

## **Raste Klinike:**

Trajnimi “Aftësimi në Përdorimin e Protokollit të Mjekimit të Diabetit Tip 2 në KSHP”

## Rasti Klinik 1: Alma

Alma është një grua 43-vjeçare e cila paraqitet tek mjeku i familjes për një vizitë rutinë. Ajo nuk ka asnjë shqetësim në lidhje me shëndetin e saj ndaj edhe nuk është vizituar nga ndonjë mjek në katër vitet e fundit. Ajo konsumon rreth 1 paketë duhan në ditë prej 7 vitesh. Mamaja e saj është diagnostikuar herët me diabetit mellitus dhe ajo ka mësuar që burri i saj herën e fundit që ishte tek mjeku "ka kontrolluar sheqerin". Ajo pyet nëse do të kontrollohet edhe ajo gjatë vizitës së sotme për sheqerin në gjak.

Gjatë vizitës rezulton që presioni i saj arterial dhe pulsi janë në normë, indeksi i masës së trupore është 27 kg/m<sup>2</sup>.

**Pyetja 1:** Çfarë është më e përshtatshme për këtë pacient?

- a) Depistimi nuk rekomandohet sepse presioni arterial i saj është normal.
- b) Depistimi nuk rekomandohet sepse ajo nuk ka histori familjare të diabetit.
- c) Depistimi mund të rekomandohet në të ardhmen nëse IMT/BMI-ja e saj do të jetë 30 kg/m<sup>2</sup> ose më shumë.
- d) Testimi rekomandohet sepse ajo është mbipeshë.
- e) Provat nuk janë të mjaftueshme për të vlerësuar ekuilibrin midis përfitimeve dhe dëmeve të depistimit tek kjo paciente.



.....

→ **Përgjigja:** Alternativa d sepse Alma është mbipeshë me një BMI = 27kg/m<sup>2</sup> dhe ka një të afërm të gradës së parë që vuan nga diabeti.

**Pyetja 2:** Pacientja kontrollohet për diabet dhe niveli i saj i glicemisë është normal. Në këtë rast, sa shpesh duhet të ritestohet ajo?

- a) Çdo vit.
- b) Çdo dy vjet.
- c) Çdo tre vjet.
- d) Çdo pesë vjet.
- e) Ajo nuk duhet të ritestohet; mjafton depistimi një herë në moshën e rritur.



.....

→ **Përgjigja:** Alternativa c

**Pyetja 3:** Niveli i glukozës plazmatike (esëll) të pacientes është 130 mg për dL. Në këtë rast, cili nga hapat e mëposhtëm vijues është i përshtatshëm?

- a) Depistoni pacientin për faktorë të tjerë të ndikueshëm të rrezikut kardiovaskular dhe ndërhyri sipas rastit.
- b) Përsëritni një test të glukozës plazmatike në javën në vijim, për të konfirmuar diagnozën.
- c) Këshilloni pacienten në lidhje me një dietë të shëndetshme dhe aktivitetin fizik.
- d) Përshkruani medikamente për të parandaluar përparimin në diabet.



A large rectangular area defined by a dotted line, intended for the student to write their answer to the question.

→ **Përgjigjet:** a, b dhe c.

## Rasti Klinik 2: Violeta

Violeta, një zonjë 68-vjeçare, e diagnostikuar me diabet mellitus të tipit 2, me hipertension, obezitet dhe hiperlipidemi, sapo ka lëvizur në lagjen tuaj për të qenë më pranë vajzës së saj. Ajo vjen tek ju për të marrë një recetë për ilaçet e saj të rimbursueshme. Pacientja ju tregon që ajo ka kryer vizita të rregullta me mjekun e saj të mëparshëm, madje edhe vizitat e rekomanduara me specialistët.

Pacientja trajtohet çdo ditë me:

- Atorvastatinë 40 mg
- Lisinopril 10 mg
- Metforminë 1000 mg x 2 herë në ditë

Anamneza Familjare: Vajza e pacientes vuan nga prediabeti dhe nga hipertensioni.

Ekzaminimi fizik:

Shenjat vitale:

- FR = 18/min
- FK = 84/min
- Pesha = 72 kg
- Gjatësia = 155 cm
- BMI = 30 kg/m<sup>2</sup>
- TA = 142/80 mmHg

Paciente pa shqetësime akute. Obezitet trunkal i theksuar. Pacientja është vigjilente dhe e orientuar x 3 (në kohë, në hapësirë dhe në person).

Ekzaminimi i kokës: Pupila të barabarta, të rrumbullakta, reagojnë ndaj dritës dhe akomodimit. Levizjet ekstraokulare normale. Membrana timpanike normale, jo e inflamuar. Orofaringu normal, pa eritemë apo eksudat.

Qafa: Pa limfadenopati. Gjendra tiroide brenda normës. Pulse normale, pa zhurma.

Zemra: Ritmi i rregullt; T1+T2 normale, pa zhurma, pa galop.

Mushkëritë: Normale në auskultation dhe perkusion; pa rale, ronke apo fshkëllime.

Abdomeni: I butë, i palpueshëm; pa hepatomegali; pa splenomegali.

Ekstremitetet: Rimbushja e kapilare normale dhe pulset të palpueshme dhe simetrike.

Neurologjik: NK II-XII normale; Refleksset 2+, simetrike. Ulje e sensitivitetit në të dyja këmbët.

Lëkura: Nuk ka leziona të lëkurës, ekimozë apo skuqje; e ngrohtë në prekje.

**Pyetja 1:** Meqë është paciente për herë të parë cilat janë testet Laboratorike që rekomandoni?



.....

→ **Përgjigja:** Gjaku Komplet. E përshtatshme të kryhet një gjak komplet për të vlerësuar dhe për të përjashtuar anemitë, policitemitë dhe anomali të tjera.

- WBC (Leukocitet)
- Hb (Hemoglobina)
- HCT (Hematokriti)
- Trombocitet
- MCV

Paneli Metabolik: funksionin renal dhe hepatik:

- Glicemia esëll
- Natrium
- Kalium
- Kreatinine
- Bilirubina Totale
- Fosfataza Alkaline
- ALT (SGPT)
- AST (SGOT)
- Ritmi i Filtrimit Glomerular (llogaritur)

Paneli Lipidik (esëll):

- Trigliceridet
- Kolesterol Total
- LDL Kolesterol
- HDL Kolesterol
- Hemoglobina e glukozuar HbA1c
- Raporti Albuminë/Kreatinë

→ **Pyetja 2:** Cilat duhet të jenë objektivat (vlerat e synuara) të glicemisë për Violetën, nëse përgjigjet e testeve laboratorike janë si më poshtë:

- EBC (Leukocitet) 6.0 1000/mcL 4.0 - 10.8
- Hb (Hemoglobina) 13.5 g/dL 9.6 - 18.0
- HCT (Hematokriti) 38% 32.7 - 57.7
- Trombocitet 205 1000/mcL 150 - 350
- MCV 88 fL 80 - 94
- Glicemia esëll 140 mg/dL
- Natrium 140 mEq/L 135 - 145
- Kalium 3.8 mEq/L 3.5 - 5.0
- Kreatinine (female) 1.1 mg/dL 0.6 - 1.1
- Bilirubina Totale 0.8 mg/dL 0.1 - 1.2
- Alkalinë Fosfat 112 IU/L 35 - 120
- ALT (SGPT) 38 IU/L 10 - 40
- AST (SGOT) 34 IU/L 10 - 30

Ritmi i Filtrimit Glomerular (Ilogaritur)	58	60 - 146	
Paneli Lipidik (esëll) Trigliceridet	200	mg/dL	40 - 150
Kolesteroli Total	181	mg/dL	0 - 200
LDL Kolesteroli	100	mg/dL	62 - 130
HDL Kolesteroli	41	mg/dL	F: > 48
Hemoglobina e glukozuar HbA1c	8.2	%	4.0 - 5.6

Raporti Albuminë/Kreatininë 310 mg/g

- < 30 mg/g Normal
- 30–300 mg/g Mikroalbuminuri
- >300 mg/g Albuminuri/Proteinuri Klinike



**Pyetja 3:** Referuar përgjigjeve të testeve laboratorike të mësipërme a ka nevojë të shtohen medikamente të tjera për menaxhimin e shëndetit të pacientes?



**Pyetja 4:** Cili do të ishte medikamenti më i përshtatshëm bazuar në të dhënat e pacientes?



## Rasti Klinik 3: Marjeta

Marjeta, 57-vjeçare, paraqitet në zyrën tuaj e shqetësuar. Gjatë një testi të “sheqerit në gisht” në shtëpinë e një mikeshe, asaj i doli vlera 227 mg/dL, për të cilën i kanë thënë që është vlerë e lartë. Marjeta ju tregon se kishte ngrënë përpara kryerjes së testit. Ju diskutoni me pacienten dhe vendosni që duhet vlerësuar glicemia esëll. Rezultati i dytë tregon se glicemia mbetet e rritur = 147 mg/dL. Ajo nuk ka histori të mëparshme të diabetit, është e alarmuar nga mundësia e kësaj sëmundjeje dhe kërkon këshillat tuaja. Marjeta është trajtuar për hipertension për 10 vjet, aktualisht merr amlodipinë 10 mg/ditë.

Ajo mohon të ketë patur simptoma të diabetit. Po ashtu tregon se nuk ka patur kurrë dhimbje në gjoks, marrje fryme, sëmundje të zemrës, goditje në tru, ose probleme të qarkullimit të gjakut të ekstremiteteve të poshtme. Pacientja nuk mund të tregojë shumë për historinë e saj familjare pasi është e adoptuar. Përsa i përket dietës, ajo nuk ha mëngjes, ha një drekë modeste dhe konsumon shumicën e kalorive të saj në mbrëmje.

Në ekzaminimin fizik rezulton:

- TA = 140/85 mmHg
- FK = 76/min
- Pësia = 76.6 kg
- IMT (indeks të masës trupore) = 30.9 kg/m<sup>2</sup>
- Ekzaminimi fundoskopik nuk zbulon asnjë provë të retinopatisë
- Ndjeshmëria ndaj vibrimit mungon në të dy gishtat e mëdhenj të këmbës dhe është e reduktuar në nivelin e maleolit medial. Sensitiviteti ndaj prekjes është i ulur në shputën e këmbës. Reflektet Akiliane mungojnë bilateralisht.

**Pyetja 1:** Cilat teste laboratorike do të rekomandonit?



→ **Përgjigja:** Rekomandohen testet laboratorike:

- Glicemia
- Na,
- K
- Cl;
- Trigliceridet
- Kolesterol Total,
- HDL
- LDL
- Hemoglobina e glukozuar (HbA1c)
- Raporti Albuminë / kreatininë në urinë

**Pyetja 2:** Nëse testet laboratorike esëll janë si më poshtë, cili është përfundimi juaj?

- Glicemia = 141 mg/dL (7.8 mmol/L);
- Na = 143 mEq/L,
- K = 4.1 mEq/L,
- Cl = 103 mEq/L;
- Trigliceridet = 210 mg/dL,
- Kolesterol Total = 222 mg/dL,
- HDL = 53 mg/dL
- LDL = 107 mg/dL
- Hemoglobina e glukozuar (HbA1c) = 7.8%
- Raporti Albuminë/kreatininë në urinë = 14.3 mg/g.



.....

.....

.....

.....

.....

→ **Përgjigja:** bazuar në vlerat e Glicemisë esëll dhe HbA1c-së Marjeta vuan nga diabeti i tipit 2. Bazuar në gjetjet e ekzaminimit fizik që tregojnë për një neuropati distale, pacientja ka pasur çrregullime të metabolizmit të glukozës për një periudhë të gjatë.

**Pyetja 3:** Pacientja është e sapodiagnostikuar me diabet mellitus tip 2. Vlera e HbA1c-së sot është 7.8% dhe Glicemia = 141 mg/dL. Cilin medikament ose medikamente do të përshkruanit për menaxhimin e diabeti të pacientes?

- a) Asnjë medikament.
- b) Ju dëshironi të vlerësoni efektet e një prove të ndryshimit të stilit të jetës, përfshirë terapinë mjekësore ushqimore dhe ushtrimet para se të shtoni ilaçe.
- c) Metforminë 500 mg dy herë në ditë, në mëngjes dhe darkë.
- d) Glyburide 2.5 mg një herë në ditë në mëngjes.
- e) Pioglitazone 15 mg një herë në ditë në mëngjes.
- f) Sitagliptinë 100 mg një herë në ditë në mëngjes.



.....

.....

.....

.....

.....

→ **Përgjigja:** Metforminë 500 mg dy herë në ditë në mëngjes dhe darkë.

Metformina zakonisht duhet të përshkruhet njëkohësisht me ndërhyrjet në stilin e jetesës në trajtimin e pacientëve me diabet të tipit 2 të sapodiagnostikuar. Metformina është agjenti i zgjedhur sepse zvogëlon vlerat e HbA1c-së me afërsisht 1.5 përqind, lehtëson humbjen në peshë, ka një incidencë të ulët të efekteve anësore gastrointestinale kur administrohet me ushqimin, dhe është përgjithësisht një medikament i lirë.



Metformina duhet të administrohet me ushqimin, të fliohet në doza të ulta, p.sh., 500 mg një ose dy herë në ditë. Doza më pas mund të rritet në një dozë të plotë prej 2000 deri në 2500 mg në ditë (në doza të ndara).

**Pyetja 4:** Pacientja ka vlera të larta të tensionit arterial 140/85 mmHg dhe është në mjekim me amlodipinë 10 mg/ ditë. Në këtë situatë a do të bënit ndonjë ndryshim të terapisë për kontrollin e tensionit arterial?



Empty dotted box for the answer to the question.

→ **Përgjigja:** ju filloni Lisinoprilin 5 mg në ditë dhe planifikoni të ndaloni trajtimin me amlodipinë kur TA të jetë në kontroll. ACE inhibitorët janë më të preferuar në kontrollin e hipertensionit te pacientët diabetikë.

**Pyetja 5:** Çfarë i këshilloni pacientes për ndryshimet në stilin e jetës?



Empty dotted box for the answer to the question.

→ **Përgjigja:** Ju diskutoni dhe këshilloni lidhur me ushqyerjen dhe aktivitetin fizik me qëllim parandalimin e shtimit në peshë. Ju këshilloni që ajo të konsumojë tre vakte në ditë (përfshirë mëngjesin), të kontrollojë madhësinë e porcioneve, të zvogëlojë konsumin e ushqimeve në mbrëmje dhe të kufizojë sasinë e yndyrnave. Ju gjithashtu këshilloni pacienten që të ftojë një program të rregullt të aktivitetit fizik, psh të ecë për 30 deri në 35 minuta në ditë të paktën pesë herë në javë.

## Rasti Klinik 4: Majlinda

Majlinda është një grua 52-vjeçare, e cila është diagnostikuar me Diabet tip 2 katër vite më parë. Ajo aktualisht trajtohet me metforminë, sitagliptinë dhe empagliflozinë dhe referon së është 100% kompliance me marrjen e medikamenteve të saj, megjithëse nuk i pëlqen të marrë kaq shumë pilula. Ajo ka ardhur sot për një vizitë rutinë. Kur e pyet për dietën e saj, ajo thotë se konsumon më shumë mish pule dhe perime kur është në gjendje të gatujë në shtëpi, dhe përpiqet të kufizojë ëmbëlsirat dhe ushqimet me indeks të lartë glicemik. Ajo bën aktivitet fizik 3 herë në javë duke shkuar për shëtitje të gjata me qenin e saj. Pacientja thotë që ka vënë re që lëkura e saj është e thatë dhe se ndjen mpirje dhe ndjesinë e shpimit të gjilpërave në gishtat e këmbëve, veçanërisht kur ajo shtrihet për të fjetur. Këto simptoma kanë qenë të pranishme për disa kohë.

Majlinda thotë se është e rregullt me marrjen e medikamenteve, dhe ka bërë përpjekje për modifikime në stilin e jetës së saj, duke përfshirë dietën dhe aktivitetin fizik, por oraret e punës së saj e pengojnë që të përgatisë ushqime të shëndetshme në shtëpi dhe të llogarisë kaloritë dhe karbohidratet.

Medikamentet që merr:

- Metformina 1000 mg dy herë në ditë,
- Sitagliptina 100 mg një herë në ditë,
- Empagliflozin 10 mg një herë në ditë,
- Ramipril 10 mg një herë në ditë,
- Atorvastatinë 40 mg një herë në ditë,
- Aspirinë 81 mg një herë në ditë

Historia e kaluar mjekësore: Hipertensioni i diagnostikuar 6 vite më parë, Dislipidemia e diagnostikuar 5 vite më parë, dhe DT2 idiagnostikuar 4 vite më parë.

### **Anamneza Familjare dhe ajo Sociale**

Prindërit e Majlindës janë në gjendje relativisht të mirë shëndetësore. Babai i saj ka hipertension dhe nëna e saj së fundmi është diagnostikuar me artrit. Majlinda është e martuar dhe ka 4 fëmijë (2 fëmijë janë në universitet jashtë shtëpisë dhe 2 fëmijë akoma jetojnë në shtëpi). Ajo punon me kohë të plotë si një llogaritare dhe ha jashtë 2 deri 3 herë në javë për takime biznesi ose kur është shumë e lodhur për të gatuar. Ajo ndonjëherë pi verë gjatë darkës, por jo më shumë se 3 herë në javë.

Ekzaminimi fizik:

Paciente jo në stres.

TA = 136/91; FK = 77/min; T = 36.7, FR = 18; Pësia = 72.3 kg; IMT = 26.5

Ekzaminimi i kokës: Pupila të barabarta, të rrumbullakëta, reagojnë ndaj dritës dhe akomodimit. Lëvizjet ekstraokulare normale. Sinuset jo të dhimbshme. Mukozat të njoma dhe pa leziona. Sklerat anikterike

Qafa: Pa kufizime të lëvizshmërisë. Pa limfadenopati. Gjendra tiroide brenda normës. Pulse normale, pa zhurma.



## Lipidet

- Triglyceridet 75 mg/dL
- Kolesterol Total 100 mg/dL 0 - 200
- LDL 110 mg/dL 62 - 130
- HDL 36mg/dL M: > 40 F: > 50



→ **Përgjigja:** Bazuar në rezultatet e testeve laboratorike të ditës së vizitës, është e përshtatshme që mjeku të shtojë një insulinë bazale me veprim të gjatë në regjimin e medikamenteve të Majlindës. Opsionet më të mira përfshijnë, shtimin e insulinës degludec, (vetëm ose të kombinuar me insulinë aspart) ose insulinë glarginë (U300). Secili prej këtyre medikamenteve përmirëson kontrollin e glicemisë dhe zvogëlon rrezikun për hipoglicemi, por dozimi fleksibël që është i mundshëm me insulinën degludec mund të jetë më i përshtatshëm për orarin e ngjeshur dhe të paparashikueshëm të pacientes.

Shtimi i insulinës detemir ose insulinës glarginë 100 U së bashku me medikamentet e saj orale mund të përmirësojë kontrollin e saj glicemik dhe të ketë përparësi në kosto. Zgjedhja e insulinës me veprim të gjatë që i duhet shtuar trajtimit nga goja të Majlindës duhet të bazohet në nevojat dhe preferencat e pacientes. Kjo paciente ka të ngjarë të përfitojë nga dozimi fleksibël dhe ka nevojë të shmangë episodet e hipoglicemisë, veçanërisht kur nget makinën. Është e arsyeshme që ajo të vazhdojë të marrë empagliflozin, si për kontrollin e hiperglicemisë, ashtu edhe për efektet e mundshme kardioprotektive.

Megjithëse një rregullim i dozës mund të jetë i nevojshëm, frenuesi aktual i saj DPP-4 (sitagliptina) mund të vazhdohet gjithashtu së bashku me një regjim të ri të insulinës bazale, sepse ato ulin si përqëndrimin e glukozës plazmatike postprandiale ashtu edhe atë të esëll, pa rritur rrezikun e hipoglicemisë ose shtimit të peshës.

Mos harroni, Majlinda do të ketë nevojë për edukim në vetë-titrimin e terapisë së insulinës bazale. Ajo duhet inkurajuar të vazhdojë përpjekjet për të mbajtur në kontroll faktorët që ndikojnë rrezikun e saj kardiovaskula si, mbipesha, hipertensioni, dislipidemia.

# Rasti Klinik 5: Sokrati

Sokrati është një burrë 45 vjeç, i cili u paraqit 2 javë më parë në zyrën tuaj për të kryer kontrollin vjetor dhe u diagnostikua me diabet të tipit 2. Gjatë asaj vizite pas kryerjes së testeve u zbulua se niveli i glukozës ishte 260 mg/dL dhe HbA1c-së 9.5%. Për shkak të vlerave të HbA1c-së dhe simptomave të diabetit (poliuria), ju e inkurajuat Sokratin të konsideronte trajtimin fillestar me metforminë në kombinim me insulinën bazale, por ai nuk pranoi të provonte injeksione që në vizitën e tij të parë. Ai tha se do të provonte së pari mjekimin me medikamente nga goja, dhe se do të lexonte dhe do “të bënte kërkime” mbi përfitimet e kontrollit të glicemisë dhe arësytën pse është kaq i rëndësishëm.

Ai ka ardhur sot për vizitë sepse vazhdon të ketë poliuri, që e pengon shumë në punën e tij si shofer kamioni, ndërkohë që nuk ankon për simptoma të infeksionit urinar. Ai aktualisht po bën punë zyre për shkak të një dëmtimi në kyçin e këmbës që ndodhi kur ai u rrëzua nga nxitimi për të shkuar në banjë.

Ju mësoni gjatë vizitës së sotme se gjatë 2 javëve të fundit, ai ka rritur dozën e metforminës nga 500 mg një herë në ditë në 500 mg dy herë në ditë, por nuk mund ta rriste më tej për shkak të shfaqjes së nauzesë dhe diarresë.

Pacienti trajtohet edhe me lisinopril 10 mg, sepse është diagnostikuar me hipertension 5 vite më parë. Ai raporton për nauze dhe diarre, por gjithashtu tregon se ai është i diagnostikuar edhe me sindromën e zorrës së irrituar. Sokrati gjithashtu ka patur një episod të pankreatitit akut, 3 vite më parë, i lidhur me gurët biliarë.

Ai është shumë i shqetësuar se mund të humbasë punën e tij si shofer kamioni nëse nevoja e tij për të përdorur banjën vazhdon të jetë po kaq e shpeshtë. Sokrati është transferuar në zonën tuaj të mbulimit rreth 3 muaj më parë, dhe ju nuk keni shumë të dhëna nga historia e tij mjekësore. Ai ju tregon që ka luftuar me mbipeshën për pjesën më të madhe të jetës së tij, dhe së fundmi është përpjekur të mbajë dietë, por nuk ka qenë shumë i suksesshëm.

Pacienti ka matur rregullisht vlerat e glukozës në gisht dhe ka mbajtur ditarin si më poshtë:

Data	Para mëngjesit	Para drekës	Para darkës	Komente
Dje	145	131	167	Ndihem mirë. Metforminë 500 mg, 2 herë në ditë
	180	133	145	Metforminë 500 mg, 2 herë në ditë
		132	111	Harrova ta kontrolloj në mëngjes
	151	130	184	
	140	168	162	Më përzihet
	190	150	159	Simptoma gastrointestinale

Data	Para mëngjesit	Para drekës	Para darkës	Komente
	184	120		Harrova ta kontrolloj në darkë
	160	130	150	Diarre dhe përzierje. Metforminë 500 mg x 2
Para 14 ditësh	168		168	Metforminë 500 mg 2 herë në ditë
	170	168	158	Rrita dozën e Metforminës 500, 2 herë/ditë
		178	170	Metforminë 500 mg/ditë
	230	170		Harrova ta kontrolloj në darkë
	275	150	175	Eca pak më shumë sot
	260	200	260	Fillova Metforminë 500 mg/ditë

### Anamneza Familjare dhe Sociale

Babai i Sokratit vuan nga hipertensioni dhe demenca. Nëna e tij është e diagnostikuar me osteoartrit dhe diabet të cilin e kontrollon me dietë. Prindërit e tij janë në pension dhe Sokrati jeton me ta që nga koha e transferimit në zonën tuaj të mbulimit. Ai raporton se puna e tij nuk kërkon shumë aktivitet fizik. Ai e kalon kohën e lirë duke luajtur në kitarë dhe duke parë sport në TV. Sokrati nuk ka pirë kurrë duhan, por zakonisht konsumon birrë ndërsa shikon sport (jo më shumë se 6 shishe / javë).

### Gjta vizitës së sotme, ekzaminimi Fizik

Pesha = 104 kg; Gjatësia = 175.3 cm; IMT =33.8; TA = 150/80 mmHg; FK= 88/min;  
T=36.5 C.

Pacient obez, alert, i orientuar në hapësirë, kohë dhe në person. Pacienti tregon gjykim të mirë, aftësi dhe dëshirë për tu përfshirë në vendimet e trajtimit.

Ekzaminimi i kokës: Pupila të barabarta, të rrumbullakëta, reagojnë ndaj dritës dhe akomodimit. Lëvizjet ekstraokulare normale. Sinuset jo të dhimbshme. Mukozat të njoma dhe pa lezione. Sklerat anikterike

Qafa: Pa kufzime të lëvizshmërisë. Pa limfadenopati. Gjendra tiroide brenda normës.

Pulse normale, pa zhurma.

Zemra: Ritmi i rregullt; T1+T2 normale, pa zhurma, pa galop.

Mushkëritë: Normale në auskultation dhe perkusion; pa rale, ronke apo fshkëllima.

Abdomeni: Prominent, i butë, i palpueshëm; pa hepatomegali; pa splenomegali.

Ekstremitetet: Pa edemë, pa cianozë, pulset radiale simetrike, pulset tibiale dhe dorsalis pedis, simetrike.

Ekzaminimi neurologjik: Pa dëmtime fokale. Reflekset +1, simetrike.

Lëkura: Pa eritemë, pa leziona, pa rash.

Ekzaminimi Laboratorik

- Glukozë (esëll) 185 mg/dL 65 – 99
- HbA1c 9 % 4.0 - 5.6
- Na<sup>+</sup> 140 mEq/L 136 - 145
- K<sup>+</sup> 3.7 mEq/L 3.5 - 5.1
- Cl<sup>-</sup> 105 mEq/L 98 - 107
- Azot 16 mg/dL 7 - 18
- Kreatininë 1.0 mg/dL 0.6 - 1.3
- Kolesterol total 187 mg/dL 0 - 200
- HDL-C 35 mg/dL 60 – 40
- RFG 90 260 – 146

Në vizitën e sotme, pacienti e kupton që ai nuk mund të arrijë nivelet e synuara të glicemisë, d.m.th, HbA1c < 7%, vetëm me metforminë dhe tani është i bindur se është e nevojshme të shtohet një agjent i dytë që të ndihmojë trajtimin e diabetit.

**Pyetja 1:** Cili do të ishte medikamenti ose medikamentet që do të konsideronit të shtonit në rastin e Sokratit?



→ **Përgjigja:** Sipas “Protokollit dhe udhërrëfyesit të diabetit tip 2, viti 2020”, nëse një pacient është simptomatik, apo nëse vlera e HbA1c-së është më e lartë se 9%, duhet të konsiderohet terapia me një agjent të injektueshëm duke priorizuar përdorimin e insulinës. Insulina shoqërohet me një ulje rreth 2.5% të HbA1C-së, megjithëse teknikisht duhet të ketë efektivitet të palimituar. Me një titrim të kujdesshëm, i cili do të rrisë komplaincën e pacientit, shtimi i një insuline bazale do ta ndihmonte Sokratin.

Një insulinë bazale (p.sh. insulinë glarginë U-100, insulinë glarginë U-300, ose insulinë detemir) do të ishte agjenti më i përshtatshëm për tju shtuar trajtimin me metforminë tek pacienti.

Rekomandohet që insulina bazale të fliohet me 10 UI / ditë ose 0,1-0,2 UI/kg/ditë dhe të titrohet me hapa nga 10% -15% të dozës (ose 2-4 njësi), një herë ose dy herë në javë për të arritur nivelin e synuar të glicemisë.

Pra në rastin e Sokratit, i cili peshon 104 kg, mund të filloni një dozë të insulinës glarginë 100 UI/ml prej 10 UI/ditë deri në 20 UI/ditë (duke e llogaritur me 0,1-0,2 UI/kg/ditë). Duke qenë se keni vendosur një marrëdhënie të mirë me pacientin dhe ai ka qenë bashkëpunues, ju vendosni të filloni me një dozë të ulët, pra përshkruani 10 UI/ditë, përpara së të shkojë në shtrat. Pacienti këshillohet të kontrollojë çdo ditë glukozën në gisht esëll.

**Pyetja 3:** Pacienti rikthehet pas disa ditësh për vizitë me këto vlera

Data	Para mëngjesit	Para drekës	Para darkës	Komente
Dje	145	131	167	Ndihem mirë.
	180	133	145	Metforminë + Insulinë
		132	111	Harrova ta kontrolloj në mëngjes
	151	130	184	

Në këtë situatë, si do të këshillonit rritjen e dozës së insulinës?



→ **Përgjigja:** Ju vëreni që vlerat janë jashtë vlerave të synuara të glicemisë esëll prej 80 – 130 mg/dL, prandaj vendosni të rritni dozën e Insulinës Glarginë me 2 UI të tjera në ditë. Nëse do të jetë e nevojshme, doza e insulinës së pacientit mund të rritet edhe më tej javën e ardhshme.

Mbani parasysh: Sokrati duhet të ndiqet me vizita të shpeshta. Është e përshtatshme që personeli të thërrasë pacientin një ose dy herë në javë në QSH për ta këshilluar e mësuar lidhur me titrimin e insulinës bazale bazuar në nivelin e glicemisë. Me kalimin e kohës, vlerat e HbA1c-së do të jenë ndihmëse në vlerësimin e kontrollit të glicemisë sepse do të jetë e mundur të kuptohet nëse doza e insulinës duhet të ulet apo të rritet më tej, apo nëse është i nevojshëm intensifikimi i trajtimit me medikamente të tjera.

Vizitat ndjekëse duhet të adresojnë kontrollin e glicemisë, njohjen dhe menaxhimin e episodeve të mundshme hipoglicemike, efektet anësore të medikamenteve, nevojën për depistimin të komplikimeve të diabetit dhe uljen e faktorëve të rrezikut kardiovaskular (d.m.th. hipertensioni, hiperlipidemia, mbipesha).

Ky pacient duhet edukuar për vetë-menaxhimin e diabetit duke përfshirë: përdorimin e duhur të medikamenteve të injektueshme, menaxhimin e sëmundjeve bashkëshoqëruese, vetë-monitorimin e glukozës, këshillimin për humbjen e peshës. Pacienti duhet përfshirë në planin e tij të individualizuar të menaxhimit të Diabetit dhe problemeve të tjera shëndetësore.



## **Raste Klinike:**

Trajnimi “Aftësimi në Përdorimin  
e Protokollit të Mjekimit të  
Dislipidemisë në KSHP”

## Rasti 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 birrë 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.

- IMT= 31kg/m<sup>2</sup>;
- TA=138/80mmHg;
- Pulsi=74rr/min;
- O<sub>2</sub>=98%;
- Cirkumferenca e belit = 122 cm;

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/m<sup>2</sup>
- Duhanpirës
- Cirkumferenca e belit
- Historia Familjare

**Pyetja 1:** Sa është risku kardiovaskular duke përdorur llogaritësin/**Tabelën Europiane për riskun e lartë për SKV** nëse Kolesterolit Total = 200 mg/dL; LDL Kolesterolit 110 mg/dL dhe HDL Kolesterolit = 40 mg/dL?



.....

→ **Përgjigja:** Sipas llogaritësit/tabelës Europiane për riskun e lartë për SKV (shih të ilustruar më poshtë) risku kardiovaskular për M.R është 1%. Sipas këtij llogaritësi vlerat e riskut 1-5% konsiderohen si risk KV i moderuar.

Llogaritja e riskut kardiovaskular për M.R bëhet duke përdorur të dhënat më poshtë:

- Gjinia: Mashkull
- Mosha: 41 vjeç
- Duhanpirës,
- TA = 138/80
- Kolesterolit Total = 200 mg/dL (200/39= 5.1 mmol/L)



Për pacientin tonë M.R risku kardiovaskular është 1% dhe vlera e LDL Kolesterolit është 110 mg/dL. Sipas Tabelës (kutija në të verdhë) pacienti M.R ka nevojë të modifikojë stilin e jetesës. Nëse pas modifikimit të stilit të jetesës vlerat e LDL Kolesterolit nuk ulen, mund të lindë nevoja e terapisë medikamentoze.

**Tabela e strategjive të ndërhyrjeve duke u bazuar në riskun kardiovaskular dhe vlerat e LDL Kolesterolit**

Risku i përgjithshëm KV (SCORE) %		Niveli i LDC-C					
		< 55 mb/dl	< 70 mb/dL	70 deri në < 100 mb/dL	100 deri në < 116 mb/dL	116 deri në < 190 mb/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 Moeruar	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 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	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

**Pyetja 3:** Cilët janë faktorë madhorë të riskut kardiovaskular të cilët mund të modifikohen përmes stilit të jetesës?



→ **Përgjigja:**

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

## Rasti 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.

IMT= 29kg/m<sup>2</sup>; Shenjat vitale: TA= 130/80; Puls= 74; O<sub>2</sub>= 98%. Ekzaminimi fizik normal.

Të dhënat laboratorike janë: Kolesterol total = 232mg/dL LDL-kolesterol = 148mg/dL HDL-kolesterol = 50mg/dL Trigliceridet = 190 mg/dL

**Pyetja 1:** Sa është risku kardiovaskular 10-vjeçar duke përdorur tabelën **Europiane për riskun e lartë për SKV?**

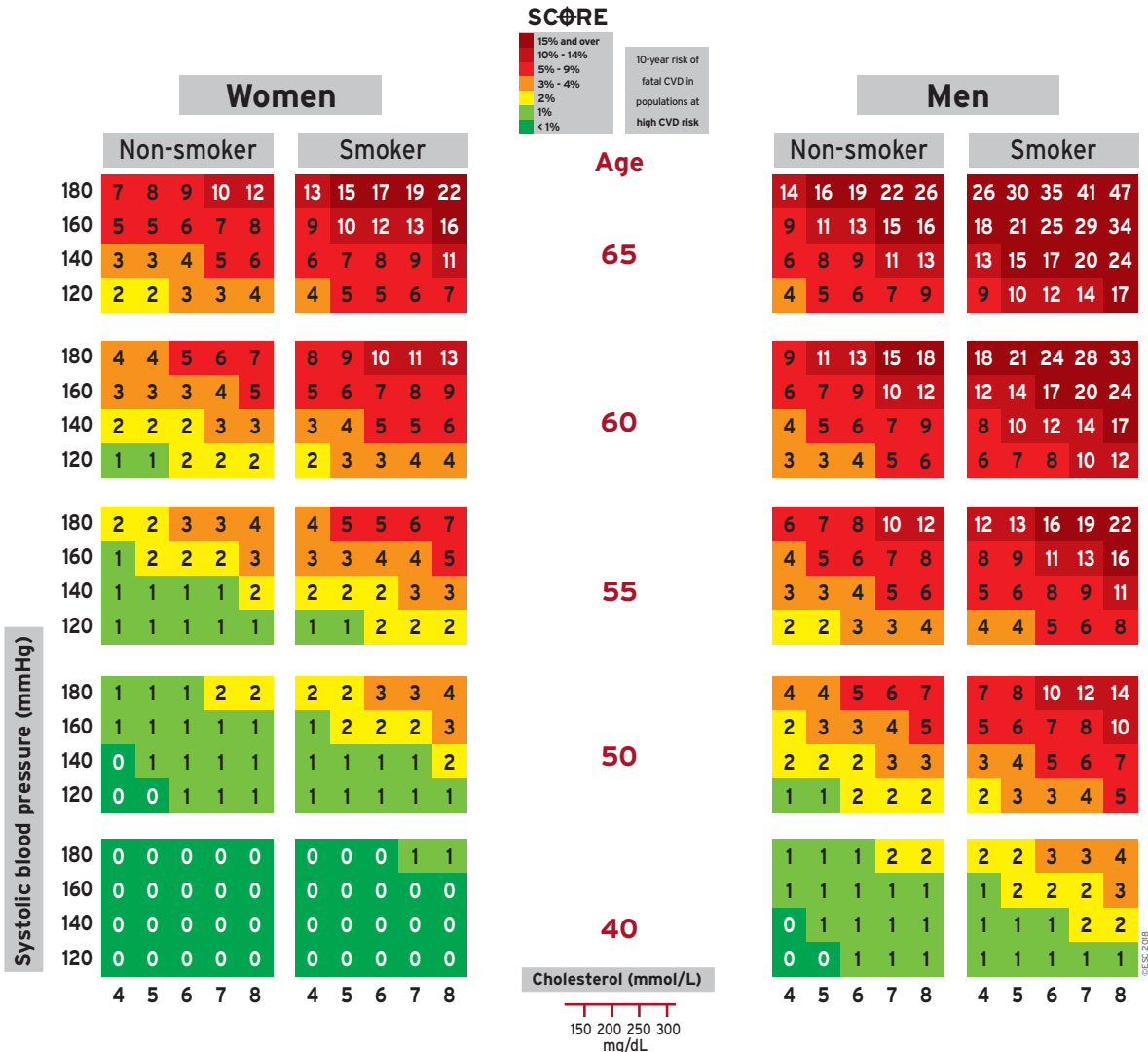


A large rectangular area defined by a dotted border, intended for the student to write their answer to the question.

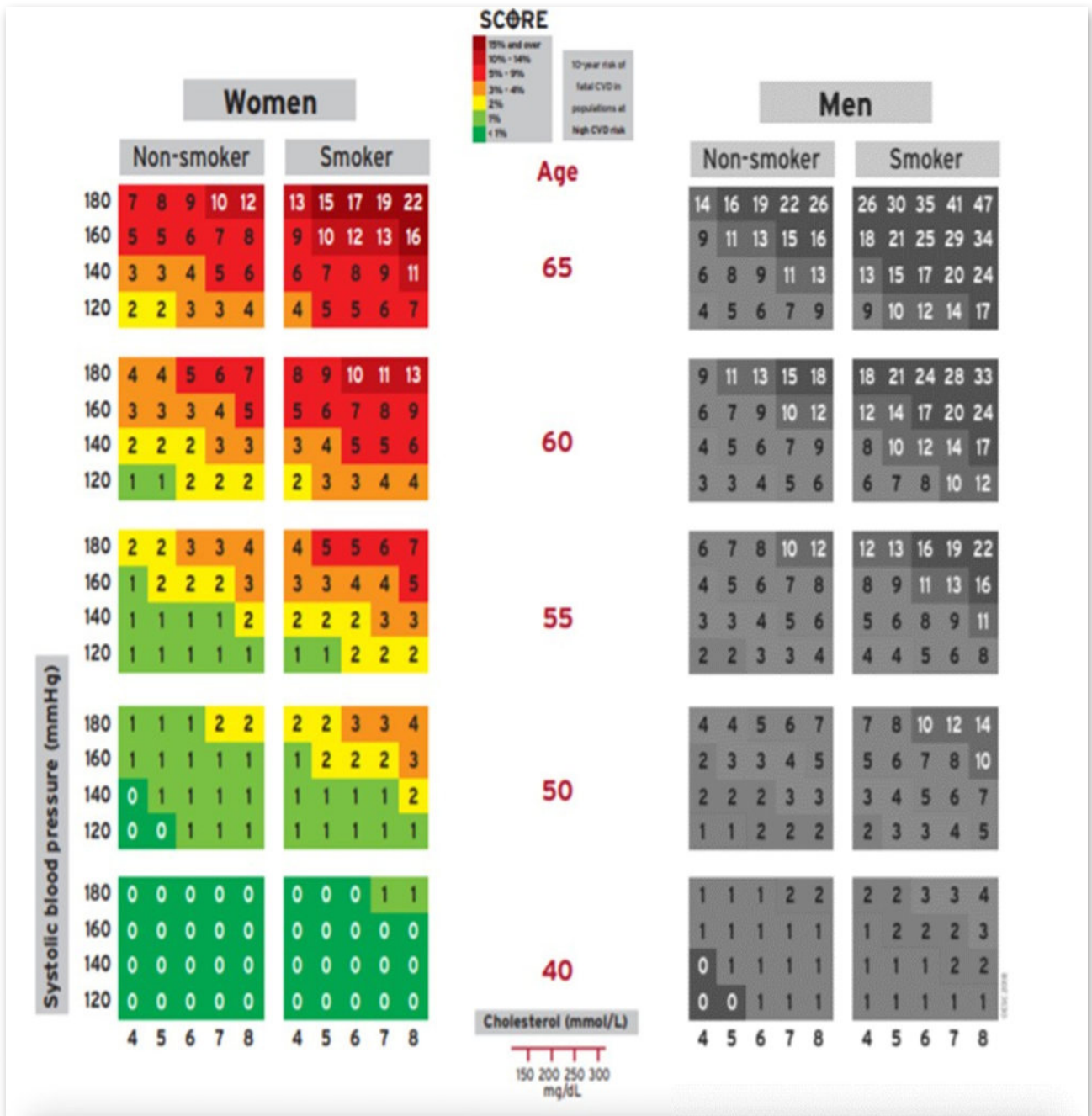
→ **Përgjigja:** Rreziku kardiovaskular 10-vjeçar është 0% pra është < 1%, dmth rrezik i ulët.

# 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

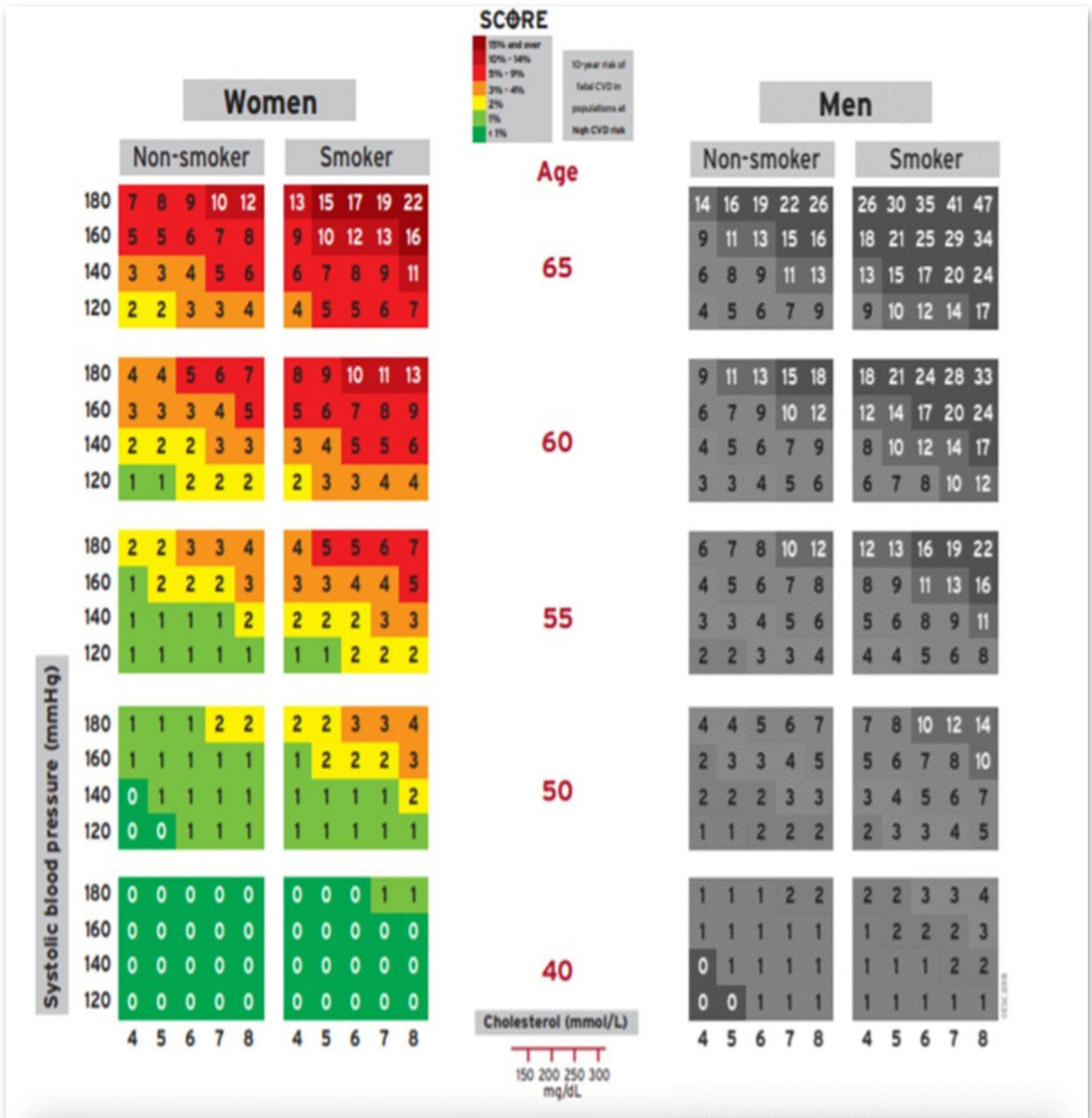


**Hapi 1:** Zgjedh tabelën për femra. Në rastin tonë po llogarisim riskun KV për E.D, një paciente femër.



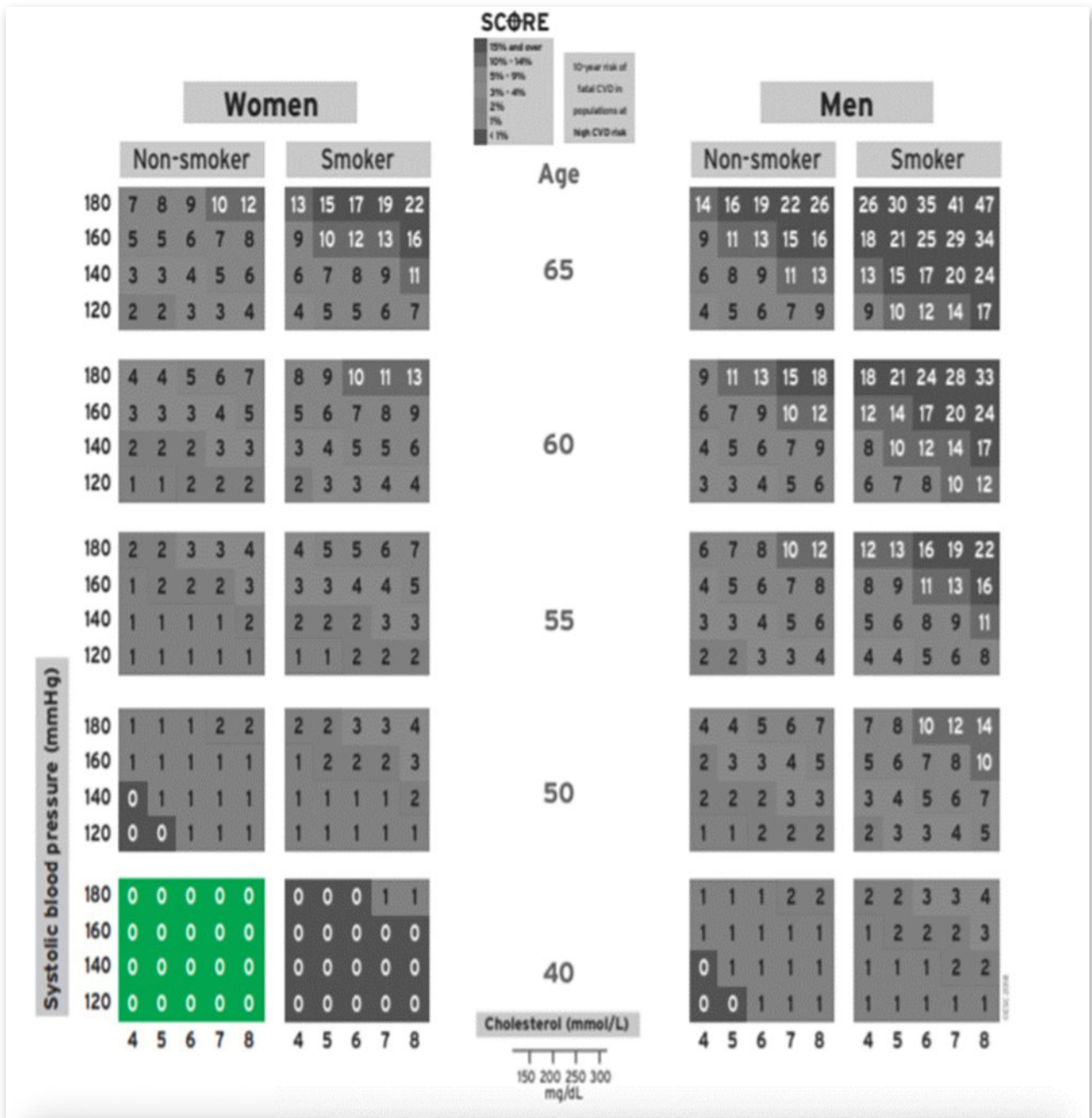
**Hapi 2:** Zgjedhim kutinë përkatëse duhanpirës ose jo.  
Pacientja në fjalë E.D nuk ka konsumuar asnjëherë duhan në jetën e saj





**Hapi 3:** Zgjidh kutinë e grupmoshës

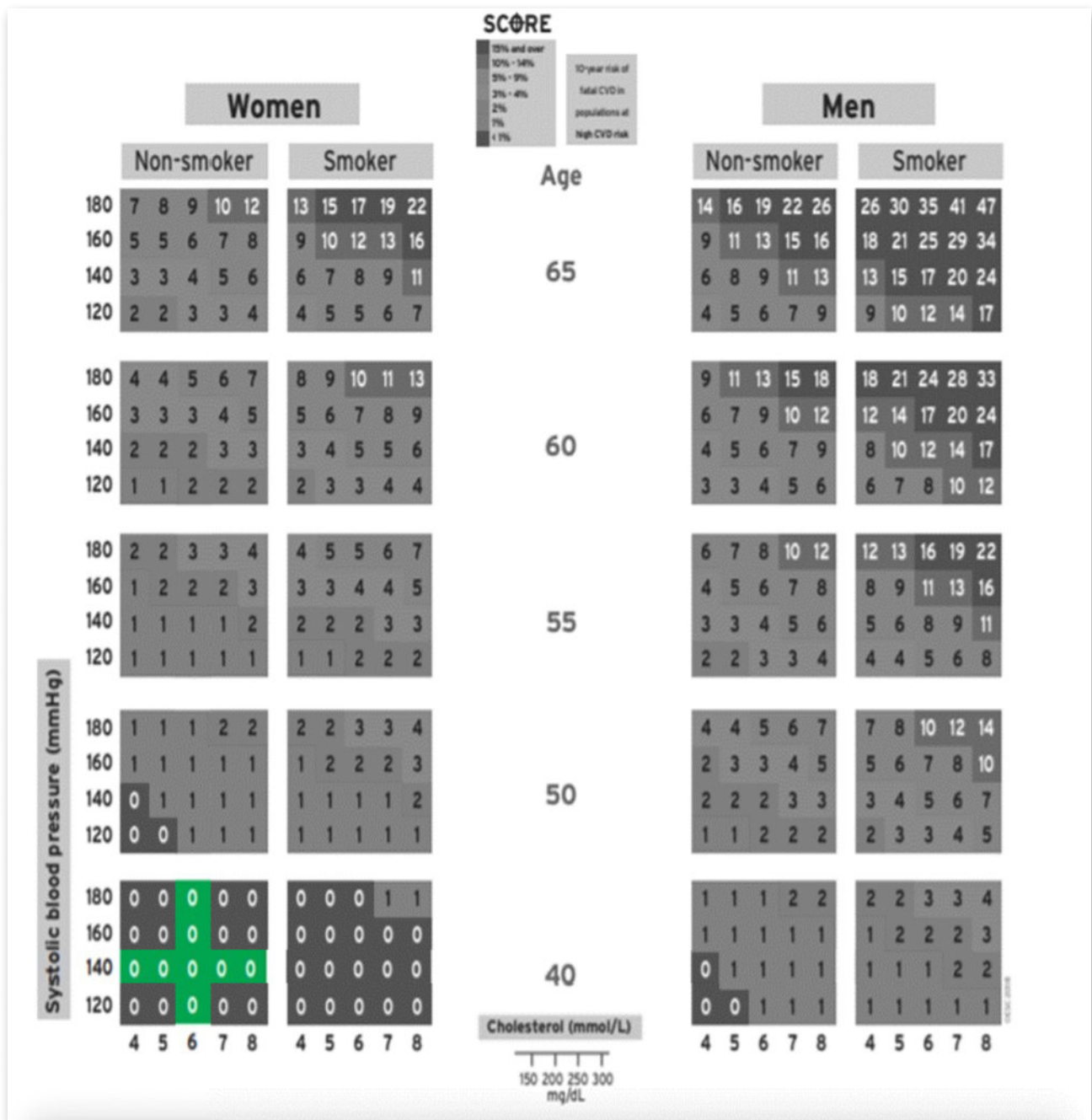
Pacientja është 45 vjeç. Në tabelë do të zgjedhim kutinë që mbulon moshën 40-50 vjeç



**Hapi 4:** 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 përdor njësitë mmol/L për kolesterolin total.

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

Në këtë rast, për E.D vlerat e kolesterolit total janë 232 mg, që e konvertuar në mmol/Ldo të ishte  $232/39 = 5.9$  mmol/L. Tensioni arterial i E.D është = 130/80 mmHg.



**Pyetja 2:** çfarë ndërhyrjesh/trajtimeve rekomandoni në këtë rast?

Për të marrë vendimin në lidhje me menaxhimin e mëtejshëm të rastit përdorim **Tabelën e strategjive të ndërhyrjeve e cila lidh vlerat e riskut KV me nivelin e LDL-kolesterolit.**

Për rastin e E.D si strategji veprimi rekomandohet të fillojmë me ndërhyrje 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 pacientin në 3-6 muaj.

**Tabela e strategjive të ndërhyrjeve e cila lidh vlerat e riskut KV me nivelin e LDL-kolesterolit.**

Risku i përgjithshëm KV (SCORE) %	Niveli i LDC-C						
	< 55 mb/dl	< 70 mb/dL	70 deri në < 100 mb/dL	100 deri në < 116 mb/dL	116 deri në < 190 mb/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 Moeruar	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 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	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

**Pyetja 3:** 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.

Të dhënat laboratorike janë:

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

Cili është hapi i radhës?



Empty dotted box for writing the answer to the question.

→ **Përgjigja:** 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.

Mbani parasysh:

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

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

- Atorvastatin 40 deri 80 mg
- Rosuvastatin 20 deri 40 mg

**Pyetja 4:** Pas fillimit të trajtimit me statina kur këshillohet vizita e parë ndjekëse?



Empty dotted box for writing the answer to the question.

→ **Përgjigja:** 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.

**Pyetja 5:** Testet funksionale të heparit kur këshillohen të maten?



Empty dotted-line box for the answer to Question 5.

→ **Përgjigja:**

Përpara fillimit të trajtimit,  
3 muaj nga fillimi i trajtimit  
1 vit nga fillimi i terapisë dhe nuk kërkohen përsëritje të mëtejshme

**Pyetja 6:** Kur këshilloni të përsëritet risku kardiovaskular?



Empty dotted-line box for the answer to Question 6.

→ **Përgjigja:** Pas çdo 3-5 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 parë vlerat e analizave të tij ishin në kufirin e sipërm. Ai është përpjekur të kryejë aktivitetet fizik. Ka 6 muaj që ka ndërprerë konsumin e duhanit. Nuk ka asnjë ankesë shëndetësore.

Ekzaminimi fizik:

IMT= 34kg/m<sup>2</sup>;

TA=162/80;

Cirkumferenca e belit = 120cm;

Pulsi = 64/min;

SatO<sub>2</sub> = 97%

Analizat laboratorike:

Kolesteroli total = 198mg/dL ose 5 mmol/L

LDL-kolesteroli = 159mg/dL

HDL-kolesteroli = 41mg/dL

Trigliceridet = 410mg/dL

**Pyetja 1:** Kush janë faktorët e rrezikut për SKV:



.....

→ **Përgjigja:** Faktorët e rrezikut të pacientit janë:

Mosha;

Obeziteti;

Duhanpirja;

Historia familjare;

Hipertensioni

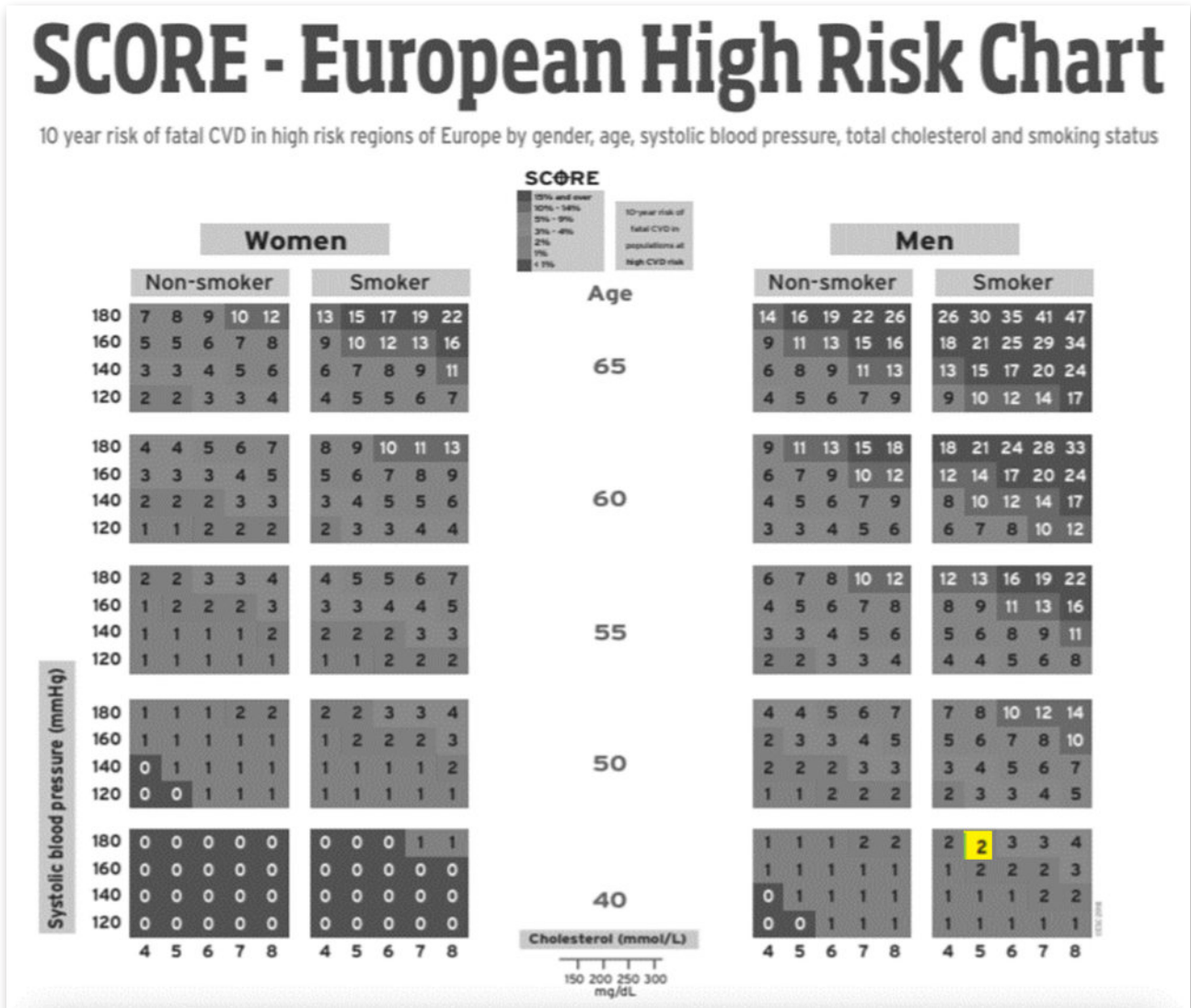
**Pyetja 2:** Sa është risku kardiovaskular 10-vjeçar duke përdorur Tabelën **Europiane për riskun e lartë për SKV?**



.....



→ **Përgjigja:** Risku kardiovaskular për pacientin është 2% pra < 5% dhe klasifikohet si risk kardiovaskular i moderuar.



**Pyetja 3:** A është risku KV për këtë pacient më i lartë se ai i llogaritur?



→ **Përgjigja:** Po. Obeziteti qendror, historia familjare dhe vlerat e larta të triglicerideve (që nuk merren parasysh në kalkulimin e riskut kardiovaskular 10-vjeçar) bënë që risku KV të jetë më i lartë sesa ai i llogaritur përmes **Tabelës Europiane për riskun e lartë për SKV.**





Risku i përgjithshëm KV (SCORE) %		Niveli i LDC-C					
		< 55 mb/dl	< 70 mb/dL	70 deri në < 100 mb/dL	100 deri në < 116 mb/dL	116 deri në < 190 mb/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 Moeruar	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 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	Ndërhyrje në stilin e jetesës dhe ndërhyrje e menjëhershme me barna

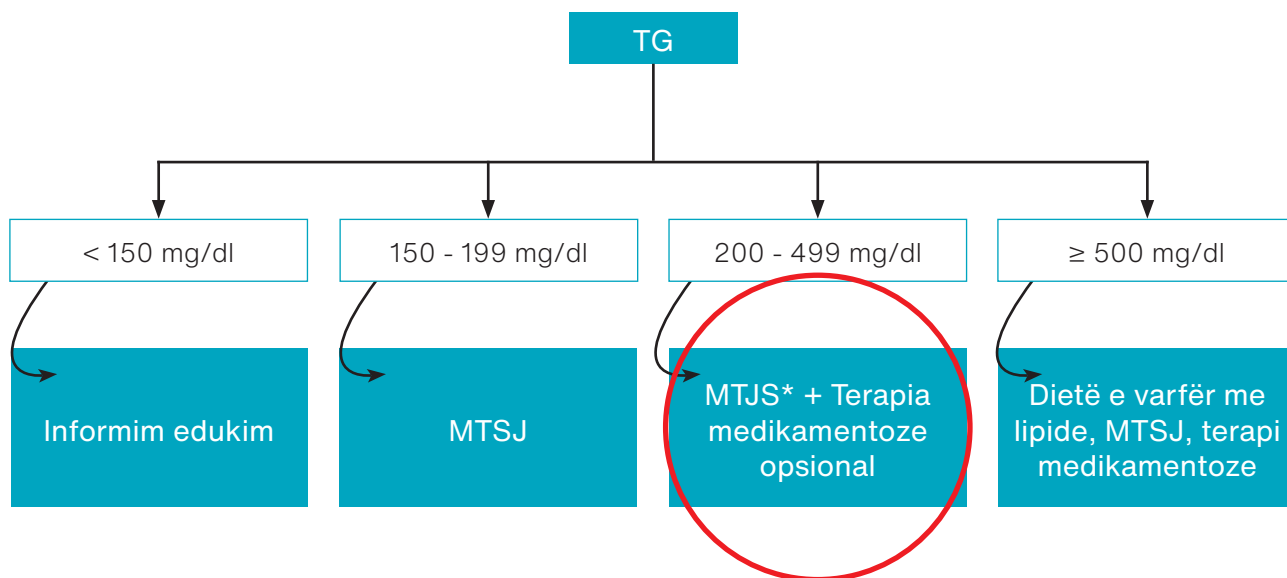
Prandaj për pacientin E.L nuk duhet humbur kohë, por **duhet të fillohet trajtimi me medikamente së bashku me modifikimet e stilit të jetesës.**

Lidhur 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. Pacienti duhet inkurajuar për humbje të peshës, për ushtrime aerobike të rregullta dhe për konsum të kontrolluar të alkoolit.

Lidhur me **trajtimin me medikamente** mund të rekomandohen fibratet, omega-3 dhe niacina. Në vlera të TG deri në 500 mg/dL dhe për rrezik kardiovaskular të lartë (5-10%) këto medikamente mund të përdoren vetëm ose të kombinuara me statinat nëse mund të fillohen statinat si zgjedhje e parë.

### Nivelet e TG dhe strategjitë e ndërhyrjes



\*MTSJ-Modifikime të Stilit të Jetesës