

**MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE E MBROJTJES SOCIALE**

**SPITALI UNIVERSITAR “SHEFQET NDROQI”**

**Nr. \_\_\_ Prot., Tiranë, më \_\_\_.04.2018.**

|  |  |
| --- | --- |
| PROTOKOLLI KLINIK  | **PUBLIKUAR -2015****RISHIKUAR - PRILL 2018** |
| **DIABETI I SHEQERIT**  | **MJEKSIA INTERNE-ENDOKRONOLOGJIA**  |

# ****M I R A T U A R****

# ****D R E J T O R I****

# ****PROF.DR.PERLAT KAPISYZI FCCP****

 Adresa: Rruga “Shefqet Ndroqi”,Tiranë, Albania,Tel/Fax :+355 68 80 46 402, [www.sushefqetndroqi.gov.al](http://www.sushefqetndroqi.gov.al), info@sushefqetndroqi.gov.al

 **PERGATITUR SHEFI I SHERBIMIT**

**DR. ELONA HYSENBELLI DR.KLOEDINA BRATJA**

**P R O T O K O L L I I DIABETIT TE SHEQERIT**

**Perkufizimi**

Diabeti Mellitus është një sindrom metabolik me etiologji të shumëfishtë që karakterizohet nga hiperglicemia kronike, e shoqëruar nga çrregullime të metabolizmit të karbohidrateve,yndyrnave dhe proteinave, që vijnë si rezultat i difektit në sekretimin, ose veprimin e insulinës,ose si një kombinim i të dy faktorëve bashkë dhe që shoqërohet me komplikacione specifike mikrovaskulare, komplikacione makrovaskulare si pasojë e aterosklerozës së përshpejtuar dhe me ndërlikime të ndryshme të tjera, duke përfshirë neuropatinë, shtatzaninë me komplikacione dhe një mundësi të rritur për infeksione 12.

Përsa i takon kritereve diagnostike të diabetit, pranohet si diabet në rast se shifrat e

glicemisë (venoze) esëll janë 126 mg/dl (7.0 mmol/l), ose në rast se glicemia e rastit në

plazëm është 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dy orë pas marrjes së 75 gr glukozë nga goja. Në persona asimptomatikë, kryerja e testit vetëm në një rast nuk është e mjaftueshme për të vendosur diagnozën (p.sh. për të filluar trajtimin e Diabetit).

Kjo duhet të konfirmohet pasi të kryhet të paktën edhe një test tjetër ditën në vazhdim.

**Rendesia e problemit**

Diabeti Mellitus është një shkak madhor i mortalitetit në të gjithë botën. Ai shoqërohet me ulje të

jetëgjatësisë, rritje sinjifikante të morbiditetit, si pasojë e komplikacioneve mikrovaskulare të

diabetit dhe riskut të rritur për aksidente makrovaskulare. Të gjithë këto elementë së bashku,

kanë një impakt negativ në cilësinë e jetës së personave me Diabet. Të dy tipat kryesorë të

Diabetit, por veçanërisht diabeti tip 2, forma më e shpeshtë e tij, është në rritje të vazhdueshme

në mbarë botën.

Sot, ka të dhëna të pakundërshtueshme që flasin për nevojën e një kontrolli glicemik sa

më optimal të diabetit tip 2, në rast se duam të minimizohet rreziku për komplikacionet

kronike mikrovaskulare. Studimet kanë treguar rëndësinë e kontrollit të mirë metabolik

dhe të presionit arterial për të parandaluar ndërlikimet mikro dhe makrovaskulare në të

dy tipat kryesorë të diabetit, atë tip 1 dhe 2. Nuk ka asnjë kufi minimal glicemik për

reduktimin e komplikacioneve kronike; sa më e ulët glicemia, aq më i mirë kontrolli, aq

më i vogël risku për komplikacione.

**Objektivi**

Qëllimi i këtij protokolli është të përqëndrohet në diagnozën, trajtimin dhe ndjekjen e

adultëve me diabet, duke identifikuar kondita dhe objektivë të domosdoshëm për të

garantuar efikasitet klinik të shoqëruar me një përdorim sa më korrekt të burimeve

njerëzore dhe mjeteve në dispozicion. Është me rëndësi vendimtare që të përdoren

medikamentet dhe ekzaminimet sipas nevojave të njerëzve, duke marrë parasysh

diferencën e madhe të nivelit të mjekësisë sonë me atë të vendeve të zhvilluara.

Shpresojmë që Udhërrëfyesi të jetë një instrument i rëndësishëm profesional jo vetëm

për mjekët endokrinologë, por edhe për specialistët e tjerë (kardiologë, nefrologë) dhe

sidomos për mjekun e familjes. Nga ana tjetër shpresojmë që Udhërrëfyesi të jetë i

vlefshëm edhe për institucionet dhe organet vendim-marrëse në fushën e politikave

shëndetësore, që merren me projektimin dhe programimin e shërbimit shëndetësor sa

më efikas dhe të përqëndruar në kujdesin e personave me diabet.

**Perdoruesit e ketij protokolli**

Ky protokoll është menduar dhe konceptuar për t’u përdorur kryesisht nga mjekët e

përgjithshëm, mjekët e familjes, por edhe për mjekët endokrinologë në trajnim, duke

shpresuar sinqerisht që ai të përdoret vazhdimisht nga sa më shumë pjesëtarë të stafit

mjekësor, në të gjitha nivelet e shërbimit, në qendra spitalore, poliklinika, apo qendra

shëndetësore që afrojnë shërbim, trajtojnë, apo ndjekin personat me diabet.

**1 - DEPISTIMI DHE DIAGNOSTIKIMI**

**Depistimi/ diagnostikimi i hershem**

Diabeti tip 2 ka nje faze te gjate asimptomatike, preklinike e cila shpesh mbetet e

padiagnostikuar. Ne momentin e diagnozes me shume se gjysma e personave me diabet kane nje

ose me shume komplikacione te diabetit.

Pacientet qe rezultojne negativ gjate depistimit duhet te ri-testohen pas 3-5 vitesh.

Nuk rekomandohet depistimi universal per diabetin e padiagnostikuar.

Programet e depistimit duhet te perqendrohen tek njerezit ne risk te larte per diabet duke u

bazuar ne faktoret e riskut.

- Mbipesha dhe obeziteti

- Pjestare te familjes me diabet

- Personat me semundje kardiovaskulare

- Grate qe kane bere lindje > 4 kg

- Personat me moshe > 45 vjec

-

**Programet e depistimit duhet te fokusohen ne matjen e glicemise esell.**

1. Ne persona me glicemi esell > 100 mg/dl (>5.6 mmol/l) dhe < 126 mg/dl (<126

mg/dl) per diagnostikim, duhet te behet testi oral i tolerances se glukozes (OGTT)

2. Nese per depistim perdoret matje te rastesishme te nivelit plazmatik te glukozes dhe

rezultojne > 100 mg/dl (> 5.6 mmol/l) dhe <200 mg/dl (<11.1 mmol/l) duhet te behet

nje matje e glicemise esell apo te behet OGTT.



**Per diagnostikimin e diabetit duhet te perdoren kriteret**:

**NORMAL**

**Glicemia esell 70 -110 mg/dl**

**Glicemia 2 ore mbas ngarkeses <140 mg/dl**

**PREDIABET**

**Glicemia esell 110 – 125 mg/dl**

**Glicemia 2 ore mbas ngarkeses 140 – 199 mg/dl**

**DIABET**

**Glicemia esell > 126 mg/dl**

**Glicemia 2 ore mbas ngarkeses >200 mg/dl**

**HbA1c (hemoglobina e glikolizuar ) > 6.5% norma 4-6.2 %**

VLERESIMI I PERSONIT ME DIABET

- Anamneza mjekesore , personale, familjare

Ekzaminimi fizik

Pasha, gjatesia, indeksi i mases trupore, perimetri umbilical

Ekzaminimi I lekures, kembeve, pulsacionet periferike, ndjeshmeria termike, tactile, vibratike

Vleresimi i komplikacioneve

Mikrovaskulare ; retinopatine diabetike fundus oculi

Nefropatine diabetike ; urine komplet, mikroalbuminurine, azotemia, kreatinemi,

Makrovaskulare semundja ishemike ezemres, semundje cerebrovaskulare, semundje te arteieve periferike

Nervore neuropatine periferike dhe autonime

**2 - EDUKIMI**

Edukimi eshte nje pjese e rendesishme e kujdesit diabetik. Edukimi ne nje sens te gjere perforcon

kujdesin diabetik, ne cdo kontakt mes personit me diabet dhe personelit te kujdesit shendetesor.

* Edukimi i strukturuar eshte pjese integrale e menaxhimit te personave me diabet

1. Ne momentin e diagnostikimit

2. Vleresim vjetor i nevojave per edukim te metejshem

3. Sipas kerkesave te pacienteve te vecante

* Edukimi i personave me diabet mund te behet ne grup ose edukim individual nese edukimi

ne grup konsiderohet i papershtatshem dhe duhet te behet nga ekipe te trajnuar.

* Ne ekipin e edukimit marrin pjese nje profesionist i kujdesit shendetesor dhe nje specialist itrajnuar ne diabet.
* Duhet te sigurohemi qe edukimi i eshte ofruar te gjithe personave me diabet pavaresisht

etnicitetit, kultures, gjendjes psiko-sociale dhe aftesive te kufizuara.

**3 – MENAXHIMI I STILIT TE JETES**

Menjehere pas diagnostikimit personat me diabet tip 2 shpesh kane stile jetese (menyre

ushqyerje dhe aktivitet fizik) qe kontribuojne ne diabet, prandaj eshte shume e nevojshme qe ato

te ndihmohen ne drejtim te modifikimit te stilit te jeteses ne menyre qe ato te jene te afte te

kontrollojne glicemine, profilin lipidik dhe presionin arterial.

* Personit me diabet duhet ti ofrohet nje keshillim me dieteticienin (nutricionistin) apo me nje

profesionist te kujdesit shendetesor te trajnuar rreth nutricionit ne momentin e diagnostikimit

si dhe ne disa sesione te mevonshme,ne grup apo individualisht.

* Keshillimet rreth ushqimit/vakteve duhet te jene te individualizuara dhe te mbeshtetura ne

nevojat, preferencat dhe kulturen individuale.

* Personat me diabet duhet te keshillohen rreth kontrollit te ushqimeve me sasi te medha te

sheqernave ,yndyrnave dhe te alkoolit.

.

KARBOHIDRATET 55% te raportit ushqimor tepakten 130 gr ne dite

YNDYRNAT 30% te energjive te marra, sasia e kolesterolit < 300mg/dite

PROTEINAT 15-20% te energjive ditore (<0.7g/kg/ ne rast nefropatie)

* Ne personat tek te cilet eshte vendosur aplikimi i terapise insulinike ,duhet keshilluar marrja

e pershtatshme e karbohidrateve ne cdo vakt. Ne keto persona si dhe ne ato me regjime

fleksibile te insulines, duhet te ofrohet edukim rreth permbajtjes se karbohidrateve te

ushqimeve te ndryshme.

* Eshte e rendesishme gjithashtu keshillimi rreth llojit te ushqimeve qe duhet te perdoret ne

rast hypoglicemie.

* Aktiviteti fizik duhet te fillohet gradualisht, duke u bazuar ne vullnetin, aftesite individuale si

dhe qellimet specifike.

* Duhet te inkurajohet (aty ku eshte e nevojshme) zgjatja e aktivitetit fizik, deri ne 30-45 min

ne 3-5 dite ne jave, apo 150 minuta ne jave (1 ore ecje ne kembe = 10.000 hapa= 400kal)

* Keshillimi rreth menyres se reduktimit te marrjes se energjive (karbohidrateve,yndyrnave

dhe alkoolit).

* Keshillimi dhe inkurajimi i aktivitetit te rregullt fizik.

**4 - KONTROLLI DHE MONITORIZIMI GLICEMIK**

* Keshillo personat me diabet qe mbajtja e nivelit te HbA1c nen 6.5% minimizon riskun e

zhvillimit te komplikacioneve.

* Per arritjen e ketij targeti duhet te ofrohet edukim dhe te modifikohet terapia.
* Personat tek te cilet nuk mund te arrihet ky nivel duhet te keshillohen qe cdo permiresim

eshte i dobishem.

.

* Nivelet ekuivalente te glicemise ne gjakun plazmatik kapilar jane <110 mg/dl (<6.0 mmol/l)

perpara vakteve dhe <145 mg/dl (<8.0 mmol/l) pas vakteve.

* Niveli i HbA1c duhet te matet cdo 2-6 muaj ne varesi te nivelit dhe stabilitetit te kontrollit te glukozes ne gjak dhe ndryshimeve ne terapi.

**Raporti i glisemise mesatare mg/dl me HbA1c %**

 97 5

 126 6

 154 7

 183 8

 212 9

 240 10

1. 11

 298 12

Cdo personi me diabet duhet ti ofrohet nje vleresim vjetor i:

1. Njohurive mbi vete-menaxhimin

2. Peshes trupore

3. Kontrollit te glicemise

4. Kontroll te presionit arterial

5. Kontroll te profilit lipidik

6. Riskut kardiovaskular

7. Neuropatise ,disfunksionit erektil

8. Gjendjes se kembeve

9. Kontroll te syve

10. Kontroll te veshkave

**4A -Kontrolli i glukozes: terapia orale**

Medikamentet e uljes se nivelit te glukozes ne gjak fillohen kur ndryshimi i stilit te jeteses

nuk eshte i mjaftueshem ne kontrollin e nivelit te glukozes ne gjak.

Pavaresisht fillimit te terapise medikamentoze duhet te mbeshtet vazhdimisht modifikimi i

stilit te jeteses.

Monitorimi i pergjigjes ndaj fillimit te nje medikamenti apo ndaj ndryshimit te dozes duhet te

behet cdo 2-6 muaj.

Trajtimi i diabetit tip 2 duhet te fillohet me metformine, mbas perjashtimit te disfunksionit

renal, duke titruar dozen gradualisht per te eleminuar intolerancen gastro-intestinale.

Ne pacientet qe trajtohen me metforimine duhet te monitorohet funksioni renal.

Kur ekuilibrimi i glicemive nuk arrihet vetem me metformine, ne terapi shtohet sulfanilurea,

insulino sintezues( glibenclamid, glimepiride, glinidet e cila mund te perdoret dhe si linje e

pare trajtimi ne pacientet te cilet nuk jane mbipeshe.

Personat me diabet duhet te edukohen rreth hipoglicemise, efekt anesor i grupit

medikamentoz te sulfanilurese.

Sekretagoget e insulines mund te perdoren si alternative e sulfanilurese ne disa persona me

sensitivitet ndaj insulines dhe me stile jetese fleksibile

Kur nuk arrihet niveli target i glicemive, tiazolidinedionet (pioglitazone) dhe inkretinat (

analoget ose frenuesit e DPP4) mund te shtohen;

1. metformines si nje alternative e sulfanilurese

2. sulfanilurese kur metformina nuk tolerohet

3. kombinimit te metformines me nje sulfanilure

Si opsion tjeter perdor frenuesit e alfa-glukozidazes. Ata mund te luajne nje rol ne glicemite

mbas ushqimit dhe mund te perdoren ne personat me prediabet dhene kombinim me

preparate te tjera ose intolerante ndaj terapive te tjera.

Te rritet doza gradualisht dhe te shtohen medikamente te tjera qe ulin nivelin e glicemise deri

sa te arrihen nivelet target te kontrollit te glicemise.Nese nuk ka permiresim mund te

nevojitet terapia me insuline pavaresisht masave te tilla.

**4B - Kontrolli i glukozes; terapia me insuline**



Kur nivelet target te kontrollit te glicemise nuk eshte e mundur te arrihen me ane te

modifikimit te stilit te jetes dhe medikamenteve orale qe ulin nivelin e glukozes ne gjak

fillohet insulinoterapia.

Pas fillimit te insulinoterapise duhet te vazhdohet modifikimi i stilit te jetes.

Ne momentin e diagnostikimit ,personit me diabet duhet ti shpjegohet qe insulina eshte nje

nga opsionet e disponueshme qe ndihmon ne menaxhimin e diabetit dhe ne nje periudhe te

caktuar kohore mund te jete alternativa me e mire ne kontrollin e glicemive.

Duhet te ofrohet edukim ne lidhje me vazhdimin e menaxhimit te stilit te jeteses dhe vetemonitorimin

e pershtatshem.

Personit me diabet duhet ti shpjegohet qe dozat fillestare te insulines jane te vogla ,per arsye

sigurie, dhe mund te rriten me tej ne baze te kerkesave individuale,ne 50-100 UI/ne dite.

Terapia me insuline duhet te fillohet perpara se te zhvillohet kontrolli i varfer i diabetit,

zakonisht kur HbA1c eshte >7.5% ne dozen maksimale te te agjenteve orale.

Vazhdo metforminen.Kur fillohet insulina bazale mund te mos nderpritet

sulfanilurea.Frenuesit e alfa-glukozidazes mund te vazhdohen gjithashtu.

Perdor;

Nje insuline bazale nje here ne dite si; insulina detemir, glargine apo NPH (risku i

hipoglicemise eshte me i larte me kete te fundit) ose;

1. Insuline premixe (bifazike) dy here ne dite vecanerisht kur HbA1c eshte me e

larte,ose;

2. Injeksione ditore multiple (para vakteve dhe insuline bazale) kur kontrolli i

glicemise nuk arrihet me regjimet e tjera.

3. Fillo insulinen duke perdorur nje regjim vete-titrues (doza te rritet 2 UI cdo 3 dite)

ose duke kontaktuar cdo jave me nje profesonist te kujdesit shendetesor.

Qellimi eshte mbajtja e niveleve te glicemive esell dhe para vakteve ne nivelet <110 mg/dl (

<6.0 mmol/l); me pas monitorohen glicemite postprandiale.

Mbeshtetja duhet te ofrohet nga personeli mjeksor deri sa te arrihen nivelet target te

glicemive.

Per injeksione mund te perdoren penat e insulines ose shiringat sipas zgjedhjes personale.

Inkurajo injeksionet subkutane te insulines ne zonen e abdomenit (ku perthithja eshte me e

shpejte) apo ne kofshe (me e ngadalte),si dhe ne regjonin gluteal apo ne krah si vende

alternative.

Nje opsion trajtimi mund te jete dhe pompa insulinike.

Evidencat tregojne qe niveli i HbA1c <7.0% mund te arrihet me kombinimin e terapise me

agjente oral me terapine me insuline. Ky regjim rekomandohet kur nivelet e HbA1c nuk arrihet

te mbahen <7.5% me ane te terapise orale. Per te arritur kete nivel nevojitet titrimi aktiv i dozes

me ane te vete-monitorimit dhe suportit te vazhdueshem edukativ.

**ALGORITMI I TRAJTIMIT PËR PERSONAT ME**

**DIABET TIP 2 DHE MBIPESHË**

**Dietë, aktivitet fizik dhe kontroll i peshës për 3-6 muaj.**

**Kontroll i HbA1c pas 3-4 muajsh**

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të**

**glicemisë nuk është arritur**

**Fillo mjekimin me INSULINËN\*\***

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Shtohet Metformina**

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Shtohet një ose më shumë nga këto preparate**

**: Metformina, DPP-4,TZD, glinidet\***

**sulfaniluretë\*, inhibitorët e α-glukozidazës**

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Fillo mjekimin me INSULINËN\*\***

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Shtohet një ose më shumë nga këto preparate**

**DPP-4, TZD, sulfaniluretë\*, glinidet\*,**

**inhibitorët e α-glukozidazës**

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Fillo mjekimin me INSULINËN\*\***

**HbA1c >7%**

**Objektivi i kontrollit të glicemisë nuk është arritur**

**Fillo mjekimin me insuline INSULINËN\*\***

**4.C Kontrolli i Presionit Arterial**

Presioni arterial gjendet i larte ne shume persona me diabet tip 2.

Matja e presionit arterial duhet te behet cdo vit dhe ne cdo vizite klinike rutine nese eshte

mbi nivelet target apo nese eshte nen trajtim

Presioni arterial duhet te mbahet nen 130/80 mmHg (per pacientet me rritje te ekskretimit te

albuminave shih *demtimin e Veshkave*).

Duhet pranuar fakti qe ne disa paciente presioni arterial nuk mund te arrihet as ne shifrat

140/80 pavaresisht perdorimit te 3-5 medikamenteve antihipertensiv.

Ne tre muajt e pare fillo modifikimin e stilit te jetes duke synuar reduktimin e marrjes se

kalorive,te kripes,alkoolit dhe inaktivitetin fizik.

Fillo terapine medikamentoze per uljen e presionit arterial ne personat me diabet te

pakomplikuar me rritje te ritmit te ekskretimit te albumines, duke perdorur cdo lloj preparati

pervec bllokuesve alfa-adrenergjik, duke marre ne konsiderate koston dhe duke titruar dozen

ne menyre aktive ne baze te pergjgijes;

ACE-inhibitoret dhe ARB-te mund te paraqesin disa avantazhe ne krahasim me agjentet e

tjere (shih *Demtimin e veshkave*).

Ne pacientet me angina pectoris fillo me beta-bllokues,me beta-bllokues apo ACE-inhibitore

ne pacientet me infarkt miokardi te meparshem,me ACE-inhibitore ose diuretike ne pacientet

me insuficience kardiake.

**5- RREZIKU KARDIO-VASKULAR**

* Vleresim i riskut kardiovaskular ne momentin e diagnozes dhe te pakten cdo vit me tej

Ndalim i perdorimit te duhanit

* Aspirin 75-100 mg/dt ne pacientet me risk te larte apo me shfaqje te semundjeve

kardiovaskulare. Clopidogrel ne vend te aspirines ne pacientet me shfaqje te shumta

kardiovaskulare, semundje te arterieve periferike, apo by-pass koronar.

* Kujdesi per profilin lipidik:

1. Statin ne dozen standarte per pacientet >40 vjec (ose me semundje kardiovaskulare te

shfaqur) edhe nese eshte e pamundur te vleresohet profili lipidik.

2. Statin ne doze standarte per pacientet >20 vjec me mikroalbuminuri apo risk te larte.

3. Statin dhe fenofibrate kur vlera e TG ne serum eshte >250 mg/dl.

4. Shtim i nje preparati tjeter si ezetimibe apo ac.nikotinik tek pacientet qe nuk arrijne

targetin e duhur te lipideve apo jane intolerante ndaj preparateve anti-lipemiante te

linjes se pare.

Target i profilit lipidik:

LDL chol <95 mg/dl

TG< 200 mg/dl

HDL chol >39 mg/dl

* ACE inhibitoret jane nje opsion per te permirsuar mbrojtjen kardiovaskulare.
* Investigim me i hollesishem dhe revaskularizim per personat me semundje te arterieve

periferike simptomatike apo problematike, apo tek ata me semundje te arterieve koronare apo

karotide.

**6 – KOMPLIKACIONET OKULARE**

Ekzaminimi i pare i syve tek nje person me DM tip 2 duhet te behet ne momentin e

diagnostikimit dhe me tej cdo vit:

1. Vleresohet mprehtesia e pamjes e korrigjuar me lente

2. Vleresohet retinopatia:

Duke perdorur fotografine retinale me pupila te dilatuara,qe realizohet nga nje

mjek i specializuar .

Nepermjet ekzaminimit oftalomologjik nga oftalmologu.

Diskutimi i arsyeve te ekzaminimit okular me vete personin me diabet.

Perdorim i Tropicamide per te dilatuar pupilat, me perjashtim te rasteve ku kunderindikohet.

Frekuenca e ekzaminimeve:

1. Cdo 12 muaj nese ka pak ose aspak ndryshime te retinopatise ne fundus

2. Cdo 3-6 muaj nese jane verejtur perkeqesime ne ekzaminimin e fundit.

3. Ekzaminime me te shpeshta gjate shtatzanise.

Rekomandimi qe kontrolli i mire i glicemise, tensionit arterial,profilit lipidik mund te

reduktoj riskun per demtim te syve.

Rekomandimi qe perdorimi i aspirines per parandalimin e semundjeve kardiovaskular nuk

eshte i kunder indikuar ne pacientet me retinopati diabetike.

Matja e presionit intra-okular duhet te behet ne menyre periodike.

**7 - KOMPLIKACIONET RENALE**

Kontrolli vjetor per proteinuri ne porcionin e urines se mengjesit nepermjet bandletave

Nese testi del pozitiv,

-kerkohet per infeksione te traktit urinar

-kerkohet raporti laboratorik proteine/kreatinine(PCR)

Nese testi del negativ, matet albumina urinare duke perdorur:

-raporti laboratorik albumine/kreatinine (ACR)

-nje test semi-kuantitativ me bandleta nese nuk behet ACR

Matet cdo vit kreatinemia dhe llogaritet ritmi i filtracionit glomerular (GFR)

Nese PCR apo ACR eshte e larte (mikroalbuminuri>2.5 mg/mmol tek meshkujt dhe

>3.5 mg/mmol te femrat,ose 30 mg/g), ekzaminimi perseritet 2 here gjate 4 muajve ne

vazhdim.

Nese ne dy nga tre testeve rezulton rritja e albumines ne urine testi vleresohet

si pozitiv

Nese ne te dy testet e perseritura albuminuria nuk eshte e rritur, kontrollohet

perseri cdo vit.

Menaxhimi i pacienteve me proteinuri apo ulje te eGFR(< 90 ml/min/1.73 m2):

1. Perdoren ACE inhibitoret apo ARB per ekuilibrimin e TA duke titruar dozen

deri ne dozen maksimale te toleruar nga pacienti

2. Modifikohet mjekimi i tensionit arterial duke pasur si target vlerat<130/80

mmHg, nepermjet dietes (kufizimi i kripes) dhe medikamenteve

3. Intensifikohet mjekim i kontrollit te glicemise duke pasur target HbA1c<6.5 %

4. Monitorohet progresioni i demtimit renal nepermjet ACR apo PCR,

kreatinemise, kalemise, llogaritjes se GFR.

5. Kufizim i proteinave ditore ne diete ne 0.8 g/kg peshe

6. Intesifikohet gjithashtu mjetet e mbrojtes kardiovaskulare (ndalimi i duhanit,

aspirina, terapia anti-lipemiante)

Matja e Hemoglobines Hb/ferritin cdo 6 muaj nese eGFR eshte <90 ml/min/1.73 m2,

fillohet terapia me hekur dhe anti anemik te tjere, nese indikohet dhe konsultohet me

nefrologun nese anemia persiston (Hb <11 g/dl te femrat dhe <12 g/dl tek meshkujt)

Konsultim me nefrologun kur GFR bie <60 ml/min/1.73 m2,apo shfaqen probleme te

mbajtjes se lengjeve ne organizem

Kerkohen investigime te metejshme per te perjashtuar shkaqe te tjera te semundjes

renale qe mund te rrisin ACR apo PCR:autoantitrupa,biopsi renale.

**Menaxhimi i rasteve me proteinuri:**

1. Keshillimi per te eleminuar faktoret e riskut (analgjeziket,alkooli,drogat), kufizim

i proteinave ne 0.8 g/kg peshe/dite, ndalim i duhanit.

2. Target i TA <130/80 mmHg,qe arrihet nepermjet kufizimit te kripes dhe

medikamenteve anti-hipertensive.

3. Perdorim i ACE inhibitoreve.

4. Target per kontrollin e glicemise

5. Target per profilin lipidik

6. Kontrolli i proteinurise cdo vit

7. Matja e kreatinemise apo azotemise cdo 6 muaj.

**8 -- NEUROPATIA DIABETIKE**



Diagnostikim i demtimit sensoro-motor nervor nepermjet anamnezes dhe ekzaminimit

monofilamenti me ose pa percaktim te ndjeshmerise termike, shpimi jo traumatik,

vibracioni me diapazon) dhe/ose testet kuantitative te thjeshta (psh percepitimi vibratil)

Duhet te behet diagnoza diferenciale me shkaqe te tjera: percaktohet niveli i vitamines

B12, testet e funksionit te tiroides, kreatinine/urea ne gjak dhe perdorimi i

medikamenteve te ndryshme qe mund te japin neuropati.

Diagnostikimi i neuropatise diabetike te dhimbshme duke perjashtuar shkaqet e tjera te

saj.

Mjaft e rendesishme eshte ne kete faze kontrolli i mire i glicemise dhe trajtimi i dhimbjes

me antidepresiv triciklik nese analgjezike lokal nuk kane dhene efekt.

Medikamente tjera qe mund te perdoren me tej jane pregabalin/gabapentin dhe valproati,

me tej tramadoli, duloxetina dhe oxycodone per qetesimin e dhimbjes nese medikamentet

e linjes se pare nuk kane dhene efekt.

Duhet treguar kujdes per problemet psikosociale qe mund te lindin per shkak te ketyre

simptomave invalidizuese dhe sidomos crregullimit te gjumit.

Diagnostikimi i disfunksionit erektil nepermjet anamnezes, perjashtimit te shkaqeve te

tjera endokrine (matje te testosteronit, porlaktines) dhe perdorimi i inhibitoreve te

fosfodiesterazes PDE5 (me perjshtim te rasteve kur diabetiku eshte ne perdorim te

nitrateve, ku kunderindikohet perdorimi i inhibitoreve te PDE5).

Ne rastet e mos suksesit apo kunderindikacionit per keto preparate shihet mundesia e

medikamenteve intrakavernoze apo intra-uretrale.

Diagnostikimi i gastroparezes nepermjet anamnezes, perdorimi i medikamenteve

prokinetike (metoklorpramide,domperidone) per lehtesim te simptomave dhe studimi

nese eshte i nevojshem i zbrazjes gastrike.

Diagnostikimi i neuropatise autonome kardiovaskulare nepermjet percaktimit te

frekuences kardiake ne qetesi, dhe ndryshimit te saj gjate testeve te stimulimit si Manovra

e Valsaves, testi shtrire/kembe, testi i frymemarjes se thelle dhe matjes gjithashtu te TA

ne pozicionin shtrire dhe me tej ne kembe.

**9. KUJDESI PER KEMBET**

**Rekomandimet.**

Vleresim i kembeve tek personat me diabet cdo vit:

1. Anamneze personale pozitive per ulcer plantare apo amputim, simptoma te

semundjes arteriale periferike, veshtiresi ne realizimin te kujdesit personal per

kembet.

2. Deformim i kembes (gishtat si cekic, prominime kockore) prania e dukshme e

neuropatise (lekura e thate, kallo, vena te dilatuara) apo ishemi fillestare,

deformim i thonjve apo demtim i tyre.

3. Percaktim i neuropatise me monofilamentin 10 g apo diapazoni 128 Hz

4. Vleresim i qarkullimit arterial nepermjet prekjes se pulseve plantare (aa.dorsalis

pedis et tibialis posterior), koha e kthimit kapilar raporti me ane te dopplerit

kembe/krahe<0.9 per semundje vaskulare okluzive.

Diskutim me cdo person me diabet per rendesine qe ka kujdesi personal per kembet.

Percaktohet nje plan per kujdesin per kembet ne varesi dhe te te dhenave vjetore te

ekzaminimit te kembeve dhe riskut per ulcera apo amputacion.

Klasifikimi:

Pa risk shtese: nese nuk ka humbje te ndjeshmerise, pa shenja te semundjes se

arterieve periferike, pa faktore te tjere risku.

Me risk: nese eshte e pranishme neuropatia apo nje tjeter faktor risku

Risk i larte:

o Ulje e ndjeshmerise dhe deformim i kembes apo prani e evidentuar e

semundjes se arterieve periferike.

o Ekzistenca per ulcer te meparshme apo amputim (risk shume i larte)

Ulcerime plantare apo infeksion i kembes: prania e ulceres plantare



**Menaxhimi sipas klasifikimit**:

Pa risk shtese: Vendoset nje plan i perbashket qe perfshin edukimin per kujdesin

per kembet per cdo person.

Me risk: kontroll cdo 6 muaj nga skuadra e kujdesit per kembet. Ne cdo kontroll

kryhet: 1.inspektim i te dy kembeve

2.vleresohen kepucet qe ka ne perdorim

3.permirsohet me tej edukimi per kujdesin per kembet.

Risk i larte: kontroll cdo 3-6 muaj per kembet ku kryhet:

1.inspektim i te dy kembeve

2.vleresohen kepucet e te semurit dhe percaktohen kepucet e duhura.

3.shihet mundesia per vleresim vaskular.

4.permirsohet me tej edukimi per kujdesin per kembet.

Ulcerat plantare apo infeksionet duhet te kontrollohen nga mjeku brenda 24 oreve

te para te shafqjes se tyre qe te realizohet sa me shpejt:

o Menaxhimi i duhur i plages ,pastrimi me kujdes i saj dhe heqja e

pjeseve te demtuara te mbetura.

o Antibiotikoterapia sistemike afatgjate per celulitin apo infeksionet

kockore: penicilinat ,makrolidet, clindamicina dhe/ose metronidazole

jane antibiotiket e linjes se pare te mjekimit dhe ciprofloksacine apo coamoxiclav

si shembuj te linjes se dyte te mjekimit.

o Shperndarje optimale e presionit ne kembe, investigimi dhe trajtimi i

insuficences vaskulare.

o Nese suspektohet per osteomyelit kerkohet grafia e kembes, CT apo

MRI dhe biopsi nese eshte e nevojshme.

o Kontrolli i mire i glicemise

o Kujdesi ortotik dhe specialisti i percaktimit te kepuceve per te

parandaluar perseritjen e ulceres plantare.

**Amputimi kryhet vetem kur**:

Eshte bere nje vleresim i plote vaskular nga angiologu

Dhimbjet ishemike te qetesise nuk mund te menaxhohen me analgjezik apo

revaskularizim

Nje infeksion qe rrezikon jeten

Nje ulcer qe nuk mund te vete-sherohet

**10 - SHTATZANIA**

Shtimi i numrit te grave qe zhvillojne diabet mellitus tip 2 ne nje moshe me te re dhe

krijimi i familjes ne nje moshe me te vone ka bere qe diabeti gestacional te jete nje

problem mjaft i rendesishem ne kete protokoll. Pavarsisht menaxhimit te mire te diabetit

te shtatzanise si nena ashtu dhe foshnja ngelen te predispozuar per shfaqjen e nje sere

komplikacionesh ne krahasim me grate pa diabet te shtatzanise. Frekuenca e anomalive

kongenitale mbete e larte tek foshnjet e lindur nga nenat me diabet gestacional.

**Keshillimi para shtatzanise.**

Tek nje grua ne moshe fertile me diabet duhet qe ekzistenca e shtatzanise te

kerkohet cdo vit dhe nese ajo nuk rekomandohet te fillohet terapia me

kontraceptiv.

Keshillim para shtatzanise perfshin:

**1.** Edukimin dhe menaxhimin e gruas shtatzane me diabet

**2.** Kontrolli sa me i mire i glicemise:target HbA1c para konceptimit <6.1 %

**3.** Ndalim i medikamenteve hypoglicemiante oral dhe fillimi i insulinoterapise

nese eshte e nevojshme.

**4.** Ekulibrimi sa me i mire i tensionit arterial (target <130/80 mmHg)

**5.** Ndalim i ACE inhibitoreve apo ARB nese perdoren nga gruaja per mjekim te

HTA dhe zevendesimi i tyre me Methyldopa, nifedipine, labetolol

**6.** Ndalim i perdorimit te statinave dhe fibrateve.

**7.** Vleresimi i komplikacioneve okulare dhe renale.

**8.** Vleresim i funksionit tiroidien.

**9.** Ndalim i duhanit dhe alkoolit.

**10.** Terapia me acid folik.

**Screening per Diabet gestacional.**

Ne grate me risk te larte per diabet (diabet gestacional i meparshem, obezitet

sidomos central, popullate me prevalence te larte per diabet) kerkohet per

hyperglicemi qe ne viziten e pare pre-natale, kryhet dhe prova e ngarkeses me 75

g-glukoze nese eshte e nevojshme.

Tek te gjitha grate shtatzane rekomandohet matja e glicemise ne viziten e pare

dhe pas javes se 20 (java 24-28 per grate me risk te ulet ), nese glicemia eshte jo

normale kryhet dhe prova e ngarkeses me 75 g-glukoze.

Trajtohet si diabet nese glicemia esell eshte ≥125 mg/dl dhe 2 h pas ngarkese

eshte ≥140 mg/dl

**Menaxhimi gjate shtatzanise.**

Kontrolli i gjithe problemeve te ndryshme qe mund te paraqesi gruaja shtatzane

dhe menaxhimi i kujdeshem i tyre.

Ekzaminimi i syve ne viziten e pare pre-natale dhe cdo trimester.

Edukimi dhe keshillat mjeksore nutricionale. Nese gruaja eshte mbipeshe

keshillohet nje diete e pershtatshme si ajo qe eshte ne peshe normale.

Te monitorohet glicemia te pakten 4 here ne dite:para mengjesit,dhe 1-2 ore pas

cdo vakti. Target: HbA1c <6 % dhe glicemite e vete monitoruara midis 60-120

mg/dl.

Menaxhimi i insulinoterapise me kujdes duke pritur nje rritje te nevojave per

insuline gjate shtatzanise.Por terapia me insuline shpesh mund te veshtiresohet

nga hyperemeza gravidare, apo perdorimi i steroideve.

Monitorim i shtimit ne peshe dhe TA,targeti per te cilin eshte <130/80 mmHg

duke evituar perdorimin e ACE inhibitoreve dhe ARB