

Manual Trajnimi

Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Dislipidemisë në KSHP

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Florjan Shehi (mjek familje)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artanca Çollaku (mjeke familje)

Dr. Albiona Lamaaj (mjeke familje)

Dr. Engjellushe Hasani (kardiologe)

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E KOSOVËS
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



HAP
health for all project

Përmbajtja

Hyrje	5
Përlllogaritja e riskut kardiovaskular	6
Tabelat ose kalkulatori SCORE për llogaritjet e riskut kardiovaskular në vendet me risk të lartë	11
Tabela ose kalkulatori i OBSH për llogaritjet e riskut kardiovaskular pa matur nivelin e lipideve	12
Tabela ose kalkulatori i OBSH për llogaritjet e riskut kardiovaskular në pacientët pa diabet	13
Tabela ose kalkulatori i OBSH për llogaritjet e riskut kardiovaskular në pacientët me diabet	14
Dislipidemia	15
Rast klinik 1	18
Modifikimet terapeutike të stilit të jetesës	21
Rast klinik 2	26
Përlllogaritja e riskut kardiovaskular (ilustrim)	26
Rasti klinik 3	36
Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për Dislipideminë dhe të cilësisë së menaxhimit të Dislipidemisë në KSHP	41
Referencat	42

Hyrje

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) janë të zakonshme në popullatën e përgjithshme në të gjithë botën, duke prekur shumicën e të rriturve mbi moshën 60 vjeç. OBSH vlerëson që SKV janë përgjegjëse për mbi 17 milion vdekje në të gjithë botën çdo vit.(1) (2) (3).

Si kategori diagnostike, SKV përfshijnë katër fusha kryesore:

- Sëmundja e Arterieve Koronare (SAK), e cila manifestohet si Infarkti i Miokardit (IM, fatal ose jo fatal), Angina Pectoris dhe Insufiçenca Kardiake
- Sëmundja cerebrovaskulare, e cila manifestohet në formën e Aksidenteve Cerebrovaskulare (AVC) dhe të ishemië tranzitore.
- Sëmundja e Arterieve Periferike, e manifestuar me klaudikacio intermitente dhe ishemi të anësive
- Ateroskleroza e aortës dhe aneurizma e aortës torakale ose abdominale

Është e qartë që parandalimi i zhvillimit të sëmundjeve koronare dhe e komplikacioneve të tyre është kyç në përmirësimin e shëndetit të pacientëve dhe të popullatës në tërësi. Ndërhyrjet parandaluese ndikojnë në uljen e morbiditetit, mortalitetit dhe kostos që këto sëmundje kanë mbi sistemin shëndetësor. (4)

Faktorët madhorë të riskut për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare (SKV) janë:

Faktorët e pamodifikueshëm

- Histori Familjare e Sëmundjes së Arterieve Koronare të parakohshme
- Sëmundje Renale Kronike
- Sëmundje vaskulare dhe cerebrovaskulare të diagnostikuara

Faktorët e modifikueshëm

- Duhapirja
- Mbipeshja ose obeziteti
- Dieta jo e shëndetshme
- Stili sedentar i jetesës
- Dislipidemitë
- Hipertensioni
- Diabeti Mellitus
- Sindroma Metabolike

Faktorët e modifikueshëm përbëjnë mundësi të mira ndërhyrjeje në parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare.

Qëllimi i manualit të trajnimit është të përdoret në trajnimin për aftësimin e ekipit të mjekësisë familjare në përdorimin e Protokollit të Mjekimit të Dislipidemive në Kujdesin Shëndetësor Parësor.

Ai ofron një orientim praktik mbi kohën dhe mënyrën e depistimit, kriteret e diagnostikimit, dhe ndjekjen hap pas hapi të pacientëve. Gjithashtu manuali diskuton zgjedhjen e linjës së parë të trajtimit, shtiminnë varësi të ecurisë të dozave apo medikamenteve të tjera shtesë për menaxhimin e dislipidemive.

Është e qartë që menaxhimi i çrregullimeve të metabolizmit të yndyrnave përbën një prej hapave për uljen e riskut kardiovaskular. Menaxhimi i Hipertensionit dhe i Diabetit Mellitus përshkruhen me hollësi në Protokollet e Mjekimit, Udhërrëfyesit klinikë dhe Manualet e trajnimit përkatëse (2020), përfshirë ndërhyrjet për lënien e duhanit, modifikimin e dietës, përfshirjen në aktivitet fizik, humbjen në peshë.

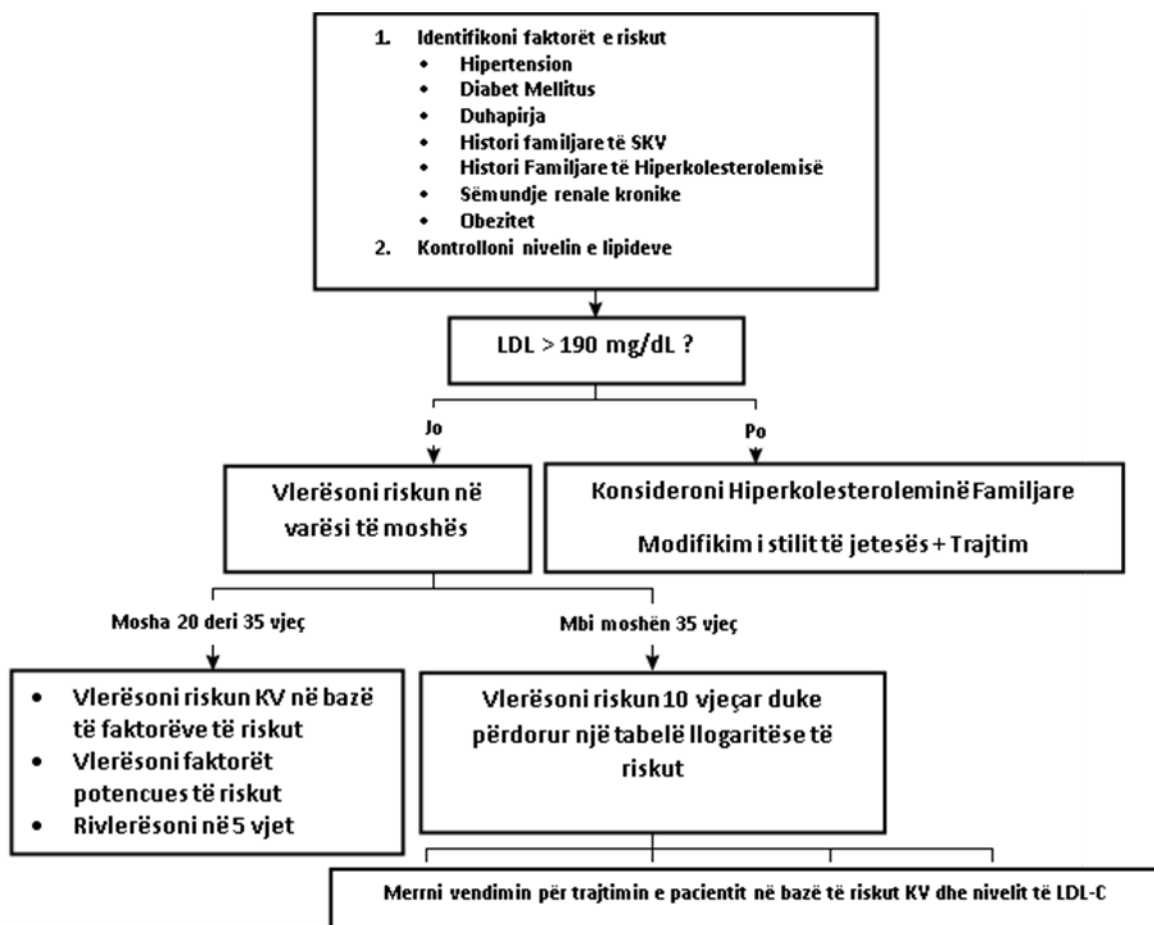
Përlllogaritja e riskut kardiovaskular

Një vlerësim i përgjithshëm i rrezikut relativ për SKV mund të bëhet duke llogaritur numrin e faktorëve tradicionalë të rrezikut të pranishme në një pacient (dmth., Hipertensioni, Diabeti, pirja e duhanit, historia familjare e SKV të parakohshme, sëmundje kronike të veshkave, mbipeshë).

Një vlerësim i saktë i rrezikut absolut për një ngjarje të parë KV është i dobishëm dhe i dëshirueshëm veçanërisht kur rekomandohet trajtimi për një individ të veçantë. Në këtë kapitull do të diskutohet se cilët pacientë duhet t'i nënshtrohen vlerësimit të riskut KV, cila është qasja për vlerësimin e rrezikut dhe çfarë implikimesh ka vlerësimi i rrezikut në terapitë parandaluese.(5)

Cilët janë pacientët që kanë nevojë të depistohen për SKV dhe kur është e nevojshme përlllogaritja e riskut kardiovaskular përmes përlllogaritësve zyrtarë të riskut:

- Mund të konsiderohet llogaritja e riskut KV për të gjithë pacientët mbi 20 vjeç pa SKV të njohur.



Këtu është lënë kufiri 35 vjeç për të qenë në përputhje me Kontrollin Mjekësor Bazë (35-70 vjeç)

•Vlerësimi periodik i rrezikut ofron mundësinë për të identifikuar faktorët e riskut KV dhe për të ofruar udhëzime për menaxhimin e duhur të faktorëve specifikë (p.sh., modifikimet dietike specifike për hipertensionin ose dislipidemitë, etj) dhe të riskut të përgjithshëm KV (p.sh., mbajtja e një diete të shëndetshme, ushtrime të rregullta, etj.)

Kur mund të kryhet vlerësimi i riskut KV:

- Vlerësimet dhe diskutimet e riskut KV fillojnë në moshën 20 vjeç ose në takimin e parë me pacientët mbi moshën 20 vjeç.
- Risku KV vlerësohet çdo **5 vjet** (katër deri në gjashtë vjet) në pacientët, rreziku i identifikuar KV 10-vjeçar i të cilëve është i ulët (**<5 përqind**) ose në kufi (5 deri në 7.4 përqind)
- Risku KV vlerësohet më shpesh për pacientët, rreziku 10-vjeçar për SKV i të cilëve është i ndërmjetëm (7.5 deri 19.9 përqind), ose pas identifikimit të një faktori të ri rreziku.

Si të kryeni vlerësimet e rrezikut të SKV

- Së pari duhet të identifikohen faktorët tradicionalë të rrezikut për SKV, bazuar në historikun dhe ekzaminimin fizik, dhe pastaj merret një vendim për matjen e nivelit të lipideve bazuar edhe në moshën dhe gjininë e pacientit.
- Niveli total i kolesterolit dhe vlerat e LDL kolesterolit janë të nevojshme për llogaritjen e riskut KV dhe vendimarrjet në lidhje me terapinë parandaluese.
- Pas identifikimit të faktorëve të riskut KV dhe rezultateve të profilit të lipideve, ne llogarisim një vlerësim për rrezikun 10 vjeçar të SKV duke përdorur një nga llogaritësit e riskut KV. Klinikistët inkurajohen që të përdorin një llogaritës të riskut KV që është i përshtatshëm për rajonin gjeografik.
- Për personat 20 deri 35 vjeç të cilët janë asimptomatikë dhe nuk kanë faktorë të rrezikut të SKV, zakonisht nuk bëhet një vlerësim zyrtar i riskut KV. Kjo lidhet kryesisht me faktin se rreziku 10-vjeçar është përgjithësisht jashtëzakonisht i ulët në këta pacientë dhe llogaritësit më të përdorur dhe të verifikuar të riskut nuk japin vlerësime të rrezikut për pacientët nën 40 vjeç. Për disa persona nga 20 deri në 35 vjeç, shpesh është e dobishme të bëhen vlerësime joformale të rrezikut të SKV për të ndihmuar në drejtimin e masave parandaluese.

Pse vlerësohet riskut KV:

- Pacientët me risk KV të ulët ose shumë të ulët, mund të inkurajohen të mbajnë një stil të shëndetshëm jetese (p.sh., ushtrime të rregullta, dietë të shëndetshme, etj.).
- Pacientët me risk të lartë KV mund të fillojnë me terapi të përshtatshme parandaluese primare.
- Pacientët me risk KV të ndërmjetëm mund të angazhohen në diskutime rreth ndryshimeve të mundshme të stilit të jetesës dhe / ose terapive të parandalimit primar. Në këta pacientë mund të merren parasysh teste shtesë në varësi të sëmundjeve kronike.
- Familjarët e shkallës së parë të pacientëve me risk KV të lartë mund të këshillohen në lidhje me vlerësimin e vazhdueshëm të riskut KV.

SI TA VLERËSOJMË RISKUN KARDIOVASKULAR

Identifikoni faktorët e rrezikut - Për të gjithë individët, hapi i parë në vlerësimin e riskut për SKV është të përcaktohet nëse ekziston një ose më shumë nga faktorët tradicionalë të rrezikut për SKV:

Hipertensioni, Pirja e duhanit, Diabetes mellitus (DM), Hiperlipidemia (përfshirë hiperlipideminë e njohur familjare ose një histori individuale të vlerave të rritura të kolesterolit total ose të LDL-Kolesterolit), Histori familjare e SKV të parakohshme, Obeziteti.

Për individët ≥ 20 vjeç, zakonisht merret një profil bazë i lipideve. Nëse vlerat e LDL Kolesterolit janë të rritur ≥ 190 mg / dL (≥ 4.9 mmol / L), atëherë pacienti do të trajtohet në mënyrë agresive me modifikimet e rekomanduara të stilit të jetesës dhe medikamentet hipolipemiente.

Bazuar në rezultatet e panelit të lipideve, faktorët e rrezikut dhe moshën e pacientit, ne përcaktojmë nëse duhet dhe si duhet të vlerësojmë rrezikun e SKV:

- Për pacientët > 40 vjeç pa SKV të diagnostikuar në të cilët është marrë një profil lipidesh, ne vlerësojmë rrezikun e SKV duke përdorur një kalkulator të rrezikut (ka disa kalkulatorë të rrezikut që përdoren përgjithësisht për popullata specifike). Rezultatet e llogaritësit përdoren për të përcaktuar nëse indikohen terapi specifike parandaluese.
- Për pacientët që janë 20 deri 39 vjeç, të cilët nuk kanë hiperkolesterolemi, por kanë faktorë të tjerë rreziku ose diagnoza të tilla si ato të listuara më sipër, shumica e udhërrëfyesve nuk japin udhëzime të qarta për vlerësimin e riskut KV (për mosha < 40 vjeç). Për këta pacientë, herë pas here bëra e një vlerësimi informal të riskut KV, duke përdorur një llogaritës risku mund të ndihmojë në drejtimin e kujdesit për ta.

Vlerësoni rrezikun e SKV duke përdorur një llogaritës të rrezikut - Pasi të jenë identifikuar të gjithë faktorët përkatës të rrezikut dhe të dhënat e marra (dmth., tensioni arterial dhe profili i lipideve), për pacientët mbi 40 vjeç duhet të vlerësohet risku kardiovaskular duke përdorur një kalkulator të vlefshëm rreziku.

Ekzistojnë një numër kalkulatorësh të përlllogaritjes së riskut KV që janë zhvilluar për të vlerësuar rrezikun e ngjarjeve fillestare KV në individë të shëndetshëm, asimptomatikë duke u bazuar në vlerësimin e shumë variablave. Zgjedhja e një modeli specifik për vlerësimin e rrezikut të KV duhet të individualizohet bazuar në karakteristikat specifike të pacientit (p.sh., mosha, gjinia, etnia).

Zgjedhja e një llogaritësi të rrezikut

Ka disa llogaritës të riskut KV në përdorim të gjerë, dhe fusha është dinamike, me algoritme të rinj që zhvillohen rregullisht, të cilat miratohen nga organizatat dhe shoqëritë rajonale që përqendrohen në parandalimin e SKV.

Çështjet e përfshira në zgjedhjen e një llogaritësi të veçantë të riskut për një pacient individual përfshijnë zbatueshmërinë e të dhënave për popullatën e veçantë ose grupin etnik për të cilin modelohet, faktorët e rrezikut që janë vlerësuar dhe rezultatet që parashikohen.

Shoqata Evropiane e Kardiologjisë së bashku me Shoqatën Evropiane të Aterosklerozës rekomandojnë përdorimin e llogaritësit/kalkulatorit SCORE i cili merr parasysh moshën, gjininë, statusin e duhanpirjes, vlerat e tensionit arterial dhe vlerat e kolesterolit total të pacientit. Ky llogaritës nuk merr parasysh diabetin pasi konsideron çdo pacient me diabet me risk të lartë KV. Për popullatën shqiptare rekomandohet përdorimi i llogaritësit SCORE për vendet me risk të lartë.

OBSH ofron gjithashtu llogaritës të riskut KV të cilat janë specifike në bazë të rajonit në të cilin jeton një popullatë. Tabelat e OBSH-së ofrojnë mundësinë për të përfshirë edhe praninë apo mungesën e diabetit në llogaritje. Gjithashtu OBSH ofron tabela të veçantapër llogaritjen e riskut kardiovaskular si në rastet kur kemi vlerat e nivelit të lipideve ashtu edhe kur ato mungojnë. Për llogaritjen e riskut për popullatën shqiptare, ndër tabelat e zhvilluara nga OBSH duhet të përdoren ato për Evropën Qëndrore.

Kini parasysh: Rreziku KV mund të jetë me i lartë sesa indikohet në grafik tek personat që:

- Janë tashmë në terapi me medikamente antihipertensive
- Femrat që kanë pasur menopauzë të parakohshme
- Personat me një histori të fortë familjare për SKV të parakohshme
- Personat që kanë ndonjë nga faktorët e mëposhtëm:
 - Obezitet, kryesisht atë qëndror
 - Kanë stil sedentar të jetesës
 - Histori familjare me sëmundje kardiovaskulare të hershme ose aksident cerebro-vaskular në të afërm të shkallës së parë (meshkuj <55 vjeç dhe femra <65 vjeçe)
 - Nivele të larta të triglicerideve
 - Vlera të ulëta të HDL-kolesterolit
 - Rritje të niveleve të PCR, fibrinogjenit, hemocisteines, apolipoproteinës B, Lp(a) dhe glicemisë esëll.
 - Sëmundje kronike të veshkave
 - Evidencë të pranisë së aterosklerozës në teste diagnostike

Disa grafikë përdorin njësinë matëse mg/dL të tjerë përdorin mmol/L.

- Për të konvertuar kolesterolin total/ HDL-kolesterolin/ LDL-kolesterolin nga mg/dL në mmol/L duhet të pjestojmë vlerën me 39, nëse do e konvertojmë nga mmol/L në mg/dL duhet ta shumëzojmë me 39.
- Për të konvertuar trigliceridet nga mg/dL në mmol/L duhet pjesëtuar me 89, anasjelltas duhet shumëzuar me 89.

Në faqet në vijim do të mund të gjeni:

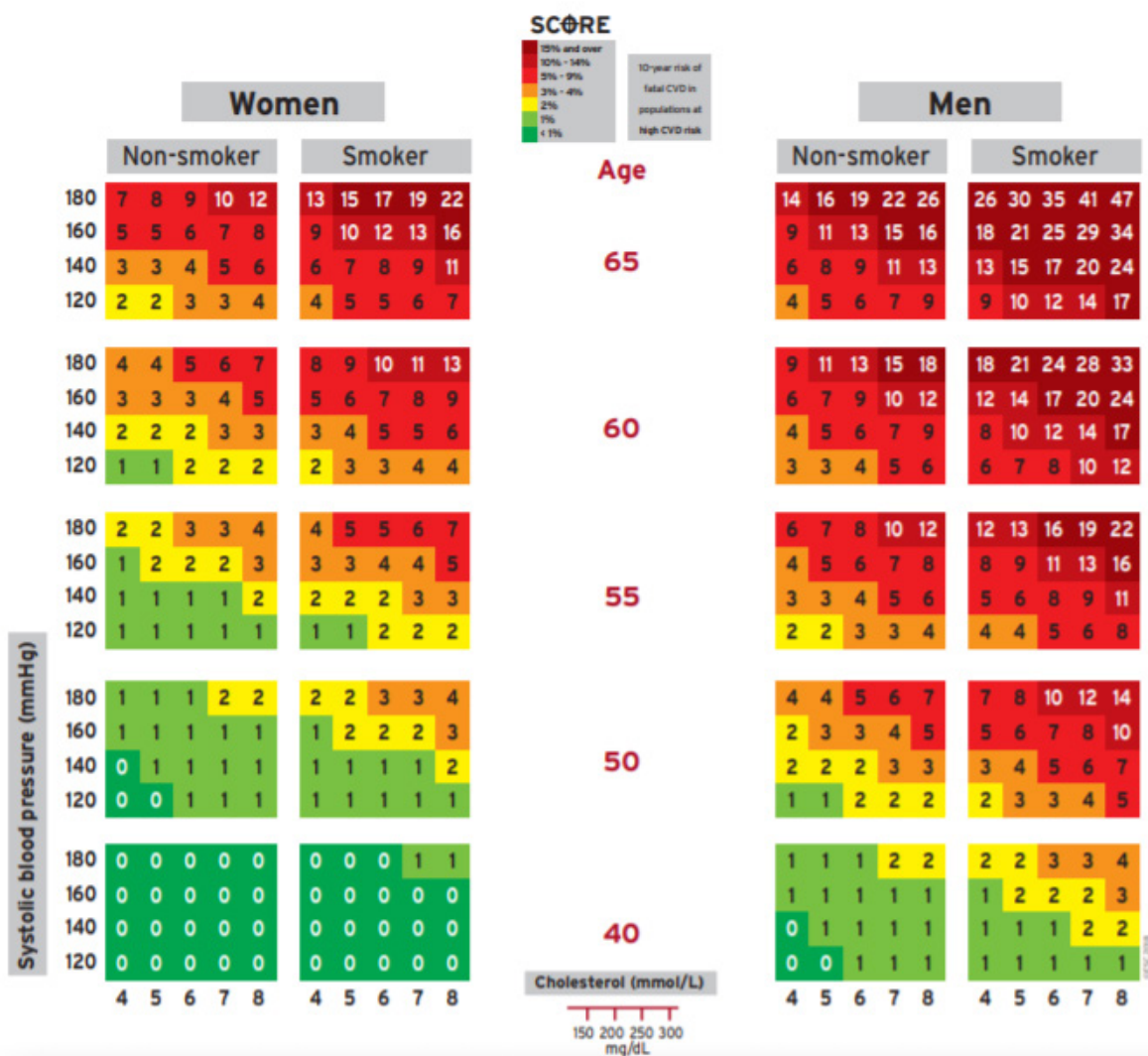
- Llogaritësin SCORE të riskut KV për vendet me risk të lartë, ku bën pjesë edhe Shqipëria
- Llogaritësit ose kalkulatorët e riskut KV zhvilluar nga OBSH-ja të cilët përdorin vlerat laboratorike të lipideve

- Tabela për llogaritjen e riskut në pacientët me diabet
- Tabela për llogaritjen e riskut në pacientët pa diabet
- Llogaritësin e riskut KV të zhvilluar nga OBSH i cili nuk merr parasysh vlerat laboratorike të lipideve

Një ilustrim praktik të përlllogaritjes së riskut KV duke përdorur kalkulatorin ose tabelat SCORE dhe kalkulatorët e zhvilluar nga OBSH mund ta gjeni në Rastin Klinik 2 në këtë manual.

SCORE - European High Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



Tabelat ose kalkulatori SCORE për llogaritjen e riskut kardiovaskular në vendet me risk të lartë

Risk Level ■ <5% ■ 5% to <10% ■ 10% to <20% ■ 20% to <30% ■ ≥30%

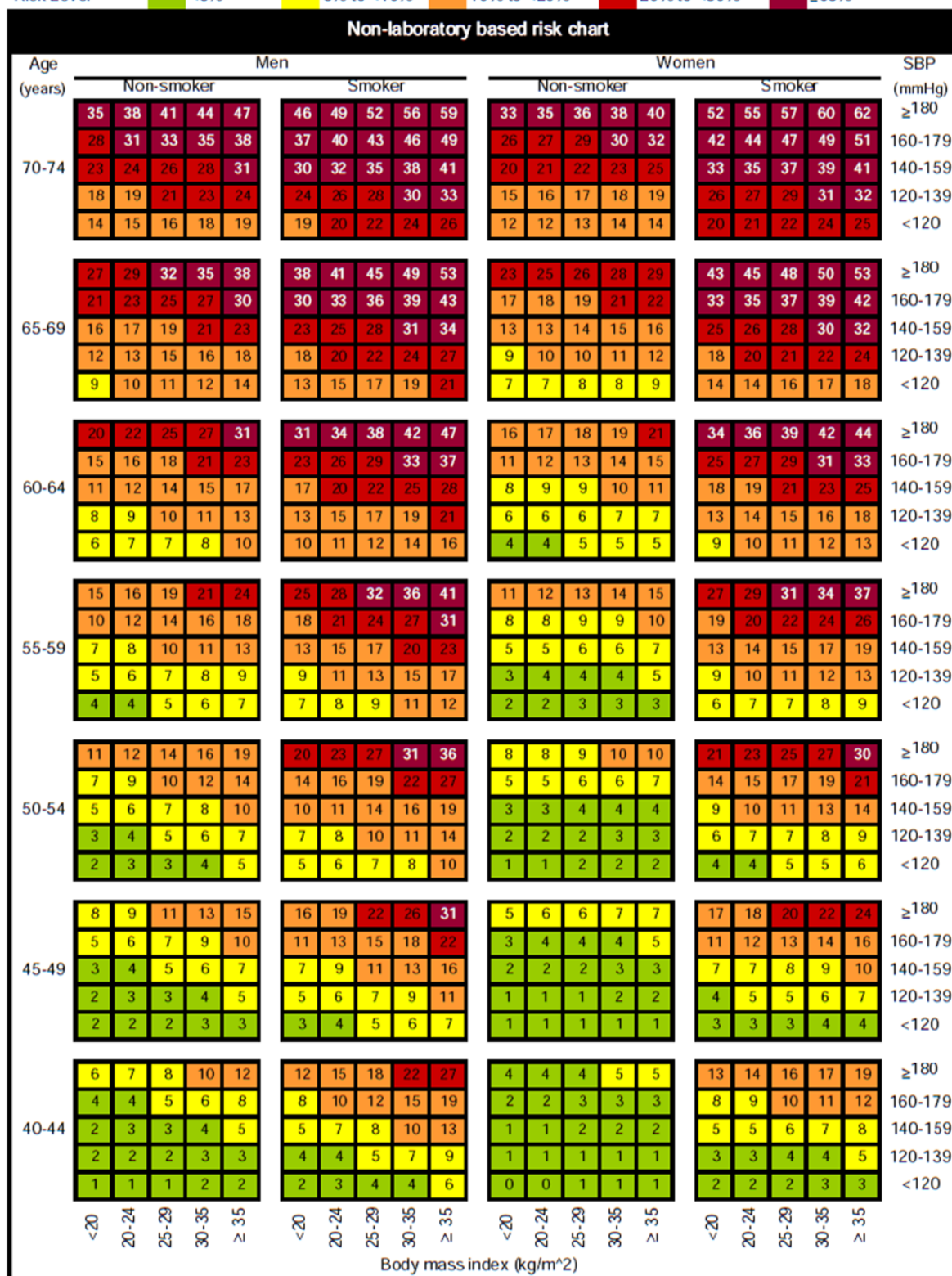


Tabela ose kalkulatori i OBSH për përllogaritjen e riskut kardiovaskular pa matur nivelin e lipideve

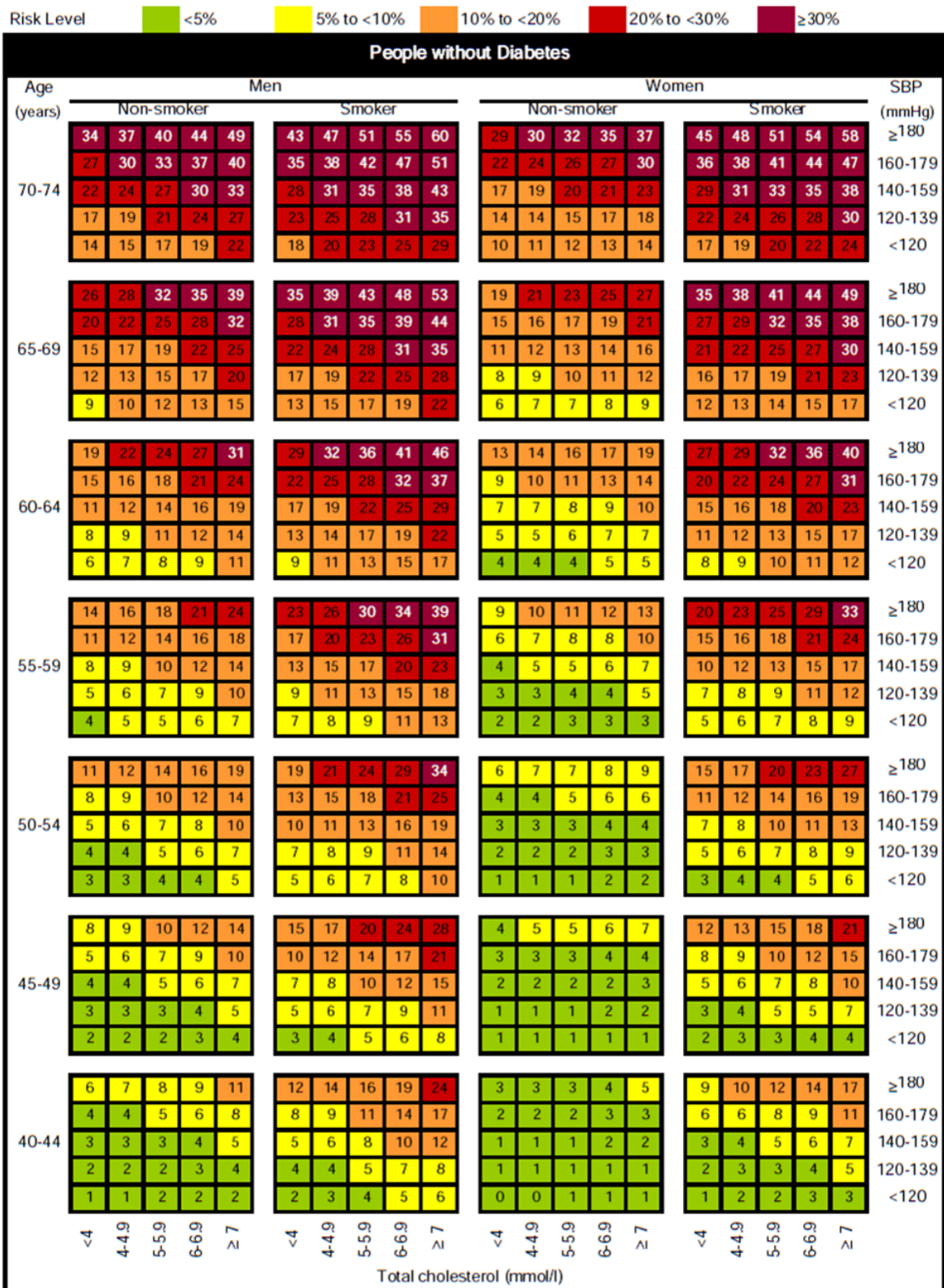


Tabela ose kalkulatori i OBSH për përllogaritjen e riskut kardiovaskular në **pacientët pa diabet**.

Në këtë kalkulator përdoret edhe vlera laboratorike e kolesterolit total

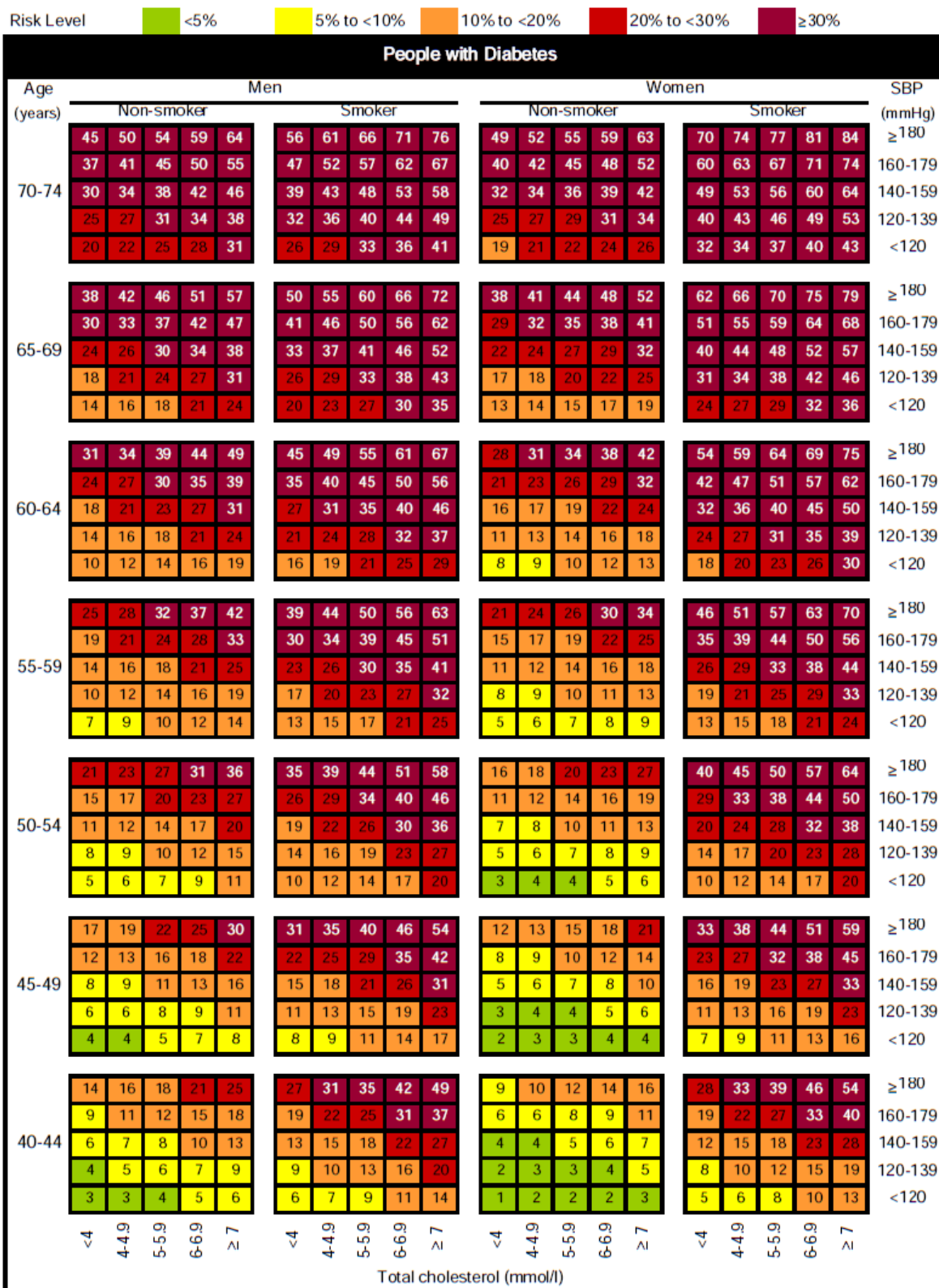


Tabela ose kalkulatori i OBSH për përllogaritjen e riskut kardiovaskular në **pacientët me diabet**.

Në këtë kalkulator përdoret edhe vlera laboratorike e kolesterolit total

Dislipidemia

Dislipidemia është një term ombrellë që mbulon një spektër të gjerë të çrregullimeve të lipideve, ku përfshihen secila ose çdo kombinim i:

Rritjes së

1. Kolesterol Total, zakonisht ≥ 240 mg/dL (6.2 mmol/L)
2. LDL-Kolesterol (LDL-C), zakonisht > 160 mg/dL (4.14 mmol/L)
3. Niveli i Triglicerideve, zakonisht > 200 mg/dL (2.3 mmol/L)

Uljes së

1. Vlerave të HDL Kolesterolit, zakonisht < 40 mg/dL (1.03 mmol/L)

Metabolizmi i lipideve mund të çrregullohet në mënyra të ndryshme, duke cuar në ndryshime të funksionit të lipoproteinave. Vetë metabolizmi i lipideve i çrregulluar dhe/ose përmes ndërveprimit me faktorë të tjerë mund të ndikojë në rritjen e riskut për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare.

Depistimi dhe Diagnostikimi

Dislipidemitë janë kryesisht asimptomatike, kështu pothuajse pacientët asnjëherë nuk referojnë ndonjë ankesë në lidhje me to. Për diagnostikimin e tyre rolin kyç e luan depistimi që mundësohet nga ekipi i mjekësisë së familjes në KSHP. Për parandalimin primar të sëmundjeve kardiovaskulare në kujdesin parësor rekomandohet të bëhet depistim i lipideve për çdo pacient mbi moshën 35 vjeç, dhe për vlerat normale testimi duhet të përsëritet çdo 5 vjet.

Në bazë të historisë familjare mjeku i familjes mund të kërkojë depistim për panelin e lipideve edhe tek pacientët nën moshën 35 vjeç (duke përfshirë edhe fëmijët prej moshës 9 vjeç).

Kështu, ekipi i kujdesit parësor duhet të dedikojë kohën e duhur për të sqaruar pacientët lidhur me ekzaminimet e rekomanduara në varësi të: moshës, gjinisë, stilit të jetesës dhe historisë familjare. Kontrolli rutinë vjetor ofron një mundësi të shkëlqyer për të diskutuar nevojat e pacientit, riskun kardiovaskular dhe individualizimin e përjasjes në lidhje me ekzaminimet e nevojshme.

Depistimi duhet të përfshijë:

1. Anamnezën:
 - Ankesat e pacientit
 - Historinë e ankesave
 - Rishikimin e sistemeve të tjera
 - Historinë e kaluar mjekësore
 - Medikamentet

- Alergjitë
- Historinë familjare
- Historinë sociale
- Historinë seksuale

Është e qartë që çrregullimet e metabolizmit të lipideve janë të lidhura ngushtë me rritjen e riskut për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare dhe shpesh shoqërohen me gjendje apo sëmundje të tjera të cilat e rrisin më tej këtë risk. Disa nga faktorët e rrezikut të cilët duhet të hetohen me kujdes janë:

- Stili i jetesës;
- Tensioni arterial;
- Obeziteti;
- Konsumi i duhanit;
- Sëmundja kronike e veshkave;
- Histori familjare të sëmundjeve kardiovaskulare tek të afërmit e shkallës së parë (<55 vjeç tek meshkujt dhe <65 vjeçe tek femrat)

2. Ekzaminimin Fizik

- Tensioni Arterial
- Pesha dhe gjatësia dhe llogaritja e Indeksit të Masës Trupore (IMT). $IMT = 25-29.9 \text{ kg/m}^2$ përkufizohet si mbipeshë. $IMT > 30 \text{ kg/m}^2$ përkufizohet si obezitet.
- Cirkumferenca e belit, e cila nëse është $> 120 \text{ cm}$ tek meshkujt dhe $> 88 \text{ cm}$ tek femrat tregon për praninë e obezitetit abdominal
- Ekzaminimi i syve (arcus corneale, lipemia retinalis)
- Kontrolli për ksantomat dhe xantelazmat (në palpebra)
- Ekzaminimi kardiovaskular
- Ekzaminimi i abdomenit.

3. Profili i lipideve ku përfshihen:

- Kolesterolit total – Matet për të kryer vlerësimin e riskut kardiovaskular përmes Kalkulatorit/Tabelave SCORE
- LDL-kolesterolit – Si analizë primare në depistim, vlerësimin e riskut, diagnozë dhe menaxhim
- HDL-kolesterolit – Për të dhëna shtesë në lidhje me shëndetin e pacientit
- Trigliceridet–Si pjesë e profilit të lipideve, por edhe për të llogaritur LDL Kolesterolin
- Jo-HDL-kolesterolit – Për vlerësimin e riskut sidomos në pacientët me diabet mellitus, obezitet, hipertrigliceridemi apo nivele shumë të ulëta të LDL Kolesterolit

Klasifikimi

Kolesteroli total

- < 200 mg/dL konsiderohet i dëshirueshëm
- 200-239 mg/dL (5.2-6.2 mmol/L) konsiderohen vlera në kufi.
- ≥ 240 mg/dL (≥ 6.2 mmol/L) konsiderohet i lartë

LDL-kolesteroli

- < 100 mg/dL konsiderohet optimal
- ≥ 190 mg/dL (4.90 mmol/L) konsiderohet shumë i lartë

HDL-kolesteroli

- HDL-kolesteroli < 40 mg/dL (< 1.03 mmol/L) konsiderohet si i ulët
- Ekzistojnë edhe disa rekomandime të ndryshme në varësi të gjinisë; për meshkuj HDL-kolesteroli < 40 mg/dL (< 1.03 mmol/L) dhe për femra HDL-kolesteroli < 48 mg/dL (< 1.29 mmol/L) konsiderohen vlera të ulëta

Trigliceridet

- < 150 mg/dL konsiderohen normale
- 150-199 mg/dL (1.7-2.3 mmol/L) kufirin e sipërm
- 200-499 mg/dL (2.3-5.6 mmol/L) vlera të larta
- ≥ 500 mg/dL (> 5.6 mmol/L) vlera shumë të larta

Rast Klinik 1

Pacienti M.R. mashkull 41 vjeç vjen në klinikë sepse një ditë më parë ka rënë nga shkallët dhe do të sigurohet që nuk ka ndonjë dëmtim serioz. Ndërsa e pyesim nëse ka ankesa të tjera të përgjithshme ai mohon të ketë ndonjë shqetësim, duke thënë që është shumë i shëndetshëm. Madje ai ju tregon me krenari se hera e fundit që ka kryer një vizitë mjekësore ka qenë kur ishte fëmijë. Ai konsumon 1 paketë duhan në ditë, 2 gota birra në ditë dhe punon si shofer. Pacienti referon se babai i tij ka pësuar infarkt në moshën 60 vjeçare.

Në ekzaminim fizik të pacientit nuk gjenden shenja që të sugjerojnë për dëmtime të rëndësishme. Shenjat vitale :

- IMT= 31kg/m²;
- TA=138/80mmHg;
- Puls=74rr/min;
- O₂=98%;
- Cirkumferenca e belit = 122cm;

Pas marrjes së anamnezës së hollësishme dhe ekzaminimit fizik, ju vini re që pacienti ka disa faktorë të cilët e vendosin në rrezik për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare:

- Mosha > 40 vjeç
- IMT > 30 kg/m²
- Duhanpirës
- Cirkumferenca e belit
- Historia Familjare

Është më mirë të parandalosh sesa të mjekosh është moto që drejton punën e ofruesve të kujdesit shëndetësor, sidomos mjekët dhe infermierët e familjes. Ndaj gjithmonë duhen kërkuar faktorë të riskut kardiovaskular në mënyrë që të mund të ndërhyhet në kohë për të bërë parandalimin primar, e më tej nëse është e nevojshme atë sekondar. Rëndësi shumë të veçantë ka edukimi i pacientit në lidhje me faktorët e riskut në planin afatgjatë. Duhet shpjeguar rëndësia e tyre për sëmundjet kardiovaskulare ku pasojat mund të jenë shumë më të rëndësishme edhe se vetë ankesat për të cilat pacienti paraqitet. Bëhet këshillimi për ekzaminimet dhe analizat laboratorike të nevojshme në lidhje me moshën, gjininë dhe faktorët personalë/familjarë të rrezikut.

Ndaj për pacientin M.R vendosim të **llogarisim riskun kardiovaskular** duke përdorur llogaritësin/tabelat SCORE.

Vlerat e profilit Lipidik:

Kolesteroli Total = 200 mg/dL; **LDL Kolesteroli** 110 mg/dL dhe **HDL Kolesteroli** = 40 mg/dL

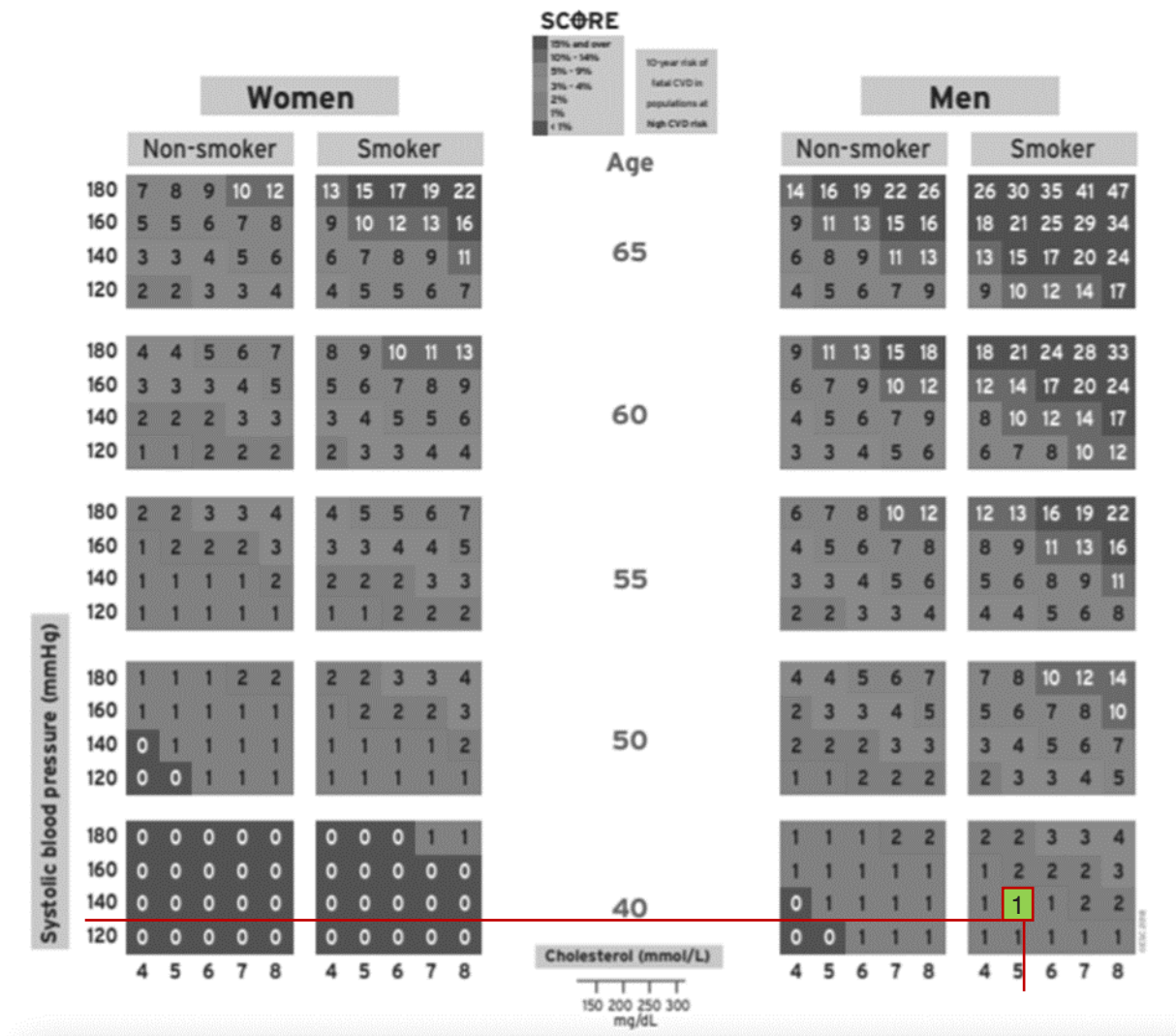
Llogaritja e riskut kardiovaskular

Pra duhet të llogarisim riskun kardiovaskular për M.R:

- Gjinia: Mashkull
- Moshë: 41 vjeç
- Duhanpirës,
- TA = 138/80 dhe
- Kolesterol Total = 200 mg/dL (200/39= **5.1 mmol/L**)

Sipas llogaritësit/tabelës SCORE për vende me risk të lartë (shih të ilustruar më poshtë):

Risku Kardiovaskular për M.R është 1%. Sipas llogaritësit SCORE 1-5 % konsiderohet risk KV i moderuar



Marrja e vendimit në lidhje me ndërhyrjet e nevojshme

Për vendim-marrjen në lidhje me trajtimin do të konsultohemi me tabelën e mëposhtme e cila vlerëson ndërhyrjet e nevojshme duke u bazuar në riskun kardiovaskular dhe vlerat e LDL Kolesterolit.

Për pacientin tonë M.R risku kardiovaskular është 1% dhe vlera e LDL Kolesterolit është 110 mg/dL dhe sipas rezultateve të tabelës ai ka nevojë të modifikojë stilin e jetesës dhe nëse vlerat e LDL Kolesterolit nuk ulen mund të lindë nevoja e terapisë medikamentoze.

Risku i përgjithshëm KV (SCORE) %		Niveli i LDL-C					
		< 55 mg/dl	< 70 mg/dL	70 deri në < 100 mg/dL	100 deri në < 116 mg/dL	116 deri në < 190 mg/dL	> 190 mg/dL
Parandalimi Primar	< 1	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	1 - <5 Risk i Moderuar	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	> 5 deri në < 10, ose risk i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	≥ 10 ose risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
Parandalimi Sekondar	Risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

Modifikimet Terapeutike të stilit të jetesës

Lënia e duhanit, ushqyerja e shëndetshme dhe kryerja e aktivitetit fizik janë thelbësore në parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare. Ndaj këta faktorë janë të lidhur dhe kanë një impakt direkt në riskun kardiovaskular, duke përfshirë edhe modifikimin e profilit lipidik. Të pasurit e një stili jetese të shëndetshëm do të rrisë efektivitetin dhe do të reduktojë nevojën për trajtim me medikamente.

Faktorë madhorë të riskut kardiovaskular të cilët mund të modifikohen përmes stilit të jetesës janë:

- Duhapirja
- Dieta jo e shëndetshme
- Mungesa e aktivitetit fizik

Duhanpirja

Konsumi i duhanit mbetet shkaktari kryesor i shmangshëm i vdekjeve të parakohshme në të gjithë botën dhe është një shkak kryesor i shmangshëm i morbiditetit po ashtu. Sasia e cigareve të tymosura është e lidhur drejtpërdrejte me rritjen e morbiditetit dhe mortalitetit nga SKV, dhe përfitimet KV nga ndërprerja e duhanit fillojnë të shfaqen vetëm pas disa muajsh madje arrijnë ato të jo-duhanpirësit në disa vite, madje edhe tek të rriturit e moshuar (6). Kështu, për SKV, nuk është kurrë vonë për të lënë duhanin, ndërkohë që në lidhje me kancerin nuk është kurrë shumë herët.

Të gjithë duhanpirësit duhet të këshillohen rregullisht për të lënë duhanin.

Ndërprerja e konsumimit të duhanit ka përfitime shumë të qarta mbi rrezikun kardiovaskular dhe kryesisht në HDL-kolesterolin. Duhapirja rrit nivelet e acideve yndyrore të lira përmes rritjes së lipolizës duke shkaktuar edhe një rritje të rezistencës ndaj insulinës.. Gjithashtu duhanpirja dëmton transportin revers të kolesterolit, që është një faktor mbrojtës ndaj sëmundjeve kardiovaskulare.

Duke qenë se kemi të bëjmë me një lidhje dozë-efekt disa mund të mendojnë që reduktimi i sasisë së duhanit të konsumuar mund të ndihmojë në uljen e riskut KV. Megjithatë reduktimi i sasisë së duhanit nuk është i rekomanduar, pasi nuk ka evidence që rrit mundësinë lënies së duhanit, përkundrazi e bën më të vështirë ndalimin e përdorimit të tij. Është vënë re se edhe duhanpirja pasive rrit gjithashtu riskun.

Sugjerohet Strategjia 5-A për të këshilluar pacientin për lënien e duhanit, një strategji e rekomanduar nga United States Preventive Services Task Force (USPSTF)

- **Ask-** Pyet rreth duhanpirjes
- **Advise-** Këshillo të ndërpresë konsumimin e duhanit përmes mesazheve të qarta dhe personale
- **Assess-** Vlerëso gatishmërinë për ta ndërprerë konsumin e duhanit
- **Assist-** Asisto dhe ofro ndihmë gjatë procesit të lënies së duhanit
- **Arrange-** Organizo mirë ndjekjen që do të bësh dhe përkrahjen që do ti japësh pacientit

Pacientët e pamotivuar mund të përfitojnë nga strategjia “5-R”

- **Relevance** – Rëndësia - Inkurajo pacientin të kuptojë pse ndërprerja është personalisht e dobishme për të
- **Risks** –Risku- Identifikoni pasojat e mundshme negative të përdorimit të duhanit
- **Rewards** – Përfitimet – ndihmoni pacientin të identifikojë përfitimet e mundshme të ndërprerjes së duhanpirjes
- **Roadblocks** – Pengesat – ndihmoni pacientin të identifikojë pengesat e mundshme në ndalimin e konsumit të duhanit
- **Repetition** – Përsëritja – Përsërit këshillën për lënien e duhanit në çdo vizitë të pacientit

Për informacione të mëtejshme mbi lënien e duhanit, veçanërisht për mbështetje motivuese, konsultohuni me Udhërrëfyesin Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor - Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK) 2020.

Pesha trupore dhe aktiviteti fizik

Duke qenë se mbipesha, obeziteti, dhe veçanërisht obeziteti qendror ndikojnë në riskun KV, por edhe tek metabolizmi i lipideve, menaxhimi i këtyre faktorëve të riskut është i domosdoshëm. Mbipesha përkufizohet si IMT 25 -30 Kg/m², ndërsa obeziteti si IMT > 30 kg/m². Ulja e peshës trupore edhe kur është modeste (5-10% e peshës trupore bazale) përmirëson çrregullimet e lipideve dhe ndikon në mënyrë të favorshme mbi efektet e rrezikut kardiovaskular. Rënia në peshë mund të arrihet me uljen e konsumimit ditor të kalorive dhe përmes krijimit të një deficioni kalorik prej 300-500 kcal në ditë.

Në mënyrë që të arrihet ulja e peshës apo të mundësohet mbajtja e një peshe të caktuar, është e përshtatshme të këshillohen ushtrime të rregullta fizike, në një masë të moderuar.

OBSH në udhërrëfyesit e saj në lidhje me aktivitetin fizik këshillon të gjithë individët e rritur të përfshihen në (7) :

- 150 minuta aktivitet aerobik me intensitet të moderuar ose 75 minuta aktivitet aerobik me intensitet të lartë gjatë një jave
- aktivitete për forcimin e muskujve, duke synuar grupet e mëdha kryesore të muskujve, të paktën 2 herë në javë

Për pacientët që nuk janë në gjendje të kryejnë aktivitet fizik në përputhje me rekomandimet e mësipërme për shkak të sëmundjeve bashkëshoqëruese, gjendjeve mjekësore dhe rrethanave të tjera personale, inkurajoni përfshirjen në aktivitet fizik aq sa është e mundur për aftësitë dhe kushtet e tyre.

Merrni në konsideratë nevojat, pëlqimet dhe rrethanat e pacientit gjatë diskutimit të objektivave dhe mundësojini pacientit informacion të shkruar lidhur me përfitimet e ushtrimeve.

Ushqyerja e shëndetshme

Ka evidenca të forta që faktorët dietikë influencojnë direkt në arteriogjenezë ose përmes efekteve në faktorët tradicionalë të riskut si: nivelet e lipideve në plazëm, tensionin arterial ose nivelet e glukozës.

Rekomandimet lidhur me dietën dhe zgjedhjet e shëndetshme ushqimore për menaxhimin e riskut kardiovaskular përfshijnë (8):

- Përshtatjen e konsumit të kalorive për të parandaluar mbipeshën dhe obezitetin, dhe konsumi i ushqimeve të larmishme
- Konsumimin e frutave, perimeve, legumeve, drithërave integrale, duke përfshirë dhe produktet e bulmetit, shpendët, peshkun, vajrat bimorë jo tropikale dhe frutat e thata
 - ≥ 5 porcione fruta dhe perime në ditë
 - ≥ 2 porcione peshk në javë, duke përfshirë peshqit yndyrorë
 - në rast shtatzënie, konsumi i peshkut yndyror duhet të kufizohet në ≤ 2 porcione në javë
 - ≥ 4 deri në 5 porcione fruta të thata pa kripë, fara dhe bathë në javë
- Konsumi i rekomanduar i yndyrnave (zëvendësoni yndyrnat e saturuara me yndyrna të mono dhe poli të pasaturuara):
 - Yndyrnat totale $< 35\%$ të konsumit energjetik
 - Yndyrnat e saturuara $< 7\%$ të konsumit energjetik
 - Yndyrnat Trans $< 1\%$ të konsumit energjetik
 - Kolesterolit ushqimor < 300 mg/ditë
- Reduktimin e konsumit të kripës < 5 g/ditë
- Konsumin e moderuar të alkoolit në personat që konsumojnë pije alkoolike (< 10 g/ditë për gratë dhe < 20 g/ditë për burrat) nëse nivelet e triglicerideve nuk janë të rritura
- Kufizim i konsumit të pijeve dhe ushqimeve me sheqer të shtuar

Në tabelën 3 paraqitet një përmbledhje e rekomandimeve dietike për uljen e lipoproteinave nëpërmjet përcaktimit të ushqimeve që preferohen.

Tabela 3: Rekomandimet dietike për uljen e Kolesterolit Total dhe LDL Kolesterolit

	Preferohet	Përdoret me moderim	Përdoret ndonjëherë në sasi të kufizuara
Drithërat	Drithërat integrale	Buka e përpunuar, orizi, makaronat, biskota, drithërat prej misri	Pastat, kekë, tortat, brioshët
Perime	Të gjalla dhe të gatuar	Patate	Të gatuar me gjalpë ose ajkë
Bathë	Të gjitha	-	-

Frutat	Të freskëta ose të ngrira	Të thara, xhelatinë reçel, të konservuara, sorbeto, akullore me lëng frutash, lëng frutash	-
Ëmbëlsirat dhe ëmbëlsuesit	Ëmbëlsuesit pa kalori	Sukrozë, mjaltë, çokolatë, karamelë	Kekë, akullore, fruktozë, pije joalkoolike
Mish dhe peshk	Peshk me dhe pa yndyrë, mish shpendësh pa lëkurë	Pjesë pa yndyrë të mishit të lopës, qengjit, derrit, viçit, frutat e detit	Salsiçe, sallam, pro shutë, brinjë, hot dog
Bulmet dhe vezë	Qumësht dhe kos me përmbajtje të ulët të yndyrës	Qumësht me yndyrë të ulët, djathë me yndyrë të ulët, produkte të tjera të qumështit, vezë	Djathë i zakonshëm, ajkë, qumësht i paskremuar, kos
Yndyrnat për gatim dhe salca për sallatë	Uthull, mustardë, salca për sallatë pa yndyrë	Vaj ulliri, vajra bimorë jo tropikale, margarinë e butë, salcë për sallatë, majonezë, ketchup	Margarinë e ngurtë dhe yndyrnat trans (duhet të shmangen), vaji i arrës së kokosit dhe palmës, gjalpi, yndyra e pro shutës së derrit, sallo derri
Frutat e thata/farat	-	Të gjitha, pa kripë (përveç arrës së kokosit)	Arrë kokosi
Procedura e gatimit	Pjekje në skarë, zierje, pjekje me avull	Kaurdisje, pjekje	Skuqje

Aktualisht ekzistojnë një sërë ushqimesh dhe suplementesh dietike që promovohen si të dobishme për personat me dislipidemi ose për reduktimin e riskut KV. Disa nga këto produkte kanë shfaqur efekte funksionale potencialisht të rëndësishme por, nuk janë testuar në studime klinike afatgjata, ndaj duhet të përdoren me kujdes derisa evidencat të mbështesin qartësisht efektet e tyre të dobishme.

Në mënyrë të përmbledhur, ndryshimet intensive të stilit të jetesës mund të reduktojnë mbi 50% nivelin e triglicerideve totale nëse kombinohen me hapat e mëposhtëm:

- Humbje e peshës trupore prej 5% - 10% (20% reduktim i triglicerideve)
- Reduktim i sheqerit dhe fruktozës së shtuar dhe rritje e konsumit të yndyrave të pangopura (10%-20% reduktim i triglicerideve)
- Rritje e konsumit të produkteve me omega-3 me origjinë detare (5%-10%)
- Eliminimi i yndyrave trans
- Kufizim i konsumit të acideve yndyrore të ngopura
- Rritje e aktivitetit aerobik

Çështje **shumë** të rëndësishme mjek/infermierë-pacient që na çojnë drejt rezultateve pozitive:

- Zhvillimi i një aleance shumë të mirë me pacientin
- Shpjegimi i ndikimit të stilit të jetesës në sëmundjet kardiovaskulare, dhe bazuar në të, bindja e pacientëve të marrin seriozisht ndryshimet e nevojshme.

- Eksplorimi i barrierave që mund të pengojnë pacientin në arritjen e rezultateve
- Hartimi në bashkëpunim me pacientin i një plani të ndryshimeve të nevojshme që është i realizueshëm dhe motivues.
- Pacienti përgëzohet për çdo ndryshim dhe përpjekje që ai bën si edhe të inkurajohet që të vazhdojë më tej me ndryshimet.
- Vendosni bashkë me pacientin, në çdo vizitë, ditën për takimin ndjekës të radhës.
- Sigurohuni që pacienti i ka kuptuar ndryshimet e nevojshme dhe planin që keni ndërtuar.

Rast Klinik 2

Pacientja E.D. femër 45 vjeçe vjen në klinikë pasi ka bërë në një laborator analizat e lipideve. Ajo kërkon një mendim sepse është e shqetësuar, sepse ka venë re që vlerat e saj janë me të larta se ato të referencës. Ajo kryen vizita të rregullta mjekësore. Nuk ka asnjë alergji. Nuk ka konsumuar asnjëherë duhan, as në mënyrë pasive. Nuk ka histori familjare me dislipidemi apo probleme të zemrës.

Gjatë pyetjeve për rishikimin e sistemeve ajo nuk ka asnjë shqetësim.

Shenjat vitale: IMT= 29kg/m²; TA= 130/80; Puls= 74; O₂= 98%.

Ekzaminimi fizik normal.

Të dhënat laboratorike janë:

Kolesteroli total = 232mg/dL

LDL-kolesteroli = 148mg/dL

HDL-kolesteroli = 50mg/dL

Trigliceridet = 190 mg/dL

Si të llogarisim riskun kardiovaskular 10 vjeçar të pacientes?

Së pari duhet të sigurohemi që kemi zgjedhur grafikun e duhur.

Përpara se të aplikojmë grafikun e vlerësimit të riskut kardiovaskular 10 vjeçar informacionet e mëposhtme janë shumë të rëndësishme:

- Prezenca ose mungesa e Diabetit
- Gjinia
- Duhanpirës ose jo (pacientët që kanë ndërprerë duhanin më pak se 1 vit më parë konsiderohen duhanpirës për kalkulimin e rrezikut KV)
- Moshë
- Tensioni arterial
- Kolesteroli total në gjak

Pasi i kemi të gjitha informacionet e mësipërme mund të vijojmë me llogaritjen.

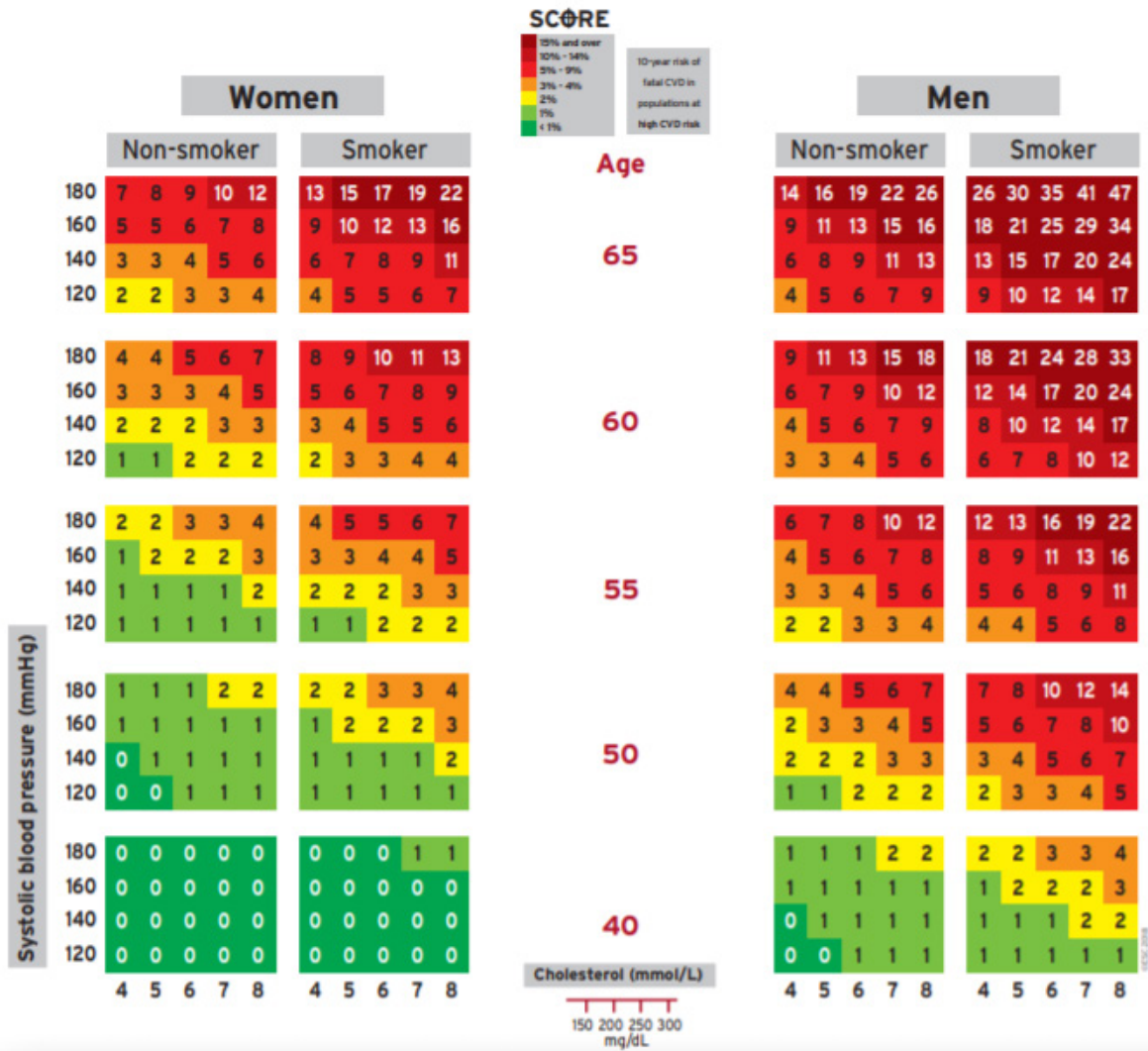
Përlllogaritja e riskut kardiovaskular (ilustrim)

Hapi 1: Zgjidh nëse, për përlllogaritjen e riskut KV, do të përdorësh tabelën SCORE apo një tabelë të OBSH. Nëse vendosni të përdorni këto të fundit, sigurohuni të përdorni tabelën e duhur në varësi të pranisë ose mungesës së diabetit (9).

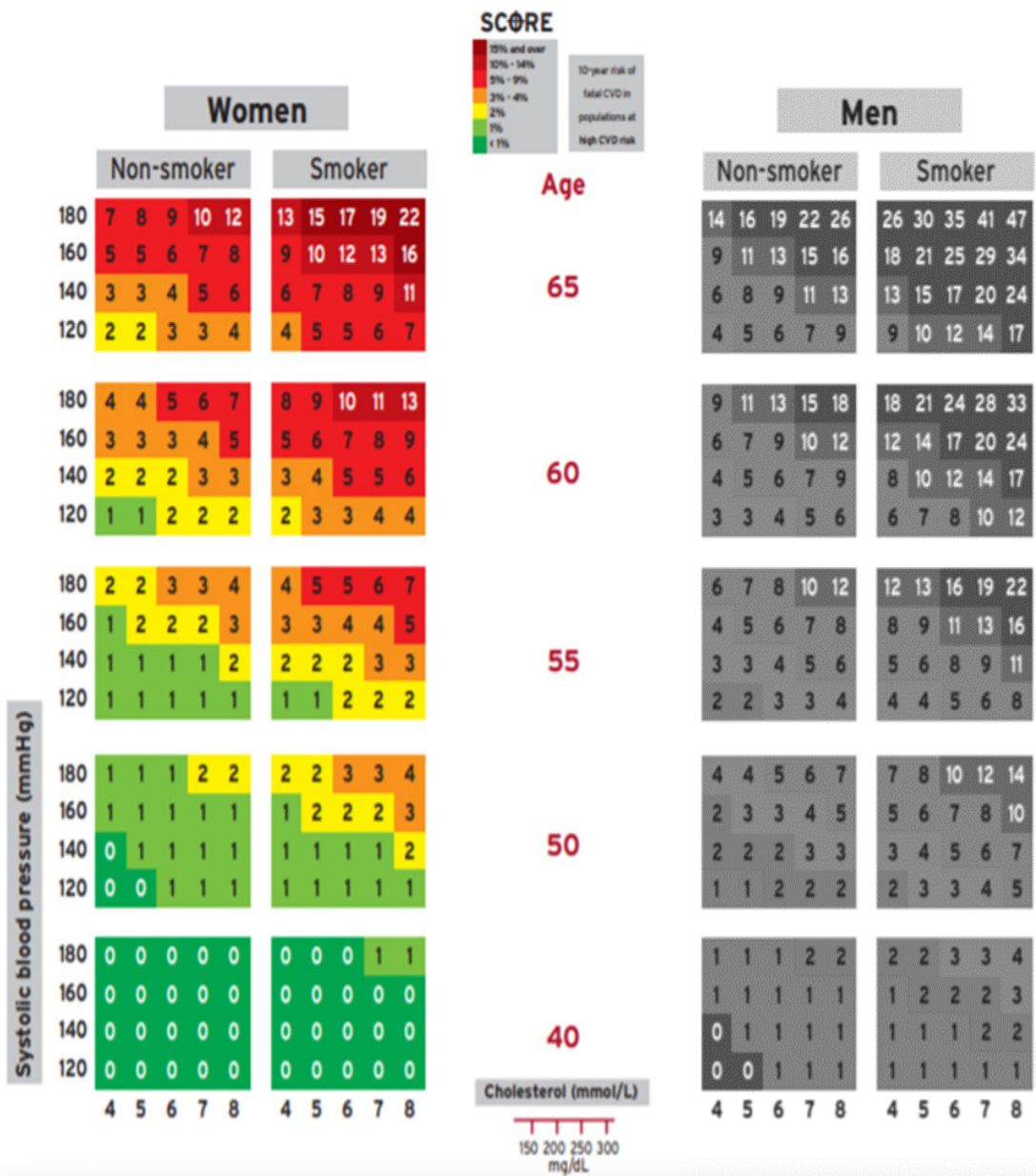
Për këtë ilustrim do të përdorim tabelën SCORE e cila rekomandohet edhe nga Shoqatat Europiane të Kardiologjisë dhe Aterosklerozës.

SCORE - European High Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status

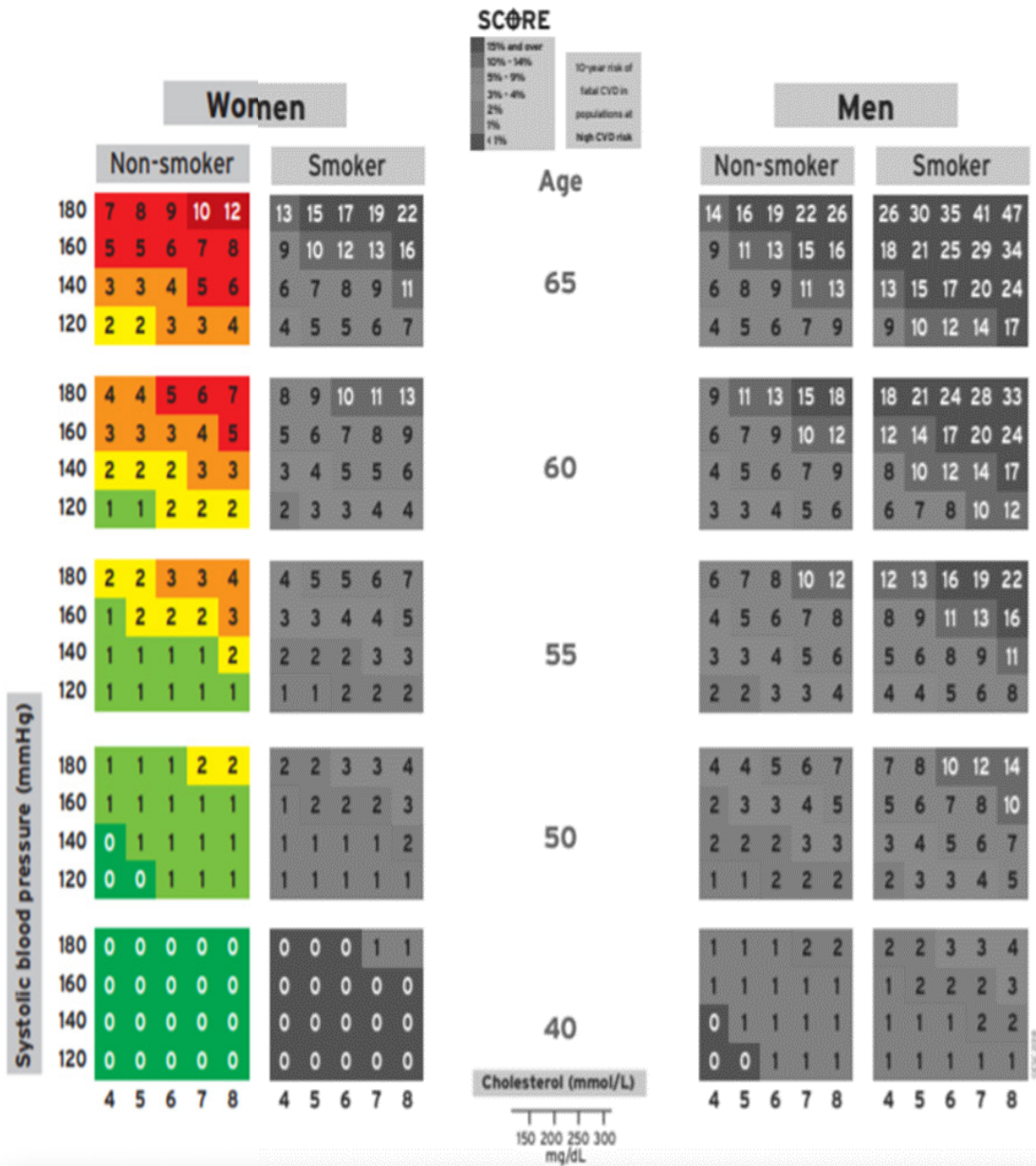


Hapi 2: Zgjidh tabelën për meshkuj ose femra. Në rastin tonë po llogarisim riskun KV për E.D, një paciente femër.



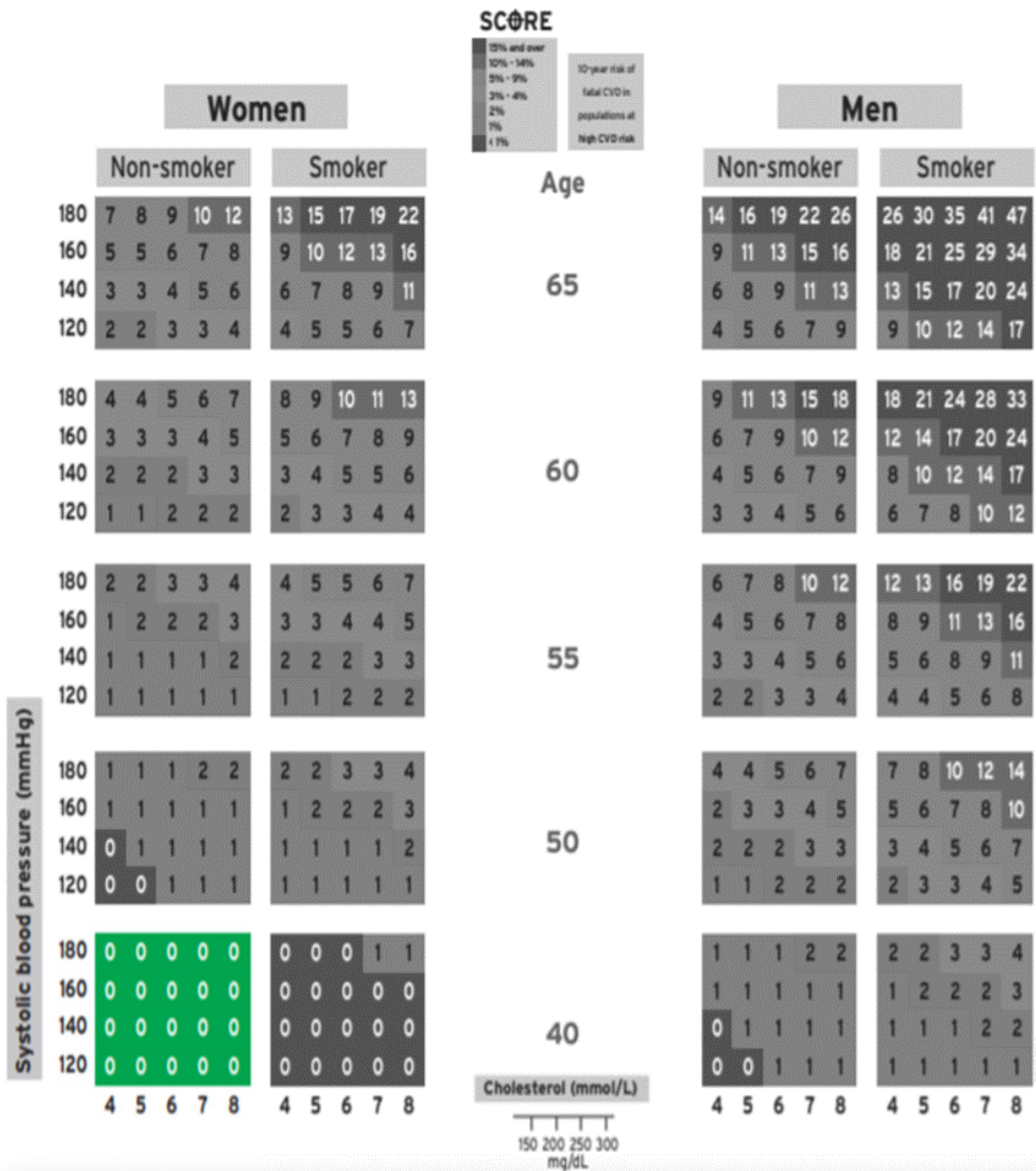
Hapi 3: Zgjidh kutinë përkatëse duhanpirës ose jo.

Pacientja në fjalë E.D nuk ka konsumuar asnjëherë duhan në jetën e saj



Hapi 4: Zgjidh kutinë e grupmoshës

E.D është 45 vjeç. Në tabelë do të zgjedhim kutinë që mbulon moshën 40-50 vjeç

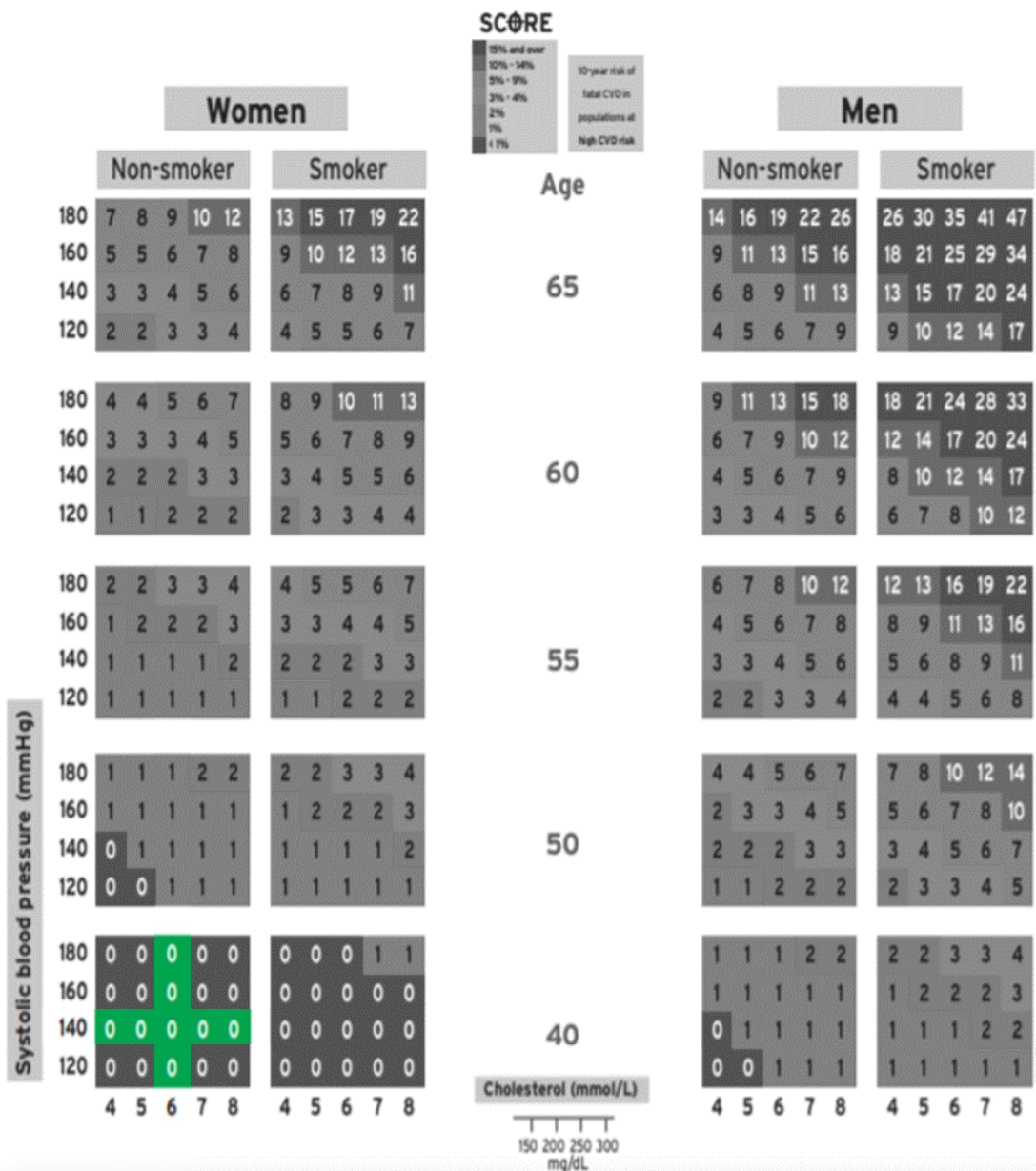


Hapi 5: Brenda kësaj kutie zgjidh qelizën me të afërt ku tensioni arterial sistolik dhe kolesteroli total kryqëzohen. Ngjyra e kësaj qelize përcakton riskun KV 10 vjeçar.

Tabela SCORE përdorin njësitë mmol/L.

- Për të konvertuar kolesterolin total/ HDL-kolesterolin/ LDL-kolesterolin nga mg/dL në mmol/L duhet të pjesëtojmë vlerën me 39.

Në këtë rast, për E.D vlerat e kolesterolit Total janë 232 mg, që e konvertuar do të ishte $232/39 = 5.9 \text{ mmol/L}$. Tensioni arterial i E.D është TA= **130/80 mmHg**.



Nëse do të përdorim tabelat llogaritëse të OBSH për llogaritjen e riskut të E.D:

Hapi 1: Zgjedhim grafikun që vlerëson riskun në pacientët pa diabet.

Hapi 2 Zgjedhim tabelën për femrat

Hapi 3 Zgjidh kutinë përkatëse për pacientët jo-duhanpirës

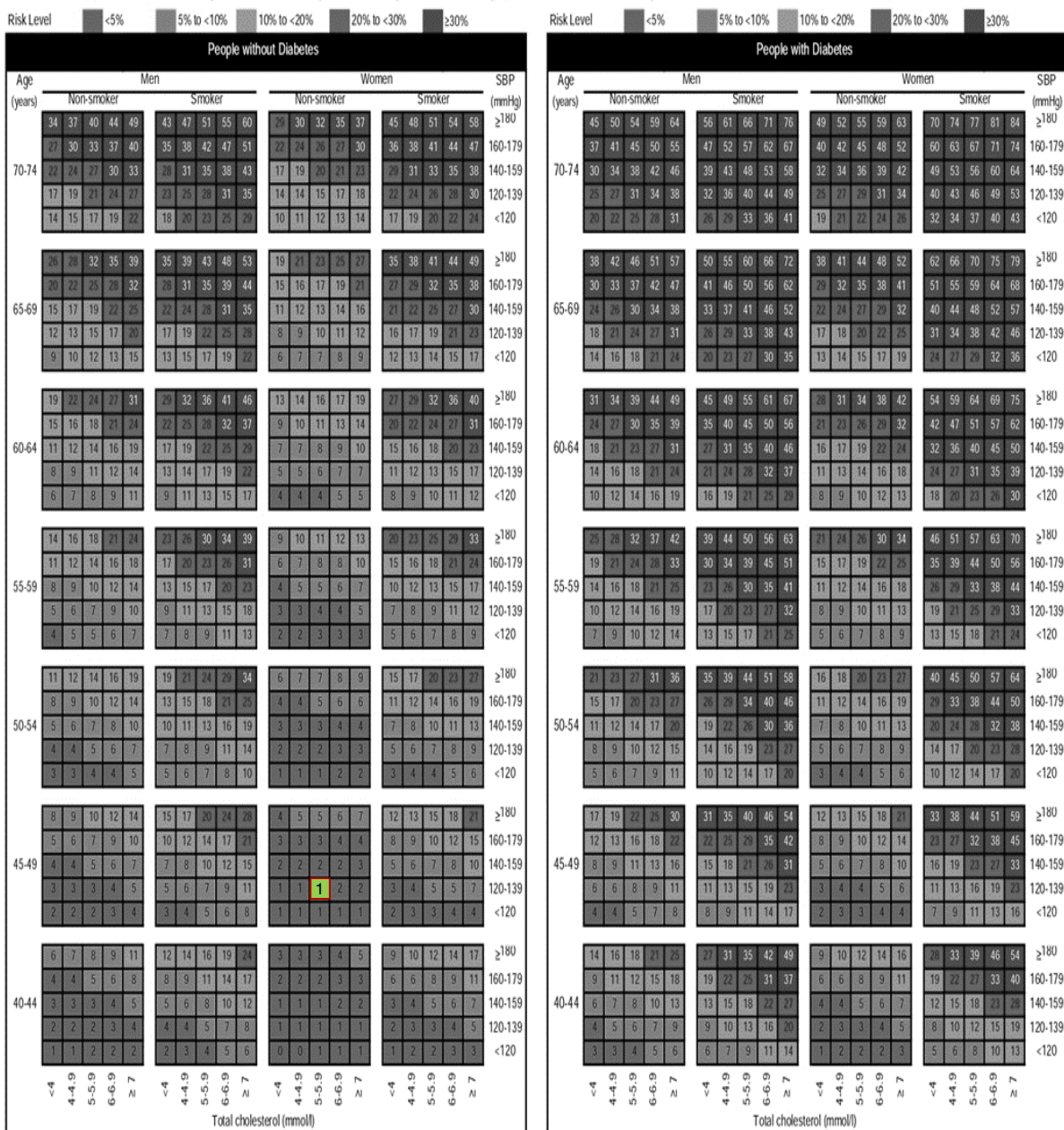
Hapi 4 Zgjedhim kutinë e grupmoshës 45-50 vjeç

Hapi 5 Brenda kësaj kutie zgjedhim qelizën më të afërt ku vlera 130 mmHg e tensionit arterial sistolik dhe vlera 232 mg/dL ose 5.9 mmol/ L kryqëzohen.

WHO cardiovascular disease risk laboratory-based charts

Central Europe

Albania, Bulgaria, Bosnia and Herzegovina, Czech Republic, Croatia, Hungary, Macedonia (TFYR), Montenegro, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia.



Nga llogaritja sipas hapave të mësipërm rreziku kardiovaskular 10-vjecar është 0% sipas tabelës SCORE dhe 1% sipas tabelave të OBSH. Pra sipas të dy mënyrave të llogaritjes risku është <5%. **Sqarim:** Nuk është e nevojshme të përdoret më shumë se një tabelë për përllogaritjen e riskut.

Për të marrë vendimin në lidhje me menaxhimin e mëtejshëm të rastit duhet të përdorim tabelën e mëposhtme e cila lidh vlerat e riskut KV me nivelin e LDL-kolesterolit.

Për rastin e E.D si strategji veprimi rekomandohet të fillojmë me ndryshime në stilin e jetesës. Nëse niveli i LDL-së mbetet mbi 116 mg/dL pas 12-24 javësh atëherë do të konsiderohet fillimi i trajtimit medikamentoz.

Pra një vizitë ndjekëse duhet të planifikohet me pacienten në 3-6 muaj.

Risku i përgjithshëm KV (SCORE) %		Niveli i LDL-C					
		< 55 mg/dl	< 70 mg/dL	70 deri në < 100 mg/dL	100 deri në < 116 mg/dL	116 deri në < 190 mg/dL	> 190 mg/dL
Parandalimi Primar	< 1	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	1 - <5 Risk i Moderuar	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	> 5 deri në < 10, ose risk i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	≥ 10 ose risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
Parandalimi Sekondar	Risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

Pacientja rikthehet për vizitën ndjekëse pas 6 muajsh. Ajo është përpjekur të ushqehet shëndetshëm sipas këshillave që ju i kishit dhënë. Në lidhje me aktivitetin fizik nuk ka mundur të realizojë planin që kishit bërë së bashku pasi here pas here ka pasur dhimbje të gjunjëve.

Lipidet:

- Kolesterolit total = 260mg/dL
- LDL-kolesterolit = 170mg/dL
- HDL-kolesterolit = 48mg/dL
- Trigliceridet = 188mg/dL
- Testet Funktionale Hepatike: Normale

Cili është hapi i radhës?

- Fillimi i terapisë me medikamente

Për të ulur vlerat e kolesterolit linjë e parë trajtimi është zgjedhja e një medikamenti të klasës së statinave nëse nuk ka asnjë kundërindikacion për përdorimin e tyre. Për pacienten tonë mund të fillojmë një terapi me intensitet të ulët ose me intensitet të moderuar veprimi, p.sh: Simvastatinë 10 mg, Atorvastatinë 10-20 mg ose Rosuvastatinë 5-10 mg.

Terapia me statina klasifikohet në:

Terapia me statina me intensitet të ulët (ul vlerat e LDL mesatarisht < 30%) ku përfshihet trajtimi i përditshëm me (10):

- Simvastatin 10 mg
- Pravastatin 10-20 mg
- Lovastatin 20 mg
- Fluvastatin 20-40 mg

Terapia me statina me intensitet të moderuar veprimi (ul vlerat e LDL mesatarisht 30% deri në < 50%):

- Lovastatin 40 mg (80 mg)
- Pravastatin 40 mg (80 mg)
- Simvastatin 20-40 mg
- Atorvastatin 10 - 20 mg
- Fluvastatin 40 mg (80 mg)
- Rosuvastatin 5 - 10 mg (jo i rimbursuar)

Terapia me statina me intensitet të lartë (ul vlerat e LDL mesatarisht \geq 50%):

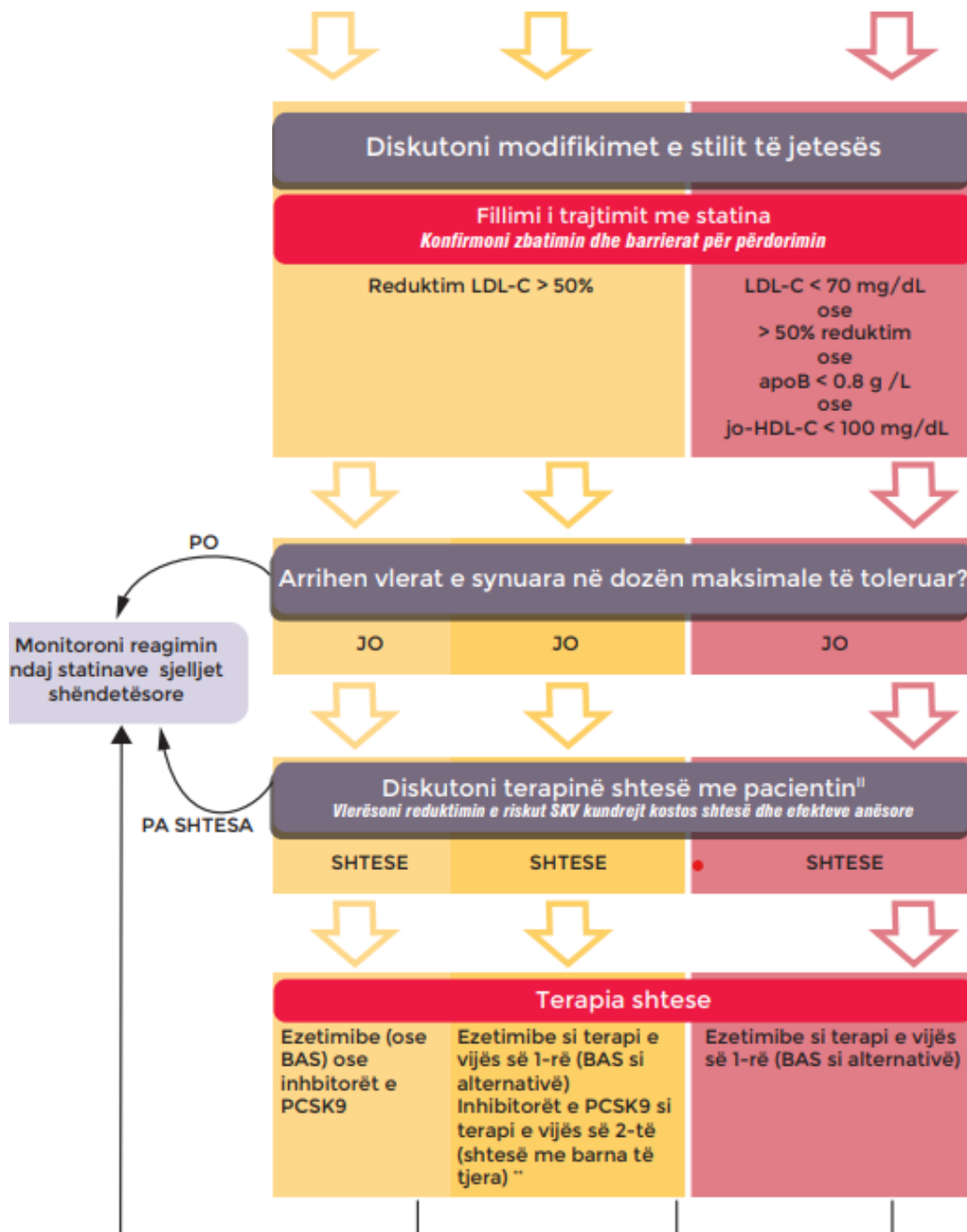
- Atorvastatin 40 deri 80 mg
- Rosuvastatin 20 deri 40 mg (i parimbursueshem)

Ndjekja (11):

- Pas fillimit të trajtimit me statina vizita e parë ndjekëse këshillohet të jetë pas 4-12 javësh.
- Nëse do na duhet të ndryshojmë dozën do të kërkojmë sërish vizitë rikontrolli pas 4-12 javësh.

- Nëse arrihen synimet terapeutike vizita e radhës këshillohet të jetë brenda 1 viti.
- Testet funksionale të heparit maten:
 - Përpara fillimit të trajtimit,
 - 3 muaj nga fillimi i trajtimit
 - 1 vit nga fillimi i terapisë dhe nuk kërkohen përsëritje të mëtejshme

Përsërit riskun kardiovaskular pas çdo 4-6 vjetësh.



Rasti klinik 3

Pacienti E.L mashkull 49 vjeç vjen për ekzaminimin vjetor rutinë. Ai ka shtuar shumë në peshë këto vitet e fundit dhe do të kontrollojë yndyrnat pasi babai i tij ka zhvilluar sëmundje të zemrës në moshën 50 vjeçare. Herën e fundit, 5 vjet më pare vlerat e analizave të tij ishin në kufirin e sipërm. Ai është përpjekur të kryejë aktivitet fizik. Ka 6 muaj që ka ndërprerë konsumin e duhanit. Nuk ka asnjë ankesë shëndetësore.

Ekzaminimi fizik:

- TA=162/80;
- IMT= 34kg/m²;
- Cirkumferenca e belit=120cm;
- Puls = 64 /min;
- SatO₂ = 97%

Nga analizat laboratorike morëm këto të dhëna:

- Kolesterol total = 198mg/dL ose 5 mmol/L
- LDL-kolesterol = 159mg/dL
- HDL-kolesterol = 41mg/dL
- Trigliceridet = 410mg/dL

Faktorë rreziku:

- Moshë;
- Obeziteti;
- Duhanpirës;
- Histori familjare;
- Hipertension

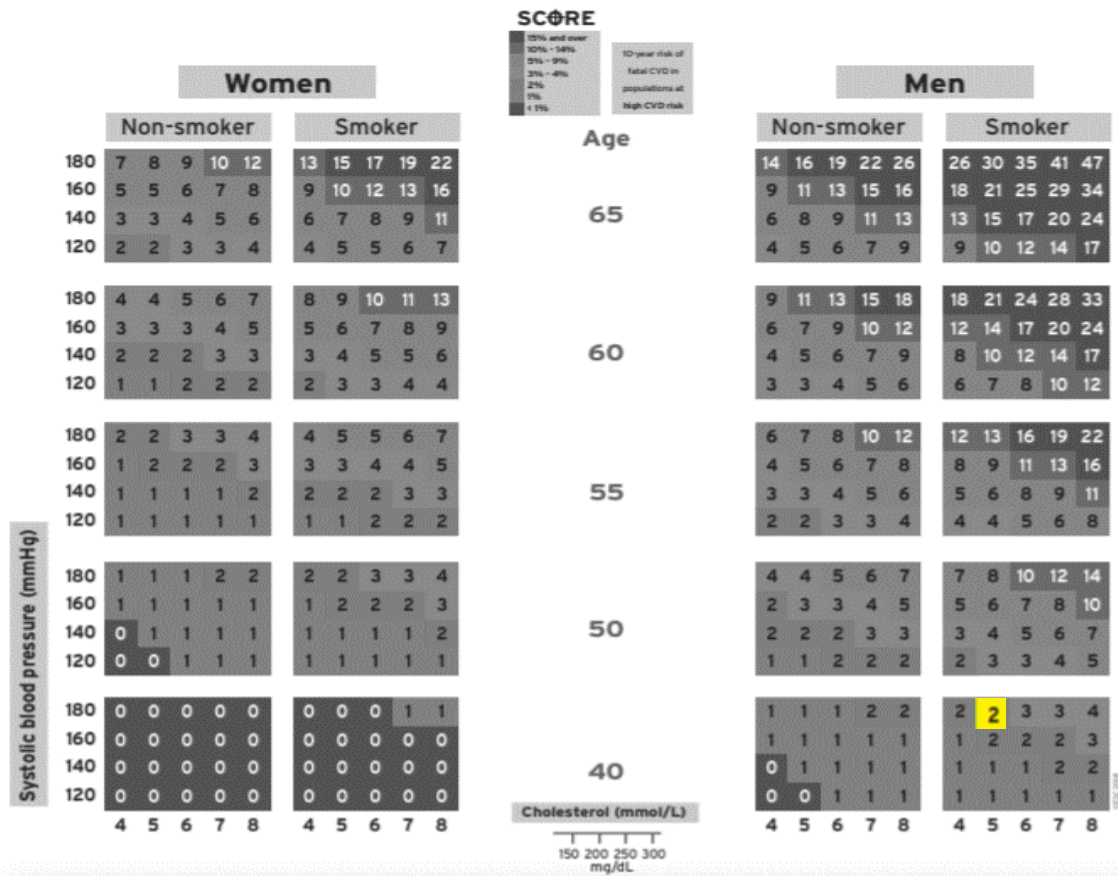
Vlerësojmë riskun kardiovaskular duke ndjekur hapat si në rastin e mësipërm.

Risku kardiovaskular për pacientin është 2% pra klasifikohet si risk kardiovaskular i moderuar

Duke u konsultuar me tabelën për parandalimin e sëmundjeve KV, e cila konsideron vlerën e LDL-kolesterolit dhe nivelin e riskut KV, vëmë re se përqasja fillestare e rekomanduar është modifikimi i stilit të jetesës. Ndërhyrja me terapinë me medikamente do të ishte e nevojshme nëse vlerat e lipideve të pacientit nuk do të kontrolloheshin vetëm me ndryshimet në stilin e jetesës, por në këtë rast kemi disa faktorë si obeziteti qendror, historia familjare dhe për më tepër vlerat e larta të triglicerideve (që nuk merren parasysh në kalkulimin e riskut kardiovaskular 10-vjeçar) të cilët ndikojnë që risku KV të jetë më i lartë sesa ai i llogaritur përmes SCORE.

SCORE - European High Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



Risiko i përgjithshëm KV (SCORE) %		Niveli i LDL-C					
		< 55 mg/dl	< 70 mg/dL	70 deri në < 100 mg/dL	100 deri në < 116 mg/dL	116 deri në < 190 mg/dL	> 190 mg/dL
Parandalimi Primar	< 1	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	1 - <5 Risk i Moderuar	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barnat nëse nuk kontrollohet	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	> 5 deri në < 10, ose risk i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
	≥ 10 ose risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna
Parandalimi Sekondar	Risk shumë i lartë	Ndërhyrje në stilin e jetesës, merrni në konsideratë barna*	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

Kujtesë

Rreziku KV mund të jetë me i lartë sesa indikohet në grafik tek personat që:

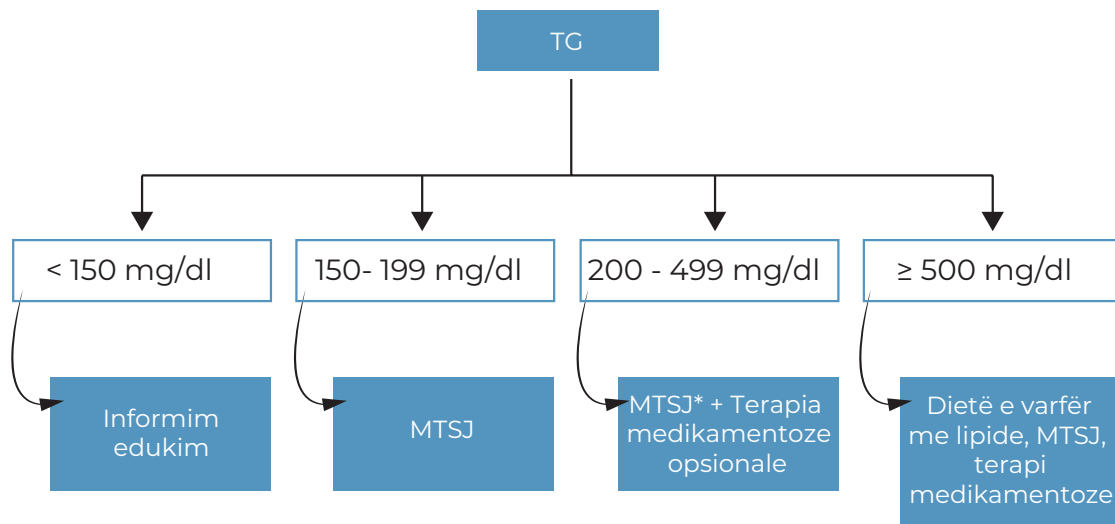
- Janë tashmë në terapi me medikamente antihipertensive
- Femrat që kanë pasur menopauzë të parakohshme
- Personat me një histori të fortë familjare për SKV të parakohsme
- Personat që kanë ndonjë nga faktorët e mëposhtëm:
 - Obezitet, kryesisht atë qendror
 - Kanë stil sedentar të jetesës
 - Histori familjare me sëmundje kardiovaskulare të hershme ose aksident cerebro-vaskular në të afërm të shkallës së parë (meshkuj <55 vjeç dhe femra <65 vjeçe)
 - Nivele të larta të triglicerideve
 - Vlera të ulëta të HDL-kolesterolit
 - Rritje të niveleve të PCR, fibrinogjenit, hemocisteinës, apolipoproteinës B, Lp(a) dhe glicemisë esëll.
 - Sëmundje kronike të veshkave
 - Evidencë të pranishme të aterosklerozës në teste diagnostike

Për pacientin E.L nuk duhet humbur kohë, por duhet të fillohet trajtimi me medikamente së bashku me modifikimet e stilit të jetesës.

Pacienti duhet përgëzuar për përpjekjet që ka bërë për lënien e duhanit. Për ta inkurajuar mund ti thuhet se në llogaritjen e riskut për sëmundje kardiovaskulare në 10 vitet e ardhshme, ai u vlerësua si duhanpirës pasi ka më pak se një vit që e ka ndërprerë konsumin e duhanit, por në vizitat e ardhshme ky rrezik do të jetë më i ulët, për shkak se përfitimet nga ndërprerja e duhanit rriten me kalimin e kohës. Pas kalimit të 1 viti nga koha kur ka konsumuar duhan, pacienti do të konsiderohet si jo-duhanpirës në llogaritjen e riskut kardiovaskular.

Për sa i përket dietës, pacientit i duhet shpjeguar se për personat me hipertrigliceredemi rekomandohet reduktimi i konsumit të karbohidrateve dhe sidomos i fruktozës apo i ushqimeve me sheqer të shtuar. Gjithashtu rekomandohet reduktimi i konsumit të acideve yndyrore të saturuara (mishi i kuq, sallami, gjalpi, çokollata etj) dhe eliminimi i yndyrnave trans (margarina dhe ushqimet e proçesuara). Ndërkohë, këshillohet rritja e konsumit të yndyrnave të pangopura si: Vaji i ullirit, avocado, arra, peshk, etj.

Në të vërtetë ndërhyrjet jo-farmakologjike si humbja në peshë, ushtrimet aerobike, dieta e shëndetshme, përmirësimi i kontrollit të glicemisë dhe konsumi i përgjegjshëm i alkoolit janë linja e parë e trajtimit të hipertrigliceridemisë. Është gjithashtu e rëndësishme të identifikohen barnat që rrisin nivelin e triglicerideve dhe të ndryshohen terapitë, kur kjo është e mundur.



Për hipertriglicerideminë 200mg/dL- 500 mg/dL rekomandohen ndryshime në stilin e jetesës duke përfshirë rënien në peshë, rritjen e aktivitetit fizik dhe trajtimin me medikamente kur risku kardiovaskular është i rritur (12).

Për trajtimin medikamentoz mund të përdoren fibratat, omega-3 dhe niacina. Në vlera deri në 500 mg/dL këto medikamente mund të përdoren vetëm ose të kombinuara me statinat. Nëse rreziku kardiovaskular është i lartë mund të fillohen statinat si zgjedhje e parë dhe mund të kombinohen me medikamente të tjera për uljen e triglicerideve.

Fibratat

Të dhënat sugjerojnë që fenofibratat e ulin nivelin e triglicerideve me 30 – 50 %. Efikasiteti mund të vlerësohet pas 2-3 muaj terapi.

Dozimi i medikamentit varet nga forma e tij.

Fibratat duhet të përdoren me kujdes në pacientët me sëmundje renale kronike. Si rregull, doza e secilit medikament duhet të modifikohet në bazë të severitetit të sëmundjes renale.

Acidet Yndyrore Omega -3

Acidet Yndyrore Omega -3 përfshijnë Acidin Eicosapentaenoic (i njohur si EPA) dhe Acidin Doxosahexaenoic (i njohur si DHA).

Suplementet e vajit të peshkut që përmbajnë omega-3 reduktojnë prodhimin e VLDL dhe mund të ulin vlerat e triglicerideve 50% ose edhe më shumë.

Niacina ose Acidi Nicotinik

Acidi Nikotinik raportohet të ulë nivelin e triglicerideve me 20-50%

- Doza fillestare orale është 500 mg, një herë në ditë para gjumit duke përdorur niacinë me çlirim të zgjatur
- Doza mund të rritet me hapa prej 500 mg në intervale prej 4 javësh
- Doza maksimale 2 g / ditë

Për hipertriglicerideminë > 500mg/dL (>5.6mmol/L) synimi i parë është ulja e triglicerideve për të parandaluar pankreatitin. Për këta pacientë duhet rekomanduar ndalimi i konsumit të alkoolit dhe i medikamenteve që mund të ndërhyjnë në metabolizmin e triglicerideve duke i rritur ato. Minimizimi i karbohidrateve dhe i lipideve në dietë është gjithashtu i rekomanduar.

Zgjedhja e parë për trajtimin me medikamente për nivele > 500mg/dL të triglicerideve janë fibratat. Në këtë rast statinat nuk janë të rekomanduara si linjë e parë trajtimi ose si terapi e vetme, por mund të fillohen si kombinim me fibratat ose niacinën.

Përmbledhje

Trigliceridet konsiderohen të rritura kur niveli i tyre në serum kalon mbi 150 mg / dL , ndërkohë vlera më të mëdha se 500 mg/d konsiderohen vlera shumë të larta të tyre.

Nivelet e rritura të TG lidhen në mënyrë të pavarur me rrezikun e sëmundjeve kardiovaskulare, veçanërisht rrezikun e sëmundjes së arterieve koronare. Sidoqoftë, shkakësia nuk është vërtetuar.

Të gjithë pacientët me hipertrigliceridemi duhet të zbatojnë modifikimet jofarmakologjike të stilit të jetesës si: rënie në peshë, ushtrime aerobike dhe shmangie të sheqernave të shtuara dhe medikamenteve që rrisin nivelet e TG në serum. Kontrolli i mirë i glicemisë në pacientët me diabet duhet të konsiderohet si terapi e linjës së parë. Faktorë të tjerë të riskut KV, të tilla si hipertensioni dhe pirja e duhanit, duhet gjithashtu të adresohen. (Shih «Menaxhimi» më lart.)

Në të gjithë pacientët në të cilët identifikohet hipertrigliceridemia duhet të matet edhe niveli i LDL-Kolesterolit. Nëse vlerat e LDL-së së pacientit nuk janë brenda synimeve terapeutike, duhet të konsiderohet terapia me statina.

Për pacientët me nivele TG vazhdimisht > 885 mg / dL (10 mmol / L) pas ndërhyrjeve jofarmakologjike, sugjerohet terapia me medikamente për të ulur rrezikun e pankreatitit. Klasa e preferuar e medikamenteve në këtë situatë janë fibratat.

10. Treguesit e monitorimit të zbatimit të protokollit të mjekimit për Dislipideminë dhe të cilësisë së menaxhimit të Dislipidemisë në KSHP

Treguesit propozohen me qëllim që të përdoren për monitorimin, nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore, të zbatimit të protokollit të mjekimit në praktikën e përditshme të menaxhimit të rasteve me Dislipidemi, dhe të cilësisë së ndjekjes së rasteve me Dislipidemi nga ekipi i mjekësisë së familjes

I Treguesit lidhur me parandalimin, diagnostikimin e hershëm të Dislipidemisë:

I.1 Të dokumentuara në kartelën e çdo pacienti mbi moshën 35 vjeç:

I.1.1 Niveli i lipideve të paktën një matje në 5 vitet e fundit.

I.1.2 Risku Kardiovaskular i llogaritur, të paktën një herë në 5 vitet e fundit.

I.1.3 Tensioni arterial në çdo vizitë pavarësisht arsyes së konsultës të MF dhe të paktën një herë në vit.

I.2 Të dokumentuara në kartelën e çdo pacienti statusi i duhanpirjes

I.3 Të dokumentuara në kartelën e çdo pacienti me risk kardiovaskular të rritur Pesha, dhe IMT të paktën një herë në vit.

II Cilësia e menaxhimit të Dislipidemisë në KSHP

II.1 Në kartelën e çdo pacienti me risk të lartë dhe shumë të lartë KV duhet të dokumentohet ulja e LDL-Kolesterolit në ndjekje të pëmbushjes së synimit për uljen $\geq 50\%$ të vlerës së LDL-Kolesterolit në 12 muaj pas fillimit të trajtimit.

Vlera e synuar LDL-Kolesterolit për pacientët me risk shumë të lartë KV duhet të jetë <55 mg/dL dhe tek pacientët me risk të lartë duhet të jetë <70 mg/dL

Monitorimi i këtyre treguesve duhet të integrohet në procesin e monitorimit të brendshëm dhe të jashtëm të praktikës së KSHP-së bazuar në protokolle mjekimi siç standardet bazike G1.2 dhe G 1.3 për akreditimin e qendrave shëndetësore parashikojnë (Standardete Cilësisë për akreditimin e Institucioneve të Kujdesit shëndetsor Parësor, Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017).

Referencat

1. *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)*. s.l. : ESC/EAS, 2019.
2. *Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Collaborators, GBD 2013 Mortality and Causes of Death. s.l. : Lancet, 2015.
3. *Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013*. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, Murray CJ. s.l. : Circulation, 2015.
4. *Overview of primary prevention of cardiovascular disease*. Author: Charles H Hennekens, MD, DrPH. Section Editor: David Seres, MD. Deputy Editor: Jane Givens, MD. s.l. : Uptodate, 2020.
5. *Cardiovascular disease risk assessment for primary prevention in adults*. Author: Peter WF Wilson, MD. Section Editor: Bernard J Gersh, MB, ChB, DPhil, FRCP, MACC. Deputy Editor: Gordon M Saperia, MD. s.l. : Uptodate, 2020.
6. *Smoking and mortality among older men and women in three communities*. LaCroix AZ, Lang J, Scherr P, Wallace RB, Coronini-Huntley J, Berkman L, Curb JD, Evans D, Hennekens CH. 1991 Jun;324(23):1619-25., N Engl J Med.
7. WHO. *Global recommendations on physical activity for health*. s.l. : WHO, 2010. ISBN: 9789241599979.
8. *Optimal diets for prevention of coronary heart disease*. s.l. : JAMA, 2002, Vols. 288:2569 – 2578.
9. *World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions*. WHO. s.l. : WHO.
10. *Management of elevated low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) in primary prevention of cardiovascular disease*. Author: Michael Pignone, MD, MPH. Section Editor: Mason W Freeman, MD. Deputy Editor: Gordon M Saperia, MD. s.l. : Uptodate, 2020.
11. *2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults*. Neil J. Stone, MD, MACP, FAHA, FACC. Jennifer G. Robinson, MD, MPH, FAHA. Alice H. Lichtenstein, DSc, FAHA. C. Noel Bairey Merz, MD, FAHA, FACC. Conrad B. Blum, MD, FAHA. Robert H. Eckel,

MD, FAHA Anne C. Goldberg, MD, FACP, FAHA David Gordon, MD Daniel Levy,.
s.l. : Circulation, 2013.

12. *Hypertriglyceridemia*. Authors: Robert S Rosenson, MD Robert H Eckel, MD. Section Editor: Mason W Freeman, MD. Deputy Editors: Gordon M Saperia, MD Jane Givens, MD. s.l. : Uptodate, 2020.

