

UDHËRRËFYES
I NDJEKJES SË RASTEVE
NË BAZË TË GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR
BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65 VJEÇ



Data e publikimit: Korrik 2016

Data e rishikimit: sipas nevojës

HYRJE

Sëmundjet kronike jo të transmetueshme, veçanërisht ato kardio-vaskulare dhe tumorale, janë shkaktaret më të mëdhenj të vdekshmërisë në Shqipëri. Ato janë sëmundje që kanë në bazë të tyre një stil jetese jo të shëndetshme, ndaj insistohet që të mund të parandalohen duke u kapur në kohë dhe duke ndikuar në edukimin shëndetësor të popullatës për një stil të shëndetshëm jetese.

Në masën dërmuese barra e sëmundshmërisë në Shqipëri përcaktohet nga 3 faktorë madhorë të rrezikut: ushqyerja jo e shëndetshme, presioni i lartë i gjakut dhe konsumi i produkteve të duhanit. Pesë shkaqet kryesore të viteve të jetuara me paaftësi (YLD) janë dhimbjet e poshtme të shpinës, çrregullimet madhore të depresionit, dëmtimet nga rrëzimet, dhimbjet e qafës dhe çrregullimet e ankthit. Vitet e jetës të humbura nga vdekja e parakohshme (YLL) në popullatën shiptare u atribuohen sëmundjeve ishemike të zemrës (18.6%), sëmundjeve cerebrovaskulare (15.2%), infeksioneve respiratore të poshtme (5.6%), kancerit të mushkërisë (4.6%), aksidenteve rrugore (3.5%).

Individët e grupmoshës 40-65 vjeç kanë rrezik më të lartë për një sërë gjëndjesh shëndetësore jo të favorshme dhe pikërisht këta individë do të kishin përfitimin maksimal nga zbulimi i hershëm i sëmundjes së tyre. Historiku i sistemeve shëndetësore në vëndet e zhvilluara dhe te vëndet në zhvillim ka treguar se këto ndërhyrje janë me imakt të madh pozitiv në shëndetin e individit, komuniteteve, impakt pozitiv në ekonominë e një vëndi, si dhe janë ndërhyrje kosto-efektive. Evidenca shkencore botërore ka treguar se përmirësimi i statusit shëndetësor në një popullatë, ka kontribuar në mënyrë të qenësishme në zhvillimin njerëzor dhe ekonomik të kësaj popullate.

Kontrolli shëndetësor në popullatë ka avantazhe për përmirësimin e shëndetit publik. Që ky kontroll bazë të sjellë përfitime, sëmundjet në fjalë duhet të plotësojnë disa kritere. Kështu, sëmundja duhet të ketë një prevalencë apo incidencë të lartë në popullatë; kjo sëmundje mund të dëmtojë shëndetin e individëve nëse nuk identifikohet dhe trajtohet në kohë; sëmundja mund të trajtohet apo parandalohet; testimi duhet të jetë sa më pak invaziv, të kryhet lehtë dhe me kosto të ulët; metodat e testimit duhet të jenë të studiuara shkencërisht dhe të kenë demonstruar që janë të sakta, të besueshme dhe të kenë mundësi që rezultatet e tyre të konfirmohen me metoda të tjera.

Gjithashtu, duhet marrë miratimi i pacientëve përpara se testi përkatës të aplikohet. Vënde të ndryshme kanë krijuar të ashtuquajturat “korniza të depistimit”, bazuar në parimet e depistimit të

hartuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, me qëllim për të orientuar vendimarrësit kur këta të fundit shqyrtojnë çështje që kanë të bëjnë me programet e depistimit të popullatës.

Kjo përjasje e re është një vlerë e shtuar në sistemin tone shëndetësor, duke synuar në mbrojtjen e popullatës nga kërcënimet mbi shëndetin, do të ndihmojë që njerëzit të jetojnë cilësisht më gjatë, si dhe do të ndihmojë në mbrojtjen e shtresave vulnerabel të shoqërisë. Kjo përjasje na ofron mundësinë të fokusohemi te shëndeti dhe ruajtja e tij dhe jo vetëm te sëmundja dhe kurimi i saj.

FALËNDERIME

Falënderojmë të gjithë anëtarët e grupit të punës përfaqësuesit e Ministrisë së Shëndetësisë, FSDKSH, QKCSAISH dhe veçanërisht Profesionistët e Shëndetësisë të Shërbimeve përkatësë në QSUT “Nënë Tereza” për bashkëpunimin dhe kontributin që kanë dhënë në hartimin e këtij udhërrëfyesi.

GRUPI I PUNËS:

Ky udhërrëfyes u përgatit në zbatim të Urdhrit Nr.73, date 17.02.2016, “Për ngritjen e grupeve të punës për hartimin e Udhërrëfyesve të ndjekjes së rasteve në bazë të gjetjeve të Kontrollit Mjekësor Bazë për Shtetasit e moshës 40-65 vjeç”

a) Sëmundjet Kardio- vaskulare

- Z. Artan Goda Kryetar
QSUT
- Z. Leonard Simoni Anëtar
QSUT
- Znj. Nevila Çausi Anëtar
Ministria e Shëndetësisë
- Znj. Devis Thaçi Anëtar
FSDKSH
- Znj. Yllka Llanaj Anëtar
QKCSA-ISH

b) Sëmundja hipertensive

- Z. Mihal Tase Kryetar
QSUT
- Znj. Ergita Nelaj Anëtar
QSUT
- Znj. Nevila Çausi Anëtar
Ministria e Shëndetësisë
- Z. Devis Thaçi Anëtar
FSDKSH
- Znj. Yllka Llanaj Anëtar
QKCSA-ISH

c) Sëmundjet Endokrine

- Z. Agron Ylli Kryetar
QSUT
- Z. Gerond Hysi Anëtar
QSUT
- Znj. Nedime Ceka Anëtar
Ministria e Shëndetësisë
- Z. Devis Thaçi Anëtar
FSDKSH
- Znj. Vilma Qatipi Anëtar
QKCSA-ISH

d) Kanceri kolorektal

- Znj. Adriana Babameto Kryetar
QSUT
- Znj. Eralda Mariani Anëtar
Ministria e Shëndetësisë
- Znj. Sonela Xinxo Anëtar
ISHP
- Znj. Mercedes Majko Anëtar
FSDKSH
- Znj. Rozarta Nezaj Anëtar
QKCSA-ISH

Grupi kordinues i procesit:

- Znj. Mirela Çela, QKCSA-ISH
- Z. Petro Mersini, MSH
- Z. Gazmend Bejtja, MSH
- Z. Erol Çomo, MSH
- Z. Alban Ylli, ISHP
- Znj. Jonida Seferi, MSH

PËRMBAJTJA

HYRJE	2
FALËNDERIME	4
GRUPI I PUNËS:	5
PËRMBAJTJA	6
MODULI I - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR MENAXHIMIN E SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE NË BAZË TË GJETJEVE TË KONTROLLIT	
MJEKËSOR BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65 VJEÇ	7
MODULI II - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR MENAXHIMIN E TENSIONIT ARTERIAL NË BAZË TË GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR	
BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65 VJEÇ	20
MODULI III - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR MENAXHIMIN E SËMUNDJEVE ENDOKRINE NË BAZË TË GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR	
BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65 VJEÇ	46
MODULI IV - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE NË BAZË TË GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65 VJEÇ PËR KANCERIN KOLOREKTAL	59
SHTOJCA	72

**MODULI I - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR
MENAXHIMIN E SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE NË BAZË TË
GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË PËR SHTETASIT E**

MOSHËS 40-65 VJEÇ

I. Shkurtime:

ACEi -	Frenues të Enzimës Konvertuese të Angiotensinës II
ARB -	Bllokues të Receptorëve të Angiotensinës II
IM -	Infarkt miokardi
HbA1C -	Hemoglobina e Glukozuar (A1C)
HDL -	Lipoproteina me Densitet të Lartë
HTA -	Hipertension Arterial
KV -	Kardiovaskular
LDL -	Lipoproteina me Densitet të Ulët
TA -	Tension Arterial, (presion gjaku)
TMT -	Treguesi i Masës Trupore
SCORE -	Vlerësimi Sistemik i Rrezikut Koronar
SKV -	Sëmundje Aterosklerotike Kardiovaskulare
SVP-	Sëmundje Vaskulare Periferike

II. Definicione dhe Problematika:

Diagnostikimi ndjekja dhe trajtimi pacientëve me SKV klinike ose me faktorë rreziku kardiovaskularë

Parandalimi parësor

1. Identifikimi dhe mjekimi i individëve pa SKV por me faktorë rreziku për sëmundje kardiovaskulare dhe vlerësimi i shkallës së rrezikut për ngjarje KV.
2. Identifikimi dhe mjekimi individëve që rezultojnë me SKV për herë të parë së bashku me faktorët shoqërues të rrezikut për SKV.

Parandalimi dytësor

1. Ndjekja dhe trajtimi në vazhdimësi i pacientëve me SKV të njohur së bashku me faktorët shoqërues të rrezikut për SKV.

III. Objektivi i këtij Udhërrëfyese :

Parandalimi i zhvillimit të SKV nëpërmjet reduktimit të mundshëm të faktorëve të rrezikut kardiovaskular dhe nxitjes së një stili jete të shëndetshëm, si dhe parandalimi i përkeqësimit dhe i ndërlikimeve të pacientëve me SKV klinike të njohur

IV. Përdoruesit:

Mjekët e shërbimit të klinikave të kardiologjisë , kardiologët e shërbimit ambulator dhe mjekët e familjes të kujdesit shëndetësor parësor .

V. Rastet klinike, faktorët e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare dhe etapat diagnostike

Mbas kryerjes së kontrollit bazë Individët

1. Me :

- ~ Sëmundje Kardiovaskulare (SKV të njohur;
- ~ diabet tipi II,ose tipi I me mikroalbuminuri;
- ~ nivele shume të larta të faktorëve individualë të rrezikut që bëjnë pjesë tashmë në RREZIK TE LARTË për SKV kanë nevojë për menaxhim të të gjithë faktorëve të rrezikut.

2. Për të gjithë individët e tjerët, përdoren tabelat e rrezikut SCORE për të vlerësuar rrezikun total-kjo është shumë e rëndësishme, pasi shumë njerëz kanë nivele mesatarisht të rritura të disa faktorëve të rrezikut, në kombinim mund të rezultojnë në nivele shumë të larta të rrezikut total. Ku të gjithë individët me tregues SCORE $\geq 5\%$ rezultojnë RREZIK TE LARTE për SKV kanë nevojë për menaxhim të të gjithë faktorëve të rrezikut të cilët janë shtjelluar më poshtë.

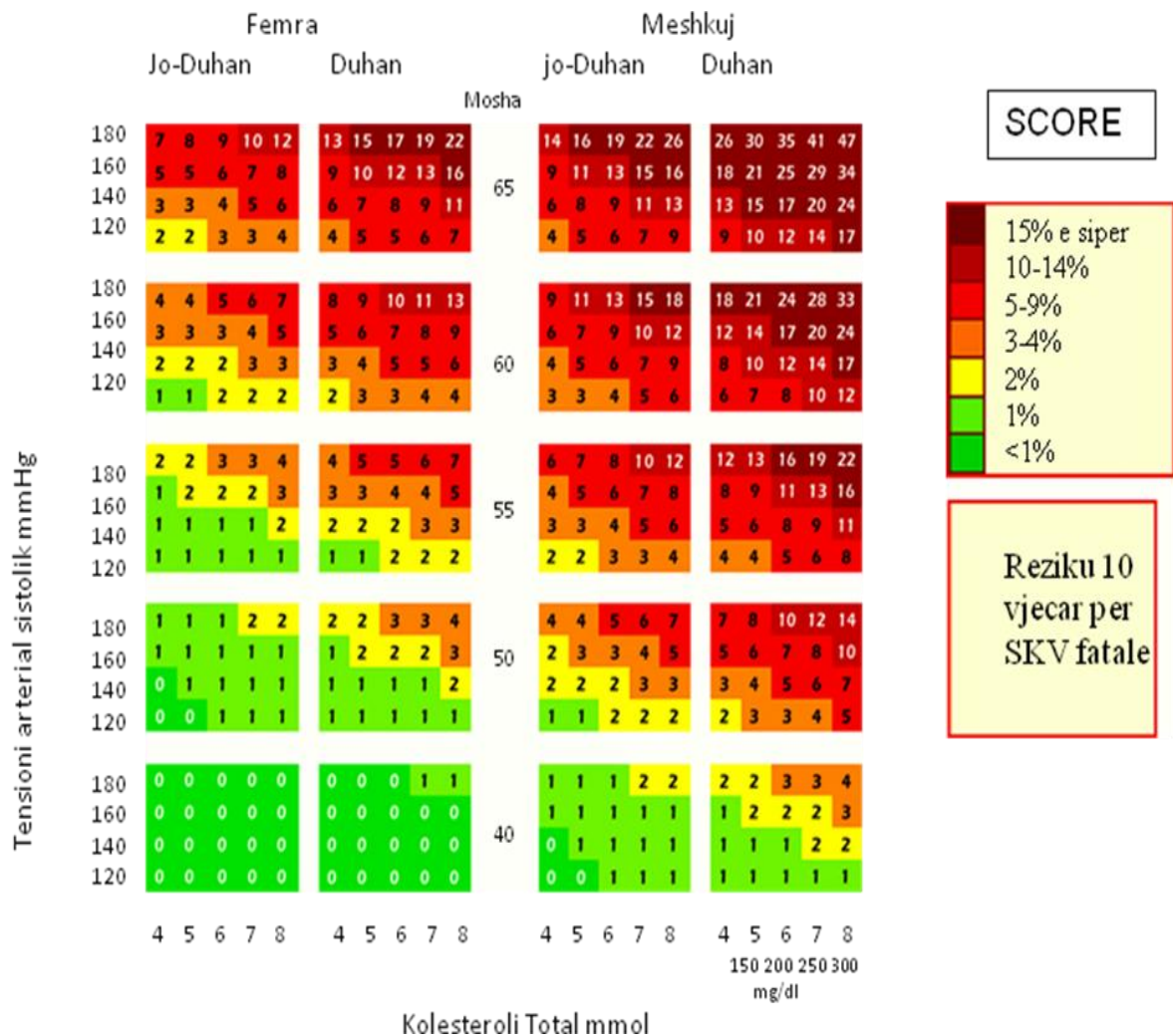


Tabela SCORE: Rreziku 10 vjeçar për SKV fatale në popullatën me rrezik të lartë për SKV bazuar në faktorët e mëposhtëm të rrezikut: moshë, gjinia, duhanpirja, tensioni arterial sistolik dhe kolesteroli total.

Kur ta vlerësoj rrezikun total për SKV ?

Nëse gjatë konsultimit :

- personi është duhanpirës në moshë të mesme;
- nëse dihet për një,ose më shumë faktorë rreziku (si HTA,ose rritje të kolesterolit);
- ka një histori familiare për SKV të parakohshme,ose për faktorë madhorë rreziku;
- simptoma sugjeruese për SKV.

Vlerësimi i rrezikut : Çfarë të bëj ?

Përdor SCORE nëse nuk ka SKV të njohur, diabet, faktorë rreziku të vetëm shumë të lartë.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Historia: Sëmundje të mëparshme, histori familiare për SKV të parakohshme, duhanpirje, zakone dietetike dhe aktiviteti fizik. • Ekzaminimi: TA, frekuenca kardiake, auskultimi i zemrës dhe pulmoneve, pulsacionet periferike, gjatësia, peshë (BMI), perimetri i belit. | <ul style="list-style-type: none"> • Teste laboratorike: urina për glukozë dhe proteina, • mikroalbuminuria tek diabetikët, kolesterolit dhe lipidet esëll (LDL dhe HDL-kolesterolit, trigliceridet), glicemia, kreatinina. • EKG dhe PU- EKG nëse dyshohet angina pectoris. • EKG dhe ekokardiogramë në persona hipertensivë. • Në rast SKV të parakohshme, apo agresive,veçanërisht në pacientë me histori familiare të SKV të parakohshme: konsidero PCR, lipoproteinën(a), fibrinogjenin, homocisteinën n.q.s. është e mundur. |
|---|---|

SKV e konfirmuar

DM-1, DM-2 mikroalbuminuri

FR i vetëm shumë i rritur

Rreziku SCORE $\geq 5\%$

Rreziku SCORE $< 5\%$

Rekomandime për stilin e jetës:

- Jo duhan.
- Reduktim i peshës trupore nëse BMI ≥ 25 kg/m² dhe veçanërisht nëse ≥ 30 /m².
- Mos shtim i peshës nëse perimetri abdominal 80-88 cm në gra dhe 94-102 cm në burra. Këshilla për rënie peshe nëse PA ≥ 88 cm në gra dhe ≥ 102 në burra.
- 30 minuta aktivitet fizik të moderuar në ditë për pjesën më tëmashe të ditëve të javës. Ushtrimet fizike dhe reduktimi i peshës mund të parandalojë diabetin.
- Dietë e shëndetshme :
 - shumëllojshmëri;
 - ~ kalorazh i tillë që të shmangë mbipeshën;
 - ~ merr: fruta, perime, drithëra, peshk, mish pa yndyrë, produktë me pak yndyrna.
 - ~ zvendësim i yndyrnave të saturuara me ato polo dhe mono të pasaturuara.
 - ~ subjektet hipertensive duhet të kufizojnë marrjen e kripërave.

Trajtim me medikamente (tek mjeku specialist) :

Kur rreziku është mbi 5% dhe veçanërisht mbi 10%,ose nëse ka dëmtim të organeve. Tek të moshuarit, zakonisht nuk rekomandohet trajtimi me barna nën rrezikun prej 10%, përveç rasteve kur ekziston një indikacion specifik.

Konsidero barnat antihipertensive kur TA $\geq 140/90$ mmHg.

Konsidero statinat kur kolesterolit total ≥ 200 ,ose LDL ≥ 100 .

Në pacientë me SKV : aspirinë, statina për pjesën më të madhe.

Në pacientë me diabet: konsidero barnat hipoglicemiantë

Këshilla për stilin e jetës, për të mbajtur statusin në rrezik të ulët.
Rivlerësim periodik i rrezikut total

Principet e ndryshimit të sjelljes dhe menaxhimi i faktorëve të rrezikut të sjelljes

Menaxhimi i rrezikut kardiovaskular total- UDHËZIME PËR TË NDIHMUAR NDRYSHIMET E SJELLJES

- (1) Zhvilloni një aleancë mbështetëse me pacientin.
- (2) Sigurohuni që pacienti e kupton lidhjen midis stilit të jetës dhe sëmundjes.
- (3) Përdoreni këtë për të garantuar ndryshimin e stilit të jetës.
- (4) Përfshini pacientin në identifikimin e faktorëve të rrezikut për ndryshim.
- (5) Eksploroni pengesat potenciale ndaj ndryshimit.
- (6) Ndihamoni në përcaktimin e një plani për ndryshim.
- (7) Jini praktikë dhe inkurajoni që “ÇDO rritje në aktivitetin fizik është gjë e mirë”.
- (8) Mbështesni përpjekjet e pacientit për të ndryshuar.
- (9) Monitoroni progresin nëpërmjet takimeve për ndjekje.
- (10) Kur është e mundur përfshini punonjës të tjerë të kujdesit shëndetësor.

Menaxhimi i rrezikut total kardiovaskular

– PSE NJERËZIT E KANË TË VËSHTIRË TË NDRYSHOJNË STILIN E JETËS SË TYRE ?

- (1) Gjendja socio-ekonomike: Gjëndja e ulët socio-ekonomike, përfshirë nivelin e ulët të edukimit dhe të ardhurat e pakta, pakësojnë aftësinë për të ndryshuar stilin e jetës.
- (2) Izolimi social: Njerëzit që jetojnë vetëm janë më të prirur ndaj stileve të jetesës të pashëndetshme.
- (3) Stresi: Stresi në punë dhe në shtëpi e vështirëson përshtatjen e njerëzve me një stil jete të shëndetshme.
- (4) Emocionet negative: Depresioni, ankthi dhe mërzia pengon në ndryshimin e stilit të jetës.
- (5) Këshillat komplekse dhe ngatërruese.

Rritja e vëmëndjes së mjekut ndaj këtyre faktorëve lehtëson empatinë dhe dhënien e këshillave të thjeshta dhe të qarta.

Duhanpirja

Menaxhimi i rrezikut total kardiovaskular – DUHANPIRJA

Të gjithë duhanpirësit duhet të inkurajohen profesionalisht që të ndërpresin përfundimisht duhanin, në të gjitha format e tij.

Pesë A-të mund të ndihmojnë-

A –ASK (Pyesni) Identifikoni sistematikisht të gjithë duhanpirësit në çdo rast që ju jepet.

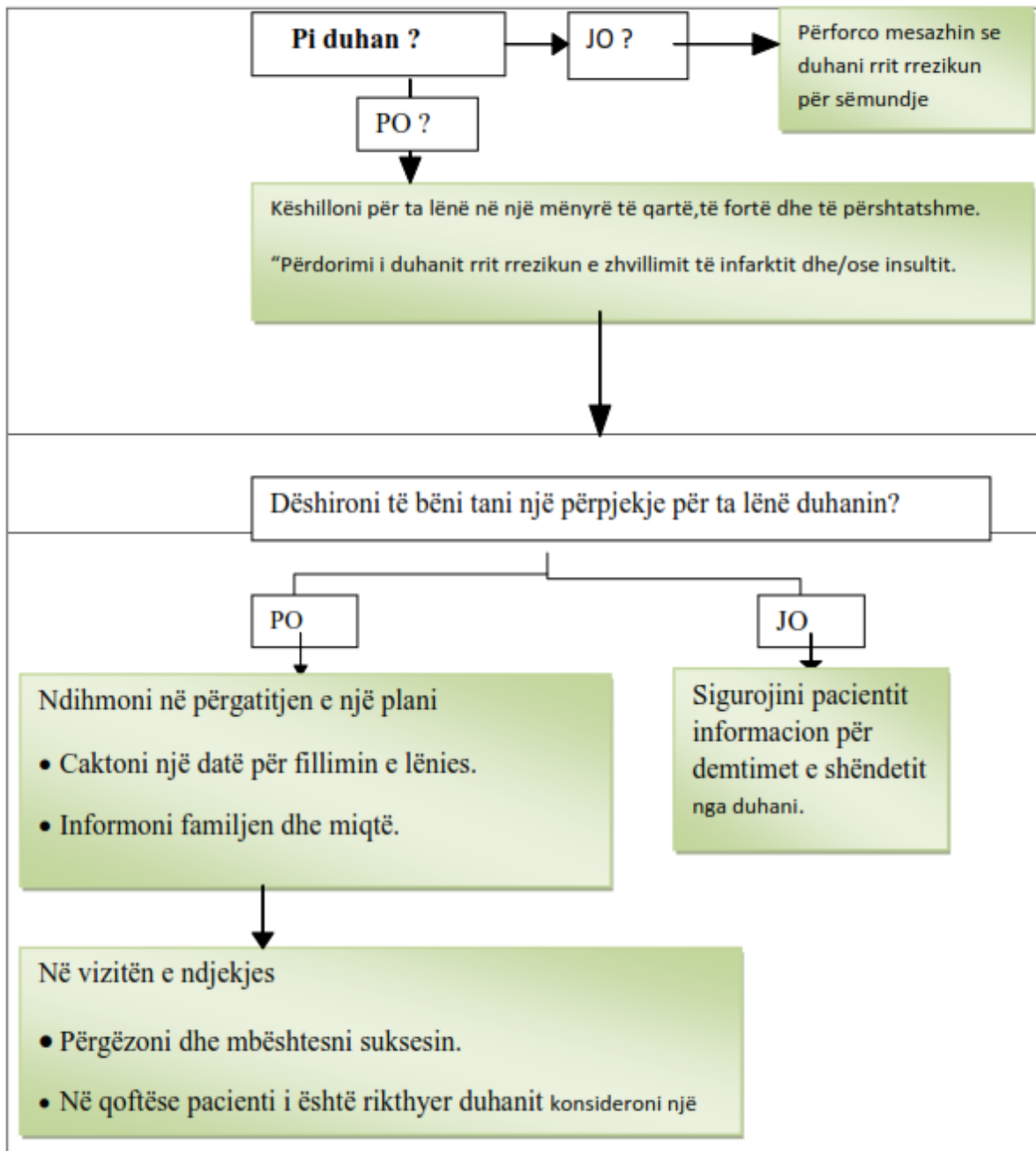
A-ASSESS (vlerësoni) Përcaktoni shkallën e adiksionit të individit dhe gatishmërinë e tij/saj për ta lënë duhanin.

A-ADVISE (këshilloni) Pa dallim, nxisni gjithë duhanpirësit për ta lënë duhanin.

A-ASSIST (mbështesni) Bini dakort në një strategji për lënien e duhanit përfshirë këshillimin e sjelljes, terapinë zëvendësuese me nikotinë dhe/ose ndërhyrjet farmakologjike.

A-ARRANGE (organizoni) Organizoni një plan për vizitat në ndjekje.

Algoritmi i OBSH për Lënien e Duhanit.



Ushqyerja, mbipesha dhe obeziteti

Menaxhimi i rrezikut total kardiovaskular –

ZGJEDHJA E USHQIMEVE TË SHËNDETSHME

Të gjithë individët duhet të këshillohen për ushqimet e shëndetshme që shoqërohen me një rrezik më të ulët kardiovaskular. Personat në rrezik të lartë duhet të marrin këshilla dietetike nga specialisti, nëse është e mundur.

Rekomandime të përgjithëshme duhet të përshtaten me kulturën lokale:

- (1) Duhet ngrënë një shumëllojshmëri ushqimesh.
- (2) Kaloritë duhet të përshtaten në mënyrë të tillë që të shmangin mbipeshën.
- (3) Inkurajoni: frutat, perimet, drithërat, peshkun, mishin jo të yndyrshëm, produkte dietetike.

Zëvendësoni yndyrnat e saturuara që gjenden në një numër të madh produktesh, përfshirë mishin dhe produktet e qumështit, sallamin, proshutat, djathin, dhjamin dhe gjalpin, brumërat, biskotat dhe në shumë ushqime të përpunuara me ushqimet e mësipërme dhe me yndyrna të monopasaturuara dhe të polipasaturuara me origjinë bimore dhe nga produktet e detit. Yndyrnat totale duhet të reduktohen deri në < 30% të vlerave energjitike, nga të cilat < 1/3 të jenë të saturuara.

- (4) Reduktoni marrjen e kripës në qoftë se tensioni arterial është i rritur, duke shmangur përdorimin e tepërt në gatim dhe duke zgjedhur ushqime të freskëta, jo të konservuara. Shumë ushqime të përpunuara, gjysmë të përgatitura kanë përmbajtje të lartë me kripë.

Menaxhimi i rrezikut total kardiovaskular - PESHA TRUPORE

- (1) Rritja e peshës trupore shoqërohet me një rritje të rrezikut total dhe sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga SKV, pjesërisht nga rritja e e presionit te gjakut dhe kolesterolit plazmatik, reduktimi i HDL-kolesterolit dhe nje rritje të mundësisë së shfaqjes së diabetit.
- (2) Reduktimi i peshës rekomandohet tek njerëzit obezë ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) dhe duhet të konsiderohet për ata që janë mbipeshë ($BMI \geq 25$ dhe $<30 \text{ kg/m}^2$).
- (3) Burrat me perimetrin abdominal 94-102 cm dhe gratë me perimetrin abdominal 80-88 cm janë të këshilluar të mos shtojnë më në peshë. Burrat me perimetrin abdominal mbi 102 cm dhe gratë me perimetrin abdominal mbi 88 cm janë të këshilluar të bien nga pesha.
- (4) Kufizimi i kalorive totale dhe aktiviteti fizik i rregullt janë elementet bazë për kontrollin e peshës. Ka mundësi që nga aktiviteti fizik të ndodhë përmirësimi i metabolizmit të yndyrnave para së të ndodhë reduktimi i peshës.

AKTIVITETI FIZIK

Menaxhimi i rrezikut total kardiovaskular - AKTIVITETI FIZIK

- (1) Theksoni se përfitime pozitive mbi shëndetin ndodhin me pothuajse çdo rritje në aktivitetin fizik. Sasi të vogla ushtrimesh kanë efekt shtesë. Mundësitë për ushtrime ekzistojnë në vëndin e punës, për shembull duke përdorur shkallët në vend të ashensorit.
- (2) Përpiquni të gjeni aktivitete të kohës së lirë që japin kënaqësi.
- (3) 30-45 minuta aktivitet fizik pak a shumë energjistik në të shumtën e ditëve të javës (5 dite ne jave) do të reduktojë rrezikun dhe do të përmirësojë gjendjen fizike.

- (4) Ushtrimi së bashku me familjen, ose miqtë tenton të përmirësojë motivimin.
- (5) Përfitimet shtesë përfshijnë një ndjenjë mirëqënieje, reduktim i peshës dhe vetëvlerësim më të mirë.
- (6) Inkurajimi dhe mbështetja e vazhdueshme nga mjeku mund të ndihmojë në ecuri.

Tensioni Arterial , Diabeti Mellitus dhe Dislipidemite trajtohen në udhërrëfyes të vecantë

VI. Harta e Rrugës Vendimëarrëse dhe Algoritme te Vendimeve

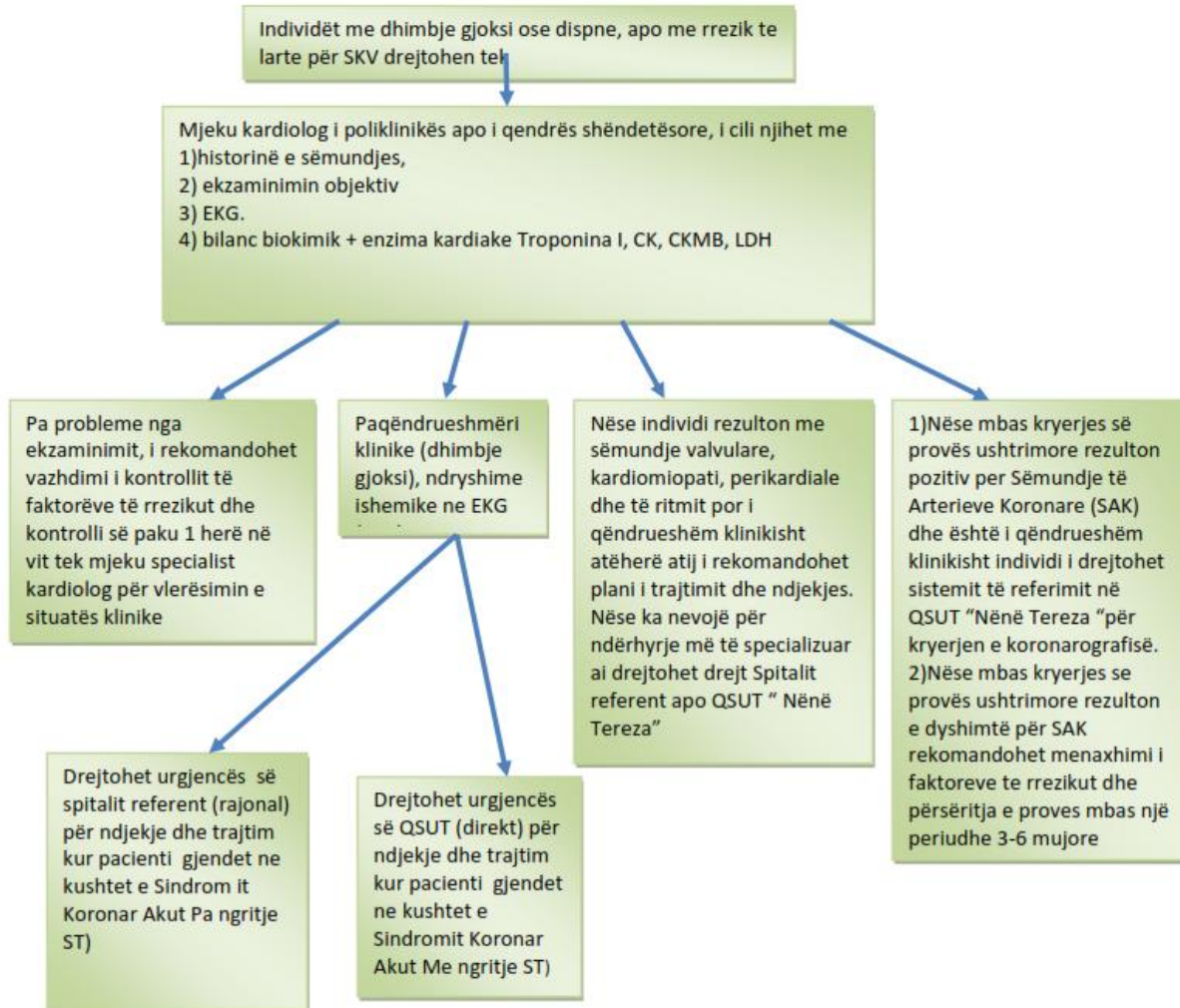
Ndjekja – Rrugëtimi i individëve sipas vlerësimit të rrezikut për SKV dhe me ose pa shenja klinike për SKV

- 1) Të gjithë individët pa ankesa për SKV dhe pa SKV të njohur dhe me rrezik të ulët për SKV (<5%) sipas SCORE mbështeten të vazhdojnë të mbajnë këtë stil jete dhe të kryejnë kontrolle periodike për të vlerësuar rrezikun KV.
- 2) Të gjithë individëve pa ankesa për SKV dhe pa SKV të njohur por me rrezik të lartë për SKV ($\geq 5\%$) sipas SCORE i kryhet një menaxhim i kombinuar i të gjithë faktorëve të rrezikut, duke rekomanduar kontrolle periodike për vlerësimin e rrezikut KV.
- 3) Të gjithë individët me dhimbje gjoksi sugjestive për anginë pectoris dhe me dispne, apo me rrezik te larte për SKV drejtohen tek mjeku kardiolog i poliklinikës apo i qendrës shëndetësore, i cili njihet me historinë e sëmundjes, kryen ekzaminimin objektiv e pacientit, dhe kryen EKG dhe mundësisht merr bilancin biokimik dhe enzimat kardiake Troponina I, CK, CKMB, LDH.

- a. Mbas vlerësimit klinik dhe EKG pacientët drejtohen për vlerësim të mëtejshme në spitalin rajonal (sipas sistemit të referimit në Shqipëri); si dhe kryerjen e ekzaminimeve të mëtejshme si Echo Kardiake dhe Provën Ushtrimore (nëse nuk ka kunderindikacion për kryerjen e saj që rezulton nga ekzaminimi klinik, EKG dhe Echo Kardiake).
 - b. Mbas vlerësimit klinik dhe kryerjes së ekzaminimeve.
 - i. Nëse individi rezulton pa probleme nga ekzaminimi, i rekomandohet vazhdimi i kontrollit të faktorëve të rrezikut dhe kontrolli së paku 1 herë në vit tek mjeku specialist kardiolog për vlerësimin e situatës klinike.
 - ii. Nëse individi rezulton me sëmundje valvulare, kardiomiopati, perikardiale, apo te ritmit por i qëndrueshëm klinikisht atëherë atij i rekomandohet plani i trajtimit dhe ndjekjes. Nëse ka nevojë për ndërhyrje më të specializuar ai drejtohet drejt Spitalit referent apo QSUT “Nënë Tereza” sipas sistemit të referimit.
 - iii. Nëse mbas kryerjes së provës ushtrimore rezulton pozitiv për Sëmundje të Arterieve Koronare (SAK) dhe është i qëndrueshëm klinikisht individi i drejtohet sistemit të referimit në QSUT “Nënë Tereza” për kryerjen e koronarografisë. Nëse mbas kryerjes së provës ushtrimore rezulton e dyshimtë për SAK rekomandohet menaxhimi i faktorëve të rrezikut dhe përsëritja e provës mbas një periudhe 3-6 mujore.
 - iv. Nëse gjatë ekzaminimit pacienti rezulton paqëndrueshëm klinikisht, me ndryshime në EKG (kur pacienti gjendet në kushtet e Sindromit Koronar Akut **Pa ngritje** të ST), ai dërgohet drejt urgjencës së spitalit referent apo atij rajonal për trajtim dhe vlerësim të mëtejshëm.
 - v. Nëse gjatë ekzaminimit pacienti rezulton paqëndrueshëm klinikisht, me ndryshime në EKG, Echo kardiake dhe enzima kardiake të larta (kur pacienti gjendet në kushtet e Sindromit Koronar Akut **Me ngritje** të ST), ai dërgohet për ekzaminime dhe trajtim të mëtejshëm në QSUT “Nënë Tereza”.
- 4) Për individët me SKV të njohur rekomandohet menaxhimi i të gjithë faktorëve të rrezikut dhe kontrolli periodik tek mjeku specialist sipas rekomandimit të tij.

2. Algoritme te Vendimeve

Algoritmi i Ndjekjes së Individëve me Shenja dhe Simptoma për Sëmundje Kardiovaskulare



VII. Bibliografia dhe Evidenca

1. Udhëzuesit për Kontrollin Mjekësor Baze për Shtetasit e Grupmoshës 40-65 vjeç
2. Protokolli Kombëtar i Praktikës Klinike per Parandalimin e Sëmundjes Aterosklerotike Kardiovaskulare ,2010

**MODULI II - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR
MENAXHIMIN E TENSIONIT ARTERIAL NË BAZË TË GJETJEVE TË
KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-65**

VJEÇ

I. SHKURTIME

PAS-	Presioni Arterial Sistolik
PAD-	Presioni Arterial Diastolik
PA-	Presioni Arterial
KV-	Kardiovaskular
ABPM -	Monitorimi ambulator i presionit Arterial
HBPM-	Monitorimi në shtëpi i Presionit Arterial
HVM-	Hipertrofia e Ventrikulit të Majte
HTA-	Hipertensioni Arterial
TA-	Tensioni Arterial
TAs –	Tensioni Arterial Sistolik
TAd –	Tensioni Arterial Diastolik
SIZ-	Sëmundja Ishemike e Zemrës
IK-	Insuficienca Kardiake
SM –	Sindromi Metabolik
KV –	Kardiovaskular
RMN –	Rezonanca Magnetike Nukleare
CT –	Tomografia e Kompjuterizuar
IKK –	Insuficienca Kardiake Kongjестive
SPOK –	Sëmundje Pulmonare Obstruktive Kronike
EKG –	Elektrokardiografia
EKO –	Ekografia
FA –	Fibrilacion Atrial
VM –	Ventrikuli i majte
AVC –	Aksidenti Vaskular Cerebral
IMA –	Infarkt Miokardik Akut
ACEi –	Inhibitor i Enzimës së Konversionit
ARB –	Bllokuesit e Receptoreve të Angiotensines
BB-	Frenuesit Beta
CCB-	Frenuesit e kanalit të kalciumit
AHA-	American Heart Association

II. DEFINICIONE DHE PROBLEMATIKA

Hipertensioni është një problem global dhe situata po përkeqësohet. Popullata e botës po “vjeterohet” dhe moshë është faktori më i shpeshtë i riskut për hipertension. Sipas një vlerësimi të përafërt mbi një bilion njerëz ose 30% e popullsisë së adultëve të botës kanë hipertension dhe ky numër pritet të rritet në 1.56 bilion në 2025. Kjo shifra janë të vlefshme si për vendet e zhvilluara (333 milion) dhe ato të pazhvilluara (639 milion). Hipertensioni është një problem i madh, që takohet në rreth 28% të popullatës në USA.

Shumica e subjekteve hipertensive janë të diagnostikuara me hipertension primar ose esencial. HTA esencial është një sindrom i trashëgueshëm që reflekton një sërë anomalish fiziopatologjike, të cilat çojnë në mënyrë të pavarur ose së bashku në rritje të presionit arterial. Megjithatë shkaqet sekondare ekzistojnë në një përqindje të vogël të subjekteve hipertensive, rreth 5%, përseri ato përfaqësojnë një numër të madh pacientësh. Shkaqet sekondare të hipertensionit, në vijë të përgjithshme, i ndajmë në shkaqe renale (parenkimale ose renovaskulare) dhe endokrine. Në disa patologji, shumë raste mund të diagnostikohen prej një klinici të vëmendshëm, për shkak të shenjave dhe simptomave të cilat janë shpesh të qarta (p.sh. feokromocitoma dhe sindroma Cushing). Veç kësaj, hipertensioni refraktar ndaj mjekimit me antihipertensive mund të nxirret mjekun të kërkojë për shkaqe sekondare. Moshë dhe seksi i pacientëve hipertensive mund të ndihmojë në diagnozën e çrregullimeve me etiologji sekondare. P.sh. hiperplazia fibromuskulare dhe sindromi Cushing takohen më shpesh në femrat e reja, ndërkohë që hipotiroidizmi primar gjendet më shpesh në femrat më të mëdha.

Përfundimisht, berja e diagnozës së një çrregullimi sekondar është domosdoshmëri sepse mund të çojë në përmirësimin e rëndësishëm ose në disa raste deri në trajtim të plotë përfundimtar të hipertensionit.

Hipertensioni përben një faktor të madh rreziku kardiovaskular. Në dimë se SIZ është dy herë më e shpeshtë tek këta subjekte, ndërsa në 60% të rasteve me IK në të vërtetë shkak i vetëm konsiderohet Hipertensioni Arterial ndërsa përgjegjësi i tij shkon në 50% të rasteve me Insult Ishemik dhe në mbi 80% të rasteve me Insult hemoragjik.

III. OBJEKTIVI I KËTIJ UDHËRRËFYESI

Diagnostikimi dhe ndjekja e mëtejshme e pacientëve me hipertension esencial dhe sekondar

IV. PËRDORUESIT

Mjeket e familjes, mjeket specialist te Hipertensionit Aterial dhe kardiolog, nefrolog, endokrinolog në kujdesin parësor

V. RASTET KLINIKE, FAKTORËT E RREZIKUT PËR SËMUNDJEN HIPERTENSIVE DHE ETAPAT DIAGNOSTIKE DHE TERAPEUTIKE

Mbas kryerjes së kontrollit mjekësor bazë (Check-up 40-65 vjec)

Hapi i pare – Vlerësimi i pacientit për TA

Një problem shpesh I neglizhuar por me shume interes është vlerësimi për here te pare i HTA te lehte qe shpesh është i stadit te pare pasi jo rralle mund te bëjmë ose mbidiagnose ose nënvlerësim te saj. Për këtë arsye kërkohet vëmendje e përqendrim ne konsultën e pare kur duhet te vendosim ne se kemi një HTA te lehte apo jo.

Vlerësimi fillestar i një pacienti me hipertension duhet :

- (a) të konfirmojë diagnozën e hipertensionit,
- (b) të zbulojë shkaqet e hipertensionit sekondar dhe
- (c) të vlerësojë riskun KV, dëmtimin e organeve dhe sëmundjet klinike bashkë-ekzistuese.

Kjo kërkon:

- 1) matjen e PA,
- 2) anamnezën mjekësore duke përfshirë anamnezën familjare,
- 3) ekzaminimin fizik,
- 4) ekzaminimet laboratorike dhe teste të tjera diagnostike.

Disa nga ekzaminimet janë të nevojshme tek të gjithë pacientët; të tjera, vetëm në grupe të veçanta pacientësh.

Hipertension është përkufizuar si vlerat e PAS ≥ 140 mmHg dhe/ose vlerat e PAD ≥ 90 mmHg, bazuar mbi evidencat nga studimet e randomizuara se te pacientët me këto vlera të PA, reduktimet e PA të induktuara nga trajtimi janë me përfitim.

Konfirmimi diagnozës

Matja e presionit. Aktualisht, në shumë vende evropiane - edhe pse jo te të gjitha, PA nuk mund të matet më duke përdorur një sfigmomanometër me mërkur. Në vend të tij përdoren sfigmomanometra auskultatorë ose oshilometrikë gjysëm automatikë

Udhëzimet për matjen korrekte të PA përmblihen si me poshtë.

Matja e presionit arterial në klinikë
Kur matim presionin arterial në klinikë, duhet të tregojmë kujdes:
<ul style="list-style-type: none">• Të lejojmë pacientin që të pushojë i ulur për 3-5 minuta, përpara se të fillohet matja e PA.
<ul style="list-style-type: none">• Të kryhen të paktën dy matje të PA në pozicionin ulur, 1-2 minuta njëra pas tjetrës dhe matje të tjera, në qoftë se dy matjet e para janë shumë të ndryshme. Merrni në konsideratë PA mesatar, në qoftë se jeni të mendimit se duhet bërë kjo gjë.
<ul style="list-style-type: none">• Të kryhen matje të përsëritura të PA, për të përmirësuar saktësinë te pacientët me aritmi, të tilla si fibrilacioni atrial.
<ul style="list-style-type: none">• Të përdorim një aparat tensioni me pjesë mbështjellëse standarde përreth krahut (12-13 cm e gjerë dhe 35 cm e gjatë), por për të pasur gjithashtu edhe mbështjellëse më të madhe (për perimetër krahu >32 cm) dhe më të vogël, për krahë me perimetër më të vogël.
<ul style="list-style-type: none">• Të vendosim manshetën në nivelin e zemrës, pavarësisht pozicionit të pacientit.
<ul style="list-style-type: none">• Kur adoptoni metodën auskultatore, të përdoret faza I dhe V e Korotkoffit (zhdukja e zhurmave), për të identifikuar PA përkatësisht sistolik dhe diastolik.
<ul style="list-style-type: none">• Të matim PA në të dy krahët në vizitën e parë, për të dalluar diferencat e mundshme. Në këtë rast, të merret si referencë krahu me vlerën më të madhe të PA.
<ul style="list-style-type: none">• Të matim në vizitën e parë PA pas 1 dhe 3 minutash qëndrim në këmbë te subjektet e moshuar, te pacientët diabetikë dhe në gjendjet e tjera në të cilat hipotensioni ortostatik mund të dyshohet ose të jetë i shpeshtë.
<ul style="list-style-type: none">• Të matim në rastin e matjes tradicionale të PA, frekuencën kardiake nëpërmjet prekjës së pulsit (të paktën 30 sekonda), pas matjes së dytë në pozicionin ulur.

Rëndësi te veçante ka matja e monitorim i PA jashtë klinikes,përparësia kryesore e të cilit është se siguron një numër të madh të matjeve të PA larg nga ambienti mjekësor, gjë e cila pasqyron një vlerësim më të besueshëm të PA aktual sesa PA në klinikë. PA jashtë klinikës zakonisht

vlerësohet nëpërmjet ABPM (monitorimi ambulator i presionit arterial) ose HBPM (monitorimi në shtëpi i presionit arterial), zakonisht me anë të matjeve të kryera nga vetë pacienti.

Disa parime dhe sugjerime të përgjithshme, përveç rekomandimeve të tjera për matjen e PA në klinikë.

- Pacientit i duhet shpjeguar në mënyrë të qartë procedura, si me udhëzime verbale, ashtu edhe me udhëzime të shkruara; përveç kësaj, vetë-matja e PA kërkon trajnim të mirë nën mbikëqyrjen e stafit mjekësor.
- Interpretimi i rezultateve duhet të marrë parasysh se riprodhueshmëria e matjeve të PA jashtë klinikës është mjaft e mirë për mesataret e PA për 24 orë, ditën dhe natën, por jo aq e mirë për periudha më të shkurtra brenda intervalit 24-orësh dhe për tregues më kompleksë dhe që rrjedhin nga këto matje.
- ABPM dhe HBPM sigurojnë në një farë mënyre informacion të ndryshëm mbi gjendjen e PA të pacientit dhe riskun e tij dhe kështu që dy metodat duhet të konsiderohen si plotësuese, më shumë sesa konkurrense ose alternative. Përputhja ndërmjet matjeve të ABPM dhe HBPM është e fortë në të moderuar.
- PA i matur në klinikë zakonisht është më i lartë sesa ai ambulator dhe PA i matur në shtëpi dhe ky ndryshim rritet me rritjen e PA të matur në klinikë.
- Pajisjet duhet të jenë vlerësuar dhe përshtatur sipas protokolleve të standardizuara ndërkombëtare dhe duhet që të jenë mirëmbajtur në mënyrën e duhur dhe të jenë kalibruar rregullisht; të paktën çdo gjashtë muaj.

Lidhur me parimet dhe sugjerimet e përgjithshme për dy tipet e monitorimit referoju “Udhëzuesit për Kontrollin Mjekësor Baze për Shtetasit e Grupmoshes 40-65 vjeç” pjesë e të cilit është edhe “Udhëzuesi për programin kombëtar të kontrollit periodik të Hipertensionit Arterial”

Tabela e Klasifikimit të Niveleve të PA

Tabela 3 Përkufizimi dhe klasifikimi i niveleve të presionit arterial të matura në klinikë (mmHg)^a			
Kategoria	Sistolik		Diastolik
Optimal	< 120	dhe	< 80
Normal	120-129	dhe/ose	80-84
I lartë normal	130-139	dhe/ose	85-89
Hipertension i stadit 1	140-159	dhe/ose	90-99
Hipertension i stadit 2	160-179	dhe/ose	100-109

Hipertension i stadi 3	≥ 180	dhe/ose	≥ 110
Hipertension i izoluar sistolik	≥ 140	dhe	< 90

^aKategoria e presionit arterial (PA) përcaktohet nga niveli më i lartë i PA, si sistolik ashtu edhe diastolik. Hipertension i izoluar sistolik duhet të klasifikohet sipas stadeve 1,2 ose 3, duke u nisur nga vlerat e PA sistolik, sipas intervaleve të vlerave të indikuara.

Anamneza

Anamneza e sëmundjes duhet të përfshijë: kohën e diagnostikimit për herë të parë të hipertensionit arterial, matjet aktuale dhe ato të mëparshme të PA dhe medikamentet aktuale dhe ato të mëparshme antihipertensive. Duhet treguar vëmendje e veçantë për indikacionet e shkaqeve sekondare të hipertensionit. Femrat duhet të pyeten rreth hipertensionit të lidhur me shtatzënitë e tyre.

Hipertension përkthehet në një risk të rritur të ndërlikimeve renale dhe KV (Kardivaskulare) (SAK; Semundje Akute Kardiake) insuficienca kardiake; aksidentet cerebrovaskulare; PAD; vdekja KV), veçanërisht kur janë të pranishme sëmundjet bashkëshoqëruese.

EKZAMINIMI FIZIK

Ekzaminimi fizik ka për qëllim të përcaktojë ose të verifikojë diagnozën e hipertensionit, të përcaktojë PA aktual, të depistojë për shkaqe sekondare të hipertensionit dhe të përmirësojë vlerësimin e riskut KV global.

Ekzaminimet laboratorike

Ekzaminimet laboratorike kryhen për të siguruar të dhëna

për praninë e faktorëve shtesë të riskut,

për të kërkuar për hipertension sekondar dhe për të parë

për mungesën ose për praninë e demtimit të organeve target.

Ekzaminimet duhet të kryhen në radhë nga më të thjeshtët deri tek më të ndërlikuarit sikurse paraqiten në tabelën e mëposhtme. (referoju Chek UP)

Ekzaminimet laboratorike
Ekzaminimet rutinë
<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina dhe/ose hematokriti.
<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia esëll.
<ul style="list-style-type: none"> • Kolesterolit total, LDL-kolesterolit, HDL-kolesterolit në gjak.
<ul style="list-style-type: none"> • Trigliceridet esëll në gjak.
<ul style="list-style-type: none"> • Kaliumi dhe natriumi në gjak.
<ul style="list-style-type: none"> • Acidi urik në gjak.
<ul style="list-style-type: none"> • Kreatinina në gjak (me vlerësim të GFR).
<ul style="list-style-type: none"> • Analiza e urinës: ekzaminimi mikroskopik; proteina urinare nëpërmjet testit me letër lakmuesi; test për mikroalbumiurinë.
<ul style="list-style-type: none"> • EKG me 12 lidhje.
Ekzaminimet shtesë, bazuar mbi anamnezën, ekzaminimin fizik dhe të dhënat nga ekzaminimet laboratorike në rutinë
<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina A_{1c} (në qoftë se glicemia esëll është > 5.6 mmol/L (102 mg/dL) ose kemi të konfirmuar diagnozën e diabetit).
<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria sasiore (në qoftë se testi me letër lakmuesi është pozitiv); përqendrimi i kaliumit dhe i natriumit në urinë dhe raporti i tyre.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorimi 24 orësh në shtëpi i PA dhe monitorimi ambulator.
<ul style="list-style-type: none"> • Ekokardiograma.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorimi me holter në rastin e aritmisë.
<ul style="list-style-type: none"> • Testimi në aktivitet fizik.
<ul style="list-style-type: none"> • Eko e karotideve.
<ul style="list-style-type: none"> • Eko e arterieve periferike/ eko abdominale.
<ul style="list-style-type: none"> • Shpejtësia e valës së pulsit.
<ul style="list-style-type: none"> • Indeksi kyçi i këmbës-krah.
<ul style="list-style-type: none"> • Fundoskopia.

Vlerësim i gjerë (kryesisht kompetencë e specialistit)

- Kërkime të mëtejshme për dëmtime cerebrale, kardiake, renale dhe vaskulare.
- Kërkime për hipertensionin sekondar, kur sugjerohet nga anamneza, ekzaminimi fizik ose testet rutinë dhe ato shtesë.

PA = presioni arterial; EKG = elektrokardiograma; GFR = shpejtësia e filtrimit glomerular.

Hapi i dyte

2.Vlerësimi i Faktorëve të rrezikut për sëmundjen Hipertensive , identifikimi tyre

Eshte teper e rëndesishme te grupohen dhe te identifikohen pacientet qe perbejne grup risku te caktuar dhe te predispozuar per semundjen Hipertensive.

Identifikimi i tyre në **risk të ulët, të moderuar, të lartë ose shumë të lartë**, kërkon përdorim të modeleve për të vlerësuar riskun total KV, në mënyrë që të jemi në gjendje që në përputhje me ato të gjykohet mbi metodën terapeutike.

Risku mund të jetë më i lartë te: (perbejne risk te larte)

- **Subjektet që bëjnë jetë sedentare dhe ata me obezitet qëndror;**
Risku relativ i shoqëruar me mbipeshë është më i madh te subjektet më të rinj sesa tek ata më të mëdhenj në moshë.

- **Individët e izoluar nga pikëpamja sociale , dhe ata nga minoritetet etnike**

- **Subjektet me vlerë të rritur të glukozës esëll dhe/ose një test anormal për tolerancën ndaj glukozës, të cilët nuk i përmbushin kriteret diagnostike për diabet.**

- **Individët me nivele të rritura**
 - të triglicerideve,
 - fibrinogjenit,
 - apolipoproteinës B,
 - lipoproteinës (a)
 - dhe me ndjeshmëri të lartë të proteinës C reaktive.

- **Individët me një anamnezë familjare për SKV të parakohshme**
(Përpara moshës 55 vjeç te burrat dhe 65 vjeç te gratë).

2.1 Hipertensioni përben një faktor madhor rreziku kardiovaskular.

Ne dime se SIZ është dy here me e shpeshte tek keta subjekte, ndersa ne 60% te rasteve me IK ne te vertete shkak i vetem konsiderohet Hipertensioni Arterial ndersa pergjegjesia e tij shkon ne 50% te rasteve me Insult Ishemik e ne mbi 80% te rasteve me Insult hemoragjik.

Vlerësimi i riskut kardiovaskular total është i lehtë në nëngrupe të veçanta pacientësh, të tilla si ata me anamnezë për sëmundje kardiovaskulare ekzistuese (SKV), diabet, SAK ose me faktorë të vetëm risku tepër të rritur. Në të gjitha këto situata, risku kardiovaskular total është i lartë ose shumë i lartë, duke pasur nevojë për masa intensive që e reduktojnë këtë risk.

Megjithatë, një numër i madh i pacientëve me hipertension, nuk i përkasin ndonjëres prej kategorive të mësipërme dhe identifikimi i tyre në risk të ulët, të moderuar, të lartë ose shumë të lartë, kërkon përdorim të modeleve për të vlerësuar riskun total KV, në mënyrë që të jemi në gjendje që në përputhje me ato të gjykohet mbi metodën terapeutike

Vlerësimi i rrezikut kardiovaskular total është shqyrtuar tek udhërrëfyesi i sëmundjeve KV sipas tabelës Score

Format Sekondare të Hipertensionit : Kërkimi për format sekondare të hipertensionit

Një shkak specifik potencialisht i rikthyeshëm i rritjes së PA mund të identifikohet në një përqindje relativisht të vogël të pacientëve të rritur me hipertension. Megjithatë, për shkak të prevalencës së përgjithshme të lartë, format sekondare mund të prekin miliona pacientë në të gjithë botën.

Në qoftë se diagnostikohen dhe trajtohen në mënyrën e duhur, pacientët me një formë sekondare të hipertensionit mund të kurohen ose të paktën, tregojnë një përmirësim në kontrollin e PA dhe një reduktim të riskut KV. Për pasojë, si një masë paralajmëruese e zgjedhur me zgjuars, të gjithë pacinetët duhet të kryejnë një depistim të thjeshtë për format sekondare të hipertensionit. Ky depistim mund të bazohet në anamnezën e sëmundjes, ekzaminimin fizik dhe ekzaminimet e zakonshme laboratorike.

Në qoftë se ekzaminimi paraprak çon në dyshimin se pacienti vuan nga një formë sekondare e hipertensionit, mund të jenë të nevojshme procedurat diagnostike specifike per secilin prej tyre.

- **Diagnostikimi i formave sekondare të hipertensionit, veçanërisht në rastet me një dyshim të hipertensionit endokrin, duhet që në mënyrë të preferueshme të kryhen në qendrat e referencës.**

Kur duhet te suspektojmë një HTA sekondar?

Hipertensioni Sekondar duhet kerkuar kur jemi perpara subjekteve hipertensive

- **Me te rinj se 45 vjec, pa histori per trashegimi te Hipertensionit Arterial,**
- **Ne rastet me HTA ne familje ne moshja te reja dhe qe kane ne familje Insulte Cerebrale ne moshe te re.**

Duhet menduar gjithashtu per Hipertension Sekondar ne rastet

- **kur egzaminimi objektiv zbulon probleme si p.sh zhurme sistolike ne zonen periumblikale, qe i korespondon projeksonit te arterieve renale,**
- **ne rastet kur dyshojme per HTA endokrin,**
- **ne rastet e Hipertensionit me kriza paroksistike dhe**
- **ne rastet e rendimit ose te rezistences ndaj mjekimit te nje Hipertensionit Arterial qe ka qene i mire kontrolluar por qe pa pritur nuk i pergjigjet me terapise.**

Po ashtu

Duhet te referohen tek specialisti rastet me Hipertension Rezistent ndaj mjekimit.

Konsiderohen si Hipertensione Rezistente ato situata kur pavaresisht nga perdorimi i tri preparateve me doza maksimale, ose me maksimumin e dozave qe mund te suportojte pacienti, nga te cilet nje te jete diuretik me doze adekuate, presioni arterial mbetet >140/90 mmHg.

Ne keto raste eshte e keshillueshme qe pacientet te dergohen tek specialistet e Hipertensionit Arterial per te perjashtuar apo konfirmuar nje forme sekondare te HTA dhe per te tentuar vendosjen e skemave me agresive te mjekimit.

2.2 Identifikimi të demtimit te organeve target, asimptomatik

Një rëndësi e mëtejshme i është kushtuar identifikimit të demtimit te organeve target, asimptomatik, përderisa alterimet asimptomatike të lidhura me hipertensionin në disa organe indikojnë progresionin në instalimin e SKV, i cili rrit ndjeshëm riskun përtej atij të shkaktuar nga prania e thjeshtë e faktorëve të riskut.

Vlerësimi demtimit te organeve target

Duke patur parasysh rëndësinë e demtimit asimptomatik te organeve target si një stad i ndërmjetëm në vazhdimësinë e sëmundjes vaskulare dhe si një përcaktues i riskut të përgjithshëm KV, në qoftë se indikohet, duhet të kërkohet në mënyrë të kujdesshme për shenja të prekjes së organit përmes teknikave të duhura. Është e rëndësishme të dihet që risku rritet ndërkohë që rritet numri i organeve të dëmtuara.

ZEMRA: Ekzaminimet e rekomanduara

- *Një EKG me 12-lidhje, duhet të jetë pjesë e vlerësimit rutinë të të gjithë pacientëve hipertensivë.*
- Sensitiviteti i Saj në zbulimin e Hipertrofise Se Ventrikulit Te Majte (LVH) është i ulët, por pavarësisht kësaj mund të përdoret gjithashtu për të zbuluar modelet e mbingarkesës ventrikulare, që tregon risk më të madh, iskemi, anomali të konduksionit, dilatacion të atriumit të majtë dhe aritmi, duke përfshirë fibrilacionin atrial.

Kur dyshohet për aritmi dhe episode të mundshme iskemike, indikohet Elektrokardiograma holter njëzet e katër orëshe (24 orë).

- **Fibrilacioni atrial** është një shkak shumë i shpeshtë dhe i zakonshëm i ndërlikimeve KV, sidomos insultit, te pacientët hipertensivë. Zbulimi i hershëm i fibrilacionit atrial do të lehtësonte parandalimin e insultit duke filluar terapinë e duhur me antikoagulantë në qoftë se indikohet.
- **EKOKARDIOGRAFIA:** është më e ndjeshme se elektrokardiograma për të diagnostikuar LVH dhe është e vlefshme për të përmirësuar vlerësimin e riskut KV dhe renal. Për këtë arsye ajo mund të ndihmojë në shtresëzimin më të saktë të riskut të përgjithshëm dhe në përcaktimin e terapisë.

Idikacioni në praktikën klinike: Ekokardiografia duhet të merret në konsideratë te pacientët hipertensivë në kontekste të ndryshme klinike dhe me qëllime të ndryshme:

- **Te pacientët hipertensivë me risk KV total të moderuar**, mund të përmirësojë vlerësimin e riskut përmes zbulimit të LVH të pazbuluar nga EKG;

- **Te pacientët hipertensivë me të dhëna të LVH në EKG** mund të vlerësojë në mënyrë më të saktë nga ana sasiore hipertrofinë dhe të përcaktojë gjeometrinë dhe riskun e saj;

- **Te pacientët hipertensivë me simptoma kardiake**, mund të ndihmojë që të diagnostikohet sëmundja bazë.

- Është e qartë se **ekokardiografia**, duke përfshirë vlerësimin e aortës ascendente dhe depistimit vaskular, mund të jetë me vlerë diagnostike të rëndësishme të shumica e pacientëve me hipertension dhe **idealisht duhet të rekomandohet tek të gjithë pacientët hipertensivë në vlerësimin fillestar.**

Megjithatë, përdorimi më i gjerë ose më i kufizuar i saj do të varet nga disponibiliteti dhe kostoja.

ENET E GJAKUT ekzaminimet e rekomanduara

- ***Ekzaminimi ultrasonografik i arterieve karotide*** me matjen e trashësisë së shtresës intima media (IMT) dhe/ose praninë e pllakave, ka treguar se parashikon shfaqjen e insultit dhe infarktut të miokardit, pavarësisht nga faktorët tradicionalë të riskut.
- ***Ngurtësimi i arterieve të mëdha dhe fenomeni i reflektimit të valës*** janë identifikuar si përcaktuesit më të rëndësishëm fiziopatologjikë të ISH dhe presioni i pulsit rritet me rritjen e moshës. Shpejtesia e vales se pulsit karotis-femoral është “standarti i artë” për matjen e ngurtësisë aortal. **Ngurtësia aortale ka vlerë parashikuese të pavarur për ngjarje KV fatale dhe jo fatale te pacientët hipertensivë.**

VESHKA ekzaminimet e rekomanduara

Diagnoza e dëmtimit renal të nxitur nga hipertensioni bazohet **në zbulimin e një funksioni të reduktuar renal dhe/ose zbulimin e ekskretimit të rritur renal të albuminës.**

Ndërsa një përqendrim i rritur i kreatininës në serum ose një eGFR e ulët tregojnë se është pakësuar fluksi renal, e dhëna e një përqindjeje të rritur të albuminës në urinë ose e ekskretimit të proteinës, në përgjithësi tregon një çrregullim në barrierën e filtrimit glomerular.

Si te pacientët e popullatës së përgjithshme ashtu edhe tek ata diabetikë, **ekzistenca e njëkohshme e ekskretimit të rritur të proteinës në urinë dhe një eGFR të reduktuar, tregon një risk më të madh të ngjarjeve KV dhe renale**, sesa të dyja anomalitë e marra si të ndara, duke i bërë këta faktorë risku të pavarur dhe kumulativë.

- Mund të themi se e dhëna e një **funksioni renal të dëmtuar te një pacient hipertensiv**, përbën një parashikuese shumë të fortë dhe të shpeshtë të **ngjarjeve KV dhe vdekjes nga shkaqe KV në të ardhmen.**

- Për pasojë, rekomandohet që tek të gjithë pacientët hipertensivë të vlerësohet eGFR dhe të kryhet një test për mikroalbuminuri në një kampion urine.

SYTE: Ekzaminimet e rekomanduara

- **Vleresimi i Retinopatisë Hipertensive nëpërmjet Fundoskopisë ka domethënie prognostike ne pacientët hipertensivë.**
 - **Retinopatitë e gradës III** (hemorragjitë e retinës, mikroaneurizmat, eksudatet e forta, pikat si flokë bore) dhe
 - **Retinopatia e gradës IV** (shenjat e gradës III dhe papiledema dhe/ose edema makulare), janë **treguese të retinopatisë së rëndë hipertensive, me një vlerë të lartë parashikuese për vdekshmërine.**
 - **Retinopatia e gradës I** (ngushtimi arteriolar si me natyrë fokale ashtu edhe të përgjithshme) dhe
 - **Retinopatia e gradës II** (kryqëzime arteriovenoze), tregojnë stadi të hershme të retinopatisë hipertensive dhe vlera parashikuese e vdekshmërisë KV është raportuar në mënyrë kontradiktore dhe në përgjithësi më pak e saktë.

TRURI: Ekzaminimet e rekomanduara

Hipertensioni, përveç efektit të mirënjohur mbi **shfaqjen e insultit klinik**, është i lidhur gjithashtu me **riskun për dëmtime asimptomatike të trurit** të vëna re në MRI cerebrale, në veçanti te individët e moshuar.

Disponibiliteti dhe konsideratat për koston nuk lejojnë përdorimin në masë të MRI në vlerësimin e personave të moshuar hipertensivë, por duhet të kërkohet për hiperintensitet të lëndës së bardhë dhe infarkte të heshtura në tru tek të gjithë pacientët hipertensivë me çrregullime nervore, në veçanti me humbje të kujtesës.

Duke qenë se çrregullimet konjitive tek të moshuarit janë të paktën pjesërisht të lidhura me hipertensionin, mund të përdoren ekzaminime të përshtatshme të vlerësimit konjitiv në vlerësimin klinik të pacientit të moshuar me hipertension.

Permbledhje e rekomandimet per kryerjen ekzaminimeve te duhura per te semuret me HTA per kerkim per dëmtim asimptomatik të organeve, sëmundje kardiovaskulare dhe sëmundje kronike renale

ZEMRA

EKG

- *Rekomandohet një EKG tek të gjithë pacientët hipertensivë për të zbuluar LVH, dilatacion të atriumit të majtë, aritmi ose sëmundje shoqëruese të zemrës.*

EKG + PROVE USHTRIMORE

- *Tek të gjithë pacientët me një anamnezë ose ekzaminim fizik që sugjeron aritmi madhore, duhet të merret në konsideratë një monitorim afat-gjatë me EKG dhe në rast të aritmive të nxitura nga aktiviteti fizik, një provë ushtrimore me EKG.*

Elektrokardiograme

- *Duhet merret në konsideratë një ekokardiogramë për të përcaktuar riskun KV dhe konfirmo me EKG diagnozën e LVH, dilatacionit të atriumit të majtë ose sëmundjes së dyshuar shoqëruese të zemrës, kur këto dyshohen.*

Prove Ushtrimore + EKG – Ekokardiografi Stresi- RMI Kardiake Stresi/ Shintigrafi nukleare

- *Sa herë që anamneza sugjeron për iskemi miokardi, rekomandohet një provë ushtrimore me EKG dhe në qoftë se është pozitive ose e dyshimtë, rekomandohet një*

ekzaminim imazherik në gjendje stresi (ekokardiografi stresi, rezonancë magnetike kardiake stresi ose shintigrafi nukleare).

ARTERIET

Eko- dopler

- *Duhet të konsiderohet ekzaminimi me ultratinguj i arterieve karotide për të zbuluar hipertrofinë vaskulare ose aterosklerozën asimptomatike sidomos te të moshuarit.*
- *Shpejtësia e vales se pulsit karotide-femoral duhet të merret në konsideratë për të zbuluar ngurtësinë e arterieve të mëdha.*

VESHKA

Niveli i kreatinines ne serum- vlerësimi eGFR

- *Matja e kreatinines në serum dhe vlerësimi i eGFR rekomandohet te të gjithë pacientët hipertensivë.*

Proteinuria

- *Vlerësimi i proteinave në urinë, rekomandohet te të gjithë pacientët hipertensivë.*

Vlerësim mikroalbuminurisë në kampionin e urinës

- *Rekomandohet vlerësimi i mikroalbuminurisë në kampionin e urinës dhe i lidhur me ekskretimin e kreatinines në urinë.*

SYTE

Fundoskopia

- *Ekzaminimi i retinës duhet të konsiderohet te pacientët hipertensivë me hipertension të vështirë për tu kontrolluar ose rezistent, për të zbuluar hemorragji, eksudate dhe edemë papilare, të cilat shoqërohen me rritje të riskut KV.*

TRURI

RMI, Tomografia e Kompjuterizuar

- *Te pacientët hipertensivë me rënie të aftësive konjitive, mund të merret në konsideratë*

- *Imazheria e trurit me Rezonancë Magnetike ose Tomografia E Kompjuterizuar, për të zbuluar infarkte të heshtura të trurit, infarkte lakunare, mikrohemorragji dhe leziona të lëndës së bardhë.*

Hapi i Trete : Rrugëtimi i Individëve sipas Vlerësimit të Niveleve të Hipertensionit dhe Faktoreve të Rrezikut

Te Dhena Praktike : Si do të veprojmë kur gjatë kontrollit gjejmë shifra të larta të PA?

1. Në rast të zbulimit të shifrave të larta të PA, nga matjet korrekte të tij nga **infirmierja** ose infermieri, pacienti menjëherë **drejtohet tek mjeku i familjes** për një vlerësim me të sakte dhe për ndjekje të metejshme.
2. Në rast se **Hipertensioni Arterial**, konfirmohet edhe nga mjeku, pacienti do të vlerësohet për **menyrën e mjekimit dhe ndjekjes, në varësi të shifrave të PA, të moshës së fillimit të tij dhe moshës së pacientit në momentin e konstatimit të PA të rritur.**
3. Pacienti në këtë rast do të vlerësohet edhe për **praninë e faktoreve të tjera të riskut, si dislipidemia, diabeti, pirja e duhanit, obezitetit, herediteti, etj.**
4. **Në mungesë të faktoreve të tjera të riskut dhe për shifra të PA të stadi të parë** pacientit i rekomandohet të **mbaje diete** duke ulur sasinë e kripes së gjelles, yndyrnat, reduktimin e alkoolit përdorimin e zarzavateve e frutave dhe të pakten për 45 minuta në ditë **aktivitet fizik.**
5. Pacientet e vendosur në këtë regjim ushqimor dhe të jetes **rikontrollohen pas tri muajve** dhe nëse Presioni Arterial është > se **140/ 90 mmHg fillohet terapia me medikamente,** në rast se shifrat e PA janë < se 140/90 mmHg vazhdohet me këtë regjim.
6. Në subjektet me **HTA të stadi të dytë** e me shumë **fillohet terapia me barna pavarësisht nga prania ose jo e faktoreve të tjera të rrezikut.**

7. **Pacientet me HTA ne shumicen e rasteve do te mjekohen nga mjeku i familjes**, ata do te dergohen tek mjeku specialist ne raste te percaktuara qarte.

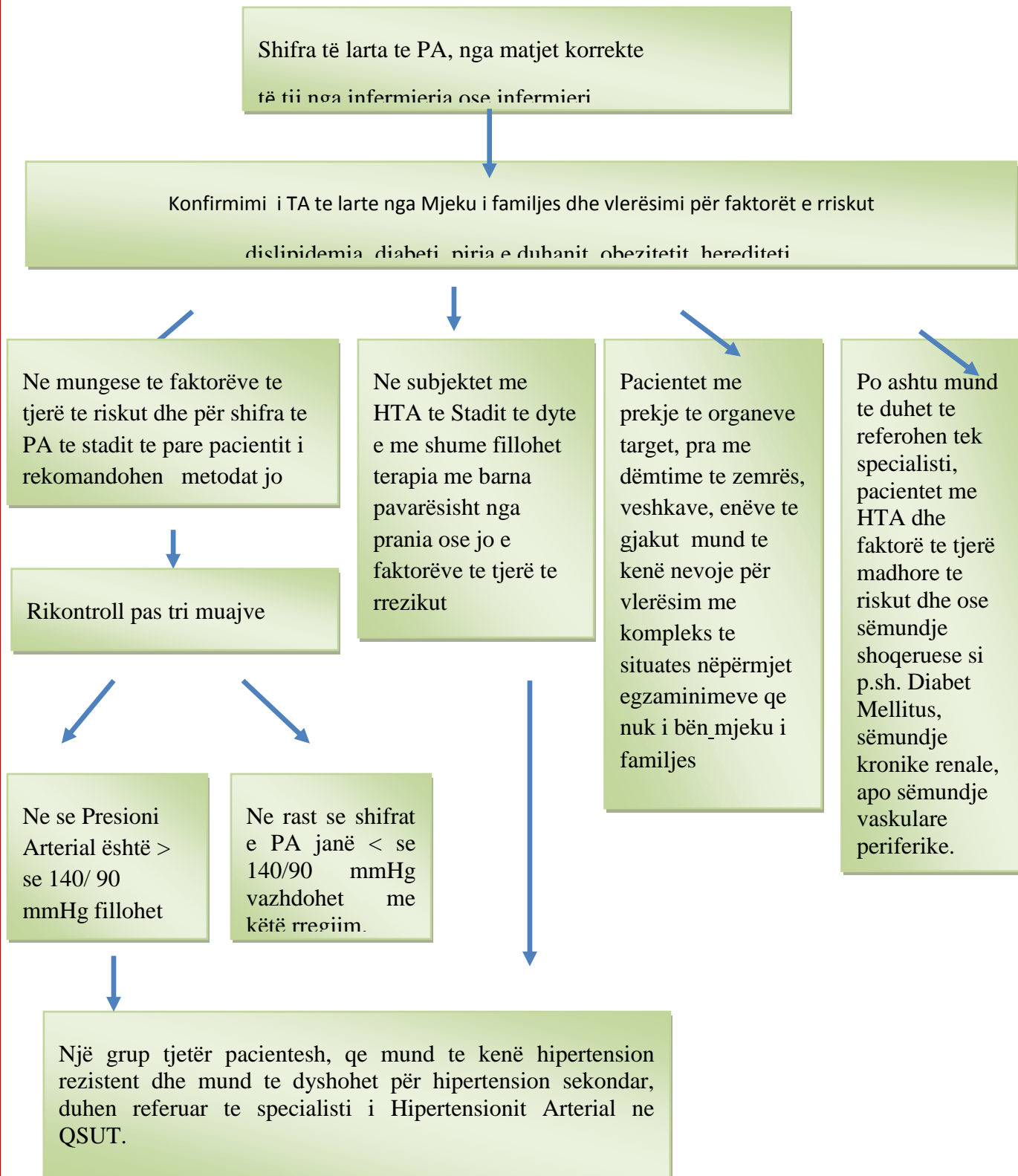
Raste Te Percaktuara Qarte qe Dergohen Tek Mjeku Specialist.

Cilet jane keto raste?

1. **Pacientet me prekje te organeve target**, pra me demtime te zemres, veshkave, eneve te gjakut qe mund te kene nevojë per vleresim me kompleks te situates nepermjet egzaminimeve qe nuk i ben mjeku i familjes. Këta paciente do te dërgohen te specialisti përkatës, ne varësi te organit te dëmtuar.
2. Po ashtu mund e duhet te referohen tek specialisti **pacientet me HTA dhe faktore te tjere madhore te riskut dhe ose semundje shoqeruese** si p.sh. Diabet Mellitus, semundje kronike renale, apo semundje vaskulare periferike.
3. Një grup tjetër pacientesh, qe mund te kenë hipertension rezistent dhe mund te dyshohet per hipertension sekondar, duhen referuar te specialisti i Hipertensionit Arterial ne QSUT.

VI. Harta e rruges vendimmarrëse dhe Algoritme te Vendimeve

Algoritmi i ndjekjes se Individëve Sipas Niveleve te Hipertensionit dhe Faktoreve te Rrezikut.



TRAJTIMI DHE NDJEKJA E PACIENTEVE ME HTA

Trajtimi fillestar duhet te perfs hije Metoda Jofarmakologjike,

Metoda Jofarmakologjike, Sic Jane:

- Renia ne Peshe, Dieta, Rritja e konsumit te frutave, zarzavateve te fresketa dhe produkteve me pak yndyre (dieta DASH), Kufizimi kripes,dhe Ndryshimi i stilit te jeteses, Aktiviteti fizik, Lenia e duhanit dhe Alkoolit.
- **Për pacientet me presion arterial sistolik nga 130-139 mmHg, ose presion arterial diastolik nga 80-89 mmH, trajtimi fillestar konsiston ne metoda jofarmakologjike.**

Nese targeti i presionit arterial nuk arrihet pas 3 (tre) muajsh, duhet te fillohet trajtimi me agjente farmakologjike. (Medikamente)

Zbatimi me rigorozitet i terapise jofarmakologjike mund te coje ne reduktimin e mevonshem te dozave ose numrit te preparative antihipertensive.

Ndryshimet e përshtatshme në stilit të jetesës, janë “Gurët e Themelit”, për Parandalimin e Hipertensionit Arterial.

Perfitimet nga ndryshimet e duhura të Stilit të Jetesës

- **mund vonojnë** në mënyrë të sigurtë dhe të efektshme ose të **parandalojnë** hipertensionin në subjektet jo-hipertensive,
- të vonojnë fillimin e terapisë ose të **parandalojnë** terapinë medikamentoze te pacientët hipertensivë të stadit I dhe
- të kontribuojnë në **reduktimin e PA tek individët hipertensivë që trajtohen tashmë me terapi medikamentoze**, duke lejuar reduktimin e numrit dhe dozave të medikamenteve antihipertensive.
- Përveç efekteve të uljes së PA, ndryshimet në stilin e jetesës **kontribuojnë në kontrollin e faktorëve të tjerë të riskut dhe kushteve klinike.**

Masat e rekomanduara të stilit të jetesës që kanë treguar të jenë të afta të reduktojnë PA janë:

- (a) Kufizimi i kripës,
- (b) Modifikim i konsumit të alkoolit,
- (c) Konsum i lartë i perimeve dhe frutave dhe dietë pa yndyrna,
- (d) Reduktim i peshës dhe ruajtja e peshës normale dhe (e) aktivitet i rregullt fizik.

Eshtë e detyrueshme, të këmbëngulet mbi **Lënien e Duhanit** në mënyrë që të përmirësohet risku KV, sepse pirja e duhanit ka një efekt akut në rritjen e PA, efekt i cili mund të rrisë PA ambulator gjatë ditës.

Masat e rekomanduara të stilit të jetesës

- a) Rekomandohet ulje e sasisë së kripës në dietë, 5-6 g në ditë.
- b) Modifikimi i konsumit të alkoolit në jo më tepër sesa 20-30 g etanol në ditë te burrat dhe jo në më tepër sesa 10-20 g etanol në ditë te grate.
- c) Rekomandohet konsumi i përditshëm i shtuar i perimeve, frutave dhe produkteve me përmbajtje të ulët të yndyrnave.
- d) Rekomandohet reduktimi i peshës në BMI 25 kg/m² dhe i perimetrit të belit në < 102 cm te burrat dhe < 88 cm te grate me përjashtim të rastit kur kjo është e kundërindikuar.
- e) Rekomandohen ushtrime të rregullta fizike, d.m.th., të paktën 30 miuta me ushtrime dinamike të moderuara në 5 deri 7 ditë në javë.
- f) Rekomandohet që të gjithë duhanpirësve t'u jepen këshilla për të hequr dorë nga duhani dhe t'u ofrohet asistencë.

MODIFIKIM I STILIT TE JETES PER PARANDALIMIN DHE TRAJTIMIN E HIPERTENSIONIT ¹

Modifikimi	Rekomandimet	Reduktimi mesatar i TA Sistolik
Reduktimi i peshës	Mbajtja e peshës normale trupore IMT 18.5- 24.9 kg/m ²	5-20 mm Hg për 10 kg rënie ne peshe
Përdor dietën DASH	Konsumo diete te pasur ne fruta , perime e te varfër ne yndyrna sidomos shtazore	8 -14 mm Hg
Reduktim i kripës	Redukto marrjen e kripës ne < 100mmol /dite	2-8 mm Hg
Aktivitet fizik	Aktivitet (ushtrime aerobike ose ecje e shpejtë)pothuaj i përditshëm te paktën 30 min ne dite	4-9 mm Hg
Alkooli	Limito konsumin ne max 2 pije ² për meshkuj e dhe 1 pije për femrat e personat me peshe te vogël	2-4 mm Hg

¹ stop duhanpirjes është nje tjetër rekomandim absolut për minimizimin e riskut KV

² 2 pije = 100 ml etanol , 700 ml birre, 300 ml vere , 3 oz ëhiski

KUR FILLOHET TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK

1. Rekomandohet fillimi i menjëhershëm i terapisë medikamentoze :

Te Individët Me Hipertension Të Stadit 2 dhe 3 me çdo nivel të riskut kardiovaskular, disa javë pas ose njëkohësisht me fillimin e ndyshimeve në stilin e jetesës.

2. Ulja e PA me medikamente rekomandohet gjithashtu kur Risku Total Kardiovaskular është i Lartë për Shkak të Demtimit Organor, Diabetit, SKV ose SRK, edhe kur Hipertensioni është në Stadin 1.

3. Fillimi i terapisë me medikamente antihipertensive duhet të merret gjithashtu në konsideratë te pacientët me Hipertension të stadit 1 me Risk të Ulët deri në të Moderuar, kur PA është në këtë nivel në disa vizita të përsëritura ose i lartë sipas kriterëve të PA ambulator dhe mbetet në këtë nivel pavarësisht një periudhe kohe të mjaftueshme me masa për ndryshimin e stilit të jetesës.

4. Te pacientët e moshuar hipertensivë trajtimi medikamentoz rekomandohet kur PAS është ≥ 160 mmHg.

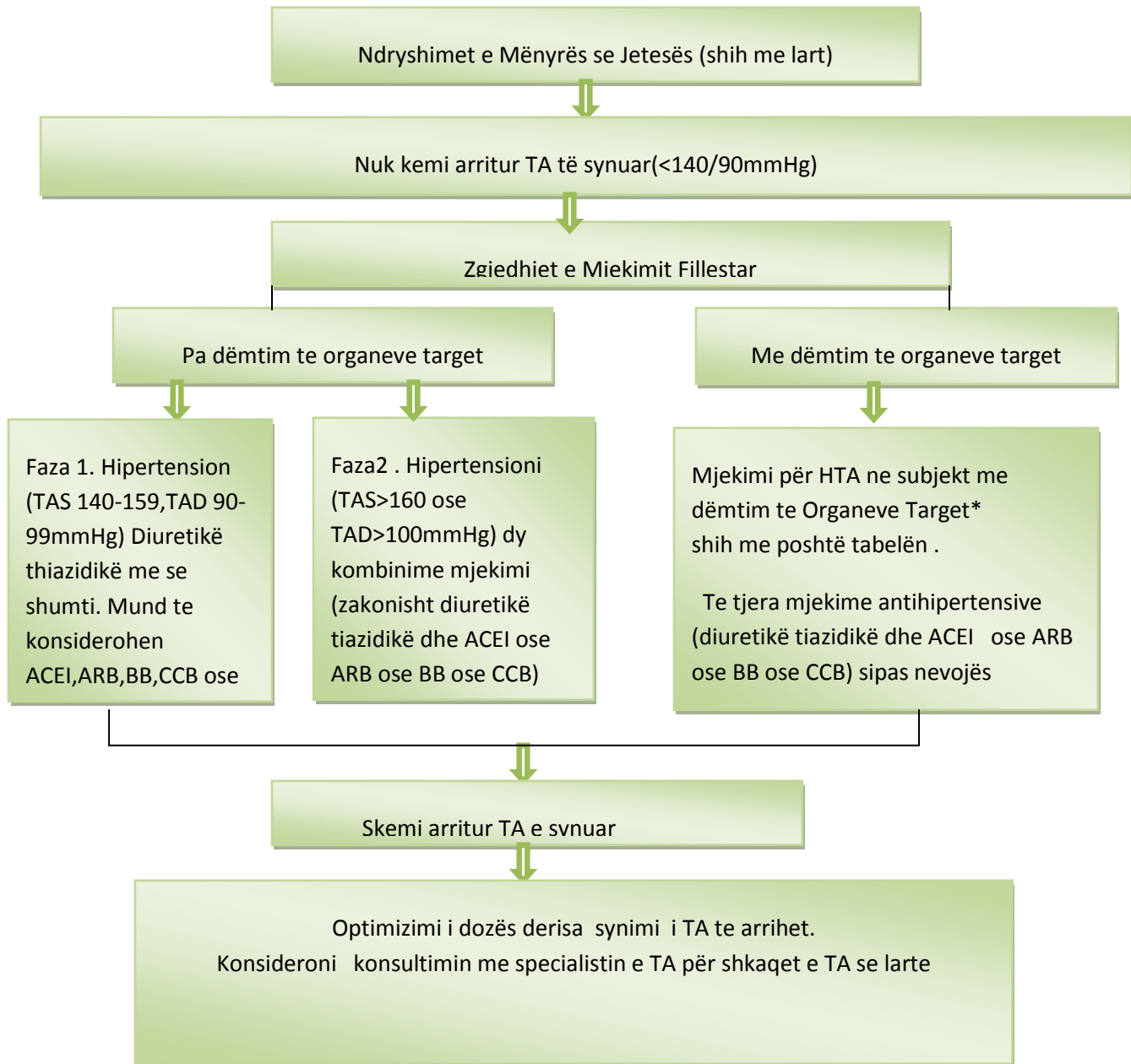
5. Trajtimi medikamentoz antihipertensiv mund të konsiderohet gjithashtu tek të moshuarit (të paktën kur janë më pak se 80 vjeç) kur PAS është në intervalin 140-159 mmHg, duke u siguruar se trajtimi antihipertensiv tolerohet mirë.

6. Me përjashtim të rastit kur është siguruar e dhëna e nevojshme, nuk rekomandohet të fillohet terapia medikamentoze antihipertensive për PA normal të lartë.

7. Mungesa e të dhënave nuk lejon gjithashtu rekomandimin e fillimit të terapisë medikamentoze antihipertensive te individët e rinj me rritje të izoluar të PAS brakial, por këta individë duhet të ndiqen nga afër me rekomandime mbi stilin e jetesës.

ALGORITMI I FILLIMIT TE MJEKIMIT

Burim Informacioni: Raporti i VII, Komiteti i Bashkimit Kombëtar te Parandalimit , Zbulimit, Vlerësimit dhe Trajtimit te Presionit Arterial, 2003



Sugjerim mbi kombinimin e mjekimit ne subjektet me demtim te organeve target

¹ Indikacione detyruese ne kombinimet e antihipertensiveve janë te bazuara ne përfitimet nga këto kombinime te konfirmuara gjate studimeve.

SYGJERIM MBI KOMBINIMIN E MJEKIMIT SIPAS DIAGNOZAVE						
Indikacion detyrues ¹	Diuretik	BB	ACE inh	ARB	Ca bllok	Ant.Ald
Insufficiencia Kardiace	X	X	X	X		X
Post IM		X	X			X
Sem Koronare	X	X	X		X	
Diabet	X	X	X	X	X	
Semundje renale ² kronike			X	X		
Risk i larte per aksidente cerebrale	X		X			

VII. Bibliografia dhe Evidenca

1. *Protokolli Kombëtar Praktikes Klinike – Hipertension Esencial ,2010*
2. *Udhëzuesit për Kontrollin Mjekësor Baze për Shtetasit e Grupmoshes 40-65 vjeç - Udhëzuesi për programin kombëtar të kontrollit periodik te Hipertensionit Arterial, 2015*
3. *Raporti i VII, Komiteti i Bashkimit Kombëtar te Parandalimit , Zbulimit, Vlerësimit dhe Trajtimit te Presionit Arterial, 2003*

**MODULI III - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE PËR
MENAXHIMIN E SËMUNDJEVE ENDOKRINE NË BAZË TË GJETJEVE
TË KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË PËR SHTETASIT E MOSHËS 40-
65 VJEÇ**

I. SHKURTIME:

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| 1. DM tip 2 - | Diabet Mellitus tipi 2 |
| 2. DM - | Diabet Mellitus |
| 3. HbA1C- | Hemoglobina e glukozuar |
| 4. SE – | Sëmundje Endokrine |
| 5. TA - | Tension arterial, (presion gjaku) |
| 6. IBM – | Indeksi i masës trupore /gjatësinë |
| 7. GDM- | Diabetin Gestacional |
| 8. OGTT - | Glicemisë postprandiale |
| 9. IGF - | Tolerance e dëmtuar e glukozës esëll |
| 10. IGT- | Tolerance e dëmtuar e glukozës |

II. DEFINICIONE DHE PROBLEMATIKA

Ky udhëzues klinik jep rekomandime për depistimin e popullatës i cili do të kryhet në zyrat e mjekëve dhe në mjedise të tjera të kujdesit shëndetësor.

Diabeti mellitus është një grup i sëmundjeve metabolike të karakterizuar nga hiperglicemi e cila rezulton nga defekte në sekretimin e insulinës, prodhimin e insulinës, apo të dyja bashkë.

Diabeti Mellitus tip 2 është forma më e përhapur e sëmundjes, i cili është shpesh asimptomatik në hapat e para dhe mund të mbetet pa u diagnostikuar për shumë vite. Ky udhëzues nuk merr në shqyrtim Diabetin Tip 1 apo Diabetin Gestacional (GDM).

Gjithashtu ky udhëzues klinik jep rekomandime për Diagnostikimin dhe trajtimin dhe referimin e ndjekjen e pacientëve me Pre- Diabet Tipi 2 dhe ose me faktorë të ulët rreziku për diabet dhe të sëmurëve me Diabet Mellitus

- Identifikimin dhe mjekimin e individëve pa Diabet Mellitus por me faktorë rreziku për sëmundje endokrine dhe vlerësimi i shkallës së rrezikut .
- Identifikimin dhe mjekimin e individëve që rezultojnë me Diabet Mellitus për herë të parë së bashku me faktorët shoqëruar të rrezikut .
- Ndjekja dhe trajtimin në vazhdimësi të pacientëve me Diabet Mellitus të njohur së bashku me faktorët shoqëruar të rrezikut .

QËLLIMI I TESTIT SCREANING PËR DIABETIN TIP 2

- a) Testi “Screening” është një proces i cili bëhet për identifikimin e individëve të cilët janë me risk të lartë për zhvillimin e sëmundjes.
- b) Ndryshe nga testi diagnostik i cili bëhet për konfirmimin e diabetit në individë që kanë simptoma të hiperglicemisë apo kanë rezultuar pozitiv në testin screening.
- c) Në rastin e diabetit testi screening mund jetë dhe test diagnostik psh. (niveli i glicemisë > 126 mg/dl në një person me simptoma).
- d) Qëllimi është krijimi i një programi për parandalimin e diabetit tip 2, zbulimi i hershëm i individëve asimptomatikë, ndërhyrja në stilin e jetesës dhe mjekimi i hershëm të cilat ulin riskun e komplikacioneve nga diabeti.
- e) Depistimi i popullatës është më efektiv nëse bëhet në qendrat shërbimit shëndetësor sepse:
 1. Ka saktësi më të madhe në interpretimin e testit.
 2. Individu i cili rezulton pozitiv nga testi screening arrin të marrë një informacion më të saktë nga personeli i shërbimit shëndetësor për ndjekjen e mëtejshme.

III. OBJEKTIVI I KËTIJ UDHËRRËFYESI :

Parandalimi i zhvillimit të SE nëpërmjet reduktimit të mundshëm të faktorëve të rrezikut dhe nxitjes së një stili jete të shëndetshëm, si dhe parandalimi i përkeqësimit dhe i ndërlikimeve të pacientëve me SE klinike të njohur. Ky udhëzues nuk merr në shqyrtim Diabetin Tip 1 apo Diabetin Gestacional (GDM). Për shkak të fillimit akut të simptomave, shumica e rasteve të Diabetit Tip 1 zbulohen shpejt pasi kanë filluar simptomat. Testimi i gjerë klinik i individëve asimptomatike për praninë e antikorpeve të lidhura me Diabetin Tip 1 nuk mund të rekomandohet në këtë kohë si një mjet për identifikimin e personave në rrezik.

Shkaqet për këtë janë në vijim:

- 1) Vlerat kufi për disa nga testet imune nuk janë përcaktuar plotësisht në mjediset klinike.
- 2) Nuk ka konsensus se çfarë veprimi duhet të merret kur një rezultat pozitiv testi autoantitropash është marrë. Studimet klinike janë duke u zhvilluar për të provuar metoda të ndryshme për të parandaluar Diabetin Tip 1 në individët me rrezik të lartë (p.sh. vëllezërit e motrat e pacientëve me Diabet Mellitus tip1). Këto studime mund të zbulojnë një mjet efektiv për parandalimin e Diabetit Tip 1, në të ardhmen.

Hiperglicemia kronike e diabetit do shoqërohet me dëmtime të organeve të ndryshme , sidomos sytë, veshkat, nervat, zemra dhe enët e gjakut.

Individët me Diabet Tip 2 të pa diagnostikuar janë gjithashtu në rrezik më të lartë për insult cerebral, sëmundje koronare të zemrës dhe sëmundje periferike vaskulare, sesa njerëzit pa diabet në popullatë. Ata gjithashtu kanë një mundësi më të madhe për të pasur dislipidemi, hipertensionit dhe obezitet. Për shkak se diagnostikimi i hershëm dhe trajtimi i menjëhershëm mund të zvogëlojë komplikacionet e diabetit, është hartuar një program për depistimin e popullatës për Diabetin Tip 2.

IV . Përdoruesit

Mjeket e familjes, mjekët specialist endokrinologë, mjekët endokrinologë të spitaleve bashkiake, të spitaleve rajonale .

V. Rastet klinike, faktorët e rrezikut për sëmundje endokrine edhe etapat diagnostike

Mbas kryerjes së kontrollit bazë të depistimit për Diabetin Mellitus ndarja bëhet sipas grup riskut:

Grupi Pa Rrezik Për Diabet Mellitus : Kur Glicemi esell < 100 mg/dL

Menaxhimi i Faktorëve të Rrezikut : Faktorët E Riskut Për Diabet Tip 2

GRUPI I

1. Moshë ≥ 45 vjeç
2. Mbipeshë (BMI ≥ 25 kg/m²)
3. Histori familjare për diabet (prindërit, motrat, vëllezërit)
4. Mungesë e aktivitetit fizik.
5. Prezencë e IGF apo IGT (Prediabet).
6. Prani e Diabetit Gestacional apo lindje e bebit me peshë ≥ 4 kg.
7. Hipertension arterial (TA $\geq 140/80$ mmHg).
8. HDL kolesteroli ≤ 35 mg/dl (0.9 mmol/l) dhe niveli i triglicerideve ≥ 250 mg/dl (2.82 mmol/l).
9. Sindromi i Ovarit polikistik
10. Histori për sëmundje vaskulare.

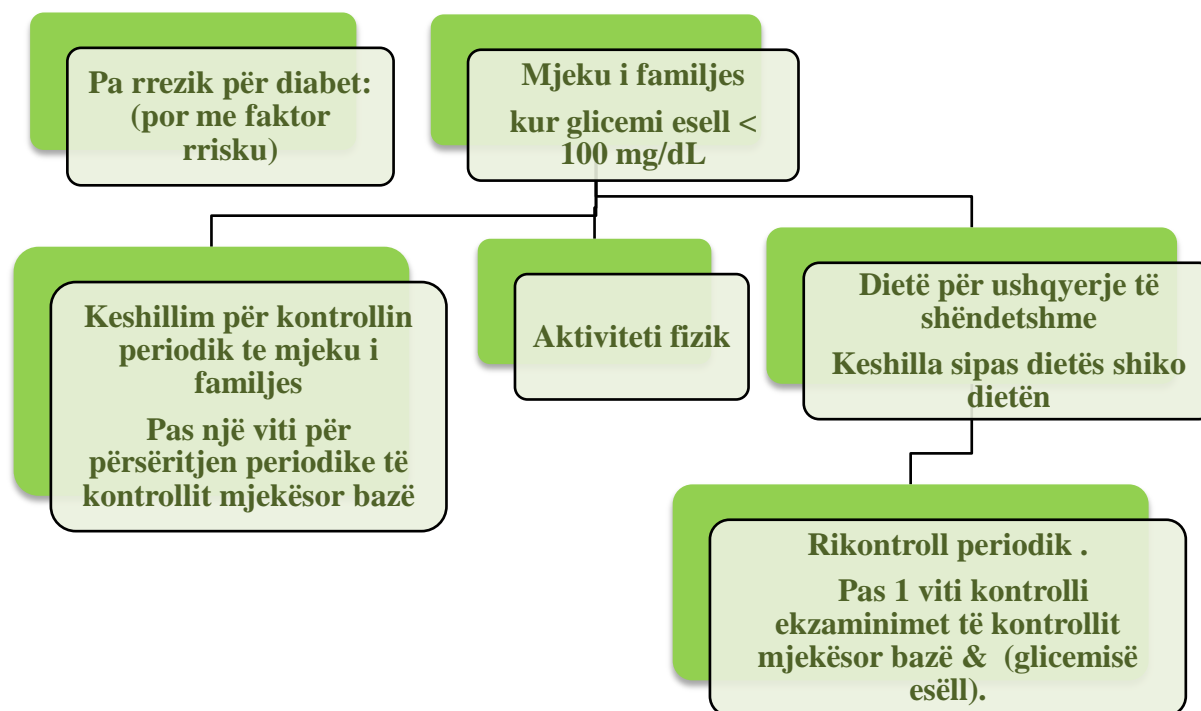
Në rastë se personat e këtij grupi kanë një apo më shumë nga faktorët e mësipërm të riskut, duhet të jepet këshillimi për ushqyerjen dhe aktivitetin fizik .

Objektivi i terapisë nutricionalë është të mbahet, ose përmirësohet cilësia e jetës dhe shëndeti nutricional dhe fiziologjik; të parandalohen dhe trajtohen komplikacionet afatgjata të sëmundjeve metabolike .

Në përgjithësi personat me diabet duhet të ndjekin dietën e shëndetshme që rekomandohet edhe për një popullsi të shëndetshme. Kjo përfshin konsumimin e ushqimeve të shumëllojshme nga 4 grupet ushqimore (perimet dhe frutat, drithërat, bulmetrat, qumështi, mishi dhe alternativat e tij) me një theks në ushqimet që janë me energji me densitet të pakët dhe me vëllim të lartë që të arrihet gënjaja dhe të mos të ketë mbi konsumim.

Dieta mund ta ndihmojë një person të arrijë dhe mbajë një peshë të shëndetshme trupore ndërsa siguron marrjen e duhur të karbohidrateve, fibrave, yndyrave dhe acideve thelbësore yndyrore, proteinave, vitaminave dhe mineraleve. Kur adresojmë nevojat nutricionale të personave duhen patur parasysh preferencat personale dhe kulturore dhe stilin e jetesës, ndërsa respektojmë dëshirat individuale dhe dëshirën për të ndryshuar.

VI. Algoritmi i ndjekjes se Individëve Pa Rrezik për Diabet Mellitus.



Grupi i II

Grupi i II me Rrezik për Diabet (gjendje Pre - Diabet) :

Kur glicemi esell $< 100 < 126$ mg/dL, do të këshillohet të bëhet testi i tolerancës (me ngarkesë sheqeri 100 gr).

Testi më i preferuar për përcaktimin e tolerancën e glukozës është kurba e ngarkesës me 100 gr sheqer.

NORMOGLICEMI

FPG < 100 mg/dl

2-h PG < 140 mg/dl

IFG apo IGT

FPG ≥ 100 and < 126 mg/dl (IFG)

2-h PG ≥ 140 and < 200 mg/dl (IGT)

INTERPRETIMI I TESTIT

1. Një nivel i glicemisë esëll (FPG) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l) është një tregues i cili kërkon një përsëritje të testit një ditë tjetër për konfirmimin e diagnozës.

Nëse në matjen tjetër rezulton vlera e glicemisë esëll ≥ 126 mg/dl kemi vërtetuar praninë e diabetit.

2. Në se FPG < 126 mg/dl (< 7.0 mmol/l) dhe dyshimet për diabet janë të larta atëherë bëhet testi i ngarkesës me glukozë (OGTT). Një vlerë glicemisë postprandiale (OGTT) ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) është një test pozitiv për diabet dhe duhet ripërsëritur në një ditë rastësore.

3. Individët pa diabet me një FPG > 100 mg / dl (5.6 mmol / l), por < 126 mg / dl (7.0 mmol / l) janë konsideruar të kenë dëmtim të glicemisë esëll (IFG), dhe ata me vlerat 2-h në OGTT > 140 mg / dl (7.8 mmol / l) por < 200 mg / dl (11.1 mmol / l) përcaktohen se kanë (IGT).

Pacientët me IFG dhe / ose IGT tani janë të referuara si “prediabetes,” që tregojnë rrezikun relativisht të lartë për zhvillimin e diabetit në këto pacientë.

4. Normoglycemia është përcaktuar si nivelet e glukozës plazmatike ≤ 100 mg/ dl (5.6 mmol / l) në testin e glicemisë esëll (FPG) dhe një vlerë postprandiale 2-h ≤ 140 mg / dl (7.8 mmol / l) në provën e ngarkesës së glukozës (OGTT).

5. Në disa raste bëhet dhe matje rastësore e nivelit të sheqerit, i cili kur është në vlerat ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/l) në rastet e individëve me simptomat e diabetit vendos diagnozën e diabetit.

6. Një test konfirmues i FPG ose OGTT përfundon në një ditë tjetër në rastet kur mungon klinika.

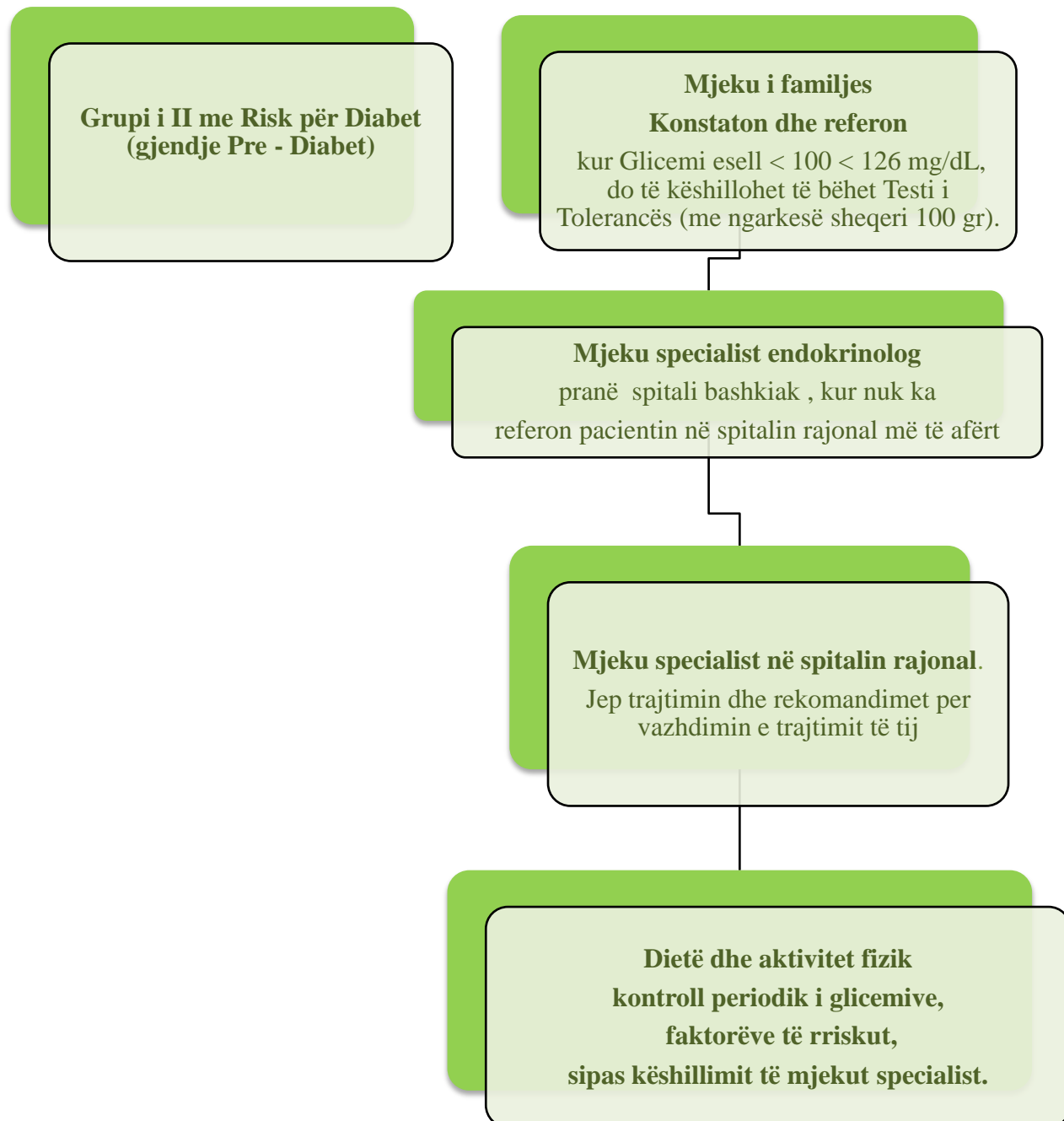
7. Vlera e testit të HbA1c cila vlerëson nivelin e glicemisë 3 muajt e fundit përdoret më tepër për monitorimin e glicemisë se për diagnozën e tij.

- a) Referojmë te mjeku Specialist endokrinolog.
(këshillim, Dietë dhe aktivitet fizik stil i shëndetshëm jetese).

Target për personat adult me Diabet Mellitus	
HbA1C < 7%	
Glicemi preprandiale kapilare	70–130 mg/dL* (3.9–7.2 mmol/L)*
Piku i glicemive postprandiale kapilare†	<180 mg/dL* (<10.0 mmol/L)*
<i>*targete të individualizuara.</i>	
<i>†Glicemia post prandiale e matur 1–2 h pas vaktit, zakonisht piku në personat me diabet</i>	

ALGORITMI I NDJEKJES SE INDIVIDËVE ME RRISK PËR DIABET

(GJENDJE PRE DIABET)



Grupi i III- PERSONAT E DIAGNOSTIKUAR ME DIABET PËR HERË TË PARË:

Kur glicemia >126 mg/dL rekomandojmë te mjeku endokrinolog për të depistuar një Diabet Mellitus (apo një tolerancë të dëmtuar të glukozës apo pre diabet).

Fillohet trajtimi nga mjeku endokrinolog me mjekim në varësi të gjendjes së pacientit.

Grupi i IV

Grupi i IV: PERSONAT ME DIABET TË NJOHUR

Target për personat adult me Diabet Mellitus	
HbA1C < 7%	
Glicemipreprandiale kapilare	70–130 mg/dL* (3.9–7.2 mmol/L)*
Piku i glicemive postprandiale kapilare†	<180 mg/dL* (<10.0 mmol/L)*
<i>*tragete të individualizuara.</i>	
<i>†Glicemia post prandiale e matur 1–2 h pas vaktit, zakonisht piku në personat me diabet.t</i>	

Ky udhëzues nuk merr në shqyrtim Diabetin Tip 1 apo Diabetin Gestacional (GDM).

Për tu diagnostikuar me Diabet Mellitus duhet të plotësohet të paktën një nga kriteret e mëposhtme:

- HbA1C $\geq 6.5\%$
- Glicemia esëll ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L)
- Glicemia pas 2h ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) gjate OGTT
- Matje rastësore e glikemisë ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) me simptomat e diabetit të pranishme

Standards of medical care in diabetes 2013 Diabetes care

Kategoritë me risk të lartë për diabet (prediabeti)

- **Dëmtim i glicemisë esëll**

Glicemi esëll 100–125 mg/dL

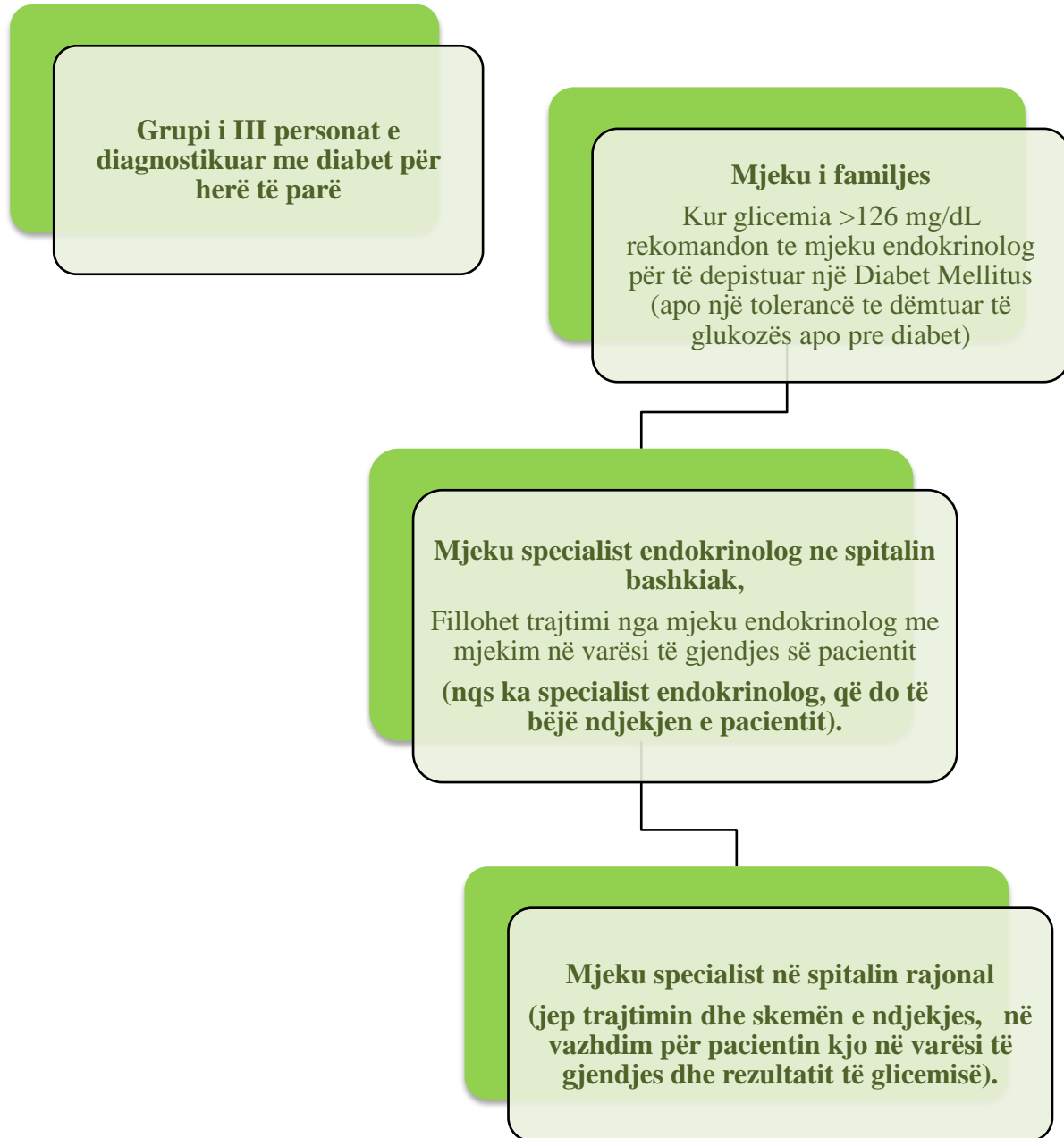
- **Tolerancë e Dëmtuar e Glukozës**

Glicemi 140–199 mg/dL 2 orë mbas ngarkesës me 75 g glukozë

- **Hemoglobina e glikolizuar HbA1C 5.7–6.4%**

ALGORITMI I NDJEKJES SE INDIVIDËVE DIAGNOSTIKUAR

ME DIABET PËR HERË TË PARË



VII. Rekomandimet dhe aktiviteti fizik

Aktiviteti fizik ka një efekt terapeutik të rëndësoshëm në kontrollin e Diabetit Mellitus. Duhet të kryet të paktën 150 min/javë aktivitet fizik aerobik me intensitet të moderuar.

50–70% e frekuencës kardiake maksimale (220 – moshën (vite) = rrahje për min) të shpërndarë 3 ditë në javë, jo më shumë se dy ditë pa aktivitet fizik.

Ushtrime të rezistencës

– të paktën 2 herë/javë dhe mundësisht 3 herë/javë veç ushtrimeve aerobike.

Kujdes:

Ushtrimet izometrike si ngritja e peshave

-rrisin TA,

- rrezikun e hemorragjisë vitreale,

- aksidentet kardiovaskulare.

Në diabetikët me sëmundje kardiale apo komplikacione mikrovaskulare që kërkojnë aktivitet shtesë përveç ecjes duhet kryer EKG, prove eforti.

Personat me diabet nën trajtim me sekretues të insulinës (sulfanilure ose glinide) duhet të marrin ushqimin shtesë ose reduktimin e dozave të medikamentit.

Personat nën insulinoterapi duhet të ndërgjegjësohen për efektet e aktivitetit fizik veçanërisht mbi hipoglicemitë.

Rekomandime : Dieta

1. Personat obezë me diabet – dietë të balancuar hipokalorike me qëllim reduktimin e peshës.

2. Në adutët me diabet shpërndarja e makronutrientëve në % kalorazhit ditor

45% deri 60% karbohidrate,

15% deri 20% proteina

20% deri 35% yndyrna

duke lejuar kështu individualizimin e dietës sipas preferencave dhe qëllimit të trajtimit

3. Nuk duhet të konsumojnë më shumë se 7% të kalorazhit ditor yndyrna të saturuara duhet të kufizojnë në minimum marrjen e acideve yndyrore trans .

4. Personat me diabet tip 2 duhet të kenë një rregull në kohën dhe shpërndarjen e vakteve për të optimalizuar kontrollin e glicemik.
5. Zgjedhja e ushqimeve me indeks glicemik të ulët përmirëson kontrollin e glicemive.
6. Personat në insulinoterapi ose sekretagoge të insulinës duhen informuar për rrezikun e hipoglicemive nga marrja e alkoolit dhe duhen këshilluar për të ndërmarrë veprime parandaluese si konsumi i karbohidrateve ose rregullimi i dozave të insulinës.

PËRFUNDIM

Diabeti shpesh nuk diagnostikohet deri në shfaqjen e komplikacioneve, dhe përafërsisht 30-50% e njerëzve me diabet janë të padiagnostikuar.

Edhe pse barra e diabetit është e njohur, historia natyrore e mirë karakterizuar, dhe ka dëshmi të fortë për përfitim nga trajtimi i rasteve të diagnostikuara me anë të kujdesit të zakonshëm klinik, nuk ka studime të randomizuara për të demonstruar të mirat e diagnostikimit të hershëm nëpërmjet depistimit të individëve simptomatike.

Megjithatë, ka prova të mjaftueshme për të justifikuar depistimin në një mjedis klinik të individëve në rrezik të lartë.

Gjithashtu, klinikistët duhet të jetë vigjilent në vlerësimin e prezantimeve klinike sugjестive e diabetit.

VIII. Bibliografia dhe evidenca.

Udhëzuesi i kontrollit bazë për shtetasit 40-65 vjeç.

**MODULI IV - UDHËRRËFYES I NDJEKJES SË RASTEVE NË BAZË TË
GJETJEVE TË KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË PËR SHITETASIT E
MOSHËS 40-65 VJEÇ PËR KANCERIN KOLOREKTAL**

I. SHKURTIMET

FOB -	fece ocult blood (feçe për gjak okult)
CT Kolonografia –	computer tomografi kolonografia
Ca kolorektal –	kanceri kolorektal
USPSTF -	United State Prevention Service Task Force

II. PËRKUFIZIMI DHE PROBLEMATIKA

Kanceri kolorektal përfshin kancerin që fillon në kolon ose rectum dhe merr emrin kancer i kolonit ose irektumit sipas pikënisjes. Kanceri i kolonit apo i rektumit shpesh grupohen së bashku për shkak se kanë karakteristika të përbashkëta.

Kanceri kolorektal është lloji i tretë më i zakonshëm i kancerit dhe shkak i dytë kryesor i vdekjeve nga kanceri në Shtetet e Bashkuara. Është vlerësuar si arritje e qëllimeve për depistimin e shfaqjes së kancerit kolorektal në popullatë, nëse arrihet të shpëtohen 19 jetë njerëzish në një vit.

Përgjatë ciklit të jetës, shanset për të zhvilluar një kancer kolorektal janë pak më të vogla se 1 në 20 njerëz (5%).

Të dhënat dëshmojnë se nga depistimi nëpërmjet testit për praninë e gjakut okult në feçe, sigmoidoskopisë ose kolonoskopisë, arrihet të zbulohen kanceri në fazën fillestare dhe polipet adenomatoze.

Një polip i kolonit që të shndërrohet në kancer kolorektal kërkon 10-15 vjet. Depistimi i rregullt mund të parandalojë shumë raste të kancerit kolorektal nëpërmjet zbulimit dhe heqjes së polipeve përpara se ato të shndërrohen në kancer. Aplikimi i testeve depistuese mund të ndihmojë në zbulimin e hershëm të ca kolorektal, në fazën kur është në përmasa të vogla, nuk është përhapur jashtë kolonit dhe është më e lehtë për t'u mjekuar. Në rastet e zbulimit në fazat e hershme të zhvillimit të kancerit kolorektal dhe kur ende nuk është përhapur mbijetesë në 5 vitet e para pas zbulimit është rreth 90%. Por vetëm 4 nga 10 raste të zbuluara me Ca kolorektal, diagnostikohen në këtë stad. Në rastet kur kanceri kolorektal është përhapur jashtë kolonit apo rektumit mbijetesë është më e ulët.

Edhe pse kolonoskopia është konsideruar si test "golden standard", krahasuar me ndjeshmërinë e testeve të tjera për shfaqjen e kancerit kolorektal, ajo nuk është e përkryer. Studimet ku krahasohen kolonoskopia dhe CT kolonografia-tregojnë se kolonoskopia mund të humbasë edhe polipe më të mëdha se 10 mm dhe kancerin kolorektal. Edhe pse kryerja e një testi të vetëm si kolonoskopia, është një çështje e rëndësishme në zbulimin e kancerit kolorektal, ndjeshmëria e testit me kalimin e kohës është më e rëndësishme në një program depistimi të vazhdueshëm. Për fat të keq, të dhënat që lejojnë vlerësimin dhe krahasimin e metodave depistuese për zbulimin e kancerit kolorektal në një program testimi, me kalimin e kohës nga pikëpamja e popullsisë, janë të kufizuara krahasuar me të dhënat e modelimit analitik.

Ka prova bindëse se depistimi me njërin nga 3 testet e rekomanduara zvogëlon vdekshmërinë nga kanceri kolorektal tek të rriturit e moshës 50 deri në 75 vjeç. Ndjekja e mëtejshme e rasteve që rezultojnë pozitive, kërkon kryerjen e kolonoskopisë, pavarësisht testit të përdorur gjatë depistimit. Për shkak të dëmeve të kolonoskopisë të përshkruara më poshtë, përfitimi kryesor i testeve ekzaminuese më pak invazive është se ato mund të zvogëlojnë numrin e kolonoskopive të kërkuara dhe rreziqet shoqëruese (komplikacionet) që mbarten gjatë këtij ekzaminimi.

Ka prova të mjaftueshme se përfitimet nga zbulimi i hershëm dhe ndërhyrja mjekësore në fazat fillestare të kancerit, bien pas moshës 75 vjeç. Periudha kohore ndërmjet zbulimit dhe trajtimit të kancerit kolorektal është e rëndësishme lidhur me mbijetesën: sa më herët të zbulohet dhe të trajtohet Ca Kolorektal aq më e lartë është mbijetesë. Këto përfitime ulen me rritjen e moshës për shkak të pranisë së faktorëve të tjerë të vdekshmërisë.

Dëmet kryesore të ndodhura gjatë depistimit të kancerit kolorektal janë për shkak të përdorimit të procedurave invazive të fillimit ose gjatë procesit të vlerësimit. Dëmtimet shkaktohen si rezultat i procedurave që kryhen në fazën e përgatitjes së pacientit, pra sesi pacienti përgatitet përpara ekzaminimeve invazive, dëmet nga qetësimi që përdoret gjatë procedurave invazive, apo dëmet nga vetë lloji i procedurës.

Ka mjaftueshëm evidencë lidhur me rreziqet (dëmet) ose ka të dhëna të përshtatshme për vlerësimin e rreziqeve. Në ShBA perforacioni i kolonit ndodh në rreth 3,8 raste për 10000 kolonoskopi. Komplikacione të tilla si vdekja nga kolonoskopia apo komplikacione të tjera që kërkojnë hospitalizim të pacientit dhe ku përfshihen perforacioni, hemorragjitë masive, divertikuliti, dhimbje të forta abdominale apo komplikacionet kardio-vaskulare. Këto komplikacione janë dukshëm më të zakonshme dhe ndodhin në rreth 25 raste për 10000 kolonoskopi.

Ka të dhëna të përshtatshme që komplikacione të rënda ndodhin në rreth 3.4 raste për 10.000 procedura.

Provat në lidhje me dëmet e testeve fekale mungojnë, por vlerësohet se këto komplikacione janë të papërfillshme.

Rreth 16% të njerëzve që kanë kryer një kolonografi për herë të parë kanë shfaqur çrregullime jashtë kolonit dhe që kanë kërkuar egzaminime të mëtejshme. Të dhënat janë të pamjaftueshme për të vlerësuar pasojat klinike të identifikuara nga këto anomali, por ka gjasa si për përfitime ashtu dhe dëme. Dëmtimet e mundshme lindin nga testet diagnostike shitesë dhe procedurat që kryhen për leziona të gjetura rastësisht, të cilat mund të mos kenë asnjë rëndësi klinike. Ekzaminimet shitesë mund të rëndojnë pacientin dhe mund të kenë ndikim negativ në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Risku për perforacion gjatë kryerjes së CT kolonografisë në mjediset kërkimore vlerësohet të jetë 0 deri në 6 raste për 10.000 CT kolonografi. Megjithatë, numri i rasteve të vlerësuara mund të jetë më i lartë se ato të parashikuara tek pacientët e depistuar për shkak se në studim janë përfshirë popullatat simptomatike.

Shkalla e ekspozimit ndaj rrezatimit gjatë një CT kolonografie është raportuar të jetë 10 MSV. Dëmet e mundshme nga ky nivel rrezatimi nuk janë të sigurt, por parashikohet se 1 person në 1000 të ekzaminuar, mund të zhvillojë kancer në jetën e tij ose të saj në këtë nivel ekspozimi. Gjatë ciklit të jetës, risku për rrezatim kumulativ gjatë depistimit për kancer kolorektal me anë të CT kolonografisë duhet të konsiderohet si mundësi e rritjes së ekspozimit ndaj rrezatimit kumulativ nga përdorimi edhe i testeve të tjera diagnostike depistuese që përfshijnë ekspozim nga rrezatimi. Nga ana tjetër, përmirësimet në teknologjinë dhe praktikën e kryerjes së CT kolonografisë kanë ulur këtë nivel rrezatimi.

USPSTF arrin në përfundimin se ka të dhëna të mjaftueshme dhe domethënëse mbi përfitimin që të rriturit e moshave 50-75 vjeç kanë nga përdorimi i testeve depistuese për CA kolorektal të tilla si: feçet për gjak okult, sigmoidoskopia fleksibël dhe kolonoskopia.

USPSTF arrin në përfundimin se nuk ka prova të mjaftueshme për të vlerësuar ndjeshmërinë dhe specifikat e testimit të ADN-së nga materialet fekale për kancer kolorektale, dhe se për këtë arsye raporti përfitim/dëme nuk mund të përcaktohet për këtë test.

USPSTF arrin në përfundimin se, për testin e CT kolonografisë, gjetjet janë të pamjaftueshme për të vlerësuar dëmet ekstrakolonike. Gjithashtu raporti përfitime/dëme nuk mund të përcaktohet.

III. OBJEKTIVI

Ky udhërrëfyes ka për objektiv të tregojë rrugën që duhet të ndjekin pacientët të cilët kanë rezultuar pozitiv për testin “feçe gjak okult” gjatë kryerjes së analizave biokimike të kontrollit bazë të shtetasve 40-65 vjeç në Shqipëri.

Ky udhërrëfyes u vjen në ndihmë;

1. Mjekëve të familjes në institucionet publike të kujdesit shëndetësor parësor,
2. Mjekëve specialistë hepatologë/gastroenterologë të poliklinikave të specialiteteve
3. Mjekëve specialistë hepatologë/gastroenterologë të spitaleve bashkiake

në diagnostikimin dhe ndjekjen e pacientëve me kancer kolorektal.

IV. PËRDORUESIT

1. Mjekët e Familjes,
2. Specialistët gastro-hepatologë të institucioneve shëndetësore publike të kujdesit parësor në poliklinika.
3. Specialistët gastro-hepatologë të institucioneve shëndetësore publike të kujdesit shëndetësor dytësor në spitalet bashkiake.

V. RASTET KLINIKE, ETAPAT DIAGNOSTIKE DHE TERAPEUTIKE.

GRUPIMI I RISKUT NË BAZË TË REZULTATIT

Është shumë e rëndësishme që përpara se individi të kryejë marrjen e mostrës për testin FOB (feçe gjak okult) duhet:

1. Të informohet në lidhje me procedurën dhe rezultatet e FOB si dhe rrugën që do të ndiqet pas marrjes së rezultatit.
2. Të këshillohet për dietën “e bardhë” që duhet të përdoret përpara marrjes së mostrës. Për të paktën tre ditë përpara testit FOB individit duhet të shmangë konsumimin e ushqimeve si më poshtë:
 - Disa lloje frutash dhe perimesh si rrepa e kuqe, panxhari apo brokoli
 - Mishi i kuq (mishi i viçit, i lopës)
 - Suplemente të vit C
 - Qetësues të dhimbjes si aspirina apo brufeni

Pas marrjes së përgjigjes së testit të FOB, mjeku duhet të këshillojë të gjithë pacientët të cilët kanë dalë negativ për rëndësinë e përsëritjes së testit sipas protokollit të kontrollit bazë.

Tek pacientët që kanë rezultat pozitiv të testit FOB paraprakisht duhet të përcaktohet risku individual (bazuar kjo në historinë familjare) në lidhje me mundësinë për t'u prekur nga kanceri kolorektal në vitet e ardhshme.

1 – PA RREZIK OSE ME RREZIK TË ULËT

Do të grupohen të gjithë ata pacientë që nuk kanë:

1. histori personale për kancer kolorektal, adenoma kolorektale apo sëmundje kronike inflamatore (sëmundja Chron ose koliti ulçerativ) dhe as histori familjare të konfirmuara të kancerit kolorektal; ose
2. të afërm të brezit të parë (prindër, vëllezër, motra, fëmijë), ose të afërm të brezit të dytë (motra dhe vëllezër të prindërve, nip apo mbesë, gjyshërit) me kancer kolorektal të diagnostikuar në moshën mbi 55 vjeç ose më shumë; ose
3. dy të afërm të diagnostikuar me kancer të zorrës në moshën 55 vjeç ose më shumë por në dy anë të kundërta të trungut familjar.

Nëse pacienti është në këtë nivel risku për kancer kolorektal (pa rrezik apo rrezik i ulët) rekomandohet që të përsëritet testi i FOB.

Pacientët që kanë rezultuar sërish pozitiv në testin FOB duhet të informohen dhe këshillohen për ndjekje të mëtejshme tek mjeku specialist gastrohepatolog.

Nëse rezultati i testit FOB është negativ mjeku i familjes duhet të këshillojë për rëndësinë e përsëritjes së testit sipas protokollit të kontrollit bazë dhe të këshillojë mbi faktorët e riskut të

sëmundjeve tumorale (e përcaktuar në manualin e kontrollit bazësi duhani, alkooli, ushqyerja, aktiviteti fizik).

2 – ME RREZIK TË MODERUAR

Do të grupohen të gjithë ata pacientë që kanë:

1. Të afërm të gradës së parë me kancer kolorektal të diagnostikuar përpara moshës 55 vjeç (pa shenjat e rrezikut të lartë si në nivelin e 3-të) ose
2. Dy të afërm të brezit të parë, ose një i afërmi brezit të parë dhe një iafërm i brezit të dytë nga e njejta anë etrungut familjar, të diagnostikuarme kancer kolorektal të diagnostikuar në çdo moshë (pa shenjat e rrezikut të lartë si në nivelin e 3-të).

Personat që rezultojnë pozitiv në testin FOB informohen dhe këshillohen për të shkuar tek mjeku specialist gastrohepatolog. (ndiq algoritimin)

Nëqoftëse rezultati i testit është negativmjeku duhet të këshillojë për rendësinë e përsëritjes së testit sipas protokollit të kontrollit bazë dhe të këshillojë mbi faktorët e riskut të sëmundjeve tumorale (e përcaktuar në manualin e kontrollit bazësi duhani, alkooli, ushqyerja, aktiviteti fizik). Në këtë rast këshillimi dhe informimi duhet t’i mëshojnëmë shumë dhe të jenë më të fortë.

3- ME RREZIK TË LARTË

Do të grupohen të gjithë ata pacientë që kanë:

- Tre ose më shumë të afërm të brezit të parë, ose një kombinim i të afërmeve të brezit të parë dhe të dytë në të njëjtën anë të tringut familjartë diagnostikuar me kancer kolorektal.
- Dy ose me shumë të afërm të brezit të parë ose të dytë në të njëjtën anë të tringut familjar të dignostikuar me kancer kolorekal plus një nga shenjat me rrezik të lartë:
 - Kancer kolorektal multipël në anëtarët e familjes.
 - Kancer kolorektal përpara moshës 50 vjeç.
 - Kancer (endometrial, ovarian, i stomakut, i intestinit, i pelvisit renal apo i ureterit, i traktit biliar, kancer i trurit) të lidhur me kancerin kolorektal jo polipoid i trashëguar.
- Të paktën një i afërm i brezit të parë, ose i brezit të dytë me një numër të lartë të adenomave përgjatë kolonit.(polipoza adenomatoze familjare e dysuar)

- Anëtarë të një familje në të cilën janë identifikuar mutacione gjenetike që tregojnë për një rrezik të lartë të kancerit të zorrës.

Pacientët që kanë rezultuar positive në FOB informohen dhe këshillohen për ndjekje të mëtejshme tek mjeku specialist gastrohepatolog (ndiq algoritmin).

Nëqoftë se rezultati i testit është negativ mjeku duhet të këshillojë për rëndësinë e përsëritjes së testit sipas protokollit të kontrollit bazë dhe të këshillojë mbi faktorët e riskut të sëmundjeve tumorale (e përcaktuar në manualin e kontrollit bazë (duhani, alkooli, ushqyerja, aktiviteti fizik). Në këtë rast këshillimi dhe informimi duhet t'i mëshojnë më shumë dhe të jenë më të fortë”.

VI. REKOMANDIMET

Studimet tregojnë për faktorë risku që mund të rrisin shanset për polipet kolorektale apo për kancer kolorektal. Shume faktorë të stilit të jetës ndikojnë në shfaqjen e kancerit kolorektal. Lidhja Si dhe për të gjitha llojet e kancereve, shumë të rëndësishëm në shfaqjen e kancerit kolorektal janë faktorë të tillë si dieta, pasha dhe aktiviteti fizik.

Ka të dhëna të mjaftueshme dhe domethënëse mbi përfitimin që të rriturit e moshave 50-75 vjeç kanë nga përdorimi i testeve depistuese për kancer kolorektal të tilla si: feçet për gjak okult, sigmoidoskopia fleksibël dhe kolonoskopia.

Aplikimi i testeve depistuese mund të ndihmojë në zbulimin e hershëm të ca kolorektal, në fazën kur është në përmasa të vogla, nuk është përhapur jashtë kolonit dhe është më e lehtë për t'u mjekuar. “Për forcimin e transparencës, nëpërmjet rritjes së përdorimit të internetit dhe permiresimit të faqeve ekzistuese të internetit”. “Për forcimin e transparencës, nëpërmjet rritjes së përdorimit të internetit dhe permiresimit të faqeve ekzistuese të internetit”.

Është shumë i rëndësishëm këshillimi për dietën, përpara marrjes së mostrës për feçe gjak okult.

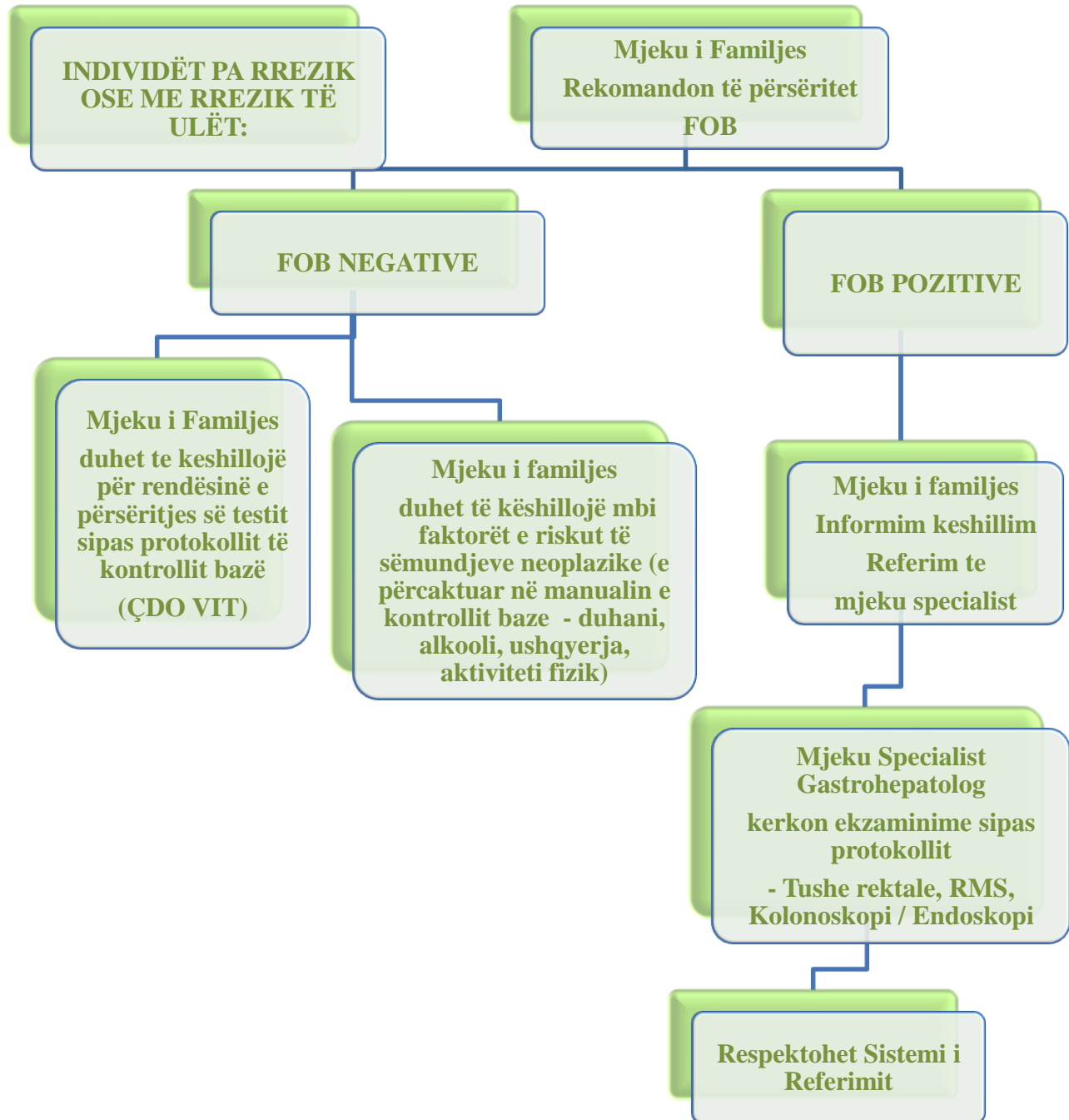
Formulari i Përgjigjes Përfundimtare (Pas Chek-Up)

PARAMETRAT KLINIKE DHE LABORATORIKE

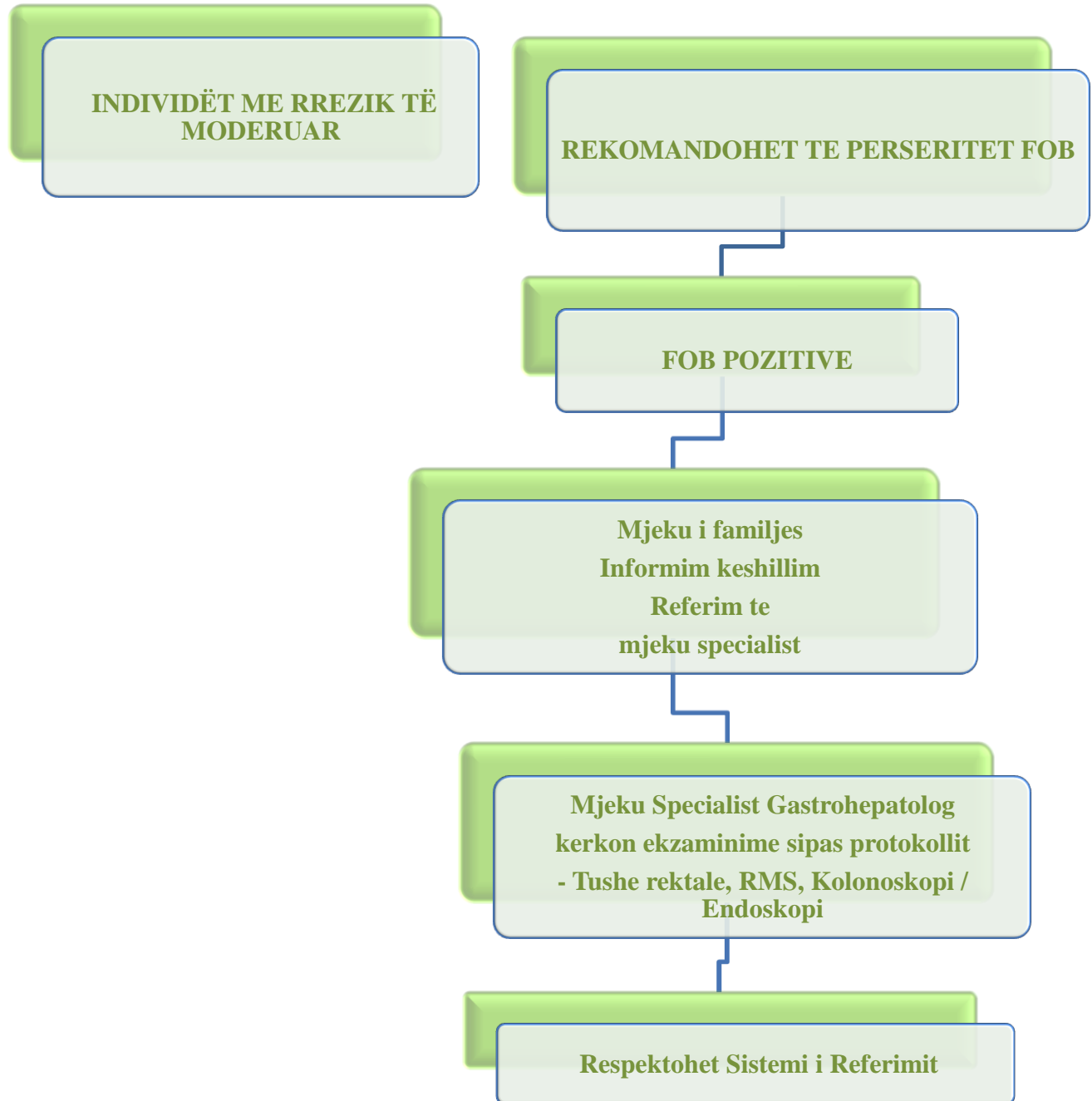
PARAMETRAT KLINIKE DHE LABORATORIKE	
Pesha: _____ kg	Gjatesia: _____ cm
Perimetri I belit: _____ cm	Perimetri i kelloqeve _____ cm
HTA: Presioni sistolik _____ mmHg	Perimetri diastolic _____ mmHg
Glicemia Esell: _____ mg/dl	
Kolesteroli total: _____.	HDL kolesteroli: _____
LDL kolesteroli: _____	Trigliceridet: _____
Formula e gjakut: WBC _____; Neutrofile _____, Limfocitet _____.	
Monocite _____, Eozinofilet _____, Bazofilet _____, RBC _____,	
HB _____ HCT _____ MCV _____ MCH _____ MCHC _____ Trombocitet _____	
Bilirubina: Direkte _____ Totale _____	
Transaminazat: SGOT _____ SGPT _____	
Urina: Albuminuria _____ Qeliza Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/>	
Cilindra Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Kristale Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/>	
Fece per gjak Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	

VII. ALGORITMI I VENDIMEVE.

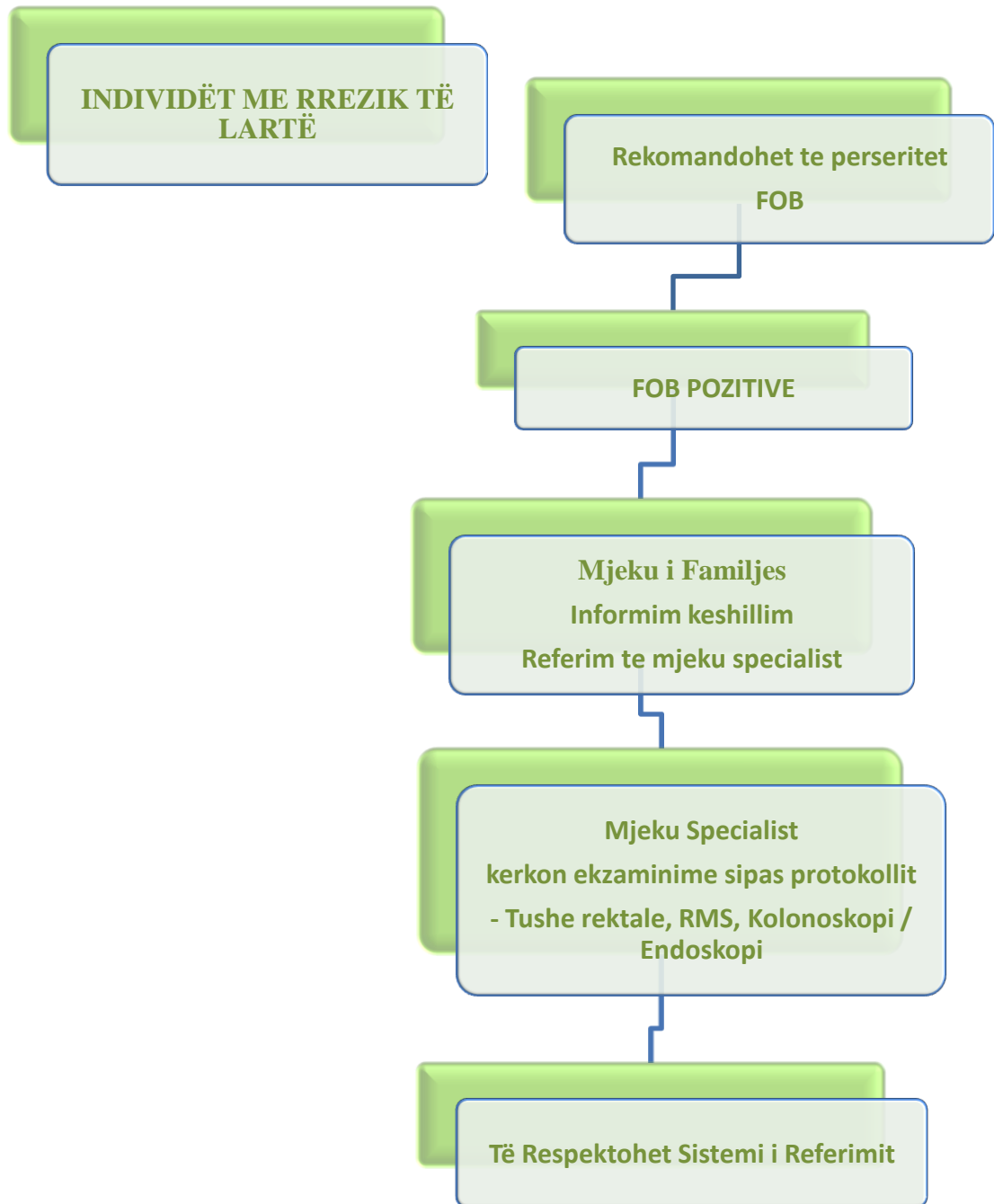
ALGORITMI I NDJEKJES SE INDIVIDËVE PA RREZIK
OSE ME RREZIK TË ULËT PËR KANCER KOLOREKTAL



**ALGORITMI I NDJEKJES SE INDIVIDËVE ME RREZIK TË MODERUAR
PËR KANCER KOLOREKTAL**



ALGORITMI I NDJEKJES SE INDIVIDËVE ME RREZIK TË LARTË PËR KANCER KOLOREKTAL



Bibliografia:

1. www.cdc.gov/screenforlife
2. www.cancer.org
3. Final Recommendation Statement Colorectal Cancer: Screening, October 2008, USPF
4. www.cancer.gov
5. www.airc.it
6. www.icstrieste.it

SHTOJCA



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË

Nr. 487 Prot

Tiranë, më 26.01. 2016

URDHËR

Nr. 28 datë 26.01.2016

PËR SISTEMIN E REFERIMIT DHE TARIFAT E SHËRBIMIT SHËNDETËSOR PUBLIK

Mbështetur në nenin 102, pika 4 e Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, në Ligjin nr 10107 datë 30.03.2009 "Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, Ligjin nr. 10383, datë 24.2.2011 "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, Ligjin nr 44/2012 "Për shëndetin mendor",

URDHËROJ:

1. Çdo person që ka nevojë të marrë shërbim në institucionet shëndetësore publike duhet të paraqitet fillimisht tek mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm. Në momentin e paraqitjes te mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm personi i pasiguar duhet të jetë i pajisur me kartën e identitetit dhe personi i siguar me kartën e shëndetit dhe kartën e identitetit.
2. Nëse mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm gjykon që diagnostikimi apo trajtimi i rastit kërkon konsultë më të specializuar, atëherë e rekomandon për tek specialisti përkatës.
3. Personat e siguar që paraqiten tek mjeku specialist dhe janë të pajisur me kartë shëndeti, kartë identiteti dhe letër rekomandimi nga mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm për konsulta mjekësore ose ekzaminime laboratorike apo imazherike, e marrin këtë shërbim pa pagesë.
4. Personat e pasiguar që paraqiten tek mjeku specialist dhe janë të pajisur me kartë identiteti dhe letër rekomandimi nga mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm për konsulta mjekësore ose ekzaminime laboratorike apo imazherike, e marrin këtë shërbim me pagesë sipas Aneksit 1 kolona C, që i bashkëlidhet këtij urdhëri.
5. Personat që paraqiten tek mjeku specialist dhe nuk janë të pajisur me letër rekomandimi nga mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm për konsulta mjekësore ose ekzaminime laboratorike apo imazherike, e marrin këtë shërbim me pagesë sipas Aneksit 1 Kolona A, që i bashkëlidhet këtij urdhëri.
6. Personat referohen për shërbime të specializuara, analiza laboratorike dhe ekzaminime të tjera nga Qendra Shëndetësore drejt poliklinikës së specialiteteve në juridiksionin e së cilës ndodhet Qendra Shëndetësore sipas Aneksit 2 që i bashkëlidhet këtij urdhëri.
7. Mjeku specialist pranë poliklinikës së specialiteteve, e trajton ambulatorisht ose e shtron pacientin në spitalin bashkiak ose e referon atë për konsultë më të specializuar në

Adresa: Bulevardi "Bajram Curri" Nr 1, Tirana, Albania. Tel: +355 4 2362-937. www.shendetesia.gov.al

poliklinikën e specialiteteve të rajonit përkatës duke e pajisur me rekomandimin. Përjashtim nga rregulli i mësipërm bëhet për Bashkinë Kamëz, Vorë dhe Tiranë. Në këto bashki mjeku specialist pranë poliklinikave të specialiteteve, e referon pacientin sipas rastit në shërbimet e konsultave përkatëse pranë Qendrës Spitalore Universitare në Tiranë.

8. Mjeku specialist pranë poliklinikës së specialiteteve mund ta referojë rastin në poliklinika të tjera specialitetesh në rast të pamundësisë për të ofruar një shërbim përfshirë analiza laboratorike dhe ekzaminime imazherike.
9. Pacienti që trajtohet në një spital bashkiak dhe ka nevojë për diagnostikime, ekzaminime dhe trajtime që nuk sigurohen nga ky spital, dërgohet me epikrizë shoqëruese në spitalin rajonal pas konsultës së firmosur nga mjeku kurues dhe shefi i shërbimit spitalor. Vendimi i argumentuar për referimin e pacientit në një spital më të specializuar të dokumentohet në kartelën personale të pacientit. Të gjitha rastet e referuara për trajtim ose ekzaminim në një spital tjetër të dokumentohen në një regjister të veçantë dhe të ruhen në arkiven e spitalit dërgues.
10. Mjeku specialist pranë poliklinikës së specialiteteve në rajon, e trajton ambulatorisht ose e shtron pacientin në spitalin e rajonit ose e referon atë për konsultë apo trajtim më të specializuar në shërbimin e konsultave të Spitaleve Universitare të pajisur me rekomandimin përkatës.
11. Pacienti që trajtohet në një spital rajonal dhe ka nevojë për diagnostikim, trajtim dhe ekzaminim më të specializuar, të pajiset me epikrizë dhe të dërgohet pranë Spitaleve Universitare, pas konsultës të firmosur nga mjeku kurues dhe shefi i shërbimit. Vendimi i argumentuar për referimin e pacientit në një spital më të specializuar të dokumentohet në kartelën personale të pacientit. Të gjitha rastet e referuara për kurimin ose ekzaminim në një spital tjetër, të dokumentohen në një regjister të veçantë dhe të ruhen në arkiven e spitalit dërgues. Përjashtimisht në raste të veçanta (për arsye të largësisë gjeografike ose kur nuk ofrohen shërbime të specialitetit përkatës) pacienti që trajtohet në një spital Bashkiak mund të referohet për konsulta, ekzaminime apo trajtime në spitalin rajonal më të afërt.
12. Drejtorja e institucionit afishon në vende të dukshme mënyrën e organizimit të konsultës (vendin, ditën, orën) dhe tarifën për çdo konsultë apo ekzaminim mjekësor sipas Aneksit 1 kolona A, B dhe C që i bashkëlidhen këtij urdhëri.
13. Të gjitha rastet e përcaktuara si urgjenca mjekësore që referohen për trajtim spitalor nga shërbimi ambulator duhet të kenë rekomandimin nga mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm, ndërsa ata të dërguar nga spitali bashkiak për në spitalin rajonal ose spitalet universitare duhet të kenë epikrizën përcjellëse të firmosur dhe vulosur nga mjeku i rojes dhe shefi i shërbimit përkatës.
14. Nga ky rregull përjashtohen urgjencat mjekësore ekstreme ose sipas rekomandimit të Shërbimit Kombëtar të Urgjencës Mjekësore, kur pacienti shkon ose transportohet direkt në spital.
15. Të gjitha shërbimet e urgjencës mjekësore ofrohen pa pagesë.

16. Personat e siguruar e përfitojnë recetën me rimbursim vetëm kundrejt zbatimit të sistemit të referimit.
17. Për diagnozë, trajtim dhe ndjekje të rasteve me çrregullime të shëndetit mendor, bazuar në ligjin nr.44/2012 “Për shëndetin Mendor” referimi bëhet si vijon:
- a. Personi që dyshohet se vuan nga një çrregullim i shëndetit mendor, referohet nga mjeku i familjes/mjeku i përgjithshëm drejt Qendrës Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) për diagnostikim.
 - b. Me anë të rekomandimit pacienti vlerësohet nga mjeku psikiatër fillimisht dhe më pas nga gjithë ekipi multidisiplinar.
 - c. Rekomandimi me diagnozën dhe trajtimin medikamentoz i përcillet mjekut të familjes/mjekut të përgjithshëm, i cili ekzekuton recetën me rimbursim.
 - d. Kur kërkohet një konsultë apo rishikim trajtimi medikamentoz personi me çrregullime të shëndetit mendor duhet të jetë i pajisur edhe me rekomandimin e mjekut të familjes/mjekut të përgjithshëm.
 - e. Në kushtet kur personi me çrregullime të shëndetit mendor nuk mund të menaxhohet në komunitet bëhet referimi nga QKSHM drejt shërbimit të shëndetit mendor të specializuar me shtretër.
 - f. Punonjësi social dhe infermieri i QKSHM ndjekin në dinamikë shtrimin e personit, dhe koordinojnë daljen e tij nga shërbimi me shtretër.
 - g. Një kopje e fletëdaljes mbahet nga QKSHM, mbi të cilën hartohet plani i trajtimit në vazhdimësi.
18. Moszbatimi i këtij urdhëri ndëshkohet sipas sanksioneve të vendosura në Ligjin nr. 10107, datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe atyre të vendosura në kontratat që institucionet shëndetësore kanë lidhur me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.
19. Ngarkohen për zbatimin e këtij urdhëri të gjitha institucionet shëndetësore publike.
20. Urdhërat nr.526, datë 12.10.2009 “Për zbatimin e sistemit të referimit të pacientëve në shërbimin shëndetësor” dhe nr. 529, datë 26.10.2009 shfuqizohen.
- Ky urdhër hyn në fuqi menjëherë dhe i fillon efektet nga data 1 shkurt 2016.


MINISTRI
ILIR BEQAJ

Aneksi I

Tarifat per shërbimet mjekësore për pacientet në Kujdesin Shëndetësor Paresor, Ambulator dhe Spitalor, sektori publik			
	Kolona A	Kolona B	Kolona C
	Pa sistem referimi	Me sistem referimi	Me sistem referimi
		I siguruar	I pasiguruar
A Vizita ambulatorë			
1 Vizita tek mjeku i familjes	0	0	0
2 Vizite të mjeku specialist në poliklinike	1500	0	100
3 Kryerja e injeksioneve (muskulare ,venozë, subkutane)	150	0	0
4 Manipulime mikrokirurgjikale ambulatorë	500	0	0
5 Vizite të mjeku specialist në spitalet universitare	3000	0	500
6 Vizite të mjeku specialist në spitalet rajonale	2000	0	100
7 Vizite të mjeku specialist në spitalet e rrethëve	1500	0	100
B Tarifat e ekzaminimeve radiologjike			
1 Rentgenoskopi Toraksi	500	0	100
2 Rentgenoskopi stomaku	500	0	100
3 Rentgenografi stomaku seriog	500	0	100
4 Rentgenografi gastro-intestinale	500	0	100
5 Rentgenografi gastrointestinale seriografi	500	0	100
6 Rentgenografi vertebre në 1 projektion.	300	0	100
7 Rentgenografi e gjithë kolonës vertebrale	700	0	100
8 Rentgenografi e kokes	500	0	100
9 Radiografi Panoramex	800	0	100
10 Irrigoscopi+grafi	500	0	100
11 Urografi intraven.kontrast 60%	800	0	100
12 Urografi intraven. kontrast 75%	1000	0	200
13 Cistografia miksionale	800	0	100
14 Rentg. të ndryshëm 1 projektion	300	0	100
15 Kolecistografia intravenoze	1000	0	200
16 Kolecistografia orale	500	0	100
17 Tomografia (3 shtresa)	1500	0	200
18 Ekografi	1000	0	200
19 Ekografi të ndryshme me print	1500	0	200
20 Radiografi Thoraxi	500	0	100
21 Hysterosalpinografi	1500	0	200
22 Kolposkopi	2500	0	500
23 çdo seance fizioterapie	500	0	500
24 Mamografia	1000	0	0
C Tarifat për ekzaminime endoskopike			
1 Fibrobronkoskopi	4500	0	2000
2 Fibrogastroskopi	4500	0	2000
3 Fibrokolonoskopi	4500	0	2000

Aneksi I

4	Rektomanoskopi	1500	0	500
D Tarifat per analizat e labororit klinik-biokimik				
1	Gjak komplet	500	0	100
2	Urin komplet	200	0	100
3	Glicemia	300	0	100
4	Azotemia	300	0	100
5	Kreatinemi	300	0	100
6	Bilirubine totale	300	0	100
7	Bilirubine e fraksionuar	300	0	100
8	GGT	400	0	100
9	ALAT	300	0	100
10	ASAT	300	0	100
11	Fosfataza alkaline	300	0	100
12	LDH	300	0	100
13	CPK	300	0	100
14	Lipidograma	800	0	100
15	Proteina totale	300	0	100
16	Elektroforeza e proteinave	1000	0	200
17	Elektroforeza e Hb	800	0	100
18	Na +\K +	300	0	100
19	Kalcium total	200	0	100
20	Elektrolitet ne gjak	900	0	100
21	Sideremi	300	0	100
22	S.G.P.T.	300	0	100
23	S.G.O.T	300	0	100
24	Spermograma	500	0	100
25	Gaz analiza	300	0	100
26	PT	300	0	100
27	APTT	300	0	100
28	Fibronogjeni	300	0	100
29	Celula LE	500	0	100
30	Sokrecione nazale per eozinofile	300	0	100
31	Uricami	300	0	100
32	HBA e glukozuar	700	0	100
33	TSH	1500	0	200
34	T3	1500	0	200
35	T4	1500	0	200
36	PSA	1500	0	200
37	CEA	1500	0	200
38	&FP	1500	0	200
39	Ferritine	1500	0	200
40	Kortizoli	1500	0	200

Aneksi I			
41	LH	1500	0 200
42	FSH	1500	0 200
43	PRL	1500	0 200
44	DHEA-S	1500	0 200
45	Beta H.C.G.	1500	0 200
46	Testosteron	1500	0 200
47	Estradiol II	1500	0 200
E Tarifat per analizat e laboratorit Mikrobiologjik			
1	Kulture sputumi	800	0 100
2	Hemokulture	1500	0 200
3	Likidet sterile	1500	0 200
4	Kulturat e puseve	800	0 100
5	Mikroskopi per sekrecionet vaginale per koke + candida+ trikomonas	1000	0 100
6	Kulture per sekrecionet vaginale koke + candida+ trikomonas	1000	0 200
7	Ekzaminimet per leishmania	1000	0 200
8	Urokultura	800	0 100
9	Ekzaminimet per myk	500	0 100
10	Ekzaminimet per malarje	1000	0 200
11	Fecet per parazit	500	0 100
12	Fecet per gjak okult	1000	0 200
13	HbsAg	1500	0 200
14	Wright	900	0 100
15	Widal	900	0 100
16	Weil-Felix	700	0 100
17	Ekzaminimet per gonore	800	0 100
18	Spermokultura	800	0 100
19	Pus per antibiogram	300	0 100
20	Koprokultura	800	0 100
21	Sekrecione gryke per koke	500	0 100
22	Sekrecione hunde veshi per koke	500	0 100
23	Sekrecione gryke hunde per kandida	500	0 100
24	Tokso Ig G	1500	0 200
25	Tokso Ig M	1500	0 200
26	Anti. Antitoxoplazmoze	1000	0 200
27	Anti. Anti- ekinokok	1000	0 200
28	Rubeole Ig G	1500	0 200
29	Rubeole Ig M	1500	0 200
30	C.V.M. Ig G	1500	0 200
31	C.V.M. Ig M	1500	0 200
32	Herpes	1500	0 200
33	Klamidia	1500	0 200

Aneksi I

F	Tarifat e sherbimeve kur kerkojen analizat per efekt dokumentacioni ne Laboratorin Mikrobiologjik			
	Laboratori Mikrobiologjik			
1	Anti HIV 1+2	1000	0	0
2	VDRL	1000	0	200
3	Anti HAV	1500	0	200
4	Anti HBC	1500	0	200
5	Anti HBS	1500	0	200
6	Anti HCV	1500	0	200
G				
H	Sherbimi i alergologjis-pneumologji			
1	Provat respiratore	800	0	100
2	Provat funksionale respiratore me proven e reversibilitetit	1500	0	200
3	Provat e alergjise	1000	0	200
I	Sherbimi i Kardilogjise			
1	EKG (elektrokardiograma)	500	0	100
2	Prova e holterit	1000	0	200
3	Prova ushtrimore e bicikletes	1200	0	200
4	EKO kardiake	2000	0	200
J	Sherbimi i Otorino-Laringologjise (ORL)			
1	Audiograma	1000	0	200
2	Vestibulometri	500	0	100
3	Timpanometri	500	0	100
4	Elektronistumografia	500	0	100
5	Lavazh i veshit	400	0	100
K	Sherbimi i okulistikes			
1	Fusha vizive	1000	0	200
2	Fundus okull	400	0	100
3	Angjofluorosinografia	400	0	100
4	Heqje molusku	200	0	100
5	Pterigion	800	0	100
6	Chalazion	600	0	100
L	Sherbimi i mikrokirurgjise			
1	Heqje e lipomave ne pjese te ndryshme te trupit	3000	0	1000
2	Kryerje cirkumcizio	5000	0	1000
3	Artocentre	800	0	100
4	Shpimi i bulave te veshit	800	0	100
5	Kosto totale e abortit (perfshihen analizat dhe nderhyrja)	5000	0	5000

Aneksi I				
6	Prova e pregnostikonit	1000	0	200
M Tarifat per sherbimin e Flebologjise				
1	Skleroterapi 1 seance	1500	0	200
2	Flebectomi	2000	0	200
N Veprime Administrative				
1	Komisioni Mjeko Ligjor	200	200	200
2	Leshimi i raporteve (per drejtim automjeti)	1000	1000	1000
3	Dhenie epikrize per efekt KVL, KEMP cse jashte shteti	300	300	300
4	Dublikate Akti Mjeko-Ligjor	100	100	100
5	Deshimi raport mjeksor per drejtim automjeti per te huajt	1000	1000	1000
6	Leshim dublikate per flete analize	100	100	100
7	Leshime dublikate per raporte/vertetime per efekte dokumentacioni, Kur kerkohet nga te tretet	100	100	100
8	Leshimi i raporteve (per leje perdorimi te armeve)	1500	1500	1500
O Sherbimi i Anatomise Patologjike				
1	Biopsite e te gjitha llojeve	3000	0	500
2	Citologjike	2500	0	500
3	Konsultat e preparateve histopatologjike	1500	0	200
4	Konsultat e strishave citologjike	1000	0	200
5	Konsultat nga blloqet	2000	0	200
6	Marrja e preparateve per jashte shtetit	1500	0	200
7	Marrja e blloqeve per jashte shtetit	1500	0	200
8	Marrja e preparateve dhe blloqeve per jashte shtetit	2500	0	200
9	Dhenia e dublikatave te pergjigjeve	200	200	200
P Laboratori Imunologjik				
1	Antistreptolizinat	1000	0	200
2	Waler-rose	1000	0	200
3	Gama-latex	800	0	100
4	Komplementi serik ch 50	800	0	100
5	Komplementi c3	800	0	100
6	Komplementi c4	800	0	100
7	Inhibitori ciq	800	0	100
8	Imunoelektroforeza	600	0	100
9	Proteinuri Bence-Jones	600	0	100
10	Krioglobulinat	800	0	100
11	IGG+IGA+IGM	800	0	100
12	IGE Totale	800	0	100
13	Proteina C reaktive	900	0	100
14	Antitr. Antiberth.Totale	900	0	100
15	Anti AND	800	0	100

Aneksi I

16	Anti antiberth solubel	1000	0	200
17	Komplekset imune Qarkulluese	1000	0	200
18	Fenotipizimi Limfocitar CD3, CD4, CD8,CD9,CD10	1500	0	200
19	HLA B27	1500	0	200
Q Laboratori Citologjik				
1	Kariotip me banda G	4500	0	1000
2	Kariotip me banda Q	5000	0	1000
3	Kariotip me banda R	4500	0	1000
4	Kariotip me banda C	4500	0	1000
5	Kariotip prometafizik me banda G	5000	0	1000
6	Kariotip prometafizik me banda Q	5000	0	1000
7	Kariotip prometafizik me banda R	5000	0	1000
8	Kariotip prometafizik me banda C	5000	0	1000
R Tarifat e ekzaminimeve Neurokirurgji-Neurologji				
1	EEG e Holterit	1500	0	200
2	EEG e kompjuterizuar	1500	0	200
3	Aparati Dantec	1000	0	200
4	Blink reflex	1000	0	200
5	Stimullim i perseritur	1500	0	200
6	EMG	1000	0	200
7	EMG-EMB	1200	0	200
8	PEV	2000	0	200
9	PEA	2000	0	200
10	PES	2500	0	500
11	(Elektro encefalograma: (EEG standart)	2000	0	200
S Transfuzioni i Gjaku				
1	Testi i Coombs indirekt	700	0	0
2	Testi i Coombs direkt	1000	0	0
3	Grup gjaku	500	0	0

Aneksi II

Bashkia	Poliklinika e Specialiteteve *	Qendra Shëndetësore
Bashkia Malësi e Madhe	Malësi e Madhe/Shkodër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Shkodër	Shkodër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Has	Has/Kukës	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Tropojë	Tropojë/Kukës	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Fushë-Arrez	Pukë/Shkodër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Vau i Dejës	Shkodër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Pukë	Pukë/Shkodër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Kukës	Kukës	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Lezhë	Lezhë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Mirditë	Mirditë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Dibër	Dibër	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Mat	Mat	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Kurbin	Kurbin/Lezhë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Krujë	Krujë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Klos	Mat	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Bulqizë	Bulqizë/Dibër/Mat	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Durrës	Durrës	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Shijak	Durrës	QSH në territorin e Bashkisë

Bashkia Vorë	Qendra Shëndetësore e Specialiteteve Nr. 3/Dispanseria	QSh Vorë, QSh Prezë, QSH Bërçullë
Bashkia Kamëz	Qendra Shëndetësore e Specialiteteve Paskuqan	QSH Paskuqan, QSH Kamëz, QSH Bathore, QSH Koder-Kamëz
Bashkia Tiranë	Qendra Shëndetësore e Specialiteteve Nr. 1/Dispanseria	Q.SH. Nr.1 Q.SH. Nr.2 Q.SH. Nr.10 Q.SH. Studenti Q.SH. Baldushk Q.SH. Bërzhitë Q.SH. Dajt Q.SH. Krrabë Q.SH. Petrelë Q.SH. Shkozë
	Qendra Shëndetësore e Specialiteteve Nr. 2/Dispanseria	Q.SH. Nr.6 Q.SH. Nr.8 Q.SH. Nr.9 Q.SH. Ndroq Q.SH. Vaqarr Q.SH. Pezë Q.SH. Kashar Q.SH. Selitë
	Qendra Shëndetësore e Specialiteteve Nr. 3/Dispanseria	Q.SH. Nr.3 Q.SH. Nr.4 Q.SH. Nr.5 Q.SH. Nr.7 Q.SH. Farkë Q.SH. Sauk Q.SH. Shëngjergj Q.SH. Zall-Bastar Q.SH. B. Lumit Q.SH. Zall-Herr
Bashkia Kavajë	Kavajë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Rrogozhine	Kavajë	QSH ne territorin e Bashkisë
Bashkia Peqin	Peqin / Elbasan	QSH në territorin e

			Bashkisë
	Bashkia Elbasan	Elbasan	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Belsh	Elbasan	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Librazhd	Librazhd	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Prrenjas	Librazhd	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Lushnjë	Lushnjë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Divjakë	Lushnjë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Cërrik	Elbasan	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Fier	Fier	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Kucovë	Kucovë/Berat	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Ura Vajguore	Berat	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Roskovec	Fier	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Patos	Fier	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Berat	Berat	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Poliçan	Berat	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Gramsh	Gramsh/Elbasan	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Pogradec	Pogradec	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Pustec	Korçë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Maliq	Korçë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Korçë	Korçë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Devoll	Devoll/Korçë	QSH në territorin e Bashkisë
	Bashkia Skrapar	Skrapar/Berat	QSH në territorin e Bashkisë

Bashkia Mallakastër	Mallakastër/Fier	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Memaliaj	Tepeienë/Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Vlorë	Vlorë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Selenicë	Vlorë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Himarë	Vlorë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Tepelenë	Tepelenë/Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Këlcyrë	Përmet/Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Permet	Permet/Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Kolonjë	Kolonjë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Gjirokastrë	Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Libohovë	Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Dropull	Gjirokastrë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Delvinë	Delvine/Sarandë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Sarandë	Sarandë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Finiq	Sarandë	QSH në territorin e Bashkisë
Bashkia Konispol	Sarandë	QSH në territorin e Bashkisë

* Pacientet referohen nga QSH në polikliniken e listuar të parën. Referohen nga QSH në polikliniken e listuar të dytën në rast të shërbimeve të munguara në polikliniken e listuar të parën.