



**Protokoll Mjekimi për
Kujdesin Shëndetësor
Parësor:
Diabeti Mellitus tip 2**

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Florjan Shehi (mjek familje)

Dr. Riccardo Curatolo (mjek i përgjithshëm)

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artenca Çollaku (mjeke familje)

Dr. Albiona Lamaj (mjeke familje)

Dr. Ersida Golemi (endokrinologe)

Ky protokoll mjekimi është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale më 18 mars 2022, Nr. Prot.1210/1.

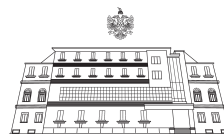
Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

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

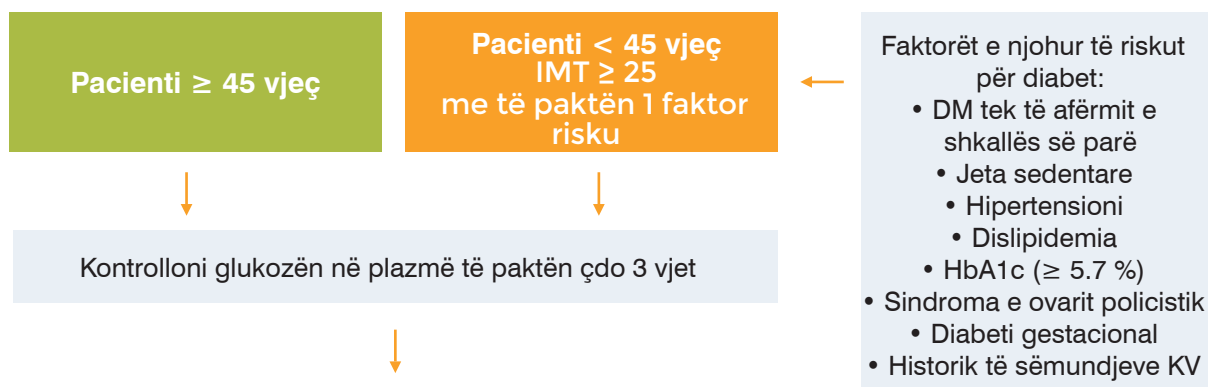
**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E SHqipërisë
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



Diabeti, kontrolli dhe diagnoza



	Normal	Prediabet	Diabet
HbA1c	< 5.6 %	5.7 % - 6.4 %	≥ 6.5 %
Glicemia esëll	< 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL	≥ 126 mg/dL
Glicemia rastësore ose TTG	< 140 mg/dL	140 - 199 mg/dL	≥ 200 mg/dL

Vlerësimi klinik: Merrni masa për të parandaluar ose trajtuar diabetin dhe ndjekur pacientin.	Anamneza:	Ekzaminimi fizik:	Vlerësimi laborator:
	-Historik i mëparshëm i diabetit -Anamneza familjare -Gjendja nutricionale -Aktiviteti fizik -Vlerësimi psikosocial	-Gjatësia -Pesha(IMT) -Tensioni i gjakut -Ekzaminimi okulistik - Ekzaminimi neurologjik - Ekzaminimi i këmbës	- LDL, HDL, Trigliceridet - Funkzioni i veshkave: mikroalbuminuri kreatininë, eGFR - Tjetër (Elektrolitet, funksioni i heparit)

Referime:	-Specialist për kujdesin e syve për ekzaminimin vjetor të syrit -Stomatolog për ekzaminim e plotë dentar dhe periodontal -Planifikim familjar për gratë në moshë riprodhuese -Specialist i shëndetit mendor, nëse indikohet - Endokrinolog nëse është DM Tipi 1, shtatzëni ose HbA1c ≥ 10%	Personat me diabet duhet të marrin kujdes shëndetësor nga një ekip që mund të përfshijë mjekë, infermierë, farmacistë, stomatologë, profesionistë të shëndetit mendor dhe, kur është e mundur, dietologë dhe specialistë të ushtrimeve fizike.
		Individët me diabet duhet të kujden në mënyrë aktive për veten.
		Pacienti, familja, mjeku dhe ekipi i kujdesit shëndetësor duhet të hartojnë planin e menaxhimit, i cili përfshin menaxhimin e stilit të jetës.

Vlerësimi rutinë i diabetit

		Intervali ndjekjes	Objektivi
LABORATORIK	HbA1c Glukoza në plazmë (kapilare)	3 muaj nëse është gjendje e paqëndrueshme 6 muaj nëse është gjendje e qëndrueshme Vazhdoni me terapinë me insulinë	6.5 - 7 %, ose objektiva të individualizuara (pacientë të moshuar me sëmundje shoqëruese <8.5 %) Para ushqimit 80 - 130 mg/dL Piku pas ushqimit < 180 mg/dL
	LDL	1 / vit	< 100 mg/dL, <70 mg/dL
	HDL Trigliceridet		> 40 mg/dL meshkuj, >50 mg/dL femra < 150 mg/dL
TENSIONI ARTERIAL	mmHg	Kontrolloni në çdo konsultë	< 130/80 (< 140/90 nëse risku KV i ulët)
IMT	kg/m ²		≤ 25 (objektiv i individualizuar)
TRAJTIMI JOFARMAKOLOGJIK	Edukimi / Ushqyerja	Diskutojini në çdo konsultë	Objektiva të individualizuara
	Aktiviteti fizik		> 150 min / javë
	Lënia duhanit		Ndalo duhanin
SYTË	Visus & Fundus	Çdo 2 vjet (çdo 1 vit nëse ka retinopati, ose ndiqni këshillat e okulistit)	Për më shumë informacion, këshillohuni me Udhërrëfyesin për Diabetin Mellitus
KËMBËT	Inspektim	Kontrolloni në çdo konsultë	Për më shumë informacion, këshillohuni me Udhërrëfyesin për Diabetin Mellitus
	Gjëndja e enëve të gjakut		
	Polineuripati		
FUNKSIONI VESHKËVE	Ekstremi i albuminës	1 / vit	< 30 mg/ditë
	Raporti Albuminë/ Kreatinë		< 30 mg/g

Pas diagnostikimit, filloni menaxhimin e stilit të jetës, vendosni objektivin e HbA1c dhe filloni terapinë farmakologjike bazuar në HbA1c:

Prediabet → Menaxhimi i stilit të jetesës

- EDUKIMI
- USHQYERJA
- RËNIA NË PESHË
- AKTIVITETI FIZIK

Nëse HbA1c është ≤ 8,5 %, konsideroni monoterapinë

Nëse HbA1c është ≥ 8,5-9 %, konsideroni terapinë e dyfishtë

HbA1c është ≥ 9 %, glukozja në gjak është ≥ 300 mg/dL ose pacienti është dukshëm simptomatik, konsideroni terapinë e kombinuar me injeksion

Monoterapi Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin

EFIKASITETI	i lartë
HIPOGLICEMIA	risk i ulët
PESHA	neutrale/humbje
EFEKTET ANËSORE	GI/acidozë laktike
KOSTOJA	e ulët

Nëse HbA1c është më e lartë se 7 % ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me monoterapi, procedoni me terapinë e kombinuar me 2 medikamente.

Terapi e dyfishtë Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin + Agjent shtesë

	Sulfanilure	Tiazolidinedione	Inhibitorët e DPP-4	Inhibitorët e SGLT2	Agonistët e rec. GLP-1	Insulinë (bazale)
EFIKASITETI	i lartë	i lartë	i moderuar	i moderuar	i lartë	i lartë
HIPOGLICEMIA	risk i moderuar	risk i ulët	risk i ulët	risk i ulët	risk i ulët	risk i moderuar
PESHA	shtim	shtim	neutrale	rënie	rënie	shtim
EFEKTET ANËSORE	hipoglicemi	edemë, IK, fxs	të rralla	GU, dehidrim, fxs	GI	hipoglicemi
KOSTOJA	e ulët	e ulët	e lartë	e lartë	e lartë	e ulët
PREFEROHET NË				IK ose SRK	SAK	
AVANTAZHET	KOSTO E ULËT		MINIMIZON HIPOGLICEMINË			NXIT RËNIEN NË PESHË OSE MINIMIZON SHTIMIN NË PESHË

Nëse HbA1c është më e lartë se 7 % ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me terapi të dyfishtë, procedoni me terapinë e kombinuar me 3 medikamente.

Terapi e trefishtë Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin + 2 Agjentë shtesë

Sulfanilure +	Tiazolidinedione +	Inhibitorët e DPP-4 +	Inhibitorët e SGLT2 +	Agonist. e rec. GLP-1 +	Insulinë (bazale) +
TZD	SU	SU	AR-GLP-1	i-SGLT2	TZD
ose i-DPP-4	ose i-DPP-4	ose i-SGLT2	ose TZD	ose TZD	ose i-DPP-4
ose i-SGLT2	ose i-SGLT2	ose TZD	ose i-DPP-4	ose SU	ose i-SGLT2
ose AR-GLP-1	ose AR-GLP-1	ose Insulinë [§]	ose SU	ose Insulinë [§]	ose AR-GLP-1
ose Insulinë [§]	ose Insulinë [§]		ose Insulinë [§]		

Nëse HbA1c është më e lartë se 7 % ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me terapi të trefishtë, procedoni me terapinë e kombinuar me injeksion.

Kombinim i terapisë së injektueshme

Renditja në tabelë përcaktohet nga disponueshmëria dhe mënyra tradicionale e administrimit, me injeksionet në të djathtë; ajo nuk ka për qëllim të përcaktojë ndonjë preferencë specifike. Paraqiten sekuenca të mundshme të terapisë antihyperglicemike për pacientët me diabet të tipit 2, me kalimin e zakonshëm që lëviz vertikalisht nga lart poshtë (megjithëse lëvizja horizontale brenda fazave të terapisë është gjithashtu e mundshme, në varësi të rrethanave). Ndryshimet e stilit të jetës duhet të theksohen së bashku me terapinë farmakologjike.

HbA1c: hemoglobinë e glukozuar; DPP-4: dipeptidyl peptidase-4; SGLT2: sodium-glucose co-transporter 2; GLP-1: glucagon-like peptide-1; TZD: thiazolidinedione; SU: sulfonilurea; DPP-4-i: DPP-4 inhibitor; SGLT2-i: SGLT2 inhibitor; GLP-1 RA: GLP-1 receptor agonist; NPH: neutral protamine hagedorn.

[§]Zakonisht insulinë bazale (NPH, glargine, detemir).

SAK: Sëmundje kardiovaskulare, aterosklerozë; IK: Insuficiencë kardiake; SRK: sëmundje renale kronike GI: Gastrointestinal; GU: Genitourinarë; fxs: Fraktura

Filloni insulinën bazale Zakonisht me metforminë +/- agjent tjetër joinsulinik

Kur të fillohet: HbA1c > 9 %, Komplikacione kronike, shtatzëni, përpara një operimi të rëndë, historik i gjatë me diabet, anti-diabetikët oralë të kundëriindikuar
Filloni: 10 U/ditë ose 0.1-0.2 u/kg/ditë
Kontrolloni: Glukozën esëll zakonisht çdo ditë gjatë titrimit, pastaj reduktoni shpeshtësinë
Rregulloni: 10-15% ose 2-4 njësi një ose dy herë në javë për të arritur vlerën e synuar të glicemisë esëll
Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni shkaku; nëse nuk ka arsye për hipo, ↓ dozoni me 4 njësi ose 10-20%

Nëse HbA1c nuk kontrollohet,
konsideroni terapinë e
kombinuar me injeksion

Shtoni 1 injeksion insulinë me veprim të shpejtë para vaktit kryesor

Filloni: 4 njësi ose 0.1 U/kg
 Nëse HbA1c < 8 % konsideroni ↓ e insulinës bazale me të njëjtën sasi
Rregulloni: ↑ dozën me 1-2 njësi ose 10-15 % një ose dy herë në javë deri të arrini objektivin e VMGGj*
Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni shkaku; nëse nuk ka ndonjë arsye të qartë për hipo, jepni dozën ↓ korresponduese me 2-4 njësi ose 10-20 %

Nëse nuk kontrollohet
HbA1c, kaloni në
basal-bolus

Shtoni ≥ 2 injeksione insulinë me veprim të shpejtë para vakteve

Filloni: 4 UI ose 0.1 U/kg
 Nëse HbA1c < 8 %, konsideroni uljen e insulinës bazale me të njëjtën sasi

Shtoni GLP-1 RA

Nëse nuk tolerohet, ose nuk arrihet objektivi i HbA1c, kaloni në skemën me 2 injeksione insulinë

Kontrolloni glukozën para
drekës, para darkës dhe
para se të flini.

Ndërrojeni me insulinë të parapërzier dy herë në ditë (përpara mëngjesit dhe darkës)

Filloni: Ndani dozën aktuale bazale në $\frac{2}{3}M^{**}$ dhe $\frac{1}{3}D^{**}$ ose $\frac{1}{2}M$ dhe $\frac{1}{2}D$
Rregulloni: ↑ dozën me 1-2 njësi ose 10-15 % një ose dy herë në javë deri të arrini objektivin e VMGGj
Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni shkaku; nëse nuk ka ndonjë arsye të qartë për hipo, jepni ↓ dozën korresponduese me 2-4 njësi ose 10-20%

Nëse nuk kontrollohet
HbA1c, kaloni në
injeksionin 3

Shtoni një injeksion të tretë të insulinës së para-përzier (mëngjes, drekë, darkë)

Filloni: Një injeksion shtesë përpara vaktit të drekës

Referim te endokrinologu nëse ka hiperglicemi rezistente

VMGGj: Vetëmonitorimi i glukozës në gjak
 M**: Mëngjes, D**: Darkë

