e shtetit. Në realitet, ajo është një motor zhvillimi ekonomik. Një popullsi më e shëndetshme është më produktive, më aktive në tregun e punës dhe kontribuon më shumë në ekonominë kombëtare.

Kur profesionistët e shëndetit janë të motivuar dhe të paguar denjësisht:

- reduktohet emigracioni i personelit mjekësor,
- ruhet ekspertiza brenda vendit,
- ulen kostot që vijnë nga mungesa e specialistëve,
- dhe rritet cilësia e shërbimeve publike.

Emigrimi i mjekëve dhe infermierëve përbën një nga sfidat më të mëdha për shumë vende, përfshirë edhe Shqipërinë. Çdo profesionist që largohet përfaqëson vite investimi akademik dhe profesional të humbur për sistemin kombëtar. Për këtë arsye, krijimi i kushteve dinjitoze të punës, mbështetja profesionale dhe perspektiva për zhvillim, janë politika ekonomike po aq sa janë edhe politika shëndetësore.

Roli i institucioneve dhe partneritetit

Për të arritur një sistem shëndetësor të fortë nevojitet bashkëpunim i ngushtë ndërmjet institucioneve shtetërore, universiteteve, urdhrave të profesionistëve dhe organizatave shkencore. Politikat afatgjata për zhvillimin e burimeve njerëzore në shëndetësi duhet të jenë prioritet kombëtar.

Investimi duhet të fokusohet në:

- modernizimin e edukimit mjekësor,
- rritjen e mundësive për specializime,
- mbështetjen e kërkimit shkencor,
- dixhitalizimin e sistemit,
- dhe krijimin e kushteve dinjitoze të punës.

Në këtë mënyrë, profesionistët e shëndetit jo vetëm që do të qëndrojnë në vend, por do të bëhen promotorë të zhvillimit dhe inovacionit.

Përfundim

Të investosh tek profesionistët e shëndetit do të thotë të investosh tek e ardhmja e shoqërisë. Një sistem shëndetësor i fortë nuk ndërtohet vetëm me mure dhe pajisje, por me njerëz të ditur, të motivuar dhe të vlerësuar. Kur mjekët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit mbështeten, përfiton pacienti, forcohet ekonomia dhe rritet besimi i qytetarëve tek institucionet.

Në fund, çdo investim në shëndetësi është investim në jetën, sigurinë dhe mirëqenien e kombit.



**KONFERENCA: “PËRDMËSIMI I NJOHURIVE NË SË-
MUNDSHMËRINË PEDIATRIKE VLORË 2026”**

13 Qershor 2026



Në datë 13 Qershor 2026 Këshilli Rajonal Vlorë organizoi aktivitetin me Temë: “Përditësimi i njohurive në sëmundshmërinë pediatrike Vlorë 2026”.

Aktiviteti u zhvillua në sallën e Telemedicinës të Spitalit Rajonal Vlorë, në një ambient të përshtatshëm për pjesmarrësit.

Konferencën e hapi Presidentja e Këshillit Rajonal Vlorë dr. Rajmonda Zoto, e cila përshëndeti kolegët pjesëmarrës dhe prezantoi lektorët.

Prezantimet ishin:

- Vizitat Kardiologjike në Fëmijë që merren me sport; Dr. Aida KOKA
- Studimi Retrospektiv mbi keqpërdorimin e Antibiotikëve në Infeksionet virale respiratore në Shërbimin e Pediatrisë Spitali Rajonal Vlorë; Dr. Irini RAPUSHI

I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

- Infeksionet Urinare Rekurente në moshën Pediatrike; Dr. Altin CANE
- Radiologjia Intervenuese dhe disa aplikime të saj në Pediatri; Dr. Florian GEGA
- Transmetimi Vertikal i HIV, Roli i Protokolleve Parandaluese dhe Sfidat në Praktikën Klinike; Dr. Jorida XHELO

Falë edhe aftësisë së lektorëve u zhvillua një aktivitet shumë cilësor përsa i përket përzgjedhjes së temave, zhvillimit të tyre, mjeteve didaktike, librave e protokolleve në shërbimin spitalor dhe parësor, studime rasti dhe prezantime rastesh në shërbimin spitalor Vlorë me mjete audio vizive të kohës.

Fillimi i aktivitetit ishte me prezantimin e ndërsjelltë midis lektorëve dhe pjesëmarrësve.

Në aktivitet morën pjesë mjekë Pediatër të Spitalit Rajonal Vlorë, Neonat dhe Mjekë të Qendrave Shëndetësore Qytet dhe Fshat të Rajonit Vlorë.

Aktiviteti u zhvillua në bazë të një programi të përcaktuar më parë pa penguar dhënien e shërbimit shëndetësor për banorët apo dhe pacientët e shtruar.

Për ta bërë sa më interaktiv aktivitetin u zhvilluan pyetje dhe diskutime mbi temat dhe secili dha eksperiencën e tij për rastet që kishin të përshkruar.

Pjesëmarrësit shprehën edhe vlerësimet e tyre në formularët e vlerësimit, ku aktivitet përmbushi të gjithë pritshmëritë dhe kërkesat e tyre.

Konferenca u akreditua nga ASCK me 3 (tre).



Pjesëmarrja e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë në Asamblenë e 130-të të Shoqatës Mjekësore Gjermane

Në datat **12–15 Maj 2026**, në Hannover të Gjermanisë, u zhvillua **Asambleja e 130-të e Shoqatës Mjekësore Gjermane (130. Deutscher Ärztetag)**, forumi më i lartë përfaqësues i mjekëve gjermanë, në të cilin marrin pjesë delegatë nga të gjitha Dhomat Rajonale të Mjekëve të Gjermanisë për shqyrtimin e çështjeve që lidhen me organizimin e profesionit mjekësor, etikën, edukimin e vazhdueshëm dhe politikat shëndetësore.

Në këtë aktivitet mori pjesë delegacioni i **Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë**, i përbërë nga **Dr. Dritan Trepça**, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, **Dr. Eduart Bajraktari**, President i Këshillit Rajonal të UMSH-së për Qarkun Tiranë dhe anëtar i Këshillit Kombëtar, si dhe **Znj. Kontilia Rapo**, Sekretare e Përgjithshme e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë.

Pjesëmarrja në këtë forum përbën një mundësi të rëndësishme për ndjekjen e zhvillimeve më të fundit në organizimin e profesionit mjekësor në Evropë, shkëmbimin e përvojave me organizatat homologe dhe forcimin e bashkëpunimit ndërinstitucional. Modelet e vetëqeverisjes profesionale dhe të zhvillimit të politikave shëndetësore të prezantuara gjatë Asamblesë ofrojnë përvoja të vlefshme edhe për institucionet profesionale në Shqipëri.

Prania e delegacionit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë në këtë aktivitet ndërkombëtar riafirmon angazhimin e institucionit për zgjerimin e bashkëpunimit me organizatat homologe evropiane dhe për përafrimin e praktikave profesionale me standardet më të mira ndërkombëtare.

PSE ËSHTË E RËNDËSISHME PAVARËSIA E PROFESIONIT MJEKËSOR

Dr. Ole Johan BAKKE
CPME President

Si mjekë, ne marrim vendime të përditshme për të mbrojtur pacientët tanë. Këto vendime janë shpesh komplekse nën presion nga koha dhe burimet, dhe merren në kushte pasigurie. Kjo kërkon që klinikistët të peshojnë provat, përvojën dhe rrethanat unike të secilit pacient. Nëse mjekët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit nuk janë të lirë të marrin këto gjykime klinike pa ndikim të tepruar të jashtëm, integriteti i kujdesit është në rrezik.

Përtej rolit të përditshëm të mjekëve në trajtimin e pacientëve, ne kemi gjithashtu një detyrë morale për të mbrojtur pacientët tanë dhe për përmirësimin e sistemeve shëndetësore kombëtare dhe evropiane. Shoqatat Kombëtare Mjekësore (SHKM) e kryejnë këtë rol duke ofruar një zë kolektiv që mund të mbrojë standardet profesionale, etikën mjekësore dhe integritetin shkencor kundër presionit politik ose tregtar. Duke i përfaqësuar mjekët si profesion dhe jo si individë të izoluar, SHKM-të mbështesin politikat e përqendruara tek pacienti dhe flasin publikisht kur kërcënohen nga veprimet qeveritare ose interesat e jashtme.

Autonomia balancohet nga nevoja për të siguruar llogaridhënie për një vendim ndaj pacientit dhe kolegëve. Kjo përgjegjësi profesionale shkon përtej përgjegjësisë ligjore dhe ka një dimension më të gjerë etik dhe shoqëror. Këto parime rrjedhin nga mësimet e Gjyqit Mjekësor të Nurembergut të viteve 1946-1947 dhe Kodit të Nurembergut që rezultoi prej tij. Prandaj, mbrojtja e pavarësisë së profesionit mjekësor nuk është një luks që privilegjon mjekët, por është një domosdoshmëri themelore për mirëqenien e pacientëve, besimin e publikut dhe etikën mjekësore, dhe qëndron në thelb të demokracive dhe shoqërive tona.

INTELIGJENCA ARTIFICIALE NË MJEKËSI

Dr. Athanasios A. HEKSADAKTILOS
Shoqata Mjekësore Panhelenike

Ndodhemi në një pikë kthese në historinë e mjekësisë - jo sepse ka dalë një mjet i ri, por sepse vetë epistemologjia e vendimmarrjes klinike po riformësohet.

Inteligjenca artificiale nuk është më periferike. Ajo është tashmë e ngulitur në të gjithë spektrin e aktivitetit mjekësor: nga interpretimi radiologjik dhe histopatologjia, tek analiza parashikuese, zbulimi i barnave dhe kirurgjia robotike. Ajo që e dallon këtë valë nga përparimet e mëparshme



teknologjike nuk është automatizimi në vetvete, por aftësia e sistemeve për të gjeneruar gjykime klinike probabilistike në performancë të nivelit specialist ose më lart në fusha më të ngushta.

Kjo na detyron të përballemi me një pyetje themelore: çfarë mbetet unike njerëzore në mjekësi - dhe çfarë duhet të mbetet e tillë?

Përgjigja nuk është vetëm njohja e modelit diagnostik. Makineritë janë tashmë jashtëzakonisht efikase në këtë drejtim. Thelbi i pakthyeshem i praktikës mjekësore qëndron në gjykimin kontekstual: integrimin e të dhënave të paplota, vlerave të pacientit, pasigurisë dhe përgjegjësisë etike në një vendim klinik koherent.

IA nuk e zëvendëson atë proces. Ajo e kompreson atë, e sfidon dhe - nëse keqpërdoret - mund ta shtrembërojë atë.

Kjo çon drejtpërdrejt në boshtin e dytë të transformimit: edukimin mjekësor.

Po dëshmojmë shfaqjen e një paradigme të re trajnimi. Mjediset e simulimit me pacientë të gjeneruar nga inteligjenca artificiale lejojnë ekspozimin e përsëritur ndaj skenarëve të rrallë ose me rrezik të lartë pa dëm. Sistemet adaptive të të nxënësve identifikojnë boshllëqet njohëse në nivel individual dhe ristrukturojnë dinamikisht rrugët arsimore. Mjetet e mbështetjes së vendimeve klinike nuk janë më ndihma pas trajnimit; **ato po bëhen partnerë.**

Implikimi është i thellë: **mjekët e së ardhmes nuk do ta “përdorin” thjesht inteligjencën artificiale - ata do të mendojnë paralelisht me të.**

Kjo krijon një kërkesë të re për kompetencë. Jo njohuri, por interpretueshmëri kritike. Aftësinë për të hetuar rezultatet, për të zbuluar paragjykimet, për të kuptuar kufizimet e modelit dhe - më e rëndësishmja - për të ditur kur të anashkalohen.

Gjë që na çon tek dimensionin e tretë dhe ndoshta më kompleks ligjërues dhe etikues: llogaridhënia. Kur një sistem i inteligjencës artificiale ndikon në një rezultat klinik, përgjegjësia nuk zhduket - ajo fragmentohet.

Klinicisti mban detyrën e kujdesit. Kjo është e panegociueshme. Prania e një algoritmi nuk e zbeh gjykimin profesional; ajo ngre standardin e ushtrimit të tij. ***Një mjek që i nënshtrohet pa kritikë një sistemi të errët nuk po praktikon mjekësi të shtuar - ai ose ajo po heq dorë prej saj.*** Institucionet e kujdesit shëndetësor, paralelisht, marrin përgjegjësinë për validimin në nivel sistemi. Vendosja e inteligjencës artificiale nuk është një përmirësim teknik; ***është një ndërhyrje klinike, që kërkon: qeverisje, trajnim dhe monitorim të vazhdueshëm.***

Zhvilluesit mbajnë detyrime për përgjegjësinë e produktit: transparencë, zbutje të paragjykimeve dhe artikulum të qartë të përdorimit të synuar. Një model që funksionon mirë statistikisht, por dështon sistematikisht në popullata specifike, ***nuk është thjesht i gabuar por është edhe i pasigurt.***

Rregullatorët, më në fund, janë të ngarkuar me një sfidë në zhvillim: certifikimin e sistemeve që nuk janë pajisje statike, por entitete adaptive. Modelet tradicionale të miratimit po testohen nga



teknologji që mësojnë me kalimin e kohës.

Por në këtë arkitekturë mungon një pjesë që na shqetëson të gjithëve.

Profesioni i organizuar mjekësor.

Shoqatat mjekësore nuk janë vëzhgues pasivë në këtë transformim. Ato janë të pozicionuara në mënyrë unike në kryqëzimin e shkencës, etikës dhe llogaridhënies profesionale. Ato përcaktojnë standardet, formësojnë arsimin dhe ndërmjetësojnë midis realitetit klinik dhe abstraksionit rregullator.

Nëse inteligjenca artificiale do të integrohet në mënyrë të sigurt në praktikën mjekësore, kjo nuk do të ndodhë vetëm nëpërmjet rregullimit. Do të kërkojë qeverisje të drejtuar nga profesioni:

- zhvillimin e udhëzimeve deontologjike për përdorimin e inteligjencës artificiale,
- vendosjen e rrugëve të certifikimit për klinikistët,
- vlerësimin e mjeteve në nivelin e specialiteteve,
- dhe artikulimi i standardeve të qarta për mbivendosje dhe përgjegjësi klinike.

Pa këtë shtresë, rrezikojmë dy ekstreme: *përvetësimin e verbër teknologjik ose refuzimin mbrojtës. Asnjëra nuk është e pranueshme.*

Prandaj, pika e fundit nuk është teknologjike, por strategjike.

Inteligjenca artificiale do ta transformojë mjekësinë. Kjo nuk është më një hipotezë. Pyetja e vërtetë është nëse ky transformim do të formësohet nga shkenca klinike dhe etika profesionale, apo do të nxitet nga jashtë nga imperativat teknologjike dhe komerciale.

Nëse ne, si profesion, nuk e përcaktojmë në mënyrë aktive kornizën brenda së cilës vepron IA, në mënyrë të pashmangshme do t'i nënshtrohemi një kornize të përcaktuar nga të tjerët.

Mjekësia ka evoluar gjithmonë. Por ajo kurrë më parë nuk është përballur me një mjet që mund të simulojë elementë të arsytimit të saj.

Përgjegjësia jonë nuk është t'i rezistojmë këtij zhvillimi dhe as t'i dorëzohemi atij.

Është ta disiplinojmë atë - shkencërisht, etikisht dhe institucionalisht.

Kjo është detyra që na pret. Dhe është, padyshim, e jona.



FAKULTETI I MJEKËSISË ËSHTË NJË VENDTAKIM, TJETRI ËSHTË H-INDEX

Dr. Ilir AKSHIJA

Departamenti i Bio-Statistikës, Spitali Universitar “Nënë Tereza”, Tiranë

Abstract

Background: H-index calculation takes in consideration the number of publications and the number of times these publications were cited, serving as a comparative metric between researcher and their peers.

Methods: We analyzed the results of the top 1,000 Albanian scientist ranked on Scopus database, 2025, focusing on the medical professions. PubMed data were added to each record on the number of publications and the number of publications as first author. Academic rank, sex, nationality and institution were retrieved for each individual from public sources.

Results: Two institutions ‘University Hospital Center “Mother Teresa”’ and ‘University of Medicine, Tirana’ were responsible for 239 (79.4%) of 301 (31.3% of 1,000 authors), on the medical professions. We found male sex predominant 162 (53.8%). Male vs. female h-index median [IQR] was 4.0 [4.0] vs. 3.0 [3.0] ($p=0.002$), first PubMed author 0.5 [2.0] vs. 1.0 [2.0] ($p=0.947$) and number of PubMed publications 8.0 [11.0] vs. 6.0 [6.0] ($p=0.009$). Mean (SD) show higher Prof. Dr. (6.6 ± 5.1) than Assoc. Prof. (5.0 ± 3.7) h-index values, $p=0.022$, and PubMed total publications also differ, $p=0.020$, but the number of original publications is not statistically significant, $p=0.532$. 72.4% of the group had a h-index of < 5 , 77.7% had first PubMed author contributions < 2 and 65.1% had PubMed publications < 9 .

Conclusions: For a small country, top 1,000 h-index ranking is somewhat misleading because of lack of standardization if compared to larger populations. However, comparisons between sex and academic rank are valuable and show respectively significant differences and low h-index values.

Keywords:

H-index, Scopus, PubMed, medical professions, Albania.

Hyrje

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” renditej e 4-ta dhe Universiteti i Mjekësisë, Tiranë, renditej i 5-ti, prej 10 institucioneve më të mira të arsimit të lartë në Shqipëri, në tremujorin e dytë të vitit 2025, (<https://al.h-index.com/en/news/top-10-universities-in-albania>), H-index (Scopus) tregon përkatësisht 55 dhe 33 pikë, H-index (Google Scholar) tregon përkatësisht 14 dhe 87 pikë. Pozicionet e tyre të afërta në renditje dhe rezultatet e tyre tregojnë afërsinë profesionale dhe konkurueshmërinë e tyre shkencore. Nga këto rezultate deri te rezultatet individuale të H-index,

renditjet nuk janë të mjaftueshme për të pasur një perceptim të pozicionimit të vërtetë në tërësi dhe brenda grupit. Nevojitet analizë e mëtejshme.

Në një botë ku ikja e trurit është një rrezik kryesor për cilësinë dhe sasinë e shërbimeve shëndetësore, vlerësimi i vazhdueshëm i burimeve njerëzore duhet të bëhet rutinë. Shtetet e Bashkuara konsiderohen një magnet i madh për të tërhequr kapitalin njerëzor përmes programeve të pasura për kërkim shkencor dhe zhvillim^(1, p.69). E njëjta logjikë vlen edhe për vendet e tjera të pasura ndaj atyre të varfra dhe qendrave urbane në dëm të atyre rurale. Kjo prirje e shekullit të 20-të po vazhdon edhe në shekullin e 21-të. Ne duhet të mendojmë përtej strukturave formale si qeveritë dhe arsimi mjekësor, duhet të mendojmë për forcat lëvizëse. Për shembull, kriza siriane nxori në pah nevojën e rikualifikimit të refugjatëve të kualifikuar për të rihyrë në mjedisin norvegjez të punës si infermierë, gjë që përputhej mirë me mungesat vendore në këtë profesion^(2, p.155). Ky është një shembull i një situatë reale përtej formalitetit, shtetit norvegjez dhe arsimit infermior në këtë vend, një situatë fatlume kërkesë-oferte, përveç nëse duhej të ishte e planifikuar.

Historia e shtypit mjekësor nuk ka qenë lineare. Në Francë, kontrolli i plotë mbi veprat mjekësore nga Fakulteti i Parisit, 1536, u pasua nga grindje të ashpra të shekullit të shtatëmbëdhjetë në lidhje me qarkullimin e gjakut, etj..., zbulime që në disa raste që kërkonin ndërhyrjen e *Parlement*-it dhe pranimin e tyre në vazhdim. Numri i periodikëve mjekësorë gjatë vitit 1850 në Francë arriti në dyzet e nëntë^(3, p.140-167). Nga ana tjetër, botimi shkencor nuk është vetëm shkencor. Grada akademike nuk është i vetmi tregues që lidhet me *H-index*, preken gjithashtu paga dhe financimet⁽⁴⁾. Kemi rastin e përjashtimit arbitrar të disa kategorive të studiuesve, edhe pse na mungojnë këto burime njerëzore dhe kemi nevojë për to. Kjo lloj sjelljeje autokratike ndikon edhe tek kërkimi, studiuesit dhe vetë autokratët. Për disa fusha specifike, jo aq të zakonshme, kontributi i tyre për njerëzimin nuk merret në konsideratë, por *indeksohet*. Kjo është një mangësi e sistemeve tona të vlerësimit, jo e kontribuesve⁽⁵⁾. Indeksimi mund të jetë një mjet i mirë edhe për çështje të tjera si vlerësimi i studimit të diagnozave.

Entuziastët e *H-index* rekomandojnë përdorimin e tij për vlerësimin e patogjenëve si një alternativë ndaj vlerësimit nëpërmjet protokolleve kur bëhet fjalë për prevalencën dhe vdekshmërinë, si dhe dëmin që i sjellin ekonomisë⁽⁶⁾. *H-index* dhe numri i citimeve janë të vlefshme për të studiuar lidhjen e kontributeve kërkimore me një diagnozë të caktuar⁽⁷⁾. Disa dobësi të njohura mirë janë gjithashtu të dokumentuara. *H-index* përjashton efektin e botimeve që janë përjashtim nga masa tjetër e botimeve, siç janë punimet e cituara gjerësisht, por të vetme, ose shumë botime, por të pacituara fare. *H-index* i vendos botuesit e rinj në disavantazh ndaj atyre më të vjetër⁽⁸⁾. Metodën që marrin në konsideratë edhe kontributin në botim dhe vitet e përvojës, kanë tendencë të modifikojnë mangësitë e *H-index*⁽⁹⁾. *H-index* të ulëta nuk janë vetëm një problem shqiptar; ato hasen në vende të ngjashme me vendin tonë ose në kushte të veçanta, si p.sh.: gjetja e *H-index* të ulët në nënspecialitete relativisht të reja⁽¹⁰⁾. Ndërkohë që edhe përfitimet janë të shumta, për shembull mund të vënë në dukje pabarazinë gjinore. Urologet femra australiane, edhe pas axhustimit për të dhënat demografike, kanë *H-index* 32% më të ulët, statistikisht e rëndësishme⁽¹¹⁾. Publikimi shkencor shkon përtej interesit të kërkuesit dhe institucionit që përfaqëson. Kryesorja, që nuk mbahet gjithmonë para sysh, është shëndeti. Shembulli i botimit gjatë SARS-CoV-2 që u shoqërua me botime të shpejta, duke supozuar se qarkullimi i njohurive të rëndësishme do të ndikojë në shpëtimin e jetëve të pacientëve solli çështjen e tërheqjes së punimeve në disa raste⁽¹²⁾. Edhe pse është plotësisht e justifikueshme për sa i përket cilësisë, dhe faji është i redaktorëve



dhe recensentëve, kontrolli i tepërt dhe fuqizimi i organizatave mbi punonjësit e tyre kërkimore gjithashtu nuk ka pse të jetë i mirëpritur.

Materiali dhe metoda

Kriteret e përfshirjes

H-index llogaritet në bazë të numrit të botimeve dhe indeksit të citimeve. Ne kemi përdorur rankimin e *H-index* nga baza e të dhënave të Scopus, për tremujorin e dytë të vitit 2025, për TOP 1,000 shkencëtarët Shqiptarë (<https://al.h-index.com/en/scopus1000>) me qëllim të bëjmë përgjithësime rreth kontributeve të profesionistëve të kujdesit shëndetësor shqiptar në kontributet shkencore. Ne shtuam një variabël tjetër, të quajtur ‘autor i parë’, marrë nga faqja e internetit të PubMed® (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) ku numërohet numri i artikujve ku autori është autori i parë, ndjekur nga variabli që numëron sa herë numërohet i njëjti autor në të njëjtën bazë të dhënash. Ne përdorëm kriteret e kërkimit të *H-index* Kombëtar për: emrin, mbiemrin, organizatën, kombësinë, profesionin mjekësor, seksin dhe gradën akademike. Pjesëmarrësit e përzgjedhur u kategorizuan në: MD, PhD, Assoc. Prof. and Prof. Dr., sipas shkallës hierarkike akademike shqiptare. Analiza jonë është një cross-sectional observation.

Burimet e përdorura të informacionit; Universiteti i Mjekësisë, Tiranë (<http://umed.edu.al/?lang=en>), Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” (<https://www.qsut.gov.al/staff/>), LinkedIn Corporation (<https://www.linkedin.com/feed/>), etj... Studime të tjera përdorin Google Scholar për llogaritjen e H-index sepse është i lehtë për t’u përdorur dhe falas. Megjithatë fillimisht importuam bazën e të dhënave ‘Top 1,000’ H-index, të dhënat e tjera personale janë marrë nga PubMed®, ku përfshihet numri i përgjithshëm i publikimeve në këtë platformë dhe kontributet si autor i parë⁽¹³⁾. Gjithashtu kemi gjetur studime që rekomandojnë mospërshirjen në llogaritje të anëtarëve të stafit akademik që kanë ndërruar jetë⁽¹⁴⁾. Ne nuk mundëm ta realizojmë këtë, megjithatë mendohet se nuk ka shumë.

Shkurtime; Alb. (*Albanian* - Shqiptar), Med. (*Medical professions* – profesione mjekësore).

Analiza statistikore

Fillimisht janë llogaritur shpërndarjet e frekuencave sipas seksit, kombësisë dhe profesioneve mjekësore. Variablat H-index, numri i përgjithshëm i publikimeve dhe si autori i parë janë treguar si mesatare dhe medianë sipas seksit dhe gradës shkencore. Përdorimi i medianës dhe rangjeve ndërkuartile (IQR) është i zakonshëm kur të dhënat nuk shpërndahen normalisht, si tonat⁽¹⁵⁾. Testet e Mann-Whitney U dhe Kruskal Wallis Test janë përdorur në krahasimin e variablave të mësipërme. Të dhënat janë të pjerrëta, skewed, por mostra është e madhe, N=301. Për përpunimin e të dhënave kemi përdorur programin IBM SPSS version 26.0.

Rezultate

Nga ‘TOP 1,000 shkencëtarët Shqiptarë’ për tremujorin e dytë të vitit 2025, të H-index (Scopus), 301 autorë u identifikuan me përkatësi kombësie shqiptare dhe që i përkisnin profesioneve mjekësore, prej të cilëve 173 (57.5%) ishin meshkuj. Përqëndrimi më i madh i autorëve haset në dy institucione: Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, 159 (52.8%) dhe Universiteti i Mjekësisë, Tiranë 80 (26.6%).



I KAZUISTIKË

Tabela 1. Shpërndarja e sipas organizatës të ‘TOP 1,000 shkencëtarëve Shqiptarë në Scopus për profesionet mjekësore, kombësia shqiptare.

	Organizata	Numër (%)
1	Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza"	159 (52.8)
2	Universiteti i Mjekësisë, Tiranë	80 (26.6)
3	Instituti i Shëndetit Publik Shqipëri	21 (7.0)
4	Universiteti i Tiranës	17 (5.6)
5	Universiteti Katolik "Zoja e Këshillit të Mirë"	8 (2.7)
6	Universiteti "Ismaël Qemali" i Vlorës	6 (2.0)
7	Universiteti Western Balkans	4 (1.3)
8	Albanian University Albanian University	4 (1.3)
9	Universiteti "Aleksandër Moisiu" Durrës	1 (0.3)
10	Universiteti i Shkodrës Luigj Gurakuqi	1 (0.3)

Tabela 2. *H-index* sipas kombësisë, seksit dhe profesionit mjekësor.

Alb.	Seksi	Med.		Totali
		jo	po	
jo	f	7 (18.9%)	3 (8.1%)	10 (27.0%)
	m	16 (43.2%)	11 (29.7%)	27 (73.0%)
	Totali	23 (62.2%)	14 (37.8%)	37 (100.0%)
po	f	266 (27.6%)	139 (14.4%)	405 (42.1%)
	m	396 (41.1%)	162 (16.8%)	558 (57.9%)
	Totali	662 (68.7%)	301 (31.3%)	963 (100.0%)
Totali	f	273 (27.3%)	142 (14.2%)	415 (41.5%)
	m	412 (41.2%)	173 (17.3%)	585 (58.5%)
	Totali	685 (68.5%)	315 (31.5%)	1,000 (100.0%)

Figura 1. Shpërndarja e *H-index* sipas kombësisë, seksit dhe profesionit mjekësor.

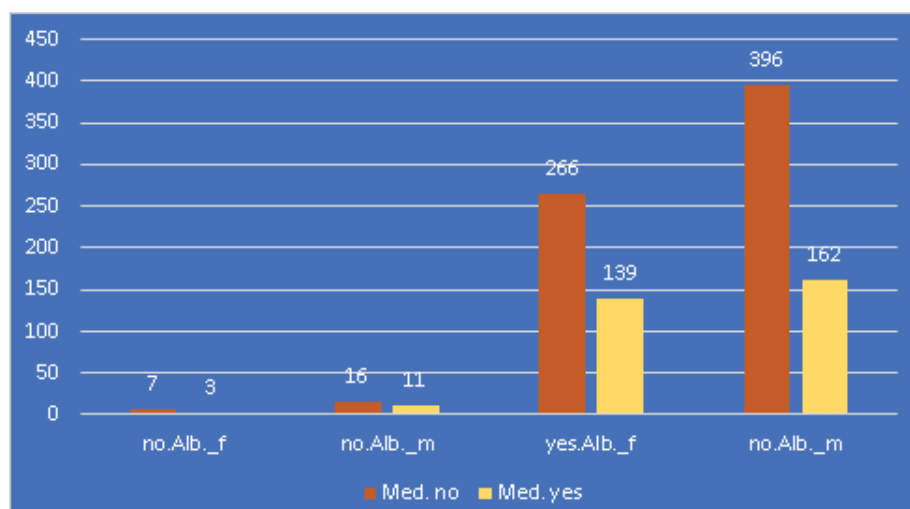


Tabela 3. *H-index*, Autor i parë dhe Numër publikimesh në PubMed, sipas seksit dhe gradës shkencore, për profesionet mjekësore, kombësia shqiptare.

Karakteristikat	Numër	Medianë	<i>IQR</i>	Mesatare	<i>Std Dev.</i>	<i>Sig.</i>
	H-index					
Totali	301	4.0	4.0	4.9	3.9	0.030
Seksi (mashkull)	162	4.0	4.0	5.4	4.0	
Seksi (femër)	139	3.0	3.0	4.4	3.8	
	Grada shkencore					
MD (Mjek)	42	3.0	2.0	3.4	1.6	0.000
PhD (Doktor)	99	3.0	3.0	4.1	3.0	
Assoc. Prof. (Prof. i Asociuar)	76	4.0	4.0	5.0	3.7	
Prof. Dr. (Profesor Doktor)	84	5.0	5.0	6.6	5.1	
	Autor i parë					
Totali	301	1.0	2.0	1.8	4.4	0.323
Seksi (mashkull)	162	0.5	2.0	2.1	5.5	
Seksi (femër)	139	1.0	2.0	1.5	2.6	
	Grada shkencore					
MD (Mjek)	42	0.0	0.3	0.4	0.8	0.015
PhD (Doktor)	99	0.0	2.0	1.3	2.0	
Assoc. Prof. (Prof. i Asociuar)	76	1.0	3.0	2.2	3.3	
Prof. Dr. (Profesor Doktor)	84	1.0	3.0	2.8	7.4	
	Publikime					
Totali	301	7.0	8.0	11.3	15.4	0.049
Seksi (mashkull)	162	8.0	11.0	13.0	17.7	
Seksi (femër)	139	6.0	6.0	9.5	11.9	
	Grada shkencore					
MD (Mjek)	42	5.0	5.3	6.4	5.4	0.000
PhD (Doktor)	99	5.0	6.0	8.0	8.5	
Assoc. Prof. (Prof. i Asociuar)	76	8.5	10.0	11.0	9.6	
Prof. Dr. (Profesor Doktor)	84	10.0	14.0	18.0	24.5	



I KAZUISTIKË

Figura 2. *H-index*, sipas seksit dhe gradës shkencore, për profesionet mjekësore, kombësia shqiptare.

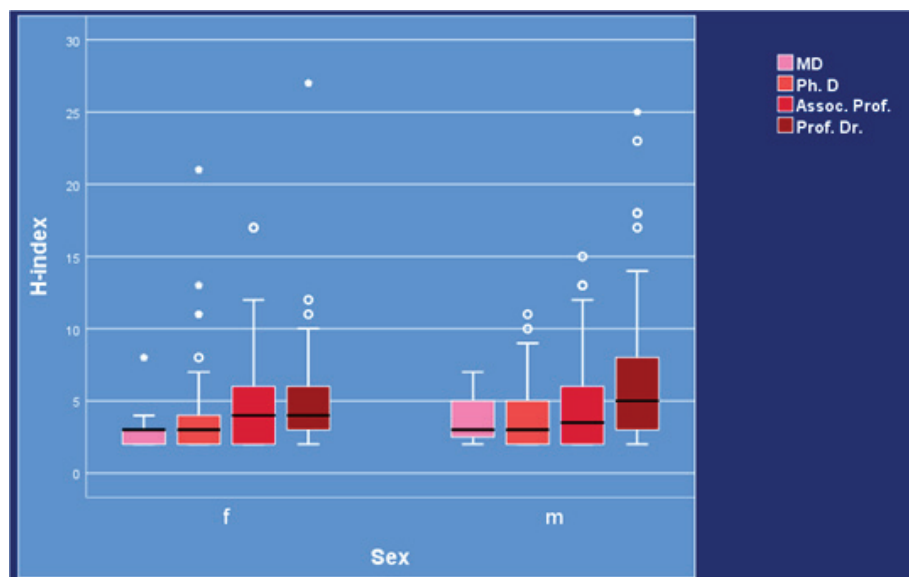
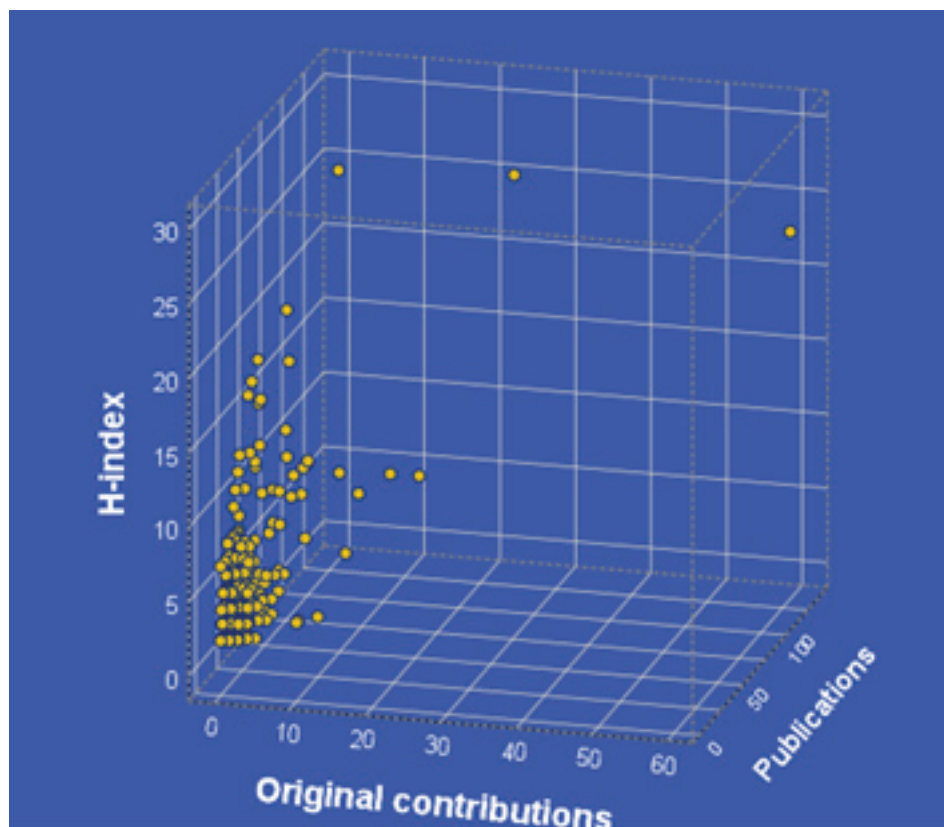


Tabela 4. *H-index*, Autor i parë dhe Numër publikimesh në PubMed, për profesionet mjekësore, kombësia shqiptare.

Vlera	Autor i parë			Numër publikimesh			H-index		
	Numër	%	% Kumulative	Numër	%	% Kumulative	Numër	%	% Kumulative
0	148	49.2	49.2	2	0.7	0.7	0	0.0	0.0
1	50	16.6	65.8	8	2.7	3.3	0	0.0	0.0
2	36	12.0	77.7	21	7.0	10.3	81	26.9	26.9
3	26	8.6	86.4	32	10.6	20.9	65	21.6	48.5
4	14	4.7	91.0	28	9.3	30.2	46	15.3	63.8
5	6	2.0	93.0	35	11.6	41.9	26	8.6	72.4
6	7	2.3	95.3	16	5.3	47.2	18	6.0	78.4
7	2	0.7	96.0	20	6.6	53.8	14	4.7	83.1
8	0	0.0	96.0	13	4.3	58.1	14	4.7	87.7
9	4	1.3	97.3	21	7.0	65.1	4	1.3	89.0
≥10	8	2.7	100.0	105	34.9	100.0	33	11.0	100.0

Figura 3. *H-index*, Autor i parë dhe Numër publikimesh në PubMed, për profesionet mjekësore, kombësia shqiptare.



Diskutimi

Renditja e ‘1,000 shkencëtarëve shqiptarë të renditur në bazën e të dhënave të Scopus’ është një indeks shkencor-metrik që ndryshon me shpejtësi, i cili ka vlerën e tij maksimale në përditësimin e tij të fundit. Sidoqoftë, indeksi H nuk ndryshon me një ritëm jashtëzakonisht të shpejtë sepse botimi në revista me impakt të lartë kërkon kohë dhe punë. Duke u bazuar në të dhënat që disponojmë, diskutimi mund të përqendrohet në gjetjet krahasuese të *H-index* dhe rezultatet nga PubMed, që tregojnë pabarazitë gjinore, renditjen akademike dhe kritikën ndaj këtyre metrikave sipas situatës vendore. Duhet të marrim parasysh autorin, revistën dhe artikullin. Edhe pse të gjitha janë të ndërlidhura në një shkallë cilësore shkencore, secila prej tyre mbetet gjithashtu një entitet i pavarur. Gjithsesi, një revistë shkencore autoritative korrelohet shumë mirë me autorët më të mirë dhe punën e tyre më të shkëlqyer⁽¹⁶⁾.

Pabarazitë gjinore janë të zakonshme edhe në vende të tjera. Burrat janë më të shumtë se gratë në specialitetet kirurgjikale dhe trendi vazhdon të jetë po ai^{(17) (21)}. Ne gjetëm seksin mashkull predominant, 162 (53.8%) nga 301 persona të kodifikuar si *profesione mjekësore* në bazën tonë të të dhënave që ishte statistikisht e rëndësishme për *H-index* ($p=0.002$) dhe Autor i parë në PubMed ($p=0.009$) por jo statistikisht e rëndësishme për numrin total të publikimeve në PubMed ($p=0.947$). (Tabela 3) Numri i mjekëve meshkuj është i më i lartë në disa specialitete dhe duhet të marrim në konsideratë që gratë kanë boshllëqe kohore në publikime për shkak të lejeve të lindjeve. Dallimet gjinore të *H-index* janë të ndikueshme nga rajoni gjeografik. Mjeket femra



I KAZUISTIKË

specializante të kirurgjisë ortopedike kanë H-index më të ulëta dhe janë më pak përfaqësuese sesa specialistët meshkuj, kjo më e theksuar në jug⁽¹⁸⁾. Shoqata Izraelite e Kirurgjisë Plastike dhe Estetike tregon se shumica e kohortit ishin burra. (90%, n = 156) (**Tabela 1**). Koeficienti M është një mjet i përdorur për të peshuar *H-index* për autorët në lidhje me vitin e botimit të parë⁽¹⁹⁾. Duhet ta pranojmë që konkurrenca e padrejtë ndodh. Është e vështirë ta provosh ligjërisht, por gjurmët e saj janë të pranishme dhe madje të matshme. Shembulli i mikroagresionit, si formë moderne e racizmit ose seksizmit, i cili shprehet veçanërisht në nivelin e studentëve, por ngjitet edhe shumë lart në nivele akademike. Shmangia, me shpresën se do të ndalojë me kalimin e kohës, deri tek masat institucionale të mbrojtjes kundër këtyre praktikave të dëmshme përbëjnë spektrin e veprimeve^(20, p.123).

Kur analizojmë gradën shkencore, duhet të shohim përtej numrave. Gradës akademike i vishen ngjyrimet socio-politike të vendit. Ne vijmë nga një regjim komunist dhe vuajmë nga korrupsioni i përhapur, nga i cili elitat nuk janë të paprekura. Gjetjet tona tregojnë vlera më të larta të *H-index* tek Prof. Dr. (6.6 ± 5.1) sesa tek Prof. Asoc. (5.0 ± 3.7), $p=0.022$ (21). Numri total i publikimeve në PubMed ka ndryshime statistikisht të rëndësishme, $p=0.020$, por numri i publikimeve si autor i parë nuk ka ndryshime statistikisht të rëndësishme, $p=0.532$. Lidhja pozitive midis arritjeve akademike dhe *H-index* duket se është e zakonshme. Për shembull, një studim mbi arritjet akademike të oftalmologëve tregon një ndryshim të konsiderueshëm midis mjekëve pa një diplomë doktore, *H-index* = 7.00 (IQR 2.00–15.50) dhe atyre me titull PhD (Doktor), *H-index* = 15.00 (IQR 7.50–25.00)⁽²²⁾. Neurokirurgët me doktoraturë u pa se kishin numër publikimesh më të madh dhe gjithashtu shumica e tyre punonin në spitale universitare, krahasuar me kolegët e tyre pa doktoraturë⁽²³⁾. Një temë e pastudiuar, por për të cilën jemi të vetëdijshëm është bashkautori. Mund të jetë një drejtues departamenti, bashkëshorti, statisticieni, një mik, një koleg ose vjehrra. Sistemet e reja të vlerësimit kanë tendencë të marrin në konsideratë fakte që zbulojnë vendosjen e emrit në punime për nder apo të vlerësojnë numrin e autorëve⁽²⁴⁾. Brenda grupit me të njëjtat grada shkencore kemi ndryshime nëse janë të prirur ose jo për publikime. Interesi për të publikuar disertacione masteri u gjet të jetë pozitivisht i lidhur me *H-index*⁽²⁵⁾.

Tashmë janë propozuar metoda të përditësuara të bazuara në indeksin Hirsch në përshtatje me pozicionin e autorit në një botim⁽²⁶⁾. Ekziston një ndryshim praktik në kontributin midis kontribuesit kryesor dhe të tjerëve, dhe kjo ka nevojë për përcaktim sasior. Në përgjithësi, dikush me *H-index* më të lartë shoqërohet me arritje më të larta akademike⁽²⁷⁾. Veçanërisht në mostrën tonë shqiptare shikojmë se kemi Assoc. Prof. (Prof. i Asociuar) dhe Prof. Dr. (Profesor Doktor) me një numër të papërfillshëm botimesh si autorë të parë, ndërsa me një numër të konsiderueshëm botimesh në total, gjë që tregon se emri i tyre është shkruar, por ata nuk kanë kontribute parësore. Rreziku i citimit të vetes tek mjekët shqiptarë është shumë i vogël. Kërkimi i literaturës sugjeron që nuk nevojitet rregullim për vetëcitimet kur merret në konsideratë financimi pasi ndikimi i tij është shumë i ulët⁽²⁸⁾.

Shembulli i indeksit Hm, i cili cakton $1/k$ kredite për k autorë, është një shembull i mirë i peshimit të kontributeve⁽²⁹⁾. Përtej vlerës që ka për ndarjen e drejtë të kreditit, ne mendojmë se është një model i promovimit të kontributit të vërtetë. Për shembull, autori i tretë në listën e autorëve është një statisticien, dhe i katërti është drejtori i një institucioni krejtësisht të palidhur me kërkimin shkencor aktual, por që premtun mundësinë e aksesit për grante të ardhshme. *H-index* barazon punën e autorit të parë me statisticienin kontribues dhe drejtorin jo-kontribues, gjë që është e



pranueshme për statisticienin pasi ai nuk mund të marrë më shumë se autori i parë, por nëse autori i parë kreditohet shumë më tepër, përmes arritjes së granteve të ardhshme sesa statisticioni, dhe ky i fundit barazohet me drejtorin shkencërisht inert, ai do të tërhiqet nga bashkëpunimet e mëtejshme duke e bërë autorin e parë të vetëdijshëm për rëndësinë e tij dhe ndoshta do ta përjashtojë drejtorin nga përfshirje të tjera nderi, si pseudoautor. Ndoshta! Gjatë një non-blind review, anësia institucionale promovonte autorë nga institucione prestigjioze, ndërsa studime të tjera tregojnë rigjeditet ndaj subjekteve me vlera^(30, p.43). Të dyja janë të gabuara.

Për progresin shkencor, produkti është ai që ka më shumë rëndësi sesa autori. Në përgjithësi, vetëm autori i parë mbahet përgjegjës pas botimit në rast se zbulohen gabime^(30, p.34). Autorët e tjerë e konsiderojnë veten të pafajshëm. Ndarja e të njëjtave kredite supozon edhe ndarje të barabartë në përgjegjësisë. Një *H-index* mund të jetë i lidhur mirë me një diagnozë; autorët që shkruajnë për të, vendi i botimit, rankimi e revistave që flasin për atë dhe fjalët kyçe⁽³¹⁾. *H-index* tenton të sillet si një metrikë universale. Por çdo botim i autorit është i orientuar drejt qëllimeve, gjë që e bën atë një spektër interesash pothuajse të paklasifikueshëm^(32, p.20). Ekzistojnë edhe karakteristika specifike të vendit për risinë shkencore, si rasti i Italisë në lidhje me Shkencat e Ushtrimeve dhe Sportit (SHS)⁽³³⁾. I gjithë sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri është nën presion. Presioni ndikon në cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe gjithashtu në strukturat e kujdesit shëndetësor dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor. Problemet në rritje të periferisë janë një barrë shtesë për kujdesin shëndetësor terciar dhe pamundësia brenda spitalit për t'i adresuar ato, ndikon drejtpërdrejt edhe tek mjekët^{(34) (35)}. Ky është një nga nxitësit e migrimit, i cili shoqërohet me procese selektive të ikjes së trurit, siç tregohen nga rezultatet e bazës së të dhënave të Top-1,000 Scopus.

Vlerësimi i njohurive në formën e provimeve të standardizuara, nëse ekzagjerohet, mund të shkaktojë fokusim teorik të ekzagjeruar në dëm të aftësive praktike^(36, p.34). Botimet mund të kenë të njëjtin fat. Një sërë pyetjesh të sinqerta duhet të marrin përgjigje kur shikojmë bazën e të dhënave dhe rezultatet e *H-index*. A përfaqësojnë indekset bibliometrike profesionalizmin individual, vlerën shkencore, bashkëpunimin, arsimimin dhe madje edhe meritueshmërinë e granteve⁽³⁷⁾? A përputhet vërtet ky klasifikim me atë që kemi në mendje, me kusht që t'i njohim të gjithë këta profesionistë të profesioneve mjekësore? Nëse nuk u përgjigjemi sinqerisht këtyre pyetjeve, vlera e këtyre të dhënave dhe rezultateve mbetet e dyshimtë. Jo vetëm që *H-index* nuk do të kontribuonte në vlerësimin e profesionistëve, por do të vazhdonte të përdorej si një model diskriminimi dhe një mjet për përparim profesional selektiv dhe shpërndarje të drejtuar të granteve.

Përfundime

Profesionet mjekësore në Shqipëri nuk mund të gjykohen vetëm nga *H-index* i tyre i ulët. Ato emigrojnë jashtëzakonisht shumë, publikojnë në revista të tjera jo të indeksuara nga Scopus dhe janë shumë të përfshirë në sfidat e përditshme të një sistemi të kujdesit shëndetësor të sëmurë. Përveç këtyre dallimeve dhe vështirësive, aspektet e tjera mund të përmbledhen në shprehje si kjo, jo dhe aq anekdotike: “Unë punova për titullin, tani titulli duhet të punojë për mua”. Dobësitë e studimit tonë burojnë nga mosnjohja e shpërndarjes sipas specialiteteve dhe kohëzgjatjes së karrierës. Së fundmi, të botuarit shkencor është i rëndësishëm për përparimin akademik, por në Shqipëri nuk ka lidhje me përfitimin e granteve, gjë që kontribuon në nivele më të ulëta të *H-index*.



Referenca

1. Yeates, N., & Pillinger, J. (2019). *International Health worker Migration and Recruitment: Global Governance, Politics and Policy*. Routledge. (Yeates & Pillinger, 2019)
2. Teräs, M., Osman, A., & Eliasson, E. (2023). *Migration, education and employment: Pathways to Successful Integration*. Springer. (Teräs et al., 2023)
3. O'Malley, C. D. (1970). *The history of medical education: An International Symposium Held February 5-9, 1968*. Univ of California Press. (O'Malley, 1970)
4. Larson A. R. (2021). Implications of Sex Disparities in the h-Index for Academic Medicine. *JAMA network open*, 4(6), e2112877. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.12877>;
5. Gupta H. (2024). h Index and its limitations. *Journal of family medicine and primary care*, 13(6), 2529–2530. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1887_23
6. Bertran, K., Cortey, M., & Díaz, I. (2020). The use of H-index to assess research priorities in poultry diseases. *Poultry science*, 99(12), 6503–6512. <https://doi.org/10.1016/j.psj.2020.09.017>
7. Huang, X. X., Wang, Y. M., Xie, M. Y., Sun, Y. Q., Zhao, X. H., Chen, Y. H., Chen, J. Q., Han, S. Y., Zhou, M. W., & Sun, X. D. (2024). Publication trends of Leber congenital amaurosis researches: a bibliometric study during 2002-2022. *International journal of ophthalmology*, 17(8), 1501–1509. <https://doi.org/10.18240/ijo.2024.08.17>
8. Mondal, H., Deepak, K. K., Gupta, M., & Kumar, R. (2023). The h-Index: Understanding its predictors, significance, and criticism. *Journal of family medicine and primary care*, 12(11), 2531–2537. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1613_23
9. Tas, F., & Erturk, K. (2024). A Modified H-index Calculated Using the Duration of Professional Experience and the Author's Significant Contribution to Publications. *Cureus*, 16(1), e53274. <https://doi.org/10.7759/cureus.53274>
10. DeLuca, L. A., Jr, St John, A., Stolz, U., Matheson, L., Simpson, A., & Denninghoff, K. R. (2013). The distribution of the h-index among academic emergency physicians in the United States. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 20(10), 997–1003. <https://doi.org/10.1111/acem.12226>
11. Paynter, J. A., Wang, E., Wynn, J., Qin, K. R., & Brennan, J. (2025). Characterization of academic output (h-index) by Australian urologists according to gender and rurality. *ANZ journal of surgery*, 95(4), 749–755. <https://doi.org/10.1111/ans.19397>
12. Cortegiani, A., Catalisano, G., Ippolito, M., Giaratano, A., Absalom, A. R., & Einav, S. (2021). Retracted papers on SARS-CoV-2 and COVID-19. *British journal of anaesthesia*, 126(4), e155–e156. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.01.008>
13. Jamjoom A. B. (2015). Survey of h-index for neurosurgeons in Saudi Arabia. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 20(4), 392–395. <https://doi.org/10.17712/nsj.2015.4.20140735>
14. Azar, M., Lagacé, F., Muntyanu, A., Netchiporouk, E., Zhou, Y., Lynde, C., Moreau, L., Mathieu, S., Sasseville, D., Asiniwas, R., Shear, N. H., Gniadecki, R., Rahme, E., & Litvinov, I. V. (2023). Measuring h-index and scholarly productivity in academic dermatology in Canada. *Scientometrics*, 128(2), 1071–1090. <https://doi.org/10.1007/s11192-022-04589-y>
15. Herzog, I., Mendiratta, D., Liggio, D. F., Ahn, D. B., Vosbikian, M., Kaushal, N. K., & Chu, A. (2023). Use of the Relative Citation Ratio in Conjunction With H-Index to Promote Equity in Academic Orthopaedics. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. Global research & reviews*, 7(7), e23.00080. <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-23-00080>
16. Mondal, H., & Mondal, S. (2022). A Brief Review on Article-, Author-, and Journal-Level Scientometric Indices. *Indian dermatology online journal*, 13(5), 578–584. https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_729_21
17. Riccardi, J., Farber, N. I., Ho, V., & Bonne, S. L. (2021). Uncovering Disparities in Scholarly Productivity among Junior Surgical Society Grant Recipients. *The Journal of surgical research*, 257, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.057>
18. Lessiohadi, N., Hartman, H., Pai, J., Goodman, W. B., Rumps, M. V., & Mulcahey, M. K. (2025). Uneven Ground: Exploring the Impact of Geographical Region and Gender on Orthopaedic Surgery Resident Research Productivity. *JB & JS open access*, 10(2), e24.00224. <https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.24.00224>
19. Har-Shai, L., Ofek, S. E., Lavi, I., Cohen, K. H., Cohen, A. A., Ad-El, D. D., & Shay, T. (2021). Research Productivity among Plastic Surgeons in the State of Israel: h-index and M-quotient Assessment. *Plastic and reconstructive surgery*. *Global open*, 9(11), e3903. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003903>
20. Zaidi, Z., Rosenberg, E. I., & Beyth, R. J. (2019). *Contemporary challenges in medical education: From Theory to Practice*. University Press of Florida. (Zaidi et al., 2019)
21. Silvestre, J., Thompson, T. L., Nelson, C. L., & Adams, B. W. (2023). Diversity in Leadership at Musculoskeletal Oncology Fellowships in the United States. *Cureus*, 15(3), e35688. <https://doi.org/10.7759/cureus.35688>



22. Patel, P. A., Gopali, R., Reddy, A., & Patel, K. K. (2021). The relative citation ratio and the h-index among academic ophthalmologists: A retrospective cross-sectional analysis. *Annals of medicine and surgery* (2012), 71, 103021. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103021>
23. Bayatli, E., Kahilogullari, G., Zaimoglu, M., Guner, Y. E., & Ugur, H. C. (2022). Impact of post-master phd degree on publication productivity in neurosurgery. *Turkish Neurosurgery*. <https://doi.org/10.5137/1019-5149.jtn.40815-22.2>
24. Saba, L., Porcu, M., De Rubeis, G., Balestrieri, A., Serra, A., & Carta, M. G. (2023). A new system of authorship best assessment. *Journal of public health research*, 12(1), 22799036221149840. <https://doi.org/10.1177/22799036221149840>
25. Munkácsy, G., Herman, P., & Györffy, B. (2022). Comparison of scientometric achievements at PhD and scientific output ten years later for 4,790 academic researchers. *PloS one*, 17(7), e0271218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271218>
26. Bucur, O., Almasan, A., Zubarev, R., Friedman, M., Nicolson, G. L., Sumazin, P., Leabu, M., Nikolajczyk, B. S., Avram, D., Kunej, T., Calin, G. A., Godwin, A. K., Adami, H. O., Zaphiropoulos, P. G., Richardson, D. R., Schmitt-Ulms, G., Westerblad, H., Keniry, M., Grau, G. E., Carbonetto, S., ... Liehn, E. A. (2015). An updated h-index measures both the primary and total scientific output of a researcher. *Discoveries (Craiova, Romania)*, 3(3), e50. <https://doi.org/10.15190/d.2015.42>
27. Ordaz, D. J. G., Roy, J., Ahmad, I., Kaouache, M., Ramchatesingh, B., Whitelaw, S., Nikonova, A., Bredeson, C., & Litvinov, I. V. (2024). Assessment of h-index and associated demographic and academic parameters for academic hematologists in Canada. *Frontiers in medicine*, 11, 1457366. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1457366>
28. Ernat, J. J., Yheulon, C. G., Lopez, A. J., & Warth, L. C. (2020). Does the h-index and self-citation affect external funding of orthopedic surgery research? An analysis of fellowship directors and their subspecialties. *Journal of orthopaedics*, 20, 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2020.01.019>
29. Perneger T. (2023). Authorship and citation patterns of highly cited biomedical researchers: a cross-sectional study. *Research integrity and peer review*, 8(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s41073-023-00137-1>
30. Wager, E. (2016). Getting research published: An A to Z Publication Strategy.
31. Cao, Z., Zhang, Y., Luo, J. H., Liao, W. Q., Cheng, X., & Zhan, J. H. (2022). A bibliometric analysis of publications on burn sepsis using VOSviewer. *Frontiers in medicine*, 9, 971393. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.971393>
32. Salmons, J., & Kara, H. (2019). *Publishing from your Doctoral Research: Create and Use a Publication Strategy*. Routledge.
33. Raiola, G., Esposito, G., Ceruso, R., D'Elia, F., & D'Isanto, T. (2024). Impact of scientific production of Italian scientists in exercises and sport sciences by measuring the author-weighted h-index. *Frontiers in research metrics and analytics*, 9, 1466811. <https://doi.org/10.3389/frma.2024.1466811>
34. Akshija, I., & Dibra, A. (2018). Hospital doors under pressure; policies and trends in the major tertiary care hospital in Albania. *Il Giornale di Chirurgia-Journal of the Italian Surgical Association*, 39(5), 265-271.
35. Akshija, I. (2025). An aggregated hospital quality index based on traditional available activity data, a metric exposing change. *Health Policy, Economics and Sociology*. <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.01.07>
36. Huggett, K. N., Quesnelle, K. M., & Jeffries, W. B. (2022). *An introduction to medical teaching: The Foundations of Curriculum Design, Delivery, and Assessment*. Springer Nature. (Huggett et al., 2022)
37. Quaia, E., & Vernuccio, F. (2022). The H Index Myth: A Form of Fanaticism or a Simple Misconception?. *Tomography (Ann Arbor, Mich.)*, 8(3), 1241–1243. <https://doi.org/10.3390/tomography8030102>



“CEFALETË E PËRSËRITURA DHE ROLI I INFLAMACIONIT SUB-KLINIK, STRESIT SISTEMIK DHE DISAUTONOMISË: NJË MODEL INTEGRATIV I FIZPATOLOGJISË SË CEFALIVE PRIMARE”

Review analitike

Dr. Ronaldo DEMHASAJ

Abstract

Primary headache represents one of the most common and disabling neurological disorders in the global population. Migraine, tension-type headache and cluster headache constitute the main entities within this group and are characterized by complex neurobiological mechanisms involving activation of the trigeminovascular system, central modulation of nociception and neuro-immune interactions. The modern framework of the pathophysiology of primary headaches considers headache as the result of dysregulation within neurobiological networks that regulate nociception, multisensory integration, homeostasis, and autonomic function. Painsensitive cranial structures include the meninges, meningeal vessels, and certain structures at the base of the brain, whereas the cerebral parenchyma itself is largely insensitive to pain. Trigemino-vascular activation is associated with the release of neurochemical mediators such as calcitonin gene-related peptide (CGRP), substance P and pituitary adenylate cyclase-activating peptide (PACAP), which contribute to neurogenic inflammation and nociceptive sensitization. In recent years, it has also been proposed that frequent primary headache may reflect processes of subclinical inflammation and systemic stress, mediated through activation of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis and autonomic dysregulation.

To synthesize the existing evidence on these mechanisms, this review analyzed 39 scientific studies with diverse research designs, including systematic reviews, meta-analyses, and observational studies, classified according to the Oxford Levels of Evidence. The analysis showed that approximately 48% of the studies belonged to moderate to high levels of evidence (Levels 1–3), consistently supporting the role of neurogenic inflammation, trigeminovascular system activation and neuro-immune interactions in the pathophysiology of primary headaches.

This article aims to synthesize the principal anatomical, neurophysiological, and immunological mechanisms that contribute to the development and chronification of primary headaches.

Hyrje

Cefaleja është një nga simptomat më të shpeshta në praktikën klinike neurologjike dhe përbën një barrë të rëndësishme për shëndetin publik në nivel global. Organizata Botërore e Shëndetësisë e rendit migrenën dhe cefalenë tensive ndër shkaqet kryesore të paafëtisë neurologjike në popullatë. Prevalenca e tyre e lartë dhe ndikimi në cilësinë e jetës e bëjnë studimin e mekanizmave të tyre fiziopatologjikë një prioritet në neurologjinë moderne.

Në klasifikimin ndërkombëtar të cefaleve (ICHD-3), cefaletë ndahen në cefale primare dhe cefale sekondare. Cefaletë primare janë çrregullime në vetvete dhe nuk lidhen me një patologji



strukture të identifikueshme, ndërsa cefale të sekondare janë pasojë e sëmundjeve të tjera si infeksionet, traumat kraniale ose çrregullimet vaskulare. Në dekadat e fundit është bërë e qartë se cefale të primare nuk mund të shpjegohen vetëm nga ndryshimet vaskulare, siç mendohej tradicionalisht. Në vend të kësaj, ato konsiderohen si çrregullime të rrjeteve neurobiologjike që përfshijnë sistemin trigeminovaskular, kompleksin trigeminocervikal, talamusin dhe korteksin cerebral. Aktivizimi i këtyre rrjeteve çon në përpunimin e sinjaleve nociceptive dhe në shfaqjen e simptomave karakteristike të cefalesë, si: dhimbja pulsuese, fotofobia, fonofobia dhe nauzea. Për të kuptuar gjenezën e dhimbjes së kokës është e domosdoshme të analizohen strukturat anatomike që janë të ndjeshme ndaj dhimbjes.

Nevojitet një qasje e integruar që përfshin faktorët neurovaskularë, neuroinflamatorë dhe neuroendokrinë për të kuptuar mekanizmat e cefalesë primare dhe për të zhvilluar strategji më efektive diagnostike dhe terapeutike.

Epidemologjia globale e cefaleve primare

Çrregullimet e dhimbjes së kokës përbëjnë një nga problemet më të mëdha jo-fatale të shëndetit publik në nivel global. Analizat e fundit të projektit Global Burden of Disease (GBD 2021) tregojnë se rreth 2.8 miliardë persona në botë vuajnë nga çrregullime të dhimbjes së kokës, duke e bërë këtë grup sëmundjesh ndër më të përhapurat në popullatën globale. Në këtë kontekst, dhimbja tensive e kokës (TTH) është forma më e shpeshtë, me rreth 2 miliardë persona të prekur, ndërsa migrena prek rreth 1.2 miliardë individë në nivel global. Megjithëse TTH është më e përhapur, migrena është shumë më invalidizuese dhe përbën shumicën e barrës së paaftësisë neurologjike të lidhur me dhimbjen e kokës. Në vitin 2021, migrena është vlerësuar me rreth 43 milionë vite të jetuara me paaftësi (YLD), ndërsa TTH vetëm me rreth 4.6 milionë YLD, duke treguar një diferencë të konsiderueshme në ndikimin funksional të këtyre dy çrregullimeve.

Në nivel global, prevalenca e standardizuar sipas moshës për migrenën është rreth 14.25%, ndërsa për TTH rreth 24.76%, duke konfirmuar shpërndarjen e gjerë të këtyre çrregullimeve në popullatë. Një karakteristikë e rëndësishme epidemiologjike është se migrena dhe TTH konsiderohen sëmundje jo-fatale dhe për këtë arsye në analizat e barrës globale të sëmundjeve nuk u atribuohet mortaliteti i drejtpërdrejtë. Duke qenë se migrenës dhe cefalesë tensive nuk u atribuohet mortaliteti i drejtpërdrejtë, barra e tyre shprehet kryesisht përmes viteve të jetuara me paaftësi dhe jo përmes viteve të humbura nga vdekja e parakohshme.

1. Diferencat rajonale të prevalencës

Analizat epidemiologjike tregojnë se prevalenca e migrenës dhe e cefaleve primare ndryshon ndjeshëm midis rajoneve të botës. Në Evropë, prevalenca e standardizuar e migrenës është rreth 16.13%, ndërsa për TTH arrin rreth 30.81%, duke reflektuar një barrë relativisht të lartë në këtë rajon. Në Europën Perëndimore, prevalenca e migrenës është edhe më e lartë, duke arritur rreth 18.17%, ndërsa në Amerikën e Veriut me të ardhura të larta raportohen vlera rreth 16.71%. Në kontrast, disa rajone të Azisë, si Azia Lindore, raportojnë prevalenca më të ulëta, rreth 11.80%, ndërsa në Azinë Jugore prevalenca është afër mesatares globale, rreth 14.86%. Këto diferenca mund të reflektojnë një kombinim faktorësh, përfshirë: ndryshimet demografike, faktorët mjedisorë dhe të stilit të jetesës, aksesin në kujdes shëndetësor, kapacitetin diagnostik dhe raportimin epidemiologjik.



2. Epidemiologjia sipas seksit dhe moshës

Një nga karakteristikat më konsistente të epidemiologjisë së cefaleve primare është prevalenca më e lartë tek gratë. Analizat globale tregojnë se migrena është dukshëm më e shpeshtë tek femrat dhe arrin kulmin e prevalencës në dekadat e moshës së rritur aktive, veçanërisht midis 30 dhe 44 vjeç. Meta-analizat kanë treguar se çdo formë e dhimbjes së kokës është më e përhapur tek gratë, ku prevalenca mund të arrijë mbi 70% në disa popullata femërore, krahasuar me rreth 58% tek meshkujt. Kjo diferencë mendohet të lidhet me faktorë hormonalë, veçanërisht me ndikimin e estrogenit në sistemin trigeminovaskular dhe në mekanizmat e modulimit të dhimbjes.

3. Format kronike dhe prevalence e tyre

Megjithëse shumica e pacientëve kanë forma episodike të cefalesë, një përqindje e vogël zhvillon forma kronike të sëmundjes. Meta-analizat e fundit raportojnë se: migrena kronike ka një prevalencë rreth 1.5% në popullatën e rritur, cefalea tensive kronike rreth 0.8%, ndërsa format me dhimbje koke ≥ 15 ditë në muaj arrijnë rreth 4–5% të popullatës. Ndryshe nga shumë vende evropiane, evidenca epidemiologjike bashkëkohore për cefaletë primare në Shqipëri është relativisht e kufizuar.

Klasifikimi i cefaleve primare

Cefaletë primare përkufizohen si çrregullime të dhimbjes së kokës që nuk janë pasojë e një sëmundjeje tjetër strukturore ose metabolike. Sipas klasifikimit ndërkombëtar të cefaleve (International Classification of Headache Disorders – ICHD-3), cefaletë primare përfshijnë disa entitete kryesore klinike, ndër të cilat më të rëndësishmet janë migrena, cefalea tensive dhe cefalea cluster.

Migrena është forma më e studiuar e cefalesë primare dhe karakterizohet nga sulme episodike të dhimbjes së kokës që zakonisht zgjasin nga 4 deri në 72 orë. Dhimbja shpesh është pulsuese, me lokalizim unilateral dhe shoqërohet me simptoma, si: nauze, fotofobi dhe fonofobi. Në një pjesë të pacientëve, sulmet paraprihen nga aura migrenoze, e cila përbëhet nga simptoma neurologjike fokale të kthyeshme, më shpesh vizuale ose sensore.

Cefalea tensive (Tension-Type Headache – TTH) është forma më e shpeshtë e cefalesë në popullatën e përgjithshme. Ajo karakterizohet nga dhimbje bilaterale, zakonisht me karakter shtrëngues ose shtypës, me intensitet të lehtë deri mesatar dhe pa simptoma të theksuara autonome. Fizpatologjia e saj lidhet me një kombinim të faktorëve periferikë miojenë dhe me sensibilizimin qendror të rrugëve nociceptive.

Cefalea cluster përfaqëson një formë më të rrallë, por shumë intensive të cefalesë primare. Sulmet karakterizohen nga dhimbje shumë të forta, zakonisht unilaterale, të lokalizuara në rajonin orbital ose temporal dhe të shoqëruara me simptoma autonome ipsilaterale, si: lakrimacioni, kongjestionimi nazal, ptoza dhe mioza. Kjo formë e cefalesë ka një ritmikë të theksuar cirkadiane dhe lidhet me aktivizimin e hipotalamusit dhe refleksit trigemino-autonom.

Përveç këtyre entiteteve kryesore, klasifikimi përfshin edhe disa sindroma më të rralla, si: **cefalea trigemino-autonome të tjera, cefalea e sforcimit dhe cefalea e lidhura me aktivitetin seksual.**



Megjithatë, në praktikën klinike migrena dhe cefalea tensive përbëjnë shumicën e rasteve të diagnostikuara në kujdesin parësor dhe neurologjik.

Strukturat kraniale të ndjeshme ndaj dhimbjes

Kuptimi i mekanizmave të dhimbjes së kokës kërkon njohjen e strukturave anatomike të ndjeshme ndaj stimujve nociceptivë. Studimet klasike kanë treguar se vetëm disa struktura kraniale janë të afta të gjenerojnë dhimbje kur stimulohen. Ndër to përfshihen lëkura dhe indi nënlëkuror i skalpit, muskujt dhe periosteumi i kafkës, arteriet ekstrakraniale, meningjet – veçanërisht dura mater – sinuset venoze intrakraniale dhe disa segmente të arterieve cerebrale dhe të arteries karotide interne.

Në kontrast, parenkima cerebrale, pia-araknoidea, endima dhe plexusët koroide janë pothuajse të pandjeshme ndaj dhimbjes, çka shpjegon pse shumë procese intraparenkimale nuk shkaktojnë drejtpërdrejt cefale. Dura mater është një nga strukturat më të rëndësishme në gjenerimin e dhimbjes kraniale, pasi përmban fibra nociceptive të shumta dhe inervohet kryesisht nga degët e nervit trigeminal. Enët meningeale, veçanërisht arteria meningeale e mesme dhe arteria temporale superficiale, janë gjithashtu të ndjeshme ndaj distensionit dhe ndryshimeve hemodinamike.

Inervimi trigeminal dhe projeksioni i dhimbjes

Sistemi trigeminal është rruga kryesore e transmetimit të dhimbjes kraniale. Degët e tij, veçanërisht V1 (oftalmike) dhe në një masë më të vogël V2 (maksilare), përcjellin impulset nociceptive nga meningjet dhe enët meningeale drejt trungut të trurit. Sinjalet përpunohen në kompleksin trigeminocervikal dhe më pas projektohen drejt talamusit dhe korteksit cerebral. Dhimbja kraniale shpesh shfaqet si dhimbje e referuar. Për shembull, distensioni i arteries meningeale të mesme mund të perceptohet në rajonin temporo-orbital, ndërsa irritimi i arteries karotide interne shpesh ndjehet në zonën supraorbitale. Në pjesën posteriore të kafkës, transmetimi i dhimbjes përfshin edhe nervat cervicalë të sipërm dhe disa nerva kranialë të tjerë, ndërsa tentoriumi cerebelli ndan territorin funksional të inervimit trigeminal nga ai cervical.

Mekanizmat e dhimbjes kraniale

Dhimbja e kokës mund të prodhohet nga një numër relativisht i kufizuar mekanizmesh fizpatologjike që veprojnë mbi strukturat kraniale nociceptive. Studimet klasike neurofiziologjike kanë treguar se deformimi, distensioni ose inflamacioni i enëve dhe meningjeve përbën një nga mekanizmat kryesorë të gjenerimit të dhimbjes kraniale. Lezionet intrakraniale që zënë hapësirë, si: tumorët ose hematomet, mund të shkaktojnë cefale duke ushtruar presion ose duke zhvendosur enët e gjakut dhe strukturat durale. Interesant është fakti se dhimbja e kokës shpesh shfaqet përpara rritjes së presionit intrakranial, duke sugjeruar se mekanizmi kryesor lidhet me tensionin mekanik të strukturave nociceptive dhe jo vetëm me presionin e rritur brenda kafkës. Në shumë raste, dhimbja kraniale lidhet me dilatimin e arterieve intrakraniale ose ekstrakraniale. Ky fenomen është vërejtur në situata të ndryshme klinike, si: gjatë krizave epileptike, pas konsumimit të alkoolit, ose në praninë e substancave vazodilatore si nitroglicerina dhe glutamati monosodik. Këto substanca mund të shkaktojnë vazodilatacion cerebral dhe të aktivizojnë strukturat nociceptive



I KAZUISTIKË

meningeale. Një mekanizëm tjetër i rëndësishëm është inflamacioni neurogjen, i cili rezulton nga aktivizimi i fibrave nervore sensore dhe çlirimi i mediatorëve proinflamatorë në meningje dhe në enët meningeale. Ky proces rrit ndjeshmërinë e receptorëve nociceptivë dhe përforcon sinjalin e dhimbjes drejt strukturave qendrore të sistemit nervor.

a. Modeli trigeminovaskular

Modeli trigeminovaskular përfaqëson konceptin më të pranuar aktualisht për shpjegimin e fizpatologjisë së migrenës dhe të disa formave të tjera të cefaleve primare. Ky model përshkruan ndërveprimin midis fibrave sensore të nervit trigeminal dhe enëve meningeale, të cilat së bashku formojnë një sistem funksional për transmetimin dhe modulimin e dhimbjes kraniale. Aferentët trigeminalë që inervojnë meningjet dhe enët meningeale aktivizohen nga stimuj të ndryshëm, duke çuar në çlirimin e neuropeptideve dhe në ndryshime vaskulare lokale. Ky proces përfshin një seri dukurish neurokimike dhe inflamatore që përforcojnë transmetimin nociceptiv dhe kontribuojnë në zhvillimin e simptomave tipike të migrenës.

Sinjali nociceptiv i gjeneruar në periferinë meningeale transmetohet në kompleksin trigeminocervikal, i cili përbën stacionin kryesor të përpunimit të dhimbjes kraniale në nivel të trungut të trurit. Nga këtu, impulset projektohen drejt talamusit dhe më pas në kortekset cerebrale që përfshihen në përpunimin e dhimbjes, duke përfshirë korteksin somatosensor, insulën dhe korteksin cingulat anterior. Ky rrjet neuronal është pjesë e një sistemi më të gjerë të përpunimit të dhimbjes, i njohur si “matriksi i dhimbjes”, i cili integron komponentët sensorë, emocionalë dhe konjitiv të përvojës së dhimbjes.

b. Mediatorët neurokimikë të cefalesë

Aktivizimi i sistemit trigeminovaskular shoqërohet me çlirimin e një sërë mediatorësh neurokimikë që luajnë rol të rëndësishëm në gjenezën dhe modulimin e dhimbjes kraniale.

Një nga mediatorët më të rëndësishëm është CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide), një neuropeptid i çliruar nga terminalet e fibrave trigeminale gjatë sulmeve të migrenës. Studimet kanë treguar se nivelet e CGRP rriten gjatë sulmeve migrenoze dhe se bllokimi i sinjalizimit të këtij neuropeptidi mund të reduktojë frekuencën dhe intensitetin e sulmeve. Për këtë arsye, CGRP është bërë një target terapeutik i rëndësishëm në trajtimin modern të migrenës.

Një mediator tjetër i rëndësishëm është substanca P, e cila kontribuon në proceset e inflamacionit neurogjen dhe në sensibilizimin e receptorëve nociceptivë. Edhe pse roli i saj si biomarker periferik nuk është plotësisht i qartë, ajo konsiderohet pjesë e rëndësishme e kaskadës neuroinflamatore të dhimbjes.

Serotonina (5-HT) ka gjithashtu një rol të rëndësishëm në modulimin e dhimbjes kraniale. Agonistët e receptorëve serotoninergjikë, si triptanët, përdoren gjerësisht në trajtimin akut të migrenës dhe veprojnë duke frenuar transmetimin trigeminal dhe duke reduktuar çlirimin e neuropeptideve nociceptive.

Në vitet e fundit është studiuar edhe roli i PACAP (Pituitary Adenylate Cyclase-Activating Peptide), një neuropeptid që mund të shkaktojë sulme migrenoze në studimet eksperimentale. PACAP konsiderohet një mediator potencial në gjenerimin e sulmit migrenoz dhe një target i mundshëm për terapi të reja farmakologjike.

c. Depresioni përhapës kortikal dhe aura migrenoze

Një mekanizëm tjetër i rëndësishëm në fizpatologjinë e migrenës është depresioni përhapës kortikal (Cortical Spreading Depression – CSD). Ky fenomen përshkruhet si një valë e



përhapur e ndryshimeve elektro-fiziologjike në korteksin cerebral që përhapet gradualisht nëpër sipërfaqen e trurit. Depresioni përhapës kortikal konsiderohet baza neurobiologjike e aurës migrenoze, veçanërisht e simptomave vizuale që paraprijnë sulmin e dhimbjes. Gjatë këtij procesi ndodhin ndryshime në aktivitetin neuronal dhe në balancën e neurotransmetuesve eksitatorë dhe inhibitorë, duke çuar në aktivizimin e rrugëve trigeminovaskulare dhe në fillimin e sulmit të migrenës. Kombinimi i këtyre mekanizmave – aktivizimi trigeminovaskular, çlirimi i mediatorëve neurokimikë dhe ndryshimet në aktivitetin kortikal – përbën bazën e kuadrit modern të fizpatologjisë së cefaleve primare.

d. Inflamacioni subklinik në cefaletë primare

Në vitet e fundit është propozuar një model i integruar i cefaleve primare, sipas të cilit dhimbja e kokës nuk lidhet vetëm me aktivizimin trigeminovaskular, por edhe me procese më të gjera biologjike që përfshijnë sistemin imun, metabolizmin dhe sistemin autonom. Në këtë kontekst, cefalea e përsëritur mund të reflektojë inflamacion subklinik dhe stres sistemik kronik. Inflamacioni subklinik përfaqëson një gjendje inflamacioni të gradës së ulët pa shenja klinike të qarta, por të identifikueshme përmes biomarkerëve laboratorikë. Studimet kanë treguar se gjatë sulmeve migrenoze rriten citokina pro-inflamatore si IL-6, TNF- α dhe IL-1 β , të cilat sensibilizojnë rrugët nociceptive dhe amplifikojnë sinjalin e dhimbjes. Kështu, cefalea primare shihet si rezultat i ndërveprimit midis rrjeteve neurobiologjike, sistemit imun dhe faktorëve mjedisorë.

Biomarkerët inflamatorë: CRP, NLR dhe PLR

Një nga objektivat e kërkimit bashkëkohor është identifikimi i biomarkerëve të inflamacionit tek pacientët me cefale primare, ndër më të studiuarit janë proteina C-reaktive (CRP), raporti neutrofil/limfocit (NLR) dhe raporti trombocit/limfocit (PLR). CRP, e prodhuar nga mëlçia në përgjigje të citokinave pro-inflamatore, është raportuar më e rritur tek pacientët me migrenë, veçanërisht në format kronike ose me aurë, duke sugjeruar rol të inflamacionit subklinik. NLR, një tregues i thjeshtë nga hemograma periferike dhe indikator prognostik në sëmundje inflamatorë e kardiovaskulare është lidhur në disa studime me fenotipe të caktuara të migrenës dhe me cefalenë nga mbipërdorimi i barnave, megjithëse evidenca mbetet heterogjene. PLR është një tjetër marker i inflamacionit sistemik dhe aktivizimit hemostatik, i cili është lidhur në disa studime me cefalenë kronike, por mbetet jo specifik. Në përgjithësi, këta biomarkerë nuk përdoren si teste diagnostike specifike për cefaletë primare, por mund të ofrojnë informacion mbi gjendjen inflamatorë dhe rrezikun e kronicizimit të sëmundjes.

Roli i stresit sistemik dhe disautonomisë

Stresi kronik përfaqëson një faktor të rëndësishëm që mund të ndikojë në zhvillimin dhe progresionin e cefaleve primare. Aktivizimi i zgjatur i boshtit hipotalamo-hipofizo-adrenal (HPA) dhe ndryshimet në sistemin nervor autonom mund të çojnë në një gjendje të disregullimit neuroendokrin dhe neuroimun.

Në këtë kontekst, stresi kronik mund të kontribuojë në: rritjen e ndjeshmërisë ndaj dhimbjes, aktivizimin e proceseve neuroinflamatorë, ndryshime në reaktivitetin vaskular, uljen e modulimit zbritës inhibitor të dhimbjes. Mos balancimi i sistemit autonom shpesh karakterizohet nga një dominim i aktivitetit simpatik dhe një reduktim i tonusit vagal, gjë që mund të rrisë ndjeshmërinë ndaj stimujve nociceptivë dhe të favorizojë zhvillimin e sulmeve të cefalesë. Ky model është në



I KAZUISTIKË

përputhje me konceptin e ngarkesës allostatike, sipas të cilit ekspozimi i zgjatur ndaj stresit çon në ndryshime adaptive në sistemet biologjike që në një moment bëhen maladaptive dhe kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjeve kronike.

Kronicizimi i cefalesë

Kronicizimi i cefalesë përfaqëson kalimin nga forma episodike në forma kronike. Sipas ICHD-3, migrena kronike përkufizohet si dhimbje koke për ≥ 15 ditë në muaj për më shumë se 3 muaj, ku të paktën 8 ditë kanë karakteristika migrenoze. Ky proces lidhet me sensibilizimin qendror dhe reduktimin e mekanizmave inhibitorë të modulimit të dhimbjes, duke u shoqëruar klinikisht me alodini, hiperalgjezi dhe përhapje të dhimbjes. Në nivel biologjik përfshin ndryshime në plasticitetin sinaptik, aktivizimin e qelizave gliale dhe rrugët neuroinflamatore, të cilat krijojnë një cikël vetë-përforsues midis dhimbjes, stresit dhe inflamacionit që favorizon dhimbjen kronike.

Metodika e studimit

Ky studim u realizua si një review analitike e literaturës shkencore, me qëllim vlerësimin e evidencës mbi mekanizmat fizpatologjikë të cefaleve primare, veçanërisht migrenës. Kërkimi bibliografik u krye në databaza shkencore si PubMed, Scopus, Google Scholar dhe ScienceDirect, duke përdorur fjalë kyçe të lidhura me migrenën, neuroinflamacionin dhe sistemin trigeminovaskular. Në analizë u përfshinë 39 studime shkencore, të cilat plotësonin kriteret e përzgjedhjes dhe përfshinin dizajne të ndryshme kërkimore si: systematic reviews, meta-analiza, studime kohorte, case-control dhe cross-sectional. Artikujt i përkasin periudhës 2015-2025. U përjashtuan studimet që nuk kishin lidhje të drejtpërdrejtë me çrregullimet e cefaleve primare, si dhe artikujt që nuk plotësonin kriteret e mjaftueshme të cilësisë metodologjike. Studimet u analizuan në mënyrë përshkruese dhe u klasifikuan sipas Oxford Levels of Evidence për të vlerësuar forcën e evidencës dhe për të identifikuar gjetjet kryesore të literaturës mbi mekanizmat biologjikë të cefaleve primare.

Analiza statistikore e studimeve të përfshira në review

Në këtë review u përfshinë gjithsej 39 studime shkencore, të cilat analizuan aspektet epidemiologjike, fizpatologjike dhe biologjike të cefaleve primare, me fokus të veçantë në migrenën dhe mekanizmat neuroinflamatorë të saj. Studimet e përfshira përfaqësojnë një gamë të gjerë dizajnesh metodologjike, duke reflektuar kompleksitetin e kërkimeve në këtë fushë. Nga analiza e literaturës rezultoi se 9 studime (23.1%) ishin review sistematike ose meta-analiza, 11 studime (28.2%) review deskriptive, 8 studime (20.5%) case-control, 7 studime (17.9%) cross-sectional, ndërsa 2 studime (5.1%) ishin studime kohorte ose longitudinale dhe 2 studime (5.1%) studime eksperimentale ose preklinike. *Kjo shpërndarje tregon se literatura mbi cefaletë primare mbështetet në një kombinim studimesh sintetizuese dhe studimesh observacionale, të cilat kontribuojnë në kuptimin e mekanizmave biologjikë dhe klinikë të sëmundjes.*

Kur studimet u klasifikuan sipas Oxford Levels of Evidence, u vu re një shpërndarje e ndryshme e forcës së evidencës shkencore. Në nivelin më të lartë të evidencës (**Level 1**) u përfshinë 9 studime (23.1%), të cilat përfaqësojnë review sistematike dhe meta-analiza që sintetizojnë rezultatet e një numri të madh studimesh individuale. Në **nivelin e 2** të evidencës, që përfshin studimet kohorte dhe studimet longitudinale, përfaqësohej nga 2 studime (5.1%). **Niveli i 3** i evidencës, i



përbërë nga studimet case-control, përfshinte 8 studime (20.5%), ndërsa **niveli i 4** i evidencës, që përfshin studimet cross-sectional, përfaqësohej nga 7 studime (17.9%). Në **kategorinë e 5** të evidencës, ku përfshihen review deskriptive dhe studimet eksperimentale, u klasifikuan 13 studime (33.3%). Nga analiza e shpërndarjes së evidencës rezulton se rreth 48.7% e studimeve të përfshira i përkasin niveleve të larta dhe të moderuara të evidencës (Level 1–3), ndërsa 51.3% i përkasin niveleve më të ulëta të evidencës (Level 4–5). Megjithatë, edhe studimet me nivel më të ulët evidencash kontribuojnë në kuptimin e mekanizmave molekularë dhe neurobiologjikë të cefaleve primare, veçanërisht në aspektin eksperimental dhe teorik të sëmundjes.

Në aspektin e forcës së evidencës, studimet e klasifikuara në Level 1 dhe Level 2 konsiderohen evidencë e fortë shkencore dhe përfaqësojnë rreth 28.2% të literaturës së analizuar. Studimet e Level 3 dhe Level 4, të cilat konsiderohen evidencë e moderuar, përbëjnë rreth 38.4% të studimeve, ndërsa studimet e Level 5, që përfaqësojnë evidencë më të kufizuar, përbëjnë rreth 33.3% të literaturës së përfshirë në këtë review. Kjo shpërndarje tregon se literatura aktuale mbi migrenën përfshin një kombinim evidencash të niveleve të ndryshme, duke reflektuar natyrën multidimensionale të kërkimeve në këtë fushë.

Analiza e studimeve të përfshira në këtë review identifikoi disa mekanizma biologjikë kryesorë në fizpatologjinë e cefaleve primare. Literatura thekson rolin e inflamacionit dhe neuroinflamacionit, me rritje të mediatorëve si IL-6, TNF- α , IL-1 β dhe CRP, që sensibilizojnë rrugët nociceptive. Një mekanizëm tjetër i rëndësishëm është aktivizimi i sistemit trigeminovaskular, me çlirimin e neuropeptideve CGRP, substance P dhe PACAP, që shkaktojnë vazodilatacion meningeal dhe inflamacion neurogjen. Studimet raportojnë gjithashtu lidhje me disfunktionin autonom dhe stresin oksidativ, me rritje të markerëve si: MDA, NO dhe TOS. Në tërësi, evidenca mbështet realizimin e studimeve të mëtejshme prospektive për rolin e biomarkerëve inflamatorë, rolin e mikrobiotës, neuroinflamacionit në kronicizimin e cefalesë.

Diskutimi

Cefale të primare përfaqësojnë një grup heterogjen çrregullimesh neurologjike që karakterizohen nga ndërveprimi kompleks midis mekanizmave neurovaskularë, neuroinflamatorë dhe neuroendokrinë. Kuadri bashkëkohor fizpatologjik e konsideron migrenën dhe format e tjera të cefaleve primare si çrregullime të rrjeteve neurobiologjike që përfshijnë sistemin trigeminovaskular, kompleksin trigeminocervikal dhe rrjetet talamo-kortikale të përpunimit të dhimbjes. Aktivizimi i aferentëve trigeminalë që inervojnë meningjet dhe enët meningeale çon në çlirimin e neuropeptideve si CGRP, substance P dhe PACAP, të cilët kontribuojnë në inflamacionin neurogjen dhe në sensibilizimin nociceptiv. Ky proces përforcon sinjalin e dhimbjes dhe përbën një nga mekanizmat kryesorë të gjenerimit të sulmit migrenoz. Nga ana anatomike, vetëm disa struktura kraniale janë të ndjeshme ndaj dhimbjes, përfshirë dura mater, sinuset venoze intrakraniale dhe arteriet meningeale. Parenkima cerebrale në vetvete është e pandjeshme ndaj stimujve nociceptivë, gjë që shpjegon pse shumë procese intraparenkimale nuk shkaktojnë drejtpërdrejt dhimbje koke. Një aspekt gjithnjë e më i rëndësishëm në literaturën bashkëkohore është roli i inflamacionit subklinik dhe i stresit sistematik në modulimin e pragut nociceptiv. Aktivizimi i rrugëve neuroimune dhe ndërveprimi midis sistemit nervor dhe sistemit imun mund të kontribuojnë në sensibilizimin periferik dhe qendror, duke favorizuar zhvillimin e sulmeve të përsëritura dhe kalimin drejt formave kronike të cefales. Në këtë kontekst, biomarkerët



inflamatorë si CRP, NLR dhe PLR janë studiuar si tregues potencialë të inflamacionit të gradës së ulët. Edhe pse këta tregues nuk kanë specifikë të mjaftueshme diagnostike, mund të reflektojnë gjendjen biologjike të pacientit dhe të kontribuojnë në kuptimin e mekanizmave sistemikë që ndikojnë në kronicizimin e dhimbjes.

Nga perspektiva epidemiologjike, çrregullimet e dhimbjes së kokës përfaqësojnë një barrë të konsiderueshme globale. Analizat e fundit të projektit Global Burden of Disease tregojnë se miliarda individë preken nga këto çrregullime dhe se migrena është ndër shkaqet kryesore të viteve të jetuara me paaftësi në moshat produktive. Këto të dhëna theksojnë rëndësinë e një qasjeje multidisiplinare në menaxhimin e cefaleve primare, që përfshin jo vetëm trajtimin farmakologjik, por edhe identifikimin dhe modifikimin e faktorëve sistemikë që mund të kontribuojnë në zhvillimin dhe progresin e sëmundjes.

Konkluzionet

Cefale të primare përfaqësojnë një grup kompleks çrregullimesh neurologjike që rezultojnë nga ndërveprimi i faktorëve neurobiologjikë, imunologjikë dhe mjedisorë. Aktivizimi i sistemit trigeminovaskular, sensibilizimi qendror dhe proceset neuroinflamatore përbëjnë elementet kryesore të patofiziologjisë së këtyre çrregullimeve. Evidenca bashkëkohore sugjeron se inflamacioni subklinik dhe stresi sistemik mund të luajnë rol në uljen e pragut nociceptiv dhe në zhvillimin e formave kronike të dhimbjes së kokës. Nga perspektiva epidemiologjike, prevalenca e lartë dhe ndikimi i konsiderueshëm në cilësinë e jetës e bëjnë cefalën një nga çrregullimet neurologjike me barrën më të madhe në nivel global. Për këtë arsye, kërkimi i mëtejshëm mbi mekanizmat biologjikë, biomarkerët potencialë dhe strategjitë terapeutike është thelbësor për përmirësimin e menaxhimit klinik të pacientëve me cefale primare.

Referencat:

1. Serum inflammatory cytokines as biomarkers for predicting chronic migraine transformation a systematic review of randomized controlled trials. (Ebad Ur Rehman Syed, MBBC_{Ha}, Nissan Nazar, MBBC_h Nalla Jaipal Reddy, MD_b)
2. Chronic Stress and Headaches: The Role of the HPA Axis and Autonomic Nervous System.
3. (Aleksandar Sic 1,2 , Marko Bogicevic 1,3, Nebojsa Brezic 1,2 , Clara Nemr 1,3 and Nebojsa Nick Knezevic 1,4,5,)
4. Serial systemic immune inflammation indices: markers of acute migraine events or indicators of persistent inflammatory status? (Tissa Wijeratne 1,2,3,5,8)
5. The Role of the Autonomic Nervous System in Headache: Biomarkers and Treatment (Richard Gevirtz 1)
6. Headache and immunological/autoimmune disorders: a comprehensive review of available epidemiological evidence with insights on potential underlying mechanisms. (Leonardo Biscetti 1, Gioacchino De Vanna 2)
7. Advances in CGRP Monoclonal Antibodies as Migraine (Suruchi Aditya, Aditya Rattan 1) Therapy: A Narrative Review.
8. The Role of Inflammation in Migraine Headaches: A Review (Caryn T. Morgan)
9. Distinct inflammatory profiles across migraine states: a systematic review and meta-analysis (Emily Stuchfield-Denby 1*, Bruno Pereira 2,)
10. Autonomic symptoms in migraine: Results of a prospective longitudinal study (Jason C. Ray 1,2,3*)
11. Relationship Between Frequency Domain Indicators of Heart Rate Variability and Both Age and Duration of Illness in Patients with Headache: A Cross Sectional Study (Jong-Ho Kim 1,2,3) etj...



SKEMAT E REJA TË MJEKIMIT PËR ÇRRËNJOSJEN E H. PYLORI NË SËMUNDJEN ULÇEROZE GASTRODUODENALE

Dr. Hysni DEDE¹, Prof. Dr. Jovan BASHO,²

¹Universiteti i Mjekësisë Tiranë, Fakulteti i Mjekësisë

²Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë

Abstract

Helicobacter pylori infection remains one of the main etiological factors of chronic active gastritis, duodenal ulcer, gastric ulcer, and an important contributor to the development of gastric cancer. In recent decades, treatment of this infection has become increasingly complex due to rising resistance to clarithromycin, metronidazole, and fluoroquinolones. For this reason, contemporary guidelines no longer support the empirical use of classic clarithromycin-based triple therapy, except in cases where susceptibility to this antibiotic has been documented.

This theoretical article summarizes recent evidence on modern regimens for the eradication of *H. pylori* in gastroduodenal ulcer disease, with particular focus on high-dose PPI–amoxicillin dual therapy. This approach is based on intensive suppression of gastric acidity and repeated administration of amoxicillin, an antibiotic to which resistance remains relatively low. The practical regimen of pantoprazole 40 mg every 8 hours and amoxicillin 1000 mg every 8 hours for 14 days represents a simple, well-tolerated alternative that is rationally supported by the pharmacology of treatment. However, its use should be accompanied by careful patient selection, adherence counselling, and objective confirmation of eradication after treatment.

Keywords: *Helicobacter pylori*; gastroduodenal ulcer; dual therapy; amoxicillin; proton pump inhibitors.

1. Hyrje

Helicobacter pylori është një bakter spiral, gram-negativ, i adaptuar për mbijetesë në mukozën gastrike dhe i aftë të shkaktojë inflamacion kronik aktiv të stomakut. Infeksioni zakonisht fitohet në fëmijëri dhe, në mungesë të trajtimit, mund të persistojë për dekada. Në praktikën gastroenterologjike, rëndësia e tij lidhet kryesisht me sëmundjen ulceroze gastroduodenale, por edhe me limfomën MALT dhe adenokarcinomën gastrike^(1,2).

Në pacientët me ulçerë duodenale ose gastrike, identifikimi dhe çrrënjosja e *H. pylori* nuk është vetëm trajtim etiologjik, por edhe strategji parandaluese. Eradikimi i infeksionit ul rikthimin e ulçerës, redukton rrezikun e hemorragjisë ulceroze dhe zvogëlon nevojën për përdorim afatgjatë të

I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

frenuesve të pompës protonike. Për këtë arsye, çdo pacient me sëmundje ulceroze gastroduodenale dhe test pozitiv për H. pylori duhet të konsiderohet kandidat për terapi eradikuese, përveç rasteve kur ekzistojnë kundërrindikacione të qarta^(1,3).

Historikisht, terapia treshe me PPI, klaritromicinë dhe amoksisilinë ose metronidazol ka qenë skema më e përdorur. Në periudhën kur rezistenca ndaj klaritromicinës ishte e ulët, kjo skemë jepte norma të larta suksesi dhe ishte relativisht e thjeshtë për t'u përdorur. Megjithatë, në shumë vende efektiviteti i saj është ulur ndjeshëm për shkak të rezistencës antimikrobike. Udhëzimet e fundit e konsiderojnë të papërshtatshëm përdorimin empirik të klaritromicinës kur ndjeshmëria bakteriale nuk është e dokumentuar^(1,2).

Ky ndryshim ka krijuar nevojën për regjime më të sigurta nga pikëpamja mikrobiologjike dhe më të përshtatshme për praktikën klinike. Skemat kuadruple me bizmut, skemat me rifabutinë, terapitë me vonoprazan dhe terapia duale me dozë të lartë PPI–amoksisilinë janë ndër opsionet më të diskutuara në literaturën e fundit. Midis tyre, terapia duale me PPI dhe amoksisilinë ka interes të veçantë, sepse synon të reduktojë ekspozimin ndaj disa antibiotikëve njëkohësisht, duke ruajtur një logjikë të fortë farmakologjike: shtypje intensive të aciditetit dhe përdorim të përsëritur të një antibiotiku me rezistencë të ulët⁽⁴⁻⁶⁾.

Në këtë artikull, vëmendja kryesore i kushtohet skemës praktike me pantoprazol 40 mg tre herë në ditë dhe amoksisilinë 1,000 mg tre herë në ditë për 14 ditë. Kjo skemë diskutohet jo si zëvendësim universal i të gjitha regjimeve të tjera, por si një alternativë e arsyeshme në pacientë të përzgjedhur, pa alergji ndaj penicilinës dhe në mjedise ku terapia empirike me klaritromicinë nuk është më e favorshme.

2. Metoda

Ky punim është konceptuar si rishikim narrativ teorik i literaturës mbi skemat bashkëkohore për çrrënjosjen e H. pylori në kontekstin e sëmundjes ulceroze gastroduodenale. Qëllimi nuk ishte kryerja e një meta-analize statistikore, por sintetizimi i evidencës kryesore klinike dhe farmakologjike në një formë të përdorshme për praktikën mjekësore.

Në literaturën e përfshirë u morën në konsideratë udhëzime ndërkombëtare, konsensuset ekspertësh, rishikime sistematike, meta-analiza dhe prova klinike të publikuara në vitet e fundit. Burimet kryesore përfshinë udhëzimin e American College of Gastroenterology 2024, konsensusin Maastricht VI/Florence, konsensusin Toronto dhe studime mbi terapinë duale PPI–amoksisilinë, terapinë me vonoprazan, terapinë kuadruple me bizmut dhe skemat me rifabutinë^(1-4,7-10).

Analiza u fokusua në tre pyetje praktike: pse terapia treshe klasike nuk është më zgjedhja empirike optimale; cilat janë skemat moderne më të rëndësishme; dhe në cilat rrethana terapia duale me dozë të lartë PPI–amoksisilinë mund të konsiderohet alternativë e vlefshme në pacientët me ulçerë gastroduodenale dhe H. pylori pozitiv.

3. Arsyet për ndryshimin e skemave tradicionale

Problemi kryesor i trajtimit aktual të H. pylori është rezistenca antimikrobike. Klaritromicina, metronidazoli dhe levofloksacina kanë humbur një pjesë të rëndësishme të efektivitetit në shumë



popullata. Për rrjedhojë, përdorimi empirik i regjimeve që mbështeten te këta antibiotikë mund të çojë në dështim terapeutik, ekspozim të panevojshëm ndaj barnave dhe nevojë për skema shpëtimi më komplekse^(1,2,11).

Koncepti bashkëkohor i trajtimit është zhvendosur drejt përdorimit të skemave 14-ditore, shmangies së klaritromicinës kur ndjeshmëria është e panjohur dhe përzgjedhjes së regjimit sipas historikut të antibiotikëve, alergjisë ndaj penicilinës dhe rezistencës lokale. Testimi i ndjeshmërisë bakteriale është ideal, por në shumë mjedise klinike nuk është gjithmonë i disponueshëm. Në këto raste, zgjedhja e një skeme me probabilitet më të lartë suksesi empirik është thelbësore^(1,12).

4. Baza teorike e terapisë duale me dozë të lartë PPI–amoksicilinë

Terapia duale me dozë të lartë kombinon një frenues të fuqishëm të aciditetit gastrik me amoksicilinë në doza të përsëritura gjatë ditës. Logjika farmakologjike është se *H. pylori* bëhet më i ndjeshëm ndaj amoksicilinës kur pH gastrik mbahet më pak acid për një periudhë të zgjatur. Në këto kushte, bakteri është më aktiv në replikim dhe më i prekshëm ndaj veprimit të beta-laktamëve^(4,5).

Amoksicilina mbetet komponent i rëndësishëm në trajtimin e *H. pylori*, sepse rezistenca ndaj saj është zakonisht më e ulët krahasuar me rezistencën ndaj klaritromicinës, metronidazolit dhe levofloksacinës. Për këtë arsye, skemat që optimizojnë ekspozimin ndaj amoksicilinës dhe shtypjen acidike kanë fituar interes të veçantë në literaturën e viteve të fundit^(4,6,13).

Skema praktike e propozuar është: pantoprazol 40 mg çdo 8 orë dhe amoksicilinë 1,000 mg çdo 8 orë, për 14 ditë. Në këtë regjim përdoret vetëm një antibiotik, por në frekuencë të lartë, ndërsa PPI jepet tri herë në ditë për të ruajtur kontroll më të qëndrueshëm të aciditetit. Kjo qasje mund të jetë e dobishme në pacientë pa alergji ndaj penicilinës, sidomos kur dëshirohet shmangia e klaritromicinës, metronidazolit ose fluorokinoloneve.

5. Skemat kryesore aktuale në literaturë

Tabela 1 paraqet në mënyrë të përmbledhur skemat kryesore që diskutohen aktualisht në literaturë dhe në udhëzimet ndërkombëtare.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Tabela 1. Krahasimi i regjimeve terapeutike aktuale për eradikimin e *Helicobacter pylori*

Skema terapeutike	Përbërja kryesore	Kohëzgjatja	Përparësitë	Kufizimet
Terapia duale me dozë të lartë PPI– amoksisilinë	PPI me dozë të lartë + amoksisilinë 3–4 herë/ditë	14 ditë	Vetëm një antibiotik; tolerancë më e mirë; shmang klaritromicinën dhe metronidazolin	Kërkon aderencë shumë të mirë; varet nga kontrolli i aciditetit
Terapia kuadruple me bizmut	PPI + bizmut + tetraciklinë + metronidazol	14 ditë	Regjim i fortë empirik kur ndjeshmëria ndaj antibiotikëve nuk dihet	Numër i lartë tabletash; efekte anësore; aderencë më e vështirë
Terapia duale vonoprazan– amoksisilinë	Vonoprazan + amoksisilinë	14 ditë	Shtypje acidike më e fuqishme dhe më e qëndrueshme	Disponueshmëri dhe kosto të ndryshueshme sipas vendeve
Terapia me rifabutinë	PPI + amoksisilinë + rifabutinë	14 ditë	Alternativë pas dështimit të skemave të mëparshme ose në raste të përzgjedhura	Kosto; përdorim më i kufizuar; kujdes për efekte hematologjike
Terapia treshe me klaritromicinë	PPI + klaritromicinë + amoksisilinë ose metronidazol	14 ditë	E thjeshtë kur ndjeshmëria ndaj klaritromicinës është e konfirmuar	Nuk rekomandohet empirikisht kur ndjeshmëria është e panjohur ose rezistenca është e lartë

6. Skemë praktike orientuese për vendimarrje

Tabela 2 jep një algoritëm të thjeshtuar klinik për zgjedhjen e trajtimit tek pacientët me ulçerë gastroduodenale dhe H. pylori pozitiv. Ajo nuk zëvendëson gjykimin klinik individual, por ndihmon në strukturimin e vendimarrjes sipas faktorëve kryesorë: alergjia ndaj penicilinës, mundësia e përdorimit të klaritromicinës dhe zgjedhja e skemës moderne empirike.



Tabela 2. Qasje e strukturuar klinike për vendimmarrjen terapeutike në pacientët me ulçer gastroduodenale dhe *H. pylori* pozitiv

Hapi klinik	Vlerësimi	Vendimmarrja terapeutike
1. Konfirmimi i infeksionit	<i>H. pylori</i> pozitiv me test të validuar diagnostik	Indikohet terapi për çrrënjosje, veçanërisht në prani të ulçerës gastroduodenale.
2. Alergjia ndaj penicilinës	Nuk ka alergji ndaj penicilinës	Mund të përdoren skema me amoksisilinë, përfshirë terapinë duale me dozë të lartë PPI–amoksisilinë.
	Ka alergji ndaj penicilinës	Preferohen skema pa amoksisilinë; zakonisht merret në konsideratë terapia kuadruple me bizmut, sipas tolerancës dhe udhëzimeve.
3. Vlerësimi i klaritromicinës	Ndjeshmëria ndaj klaritromicinës është e dokumentuar	Terapia treshe me klaritromicinë mund të merret në konsideratë vetëm kur bakteri është i ndjeshëm.
	Ndjeshmëria ndaj klaritromicinës është e panjohur ose dyshohet rezistencë	Terapia empirike me klaritromicinë duhet shmangur.
4. Zgjedhja empirike moderne	Pacient pa alergji ndaj penicilinës dhe pa të dhëna për ndjeshmëri ndaj klaritromicinës	Mund të përdoret terapi duale me dozë të lartë PPI–amoksisilinë për 14 ditë.
	Rrezik i lartë për dështim ose ekspozim i mëparshëm ndaj disa antibiotikëve	Terapia kuadruple me bizmut për 14 ditë mbetet alternativë e fortë empirike.
	Disponueshmëri e vonoprazanit	Mund të merret në konsideratë terapia duale vonoprazan–amoksisilinë.
	Dështim i skemave të mëparshme	Mund të konsiderohet terapi me rifabutinë ose skemë tjetër shpëtimi, sipas historikut terapeutik.
5. Skema praktike e propozuar	Pacient i përshtatshëm për terapi duale me amoksisilinë	Pantoprazol 40 mg çdo 8 orë + amoksisilinë 1000 mg çdo 8 orë për 14 ditë.
6. Kontrolli pas trajtimit	Vlerësim objektiv i eradikimit	Test antigjeni në feçe ose test frymëmarrjeje me ure, të paktën 4 javë pas antibiotikëve dhe pas ndërprerjes së PPI për rreth 2 javë.

Algoritmi praktik mund të përmblihet kështu: pacienti me ulçer gastroduodenale dhe *H. pylori* pozitiv duhet fillimisht të vlerësohet për alergji ndaj penicilinës. Në mungesë të alergjisë, skemat me amoksisilinë janë të përshtatshme. Klaritromicina duhet përdorur vetëm nëse ndjeshmëria ndaj saj është e dokumentuar. Nëse ndjeshmëria është e panjohur, opsionet moderne përfshijnë terapinë kuadruple me bizmut, terapinë duale PPI–amoksisilinë, terapinë vonoprazan–amoksisilinë dhe, në raste të përzgjedhura ose pas dështimit, terapinë me rifabutinë.

7. Evidenca nga literatura e fundit

Meta-analizat mbi terapinë duale me dozë të lartë PPI–amoksisilinë raportojnë rezultate



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

inkurajuese, veçanërisht kur trajtimi zgjat 14 ditë dhe kur barnat jepen me frekuencë më të lartë se dy herë në ditë. Efektiviteti i kësaj qasjeje është i lidhur ngushtë me intensitetin e shtypjes acidike dhe me ruajtjen e përqendrimit të mjaftueshëm të amoksisilinës gjatë ditës⁽⁴⁻⁶⁾.

Studimet mbi vonoprazanin kanë treguar se frenuesit konkurrues të kaliumit mund të ofrojnë shtypje më të qëndrueshme të aciditetit krahasuar me PPI-të tradicionale. Kjo ka rritur interesin për terapinë duale vonoprazan–amoksisilinë, veçanërisht në vendet ku ky bar është i disponueshëm⁽⁷⁻¹⁰⁾. Megjithatë, në mjediset ku vonoprazani nuk është i aksesueshëm, optimizimi i PPI-së dhe frekuencës së amoksisilinës mbetet strategji praktike.

Terapia kuadruple me bizmut mbetet skemë shumë e rëndësishme, sidomos kur ndjeshmëria ndaj antibiotikëve nuk dihet. Përparësia e saj është efikasiteti më i qëndrueshëm në prani të rezistencës ndaj klaritromicinës. Kufizimi kryesor është kompleksiteti i regjimit, numri i lartë i tabletave dhe rreziku më i madh për efekte anësore që mund të ndikojnë në aderencë^(1,2,14).

Diskutim

Skema me pantoprazol 40 mg çdo 8 orë dhe amoksisilinë 1,000 mg çdo 8 orë për 14 ditë përfaqëson një qasje racionale në epokën e rezistencës në rritje ndaj antibiotikëve. Në vend që të shtohen disa antibiotikë njëkohësisht, kjo strategji synon të maksimizojë efektin e një antibiotiku me rezistencë të ulët përmes kontrollit intensiv të aciditetit gastrik.

Në aspekt praktik, kjo skemë ka disa avantazhe: është më e thjeshtë se terapia kuadruple me bizmut, shmang klaritromicinën, nuk përdor fluorokinolone dhe mund të ketë profil më të mirë tolerance. Kjo mund të jetë e rëndësishme te pacientët ambulatorë, ku aderenca ndikohet nga numri i barnave dhe nga efektet anësore gastrointestinale.

Megjithatë, terapia duale nuk duhet paraqitur si zgjidhje universale. Ajo kërkon marrje të rregullt çdo 8 orë, përfundim të plotë të trajtimit 14-ditor dhe konfirmim të eradikimit pas trajtimit. Në pacientët me aderencë të dobët, me histori të shumë dështimeve terapeutike ose me faktorë të tjerë rreziku për mospjesëmarrje, terapia kuadruple me bizmut ose skemat e tjera të shpëtimit mund të jenë më të përshtatshme.

Një kufizim tjetër lidhet me ndryshimet individuale në metabolizimin e PPI-ve, veçanërisht përmes CYP2C19. Te disa pacientë, kontrolli acidik mund të jetë më pak i qëndrueshëm me PPI të caktuara. Për këtë arsye, në literaturë diskutohet përdorimi i PPI-ve më potente ose i vonoprazanit, kur është i disponueshëm. Megjithatë, pantoprazoli mbetet i përdorur gjerësisht dhe me profil të mirë sigurie, çka e bën skemën të aplikueshme në shumë mjedise praktike^(1,7,15).

Kontrolli pas trajtimit

Përmirësimi klinik pas trajtimit nuk mjafton për të konfirmuar çrrënjosjen e *H. pylori*. Udhëzimet rekomandojnë testim objektiv pas trajtimit për të gjithë pacientët, sidomos ata me sëmundje ulceroze gastroduodenale. Testi i frymëmarrjes me ure dhe testi i antigjenit në feçe janë metodat më të përdorura në praktikë^(1,2).



Testimi duhet të kryhet të paktën katër javë pas përfundimit të antibiotikëve. PPI duhet ndërprerë rreth dy javë para testimit, sepse përdorimi i tij mund të japë rezultate fals negative. Ky hap është veçanërisht i rëndësishëm kur përdoren skema të reja ose alternative, pasi dokumentimi i suksesit terapeutik ndihmon në shmangien e trajtimeve të përsëritura të panevojshme.

Përfundime

Skemat e reja për çrrënjosjen e *H. pylori* janë zhvilluar si përgjigje ndaj uljes së efektivitetit të terapisë treshe klasike dhe rritjes së rezistencës ndaj antibiotikëve. Në këtë kontekst, terapia duale me dozë të lartë PPI–amoksicilinë përfaqëson një alternativë moderne, të thjeshtë dhe farmakologjikisht të arsyeshme.

Skema me pantoprazol 40 mg çdo 8 orë dhe amoksicilinë 1,000 mg çdo 8 orë për 14 ditë mund të konsiderohet në pacientë të përzgjedhur me ulçerë gastroduodenale dhe *H. pylori* pozitiv, pa alergji ndaj penicilinës, sidomos kur terapia empirike me klaritromicinë nuk është e përshtatshme. Avantazhi kryesor i kësaj skeme është përdorimi i vetëm një antibiotiku, me qëllim reduktimin e ekspozimit antimikrobik dhe përmirësimin e tolerancës.

Pavarësisht potencialit klinik, sukcesi i saj varet nga përzgjedhja e pacientit, marrja korrekte e barnave, kohëzgjatja 14-ditore dhe testimi pas trajtimit. Në praktikën bashkëkohore, mesazhi kryesor është se trajtimi i *H. pylori* duhet të jetë i orientuar nga rezistenca, nga aderenca dhe nga konfirmimi objektiv i eradikimit.

Referenca

1. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(9):1730-1753. doi:10.14309/ajg.0000000000002968.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.
3. Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, Fischbach L, Gisbert JP, Hunt RH, et al. The Toronto Consensus for the treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Gastroenterology*. 2016;151(1):51-69.e14. doi:10.1053/j.gastro.2016.04.006.
4. Zhao JT, Zhao Z, Zhu JR. High dose PPI-amoxicillin dual therapy for the treatment of *Helicobacter pylori* infection: a systematic review with meta-analysis. *Ther Adv Gastroenterol*. 2020;13:1756284820937115. doi:10.1177/1756284820937115.
5. Zhou BG, Mei YZ, Zhang M, Jiang X, Li YY, Ding YB. High-dose dual therapy versus bismuth-containing quadruple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Ther Adv Gastroenterol*. 2023;16:17562848221147756. doi:10.1177/17562848221147756.
6. Yeh JA, Tsay FW, Hsu PI. *Helicobacter pylori* eradication with high-dose proton pump inhibitor-amoxicillin dual therapy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Antimicrob Agents*. 2024;63(5):107123.
7. Chey WD, Megraud F, Laine L, Lopez LJ, Hunt BJ, Howden CW. Vonoprazan triple and dual therapy for *Helicobacter pylori* infection in the United States and Europe: randomized clinical trial. *Gastroenterology*. 2022;163(3):608-619. doi:10.1053/j.gastro.2022.05.055.
8. Shih CA, Chen MJ, Liou JM. Dual therapies containing an antibiotic plus a proton pump inhibitor or potassium-competitive acid blocker for *Helicobacter pylori* infection. *Microorganisms*. 2025;13(4):715. doi:10.3390/microorganisms13040715.
9. Yang XE, Wu JY, Wang J, Zhang Y, Li Y. Amoxicillin high-dose dual therapy for *Helicobacter pylori* primary eradication: proton pump inhibitor and potassium-competitive acid blocker. *World J Gastroenterol*. 2025;31(13):100863.



10. Yu H, Zhou Z, Liu Z. First-line eradication of *Helicobacter pylori* infection with high-dose amoxicillin and vonoprazan: a systematic review and meta-analysis. *Turk J Gastroenterol.* 2025;36(7):410-419.
11. Zhang M, Wang M, Yang S, Hu J, Zhu B, Wei Y, et al. The efficacy and safety of vonoprazan-based high-dose dual therapy for eradication of *Helicobacter pylori*: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Public Health.* 2025;18:102768.
12. Kalfus IN, Graham DY, Riff DS, Panas RM. Rifabutin-containing triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2020;172(12):795-802.
13. Gisbert JP, Calvet X. Review article: rifabutin in the treatment of refractory *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35(2):209-221. doi:10.1111/j.1365-2036.2011.04937.x.
14. Graham DY, Lu H, Yamaoka Y. A report card to grade *Helicobacter pylori* therapy. *Helicobacter.* 2007;12(4):275-278. doi:10.1111/j.1523-5378.2007.00518.x.
15. Liou JM, Malfertheiner P, Lee YC, Sheu BS, Sugano K, Cheng HC, et al. Screening and eradication of *Helicobacter pylori* for gastric cancer prevention: the Taipei global consensus. *Gut.* 2020;69(12):2093-2112. doi:10.1136/gutjnl-2020-322368.
16. Lee YC, Dore MP, Graham DY. Diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Annu Rev Med.* 2022;73:183-195. doi:10.1146/annurev-med-042220-020814.
17. Savoldi A, Carrara E, Graham DY, Conti M, Tacconelli E. Prevalence of antibiotic resistance in *Helicobacter pylori*: a systematic review and meta-analysis in World Health Organization regions. *Gastroenterology.* 2018;155(5):1372-1382.e17. doi:10.1053/j.gastro.2018.07.007.
18. Moss SF, Shah SC, Tan MC, El-Serag HB. Evolving concepts in *Helicobacter pylori* management. *Gastroenterology.* 2024;166(4):650-667.
19. Graham DY, Fischbach L. *Helicobacter pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance. *Gut.* 2010;59(8):1143-1153. doi:10.1136/gut.2009.192757.
20. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut.* 2015;64(9):1353-1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252.



MENAXHIMI I DHIMBJES NË SISTEMIN SHËNDETËSOR SHQIPTAR

Phd. Zhenisa ÇUNI

Universiteti “Eqrem Çabej” Gjirokastrë

Abstract

Background. Pain is one of the most important experiences in human life, perhaps one of the most defining and transformative. Pain management, as a distinct, interdisciplinary field of medical science, began in the 1960s. Since then, it has made great strides and revolutionized pain management in many aspects.

Methodology. This article is a product of a research project that aimed to identify barriers and provide solutions to improve nursing practices in pain management. This study was conducted in 4 regional hospitals in southern Albania, specifically in Gjirokastrë, Vlorë, Fier and in the regional tertiary hospital “Memorial” Fier. It included nurses and patients from the surgical and obstetrics-gynecology wards during the period January-December 2023. This was an observational and a mixed cross sectional and experimental, quantitative and qualitative study.

Results. This article includes only qualitative results as a product of observation and interviewing of the study sample. Many barriers to improving pain management were identified. Barriers in pain assessment, barriers in non-pharmacological pain management and barriers in patient health education.

Conclusions. Albania, in addition to all the reforms it must carry out, also needs to implement pain therapy in the healthcare system; the latter as an urgent need of our times, in order to increase the standard of healthcare service to the actual level of development of medical sciences and society. To achieve this objective the following steps are needed, training of current medical staff on pain management; drafting and implementing protocols for pain management in health institutions; updating nursing and medical curricula with pain therapy; increasing the number of nurses, and further scientific research in this field.

“Dhimbja në jetë është e pashmangshme, por dhimbja që ne shkaktojmë duke injoruar dhimbjen është e shmangshme” R.D. Laing

Dhimbja është një nga përjetimet më të rëndësishme në jetën e njeriut, ndoshta nga më shënjeset dhe transformueset. Pikërisht për këtë arsye, dhimbja ka qënë gjithmonë në fokus të mendimtarëve e filozofëve që prej lashtësisë, duke filluar nga Sokrati, Platoni, Aristoteli, Epikurus, etj., deri te filozofët e shekujve të fundit si Søren Kierkegaard, Sigmund Freud, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Max Horkheimer, Theodor Adorno, Alice Miller, Susan Sontag, and Melanie Klein. Përgjatë historisë së njerëzimit, civilizimet e lashta të Egjiptit dhe Mesopotamisë, Kinës, Greqisë dhe Romës së lashtë, zotëronin dije mbi kura bimore dhe praktika shpirtërore që i vinin në ndihmë të sëmurëve. Prej lashtësisë e deri në kohët moderne e postmoderne në të cilat jetojmë, ka patur shumë zhvillime në këtë fushë të dijes. Pavarësisht faktit se para dhimbjes jemi të gjithë të barabartë dhe njësoj të pambrojtur, çuditërisht ka një



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

përçarje mes stafit mjekësor dhe komunitetit në lidhje me këtë temë. Kjo si pasojë e disa faktorëve shoqërorë dhe personal, si: mentaliteti, kultura, empatia, edukimi, politikat shëndetësore, etj... Për pasojë terapia e dhimbjes mbetet një fushë sa e paragjykuar, aq dhe e panjohur e shpeshherë madje e nënvlerësuar në pjesë të ndryshme të botës, ku për fat të keq bën pjesë dhe Shqipëria.

Menaxhimi i dhimbjes, si një fushë e veçantë, ndërdisiplinore e shkencave mjekësore, i ka fillesat në vitet 1960. Në vitin 1970 u hap revista shkencore me titull Pain (Dhimbja), në vitin 1973 u mbajt simpoziumi i parë ndërkombëtar i dhimbjes dhe në vitin 1974 u themelua Shoqata Ndërkombëtare për Studimin e Dhimbjes (IASP)⁽¹⁾. Prej atëherë, kjo fushë e shkencës ka shënuar arritje të mëdha dhe ka revolucionarizuar menaxhimin e dhimbjes në shumë aspekte, që prej të kuptuarit të dhimbjes, te standardizimi i vlerësimit të dhimbjes, te ofrimi i shërbimit shëndetësor të fokusuar tek pacienti (patient-centered), te përditësimi i kurrikulave mjekësore dhe infermierore, te specializimi i dedikuar i stafit mjekësor dhe infermieror, te ofrimi i teknologjive dhe metodave specifike për lehtësimin/qetësimin e dhimbjeve, te ofrimi i terapisë multimodale të dhimbjes, te menaxhimi më i mirë i efekteve anësore të barnave analgjezike dhe si përfitim madhor ka realizuar rritjen e cilësisë së jetës dhe rritjen e kënaqësisë së pacientit me shërbimin shëndetësor. Duhet theksuar se në vendet e zhvilluara cilësia e jetës së pacientit dhe kënaqësia e pacientit me shërbimin shëndetësor janë së fundmi dy nga çështjet me më shumë interes në kërkimin shkencor në këtë fushë, pasi vëmendja për to është e madhe si nga ana e pacientëve ashtu dhe nga e institucioneve të shërbimit shëndetësor dhe politikëbërësve.

Shtetet që filluan dhe vazhdojnë të drejtojnë sot Menaxhimin e Dhimbjes janë Kanadaja, SHBA-të, Mbretëria e Bashkuar, Gjermania, Franca, Italia, Belgjika, etj...

Përkufizimi aktual i dhimbjes nga IASP⁽²⁾, rishikimi i fundit i të cilit u publikua në korrik 2020, është si në vijim: “Dhimbja është një përvojë e pakëndshme shqisore dhe emocionale e lidhur me, ose që i ngjan asaj që lidhet me dëmtimin real ose të mundshëm të indeve”, dhe zgjerohet më tej me gjashtë shpjegime si në vijim.

- **Së pari**, dhimbja është gjithmonë një përvojë personale që ndikohet në shkallë të ndryshme nga faktorë biologjikë, psikologjikë dhe socialë.
- **Së dyti**, dhimbja dhe nociceptimi janë fenomene të ndryshme. Dhimbja nuk mund të rezultojë vetëm nga aktiviteti i neuroneve shqisore.
- **Së treti**, individët mësojnë konceptin e dhimbjes nëpërmjet përvojave të tyre jetësore.
- **Së katërti**, nëse një person e raporton një përvojë si dhimbje atëherë ky raportim i tij duhet të respektohet.
- **Së pesti**, dhimbja zakonisht luan një rol adaptues, por mund të ndikojë negativisht në funksionin dhe mirëqenien sociale dhe psikologjike.
- **Së gjashti**, përshkrimi verbal është vetëm një nga disa sjellje për të shprehur dhimbjen; pamundësia për të komunikuar nuk e mohon mundësinë që një njeri ose një kafshë të jetë duke përjetuar dhimbje.

Njohja e përkufizimit të saktë është thelbësore për të pasur një kuptim më të mirë dhe për rrjedhojë një qasje më të mirë ndaj vuajtjeve të pacientit.

Sipas Federatës Evropiane të Dhimbjes (EFIC), një organizatë që udhëheq menaxhimin e dhimbjes në Bashkimin Evropian, modeli biopsikosocial⁽³⁾ i dhimbjes e përshkruan dhimbjen si një përvojë



personale që buron nga një ndërveprim dinamik midis faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë. Këta faktorë nuk përjashtojnë njëri-tjetrin.

EFIC rekomandon zbatimin gjithëpërfshirës të modelit biopsikosocial të dhimbjes në kujdesin klinik (vlerësim dhe menaxhim), kërkim shkencor, arsim dhe në politikat shëndetësore.

Natyrë biopsikosociale e dhimbjes është promovuar dhe në versionin e 11-të të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (ICD-11)⁽⁴⁾ dhe zbatohet për të gjitha gjendjet që shoqërohen me dhimbje. Vlen të përmendet si shembull përfshirja në ICD-11 e diagnozës së Dhimbjes Kronike Primare, e cila përshkruan më së miri komponentin psikologjik dhe social të Modelit Biopsikosocial të Dhimbjes. Ky model i të kuptuarit të dhimbjes duhet të përfshihet në kurrikulat e shkencave mjekësore dhe infermierore të vendeve në zhvillim.

Gjithshka fillon së pari me ndërgjegjësimin

Mënyra më e suksesshme dhe më e shëndetshme për t'u përballur me dhimbjen në përgjithësi është ta pranosh atë, ta përballosh, ta ndjesh dhe të punosh për të marrë lehtësim prej saj. Nëse flasim për dhimbjen dhe terapinë e dhimbjes, të gjithë do të binim dakord që menaxhimi i dhimbjes fillon së pari me pranimin e dhimbjes si një simptomë thelbësore e sëmundjeve dhe si e tillë kërkon vëmendjen e nevojshme, në vend që ta konsiderojmë dhimbjen si një efekt anësor të pakëndshëm të sëmundjeve; për më tepër, nevoja e pacientit për të patur një plan menaxhimi të dhimbjes duhet pranuar si një e drejtë njerëzore, dhe së fundmi, por jo më pak e rëndësishme, pacienti duhet të trajtohet me dinjitet në çdo sëmundje, gjatë hospitalizimit ose kujdesit paliativ.

Shëndeti dhe dhimbja

Shëndeti është një gjendje mirëqenieje të plotë fizike, mendore dhe sociale, jo vetëm mungesë sëmundjesh ose dobësish fizike e mendore. Shëndeti psikologjik është një pjesë integrale dhe fundamentale e shëndetit në tërësi; dhe studimet shkencore kanë vërtetuar se ekziston një marrëdhënie dypalëshe midis shëndetit psikologjik dhe dhimbjes, që do të thotë se ekzistojnë faktorë psikologjikë që ndikojnë në përballimin e dhimbjes, dhe nga ana tjetër dhimbja ndikon në shëndetin psikologjik.

Ndikimi i dhimbjes në shëndetin psikologjik e mendor dhe e anasjellta

Dhimbja akute

Lidhja midis çrregullimeve të humorit dhe dhimbjes akute ka rezultuar të jetë e rëndësishme dhe dypalëshe, pasi të dyja shërbejnë si faktorë rreziku për njëra-tjetrën.

Nga spektri i çrregullimeve të shëndetit psikologjik, depresioni dhe ankthi kanë një lidhje, të provuar me rezultate shkencore, me dhimbjen akute. Nga njëra anë, depresioni dhe ankthi shoqërohen me një rritje në perceptimin e ashpërsisë së dhimbjes dhe uljen e tolerancës ndaj dhimbjes, ndërsa nga ana tjetër, një dhimbje akute që zgjat çon në rritjen e çrregullimeve të humorit.

Ankthi, frika, stresi dhe katastrofizimi rezultojnë gjithashtu të jenë ndërmjetësues që shkaktojnë paaftësi pas përvojave të dhimbshme^(5,6,7).

Gjithashtu, menaxhimi joadekuat i dhimbjes akute, përveç ndikimit negativ në shumë aspekte të shëndetit të përgjithshëm të pacientit, mund të rrisë rrezikun e zhvillimit të dhimbjes kronike^(8,9).



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Dhimbja kronike

Në praktikën klinike, është e zakonshme që tek pacientët të gjenden njëkohësisht dhimbje kronike dhe çrregullime të shëndetit mendor. Hulumtimet sugjerojnë se dhimbja kronike dhe problemet e shëndetit mendor kanë një korrelacion të dyanshëm dhe mund të përkeqësojnë njëra-tjetrën.

Dhimbja kronike ndikon negativisht në aspekte të shumta të shëndetit të pacientit, duke përfshirë lëvizshmërinë, funksionet fizike, gjumin, përqendrimin, proceset konjitive dhe funksionin e trurit, gjendjen shpirtërore/humorin, shëndetin kardiovaskular, funksionin seksual dhe cilësinë e përgjithshme të jetës; gjithashtu mund të ketë pasoja të rëndësishme financiare për pacientët dhe me kalimin e kohës, bëhet edhe më e ndërlikuar për t'u trajtuar^(10,11).

Problemet më të zakonshme të shëndetit mendor që lidhen me dhimbjen kronike janë depresioni, ankthi dhe abuzimi me qetësuesit e dhimbjeve. Nga ana tjetër, dhimbja kronike mund të ndikojë në gjumë, të rrisë nivelet e stresit dhe të kontribuojë në shfaqjen e depresionit. Rreth 35% deri në 45% e njerëzve me dhimbje kronike përjetojnë depresion^(12,13,14,15).

Si përfundim, dhimbja duhet të menaxhohet duke patur si qëllim minimizimin ose shmangien e pasojave të ndryshme afatgjata që lidhen me të dhe të ndikimit të saj në të gjithë shëndetin, prandaj strategjitë për trajtimin e dhimbjes efektive, multimodale dhe që fillojnë herët, janë thelbësore për përmirësimin e rezultateve klinike dhe kthimin e pacientëve në jetë normale.

Vlera klinike e aspekteve psikologjike të dhimbjes

Dhimbja është një përvojë subjektive dhe, megjithëse ajo është e lidhur me proceset fiziologjike, mënyra se si individët reagojnë, bazuar në proceset e tyre psikologjike, ndaj një episodi të ri dhimbjeje, formësohet dhe ndikohet nga përvoja e mëparshme. Kështu, këto procese psikologjike kanë një vlerë të jashtëzakonshme.

Një kuptim më i mirë i aspekteve psikologjike që lidhen me dhimbjen do të përmirësonte shërbimet shëndetësore, megjithatë zbatimi në klinika mbetet ende një sfidë sepse nevojiten udhëzime, kompetenca, njohuri dhe kohë më e personalizuar për secilin pacient për të hartuar një plan të personalizuar veprimi dhe ndjekje të dhimbjes.

Gjithsesi, shumë hapa para janë hedhur në klinikat e vendeve të zhvilluara. Siç e dimë, përqendrimi të dhimbja mund të rrisë intensitetin e dhimbjes, prandaj në ato klinika ndërhyet me teknika shpërqëndrimi, me programe terapie konjitive dhe sjelljeje (cognitive-behavioral therapy) për ankthin dhe depresionin, aktivizim, relaksim dhe teknika të psikologjisë pozitive që nxisin mirëqenien dhe emocionet pozitive. Përndryshe, shumica e vendeve në zhvillim janë ende në pikënisje.

Kërkimi shkencor në fushën e terapisë së dhimbjes

Edhe nëse do të mund të arrinim një matje të drejtpërdrejtë dhe objektive të dhimbjes, një masë e tillë nuk do të ishte e mjaftueshme për të përshkruar përjetimin e dhimbjes, ndërkohë që, në një aspekt klinik, është pikërisht përjetimi i dhimbjes që ndikon në shëndetin e përgjithshëm, prandaj ky fakt shërben si një konfirmim i mëtijshëm se dhimbja ka nevojë për kërkim shkencor dhe qasje multidisiplinare.

Dhimbja po studiohet në të gjitha disiplinat që lidhen me të, duke filluar nga anatomia dhe fiziologjia, epidemiologjia, aspekte të ndryshme klinike të saj, farmakologjia, psikologjia, ndikimi i saj ekonomik, etj... Kjo fushë shkencore shërben si një gur themeli kritik për përmirësimin e strategjive shëndetësore të ardhshme të cilat duhet të jenë gjithnjë e më shumë të përqendruara tek pacienti.

Përmes përpjekjeve të vazhdueshme në kërkim shkencor, arrijmë të imponojmë përparime në



politikat shëndetësore, në kurrikula dhe së fundmi, parashikojmë një të ardhme ku menaxhimi i dhimbjes është i personalizuar, me dhembshuri dhe i arritshëm për të gjithë, duke sjellë si rezultat lehtësim ose qetësim për çdo individ që jeton me dhimbje.

Menaxhimi i dhimbjes akute postoperative në spitalet rajonale të jugut të Shqipërisë

Gjatë një projekti kërkimor-shkencor me titull “Barriera dhe zgjidhje për përmirësimin e praktikave infermiere për menaxhimin e dhimbjes në Spitalet Rajonale të Jugut të Shqipërisë”, u identifikuan barrierat që pengojnë përmirësimin e menaxhimit të dhimbjes akute postoperative, si në vijim.

• Barriera në vlerësimin e dhimbjes

Së pari, dhimbja konsiderohet nga stafi mjekësor, mjekët dhe infermierët, si e pashmangshme. Ajo konsiderohet një e keqe që shoqëron sëmundjen dhe ne nuk mund t’i fshihemi asaj.

Së dyti, dhimbja nuk konsiderohet përparësi. Stafi është i përqendruar te sëmundja, diagnostikimi dhe trajtimi i saj.

Së treti, stafi mjekësor, mjekët dhe infermierët, shpesh nuk kanë njohuri të përditësuara rreth dhimbjes dhe menaxhimit të saj.

Së katërti, nuk kemi ende një format tip ose protokoll që të përcaktojë modalitetet e menaxhimit të dhimbjes në pavionet tona.

• Barriera në menaxhimin jo-farmakologjik të dhimbjes

Së pari, pacientët preferojnë ilaçet dhe jo metodat jo-farmakologjike.

Së dyti, mentaliteti i një pjese të stafit mjekësor është i tillë që mund të bëhet pengesë në zbatimin e këtyre metodave. Komuniteti i mjekëve zakonisht i konsideron këto metoda si të vjetra, jo efikase për kushtet spitalore dhe jo moderne. Disa mjekë refuzojnë të ndryshojnë skemat e trajtimit që kanë konsoliduar prej vitesh, dhe në këto skema nuk ka menaxhim jo-farmakologjik të dhimbjes. Arsyeja është trajnimi i tyre profesional.

Së treti, infermierët nuk kanë kohë të mjaftueshme për të kryer përveç detyrave të përditshme dhe menaxhimin jo-farmakologjik të dhimbjes.

Së katërti, mungesa në pavione e materialeve, ndonjëherë nga më të thjeshtat, si p.sh.: e kompresave të ftohta. Nuk flasim më tej për pajisje dhe teknika që lehtësojnë dhimbjen akute postoperative për të cilat nevojitet dhe staf i kualifikuar.

• Barriera në edukimin shëndetësor të pacientëve

Së pari, për shkak të mungesës së njohurive të pacientëve mbi temat shëndetësore, ndodh shpesh që ata të mos e kuptojnë se çfarë bëjnë ose përpiqen t’u shpjegojnë infermierët gjatë hospitalizimit.

Së dyti, infermierët nuk kanë kohë të mjaftueshme për t’u marrë me edukim shëndetësor, përveç detyrave të tjera të përditshme. Plotësimi i dokumenteve zyrtare u merr shumë kohë nga turni i tyre, veçanërisht kryeinfermierëve.

Si **konkluzion**, Shqipëria, krahas gjithë reformave që duhet të kryejë, ka nevojë dhe për të implementuar terapinë e dhimbjes në sistemin shëndetësor; kjo e fundit si një nevojë e kohës, për të rritur standardin e shërbimit shëndetësor në nivelet që i takojnë zhvillimeve aktuale të shkencave mjekësore dhe shoqërisë.

Për ta arritur këtë objektiv ka nevojë për trajnime të stafit mjekësor aktual mbi menaxhimin e



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

dhimbjes; hartimin dhe implementimin e protokolleve për menaxhimin e dhimbjes në institucionet shëndetësore; përditësimin e kurrikulave infermierore dhe mjekësore me terapinë e dhimbjes; rritje të numrit të infermierëve dhe më shumë kërkim shkencor në këtë fushë.

“Divinum est opus sedare dolorem” (Lehtësimi i dhimbjes është vepër hyjnore)

Referencat:

1. Collier, R. (2018). *A short history of pain management*. CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 190(1), E26. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5523>
2. International Association for the Study of Pain. “Revised definition of pain.” July 16, 2020. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
3. European Pain Federation. “What is the biopsychosocial model of pain?” 2022. <https://europeanpainfederation.eu/what-is-the-bio-psycho-social-model-of-pain/#:~:text=What%20is%20the%20biopsychosocial%20model,factors%20are%20not%20mutually%20exclusive.>
4. WHO “International Classification of Diseases 11th Revision” January 2023. <https://icd.who.int/en>
5. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgrad Med*. 2019 Sep;131(7):438-444. doi: 10.1080/00325481.2019.1663705. Epub 2019 Sep 12. PMID: 31482756.
6. Carr EC, Nicky Thomas V, Wilson-Barnet J. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int J Nurs Stud*. 2005 Jul;42(5):521-30. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.014. Epub 2004 Nov 25. PMID: 15921983.
7. Williams, L., Jacka, F., Pasco, J., Dodd, S., & Berk, M. (2006). Depression and pain: An overview. *Acta Neuropsychiatrica*, 18(2), 79-87. doi:10.1111/j.1601-5215.2006.00130.x
8. Raymond Sinatra, Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain, *Pain Medicine*, Volume 11, Issue 12, December 2010, Pages 1859–1871, <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x>
9. Dworkin, R. H. (1996). Which individuals with acute pain are most likely to develop a chronic pain syndrome? *Pain Forum*, 6(2), 127-136. [https://doi.org/10.1016/S1082-3174\(97\)70009-6](https://doi.org/10.1016/S1082-3174(97)70009-6)
10. Fine PG. Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Med*. 2011 Jul;12(7):996-1004. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x. PMID: 21752179.
11. Psychological Aspects and Approaches to Pain Management in Cancer Survivors. *Rev Pain*. 2010 Oct;4(2):26-8. doi: 10.1177/204946371000400207. PMID: 26526551; PMCID: PMC4590054.
12. American Psychiatric Association. “Chronic Pain and Mental Health Often Interconnected” November 13, 2020. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/chronic-pain-and-mental-health-interconnected#:~:text=People%20living%20with%20chronic%20pain,with%20chronic%20pain%20experience%20depression.%20APA%20chronic%20pain%20and%20mental%20health%20often%20interconnected.%20November%2013,2020.>
13. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi G, Babayan K, Fontes M, Burg MM. Pain and Psychology-A Reciprocal Relationship. *Ochsner J*. 2017 Summer;17(2):173-180. PMID: 28638291; PMCID: PMC5472077.
14. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016 Jul;91(7):955-70. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.029. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27344405.
15. Mental Health America. “Early, equitable and trauma responsive care for chronic pain and mental health” 2020. <https://mhanational.org/sites/default/files/Early%2C%20Equitable%20and%20Trauma%20Responsive%20Care%20for%20Chronic%20Pain%20and%20Mental%20Health.pdf>



INFEKSIONET NGA SALMONELLA TEK FËMIJËT: KONCEPTET AKTUALE NË DIAGNOSTIKIM DHE MENAXHIM

Prof. Dr. Gjeorgjina Kuli-Lito

*Shërbimi i Sëmundjeve Infektive Pediatrike, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”,
Tiranë, Shqipëri*

Abstract

Non-typhoidal Salmonella (NTS) remains one of the leading bacterial causes of acute gastroenteritis in children and continues to represent a significant cause of hospitalization, particularly in infants and young children. Although most infections are self-limiting, a subset of patients develops severe systemic illness or invasive disease requiring prompt recognition and targeted antimicrobial therapy. Recent advances in multiplex molecular diagnostics have improved early pathogen identification, while the global emergence of multidrug-resistant Salmonella has reinforced the importance of antimicrobial stewardship. This review summarizes current evidence regarding the diagnosis and management of pediatric NTS infection and presents an illustrative clinical case highlighting the challenges of recognizing severe disease before the onset of typical gastrointestinal manifestations.

Keywords: Salmonella, children, gastroenteritis, invasive salmonellosis, molecular diagnostics, antimicrobial stewardship.

Hyrje

Salmonella jo-tifoidale (NTS) mbetet një nga patogjenët bakterialë më të shpeshtë përgjegjës për gastroenteritin akut tek fëmijët në mbarë botën. Megjithëse sëmundja është zakonisht vetëkufizuese, ajo vazhdon të përbëjë një shkak të rëndësishëm të paraqitjeve në shërbimet e urgjencës dhe të shtrimeve në spital, veçanërisht tek fëmijët nën moshën pesë vjeç. Sfidë kryesore për pediatri nuk qëndron në diagnostikimin e gastroenteritit të pakomplikuar, por në identifikimin e atyre pacientëve që rrezikojnë të zhvillojnë infeksion invaziv dhe që kërkojnë trajtim antimikrobik.

Epidemiologjia e salmonelozës pediatrike ka pësuar ndryshime të rëndësishme gjatë viteve të fundit. Krahas shfaqjes së shtameve shumë rezistente ndaj antibiotikëve, zhvillimi i platformave të diagnostikimit molekular me panele multipleks ka transformuar vlerësimin e diarresë akute infektive, duke mundësuar identifikimin e hershëm të patogjenëve. Megjithatë, vlerësimi klinik mbetet themeli i menaxhimit, pasi vetëm të dhënat laboratorike rrallë mund të dallojnë infeksionin intestinal të pakomplikuar nga sëmundja sistemike.

Konceptet aktuale në diagnostikim dhe menaxhim

Spektri klinik i infeksionit nga *Salmonella* jo-tifoidale (NTS) tek fëmijët varion nga gastroenteriti i lehtë deri tek sëmundja invazive me bakteremi, përfshirje të sistemit nervor qendror, kockave ose artikulacioneve.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Shumica e fëmijëve imunokompetentë paraqiten me ethe, të vjella, dhimbje abdominale dhe diarre brenda 6 – 72 orëve pas ekspozimit dhe rekuperohen vetëm me trajtim mbështetës. Megjithatë, foshnjat nën moshën tre muaj, pacientët me imunosupresion, fëmijët me hemoglobinopati dhe ata me kequshqyerje të rëndë, paraqesin rrezik më të lartë për bakteremi dhe komplikacione fokale ekstraintestinale.

Diagnostikimi duhet të bazohet në një vlerësim të kujdesshëm klinik të kombinuar me konfirmimin mikrobiologjik. Koprokultura mbetet metoda referuese për izolimin e patogjenit dhe testimin e ndjeshmërisë ndaj antimikrobikëve, ndërsa hemokultura duhet të kryhet sa herë që ekziston dyshimi për infeksion invaziv. Panelet multipleks (PCR) për patogjenët gastrointestinalë janë shndërruar në një mjet të vlefshëm diagnostik, duke mundësuar identifikimin e shpejtë të shumë patogjenëve enterikë nga një mostër e vetme. Megjithatë, metodat molekulare plotësojnë dhe nuk zëvendësojnë kulturat konvencionale, veçanërisht kur nevojiten të dhëna mbi ndjeshmërinë ndaj antibiotikëve.

Menaxhimi është kryesisht mbështetës dhe fokusohet në korrigjimin e hershëm të dehidratimit, çrregullimeve elektrolitike dhe sigurimin e suportit nutricional. Udhëzimet ndërkombëtare nuk rekomandojnë përdorimin rutinë të antibiotikëve në gastroenteritin e pakomplikuar nga *Salmonella* jofitoidale, pasi përfitimi klinik është i kufizuar dhe trajtimi mund të zgjasë eliminimin fekal të bakterit. Në të kundërt, terapia antimikrobike rekomandohet tek foshnjat, pacientët me imunosupresion, fëmijët me bakteremi ose infeksione fokale, si dhe te ata që paraqiten me sëmundje të rëndë sistemike. Cefalosporinat e gjeneratës së tretë mbeten trajtimi empirik i zgjedhur tek fëmijët e hospitalizuar, me përshtatjen e mëtejshme të terapisë sipas rezultateve mikrobiologjike dhe profileve lokale të rezistencës. Një nga zhvillimet më të rëndësishme të viteve të fundit ka qenë përdorimi i gjerë i testeve multipleks me PCR, të cilat kanë shkurtuar ndjeshëm kohën e vendosjes së diagnozës. Paralelisht, raportimet në rritje të shtameve të *Salmonella*-s shumë rezistente ndaj antibiotikëve dhe prodhueses të β-laktamazave me spektër të zgjeruar (ESBL) theksojnë nevojën për terapi të udhëhequr nga rezultatet e kulturës dhe për përdorim racional të antibiotikëve.

Rast klinik ilustrues

Një djalë 6-vjeçar u shtrua në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive Pediatrike, i cili prej 12-orësh paraqitej me temperaturë deri në 39°C çdo 3–4 orë, të vjella të shumta dhe përkeqësim progresiv të gjendjes së përgjithshme. Në momentin e pranimit paraqitej në gjendje jo të mirë, i zbehtë, letargjik dhe me dehidratim të moderuar, dhe shenja klinike të hipovolemisë. Në vlerësimin fillestar mungonte diarreja, gjë që e bëri veçanërisht sfidues vendosjen e diagnozës së hershme. Rreth 12 orë pas shtrimit, tabloja klinike evoluoi me shfaqjen e diarresë ujore të bollshme.

Ekzaminimet laboratorike evidencuan leukocitozë të theksuar me neutrofil (32,78 × 10³/μL), rritje progresive të markerëve inflamatorë, çrregullime elektrolitike si pasojë e humbjeve gastrointestinale dhe hipoalbuminemi (2,88 g/dL), duke pasqyruar ashpërsinë e procesit inflamator. Paneli multipleks i PCR-së për patogjenët gastrointestinalë (FilmArray® GI Panel) identifikoi *Salmonella* spp. dhe *Escherichia coli* enteroagregative (EAEC), ndërsa të gjithë patogjenët e tjerë bakterialë, viralë dhe parazitare të testuar rezultuan negativë.

Duke pasur parasysh gjendjen e rëndë klinike të pacientit, ethet e vazhdueshme, dehidratimin dhe përgjigjen e theksuar inflamatorë, pas marrjes së mostrave për ekzaminime mikrobiologjike u fillua trajtimi empirik intravenoz me cefotaksim dhe amikacinë. Paralelisht u administruan rehidrim intravenoz, korrigjim i çrregullimeve elektrolitike dhe infuzion me albuminë humane. Pacienti



shfaqti përmirësim progresiv klinik dhe laboratorik, me zhdukje të plotë të etheve, normalizim të markerëve inflamatorë, rikthim të niveleve normale të albuminës serike dhe rifillim të suksesshëm të ushqyerjes orale, duke u larguar nga spitali në gjendje të mirë klinike.

Diskutim

Rasti i paraqitur ilustron një formë jo të zakonshme, por me rëndësi të veçantë klinike, të infeksionit nga *Salmonella* jo-tifoidale. Kjo paraqitje rikujton se manifestimet gastrointestinale nuk janë gjithmonë mbizotëruese në fazat e hershme të salmonelozës.

Një tjetër karakteristikë e rëndësishme ishte përgjigjja inflamatore e theksuar, e shoqëruar me leukocitozë të rëndësishme neutrofilike dhe rritje progresive të markerëve inflamatorë. Megjithëse këto ndryshime janë jospecifike, në kombinim me gjendjen e rënduar klinike, ethet e vazhdueshme, dehidratimin dhe pamundësinë për të toleruar marrjen e lëngjeve nga goja, ato mbështetën vendimin për hospitalizim dhe fillimin e terapisë empirike intravenoze me antibiotikë.

Identifikimi i njëkohshëm i *Salmonella* spp. dhe *Escherichia coli* enteroagregative (EAEC) paraqet një aspekt tjetër me interes klinik. Përdorimi gjithnjë e më i gjerë i paneleve multipleks me PCR ka treguar se infeksionet enterike të përziera bakteriale janë më të shpeshta sesa mendohej më parë. Megjithëse kontributi individual i secilit patogjen në ashpërsinë e sëmundjes mbetet i paqartë, të dhënat në rritje sugjerojnë se bashkë-infeksionet mund të intensifikojnë inflamacionin intestinal dhe të shoqërohen me forma klinike më të rënda.

Në tërësi, ky rast thekson se menaxhimi i suksesshëm i salmonelozës pediatrike mbështetet jo vetëm në konfirmimin mikrobiologjik, por edhe në njohjen e hershme të formave të rënda, përzgjedhjen e kujdesshme të pacientëve që përfitojnë nga terapia antimikrobike dhe zbatimin e masave të përshtatshme mbështetëse.

Përfundime

Infeksioni nga *Salmonella* jo-tifoidale tek fëmijët mbetet një shkak i rëndësishëm hospitalizimi, megjithëse në shumicën e rasteve ka ecuri vetëkufizuese. Njohja e hershme e formave të rënda, më shumë sesa përdorimi rutinë i antibiotikëve, përbën gurin e themelit të menaxhimit optimal. Rasti i paraqitur tregon se salmonelozë mund të manifestohet fillimisht me shenja sistematike mbizotëruese, përpara shfaqjes së diarresë, duke nënvizuar rëndësinë e një diagnoze diferenciale të gjerë tek fëmijët me ethe, të vjella dhe dehidratim. Për më tepër, diagnostikimi i shpejtë molekular po transformon vlerësimin e diarresë akute infektive; megjithatë, gjykimi i kujdesshëm klinik dhe udhëheqja e terapisë antimikrobike sipas rezultateve të kulturës mbeten elemente themelore të kujdesit pediatrik cilësor.

Referenca

1. American Academy of Pediatrics. *Salmonella Infections*. In: *Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 33rd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2024.
2. Muralidhar N, Watts DJ, Kamath S. *Salmonella Infections*. *Pediatrics in Review*. 2025;46(1):62-64. doi:10.1542/pir.2024-006536.
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Clinical Overview of Salmonellosis*. Atlanta (GA): CDC; 2024.
4. World Health Organization. *Salmonella (non-typhoidal)*. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2017;65(12):e45-e80.





PËR MIKUN TIM, DR. EDI TUSHE

Sot po shkruaj me zemrën e copëtuar.

Ka ikje që të lënë pa frymë. Ka humbje që nuk pranohen dot. Dhe ka njerëz që janë aq të mirë, aq të dashur, aq të pazëvendësueshëm, sa duket e padrejtë që Zoti t'i thërrasë kaq heret pranë vetes.

Edi ishte njëri prej tyre.

Nuk po qaj vetëm një koleg. Nuk po qaj vetëm një mjek të shkëlqyer. Po qaj një mik të shtrenjtë, një njeri të rrallë, një shpirt të bukur që e bënte botën më të mirë vetëm me praninë e tij.

Sa herë e shihja në klinikë, më dukej sikur gjithçka bëhej më e lehtë. Kishte atë qetësinë e njerëzve të mirë, atë buzëqeshjen e butë që të jepte siguri, atë mirësinë që nuk kishte nevojë të fliste me zë të lartë për t'u ndjerë.

Sot tavolina e tij mbeti bosh. Stetoskopi heshti. Dera nuk do të hapet më për të pritur fëmijët që e donin aq shumë. Dhe zemrat tona mbetën me një plagë që nuk do të mbyllet kurrë plotësisht. Sa shumë njerëz ke ndihmuar. Sa shumë fëmijë ke shëruar. Sa shumë prindër ke qetësuar.

Sa shumë dashuri ke lënë pas. Dhe ndërsa të gjithë flasin për mjekun e madh që ishe, unë dua të kujtoj njeriun e madh që ishe. Njeriun që nuk i bëri kurrë keq askujt. Njeriun që i trajtonte të gjithë me respekt. Njeriun që nuk kurseu kurrë kohë, përkushtim apo zemër për ata që kishin nevojë. Sot lotët nuk mjaftojnë për të shprehur dhimbjen.

Sepse kur largohet një njeri si ti, nuk humbet vetëm familja, nuk humbasin vetëm miqtë. Humbet një copëz e bukur e kësaj bote. Lamtumirë, miku im. Lamtumirë, shoku im. Lamtumirë, kolegu im i dashur. Por bashkë me dhimbjen do të jetojë edhe mirënjohja që patëm fatin e madh të të kishim në jetën tonë. U prehsh në paqe, Edi.

Ti nuk je më mes nesh, por do të jetojë përgjithmonë në zemrat tona. Sot qielli fitoi një engjell, ndërsa ne humbëm një njeri të pazëvendësueshëm.

Dr. Genta DEDEJ-MEZINI





Dr. Neritan KËLLIÇI **1966 – 2026**

Në dt. 26 Prill 2026 u largua nga jeta, pas një sëmundje të rëndë dr. Neritan KËLLIÇI.

Dr. Neritani lindi më 26 Qershor 1966 në Durrës. Pasi kreu Shkollën e Mesme “Gjergj Kastrioti” në Durrës, vijoi edukimin e tij pranë Fakultetit të Mjekësisë në degën Mjekësi (1984–1989).

Më pas vijoi edukimin e tij në Universitetin e Padovës (Itali) ku dhe u diplomua në vitin 2002.

Më pas Master të nivelit të dytë në “Menaxhim Shëndetësor” pranë Universitetit “Zoja e Këshillit të Mirë” në vitin 2011. Dhe më pas mbrojti Diplomë Doktorature pranë Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike, të cilën e mbrojti në Dhjetor 2015.

Në vijim kreu edhe kualifikime pasuniversitare si në Itali por dhe në Shqipëri.

Dr. Neritani pasi përfundoi studimet filloi punë 1990 si mjek familje në Qendrën Shëndetësore Letaj DSHP Has, ku punoi deri në vitin 1993. Në vitin 1994, dr. Neritani punoi si fizioterapist në “Istituto di diagnosi e terapia” në Taranto, dhe më pas 1998-2002 si fizioterapist pranë “Casa del Clero” në Treviso.

Dr. Neritani na la edhe një sërë artikujsh në revista të ndryshme mjekësore i brenda dhe jashtë vendit; mbajti referime e postera, të cilat janë aktuale për impaktin e tyre në sistemin shëndetësor shqiptar.

Pasi u kthye në atdhe, dr. Neritani punoi fillimisht si specialist në Autoritetin Shëndetësor Rajonal Tiranë, dhe më pas u emërua Mjek i Përgjithshëm në Qendrën Shëndetësore nr. 8, qendër të cilën e drejtoi deri në fund në fund të jetës.

Dr. Neritani ishte mjek i mirë edukuar për çdo situatë, i devotshëm, i papërtuar në shërbim të banorëve, pacientëve dhe komunitetit dhe duke ju qëndruar gjithmonë në krah personelit të institucionit për zgjidhjet më të mira lehtësimin e punës, por edhe shumë pranë pacientëve. Ai ishte gjithmonë pranë tyre në çdo situatë dhe problem, gjendur gjithmonë në çdo vështirësi.

Ai ishte edhe një baba i dhembshur dhe bashkëshort i përkushtuar dhe i përkryer.

Dr. Neritani e përballoi me shumë dinjitet, kurajo dhe devotshmëri sëmundjen e sëmundjen deri në fund duke luftuar fort me të. Megjithëse i sëmurë nuk pushoi deri në minutën e fundit duke i dhënë këshilla mjekësore të sëmurëve.

Dr. Neritani do kujtohet si një mjek i papërtuar, i kudo gjendur në çdo kohë të ditës dhe natës për të gjithë pacientët, komunitetin; por edhe për kolegët dhe bashkëpunëtorët e tij. Ai i qëndroi deri në fund pranë të gjithëve.

Pushofsh në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Anton KEÇI
1973 – 2026

Bora KEÇI
2008 – 2026

Në mbremjen e 25 Prillit 2026 në Lezhë u nda lajmi i një ngjarje të kobshme, që tronditi të gjithëve komunitetin. Gjysma e një familje prej 4 anëtarësh, u shua në një aksident të tmerrshëm automobilistik. Doktor Anton Keçi dhe e bija Bora (studente ekselente

e mjekësisë) po udhëtonin së bashku në makinë pa e ditur që ky do ishte fundi i rrugëtimit të tyre tokësor për tu prehur përjetësisht së bashku në Parajsën e Zotit.

Dr. Antoni lindi më 31 Gusht 1973. Pasi kreu shkollën fillore vijoi edukimin në gjimnazin “Hydajet Lezha”, dhe më pas vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë, të cilat i përfundoi në vitin 1997. Më pas dr. Antoni emigroi në Angli për disa vite. Më pas u kthye në vendlindje për të ushtruar profesionin si mjek i përgjithshëm në fshatin e lindjes; dhe më pas si Mjek Psikiatër në Sektorin e Masave Mjekësore në IEVP Lezhë, dhe më pas si Shef Sektori. Dr. Antoni, gjatë punës ishte shumë i përkushtuar dhe i suksesshëm duke realizuar në kohë dhe me cilësi të lartë të gjitha detyrat e ngarkuar.

Largimi yt, i dashur Anton, bashkë me dritën e syve të tu, bijën tënde Borën, që po ndiqte rrugën e babit dhe mamit, është një plagë që prek thellë jo vetëm familjen, por të gjithë ne që patëm fatin të ishim bashkë në vitet e mjekësisë.

Ti, Anton Keçi, ishe më shumë se një mik i vërtetë.

Një njeri i rrallë, me zemër të madhe, plot humanizëm dhe përkushtim.

Kthimi yt nga Londra për të shërbyer si mjek në fshatin tënd të lindjes, pa u kursyer asnjë moment, e lartësoi edhe më shumë emrin tënd.

Por mbi të gjitha, ishe një bashkëshort i përkushtuar për Kozetën dhe një baba i jashtëzakonshëm. Sot, mes dhimbjes së madhe, kujtimi yt, mirësia, përkushtimi dhe dashuria që le pas do të mbeten të përjetshme.

Ngushëllimet më të thella për Kozetën, djalin dhe familjarët e afërt. Zoti u dhëntë forcë për ta përballuar këtë dhimbje të pamatë.

Anton do të kujtojmë gjithmonë mes gëzimesh e ditësh të bukura.

Është e vështirë të gjenden fjalët e duhura përballë një humbjeje kaq të rëndë, ku jeta e një studenteje të re, plot ëndrra, përkushtim dhe shpresë për të ardhmen, ndërpritet në mënyrë kaq tragjike, bashkë me jetën e prindit të saj, njeriut dhe mjekut që i kishte shërbyer jetës dhe shëndetit të njerëzve.

Bora do të mbetet në kujtesën e petagogëve përmes momenteve të veçanta akademike, ku në provimin e lëndën Etikë dhe Deontologji Mjekësore, u vlerësua shkëlqyeshëm, tregon dhe dëshmon seriozitetin, edukatën, përkushtimin dhe formimin e saj si studente e denjë e Fakultetit të Mjekësisë.

U prehshin në paqe shpirtrat e tyre!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tyre!

Këshilli Rajonal Lezhë, UMSH





Prof. Dr. Agim KOLASI **1939 – 2026**

Më dt. 5 Maj 2026, me hidhërim të thellë u nda lajmi për largimin nga jeta të Prof. Agim Kolasit, një figurë e njohur i mjekësisë shqiptare.

Prof. Agimi lindi në 14 Tetor 1939 në Kolonjë, të cilën e mbajti gjithmonë në mendje dhe në zemër. Ai u shkollua në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë në vitin 1967 si Mjek i Përgjithshëm dhe në vitet 1969-1971 kreu specializimin për Neurokirurgji në Kinë dhe më pas në Havana. Menjëherë pas kthimit në Shqipëri filloi të aplikonte me njohuritë e fituara në Spitalin Ushtarak.

Në vitin 1972, Prof. Agimi hapi repartin e Neurokirurgjisë në Spitalin Ushtarak, ku u realizuan për herë të parë në Shqipëri shumë operacione dhe metoda diagnostike. Dr. Agimi ka realizuar me mijëra operacione, po ashtu ai është autor i shumë studimeve që u bënë më pas udhërrëfyes për mjekët e rinj.

Ai është njëri nga themeluesit e Neurokirurgjisë Shqiptare.

Jeta e tij ishte dëshmi se koha e njeriut nuk matet me vitet që jeton, por me gjurmët që lë në mendjet dhe zemrat e të tjerëve. Dhe ai la pas një trashëgimi që nuk do të shuhet: breza studentësh që do të mbajnë gjallë frymën e tij, kolegë që do e kujtojnë urtësinë e tij, dhe pacientë që do të ruajnë mirënjohjen për përkujdesjen e tij njerëzore.

Ai jetoj dhe punoi sipas parimit të lashtë “Ars longa, vita brevis” – arti është i gjatë, jeta e shkurtër – duke e ditur se dija që ai ndërtonte do të jetonte përtej kufijve të kohës së tij. Për të, profesioni nuk ishte thjesht detyrë, por mision: “Salus aegroti suprema lex esto” – shëndeti i pacientit le të jetë ligji më i lartë. Në çdo vendim, në çdo këshillë, ai e vendosi njeriun në qendër, duke dëshmuar se mjekësia pa humanizëm humbet kuptimin e saj.

Humbja e Dr. Agim Kolasit nuk është thjesht largimi i një mjeku, por është shuarja e një drite që ndriçoi për vite të tëra korridoret e Spitalit të Traumës (dikur Spitalin Ushtarak) dhe zemrat e të gjithëve që patën fatin ta njohin. Ai nuk ishte vetëm profesionist i jashtëzakonshëm, por një njeri që i dha kuptim humanizmit në çdo veprim, në çdo fjalë, në çdo jetë që preku. Prania e tij ishte siguri, fjala e tij ishte shpresë, ndërsa vepra e tij është tashmë trashëgimi.

Ndërsa e përcjellim në përjetësi, e dimë se ai nuk largohet plotësisht. Sepse, siç thoshte vetë: “Njeriu jeton për aq kohë sa kujtohet me dashuri dhe nderim”.

Dhimbja që la pas është e thellë, sepse njerëz si ai nuk zëvendësohen, por mbeten në kujtesë, në vlera, në rrugën e ndritur që u la brezave. Do të jetosh përherë mes nesh, si një emër që nuk shuhet dhe si një shembull që nuk harrohet.

U prehtë në paqe profesori ynë i dashur. Drita që ai ndezi tek ne, do të vazhdojë të ndriçojë përherë.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Prof. Ass. Fatos Olldashi; Dr. Enriketa Jaho
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Ali LAÇI
1971 – 2026

Në dt. 9 Maj 2026, me hidhërim të thellë mësuam ndarjen nga jeta të doktor Ali Laçit, një figurë e njohur dhe shumë e dashur për komunitetin e Lurës dhe më gjerë.

Lajmi është bërë i ditur nga miq, kolegë dhe të afërm të tij, të cilët e përshkruajnë doktor Laçin si një njeri të rrallë dhe një mjek të përkushtuar, që nuk i la kurrë pas pacientët e tij, edhe në kushtet më të vështira.

I lindur më 5 Korrik 1971 dhe i rritur në Lurë, pas mbarimit të Fakultetit të Mjekësisë në vitin 1995; doktor Ali Laçi shërbeu për vite me radhë si mjek i zonës, duke u bërë jo vetëm një profesionist i respektuar, por edhe një mbështetje e vazhdueshme për banorët e saj. Përkushtimi, humanizmi dhe afërsia e tij me njerëzit e bënë atë një figurë të dashur, por dhe të respektuar, tek të gjithë banorët.

Ndarja e tij nga jeta në moshën 55-vjeçare ka lënë në dhimbje jo vetëm familjarët, por të gjithë ata miq, kolegë të cilët patën fatin të kenë për shok një njeri si doktor Aliu, dhe të punonin me një profesionist si ai.

“Pushofsh në paqe”, shoku dhe kolegu im, doktor Ali Laçi, djalë e burrë i Lurës, doktori i Lurës!

“Pse kështu, shoku im?”

Ngushëllime familjes, kolegëve, pacientëve dhe gjithë Lurës për këtë humbje të madhe.

“I paharruar Ali!”.

I paharruar kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Dibër, UMSH





Dr. Drita BALLÇO
1951 – 2026

Më dt. 13 Maj 2026 dhimbje të thellë morëm lajmin e ndarjes nga jeta të mjekes së nderuar Dr. Drita Ballço, një prej figurave më të respektuara të Mjekësisë Korçare dhe të Shërbimit të Obstetrikë-Gjinekologjisë.

E lindur në Elbasan më 23 Nëntor 1951, Dr. Drita Ballço ia kushtoi gjithë jetën profesionit të mjekes, duke shërbyer me përkushtim, humanizëm dhe dashuri për pacientët.

Pas diplomimit në Fakultetin e Mjekësisë në vitin 1975, ajo punoi në Elbasan, Cërrik dhe më pas në Korçë, qytet me të cilin lidhi jetën profesionale dhe familjare.

Për dekada me radhë pranë Konsultorit të Gruas në Korçë, ajo u bë jo vetëm një profesioniste e rrallë, por edhe një mbështetje dhe shprese për breza të tërë dhe familjesh.

Sot mjekësia humbi një mjeke të përkushtuar, ndërsa qyteti ynë një grua fisnike dhe të dashur.

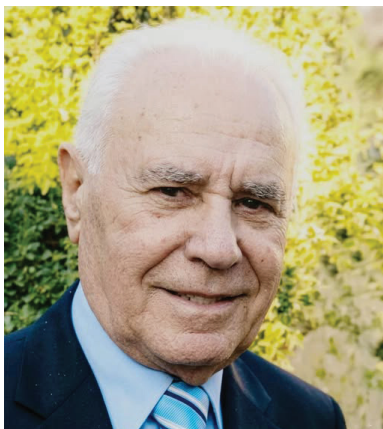
Ngushëllimet më të sinqerta familjes Ballço, të afërmve, miqve dhe kolegëve.

Kujtimi dhe kontributi i saj do të mbeten gjithmonë të paharruara.

U prehtë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Dr. Neki Dredha **1939 – 2026**

Në dt. 29 Maj 2026 është ndarë nga jeta Dr. Neki DREDHA, mjeku peditër dhe ish Kryetari i Bashkisë Vlorë.

Dr. Dredha lindi më 5 Maj 1939 në Kaninë të Vlorës. Pasi kreu edukimin fillor dhe të mesëm si ndihmës mjek, punoi në DSHSH në Spitalin Brataj (1959-1960) dhe si ndihmës mjek në Spitalin Psikiatrik (1960-1961) në Vlorë.

Në vitin 1961 dr. Neki u vijoi arsimimin pranë Fakultetit të Mjekësisë në Universitetin e Tiranës, të cilin e përfundoi në vitin 1966 dhe u diplomua

si Mjek i Përgjithshëm. Më pas kreu 2 specializime me atashim (1966-1969) Hematologji dhe Pediatri.

Në vitin 1969-1976 dr. Neki punoi si zv-drejtor në Spital dhe Poliklinikën e Rrethit të Vlorës. Në vitet 1977-1987 punoi si Shef i Shërbimit Pediatrik në Spital dhe Poliklinikë Rrethi Vlorë. Më pas (1987-1992) drejtoi Drejtorinë e Institucioneve të Mjekimit të Rrethit Vlorë. Më pas në Korrik 1992-Qershor 1995 punoi si Shef i Reanimacionit të Shërbimit të Pediatrisë. Më pas, Qershor 1995-Dhjetor 1997 punoi si mjek Peditër dhe Hematolog në Spital-Poliklinike Vlorë. Dhjetor 1997-Korrik 1998 si Drejtor në Spital-Poliklinikë Vlorë.

Në Korrik 1998, dr. Neki u zgjodh Kryetar i Bashkisë së Vlorës, post të cilin e mbajti deri në Tetor 2000. Në periudhën Dhjetor 2000-Prill 2004 u zgjodh Zv. Kryetar i Qarkut Vlorë.

Në Mars 2005-Nëntor 2005, dr. Dredha rikthehet Drejtor i Shërbimit Mjekësor Parësor Vlorë.

Dr. Dredha që nga viti 1968 ka dhënë lëndën e Pediatrisë dhe Puerikulturës në Shkollën e Mesme Mjekësore “Jani Minga” gjatë gjithë kohës. Megjithatë doli në pension, dr. Dredha vijoi të ishte Petagog në Fakultetin e Infermierisë në Universitetin “Ismael Qemali” Vlorë duke dhënë praktikat dhe seminarët në lëndën e Pediatrisë.

Dr. Dredha gjatë karrierës së tij mjekësore përgatiti dhe botoi tekste dhe shumë punime shkencore, monografi, studim 10-vjeçar mbi ‘Vdekshmërinë Foshnjore’ ‘Talasemitë’ ‘Aneminë Drepanocitare’, ‘Pneumonitin’, ‘Enteritet dhe Infeksionet e Rrugëve Urinare’ tek fëmijët e Rrethit të Vlorës.

Dr. Neki Dredha la gjurmë të mëdha me punën dhe veprën e tij profesionale si mjek, por edhe me angazhimin politik dhe qeverisjen e qytetit të Vlorës. Përveç angazhimit në mjekësi, ai mbajti edhe detyrën e Kryetarit të Bashkisë së Vlorës, ndërsa në vitin 2013 u vlerësua me titullin “Qytetar Nderi i Vlorës” për kontributin e tij në qytet.

Gjatë karrierës së tij, dr. Dredha u angazhua edhe në fushën e letërsisë dhe publicistikës, duke botuar disa libra me karakter poetik dhe memorialistik. Një prej veprave të tij më të njohura është poema narrative “Labëria Magjike”. Ai është gjithashtu autor i shkrimeve kushtuar historisë së mjekësisë dhe figurave të shquara të shëndetësisë shqiptare.

Ikja e tij është një humbje që prek familjen, miqtë dhe gjithë ata që patën rastin ta njohin nga afër. U shprehim ngushëllimet më të sinqerta familjarëve dhe të afërmeve.

U prehtë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH





Prof. Dr. Sulejman ZHUGLI
1943 – 2026

Në dt. 11 Qershor 2026 është ndarë nga jeta Prof.Dr. Sulejman Zhugli.

Dr. Sulejmani lindi në 9 Qershor 1943 në Dibër. Pasi kreu edukimin fillor dhe atë të mesëm, dr. Zhugli vijoi edukimin e tij pranë Fakultetit të Mjekësisë të cilin e përfundoi në vitin 1966 dhe më pas vijoi specializimin për Okulistikë të cilin e përfundoi në vitin 1969.

Më pas dr. Zhugli u kthye në Dibër ku edhe hapi Shërbimin e Okulistikës në Spitalin e Dibrës. Në vitin 1973, dr. Zhugli u transferua në Klinikën Universitare në Tiranë, ku punoi deri në daljen në pension. Por ai vijoi tju shërbente pacientëve deri ditët e fundit të jetës.

Profesor Zhugli ishte dhe do të mbetet një personalitet i shquar i mjekësisë shqiptare, i cili për dekada me radhë i shërbeu me përkushtim profesionit dhe arsimit mjekësor.

Si ish-Shef i Shërbimit të Okulistikës në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, ai dha një kontribut të çmuar në zhvillimin e okulistikës shqiptare, duke formuar breza të tërë mjekësh dhe specialistësh.

Me një karrierë të pasur pedagogjike, shkencore dhe profesionale, Profesor Zhugli u dallua për përkushtimin ndaj studentëve, standardet e larta akademike dhe angazhimin e vazhdueshëm në përhapjen e dijes. Si autor i teksteve universitare dhe botimeve profesionale, ai la pas një trashëgimi të vyer që do të vazhdojë t’u shërbejë brezave të ardhshëm.

Fakulteti i Mjekësisë shpreh hidhërimin e thellë për ndarjen nga jeta të Profesor Sulejman Zhuglit dhe i përcjell ngushëllimet më të sinqerta familjes, të afërmve, miqve, kolegëve dhe gjithë komunitetit mjekësor.

Kujtimi i tij do të mbetet i gjallë në mendjet dhe zemrat e studentëve, kolegëve dhe të gjithë atyre që patën privilegjin ta njohin dhe të punojnë pranë tij.

Prof. doktor Sulejman Zhugli ishte një nga njerëzit më të mirë që kam njohur në jetë. Ai ishte familjare shembullor, ishte mjaft i lexuar, i qetë, i dashur, i zgjuar, fjalëpak dhe punë shumë, një profesionist i klasit të parë në fushën okulistike, i qeshur dhe shumë miqësor.

U prehsh në paqe, Profesor!

I paharruar qoftë kujtimi Juaj!

Fakulteti i Mjekësisë, Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



Dr. Eduard TUSHE **1954 – 2026**

Në pasditen e 15 Qershorit 2026 u nda lajmi i trishtë dhe dhimbshëm për ndarjen nga jeta të Dr. Eduard (Edi) TUSHES, mjekut të parë Neonatolog që vuri bazat e Neonatologjisë në Shqipëri, Pedagog, Mentor dhe një prej personaliteteve më të shquara të Mjekësisë Shqiptare.

Dr. Edi lindi në Tiranë më 6 Nëntor 1954. Pasi kreu arsimin fillor dhe atë të mesëm, në vitin 1973 filloi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1978. Pas përfundimit të studimeve, dr. Edi emërohet

Mjek i Përgjithshëm në Kukës ku ofroi kujdes shëndetësor për deri në vitin 1987. Më pas në vitin 1988 emërohet mjek në Maternitetin e Tiranës. Dr. Edi kreu specializimin fushën e Neonatologjisë në vitin 1991, dhe ndoqi kurse kurse në nënfusha të Neonatologjisë. Prej vitit 1992 emërua pedagog në Fakultetin e Mjekësisë. Po në këtë vit emërohet Shef i Shërbimit të Neonatologjisë, pozicion që e mbajti deri sa doli në pension. Megjithëse në pension dr. Edi vijoi të shërbente prindërve dhe pacientëve të vegjël deri në fund të largimit nga jeta, në një nga Klinikat Private në Tiranë.

Dr. Tushe ishte ndër themeluesit dhe kontribuesit më të rëndësishëm në zhvillimin e Neonatologjisë moderne në Shqipëri, duke lënë një trashëgimi të vyer në kujdesin për të porsalindurit dhe në formimin profesional të brezave të tërë mjekësh.

Dr. Tushe ishte President i Neonatologjisë në Shoqatën Pediatrike Shqiptare prej vitit 1999; Përfaqësues i Shqipërisë në projektin SEE “Improving Maternal and Neonatal Health”; Ekspert Kombëtar dhe ndërkombëtar i OBSH & MSH në “Trajnimi efektiv perinatal”.

Dr. Tushe la një mori të larmishme publikimesh, si: libra, artikuj, përkthime, prezantime, etj...

Dr. Edi Tushe konsiderohej dhe vlerësohej si një nga mjekët më të respektuar dhe më të dashur për komunitetin, i njohur për profesionalizmin, përkushtimin dhe kujdesin njerëzor ndaj fëmijëve dhe familjeve të tyre. Ai i trajtonte fëmijët ndryshe. Për të, ata nuk ishin thjeshtë pacientë, por njerëz të vegjël me karakterin dhe personalitetin e tyre. Kur fëmijët nuk pranonin dhe i largoheshin duke qarë, ai nuk e shihte këtë si problem. Dhe me buzëqeshje thoshte: “Po neve a na pëlqen që të vizitohemi”. Kjo ishte mënyra e tij për të kujtuar prindërit se disa reagime të fëmijëve janë krejt normale dhe nuk kanë nevojë që të kthehen në shqetësim.

Sistemi ynë shëndetësor humbi një prej njerëzve që me punën, dijen dhe vizionin e tij kontribuoi në përmirësimin e jetës së mijëra fëmijëve dhe familjeve shqiptare.

Kujtimi dhe vepra e Dr. Edi Tushes do të mbeten përherë pjesë e Historisë së Mjekësisë Shqiptare.

Prehu në Parajse o Doku ynë i dashur, i mirë, i ëmbël; i paharruar që na qëndrove pranë në ditët më të vështira.

I përjetshëm qoftë kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Liljana OLLDASHI
1954 – 2026

Me trishtim të thellë morëm lajmin për ndarjen nga jeta të doktoreshës Liljana Olldashi, e cila u nda nga jeta në moshën 72-vjeçare, duke lënë pas një kontribut të çmuar dhe një rrugëtim të gjatë profesional si Mjeke Infeksioniste.

Doktoreshë Liljana Papakostandini (Olldashi) ia kushtoi jetën shërbimit ndaj njerëzve, duke e ushtruar profesionin e mjekes me përkushtim, humanizëm dhe përgjegjësi të lartë.

E lindur në një familje durrsake, ajo përfundoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë me rezultate të shkëlqyera.

Fillimet e karrierës së saj i pati në Sukth, ku fitoi vlerësimin dhe besimin e komunitetit për profesionalizmin dhe korrektësinë e saj.

Në vitin 1982 përfundoi specializimin për Sëmundjet Infektive në Tiranë dhe më pas vijoi punën në Spitalin e Durrësit, ku për shumë vite shërbeu si Mjeke Infeksioniste dhe Drejtuese Shërbimit të Patologjisë. Në një profil delikat dhe me përgjegjësi të madhe, ajo u dallua për përgatitjen profesionale dhe përkushtimin ndaj pacientëve.

Më tej, eksperiencën e saj të vyer e vuri në shërbim të institucioneve shëndetësore të qytetit, duke mbajtur detyrën e Shefes së Poliklinikës së Durrësit, dhe më pas duke drejtuar sektorin e Shëndetit Parësor.

Etapa e fundit e karrierës së saj lidhet me detyrën si shefe e Epidemiologjisë në Autoritetin Portual të Durrësit, ku punoi me seriozitet dhe integritet deri në daljen në pension në vitin 2014.

Për kolegët dhe bashkëpunëtorët mbeti një figurë e respektuar dhe shembull korrektësie, ndërsa për qytetarët një mjeke e afërt dhe gjithmonë e gatshme për të ndihmuar. Thjeshtësia, urtësia dhe humanizmi ishin virtyte që e shoqëruan gjatë gjithë jetës së saj.

Duke shprehur ngushëllimet më të sinqerta për familjarët, të afërmit dhe kolegët e saj, urojmë që shpirti i doktoreshë Liljanës të prehet në paqe.

I paharruar qoftë kujtimi i Saj.

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH



Prof. Dr. Jahja PULO **1935 – 2026**

Në dt. 5 Korrik 2026 është larguar nga jeta Prof.dr. Jahja PULO, Infeksionist dhe njëkohësisht edhe Petagog në Fakultetin e Mjekësisë.

Dr. Pulo lindi më 2 Shtator 1935, në Radhimë të Vlorës, dhe më 1945 familja zhvendoset në Tiranë. Ku dhe kreu edukimin e mesëm në Gjimnazin “Qemal Stafa” të cilin e përfundoi në vitin 1955; vit në të cilin filloi edhe studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë të cilin e përfundoi në vitin 1960. Pasi përfundoi dr. Pulo emërohet pedagog në

Shkollën e Mesme Mjekësore dhe njëkohësisht Mjek në Repartin Infektiv të Spitalit Civil Tiranë.

Në vitin 1964, dr. Pulo fillon punën si ordinator në Klinikën e Sëmundjeve Infektive; dhe në vitin 1967 emërohet pedagog në Fakultetin e Mjekësisë në “Katedrën e Sëmundjeve Infektive, Epidemiologjisë dhe Higjienës”. Në vitin 1972 dr. Pulo zgjidhet Shef i Katedrës dhe Klinikës së Sëmundjeve Infektive. Dhe në vitin 1976-1977 dha Leksione të Epidemiologjisë në Universitetin e Prishtinës.

Në Prill 1978, dr. Pulo emërohet Zv. Ministër i Shëndetësisë, dhe njëkohësisht vijoi punën e shefit të Katedrës dhe Klinikës së Sëmundjeve deri në vitin 1982. Gjatë kësaj periudhe, dr. Pulo punoi me zyrën e OBSH dhe Drejtorinë Rajonale për Evropën ku ndërtuan punën për zbatimin e programit “Shëndet për të gjithë” deri në vitin 2000.

Pas zhvillimeve politike që ndodhën në Shqipëri, në Tetor 1982 dr. Pulo u transferua në Shkodër ku punoi tetë vjet në Spitalin Infektiv Shkodër.

Në vitin 1990, dr. Pulo rikthehet në Tiranë si mjek në Spitalin Infektiv dhe Petagog i jashtëm në Katedrën Sëmundjeve Infektive, duke zhvilluar leksione me studentët dhe në veçanti drejtoi kualifikimin dhe specializimin e mjekëve.

Dr. Pulo kreu specializime dhe kurse afatgjata për sëmundjet infektive dhe sëmundjet e mëlçisë, diagnozën e sëmundjeve të mëlçisë dhe kurs 1-vjeçar në gastroenterologji.

Dr. Pulo la tekste mësimore dhe rreth 20 artikuj shkencorë dhe dy kumtesa të botuara në revista të huaja.

Prof.Dr. Pulo do mbahet mend nga kolegët, pacientët dhe gjithë brezat e studentëve dhe specializantëve për trashëgiminë profesionale e njerëzore që do të mbetet e gjallë në kujtimet e të gjithë atyre që patën fatin ta njihnin.

U prehtë në paqe!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH



