



Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

REPUBLIC OF KOSOVA MINISTRI I SHËNDETËSISË - MINISTARSTVO ZDRAVSTVA - MINISTRY OF HEALTH	
Numri i origjinalit: 01	Numri i doses: 05-2676
Numri i kopjes: -81-	Data: 10.04.2026
Prishtinë, 10.04.2026	

Nr: 56/IV/2026
Datë: 10.04.2026

Ministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksonimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), nenin 11 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, nenin 12, paragrafi 1, pika 1.1. Rregullores (QRK) - nr. 04/2026 për fushat e përgjegjësisë administrative të ministrive, duke u bazuar në nenin 15 të Udhëzimit administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, si dhe Kërkesën me nr. prot. 05-1946 datë 17.03.2026, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi sindromatik i rasteve me infeksione seksualisht transmiseve (IST)".
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi sindromatik i rasteve me infeksione seksualisht transmiseve (IST)".
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Dr. Arben Vllata
Minister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit i Përgjithshëm;
- Departamentit ligjor;
- Kryesuesit të KKUPK;
- Departamentit të PSSh;
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

**MENAXHIMI SINDROMATIK I RASTEVE ME
INFEKSIONE SEKSUALISHT TRANSMISIVE
(IST)**

UDHËRRËFYES KLINIK

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhD. – Kryesues

Znj. Fatbardhe Murtezi – Anëtare

Dr. Shaban Osmanaj – Anëtar

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Prof. Dr. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Lauras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Prof. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Grupi punues:

Mr Sci. Ariana Qerimi – Kryesuese

Dr. Majlinda Gjocaj – Anëtare

Dr. Vjollca Zeqiri – Anëtare

Dr. Arbana Kasumi – Anëtare

Dr. Hajrullah Latifi, Gjinekolog – Anëtar

Mr.Ph. Mentor Syla – Anëtar

Udhërrëfyesi Klinik ”Menaxhimi Sindromik i rasteve me Infeksione Seksualisht Transmisive (IST) është hartuar nga grupi punues për adaptimin e Udhërrëfuesit dhe Protokolit Klinik GPAUHPK me përbërje multidisciplinare dhe multiprofesionale i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë- Republika e Kosovës.

Titujt dhe kompetencat e anëtarëve do të plotësohen sipas vendimit Nr.05-4335 dhe sipas standardave të parapara të Udhëzimit Administrativ nr 06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike:

1. Mr Sci. Ariana Qerimi, Shëndet Publik, Ministria e Shëndetësisë, Kryesuese
2. Dr. Majlinda Gjocaj, Pulmologe, Ministria e Shëndetësisë, Anëtare
3. Dr. Vjollca Zeqiri, Mjeke Familjare, QKMF Prishtinë, Anëtare
4. Dr. Arbana Kasumi, Infektologe, Klinika Infektive/ QKUK, Anëtare
5. Dr. Hajrullah Latifi, Gjinekolog, Klinika Obstetrike dhe Gjinekologjike/ QKUK, Anëtar
6. MPh. Mentor Syla, Farmacist, Ministria e Shëndetësisë, Anëtar

Përmbajtja

I.HYRJE.....	6
1.1. Qëllimi.....	8
1.2 Të dhënat epidemiologjike për Infeksione Seksualisht Transmisive (IST).....	9
1.3 Popullata e synuar.....	10
1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit.....	11
1.5 Pyetjet shëndetësore.....	12
II.METODOLOGJIA.....	15
Rishikimi i jasht.....	17
III. PERKUFIZIMET/ DEFINICIONET.....	19
IV. REKOMANDIMET.....	20
4.1 Procesi i formulimit të rekomandimeve.....	20
4.2 Forca e rekomandimeve sipas GRADE.....	20
4.3 Implikimet e forcës së rekomandimeve.....	20
4.4 Deklaratat e praktikës së mirë.....	21
4.5 Prezantimi i dëshmive dhe siguria e evidencës.....	21
V. MENAXHIMI I RASTEVE PËR PERSONAT ME IST.....	22
5.1 Parimet Etike dhe të Drejtat e Pacientit.....	22
5.2 Cilat janë objektivat e menaxhimit gjithëpërfshirës të rasteve me IST?.....	23
5.3 Cilat janë kërkesat kryesore që duhet të përmbushen për të arritur objektivat e menaxhimit të rasteve të infeksioneve seksualisht transmissive (IST)?.....	24
5.4 Cilat teste diagnostike rekomandohen për personat asimptomatikë dhe simptomatikë me IST ?.....	33
5.5 Cili është roli i mikroskopisë në diagnostikimin e IST dhe infeksioneve të tjera të traktit riprodhues?.....	34
5.6 Cili është qëllimi dhe arsyeja për përdorimin e rekomandimeve të standardizuara për trajtimin e IST-ve.....	35
5.7 Si zbatohet qasja sindromike për menaxhimin e IST-ve?.....	35
5.8Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjes uretrale?.....	36
5.9 Sindroma e rrjedhjes uretrale.....	36
5.10 Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjes vaginale?.....	43
5.11 Trichomoniasis (T. vaginalis).....	43
5.12 Kandidiazë (Candida albicans).....	44
5.13 Vaginoza bakteriale.....	45
5.14 Infeksioni cervikal – gonokoksik dhe/ose klamidial.....	46
5.15 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e sindromës së rrjedhjes vaginale sipas OBSH-së?.....	47

Algoritmi 3. Diagram rrjedhës për ofruarit e shërbimeve shëndetësore që trajtojnë IST për të përcaktuar cilat opsione menaxhimi të zbatohen për rrjedhjen vaginale.....	50
Algoritmi 4. Diagrami për punonjësit shëndetësorë për menaxhimin e rrjedhjes vaginale, bazuar në disponueshmërinë e burimeve dhe preferencat klinike	51
5.16 Cilat janë opsionet e trajtimit për infeksionet vaginale dhe si mund të trajtohen njëkohësisht disa infeksione sipas udhëzimeve të OBSH-së?	52
Tabela 8. Opsionet e trajtimit për infeksionet vaginale	52
Tabela 9. Opsionet e trajtimit për Infeksionet e Qafës së Mitrës.....	53
VI. DHIMBJA E PJESES SË POSHTME TË ABDOMENIT	54
6.2 Cilat janë shkaqet më të zakonshme të sindromës së ulçerave gjenitale dhe si mund të menaxhohet?	58
6.3 Virus Herpes Simplex (HSV)	58
6.4 Sifilisi	60
6.5 H. ducreyi (Shankroidi).....	63
6.6 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e pacientëve që paraqiten me ulçera gjenitale, duke përfshirë ulçerat anorektale?	64
Algoritmi 6. Grafiku i rrjedhës për menaxhimin e sëmundjes së ulçerës gjenitale, duke përfshirë ulcerat anorektale.....	66
6.7 Si duhet trajtuar sëmundja e ulçerës gjenitale, përfshirë ulçerat anorektale?	67
Tabela 11. Opsionet e rekomanduara të trajtimit për sëmundjen me ulçera gjenitale	68
6.9 Rrjedhja Anorektale	69
Vendet anatomike të infeksionit.....	69
6.10 Praktikat Seksuale të Lidhura me Infeksionet Anorektale.....	70
Në kushte ku trajtimi i të njëjtës ditë nuk është i mundur me teste molekulare ose ku testet molekulare janë të kufizuara ose mungojnë:.....	71
Praktikat e mira përfshijnë:	71
6.11 Rekomandime për trajtimin e infeksioneve anorektale	73
IV. STANDARDET E AUDITUESHME	75
V. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UPK-SE NË RRETHANA TONA	76
Tabela 16: Antiviralët që përdoren për IST	77
VII. LITERATURA	78
VIII. SHKURTESAT	79
V. SHTOJCA.....	80

I.HYRJJE

Infeksionet Seksualisht Transmisive (IST) përbëjnë një problem madhor të shëndetit publik në mbarë botën, duke ndikuar në mënyrë të konsiderueshme në cilësinë e jetës dhe duke shkaktuar sëmundje serioze, komplikacione afatgjata madje edhe vdekje. Sëmundjet e shkaktuara nga IST-të prekin drejtpërdrejt mirëqenien fizike, mendore dhe sociale të jetës së fëmijëve, adoleshentëve dhe të rriturve. Disa IST kanë ndikim të menjëhershëm në shëndetin riprodhues dhe të fëmijëve, duke shkaktuar infertilitet, kancer anogjenital, komplikacione të shtatzënisë, humbje të fetusit, anomali kongjenitale dhe gjendje të përgjithshme të dobësuara shëndetësore.

Përveç efekteve të drejtpërdrejta, IST-të ndikojnë edhe në mënyrë të tërthortë përmes rritjes së rrezikut të transmetimit dhe marrjes së HIV-it. Ky fakt e rëndon më tej gjendjen e personave që jetojnë me HIV, të cilët shpesh përballen edhe me probleme të shëndetit mendor (depression, ankth, demencë, çrregullime njohëse) si dhe me sëmundje bashkëshoqëruese që përkeqësojnë mirëqenien e tyre.

Kur mbeten të padiagnostikuara dhe të patrajtuara, IST-të mund të shkaktojnë komplikime të rënda si sëmundje inflamatorë të pelvikut, infertilitet, shtatzëni ektopike, humbje fetale, infeksione kongjenitale, kancer dhe vdekjen neonatale. Përveç kësaj, stigma, turpi dhe frika nga dhuna me bazë gjinore shpesh pengojnë njoftimin e partnerëve dhe trajtimin në kohë.

Në vitin 2016, Asambleja Botërore e Shëndetësisë miratoi “Strategjinë Globale të Sektorit Shëndetësor për IST-të 2016–2021”, me vizionin për eliminimin e IST-ve si kërcënim për shëndetin publik deri në vitin 2030. Kjo strategji mbështetet në dy shtylla themelore:

- I. Parandalimin e infeksioneve të reja dhe sigurimin e trajtimit cilësor për personat e infektuar, në mënyrë që të shmanget transmetimi i mëtejshëm.
- II. Integrimin e shërbimeve për IST brenda kujdesit parësor shëndetësor, shëndetit riprodhues dhe shërbimeve për HIV, duke promovuar qasje të thjeshta, të standardizuara dhe të realizueshme edhe në vendet me burime të kufizuara.

Që nga publikimi i udhërrëfyesve të OBSH-së për menaxhimin e IST-ve në vitin 2003, ndryshimet në epidemiologjinë e IST-ve dhe përparimet në parandalim, diagnostikim dhe trajtim të IST-ve dhe HIV kanë kërkuar ndryshime në qasjet ndaj parandalimit dhe menaxhimit të IST-ve.

Menaxhimi sindromik përdoret gjerësisht për trajtimin e personave me simptoma të IST-ve. Në shumicën e vendeve me burime të kufizuara, diagramet rrjedhëse të menaxhimit sindromik mbeten standardi i kujdesit atje ku diagnoza laboratorike nuk është e disponueshme, ose kur, edhe nëse është e disponueshme, marrja e rezultateve zgjat disa ditë. Edhe pse qasja sindromike për IST ka disa mangësi, ajo mbetet një komponent thelbësor në trajtimin e personave me simptoma të IST-ve. Si i tillë, menaxhimi sindromik duhet të jetë standardi i trajtimit në shumicën e konteksteve humanitare dhe të prekura nga kriza, ku burimet janë të kufizuara,

infrastruktura është e vështirë për t'u qasur dhe ofruesit janë të mbingarkuar. Po ashtu, rekomandohet që gjithë stafi klinik, edhe ata që kanë kapacitet laboratorik të qëndrueshëm dhe mundësi testimi diagnostik, duhet të trajnohen në menaxhimin sindromik si pjesë e masave përgatitore për situata emergjente.

Përparimet e fundit teknologjike, veçanërisht në zhvillimin e testeve të shpejta diagnostike, kanë hapur mundësi të reja për menaxhimin më efektiv të IST-ve. Këto teste lejojnë diagnostikim dhe trajtim brenda një vizite të vetme, gjë që mund të përmirësojë ndjeshëm rezultatet klinike dhe të reduktojë transmetimin. Ky udhërrëfyes synon të rrisë cilësinë e menaxhimit të IST-ve simptomatike, duke ofruar rekomandime të bazuara në evidencë për përdorimin optimal të qasjes sindromike dhe integrimin e metodave të reja diagnostike aty ku ato janë të disponueshme. Kjo përpjekje përkon me objektivat globale për të reduktuar barrën e IST-ve dhe për të garantuar qasje universale në shërbime të sigurta, efektive dhe gjithëpërfshirëse të shëndetit seksual dhe riprodhues.

Në Kosovë, situata aktuale pasqyron sfida të ngjashme me trendet globale, duke përfshirë nën-raportimin e rasteve me infeksione seksualisht të transmetueshme (IST), mungesën e skriningut sistematik dhe qasjen e kufizuar në shërbime diagnostikuese dhe trajtuese. Megjithatë, në kuadër të edukimit të vazhdueshëm profesional, një numër i madh i mjekëve dhe infermierëve të kujdesit parësor shëndetësor janë trajnuar në menaxhimin sindromik të IST-ve, duke kontribuar në përmirësimin e praktikës klinike në terren.

Masat parandaluese për IST përfshijnë edukimin dhe informimin gjithëpërfshirës rreth shëndetit seksual dhe riprodhues, parandalimin e HIV-it, përdorimin e drejtë dhe të qëndrueshëm të prezervativëve, adresimin e përdorimit të dëmshëm të alkoolit dhe drogës në kontekstin e sjelljeve seksuale, si dhe përdorimin e vaksinave për parandalimin e HPV-së dhe hepatitit B. Këto masa janë veçanërisht të rëndësishme për popullatat kyçe dhe grupet më të prekura nga infeksionet, në kuadër të një qasjeje më të gjerë të promovimit të shëndetit seksual dhe riprodhues dhe përmirësimit të mirëqenies së përgjithshme të popullatës.

Gjatë vitit 2023, programi i vaksinimit kundër HPV-së në Kosovë ka shënuar arritje të rëndësishme. Në kalendarin e përditësuar janë përfshirë tri vaksina të reja: Rota, Pneumokok dhe HPV. Burimet njerëzore janë fuqizuar përmes trajnimeve dhe takimeve koordinuese, ndërsa është hartuar një program i ri i vaksinimit. Në shkurt të vitit 2024, në Kosovë filloi vaksinimi kundër HPV-së për vajzat 11-12 vjeç (klasa VI), duke shënuar një sukses të jashtëzakonshëm me mbi 10,000 vajza të vaksinuara. Për vitin 2025 vaksinimi filloi edhe për djemtë e grupmoshës së njëjtë. Ky proces ka pasur mbështetjen e një partneriteti të fuqishëm mes Ministrisë së Shëndetësisë, IKShPK-së, MASHTI-së, DKA-së, DKSh-së, KPSH-së, profesionistëve shëndetësorë, komunitetit, prindërve dhe mësimdhënësve. Mbulueshmëria me vaksinën HPV në vitin e parë të implementimit ka arritur në 84% për vajzat, ndërsa në shkurt të vitit 2025 filloi implementimi edhe për të dy gjinitë, mbulueshmëri kjo që sipas raportit të muajit Gusht, 2025 nga IKShPK arriti në 81%, proces ky i cili do të vazhdojë deri në fundvit.

1.1. Qëllimi

Ky udhërrëfyes klinik synon të përmirësojë cilësinë e kujdesit dhe trajtimit për personat me simptoma të infeksioneve seksualisht transmise (IST), duke ofruar rekomandime të bazuara në evidencë për menaxhimin klinik dhe praktik të rasteve. Ai bazohet në udhërrëfyesit e OBSH-së dhe është adaptuar për kontekstin lokal, duke marrë parasysh burimet ekzistuese dhe nevojat e popullatës.

Objektivat kryesore janë:

- Parandalimi, diagnostikimi i hershëm dhe trajtimi efektiv i infeksioneve seksualisht transmise (IST), me qëllim reduktimin e komplikacioneve dhe përmirësimin e shëndetit publik;
- Ofrimi i rekomandimeve të përditësuara për menaxhimin e IST-ve simptomatike dhe asimptomatike, të bazuara në evidencë shkencore dhe praktika bashkëkohore;
- Përdorimi i qasjes sindromike në menaxhimin e IST-ve, e cila është veçanërisht e rëndësishme në vendet me burime të kufizuara dhe ku qasja në teste laboratorike është e kufizuar;
- Promovimi i kujdesit të përqendruar te pacienti, përmes vlerësimit gjithëpërfshirës, planifikimit të trajtimit dhe ofrimit të kujdesit farmakologjik dhe jofarmakologjik;
- Përforcimi i masave parandaluese, përfshirë edukimin për shëndetin seksual dhe riprodhues, testimin dhe këshillimin, përdorimin korrekt të prezervativëve, si dhe ofrimin e vaksinave relevante (HPV dhe hepatit B);
- Sigurimi i menaxhimit gjithëpërfshirës të rasteve, duke përfshirë arritjen e shërimit, uljen e bartjes së infeksionit, zvogëlimin e rrezikut për komplikacione dhe parandalimin ose reduktimin e sjelljeve të rrezikshme në të ardhmen, si dhe trajtimin adekuat të partnerëve seksualë;
- Ofrimi i shërbimeve të nevojshme për personin me IST: marrjen dhe regjistrimin e historisë mjekësore dhe seksuale, diagnozën e saktë (sindromike ose laboratorike), trajtimin efektiv, edukimin dhe këshillimin për IST, promovimin dhe/ose sigurimin e prezervativëve dhe PrEP-it, ofrimin e vaksinave dhe ndërhyrjeve parandaluese të tjera, inkurajimin e informimit të partnerëve seksualë dhe ndjekjen klinike kur është e nevojshme.

Sindromat që trajtohen në këtë udhërrëfyes janë:

- Rrjedhjet uretrale dhe vaginale, duke përfshirë format e vazhdueshme;
- Infeksionet anorektale;
- Ulçerat gjenitale;
- Dhimbjet e pjesës së poshtme të barkut.

Qëllimi përfundimtar i këtij udhërrëfyesi është reduktimi i barrës së IST-ve përmes parandalimit, diagnostikimit të hershëm dhe trajtimit efektiv, duke kontribuar kështu në përmirësimin e shëndetit seksual dhe riprodhues si dhe në mirëqenien e përgjithshme të popullatës, duke siguruar një kujdes gjithëpërfshirës dhe të qasshem për të gjitha grupmoshat, përfshirë adoleshentët.

1.2 Të dhënat epidemiologjike për Infeksione Seksualisht Transmisive (IST)

Më shumë se 1 milion infeksione seksualisht transmisive (IST) të shërueshme merren çdo ditë në mbarë botën te personat e moshës 15–49 vjeç, shumica e të cilave janë asimptomatike. Rreth 8 milion të rritur të moshës 15–49 vjeç u infektuan me Sifilis në vitin 2022. Rreth 520 milion persona (13%) të kësaj grupmoshe në mbarë botën janë të infektuar me virusin herpes simpleks tip 2 (HSV-2) i cili është shkaktari kryesor për herpesin gjenital. Me mbi 311, 000 vdekje nga kanceri i qafës së mitrës çdo vit, janë si pasojë e infeksionit me virusin e papillomes humane (HPV).

Në vitin 2022, rreth 1.1 milion gra shtatzëna u vlerësuan të ishin të infektuara me sifilis, gjë që rezultoi në mbi 390,000 rezultate të pafavorshme të lindjes. IST-të kanë një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin seksual dhe riprodhues përmes stigmatizimit, infertilitetit, kancerit dhe ndërlikimeve gjatë shtatzënisë, si dhe mund të rrisin rrezikun e infektimit me HIV. Rezistenca ndaj barnave përbën një kërcënim serioz për uljen e barrës së IST-ve në mbarë botën.

IST-të mund të kenë pasojë serioze përtej vetë infeksionit, duke përfshirë:

- Rritjen e rrezikut për t'u infektuar me HIV, Herpesi, Gonorrea, Klamidia, Sifilis.
- Transmetimin nga nëna te fëmija, që mund të çojë me fetus të vdekur, vdekje neonatale, lindje të parakohshme, sepsis, konjuktivit neonatal dhe keqformime kongjenitale.
- Infeksionet me HPV që shkaktojnë kancer të qafës së mitrës dhe kancere të tjera.
- Në vitin 2022, hepatiti B shkaktoi rreth 1.1 milion vdekje, kryesisht nga cirroza dhe kanceri hepatocelular (kanceri primar i mëlçisë).
- Gonorrea dhe klamidia janë ndër shkaqet kryesore të sëmundjes inflamatorë të pelvikut dhe infertilitetit tek gratë.

Duke iu referuar të dhënave vendore lidhur me IST në “Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit për HIV, TB dhe IST 2025-2027” gjatë periudhës kohore 2019-2024, janë raportuar gjithsej 1634 raste me IST në Kosovë.



Figura 1. Rastet me IST nëpër komuna janar 2019 -shtator 2024

Numri më i madh i rasteve të raportuara gjatë kësaj periudhe kohore është nga komuna e Prishtinës 392 raste, Ferizaj 314, Pejë 312, Prizren 144 etj, përderisa numri më i vogël është regjistruar nga komunat Klinë 2 raste, Mamushë 3, Obiliq 4 etj. Analizuar sipas diagnozave numri më i madh i rasteve të raportuara është me Condyloma 740 raste, Chlamydia 739, Gonorrhea 123. Më sa paku raste të raportuara kemi me Trichomonas 6. Prevalenca më e lartë 4.66 në 10000 banorë është regjistruar tek rastet me Condyloma dhe Chlamydia (tab.1.). Diagnoza Nr. i rasteve Condyloma acuminata Prevalenca në 10000 banorë Trichomonas vaginalis 740 4.66 Chlamydia trachomatis 6 739 0.04 Neisseria gonorrhoeae 4.66 123 Genital herpes 0.78 11 Syphilis 0.07 Gjithsej 15 0.09 1634 Sa i përket shpërndarjes së rasteve të IST sipas gjinisë, numri më i madh i takon gjinisë mashkullore (62%), Grup mosha më e atakuar është 25-49 vjeç (72%) që njihet dhe si grup mosha më aktive seksualisht, pastaj grup mosha 5-24 vjeç me 22% të rasteve.

Tabela 1. Numri i rasteve me IST dhe prevalenca e tyre ne 100,000 banorë

Diagnoza	Nr. i rasteve	Prevalenca në 100,000 banorë
Condyloma acuminata	740	4.66
Trichomonas vaginalis	6	0.04
Chlamydia trachomatis	739	4.66
Neisseria gonorrhoeae	123	0.78
Genital herpes	11	0.07
Syphilis	15	0.09
Gjithsej	1634	

1.3 Popullata e synuar

Infeksionet seksualisht transmise (IST) mund të prekin të gjithë popullatën seksualisht aktive, por disa grupe janë veçanërisht më të rrezikuara për shkak të faktorëve biologjikë, social dhe sjelljeve. Identifikimi i qartë i këtyre grupeve ndihmon në planifikimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve efektive, si dhe në sigurimin e një qasjeje të barabartë dhe gjithëpërfshirëse në kujdes.

Popullata e targetuar direkte – Personat që marrin kujdes për IST

Ky udhërrëfyes është i dedikuar për të gjithë personat që kërkojnë ose kanë nevojë për shërbime të kujdesit ndaj IST-ve, veçanërisht ata që:

- Shfaqin simptoma të IST-ve;
- I drejtohen shërbimeve për testim, diagnostikim, trajtim ose këshillim për IST;
- Jetojnë ose kërkojnë kujdes në kushte me qasje të kufizuar ndaj burimeve dhe shërbimeve cilësore.

Nëngrupet e synuara me rrezik të shtuar

Bazuar në evidencat epidemiologjike dhe kontekstin lokal, nëngrupet që përfshihen në mënyrë të veçantë në këtë udhërrëfyes janë:

- Punonjëset e seksit dhe klientët e tyre;
- Meshkujt dhe femrat me shumë partnerë seksualë;
- Adoleshentët dhe të rinjtë seksualisht aktivë;
- Personat me mardhenie seksuale të pa sigurta dhe të pa mbrojtura;
- Meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkuj (MSM);
- Përdoruesit injektues të drogës;
- Personat që konsumojnë alkool në mënyrë të tepruar.
- Personat me histori të mëparshme të IST-ve;
- Personat që jetojnë me HIV;
- Të burgosurit dhe personat në institucione korrektuese;
- Migrantët, refugjatët dhe azilkërkuesit;
- Personat transgjinorë dhe grupet tjera LGBTQ+;
- Partnerët e personave nga grupet me rrezik të lartë;

Barrierat në qasje dhe nevoja për ndërhyrje të posaçme

Shumë prej këtyre grupeve mund të përballen me barriera për të marrë shërbime adekuate shëndetësore, siç janë:

- Stigmatizimi dhe diskriminimi;
- Mungesa e informacionit të saktë dhe edukimit shëndetësor;
- Frika nga cënimi i privatësisë;
- Barrierat financiare dhe gjeografike.

Për këtë arsye, ofrimi i kujdesit kërkon përpjekje të veçanta për të siguruar:

- Shërbime miqësore dhe gjithëpërfshirëse;
- Respektim të dinjitetit dhe privatësisë;
- Ndërhyrje të targetuara për grupet vulnerabël;
- Koordinimin e kujdesit klinik me shërbimet mbështetëse sociale dhe në komunitet.

1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë politikëbërësve, drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësorë që ofrojnë shërbime shëndetësore për menaxhimin e infeksioneve seksualisht transmiseve (IST), në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor.

Përdoruesit kryesorë përfshijnë: Mjekët e përgjithshëm dhe mjekët familjarë, të cilët janë në vijën e parë të identifikimit, këshillimit dhe menaxhimit sindromik të rasteve. Gjinekologët, urologët, dermatologët, infektologët, epidemiologët dhe farmacistët, të cilët kontribuojnë në diagnostikimin dhe trajtimin e rasteve të ndërlikuara. Infermierët dhe mamitë, të cilët kanë rol

kyç ne këshillim, edukim shëndetësor të pacientëve. Mikrobiologët dhe laborantët, që mbështesin procesin diagnostik përmes testimeve mikrobiologjike dhe laboratorike. Politikëbërësit dhe drejtuesit e institucioneve shëndetësore, të cilët sigurojnë mbështetjen institucionale, burimet dhe kornizën e duhur për zbatimin e udhërrëfyesit. Profesionistë të tjerë shëndetësorë relevantë, të përfshirë në ofrimin e kujdesit multidisiplinar dhe ndërsektorial.

1.5 Pyetjet shëndetësore

Grupi Punues për Hartimin e Udhërrëfyesit Klinik (GPHUK) identifikoi pyetjet kyçe shëndetësore duke përdorur formatin PICO (Popullata, Ndërhyrja, Krahasimi dhe Rezultati). Këto pyetje shërbyen si bazë për rishikimet sistematike të literaturës dhe për formulimin e rekomandimeve të bazuara në evidencë, të cilat janë më të aplikueshme në praktikën tonë klinike.

GPHUK përcaktoi prioritetet për pyetjet që lidhen me sindromat më të shpeshta të IST-ve dhe me komponentët thelbësorë të menaxhimit, duke përfshirë marrjen e anamnezës, vlerësimin e rrezikut, përdorimin e mikroskopisë dhe testet molekulare.

Bazuar në diskutimet, grupi identifikoi sindromat e mëposhtme si të rëndësishme për rishikim:

Sindromat prioritare për rishikim:

- Sindroma e rrjedhjes uretrale, përfshirë sindromën e rrjedhjes uretrale të vazhdueshme;
- Sindroma e rrjedhjes vaginale, përfshirë sindromën e rrjedhjes vaginale të vazhdueshme;
- Infeksionet anorektale;
- Sindroma e sëmundjes me ulçerë gjenitale;
- Sindroma e dhimbjes të pjesës të poshtme të barkut.

Pyetjet kryesore klinike të identifikuara:

1. Cilat janë objektivat e menaxhimit gjithëpërfshirës të rasteve me IST?
 - 1.1. Cilat janë kërkesat kryesore që duhet të përmbushen për të arritur objektivat e menaxhimit të rasteve të IST-ve ?
2. Cilat teste diagnostike rekomandohen për personat asimptomatikë dhe simptomatikë me IST ?
 - 2.1. Cili është roli i mikroskopisë në diagnostikimin e IST dhe infeksioneve të tjera të traktit riprodhues?
3. Cili është qëllimi dhe arsyeja për përdorimin e rekomandimeve të standardizuara për trajtimin e IST-ve?
4. Si zbatohet qasja sindromike për menaxhimin e IST-ve?
5. Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjeit uretral?
6. Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjeit vaginal?

7. Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e sindromës së rrjedhjeit vaginal sipas OBSH-së
8. Cilat janë opsionet e trajtimit për infeksionet vaginale dhe si mund të trajtohen njëkohësisht disa infeksione sipas udhëzimeve të OBSH-së?
9. Cilat janë shkaqet dhe si duhet menaxhuar dhimbja e pjesës së poshtme të barkut?
10. Cilat janë shkaqet më të zakonshme të sindromës së ulçerave gjenitale dhe si mund të menaxhohet?
 - 10.1. Virus Herpes Simplex (HSV)
 - 10.1.1 Prezantimi klinik – simptomat
 - 10.1.2 Gjetjet nga ekzaminimi – shenjat
 - 10.1.3 Testimi molekular
 - 10.1.4 Metodatat e kulturës
 - 10.1.5 Serologjia
 - 10.2. Sifilisi
 - 10.2.1. Paraqitja klinike – simptomat
 - 10.2.2 Gjetjet nga ekzaminimi – shenjat dhe diagnostikimi laboratorik
 - 10.2.2.1 Sifilisi primar
 - 10.2.2.2 Sifilisi sekondar
 - 10.2.2.3 Sifilisi latent i hershëm
 - 10.2.2.4 Sifilisi latent i vonë
 - 10.3. Ducreyi (Chancroid)
 - 10.3.1 Prezantimi klinik – simptomat
 - 10.3.2 Gjetjet në ekzaminim
 - 10.3.3 Diagnostikimi laboratorik
 - 10.4. Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e pacientëve që paraqiten me ulçera gjenitale, duke përfshirë ulçerat anorektale?
 - 10.5 Si duhet trajtuar sëmundja e ulçerës gjenitale, përfshirë ulçerat anorektale?
11. Cilat janë simptomat klinike të sindromës së rrjedhjes uretrale?
 - 11.1 Cilat janë gjetjet e ekzaminimit fizik te pacientët me rrjedhje uretrale? (Shiko hapat sipas udhëzimeve të dr. Vjollca)
 - 11.2 Cilat analiza laboratorike rekomandohen për diagnostikimin e rrjedhjes nga uretra?
 - 11.3 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e rrjedhjes uretrale?
12. Cilat janë shkaqet më të zakonshme të sindromës së rrjedhjes vaginale dhe si menaxhohet ajo?
 - 12.1. Çfarë është trichomoniasis (T. vaginalis) dhe si trajtohet?
 - 12.2. Çfarë është kandidiaza (Candida albicans) dhe cili është trajtimi i saj?
 - 12.3. Çfarë është vaginoza bakteriale dhe si menaxhohet ajo?
 - 12.4. Si shkakton infeksioni cervikal me gonokok ose klamidia rrjedhje vaginale?
13. Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e sindromës së rrjedhjes vaginale sipas OBSH-së?
 - 13.1 Pse është e rëndësishme të fillohet trajtimi në të njëjtën ditë të vizitës?

- 13.2 Cilat janë praktikat më të mira për personat me simptomë të rrjedhjes vaginale?
- 13.3. Si duhet vepruar në vendet ku janë të disponueshme testet molekulare me cilësi të lartë dhe rezultatet jepen të njëjtën ditë?
- 13.4. Si duhet vepruar në vendet ku testet molekulare nuk janë të disponueshme ose trajtimi i njëjtë në ditën e vizitës nuk është i mundur?
- 13.5. Cilat janë praktikat e mira për menaxhimin në mungesë të testimit të menjëhershëm?
14. Cilat janë shkaqet e dhimbjes në pjesën e poshtme të barkut dhe si duhet menaxhuar ajo?
15. Cilat janë shkaqet më të zakonshme të sindromës së ulçerave gjenitale dhe si mund të menaxhohen ato?
- 15.1 Virus Herpes Simplex (HSV)
- 15.2 Sifilisi;
- 15.3 Haemophilus ducreyi (Chancroid)
- 15.4 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e pacientëve me ulçera gjenitale, përfshirë edhe ato anorektale?
- 15.5 Si duhet trajtuar sëmundja e ulçerës gjenitale, duke përfshirë edhe ulçerat anorektale?
- 15.6 Cilat janë vendet anatomike më të shpeshta të infeksioneve anorektale?
- 15.7 Cilat praktika seksuale lidhen me rrezikun për infeksione anorektale?
- 15.8 Si kryhet ekzaminimi i rrjedhjes anorektale?
- 15.9 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e rrjedhjes anorektale?
- 15.10 Cilat janë opsionet e trajtimit për personat me rrjedhje anorektale ?
- 15.11 Cilat janë regjimet e rekomanduara për trajtimin e infeksioneve anorektale?

II.METODOLOGJIA

Ky udhërrëfyes është hartuar nga Grupi Punues Multidisiplinar dhe Multiprofesional, i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Kosovës. Grupi përfshinte profesionistë nga fusha të ndryshme të kujdesit shëndetësor (mjekë familjar, gjinekolog, infektolog, farmacist, si dhe përfaqësues nga fushat e politikëbërjes shëndetësore).

Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit.

Puna e grupit punues është përkrahur me asistencë teknike nga UNFPA.

Përdorimi i metodologjisë AGREE II

Udhërrëfyesi është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të adaptimit të udhërrëfyesve, duke përdorur kornizën **AGREE II**. Marrja e vendimeve dhe formulimi i rekomandimeve është bërë përmes konsensusit të plotë të anëtarëve të grupit.

Identifikimi i pyetjeve klinike

Secili anëtar i grupit punues përpiloi pyetje të strukturuar sipas PICO (Popullata, Ndërhyrja, Krahasimi, Rezultati). Pyetjet u shërbyen si bazë për rishikimin sistematik të literaturës dhe për formulimin e rekomandimeve. Për çdo pyetje klinike, konsensusi u arrit në mënyrë unanime.

Burimet e informacionit dhe të dhënave

Për mbledhjen e evidencës u përdorën baza të dhënash ndërkombëtare të njohura: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, NICE dhe Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Periudha kohore e shqyrtuar: Kërkimet e literaturës u fokusuan kryesisht në botimet e fundit, për periudhën nga 1 janari 2018 deri më 2025.

Strategjia e kërkimit dhe fjalët kyçe: kombinime të fjalëve kyçe si “*udhërrëfyes*”, “*IST*”, “*sindromik*”, “*grupet e rrezikut*”, “*testimet*”, “*identifikimi*”, “*diagnostikimi*”, “*trajtimi*”.

Kriteret e përfshirjes përfshinin:

Karakteristikat e popullatës së synuar (pacientë, publiku i përgjithshëm, grupe të rrezikuara), dizajnin e studimit (provë klinike e rastësishme, studime prospektive, provë dyfishtë e verbër, studime grupore, studime rast-kontroll), rezultatet klinike relevante, gjuha e publikimit (anglisht, ose e përshtatshme për përdorim klinik), konteksti klinik dhe shëndetësor i aplikueshëm.

Kriteret e përjashtimit përfshinin:

- Literatura që nuk ishte në gjuhë të përshtatshme për analizë;
- Studime jashtë kontekstit klinik relevant.

Burimet kryesore të udhërrëfyesit të adaptuar

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur. Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesit klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave.

Një ndër kriteret kryesore për t'u përcaktuar për adaptimin e udhërrëfyesëve ishin pyetjet shëndetësore më të aplikueshme në praktikën tonë klinike.

Janë shqyrtuar disa udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

- ❖ Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections/ © World Health Organization 2021;
- ❖ Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections/ © World Health Organization 2025;
- ❖ STI-associated syndromes guide: Syndromic management;
- ❖ Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 /U.S. Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention
- ❖ Southern African HIV Clinicians Society 2022 guideline for the management of sexually transmitted infections: Moving towards best practice
- ❖ STI-associated syndromes guide: Syndromic management STI-associated syndrome guide: Syndromic management - Canada.ca

Procesi i zhvillimit të rekomandimeve

Formulimi i rekomandimeve u bazua në analizën sistematike të literaturës dhe evidencës shkencore:

- Për secilën pyetje klinike, u zhvilluan diskutime të detajuara dhe u përdor metoda e konsensusit për të arritur dakortësinë.
- Për disa çështje u përdor teknika e modifikuar Delphi për verifikimin e konsensusit.
- Rekomandimet lidhen qartë me provat kryesore dhe përfshijnë të dhëna mbi përfitimet dhe efektet anësore/rreziqet e ndërhyrjeve.
- Lidhjet ndërmjet rekomandimeve dhe evidencës janë të dokumentuara dhe të paraqitura në tabelat e përmbledhjes së provave.

Rishikimi i jashtëm dhe procesi i konsultimi

Procesi i përgatitjes së Udhërrëfyesit Klinik “Menaxhimi sindromik i rasteve me Infeksione Seksualisht Transmisive (IST)” është zhvilluar në përputhje me standardet e përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë për hartimin dhe adaptimin e udhërrëfyesve klinikë.

GPHUK “Menaxhimi sindromik i rasteve me IST” ka propozuar komisionin recenzues në përbërje nga: Dr. Murat Mehmeti- Infektolog, Dr. Zef Ndrejaj- Gjinekolog dhe Shoqata për të Drejta të Pacientit (PRAK) (shih shtojca 2, 3 dhe 4).

Drafti final i dokumentit është publikuar në faqen zyrtare të Ministrisë së Shëndetësisë më **11 shtator 2025**, duke mundësuar komentimin publik nga të gjitha grupet e interesit, përfshirë profesionistët shëndetësorë, shoqatat profesionale, organizatat e shoqërisë civile dhe përdoruesit e drejtpërdrejtë të udhërrëfyesit. Gjatë këtij procesi grupi punues nuk ka pranuar komente, sygjerime apo rekomandime në lidhje me draftin.

Vlerësimi dhe rekomandimet e recensentëve

Pas shqyrtimit të dokumentit, grupi recenzues ka vlerësuar se udhërrëfyesi është përgatitur në përputhje me kriteret dhe standardet e përcaktuara për adaptimin e udhërrëfyesve klinikë. Dokumenti është në harmoni me të dhënat më të reja shkencore dhe është i bazuar në rekomandime të forta dhe evidenca më të mira, duke përmbajtur të dhëna të rëndësishme, të strukturuar dhe të aplikueshme në praktikën klinike.

Dr. Murat Mehmeti-Infektolog ka theksuar rëndësinë e këtij udhërrëfyesi për praktikën klinike në Kosovë, duke vlerësuar se menaxhimi sindromik përbën një metodë shumë të vlefshme për zbulimin dhe trajtimin e hershëm të IST-ve, veçanërisht në mungesë të analizave laboratorike. Duke qenë se Kosova hyn në grupin e vendeve në zhvillim, ky model menaxhimi është i përshtatshëm dhe praktik për zbatimin në qendrat e mjekësisë familjare, sepse mundëson trajtim të shpejtë dhe efikas të pacientëve, parandalon transmetimin te partnerët seksualë dhe redukton komplikacionet e mundshme.

Ai ka përmendur se në Strategjinë Kombëtare për IST 2025–2027 të Ministrisë së Shëndetësisë është paraparë furnizimi i KPSH dhe spitaleve rajonale me teste laboratorike për detektimin e IST-ve, gjë që do të përmirësojë më tej diagnostikimin përfundimtar. Në përfundim, ai e ka vlerësuar udhërrëfyesin si një instrument të domosdoshëm praktik për mjekët familjarë dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë që përballen me IST, duke e konsideruar të hartuar me kujdes profesional dhe të gatshëm për zbatim të menjëhershëm në institucionet shëndetësore.

Pas shqyrtimit të kujdesshëm të draftit final, Dr. Zef Ndrejaj-Gjinekolog ka përgëzuar grupin punues për punën dhe angazhimin profesional, duke theksuar se dokumenti është i përgatitur mirë dhe nuk ka nevojë për vërejtje apo plotësime shtesë. Ai ka shprehur bindjen se ky udhërrëfyes do të jetë një mjet i vlefshëm për mjekët në punën e tyre të përditshme me pacientët, duke lehtësuar vendimmarrjen klinike dhe përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor.

Shoqata për të Drejta të Pacientit (PRAK), ka përgëzuar grupin punues për punën në mënyrë profesionale dhe hartimin/adaptimin e udhërrëfyesit bazuar në evidenca të mira. PRAK ka dhënë dy rekomandime:

1. **Pëlqimi i informuar i pacientit** pra që udhërrëfyesi të theksojë qartë se testimi dhe trajtimi i IST-ve duhet të kryhen vetëm pas pëlqimit të informuar të pacientit, dhe
2. **Konfidencialiteti dhe mbrojtja e të dhënave personale** edhe pse dokumenti e përmend këtë aspekt, kanë sygjëruar të shtojmë edhe një formulim më të qartë që garanton trajtimin konfidencial të të gjitha të dhënave shëndetësore, në përputhje me ligjin vendor dhe udhëzimet e OBSH-së për etikën në shëndetin publik. Te dy rekomandimet janë marrë në konsiderat gjatë finalizimit të draftit.

Rekomandimet përfundimtare

Bazuar në vlerësimet e brendshme dhe të jashtme, grupi punues rekomandon:

- që antibiotikët për trajtimin e IST-ve të jenë të disponueshëm në të gjitha institucionet shëndetësore, në mënyrë që të mundësohet zbatimi efektiv i menaxhimit sindromik;
- që testet laboratorike diagnostikuese për identifikimin e IST-ve (si për klamidia, gonorea, trikomoniaza, sifilizi dhe HIV) të jenë të sigurt, të standardizuara dhe të aksesueshme në Institucionet Shëndetësore, në përputhje me Strategjinë Kombëtare për IST 2025–2027;
- që të vazhdojë trajnimi i vazhdueshëm i stafit shëndetësor (mjekë dhe infermierë) për menaxhimin sindromik të IST-ve, në mënyrë që të sigurohet zbatim i unifikuar i praktikave klinike, përmirësim i aftësive diagnostikuese dhe rritje e cilësisë së kujdesit ndaj pacientëve;
- që udhërrëfyesi klinik të miratohet dhe të shpërndahet në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor, me qëllim të përmirësimit të cilësisë së kujdesit, trajtimit dhe parandalimit të përhapjes së infeksioneve seksualisht transmetive.

Përditësimi/ Rishikimi

Ky udhërrëfyes do të rishikohet dhe përditësohet çdo pesë vjet, ose më herët në rast të paraqitjes së dëshmive të reja shkencore relevante, në përputhje me nevojat e praktikës klinike.

III. PERKUFIZIMET/ DEFINICIONET

Sipas përkufizimit aktual të punës së OBSH-së, **shëndeti seksual** është: “ Një gjendje mirëqenieje fizike, emocionale, mendore dhe sociale në lidhje me seksualitetin; nuk është thjesht mungesa e sëmundjes, mosfunksionimit ose dobësisë.

Shëndeti seksual kërkon një qasje pozitive dhe respektuese ndaj seksualitetit dhe marrëdhënieve seksuale, si dhe mundësinë për të pasur përvoja seksuale të këndshme dhe të sigurta, pa shtrëngim, diskriminim dhe dhunë.

Që shëndeti seksual të arrihet dhe të ruhet, të drejtat seksuale të të gjithë personave duhet të respektohen, të mbrohen dhe të përmbushen.

Infeksionet seksualisht transmiseve (IST) i referohen infeksioneve të shkaktuara nga patogjenë që transmetohen përmes gjakut, spermës, rrjedhjeve vaginale, lëngjeve të tjera trupore ose kontaktit lëkurë më lëkurë gjatë seksit oral, anal ose gjenital me një partner të infektuar.

Sëmundja seksualisht transmiseve (SST) i referohet një gjendjeje të dukshme klinike që është zhvilluar si pasojë e një IST-je.

IST-të shkaktohen nga një gamë e gjerë mikroorganizmash që ndryshojnë sipas madhësisë, ciklit jetësor, ndjeshmërisë ndaj trajtimeve të disponueshme dhe sëmundjeve apo simptomave që ato shkaktojnë.

Infeksionet seksualisht transmiseve (IST) janë ndër sëmundjet ngjitëse më të shpeshta dhe prekin shëndetin dhe jetën e njerëzve në mbarë botën. Më shumë se 30 patogjenë mund të transmetohen seksualisht, dhe individët mund të kenë njëkohësisht më shumë se një infektion.

1. **Infeksionet Seksualisht Transmiseve (IST):** Sëmundje të shkaktuara nga patogjenë që transmetohen kryesisht përmes kontaktit seksual.
2. **Menaxhimi Sindromik:** Qasje për trajtimin e IST-ve bazuar në identifikimin e grupeve të shenjave dhe simptomave (sindromave) dhe trajtimin e tyre në mënyrë empirike pa konfirmim laboratorik.
3. **Dizuria:** Dhimbje ose vështirësi gjatë urinimit.
4. **Sindroma e rrjedhjes uretrale** -Sekreti (rrjedhja) nga uretra të meshkujt me ose pa dhembje (shqetësim) gjatë urinimit, shihet të hapja e uretrës me ose pa nxerrje të sekretit duke bërë presion(shtypje) të uretra.
5. **Sindroma e rrjedhjes vaginale**- Sekreti (rrjedhja) vaginale jonormale me ndryshim në sasi, konsistencë, ngjyrë ose erë me ose pa djegie dhe kuarje vulvare.
6. **Ulqera gjenitale** -Një ulçerë (çarje apo prerje e dukshme në lëkurë) në penis, skrotum ose rektum tek burrat dhe tek gratë në buzët e vaginës, vaginë, qafë të mitrës dhe rektum.

7. **Dhembje në pjesën e poshtme të abdomenit** -Nëse shoqërohet me rrjedhje(sekret) vaginal jonormale, ndjeshmëri të lartë të legenit(pelvikut) dhe dhembje gjate të lëvizjes së qafës së mitrës me ose pa ethe,kjo sugjeron sëmundje inflamatore të legenit.
8. **Sindroma e ënjtes (ajtjes) akute të skrotumit** - Histori e ënjtjes dhe dhimbjes në rajonin inguinal me nyje limfatike inguinale të fryra dhe të dhimbshme pa ulçerë gjenitale.
9. **Sindroma e konjuktivitit neonatal** - Konjuktivit unilateral ose bilateral tek një i porsalindur (brenda katër javësh nga lindja).
10. Termi **Femra** në këtë Udhërrëfyes përdoret për të përfshirë të gjitha grupmoshat nga adoleshentët pas pubertetit deri tek gratë seksualisht aktive.
11. Termi **Meshkuj** në këtë Udhërrëfyes përdoret për të përfshirë të gjitha grupmoshat nga adoleshentët pas pubertetit deri tek burrat seksualisht aktive.

IV. REKOMANDIMET

4.1 Procesi i formulimit të rekomandimeve

Formulimi i rekomandimeve u bazua në analizën sistematike të literaturës dhe evidencës shkencore. Grupi Punues për Hartimin e Udhërrëfyesit Klinik (GPHUK) përdori qasjen GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) për të vlerësuar cilësinë e provave dhe për të përcaktuar forcën e secilit rekomandim.

4.2 Forca e rekomandimeve sipas GRADE

Sipas qasjes **GRADE**, forca e secilit rekomandim u kategorizua si:

- **E fortë:** rekomandim që duhet ndjekur në shumicën e rasteve, duke reflektuar besim të lartë në efektivitetin e ndërhyrjes.
- **E kushtëzuar:** sugjerim për praktikë që mund të ndryshojë në bazë të rrethanave lokale, preferencave të pacientit ose disponueshmërisë së burimeve.

Tabela 2 ofron një pasqyrë të detajuar të implikimeve të forcës së rekomandimeve për pacientët, klinikistët dhe vendimmarrësit.

4.3 Implikimet e forcës së rekomandimeve

Tabela 2 si më poshtë paraqet implikimet e forcës së rekomandimeve për grupet kryesore: pacientët, klinikistët dhe vendimmarrësit:

- **Pacientët:** niveli i pritshmërive për efektivitetin e trajtimit dhe lirinë për të marrë vendime të informuara.
- **Klinikistët:** shkalla e detyrueshmërisë për të ndjekur rekomandimin në praktikë.
- **Vendimmarrësit:** ndikimi në hartimin e politikave, planifikimin e resurseve dhe alokimin e fondeve.

4.4 Deklaratat e praktikës së mirë

Kur përfitimet dhe dëmet e ndërhyrjes ishin të qarta dhe të padiskutueshme, ose kur evidenca sistematike nuk ishte e nevojshme, grupi formuloi “deklarata të praktikës së mirë” (Good Practice Statements). Këto:

- bazohen në konsensus profesional dhe etikë klinike,
- pasqyrojnë praktika të pranuar gjerësisht,
- ndihmojnë në standardizimin e kujdesit aty ku evidenca formale mungon.

Tabela 2. Implikimet e pikave të forta të ndryshme të rekomandimeve GRADE

Implikimet	Rekomandim i fortë Rekomandim	Rekomandim i kushtëzuar Sygjerim
Për pacientët	Shumica e individëve në këtë situatë do të pranojnë rrjedhën/kursin e rekomanduar të veprimit, dhe shume pak nuk do të dëshironin atë. Ndhmës formalë për vendimmarrje (decision aids) p.sh. broshura apo tabela krahasuese, zakonisht nuk janë të nevojshëm për të ndihmuar individët të marrin vendime në përputhje me vlerat dhe preferencat e tyre.	Shumica e individëve në këtë situatë do ta pranojnë kursin e sygjëruar të veprimit, por shumë të tjerë nuk do ta dëshironin.
Për klinikistët	Shumica e individëve duhet të marrin ndërhyrjen. Respektimi i këtij rekomandimi sipas udhërrefyesit mund të përdoret si kriter cilësie ose tregues performance.	Klinikistët duhet të pranojnë se zgjedhje të ndryshme mund të jenë të përshtatshme për çdo individ dhe se klinikistët duhet të ndihmojnë secilin individ që të arrijë një vendim menaxhimi në përputhje me vlerat dhe preferencat e tij. Mjetet ndihmëse për vendimmarrje p.sh. broshurat apo tabelat krahasuese mund të jenë të dobishme për të ndihmuar individët të marrin vendime në përputhje me vlerat dhe preferencat e tyre.
Për politikëbërësit	Rekomandimi mund të miratohet si politikë në shumicën e situatave.	Hartimi i politikave do të kërkojë debat të gjerë dhe përfshirjen e shumë palëve të interesuara.

4.5 Prezantimi i dëshmive dhe siguria e evidencës

Siguria e dëshmive u vlerësua sipas sistemit GRADE, duke marrë parasysh: rrezikun e paragjyimit (bias), moskonzistencën mes studimeve, indirektësinë e provave, pasaktësinë e rezultateve, paragjykimin e mundshëm në publikim, madhësinë e efektit, ekzistencën e përgjigjes sipas dozës, faktorët e mundshëm konfuzues.

Bazuar në këto kritere, siguria e përgjithshme e evidencës u kategorizua si:

- **Shumë e ulët** – besim minimal në vlerësimin e efektit; efekti i vërtetë ka shumë gjasë të jetë i ndryshëm.
- **E ulët** – besim i kufizuar në vlerësimin e efektit; efekti i vërtetë mund të jetë shumë i ndryshëm.
- **Mesatare** – besim i moderuar; efekti i vërtetë pritet të jetë afër vlerësimit, por ekziston mundësia e ndryshimit.
- **I lartë** – besim shumë i madh se efekti i vërtetë është afër vlerësimit të raportuar.

V. MENAXHIMI I RASTEVE PËR PERSONAT ME IST

5.1 Parimet Etike dhe të Drejtat e Pacientit

Hartimi dhe zbatimi i këtij udhërrëfyese bazohet në respektimin e plotë të të drejtave të pacientit, përfshirë autonominë, pëlqimin e informuar dhe konfidencialitetin e të dhënave personale. Testimi dhe trajtimi për IST kryhet vetëm pas pëlqimit të informuar të pacientit, duke u siguruar që ai/ajo e kupton qëllimin, përfitimet, rreziqet dhe alternativat e trajtimit. Të gjitha të dhënat mjekësore dhe informacionet lidhur me statusin e IST trajtohen me konfidencialitet të plotë dhe ruhen sipas standardeve ligjore dhe etike të mbrojtjes së të dhënave shëndetësore.

5.1.1 Pëlqimi i informuar i pacientit

Udhërrëfyese thekson qartë se testimi dhe trajtimi i IST-ve duhet të kryhen vetëm pas pëlqimit të informuar të pacientit. Kjo siguron që çdo person të jetë plotësisht i vetëdijshëm për qëllimin, përfitimet, rreziqet dhe alternativat e trajtimit, duke respektuar të drejtën për autonomi dhe vendimmarrje mbi trupin dhe shëndetin e tij, në përputhje me standardet e OBSH-së.

Testimi dhe trajtimi i IST-ve kryhet vetëm pas pëlqimit të informuar të pacientit, duke u siguruar që ai/ajo e kupton qëllimin, përfitimet, rreziqet dhe alternativat e trajtimit.

5.1.2 Konfidencialiteti dhe mbrojtja e të dhënave personale

Në rastet e IST-ve, ruajtja e privatësisë dhe konfidencialitetit është thelbësore për të parandaluar stigmatizimin dhe për të inkurajuar pacientët të kërkojnë ndihmë pa frikë.

Të gjitha të dhënat mjekësore dhe informacionet lidhur me statusin e IST trajtohen me konfidencialitet të plotë dhe ruhen sipas Ligjit Nr.06/L-082 për mbrojtjen e të dhënave personale.

5.2 Cilat janë objektivat e menaxhimit gjithëpërfshirës të rasteve me IST?

Objektivat e menaxhimit të rasteve me IST janë të shumëfishta dhe shkojnë përtej dhënies së një terapie të vetme. Para së gjithash, synohet të ofrohet trajtim efektiv dhe shërim i plotë, duke ulur infektueshmërinë e individit dhe ndërprerë zinxhirin e transmetimit. Po ashtu, menaxhimi synon të ulë rrezikun e komplikimeve afatshkurtra dhe afatgjata (p.sh. infertilitet, kancer i qafës së mitrës, shtatzëni ektopike, infeksione neonatale).

Një objektiv tjetër thelbësor është reduktimi dhe parandalimi i sjelljeve të ardhshme të rrezikshme, përmes këshillimit shëndetësor dhe ndërhyrjeve biobehaviorale si: përdorimi i PrEP-it (profilaksia para ekspozimit), rrethprerja mjekësore vullnetare e meshkujve dhe promovimi i prezervativëve për meshkuj dhe femra.

Sipas OBSH-së, menaxhimi nuk ka sukses pa përfshirjen e partnerëve seksualë, të cilët duhet të trajtohen në mënyrë adekuate për të parandaluar reinfeksionin dhe përhapjen e mëtejshme. Një qasje gjithëpërfshirëse gjithashtu merr parasysh dimensionin social dhe shëndetin riprodhues të individit, duke i trajtuar personat me respekt, pa gjykim dhe në një mënyrë që i bën shërbimet më të qasshme, sidomos për adoleshentët dhe grupet vulnerabël, për të cilët kujdesi duhet të jetë miqësor, konfidencial dhe jo-stigmatizues.

Për ta arritur këtë, personi me një IST duhet të marrë shërbimet e mëposhtme:

- Mbledhjen dhe dokumentimin e anamnezës mjekësore dhe seksuale;
Të gjitha të dhënat mjekësore dhe informacionet lidhur me statusin e IST trajtohen me konfidencialitet të plotë dhe ruhen sipas Ligjit Nr.06/L-082 për mbrojtjen e të dhënave personale.
- Marrjen e një diagnoze të saktë (qoftë përmes qasjes sindromike apo me teste diagnostike);
- Ofrimin e trajtimit efektiv;
- Marrjen e edukimit shëndetësor dhe këshillimit mbi infeksionin dhe reduktimin e rrezikut;
- Marrjen e këshillimit për respektimin e trajtimit;
- Promovimin dhe/ose ofrimin e prezervativëve (për meshkuj dhe femra);
- Promovimin dhe/ose ofrimin e PrEP-it;
- Promovimin dhe/ose ofrimin e ndërhyrjeve të tjera parandaluese, si vaksinat kundër hepatitit A dhe B, vaksinat kundër HPV;
- Inkurajimin për njoftimin e partnerëve seksual dhe
- Ndjekjen klinike aty ku është e nevojshme

5.3 Cilat janë kërkesat kryesore që duhet të përmbushen për të arritur objektivat e menaxhimit të rasteve të infeksioneve seksualisht transmissive (IST)?

Është thelbësore që kujdesi dhe trajtimi cilësor të jenë të disponueshme për të gjithë personat që kanë nevojë për shërbime, që në pikën e tyre të parë të kontaktit me sistemin shëndetësor. Kjo nënkupton që, pavarësisht nëse individi kërkon këshillim dhe trajtim në sektorin publik apo privat, programet për IST duhet të sigurojnë ofrimin e një menaxhimi të duhur, të plotë dhe efektiv të rasteve.

Për të garantuar qasje të lehtë dhe të pranueshme, kujdesi i integruar për IST duhet të ofrohet në të gjitha institucionet e kujdesit parësor. Kjo jo vetëm që e bën shërbimin më të arritshëm, por gjithashtu ndihmon në reduktimin e stigmatizimit dhe inkurajon përdorimin e këtyre shërbimeve nga popullata.

Element tjetër i rëndësishëm është trajnimi adekuat i të gjithë profesionistëve shëndetësorë të vendosur në kujdesin parësor, për ofrimin e kujdesit cilësor në menaxhimin e IST-ve. Përveç kësaj, institucionet duhet të jenë të pajisura me mjetet dhe materialet e nevojshme për të mundësuar ofrimin e shërbimeve cilësore për personat që kërkojnë ndihmë.

Me poshte do të përshkruhen shkurtimisht elementet e menaxhimit të rasteve.

a) Konsultimi me personin me IST për të përcaktuar problemin

Për të vendosur një diagnozë të saktë, ofruesi i kujdesit shëndetësor duhet të sigurojë një mjedis të përshtatshëm që i mundëson personave me simptoma të IST-ve të flasin lirshëm. Për këtë qëllim, kërkohej disa elemente minimale:

- privatësi e mjaftueshme që personi të ndihet rehat të diskutojë çështje personale seksuale;
- ofrimi i hapësirave të veçanta për një ekzaminim klinik të mirë, idealisht me ndriçim adekuat;
- një shtrat ekzaminimi dhe një mbulesë ose çarçaf për të mbuluar pacientin gjatë përgatitjes për ekzaminimin fizik; dhe
- doreza për ekzaminim për ofruesin e kujdesit shëndetësor.

b) Mbledhja e anamnezës dhe vlerësimi i rrezikut

Mbledhja e anamnezës, me theks të veçantë në historinë seksuale, është e rëndësishme për të kuptuar mundësinë që një person të jetë i infektuar me një IST. Gjatë marrjes së anamnezës, pacienti duhet të pyetet për kontaktin e fundit seksual pa mbrojtje dhe nëse ky ka qenë me partner të rregullt apo të rastësishëm.

Rëndësia e marrjes së një historie seksuale nuk mund të theksohet mjaftueshëm, pasi ajo është thelbësore për parandalimin e IST-ve dhe menaxhimin e personave të dyshuar për IST, përfshirë HIV-in. Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të jenë jo-gjykues gjatë këtij procesi dhe t'i bëjnë pacientët të ndihen të lirë për të diskutuar çështje personale dhe intime rreth jetës së tyre seksuale.

Mbledhja e anamnezës duhet të integrojë faktorët e zakonshëm të rrezikut shëndetësor (si përdorimi i alkoolit dhe duhanit) së bashku me faktorët e rrezikut seksual. Kjo e bën procesin pjesë të mbledhjes së përgjithshme të anamnezës dhe zvogëlon stigmatizimin ose ndrojtjen që shpesh shoqëron “të folurit për seksin”.

Historia seksuale përfshin edhe diskutime rreth organeve gjenitale. Përdorimi i ilustrimeve apo skemave vizuale mund të jetë i dobishëm si për ofruesit, ashtu edhe për pacientët, për të sqaruar rreziqet e IST-ve në zonën gjenitale apo anorektale.

Gjatë anamnezës, veçanërisht të dhënave për historinë seksuale, është e rëndësishme të pyeten:

- data dhe rrethanat e kontaktit të fundit seksual, si dhe kontaktet e mëparshme;
- praktikat seksuale (penile-vaginale, penile-anale, seks oral, përdorimi i lodrave seksuale, etj.);
- nëse është përdorur mbrojtje (si prezervativi) dhe nëse përdorimi ka qenë i qëndrueshëm;
- lloji i partnerit(ëve) seksual(ë): të rregullt, të rastësishëm, ose në këmbim të parave/shërbimeve.

Vlerësimi i rrezikut për meshkujt

Një rast ku vlerësimi i rrezikut është i dobishëm është kur një burrë paraqitet me dizuri (vështirësi/ndjesi djegie gjatë urinimit) por pa rrjedhje uretrale. Rreziku për IST konsiderohet i lartë nëse ai ka pasur marrëdhënie seksuale të pambrojtura gjatë 7–21 ditëve të fundit, duke marrë parasysh periudhën e inkubacionit për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis*. Gjithashtu është e rëndësishme të verifikohet nëse pacienti ka bërë ndonjë trajtim vetjak së fundmi dhe kur ka urinuar për herë të fundit, pasi urinimi brenda 1–2 orëve të fundit mund të ketë larguar përkohësisht rrjedhjein.

Vlerësimi i rrezikut për femrat

Zakonisht, gratë që paraqiten në qendrat shëndetësore me rrjedhje vaginale e bëjnë këtë sepse ato i perceptojnë si jonormale (në sasi, ngjyrë, erë). Në shumicën e rasteve, ky perceptim është i saktë dhe shkaktarët kryesorë janë vaginoza bakteriale, *T. vaginalis* ose kandidiaza.

Gjatë anamnezës, vlerësimi i rrezikut për një grua me rrjedhje vaginale anormale duhet të ndihmojë në vlerësimin e rrezikut për infeksione cervikale me *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis*. Treguesit klinikë që shpesh lidhen me këto infeksione janë:

- rrjedhje mukopurulente cervikale;
- erozione ose brishtësim i qafës së mitrës;
- gjakderdhje ndërmjet cikleve menstruale ose gjatë marrëdhënieve seksuale.

Vlerësimi i rrezikut duhet të marrë parasysh edhe faktorë demografikë e sjellorë, ku rreziku konsiderohet i lartë nëse:

- partneri seksual ka një IST (p.sh. rrjedhje uretrale ose ulçera gjenitale); ose
- pacientja përgjigjet “po” në dy ose më shumë nga kriteret e mëposhtme, dhe është seksualisht aktive:
 - është më e re se 25 vjeç (disa studime tregojnë 21 vjeç si kufi të rëndësishëm);
 - ka pasur një partner të ri seksual gjatë tre muajve të fundit;
 - ka pasur më shumë se një partner seksual gjatë tre muajve të fundit.

Përgjigjet pozitive në këtë vlerësim rrisin mundësinë e pranisë së një IST-je. Në këto raste, rekomandohet këshillimi dhe trajtimi i partnerëve me të njëjtin regjim si pacienti fillestar, edhe

kur nuk ka siguri absolute për IST, duke marrë parasysh që vaginoza bakteriale dhe *Candida albicans* nuk konsiderohen infeksione seksualisht të transmetueshme.

Prandaj, të gjitha gratë që paraqiten me rrjedhje vaginale anormale duhet t'i nënshtrohen një anamneze të plotë mjekësore e seksuale dhe një ekzaminimi fizik, idealisht me spekulum për të parë qafën e mitrës. Megjithatë, edhe një ekzaminim i jashtëm i organeve gjenitale është më mirë të behet sesa të mos bëhet asnjë ekzaminim.

Ekzaminimi klinik i personave me simptoma

Pasi të jetë marrë historia mjekësore dhe seksuale dhe të jetë bërë vlerësimi i rrezikut për IST, personi duhet t'i nënshtrohet një ekzaminimi fizik. Është e rëndësishme që personi të informohet paraprakisht për ecurinë e ekzaminimit dhe të jepet pëlqimi i tij. Çdo ekzaminim i zonës anogjenitale duhet, sa herë që është e mundur, të kryhet në praninë e një shoqëruesi (chaperone). Një punonjës shëndetësor mashkull duhet të ketë gjithmonë pranë një shoqëruese femër, dhe anasjelltas. Në rast se kjo nuk është e mundur për shkak të mungesës së stafit, duhet marrë pëlqimi i pacientit për të vazhduar pa shoqërues. Ekzaminimi duhet të fokusohet posaçërisht në zonën anogjenitale, por gjithashtu duhet të përfshijë një ekzaminim të përgjithshëm për shenja të tjera të IST-ve, si:

- limfadenopatia (nyje limfatike të zmadhuara),
- shenja në lëkurë që lidhen me IST (p.sh. sifilizi dhe HIV),
- anomali abdominale, veçanërisht tek gratë me dyshim për sëmundje inflamatore pelvike (SIP).

Hapat për ekzaminimin e burrave

- Lani duart para ekzaminimit dhe përdorni doreza të pastra për çdo pacient.
- Informoni pacientin për çdo hap që do të ndërmerret gjatë ekzaminimit.
- Vendoseni pacientin të shtrihet në divan dhe të ekspozojë zonën gjenitale nga kërthiza deri te gjunjët. Nëse mungon divani, ekzaminimi mund të bëhet edhe në këmbë, por kjo duhet shmangur sa më shumë që të jetë e mundur. Për të ruajtur dinjitetin dhe për të shmangur sikletin, përdorni një batanije ose çarçaf për mbulim dhe ekspozoni vetëm pjesën që do të ekzaminohet.

Ekzaminimi përfshin:

- inspektim në dritë të mirë për skuqje, plagë, ënjtje, lytha dhe rrjedhje uretrale ose anale;
- kontrollin e gojës për kandidiazë orale, ulçera apo leziona të tjera;
- inspektimin e lëkurës së barkut për skuqje dhe ënjtje;
- kontrollin e zonës pubike për parazitë (p.sh. morra pubike), zgjebe, plagë dhe nyje limfatike të rritura;
- kontrollin e lëkurës në pëllëmbë, shputa, kofshë dhe vithe;
- ekzaminimin e penisit dhe skrotumit për rrjedhje, plagë ose lytha;
- ekzaminimin e anusit për rrjedhje, ulçera, lytha ose skuqje;
- palpimin e ijëve për ënjtje ose plagë.

Palpimi duhet të kryhet me kujdes për të mos shkaktuar dhimbje, i cili përfshihet:

- palpimin e ijëve, sqetullave, qafës dhe nën nofull për nyje limfatike të rritura;
- palpimin e skrotumit për të kontrolluar testikujt, epididimisët dhe kordonin spermatik;
- ekzaminimin e penisit për skuqje, lytha ose plagë;
- tërheqjen e lafshës (kur është e pranishme) për të parë glansin dhe hapjen uretrale për rrjedhje apo lezione;
- palpimin e ulçerave gjenitale për të vlerësuar ndjeshmërinë ose indurimin.

Nëse nuk ka rrjedhje të dukshme, pacientit mund t'i kërkohet të "shtrydhë" butësisht uretrën nga baza drejt majës për të parë nëse shfaqen rrjedhje. Në fund, pacientit mund t'i kërkohet të përkulë gjunjët drejt kraharorit për të ekspozuar perineumin, vithet dhe zonën anale për ekzaminim.

Pas përfundimit, dorezat hiqen dhe si pacienti, ashtu edhe punonjësi shëndetësor duhet të lajnë duart. Të gjitha gjetjet dokumentohen si pjesë e historisë mjekësore dhe vlerësimit të rrezikut. Më pas, përdoret algoritmi përkatës i menaxhimit të sindromës së konstatuar.

Hapat për ekzaminimin e grave

- Ekzaminimi bëhet në privatësi dhe në dritë të mirë.
- Pacientja informohet për çdo hap të ekzaminimit. Në rast se punonjësi shëndetësor është mashkull, pranë duhet të jetë një shoqëruese femër. Nëse kjo nuk është e mundur, duhet marrë pëlqimi i pacientes për të vazhduar pa shoqëruese.
- Ekzaminimi gjatë menstruacioneve nuk është i kundëriindikuar. Testet për IST (p.sh. gonorea, klamidia) mund të kryhen nëse gruaja jep pëlqimin. Mund të merren mostra urine, tampon vaginal ose analiza gjaku.

Para ekzaminimit:

- Lani duart dhe vendosni doreza të pastra;
- Kërkoni nga pacientja të zhvishet nga gjoksi e poshtë;
- Vendoseni në divan në pozicion shtrirë dhe mbulojeni me çarçaf ose batanije, duke ekspozuar Vetëm pjesët që do të ekzaminohen.

Ekzaminimi përfshin:

- Kontrollin e gojës për kandidiazë orale, ulçera ose lezione të tjera;
- Inspektimin e barkut për skuqje ose ënjtje;
- Kontrollin e zonës pubike për morra, zgjebe, plagë ose nyje limfatike;
- Inspektimin e duarve, shputave, kofshëve dhe vitheve për skuqje;
- Ekzaminimin e anusit për plagë ose lytha;
- Ekzaminimin e ijëve për ënjtje ose plagë;
- Ekzaminimin e organeve gjenitale të jashtme për rrjedhje ose lezione (p.sh. lytha, kondiloma, plagë).

Palpimi kryhet me kujdes për të identifikuar ndjeshmëri ose masa në abdomen (duke përfshirë shtatzëninë). Tek femrat me dhimbje abdominale ose rrjedhje vaginale, duhet bërë ekzaminim për Sëmundjet Inflamatore të Pelvikut.

Palpimi duhet të përfshijë edhe ijët, sqetullat, qafën dhe nën nofullën për nyje limfatike të zmadhuara.

Më tej, pacientja vendoset në pozicion me gjunjët të përkulur drejt kraharorit dhe këmbët e hapura:

- Inspektohet vulva, perineumi dhe zona perianale për skuqje, plagë, lytha ose ënjtje;
- Inspektohet hapja vaginale dhe uretrale për rrjedhje apo leziona;
- Vlerësohet ngjyra, era dhe tipi i rrjedhjeit vaginal (i verdhë, i bardhë, me gjak; erë peshku; i shkumëzuar, i trashë ose ngjitës);
- Kryhet ekzaminimi bimanual (me dy gishta në vaginë dhe dorën tjetër mbi abdomen për të kontrolluar masat, ndjeshmërinë dhe lëvizshmërinë e qafës së mitrës);
- Në fund, kryhet ekzaminim me spekulum për të vizualizuar qafën e mitrës dhe mukozën vaginale.

c) Si duhet të kryhet një ekzaminim me spekulum dhe cilat janë hapat thelbësorë për të siguruar një procedurë të sigurt dhe efektive?

Ekzaminimi me spekulum është një procedurë mjekësore që përdoret për të vlerësuar gjendjen e brendshme të vaginës dhe qafës së mitrës, veçanërisht tek gratë me simptoma anogjenitale. Ky ekzaminim bëhet shpesh në kombinim me ekzaminimin bimanual si pjesë e një kontrolli gjinekologjik standard. Për t'u kryer në mënyrë të sigurt dhe efektive, duhen respektuar disa hapa:

1. Përgatitja e pacientit

- Pacientja informohet mbi procedurën, përfitimet dhe sigurohet se nëse ndjen dhimbje ose parehati, ekzaminimi do të ndërpritet.
- Sigurohet privatësi për t'u zhveshur dhe pacientja mbulohet me çarçaf gjatë ekzaminimit.
- Pacientja duhet të ketë fshikëzën bosh për më shumë rehati.

2. Përgatitja e pajisjeve

- Spekulumi metalik sterilizohet, ndërsa ai plastik duhet të jetë njëpërdorimësh.
- Sigurohen mjete të nevojshme ndihmëse: ujë i ngrohtë, doreza, shtupë, ndriçim adekuat dhe enë për mbeturina.

3. Procedura

- Spekulumi laget me ujë të ngrohtë dhe futet butësisht në vaginë ndërkohë që pacientja udhëzohet të relaksohet.
- Gjatë futjes, shmangët presioni mbi uretrën dhe klitorisin.
- Pas futjes, tehët hapen ngadalë derisa të shfaqet qafa e mitrës dhe fiksohen me vidën e spekulumit.
- Mjeku vlerëson ngjyrën dhe pamjen e qafës së mitrës, shkarkimin vaginal, gjakderdhjen, praninë e infeksioneve ose lezioneve.

4. Marrja e mostrave

- Nëse është e nevojshme, merren mostra nga qafa e mitrës, vagina ose kryhet biopsi për analiza laboratorike.

5. Përfundimi i procedurës

- Spekulumi hiqet me kujdes, duke parë edhe muret vaginale për ndryshime.

- Pacientja falënderohet, informohet se procedura ka përfunduar dhe më pas mjeku jep sqarime mbi gjetjet.

6. Pastrimi dhe higjiena

- Mjeku heq dorezat, lan duart dhe i ofron pacientit mundësinë të pastrohet e të vishet me privatësi.

Ekzaminimi me spekulum është një komponent i rëndësishëm i menaxhimit klinik të IST-ve, pasi lejon identifikimin e hershëm të infeksioneve, ulçerave, gjakderdhjeve ose lezioneve të tjera që mund të kërkojnë trajtim të menjëhershëm.

d) Si duhet të kryhet një ekzaminim me anoskop dhe cilat janë elementet kryesore të procedurës?

Anoskopia është një procedurë mjekësore që përdor një pajisje të quajtur **anoskop** për të vizualizuar kanalin anal dhe pjesën më të ulët të rektumit. Kjo procedurë shërben për të identifikuar anomali si hemorroide, inflamacion, polipe ose tumore. Për një kryerje të sigurt dhe efektive, OBSH rekomandon hapat e mëposhtëm:

1. Përgatitja e pacientit

- Pacienti informohet mbi procedurën dhe sigurohet se ajo nuk është e dhimbshme, edhe pse mund të ndjehet presion i ngjashëm me një lëvizje të zorrëve.
- Duhet të garantohet privatësi (me perde, ekran ose dhomë të mbyllur).
- Nuk kërkohet ndonjë përgatitje e veçantë si zbrazja e zorrëve; në disa raste mund të përdoret anestezik lokal 30 minuta përpara procedurës.

2. Përgatitja e pajisjeve

- Anoskopi duhet të jetë i sterilizuar.
- Pajisjet ndihmëse (lubrifikant, doreza, burim drite, shtupa me maje të mëdha) duhet të jenë gati për përdorim.

3. Procedura

- Pacienti shtrihet në pozicion lateral të majtë.
- Inspektohet zona perianale për hemorroide, lytha ose prolaps polipesh.
- Kryhet një ekzaminim dixhital rektal me gisht të lubrifikuar për të vlerësuar tonusin e sfinkterit dhe gjendjen e prostatës (tek meshkujt).
- Pas këtij hapi, anoskopi lubrifikohet dhe futet me kujdes në kanal, duke u drejtuar drejt kërthizës. Futet deri në nivelin që pacienti mund të tolerojë.
- Hiqet obturatori për të parë mukozën anale me ndihmën e dritës dhe pastrohet çdo material fekal me shtupë.
- Vlerësohet prania e gjakut, mukusit, qelbit apo indit hemorroidal.

4. Përfundimi i ekzaminimit

- Anoskopi hiqet ngadalë duke inspektuar muret e kanalit anal.
- Mjeku heq dorezat dhe lahet duart, njësoj edhe pacienti.
- Pacienti informohet mbi gjetjet dhe nëse identifikohen masa të dyshimta ose gjakderdhje, ai referohet për vlerësim gjinekologjik ose të mëtejshëm specialistik.

e) Vendosja e diagnozës së IST-ve

Roli i testeve laboratorike

Tradicionalisht, testet laboratorike janë përdorur për të mbështetur parandalimin dhe kontrollin e IST-ve, duke shërbyer për:

- Sigurimin e një **diagnoze përfundimtare** dhe mundësimin e trajtimit të drejtuar nga shkaku;
- Ofrimin e **skringut për individë asimptomatikë** me rrezik të lartë infektimi;
- Grumbullimin e **informacionit statistikor** mbi përhapjen e infeksioneve të ndryshme;
- Përcaktimin e **ndjeshmërisë antimikrobike** të organizmave shkaktarë;
- Ndihmën në **menaxhimin e partnerëve seksualë**.

Procesi ideal i diagnostikimit

Në mënyrë ideale, çdo individ që paraqitet me gjendje të dyshuar për IST duhet të kalojë përmes një procesi diagnostikues që përfshin:

- Marrjen e **historisë mjekësore dhe seksuale**;
- **Ekzaminimin fizik**;
Testimi dhe trajtimi i IST-ve kryhet vetëm pas pëlqimit të informuar të pacientit, duke u siguruar që ai/ajo e kupton qëllimin, përfitimet, rreziqet dhe alternativat e trajtimit.
- **Testimin laboratorik** të mostrave relevante (lezion, gjak ose urinë).

Diagnoza përfundimtare arrihet përmes një kombinimi të:

- Mikroskopisë direkte (në sindroma me rrjedhje gjenitale),
- Kulturës së mikroorganizmave si *Neisseria gonorrhoeae*,
- Testimit serologjik (p.sh. për sifilisin dhe HIV-in),
- Metodave të detektimit molekular.

Shtirja e këtyre shërbimeve varet nga niveli i kujdesit shëndetësor, burimet financiare dhe humane, si dhe aftësitë profesionale. Është e nevojshme të ekzistojë një mekanizëm referimi drejt niveleve më të specializuara për rastet e rikthimit, infeksione të vazhdueshme ose prezantime klinike jo të zakonshme.

Kufizimet në vendosjen e diagnozës

Në shumë vende, sidomos aty ku barra e IST-ve është më e lartë, ekzistojnë kufizime serioze, si:

- Mungesa e testeve të përbalueshme,
- Kapacitet i pamjaftueshëm i laboratorëve dhe i teknikëve,
- Mungesë e reagentëve dhe kosto e lartë e sigurimit të tyre,
- Kërkesa të mëdha financiare për programe dhe për pacientët,
- Vonesë në fillimin e trajtimit kur pritet rezultati laboratorik.

Roli i testeve të shpejta (point-of-care tests)

- Testet e shpejta, të përbalueshme dhe të disponueshme në pikën e kujdesit, përfaqësojnë një përparim të rëndësishëm për diagnostikimin e IST-ve.
- Këto janë veçanërisht të dobishme për gratë me rrjedhje vaginale, pasi kjo simptomë nuk është gjithmonë tregues i gonorrësë apo klamidias.
- Ulçerat gjenitale do të përfitonin shumë nga teste të tilla, duke qenë se shumica shkaktohen nga infeksione virale (HSV-2).
- Testet e shpejta për gonorre dhe klamidi janë aktualisht të shtrenjta dhe me ndjeshmëri/specifikitet të ulët, duke rrezikuar besueshmërinë diagnostike.

- Testet e shpejta për **sifilisin (testi treponemal)** janë të lira dhe të besueshme, duke mundësuar qasjen “**screen and treat**” në të njëjtën ditë.
- Gjithashtu, **testet e dyfishta për HIV dhe sifilis** rrisin qasjen në diagnostikim dhe trajtim.

Qasja sindromike

Në mungesë të testeve diagnostike, është zhvilluar dhe adoptuar në shumë vende **qasja sindromike** për menaxhimin e IST-ve.

- Ajo bazohet në identifikimin e **grupeve të qëndrueshme të simptomave dhe shenjave lehtësisht të njohshme (sindromat)**.
- Trajtimi jepet për patogjenët më të zakonshëm ose më seriozë që shkaktojnë sindromën përkatëse.
- Kjo qasje ka **ndjeshmëri të lartë**, por shpesh në dëm të **specifikitetit**, duke sjellë **mbi-trajtimin** e disa rasteve.
- Krahasuar me diagnostikimin vetëm përmes pamjes klinike (p.sh. ulçera gjenitale), qasja sindromike është më shkencore dhe më e besueshme, pasi studimet tregojnë se gjykimi klinik i vetëm ka ndjeshmëri të ulët.
- OBSH ka zhvilluar **skema të thjeshtuara (flow charts)** për të ndihmuar punonjësit shëndetësorë në zbatimin e qasjes sindromike, të cilat mund të përshtaten sipas të dhënave dhe resurseve lokale.

f) Edukimi shëndetësor dhe këshillimi

Personat që kërkojnë kujdes për IST shpesh janë të shqetësuar për gjendjen e tyre dhe si rrjedhojë, pranojnë më mirë mesazhe edukative sesa në situata të tjera. Kjo lidhet me faktin se ata bëhen më të vetëdijshëm për cenueshmërinë e tyre ndaj infeksioneve. Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të shfrytëzojnë këtë moment për t'i edukuar pacientët mbi IST-të, përfshirë HIV-in, mënyrat e transmetimit dhe të shmangies së tyre.

Këshillimi u mundëson pacientëve të vlerësojnë rrezikun personal, të marrin përgjegjësi për uljen e tij, të ndryshojnë sjelljet seksuale dhe të fillojnë përdorimin e metodave parandaluese, si prezervativi mashkullor dhe femëror.

- **Edukimi shëndetësor** nënkupton ofrimin e informacionit të saktë dhe të bazuar në prova, në mënyrë që individi të jetë i informuar dhe të marrë vendime të ndërgjegjshme.
- **Këshillimi** është një ndërveprim i dyanshëm mes pacientit dhe ofruesit, që synon të ndihmojë pacientin të kuptojë më mirë ndjenjat, qëndrimet, vlerat dhe besimet e tij, duke e fuqizuar të ndërmarrë ndryshime për një jetë të shëndetshme.

Mesazhet kryesore që duhet theksuar gjatë këshillimit janë:

- Si është marrë infeksioni;
- Si të parandalohen infeksionet e ardhshme;
- Rëndësia e përfundimit të trajtimit dhe abstinimi nga marrëdhëniet seksuale derisa trajtimi të përfundojë dhe infeksioni të kontrollohet ose shërohet.

Nëse abstinimi nuk është i mundur, përdorimi i prezervativit duhet të rekomandohet fuqishëm. Gjithashtu, gjatë vizitës duhet të ofrohet **skrining për infeksione të tjera**, sidomos për HIV dhe sifiliz, pasi ekzistojnë teste të shpejta për të dyja.

g) Njoftimi dhe trajtimi i partnerëve

Çdo person me IST e ka marrë infeksionin nga një partner seksual, i cili gjithashtu është i infektuar. Po ashtu, që nga momenti i infektimit, pacienti ka qenë burim transmetimi për partnerët e tjerë. Prandaj, **zinxhiri i transmetimit mund të ndërpritet vetëm nëse trajtohen të gjithë partnerët seksualë përpara se të kenë marrëdhënie të tjera seksuale.**

Shumë IST (gonorrea, klamidia, sifilizi, HIV) shpesh janë **asimptomatike**, ndaj partnerët mund të mos jenë të vetëdijshëm për infeksionin. Në këtë rast, njoftimi i partnerëve është një mjet i rëndësishëm për të zbuluar dhe trajtuar individët e infektuar.

Megjithatë, disa infeksione të traktit riprodhues **nuk transmetohen seksualisht**, si bakteret që shkaktojnë vaginozën bakteriale. Edhe pse *Candida albicans* mund të transmetohet seksualisht, ajo nuk klasifikohet si IST dhe partnerët nuk kanë nevojë për trajtim, përveçse nëse kanë simptoma. Për këtë arsye, **njoftimi i partnerëve duhet të bëhet me kujdes**, veçanërisht te gratë me rrjedhje vaginale, pasi shkaktori mund të mos jetë një patogjen seksualisht i transmetueshëm.

Metodat kryesore të njoftimit të partnerëve janë:

- **Referimi nga pacienti:** pacienti merr një kartë ose udhëzim për t'ia dorëzuar partnerëve, duke i ftuar ata të bëjnë kontroll dhe trajtim.
- **Referimi nga ofruesi:** ofruesi i shëndetit merr të dhënat e kontaktit nga pacienti dhe përpiqet të kontaktojë partnerët.
- **Terapia e përshpejtuar e partnerit (Expedited Partner Therapy):** pacientit i jepet recetë ose barna për t'ia dhënë partnerit, pa e parë partnerin vetë ofruesi.
- **Referimi kontraktual:** pacienti bie dakord me ofruesin që do të kontaktojë partnerin brenda një kohe të caktuar; nëse kjo nuk ndodh, ofruesi merr përsipër kontaktimin.

Në të gjitha rastet duhet respektuar **konfidencialiteti, qasja jo-gjykes dhe mungesa e detyrimit**. Edukimi dhe këshillimi janë thelbësorë që pacientët të ndihen të aftë për të njoftuar partnerët e tyre.

h) Ndjekja dhe referimi i personave me IST

OBSH rekomandon që personat me IST të marrin **trajtim të menjëhershëm** dhe që çdo test diagnostik të mos vonojë dhënien e trajtimit. Kjo ndihmon në:

- Ndërprerjen e zinxhirit të transmetimit,
- Parandalimin e komplikimeve,
- Reduktimin e pasojave afatgjata.

Trajtimi gjatë së njëjtës vizitë ul rrezikun e transmetimit dhe është veçanërisht i rëndësishëm kur ofrohen terapi me dozë të vetme. Nëse barnat jepen dhe rezultatet e testeve janë të disponueshme në të njëjtën ditë, **kontrolli i mëvonshëm kërkohet vetëm në rast të simptomave të vazhdueshme.**

Situatat ku ndjekja është e domosdoshme përfshijnë:

- Femër me sëmundje inflamatore të pelvikut të trajtuar në mënyrë ambulatorë,
- Të porsalindur me oftalmi neonatal (për të parandaluar humbjen e shikimit),
- Pacientë me simptoma të përsëritura ose që nuk shërohen pas trajtimit,

Në raste të tilla, ofruesi duhet të përcaktojë nëse bëhet fjalë për:

- **Moszbatim të terapisë** (p.sh., trajtimet 7–21 ditore),
- **Riinfektim** (marrëdhënie pa prezervativ me partner të patrajtuar ose të ri),
- **Rezistencë antimikrobike** (veçanërisht tek gonorea dhe *Mycoplasma genitalium*),
- **Prani të një infeksioni tjetër të patrajtuar** (p.sh., *T. vaginalis*).

Nëse është e nevojshme, pacienti duhet të referohet në një nivel më të specializuar të kujdesit, si te specialistë të sëmundjeve infektive, urologë, gjinekologë, kirurgë kolorektalë ose laboratorë me kapacitete për teste të rezistencës.

5.4 Cilat teste diagnostike rekomandohen për personat asimptomatikë dhe simptomatikë me IST ?

Identifikimi i saktë i IST-ve si tek personat asimptomatikë, ashtu edhe tek ata simptomatikë, si dhe përmirësimi i ndjeshmërisë dhe specifitetit të qasjes sindromike, varen kryesisht nga disponueshmëria e testeve diagnostike dhe nga strategjitë e skriningut. Edhe pse ekzistojnë teste diagnostike me cilësi të lartë për IST, ato shpesh janë shumë të shtrenjta, kërkojnë kohë dhe punë intensive, dhe në shumicën e rasteve nuk janë të përshtatshme për përdorim si teste të shpejta në pikën e kujdesit (point-of-care).

Testet standarde me nivele të larta ndjeshmërie dhe specifikimi përdoren përgjithësisht për të zhvilluar grafikë rrjedhës të menaxhimit dhe për t'i vlerësuar dhe përmirësuar më pas ato, por këto teste zakonisht nuk janë të disponueshme për menaxhimin e përditshëm të njerëzve me IST.

Për të siguruar qasje të barabartë, testet diagnostike duhet të jenë:

- a) Të përbalueshme;
- b) Të ndjeshme dhe specifike;
- c) Të lehta për t'u përdorur;
- d) Të shpejta dhe të qëndrueshme;
- e) Të mos kërkojnë pajisje të sofistikuara dhe të jenë të lehta për shpërndarje.

Gjithashtu, ato duhet të jenë të pranueshme për pacientët, çka zakonisht arrihet duke e bërë procedurën sa më pak invazive.

Aktualisht, megjithatë, ekzistojnë kompromise:

- **Testet e amplifikimit të acidit nukleik (NAAT)** kanë ndjeshmëri dhe specifitet shumë të lartë dhe mund të kryhen edhe me mostra jo-invazive si urina. Por, ato zakonisht zgjasin 3–4 orë, janë të kushtueshme dhe realizohen në laboratorë, jo drejtpërdrejt në qendrat ku pacientët paraqiten me simptoma.
- **Testet e shpejta imunokromatografike** janë më pak të ndjeshme, por japin rezultate brenda 30 minutash ose më pak.

Testet e shpejta për sifilis:

Ekzistojnë disa teste të shpejta për skringun e sifilisit, të cilat përdorin gjak të plotë, plazmë ose serum dhe japin rezultate brenda 5–30 minutash. Gjithashtu, kombinimi i testit të shpejtë për HIV dhe sifilis (testi dual HIV-sifilis) ofron mundësi për të rritur qasjen në testim. Ky test ka ndjeshmëri dhe specifitet të lartë, është më kosto-efektiv se një test i vetëm, dhe kërkon vetëm një shpim të thjeshtë gishti.

Testet tradicionale të shpejta që janë ende në përdorim përfshijnë:

- Mikroskopinë (Gram stain, preparatet e freskëta dhe mikroskopinë në fushë të errët),
- Testet e pH me shirita,
- Testin e “Whiff” me tretësirë hidroksid kaliumi,
- Testin RPR për Sifilis.

5.5 Cili është roli i mikroskopisë në diagnostikimin e IST dhe infeksioneve të tjera të traktit riprodhues?

Mikroskopia ka një rol të rëndësishëm në diagnostikimin e IST-ve dhe infeksioneve të tjera të traktit riprodhues, pasi ofron një metodë të shpejtë, të thjeshtë dhe relativisht të lirë për identifikimin e mikroorganizmave.

- **Mikroskopia e dritës** përdoret gjerësisht për të studiuar mikroorganizmat. Me ngjyrosjen Gram, ajo ndihmon në diagnostikimin paraprak të gonorresë duke zbuluar diplokokët gram-negativë brenda leukociteve polimorfonukleare. Gjithashtu, është e dobishme për diagnostikimin e vaginozës bakteriale kur në mostrat vaginale shihet ulje e laktobacileve gram-pozitive dhe shtim i bakteve të tjera. Mikroskopia me preparat të lagësht përdoret për identifikimin e **Trichomonas vaginalis**, që shkakton trikomoniazën.
- **Mikroskopia me fluoreshencë** përdoret për të identifikuar *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis* dhe virusin herpes simplex (**HSV**).

- **Mikroskopia me fushë të errët** përdoret për diagnostikimin e sifilisit përmes identifikimit të **Treponema pallidum**. Kjo metodë nuk rekomandohet për mostra të marra nga goja, sepse aty gjenden shpesh spiroketa jo-patogjene.

5.6 Cili është qëllimi dhe arsyeja për përdorimin e rekomandimeve të standardizuara për trajtimin e IST-ve

Trajtimi i saktë dhe efektiv i infeksioneve seksualisht transmissive (IST), synon dhenjen dhe marrjen në të njëjtën ditë gjatë kontaktit të parë midis pacientit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor, dhe është një masë e rëndësishme e shëndetit publik për kontrollin e IST-ve, pasi synon të ndërpresë zinxhirin e transmetimit të infeksionit pa vonesë.

5.7 Si zbatohet qasja sindromike për menaxhimin e IST-ve?

a) Çfarë është një diagram rrjedhës (flow chart)?

- Diagrami rrjedhës është një hartë diagramatike që udhëzon përmes një serie veprimesh dhe vendimesh për zgjidhjen e një problemi, si menaxhimi i IST-ve.
- Të gjitha diagramet rrjedhëse kanë elementët bazë: pikën e hyrjes (simptomi që prezantohet), vendimin dhe veprimin, shpesh përfshirë trajtimin, këshillimin, edukimin shëndetësor, promovimin e kondomit ose referimin e pacientit.

b) Si përdoret një diagram rrjedhës nga profesionisti shëndetësor?

- Kur identifikohet një problem klinik, profesionisti shëndetësor kthehet tek diagrami i duhur dhe ndjek vendimet dhe veprimet që ai sugjeron.
- Çdo diagram rrjedhës përfshin tre hapa kryesorë:
 1. Simptomi klinik (pika e hyrjes)
 2. Vendimi për të marrë, zakonisht duke përgjigjur “po” ose “jo”
 3. Veprimi që duhet ndërmarrë, si trajtim, këshillim, edukim shëndetësor, promovim i kondomit ose referim, sipas nevojës.

c) Simbolet standarde të diagramit rrjedhës dhe kuptimi i tyre

- **Rrethi i rrumbullakët (rounded rectangle):** Identifikon fillimin ose fundin e procesit, zakonisht simptomat e pacientit.
- **Rektangulli (process symbol):** Tregon një veprim që duhet kryer, për shembull “ekzamino pacientin”.
- **Diamanti (decision symbol):** Tregon një vendim, nga i cili rrjedhin dy ose më shumë rrugë, në varësi të përgjigjes “po” ose “jo”.
- **Shigjeta (arrow):** Tregon kalimin e procesit nga një simbol te tjetri. Linjat mund të jenë të plota ose të ndërprera, me kuptim të përcaktuar në legjendë.

d) Si përdoret ne praktike një diagram rrjedhës?

- Niseni nga kutia e simptomës klinike dhe ndiqni hapat një nga një deri te kutia e daljes në fund të degës.

- Shigjetat që dalin nga kutia e vendimit udhëzojnë për veprimet që duhen ndjekur deri në kutinë përfundimtare.

5.8 Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjes uretrale?

Shkaqet më të shpeshta:

- **Gonorrea** (*Neisseria gonorrhoeae*)
- **Klamidia** (*Chlamydia trachomatis*)
- ***Trichomonas vaginalis**
- Infeksione të tjera më pak të zakonshme: *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, viruse (HSV).

Diagnostikimi:

- Anamnezë dhe ekzaminim klinik.
- Mikroskopi, kulturë ose teste molekulare (PCR) nëse janë të disponueshme.
- Testim për IST të tjera (p.sh. HIV, sifiliz, HBV).

Trajtimi empiric (sipas OBSH-së):

- **Ceftriakson 500 mg IM, dozë e vetme**
- **+ Doksiciklinë 100 mg, 2 herë në ditë për 7 ditë**
(Alternativë: *Azitromicinë 1 g, dozë e vetme nëse doksiciklina nuk mund të përdoret*).
- **Trajtimi i partnerëve seksualë** – të gjithë partnerët e 60 ditëve të fundit duhet të testohen dhe/ose trajtohen.

Këshillimi dhe parandalimi

- Shpjegim mbi IST, përdorim i prezervativëve.
- Testim dhe ri-vlerësim pas 3 muajsh për ri-infeksion.

5.9 Sindroma e rrjedhjes uretrale

Rrjedhja uretrale tek burrat shkaktohet zakonisht nga *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis* dhe/ose patogjenë jo-gonokokë dhe jo-klamidialë, siç janë *M. genitalium* dhe *T. vaginalis*. Prevalenca e secilit prej këtyre patogjenëve ndryshon gjeografikisht dhe sipas grupit të popullsisë.

a.) Prezentimi klinik-simptomat

Meshkujt me uretrit (inflamacion i uretrës) paraqiten me rrjedhje uretrale me ose pa dizuri (dhimbje gjatë urinimit). Herë pas here, dizuria ose kuarja në majë të uretrës mund të jenë të vetmet simptoma.

b.) Gjetjet e ekzaminimit – shenjat

Shumica e meshkujve me uretritë kanë rrjedhje nga uretra, të cilat mund të variojnë nga sasi të pakta, në të bollshme dhe në përbërje nga seroze (kthjellët) në purulente (turbullt). Dallimi midis rrjedhjeve të shkaktuara nga gonorea, klamidia ose ndonjë shkak tjetër i uretritit nuk është klinikisht i mundur.

c.) Diagnoza laboratorike

Detektimi molekular -NAAT është standardi aktual më i mirë për përcaktimin e *C. trachomatis* dhe *N. gonorrhoeae* tek meshkujt dhe femrat. Edhe për mostrat nga faring dhe regjioni anorektal, NAAT funksionon mirë për *C. trachomatis* dhe *N. gonorrhoeae*.

d.) Mostrat për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* për analiza molekulare

Urina e marrë në momentin e parë ose një strisho uretrale mund të përdoret për *C. trachomatis* dhe *N. gonorrhoeae*. Analiza NAAT për *N. gonorrhoeae* nga mostrat anorektale dhe faringut është gjithashtu e mirë, por ekziston mundësia për reaksion të kryqëzuar me *Neisseria* spp. të zakonshmet, veçanërisht në faring.

e.) Mostrat për *M. genitalium*

M. genitalium shkakton uretrit. NAAT ofron metodën më të mirë për zbulimin e *M. genitalium* nga urina e parë tek meshkujt. Testimi i *M. genitalium* nuk është ende gjerësisht i disponueshëm.

e.) Mostrat për *T. vaginalis*

NAAT ka ndjeshmërinë më të lartë nga të gjitha metodat diagnostikuese për zbulimin e *T. vaginalis*. Urina mund të përdoret për disa analiza, por mostrat e mbetura të tamponit gjenital të përdorura për diagnostikimin e klamidisë dhe gonoresë duke përdorur NAAT janë gjithashtu mjaft të mira për zbulimin e acideve nukleike të *T. vaginalis*.

f.) Metodat e kulturës

Kultivimi i *Neisseria gonorea* mbetet metoda standard për testimin e ndjeshmërisë ndaj antimikrobikëve. Sidoqoftë, ky shkaktar kërkon kushte të veçanta për rritje në laborator, duke përfshirë metodologji të specializuara dhe një mjedis të vecante të kultivimit.

g.) Mikroskopia

N. gonorrhoeae mund të identifikohet me anë të mikroskopit me dritë të mostrave të ngjyrosura sipas Gram dhe një diagnozë e supozuar e gonoresë bëhet nëse diplokokët gram-negativë vërehen në mënyrë intraqelizore në leukocitet polimorfonukleare, gjë që shihet më mirë kur ka një rrjedhje uretrale.

g.) Rekomandime për menaxhimin e rrjedhjes nga uretra

Për njerëzit me simptoma të rrjedhjes uretrale nga penisi, menaxhimi duhet të bazohet në rezultatet e testeve molekulare të cilësisë së lartë. Në vendet ku ka kufizime në disponueshmërinë e testeve molekulare ose laboratorët, ose në mungesë të kapacitetit laboratorik, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) rekomandon përdorimin e trajtimit syndromik për të siguruar trajtim të menjëhershëm gjatë vizitës.

(Rekomandim i fortë; prova me siguri të moderuar)

h.) Praktika e mirë klinike përfshin:

- Marrje të anamnezës mjekësore dhe seksuale, duke përfshirë vlerësimin e rrezikut për infeksione seksualisht transmissive (IST);
- Kryerjen e ekzaminimit fizik të zonave gjenitale dhe anal, për të vlerësuar shenjat klinike;
- Ofrimin e testeve për HIV dhe sifilis, si dhe shërbime të tjera të parandalimit, sipas udhëzimeve të rekomanduara.

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Kushtet ose mjediset ku kryhen teste molekulare me cilësi të garantuar në një laborator të pajisur me sistem të avancuar menaxhimi të cilësisë dhe me rezultatet të gatshme brenda të njëjtës ditë të vizitës

(Rekomandim i fortë;prova me siguri të moderuar)

i.) OBSH rekomandon si në vijim:

1. Kryeni analiza molekulare si testet e amplifikimit të acidit nukleik (NAAT) për të konfirmuar ose përjashtuar *Neisseria gonorrhoeae* dhe *Chlamydia trachomatis*.
2. Trajtoni sipas rezultateve të analizës në të njëjtën ditë. Nëse rrjedhja është e pranishme, por testet janë negative, trajtoni uretritit jogonokokal dhe jo-klamidial (sic është *Mycoplasma genitalium* ose *Trichomonas vaginalis*).
3. Kur trajtimi i bazuar në analizat molekulare nuk është i realizueshëm në të njëjtën ditë të vizitës, OBSH rekomandon menaxhimin sindromik të infeksionit me *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* dhe duke përdorur rezultatet e testit për të mbështetur menaxhimin e partnerit kur testet janë në dispozicion.
4. Të trajtohen njerëzit me rrjedhje të përsëritura ose të vazhdueshme nga uretra bazuar në një analizë të përsëritur molekulare (siç është NAAT) pas 21 dite, kjo përfshin testimin për *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis* si dhe testimin për reistencë antimikrobiale të *N. gonorrhoeas*.

Kushte (Mjediset) në të cilat trajtimi brenda ditës nuk është i realizueshëm me testime molekulare ose me testime molekulare të kufizuara ose pa testime fare.

(Rekomandim i kushtëzuar; prova me siguri të ulët)

i.i) OBSH rekomandon si më poshtë:

1. Trajtoni njerëzit që kanë rrjedhje uretrale të konfirmuara në ekzaminimin për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* në të njëjtën ditë.
2. Trajtoni njerëzit me rrjedhje të përsëritura ose të vazhdueshme uretrale në rast të dështimit të trajtimit duke u bazuar në udhëzimet dhe rishikimin e OBSH-së.

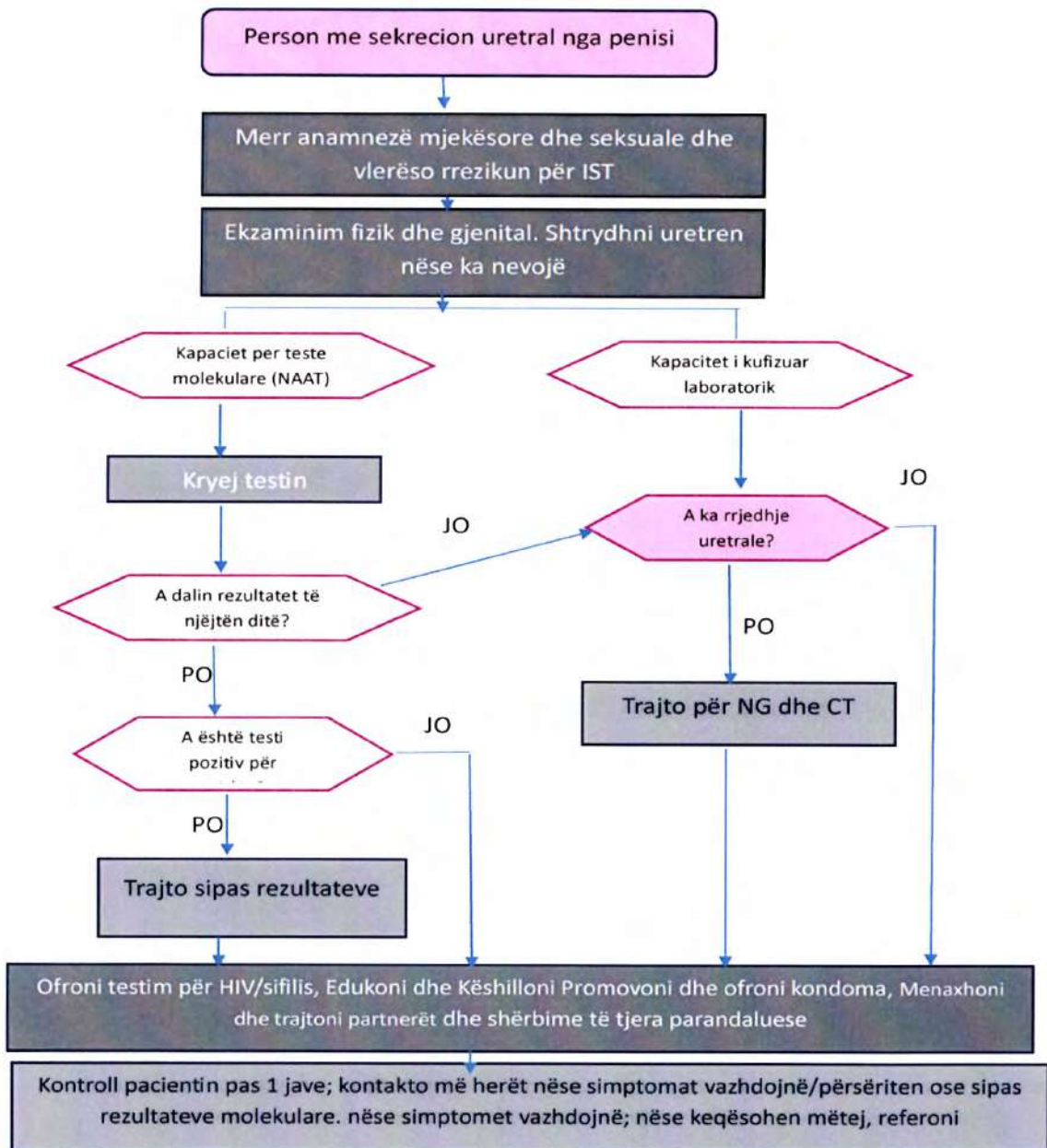
(Rekomandim i kushtëzuar; prova me siguri të ulët)

i.) Praktika e mirë përfshin:

- Nëse simptomat vazhdojnë gjatë rishikimit, kontrolloni njohëtimin të partnerit dhe historia e trajtimit; dhe
- Për njerëzit me rrjedhje të përsëritura ose të vazhdueshme uretrale, referimi i njerëzve në një qendër me kapacitet laboratorik për të diagnostikuar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* dhe *T. Vaginalis* dhe për të testuar për rezistencë antimirkobile të *N. gonorrhoeae* dhe *M. genitalis*

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Algoritmi 1. Diagrami për menaxhimin e rrjedhjes uretrale nga penisi

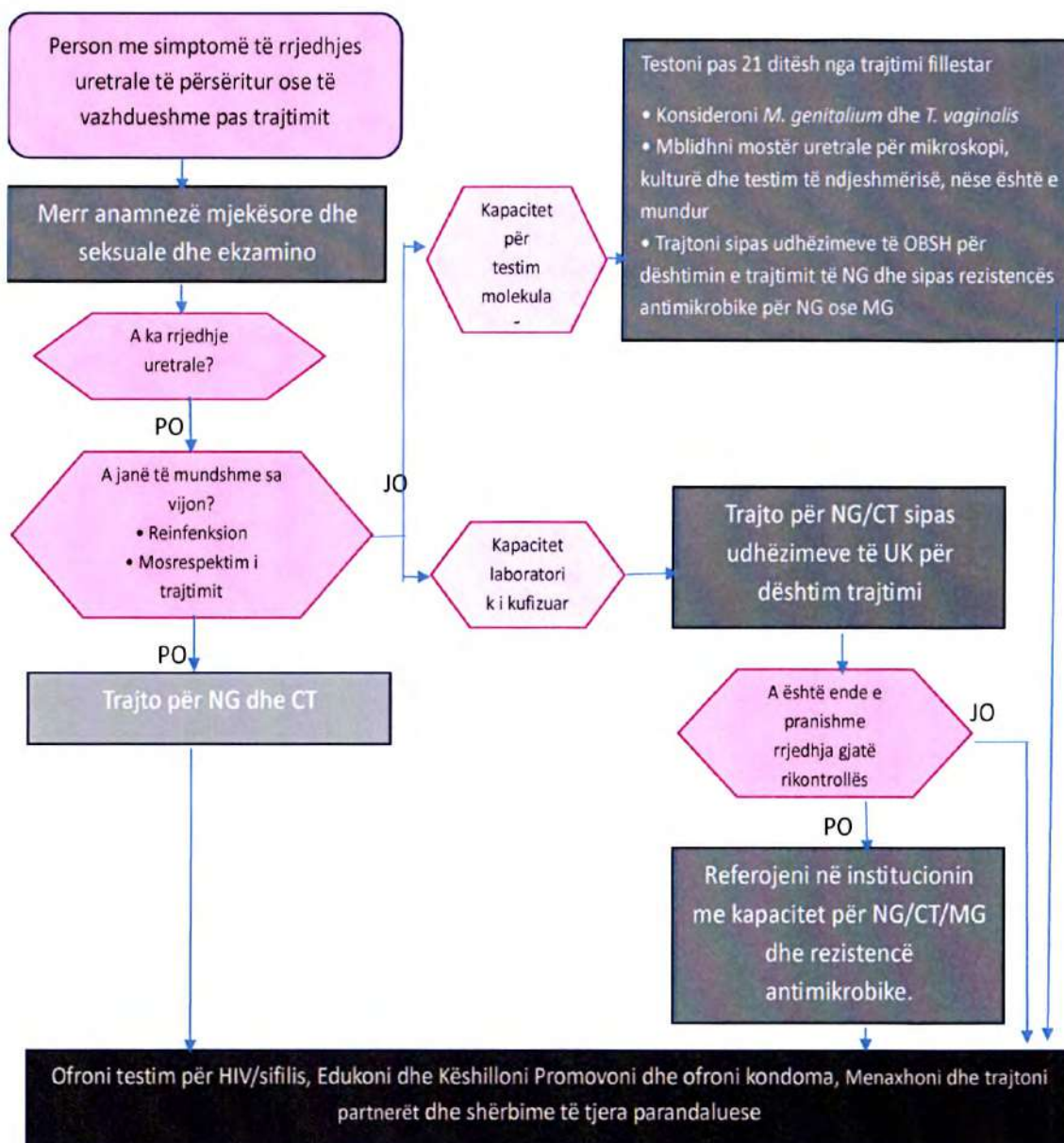


NG, N.gonorrhoeae; CT, C. trachomatis.

* Nëse është kryer analiza molekulare dhe rezultatet nuk janë të disponueshme në të njëjtën ditë, rishikoni trajtimin sindromik të dhënë fillimisht sipas rezultateve të testit kur të jenë të disponueshme.

Nëse testi është negativ, por ka rrjedhje uretrale, trajtojeni për uretritit jo-gonokoksik/jo-klamidial (siç është M. genitalium, T. vaginalis ose virusi herpes simplex).

Algoritmi 2. Diagrami për menaxhimin e rrjedhjes për meshkujt me rrjedhje uretrale të vazhdueshme ost të përsëritura



NG, *N. gonorrhoeae*; CT, *C. trachomatis*; MG, *M. genitalium*.

j.) Rekomandime për trajtimin e rrjedhjes uretrale

Bazuar në rekomandimet në algoritmin 1, trajtimi sindromik për rrjedhjen uretrale bazohet në trajtimin e përbashkët për infeksionet gonokoksike dhe klamidiale. Mund të bëhen modifikime të tjera në varësi të disponueshmërisë së testeve molekulare diagnostike.

Menaxhimi i njerëzve me rrjedhje uretrale të përsëritura ose të vazhdueshme si në algoritmin 2 do të kërkojë përjashtimin e ri-infeksionit duke marrë një histori të plotë seksuale. Kur kjo të jetë bërë, mund të merret në konsideratë trajtimi shtesë për *M. genitalium* dhe *T. vaginalis*.

Udhëzimet e OBSH-së mbi *Neisseria gonorrhoea* japin rekomandime se si të trajtohen dështimet e dukshme të trajtimit tek njerëzit me infeksione gonokoksike.

Tabela 3. Trajtimi i rekoamdnuar për rrjedhje uretrale

<ul style="list-style-type: none"> • Terapia për <i>Neisseria gonorrhoeae</i> të pakomplikuar Plus • Terapia për <i>Chlamydia trachomatis</i> 		
Infeksionet e përfshira	Ospionet e linjës së parë	Zëvendësues efektiv
Në raste ku nuk kemi të dhëna për rezistencë ndaj antimikrobikëve, sipas OBSH-së rekomandohet trajtimi i dyfishtë për gonorenë		
N. Gonorrhea	Ceftriaxone 250 mg, intramuskular -si dozë e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram, oral -si dozë e vetme	Cefixime 400 mg, oral - dozë e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram, oral, dozë e vetme
C.Trahomatis	Doxycycline 100 mg, oral, 2 herë në ditë-7 ditë Të ipet vetem nëse në terapin për gonorea nuk është përfshirë Azitromicina	Azithromycin 1 gram, oral, si dozë e vetme ose Erythromycin 500 mg, oral, 4 herë në ditë -7 dite ose Ofloxacin 200–400 mg, oral,2 herë në ditë - 7 days. (Të ipet vetem nëse në terapinë për gonorea nuk është përfshirë Azitromicina)
Në raste ku kemi të dhëna për ndjeshmerinë e <i>N. gonorrhoeae</i> ndaj agjentit antimikrobik, atëherë sipas OBSH-se rekomandohet terapia e vetme si më poshtë:		
N. Gonorrhea	Ceftriaxone 250 mg, intramuskular -si dozë e vetme	Cefixime 400 mg, oral - dozë e vetme ose Spectinomycin 2 gr intramuscular si doze e vetme (disponueshmëria e bën këtë antibiotic të pa përshtatshëm)
Trajtimi për anaerobet duhet të përfshihet në njërin nga opsionet e trajtimit të mësipërme.		
Anaerobet	Metronidazol 400 ose 500 mg oral 2x1 -14 dite	

Për shkak të rritjes së rezistencës antimikrobike ndaj azitromicinës në *N. gonorrhoeae* dhe *M. genitalium* dhe ndjeshmërisë së reduktuar ndaj *N. gonorrhoeae* të cefalosporinat, OBSH është në proces të rishikimit të rekomandimeve dhe dozave aktuale të trajtimit.

5.10 Cilat janë shkaqet dhe si menaxhohet sindroma e rrjedhjes vaginale?

Simptomat vulvovaginale janë ndër arsyet më të shpeshta për vizitat e grave në qendrat shëndetësore. Ato përfshijnë rrjedhje vaginale që perceptohet si e pazakontë, irritim ose kruajtje në zonën vulvare. Simptoma të tjera mund të jenë lezionet ose gunga vulvovaginale, si dhe raste të kancerit, veçanërisht të qafës së mitrës – por këto nuk trajtohen në këtë udhërrëfyes.

Shkaqet më të zakonshme të rrjedhjes vaginale janë:

- Vaginoza bakteriale,
- Infeksioni me *Trichomonas vaginalis*, dhe
- Infeksioni me *Candida albicans*.

Tek femrat pas pubertetit, infeksionet me *Neisseria gonorrhoeae* dhe *Chlamydia trachomatis* zakonisht prekin endocerviksin dhe jo vaginën. Për këtë arsye, rrjedhja vaginale mund të mungojë. Megjithatë, këto infeksione shpesh janë të pranishme pa anomali të dukshme klinike në qafën e mitrës. Kur ka ndryshime në qafën e mitrës për shkak të infeksionit me *C. trachomatis* ose *N. gonorrhoeae*, ato shfaqen si rrjedhje mukopurulente ose si inflamacion dhe fragilitet i qafës.

Në kontekstin e infeksioneve seksualisht transimive (IST), duhet theksuar se rrjedhja vaginale është tregues më i mirë për infeksionet vaginale, por nuk është shenjë e besueshme për infeksionin cervical të shkaktuar nga *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis*.

Sfida kryesore për një ofrues shëndetësor që konsulton një grua me rrjedhje vaginale është të përcaktojë shkakun, duke pasur parasysh se ato mund të kenë burim infektiv ose jo-infektiv.

Ky seksion përmbledh gjetjet e rishikimit sistematik dhe ofron rekomandime për menaxhimin e rasteve me rrjedhje vaginale të pazakontë.

5.11 Trichomoniasis (*T. vaginalis*)

Trichomonas vaginalis është një protozoar i transmetuar seksualisht që mund të infektojë vaginën, uretrën dhe gjëndrat parauretrale tek gratë. Shumë gra mbeten asimptomatike, por më shumë se 50% e të infektuarave zhvillojnë rrjedhje vaginale.

- **Simptomat klinike:**
Rrjedhje vaginale e pazakontë; rreth 50% e grave raportojnë kruajtje vulvare. Rrjedhja shpesh është me ngjyrë të verdhë dhe me karakter purulent.
- **Shenjat në ekzaminim:**
Eritemë dhe edemë vulvare. Në ekzaminimin me spekulum, rrjedhja është e ndryshueshme në ngjyrë, zakonisht e verdhë ose jeshile dhe me pamje të shkumëzuar. Qafa e mitrës mund të paraqesë hemorragji të vogla (“cerviks në formë lule dredhëze”), një shenjë karakteristike por e rrallë e trichomoniasis.
- **Testet molekulare:**
Testet e amplifikimit të acidit nukleik (NAAT) kanë ndjeshmërinë më të lartë. Mostrat vaginale janë të preferuara, por mund të përdoren edhe mostra endocervikale ose mostra të urinës.
- **Mikroskopia:**
Ekzaminimi “wet mount” mund të përdoret, por mostrat duhet të analizohen brenda 10 minutave për të identifikuar trichomonadet motile.
- **Kultura:**
Ka qenë metoda standarde para zhvillimit të testeve moderne. Rezultatet zakonisht kërkojnë deri në 7 ditë për të konfirmuar infeksionin.

Tabela nr. 4-Përmbledhje praktike – Trichomoniasis (*Trichomonas vaginalis*)

Elementi diagnostikues	Përshkrimi
Simptomat kryesore	Rrjedhje vaginale e pazakontë (shpesh e verdhë, jeshile dhe e shkumëzuar), kruajtje vulvare, djegie.
Shenjat klinike	Eritemë dhe edemë vulvare; rrjedhje e verdhë/jeshile e shkumëzuar; qafa e mitrës mund të ketë hemorragji të vogla (“cerviks në formë lule dredhëze”).
Mikroskopia	Wet mount → identifikon trichomonadet motile (brenda 10 minutash).
Testet molekulare	NAAT → metoda me ndjeshmërinë më të lartë; mostra vaginale e preferuar.
Kultura	Ishte standardi më parë; rezultatet brenda 7 ditësh.

5.12 Kandidiazë (*Candida albicans*)

Kandidiaza vaginale shkaktohet kryesisht nga *Candida albicans* (~90%). Pjesa tjetër e infeksioneve shkaktohet nga speciet jo-albicans, si *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* dhe *C. parapsilosis*.

- **Simptomat klinike:**
Kruajtje dhe djegie vulvare, dispareuni (dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale) dhe dizuri (dhimbje gjatë urinimit). Rrjedhja karakterizohet si e trashë, e bardhë ose kremoze, shpesh e ngjashme me “djathë të freskët”.
- **Shenjat në ekzaminim:**
Vulva paraqitet e eritematoze dhe e ënjtur. Rrjedhja është e trashë, e bardhë ose kremoze, ndërsa qafa e mitrës zakonisht mbetet normale.

- **Mikroskopia:**
pH vaginal zakonisht 4.0–4.5. Preparati me ngjyrosje Gram tregon speciet *Candida*. Testi me KOH 10% ndihmon në identifikimin e majave me filamente germinuese.
- **Kultura:**
Është metoda më e ndjeshme për diagnostikim, por rezultatet kërkojnë deri në 3 ditë.

Tabela nr. 5 -Përmbledhje praktike – Kandidiazë (*Candida albicans*)

Elementi diagnostikues	Përshkrimi
Simptomat kryesore	Kruajtje dhe djegie vulvare, dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale, dizuri. Rrjedhje e bardhë, e trashë, kremoze – shpesh si “djathë i freskët”.
Shenjat klinike	Vulvë e eritematoze dhe e ënjtur; rrjedhje e bardhë, e trashë ose kremoze; qafa e mitrës normale.
Mikroskopia	pH vaginal 4.0–4.5; Gram stain → identifikon <i>Candida</i> ; testi KOH 10% → majat me filamente germinuese.
Kultura	Metoda më e ndjeshme; rezultatet brenda 3 ditësh.

5.13 Vaginoza bakteriale

Vaginoza bakteriale shkaktohet nga një ndryshim polimikrobial i florës vaginale, i karakterizuar nga mungesa e lactobacileve dhe prania e shtuar e florës anaerobe. Vaginoza bakteriale nuk është një infeksion seksualisht transmissiv, por është e lidhur me disa pasoja të padëshiruara, përfshirë komplikime gjatë shtatzënisë dhe rritjen e rrezikut për IST (përfshirë HIV-in), sëmundjen inflamatore të legenit dhe infertilitetin tubar.

- **Simptomat klinike:**
Rrjedhje vaginale e bardhë e shoqëruar me aromë të pazakontë.
- **Shenjat në ekzaminim:**
Rrjedhje e hollë, e bardhë dhe e ngjitur në muret vaginale. Qafa e mitrës zakonisht është normale.
- **Diagnostikimi laboratorik:**
pH vaginal është më i madh se 4.5 dhe prania e një arome amine karakteristike, e përshkruar si “**erë peshku i vdekur**”, që mund të ndjehet spontanisht ose pas shtimit të një pike KOH 10% në lëngun vaginal (testi KOH / Whiff test).

Mikroskopia:

Preparati “wet mount” për identifikimin e clue cells ose ngjyrosja Gram që tregon koket gram-pozitive dhe gram-negative, me mungesë të lactobacileve.

Tabela nr.6. Përmbledhje praktike – Vaginoza bakteriale

Elementi diagnostikues	Përshkrimi
pH vaginal	> 4.5
Testi KOH / Whiff test	Aromë amine karakteristike, e përshkruar si “ erë peshku i vdekur ”, që ndjehet spontanisht ose pas shtimit të KOH 10%

Kufizime	<ul style="list-style-type: none"> - Rezultatet ndikohen gjatë menstruacioneve, pas marrëdhënieve seksuale, pas larjes vaginale (douching) ose gjatë përdorimit të antibiotikëve. - Matja e pH-së mund të jetë e pasaktë nëse mostrohet nga lubrifikuesi i spekulumit ose sekrecionet cervikale. - Testi i erës është subjektiv – jo të gjithë personat mund ta dallojnë.
----------	--

5.14 Infeksioni cervikal – gonokoksik dhe/ose klamidial

Infeksionet me *Neisseria gonorrhoeae* dhe *Chlamydia trachomatis* tek femrat pas pubertetit prekin kryesisht endocerviksin dhe jo vaginën. Këto infeksione mund të shkaktojnë rrjedhje nga qafa e mitrës, e cila shpesh shihet si rrjedhje vaginale. Megjithatë, këta patogjenë lidhen më rrallë me rrjedhjen vaginale në krahasim me shkaktarët e tjerë.

Faktorët e rrezikut

- Më e shpeshtë tek femrat <21 vjeç (ose <25 vjeç në disa vende).
- Partnerë të shumtë ose partner i ri në 3 muajt e fundit.
- Partner aktual me IST.

Këta faktorë vlejnjë për popullata të caktuara dhe nuk mund të ekstrapolohen në çdo grup. Prania e më shumë se një faktori rreziku ose shenjat klinike (p.sh. erozioni i qafës së mitrës) rrisin gjasat për infeksion.

Simptomat klinike

- Shumë femra janë asimptomatike.
- Kur ka simptoma: rrjedhje vaginale, gjakderdhje jo normale, dizuri, dispareuni.
- Infeksioni i përhapur mund të shkaktojë dhimbje në pjesën e poshtme të barkut dhe sëmundje inflamatore të legenit.

Shenjat në ekzaminim

- Qafa e mitrës shpesh duket normale.
- Mund të jetë e eritematoze ose e eroduar, me rrjedhje mukopurulente.
- Qafë mitre e brishtë, që gjakos lehtë në kontakt.

Diagnostikimi laboratorik

- **Mikroskopia:** Gram stain → diplokokë gram-negativë brenda leukociteve → sugjeron gonorrenë (jo shumë efikase tek femrat).
- **Testet molekulare (NAAT):** standardi i artë për *C. trachomatis* dhe *N. gonorrhoeae*; mund të përdoret mostra vaginale e vetë-marrë, tamponi endocervikal ose urina e parë (më pak e ndjeshme).
- **Kultura:**
 - *C. trachomatis* → rrallë përdoret sot (komplekse dhe të kushtueshme).
 - *N. gonorrhoeae* → ende e nevojshme për testimin e ndjeshmërisë ndaj antibiotikëve, veçanërisht për rastet me rezistencë.

Tabela nr. 7. Përmbledhje praktike – Infeksioni cervikal – *N. gonorrhoeae* dhe *C. Trachomatis*

Elementi	Përshkrimi
Vendndodhja kryesore e infeksionit	Endocerviksi (jo vagina)
Manifestimi	Mund të shkaktojë rrjedhje cervikale → që paraqitet si rrjedhje vaginale
Frekueshmëria	Rrjedhja vaginale shfaqet më rrallë në këto infeksione krahasuar me shkaqet e tjera (p.sh. vaginoza bakteriale, kandidiaza, trichomoniasis)

5.15 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e sindromës së rrjedhjes vaginale sipas OBSH-së?

Trajtimi gjatë të njëjtës vizitë

- Për personat me simptoma të rrjedhjes vaginale, OBSH rekomandon trajtim për *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis* dhe/ose *T. vaginalis* gjatë të njëjtës vizitë.
- OBSH sygjeron që trajtimi të bazohet në rezultatet e testeve molekulare me cilësi të siguruar për këta patogjenë.
- Në rastet kur trajtimi bazuar në testet molekulare gjatë të njëjtës vizitë nuk është i realizueshëm ose kur testet molekulare janë të kufizuara apo mungojnë, OBSH sugjeron që trajtimi të bazohet në teste të shpejta me cilësi të siguruar në pikën e kujdesit ose në trajtim sindromik.

(Rekomandim i fortë; prova me siguri të moderuar)

Për personat që kanë simptomë të rrjedhje vaginal, praktika e mirë përfshin:

- Marrja e historisë mjekësore dhe seksuale, duke përfshirë vlerësimin e rrezikut për IST.
- Kryerja e ekzaminimit fizik, duke përfshirë ekzaminimin abdominal dhe pelvik për të vlerësuar praninë e sëmundjes inflamatore të pelvikut, gjendjeve kirurgjikale apo shtatzënisë, si dhe ekzaminimin e jashtëm vulvovaginal për të identifikuar lëzime, rrjedhje gjenitale të dukshme ose eritemë/ekskoriacione vulvare.
- Ekzaminimi bimanual vaginal:
 - Për të vlerësuar ndjeshmërinë e qafës së mitrës ose dhimbjen gjatë palpimit të zonës pelvike (përjashtimi i PID).
 - Për të vlerësuar praninë, ngjyrën dhe konsistencën e rrjedhjes vaginale në dorëzë.
- Ofrimi i testimit për HIV dhe sifilis dhe shërbimeve të tjera parandaluese.

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Kontekste ku trajtimi bazohet në teste molekulare me cilësi të siguruar, të kryera në një laborator me sistem të plotë të menaxhimit të cilësisë dhe me rezultate të disponueshme në të njëjtën ditë të vizitës.

1. OBSH rekomandon trajtimin për *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis* dhe/ose *T. vaginalis*, bazuar në rezultatet e testeve molekulare me cilësi të siguruar, duke përdorur një mostër vaginale të marrë nga vetë pacientja ose nga klinicisti, ose një mostër urine (shih Algoritmi 1).

2. OBSH sugjeron trajtimin për vaginozë bakteriale nëse është e pranishme rrjedhja vaginale (p.sh. e ngjitur ose e hollë) ose bazuar në rezultatet e mikroskopisë, nëse janë të disponueshme.
3. OBSH sugjeron trajtimin për kandidiazë kur rrjedhja ka tipare karakteristike (p.sh. kremoze si “djathë i freskët”, e shoqëruar me kruajtje vaginale) ose bazuar në rezultatet e mikroskopisë, nëse janë të disponueshme.

(Rekomandim i fortë; prova me siguri të moderuar)

Kontekste ku trajtimi në të njëjtën ditë nuk është i mundur me testim molekular, ose kur testimi molekular është i kufizuar ose mungon:

1. OBSH sugjeron trajtim të bazuar në teste të shpejta me cilësi të siguar (sensitivitet $\geq 80\%$ dhe specificitet $\geq 90\%$), nëse janë të disponueshme, për të konfirmuar ose përjashtuar infeksionin me *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* (Algoritmi 2).
2. Në mungesë të testeve të shpejta të ulëta në kosto ose të testeve molekulare të disponueshme, OBSH sugjeron:
 - Ekzaminim me spekulum dhe trajtim për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* nëse ka shenja të cervicitit.
 - Përdorim të testit të shpejtë ose molekular për personat me ekzaminim negativ, por me rrezik të lartë, dhe trajtim sipas rezultatit (Algoritmi 3a).
3. Nëse testet e shpejta nuk janë të disponueshme, OBSH sugjeron trajtimin e personave që kanë shenja cerviciti në ekzaminimin me spekulum për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* (Algoritmi 3).
4. Nëse testet e shpejta nuk janë të disponueshme dhe ekzaminimi me spekulum nuk është i mundur ose i pranueshëm, OBSH sugjeron trajtimin për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* të:
 - personave me rrezik të lartë për IST;
 - personave që paraqiten me rrjedhje vaginale në ekzaminim gjenital (Algoritmi 4).
5. OBSH sugjeron trajtim për vaginozë bakteriale dhe *T. vaginalis* nëse rrjedhja vaginale është e pranishme ose bazuar në mikroskopi, nëse është e disponueshme.
6. OBSH sugjeron trajtim për kandidiazë, kur rrjedhja ka tipare karakteristike (p.sh. kremoze si “djathë i freskët” me kruajtje vaginale) ose bazuar në mikroskopi, nëse është e disponueshme.

(Rekomandim i kushtëzuar; prova me siguri të ulët)

Udhëzim për praktikë të mirë

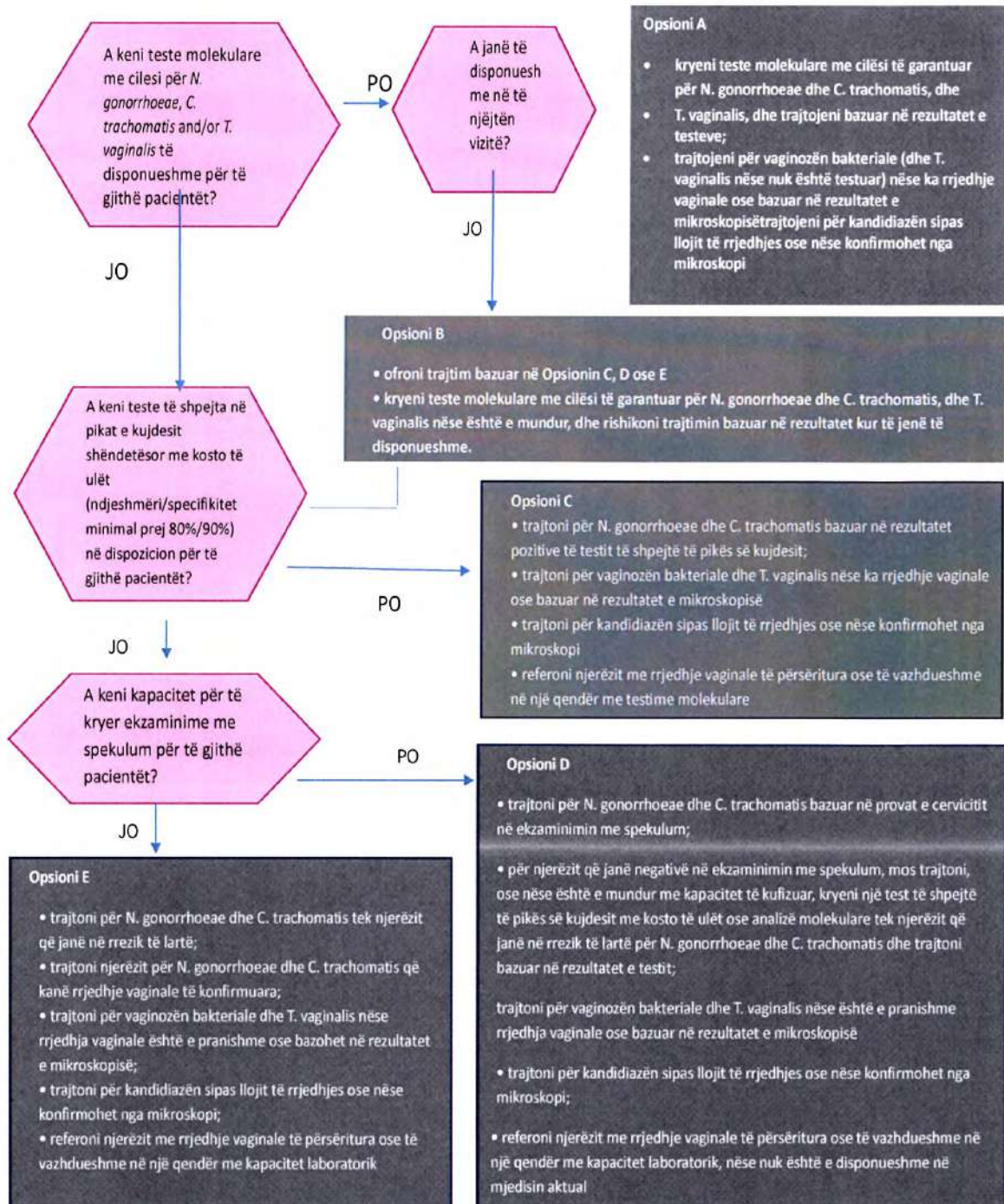
- Për personat me rrjedhje vaginale të përsëritur ose të vazhdueshme, rekomandohet referimi në një qendër me kapacitet laboratorik për të diagnostikuar infeksionet me *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* dhe *T. vaginalis*, si dhe vaginozën bakteriale.
- Në këto qendra duhet të kryhet edhe testimi për rezistencë antimikrobike të *N. gonorrhoeae* dhe *M. genitalium* (kur testi është i disponueshëm).

- Kur një testim i tillë nuk është i mundur në kujdesin parësor shëndetësor, rekomandohet referimi për vlerësim nga specialisti (ekspert i IST-ve, mjek ose gjinekolog).

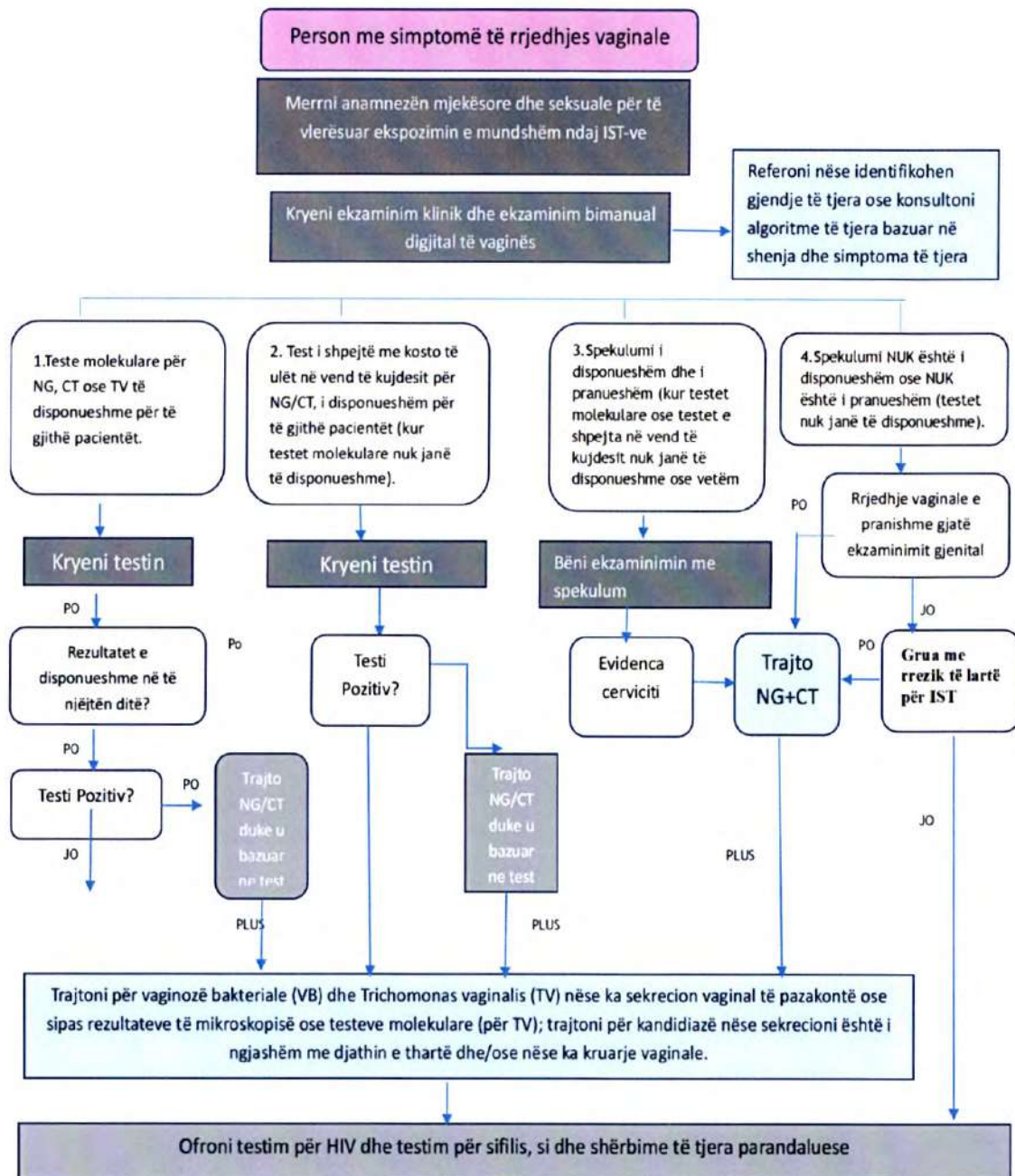
(Udhëzim për praktikë të mirë)

Algoritmi 3 ofron rekomandime mbi qasjet më të përshtatshme për menaxhimin e personave që paraqiten me rrjedhje vaginal. Ajo mund të përdoret për të zgjedhur institucionet shëndetësore që mund të zbatojnë një opsion me kapacitet diagnostikues dhe ekspertizë të përshtatshme. Për shembull, një qendër shëndetësore rurale me vetëm pajisje bazike mund të ndjekë një opsion, ndërsa një qendër referimi mund të zbatojë një opsion tjetër.

Algoritmi 3. Diagram rrjedhës për ofruesit e shërbimeve shëndetësore që trajtojnë IST për të përcaktuar cilat opsione menaxhimi të zbatojnë për rrjedhjen vaginale.



Algoritmi 4. Diagrami për punonjësit shëndetësorë për menaxhimin e rrjedhjes vaginale, bazuar në disponueshmërinë e burimeve dhe preferencat klinike



- NG, N. gonorrhoeae; CT, Chlamydia trachomatis; TV, Trichomonas vaginalis; VB, vaginoza bakteriale.
- Nëse është kryer test molekular dhe rezultatet nuk janë të disponueshme të njëjtën ditë, rishikoni trajtimin sindromik të dhënë fillimisht sipas rezultateve të testit kur ato të bëhen të disponueshme.
 - Kryeni test të shpejtë në vend ose test molekular, nëse është i disponueshëm, për të konfirmuar NG/CT dhe trajtoni nëse rezulton pozitiv; nëse rezulton negativ, mos trajtoni dhe kërkonte nga gruaja të kthehet nëse simptomat rikthehen.
 - Nëse gruaja ankohen për rrjedhje të përsëritur ose të vazhdueshme, referojeni në një qendër me kapacitet laboratorik.

5.16 Cilat janë opsionet e trajtimit për infeksionet vaginale dhe si mund të trajtohen njëkohësisht disa infeksione sipas udhëzimeve të OBSH-së?

Vaginozat bakteriale (VB) dhe *Trichomonas vaginalis* mund të trajtohen njëkohësisht me të njëjtin bari, metronidazol. Në trajtimin e cervicitit, disa barna, si doksiciklina dhe azitromicina, mund të trajtojnë njëkohësisht *C. trachomatis* dhe *M. genitalium*.

Tabela 4 dhe Tabela 5 e OBSH-së listojnë opsionet për medikamentet për infeksionet vaginale dhe ato të rekomanduara për *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis*.

Tabela 8. Opsionet e trajtimit për infeksionet vaginale

<ul style="list-style-type: none"> • Terapia për vaginozën bakteriale dhe trikomoniazën Plus • Terapia për infeksionin nga myshqe (kërpudhat) nëse është e pranishme rrjedhje e bardhë me pamje si gjize, skuqje dhe kruarje vulvovaginale 			
Infeksionet e mbuluara	Opsionet e linjës së parë	Zëvendësues efektivë	Shënim: Gjatë shtatzënisë, metronidazoli duhet, në mënyrë ideale, të shmanget në tremujorin e parë.
Vaginozat bakteriale	Metronidazole 400 mg or 500 mg , oral, dy herë në ditë për 7 dite	Clindamycin 300 mg , orale, dy herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Metronidazole 2 grams , oral, një doze e vetme	Metronidazole 200 mg or 250 mg , oral, 3 herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Metronidazole gel 0.75% , një aplikator komplet (5 grams) intravaginal, dy herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Clindamycin 300 mg , oral, dy here ne dite per 7 dite
<i>T. vaginalis</i>	Metronidazole 2 grams , oral, një dozë e vetme <i>ose</i> Metronidazole 400 mg or 500 mg , oral, dy herë në ditë për 7 ditë	Tinidazole 2 grams oral , Nje doze e vetme <i>or</i> Tinidazole 500 mg oral, dy herë në ditë për 5 ditë	Metronidazole 200 mg or 250 mg , oral, 3 herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Metronidazole gel 0.75% , një aplikator plote (5 grams) intravaginal, dy herë në ditë për 7 ditë
<i>C. albicans</i> (Infeksion me myshqe)	Miconazole vaginal pessaries, 200 mg inserted at night for 3 nights <i>ose</i> Clotrimazole vaginal tablet, 100 mg , vendoset gjatë natës për 7 netë	Fluconazole 150 mg (or 200mg) , orally, single dose <i>OSE</i> Nystatin, 200,000-Njesi vaginal tablet , e vendosur në vaginë gjatë natës për 7 netë	Miconazole 200 mg vaginal pessaries një herë në ditë për 3 ditë <i>ose</i> Clotrimazole vaginal tablet 100 mg , në vaginë gjatë natës për 7 ditë <i>ose</i> Nystatin pessaries 200,000 units , në vaginë gjatë natës për 7 ditë

Personat që marrin metronidazol duhet të paralajmërohen të shmangin alkoolin. Përdorimi i metronidazolit në tremujorin e parë të shtatzënisë nuk rekomandohet, përveç në rastet kur përfitimet tejkalojnë rreziqet e mundshme.

Tabela 9. Opsionet e trajtimit për Infeksionet e Qafës së Mitrës

- Trajtim për *N. gonorrhoeae* të pakomplikuara (24) plus
- Trajtim për *C. trachomatis* (25)

Infeksionet e mbuluara	Opsionet e linjës së parë	Zëvendësues efektivë	Opsionet për gratë shtatzëna ose gjatë ushqyerjes me qumësht gjiri
Në vendet ku nuk ka të dhëna lokale për rezistencën ndaj antibiotikëve, udhëzimet e OBSH për IMS-të sugjerojnë terapi të dyfishtë për gonorre.			
<i>N. gonorrhoeae</i> ^a	Ceftriaxone 250 mg , intramuskular, nje doze e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram , oral, nje doze e vetme	Cefixime 400 mg, oral, nje doze e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram, oral, nje doze e vetme	Ceftriaxone 250 mg , intramuskular, nje doze e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram , oral, një dozë e vetme <i>ose</i> Cefixime 400 mg , oral, një dozë e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram , oral, një dozë e vetme
<i>C. trachomatis</i>	Doxycycline 100 mg , oral, Dy herë në ditë për 7 ditë (të jepet vetëm nëse terapia për gonorre nuk përfshinte azitromicinë)	Azithromycin 1 gram , oral, nje doze e vetme <i>ose</i> Erythromycin 500 mg , oral, katër herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Ofloxacin 200–400 mg , oral, dy herë në ditë për 7 ditë (të jepet vetëm nëse terapia për gonorre është kryer pa azitromicinë)	Erythromycin 500 mg , oral, Katër herë në ditë për 7 ditë <i>ose</i> Azithromycin 1 gram , oral, një dozë e vetme (të jepet vetëm nëse terapia për gonorre është kryer pa azitromicinë)
<i>M. genitalium</i>	Azithromycin 500 gram në mënyre orale ditën e parë ndërsa ditën e 2–5, 250 mg çdo ditë (në mungesë të rezistencës ndaj makrolideve)		Azithromycin 500 gram , në mënyrë orale ditën e parë ndërsa ditën e 2–5, 250 mg çdo ditë (në mungesë të rezistencës ndaj makrolideve)

Për shkak të rritjes së rezistencës ndaj antibiotikëve, veçanërisht azithromicinës në *N. gonorrhoeae* dhe *M. genitalium*, si dhe uljes së ndjeshmërisë së *N. gonorrhoeae* ndaj cefalosporinëve, OBSH është duke rishikuar aktualisht rekomandimet dhe dozat e trajtimit.

VI. DHIMBJA E PJESËS SË POSHTME TË ABDOMENIT

Agjentët shkaktarë të sëmundjes inflamatore të pelvikut (SIP) përfshijnë *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* dhe bakteret e lidhura me vaginozën bakteriale. Gjithashtu, janë implikuar edhe bakteriet gram-negative fakultative dhe mikoplazmat.

Për shkak se dallimi klinik midis këtyre patogjenëve është i pamundur dhe diagnostikimi mikrobiologjik i saktë është i vështirë, regjimet e trajtimit duhet të jenë efektive kundër një game të gjerë patogjenësh. Regjimet e rekomanduara më poshtë bazohen në këtë parim.

5.1 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e dhimbjes në pjesën e poshtme të abdomenit tek femrat?

Për femrat seksualisht aktive me simptoma të dhimbjes abdominale të poshtme, OBSH sugjeron vlerësimin për sëmundje inflamatore të pelvikut (SIP) dhe trajtim sindromik.

(Rekomandim i kushtëzuar; evidencë me siguri të ulët)

Udhëzim për praktikë të mirë përfshin:

- Marrjen e historisë mjekësore dhe seksuale dhe vlerësimin e rrezikut për IST;
- Kryerjen e një ekzaminimi fizik, duke përfshirë ekzaminimin abdominal dhe pelvik për të identifikuar PID, kushte kirurgjikale ose shtatzëni, si dhe ekzaminimin vulvovaginal për të parë leziona, rrjedhje gjenitale, eritemë ose ekskoriacione vulvare;
- Kryerjen e ekzaminimit bimanual vaginal:
- Për të vlerësuar ndjeshmërinë e qafës së mitrës ose dhimbjen në palpimin e zonës pelvike (përjashtimi i PID);
- Për të vlerësuar praninë, ngjyrën dhe konsistencën e rrjedhjes vaginale në dorëzë;
- Ofrimin e testimit për HIV dhe Sifilis, si dhe shërbimeve të tjera parandaluese të rekomanduara në udhërrëfyesit përkatës.

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Për femrat seksualisht aktive me dhimbje në pjesën e poshtme të barkut, të cilat në ekzaminimin klinik (palpim bimanual) kanë një nga shenjat në vijim:

- ndjeshmëri gjatë lëvizjes së qafës së mitrës (cervical motion tenderness); ose
- ndjeshmëri në pjesën e poshtme të barkut,

OBSH sugjeron:

- Trajtim për sëmundje inflamatore të pelvikut (SIP) gjatë të njëjtës vizite;
- Testim për infeksion me *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* dhe, nëse është e mundur, për *M. genitalium*, për të mbështetur menaxhimin e partnerëve;
- Planifikim të një vizite kontrolli pas tre ditësh për të vlerësuar përmirësimin klinik; nëse gjendja nuk është përmirësuar, femra duhet të referohet për vlerësim të mëtejshëm.

(Rekomandim i kushtëzuar; evidencë me siguri të moderuar)

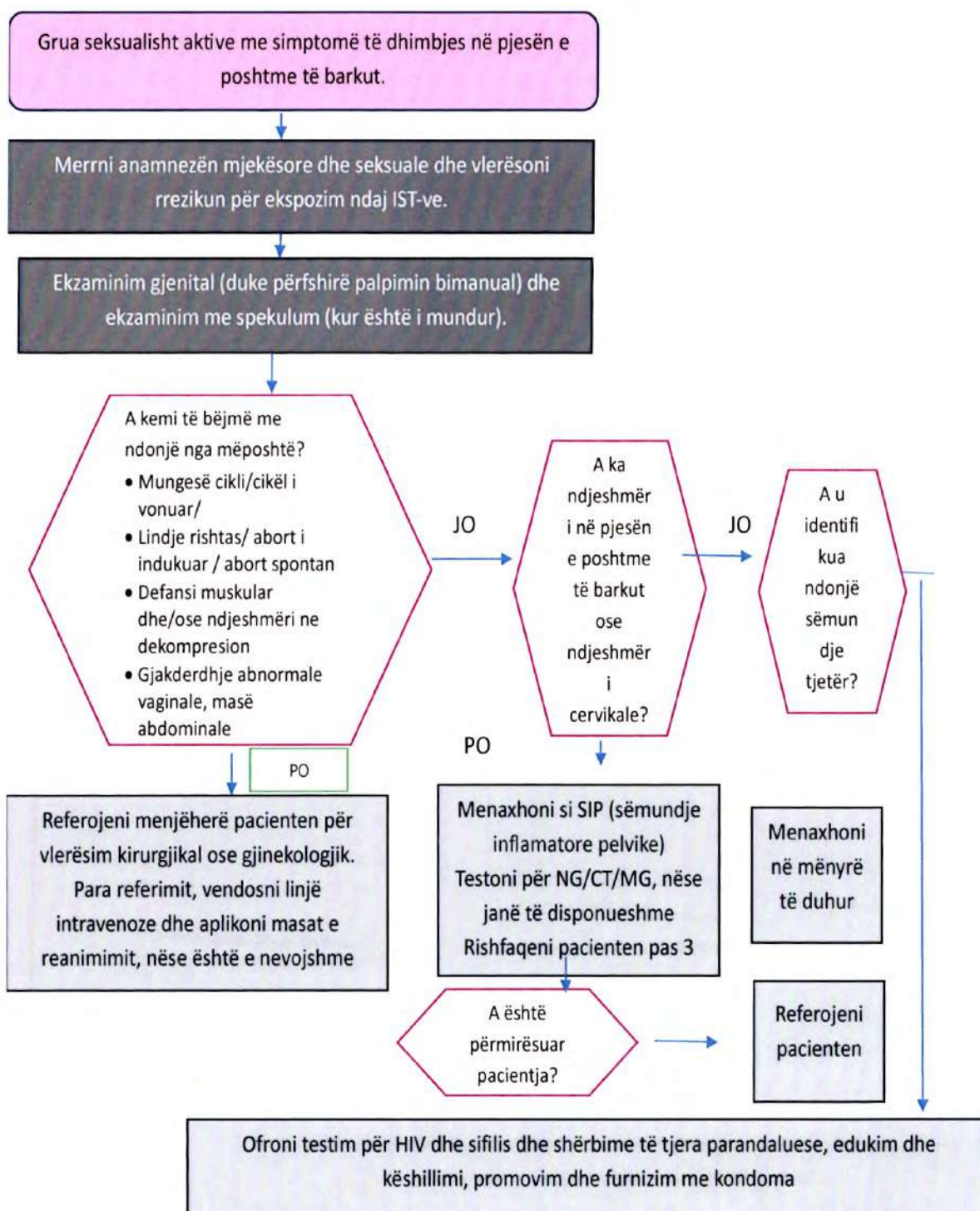
Udhëzim për praktikë të mirë

Për femrat me dhimbje në pjesën e poshtme të abdomenit dhe me ndonjërin nga kushtet e mëposhtme, rekomandohet referimi për vlerësim kirurgjik ose gjinekologjik:

- Periudhë menstruale e munguar ose e vonuar;
- Lindje, abort ose humbje shtatzënie së fundmi;
- Mbrojtje abdominale dhe/ose dhimbje në rikthim (rebound tenderness);
- Gjakderdhje vaginale jonormale, më shumë se njolla (spotting);
- Masë abdominale;
- Zbulim i një lezioni të dyshuar të qafës së mitrës

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Algoritmi 5. Diagrami rrjedhës për menaxhimin e dhimbjeve të pjesës së poshtme të abdomenit



NG – *Neisseria gonorrhoeae*; CT – *Chlamydia trachomatis*; MG – *Mycoplasma genitalium*.

6.1 Trajtimi për njerëzit që shfaqin dhimbje në pjesën e poshtme të barkut

Nëse sëmundja inflamatorike e pelvikut konfirmohet ose dyshohet, opsionet e trajtimit për menaxhimin e personit jashtë spitalit tregohen në Tabelën më posht:

Tabela 10. Opsionet e trajtimit për Sëmundjet inflamatore të pelvikut

Terapia për Neisseira Gonorrhoea të pa komplikuar plus Terapia për C trihomatis plus Terapia për Infeksione anaerobike		
Infeksionet e përfshira	Opsionet e linjës së parë	Zëvendësues efektiv
Në mjediset ku të dhënat lokale të rezistencës ndaj antimikrobikëve nuk janë të disponueshme, udhëzimet e OBSH-së për IST-të sugjerojnë terapi të dyfishtë për gonoreë		
N.Gonorrhoea	Ceftriaxone 250 mg, intramuskular -si dozë e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram, oral -si dozë e vetme	Cefixime 400 mg, oral - dozë e vetme <i>plus</i> Azithromycin 1 gram, oral, dozë e vetme
C.Trahomatis	Doxycycline 100 mg, oral, 2 herë në ditë-14 ditë	Erythromycin 500 mg, 4 herë në ditë për 14 ditë (duhet dhënë vetëm nëse terapia për gonorrhoeën nuk përfshin azitromicin
Në vendet ku të dhënat lokale për rezistencën ndaj antimikrobikëve konfirmojnë në mënyrë të besueshme ndjeshmërinë e N. gonorrhoeae ndaj agjentit antimikrobik, mund të jepet terapia e vetme si mëposhtë		
N.Gonorrhoea	Ceftriaxone 250 mg, intramuskular -si dozë e vetme	Cefixime 400 mg, oral - dozë e vetme
Trajtimi për anaerobët duhet të përfshihet në njërin nga opsionet e trajtimit të mësipërme.		
Anaerobët	Metronidazol 400 ose 500 mg oral 2x1 -14 dite	

Përshkak të rritjes së rezistencës antibiombike ndaj azitromicinës në N.Gonorrhoea dhe uljes së ndjeshmërisë ndaj cefalosporinave, OBSH është në proces të rekomandimeve dhe dozave aktuale të trajtimit.

Hospitalizimi i personave me sëmundje akute inflamatorike të pelvikut duhet të merret parasysh në mënyrë serioze në rastet e mëposhtme:

- Diagnoza është e pasigurt;
- Emergenca kirurgjikale, si apendiciti ose shtatzania jashtë mitrës;
- Dyshohet për një absces në pelvik;
- Sëmundja e rëndë pengon trajtimin në mënyrë ambulatorike;
- Shtatëzania;
- Personi nuk mund të ndjekë ose të tolerojë një trajtimi jashtë spitali; ose
- Personi nuk ka arritur ti përgjigjet trajtimit ambulator.

6.2 Cilat janë shkaqet më të zakonshme të sindromës së ulçerave gjenitale dhe si mund të menaxhohet?

Prevalenca relative e organizmave shkaktarë të ulçerave gjenitale ndryshon ndjeshëm sipas rajoneve të botës dhe mund të ndryshojë me kohën. Aktualisht, **HSV-2** dhe **HSV-1** janë bërë shkaktarët më të zakonshëm të ulçerave gjenitale në shumë vende. Shkaqe të tjera të shpeshta janë *Treponema pallidum* (sifilizi) dhe *Chlamydia trachomatis* serovarët L1–L3 (që shkaktojnë lymphogranuloma venereum), si dhe më rrallë *Haemophilus ducreyi* (chancroid).

Ulcerat gjenitale tek personat me sifiliz primar paraqiten përpara se testet serologjike laboratorike të bëhen pozitive; prandaj, rezultatet laboratorike rrallë janë të dobishme në vizitën fillestare dhe madje mund të jenë mashtruese kur dalin negative pavarësisht pranisë së infeksionit. Për më tepër, në zonat me prevalencë të lartë të sifilizit, një person me ulcera gjenitale mund të ketë një test serologjik reaktiv për sifilizin nga një infeksion i mëparshëm i trajtuar, edhe nëse shkaktari aktual është HSV-2.

Duke qenë se diagnoza diferenciale e ulçerave gjenitale vetëm me gjykim klinik ka rezultuar e pasaktë në mbi 50% të rasteve, edhe nga klinikistë me përvojë, menaxhimi i personave me sindromë të ulçerave gjenitale duhet të bazohet ose në diagnostikimin etiologjik laboratorik, ose në qasjen sindromike, e cila udhëhiqet nga vlerësimi periodik i shkaktarëve në nivel lokal.

6.3 Virus Herpes Simplex (HSV)

Prezantimi klinik – simptomat

Megjithëse vëzhgimi i një grupi lezionaesh vezikulare në zonën gjenitale ose perianale përdoret zakonisht si tregues klinik për herpesin gjenital, edhe shkaktarë të tjerë të ulçerave gjenitale – si sifilizi dhe chancroid – mund të kenë pamje të ngjashme. Manifestimet klinike dhe modeli i ulçerave gjenitale mund të ndryshojnë gjithashtu në prani të infeksionit me HIV.

Infeksioni i parë me herpes gjenital është ai ku personi nuk ka histori të mëparshme të herpesit gjenital dhe shpesh shoqërohet me simptoma sistemike dhe lokale, si ethe, dhimbje koke, lodhje dhe dhimbje muskulore, zakonisht gjatë 3–4 ditëve të para. Në nivel lokal, mund të shfaqen dhimbje, kruajtje, dizuri, rrjedhje vaginale ose uretrale dhe limfadenopati inguinale e dhimbshme. Tek meshkujt dhe femrat me infeksion primar nga HSV gjenital, paraqitja klinike është me leziona flluskore ose ulcerative në organet gjenitale të jashtme. Lezionet fillimisht shfaqen si papula (puçrra të vogla) ose vezikula (fluska), të cilat përhapen shpejt në zonën gjenitale. Ato mund të zgjasin deri në 15–20 ditë, deri në formimin e krustave dhe/ose shërim. Krustimi nuk ndodh në sipërfaqet mukoze.

Episodi i parë mund të jetë **herpes gjenital primar**, ku personi është seronegativ për antitrupa ndaj HSV, dhe ndodh pas një periudhe inkubacioni prej 5–14 ditësh pas kontaktit seksual. Episodet fillestare të herpesit gjenital i referohen individëve që kanë lezionet për herë të parë, por që tashmë kanë antitrupa ndaj HSV-2, gjë që tregon për një infeksion të kaluar, të fituar në mënyrë asimptomatike. Pra, edhe pse ky është episodi i parë i njohur, nuk do të thotë që infeksioni është i fundit.

Herpesi gjenital rikthyes zakonisht ka simptoma më të lokalizuara, si kruajtje, ulcera të përsëritura dhe dhimbje të lehta. Kohëzgjatja mesatare e episodit është 4–5 ditë, por në disa raste mund të zgjasë deri në 12–15 ditë.

Gjetjet nga ekzaminimi – shenjat

Tek meshkujt dhe femrat, vërehet një grup leziona vezikopustulare ose ulçerative në organet gjenitale të jashtme (penis, meatus uretral, skrotum, pubis, vulvë) ose në zonat anale dhe perianale (anus dhe vithe). Pacientët shpesh përshkruajnë se lezionet kanë filluar si papula ose vezikula që janë përhapur shpejt. Shumë vezikula të vogla mund të bashkohen duke formuar ulcera më të mëdha.

Shumica e personave me infeksion nga HSV-2 paraqiten në fazat e vonshme të ulceracionit dhe rrallë tregojnë vezikulat tipike të fazës së hershme. Megjithatë, kur shfaqet një grup vezikulash tipike ose kur ekziston histori e ulcereve të përsëritura, mund të bëhet diagnoza e supozuar e herpesit gjenital dhe të përshtatet trajtimi.

Tek individët imunokomprometuar, ulcera mund të zgjasin dhe të përhapen anash dhe sipërfaqësisht për një kohë të gjatë nëse nuk trajtohen. Meqenëse ulceracioni i herpesit është i cekët (intraepidermal), formimi i plagëve të përhershme është i rrallë.

Testimi molekular

Zbulimi molekular i amplifikuar me PCR i ADN-së së HSV nga tamponët e lezioneve gjenitale është testi më i ndjeshëm dhe më specifik. Përdorimi i një PCR të kombinuar për HSV dhe *T. pallidum*, kur është i disponueshëm, ka përfitim shtesë sepse ndihmon të përjashtohet ose të konfirmohet njëkohësisht sifilizi. PCR është zhvilluar gjithashtu veçmas për HSV-1 dhe HSV-2.

Metodat e kulturës

Kultura mundëson replikimin e virusit për të përcaktuar rezistencën ndaj terapisë antivirale dhe për të konfirmuar diagnozën, por rezultatet kërkojnë rreth 2–4 ditë. Për më tepër, kultura kërkon medium të posaçëm transporti viral dhe ekspertizë të specializuar për të qenë e realizueshme. Në duar të ekspertëve, kultura nga vezikulat ka përqindjen më të lartë të rezultateve pozitive (~94%), krahasuar me pustulat ose bazën e ulcerës. Lezionet e krustuara japin përqindjen më të ulët (~27%).

Serologjia

Testet për antitropa të tipit specifik mund të dallojnë mes HSV-1 dhe HSV-2. Megjithatë, edhe testimi i bazuar në imunoglobulinë G (IgG) për antitropat ndaj HSV-1 dhe HSV-2 ka vlerë të kufizuar në diagnostikim.

Përdorimi kryesor i testimit është vetëm kur tregohet serokonvertimi: nga një rezultat negativ në kohën e shfaqjes së lezioneve, në një rezultat pozitiv pas 6–12 javësh.

Edhe pse detektimi i imunoglobulinës M (IgM) mund të përdoret për diagnostikimin e një infeksioni të ri me herpes, deri në 35% të personave me episode të përsëritura të herpesit kanë përgjigje IgM. Për këtë arsye, IgM është një tregues i dobët i infeksionit të ri dhe ka vlerë të kufizuar diagnostike.

6.4 Sifilisi

Sifilisi është një sëmundje sistemike e shkaktuar nga spiroketa *Treponema pallidum*. Infeksioni ndahet në **sifiliz kongjenital** dhe **sifiliz të fituar**.

- **Sifilisi kongjenital** transmetohet nga nëna tek fëmija gjatë shtatzënisë.
- **Sifilisi i fituar** ndahet në **sifiliz të hershëm** dhe **sifiliz të vonshëm**.
 - a. **I hershëm** përfshin fazën primare, sekondare dhe latente të hershme (më pak se dy vjet pas infektimit).
 - b. **I vonshëm** përfshin sifilizin latent të vonshëm, atë gumatotik, nervor dhe kardiovaskular.

Paraqitja klinike – simptomat

Sifilisi primar karakterizohet nga një ulcerë (shankër sifilitik) në vendin e infektimit, e cila zhvillohet pas një periudhe inkubacioni prej rreth tre javësh nga kontakti seksual, por mund të variojë nga nëntë deri në 90 ditë. Ulcerat zakonisht janë leziona të vetme dhe pa dhimbje. Personi me sifilis mund t'i vërejë ato vetëm nëse ndodhen në zona të dukshme, si rektumi, qafa e mitrës ose faringu. Nëse nuk trajtohet, ulcera shërohet pa lënë shenja pas 2–10 javësh. Infeksioni mund të përparojë pastaj në stadiumin sekondar.

Sifilisi sekondar shfaqet rreth gjashtë javë deri në gjashtë muaj pas infektimit. Në disa raste, veçanërisht te individët me imunosupresion, shankri mund të jetë ende i dukshëm në kohën kur shfaqen manifestimet sekondare të sifilisit. Në këtë stad, spiroketet depërtojnë në qarkullimin e gjakut dhe mund të shkaktojnë simptoma sistemike si ethe, lodhje, dhimbje nyjesh dhe

humbje të oreksit. Nëse nuk trajtohet në këtë fazë, sifilisi hyn në latencë, e cila mund të pasohet nga stadiumi terciar i sëmundjes.

Gjetjet nga ekzaminimi – shenjat dhe diagnostikimi laboratorik

Sifilisi primar

Sifilisi primar përfshin një ose më shumë leziona të ulçeruara, të quajtura shankër sifilitik, në vendin e infektimit fillestar. Lezionet zakonisht janë pak të dhimbshme ose pa dhimbje dhe mund të kenë skaje të ngritura me qender të pastër. Gjatë javës së parë mund të ndjehen nyjet limfatike rajonale. Duhet të kontrollohet gjithashtu goja dhe ana e anusit për ulçera. Ulcerat shërohen edhe pa trajtim brenda 2–10 javësh.

Testet diagnostikuese të përdorura përfshijnë:

- Mikroskopia me fushë të errët – vëzhgimi i treponemave sifilitike nga leziona të sifilisit primar; rezultat negativ nuk përjashton sifilisin.
- Zbulimi molekular – testi PCR mund të detektojë drejtpërdrejt *T. pallidum* nga mostra e leziona.
- Serologjia – testet jo-treponemale (p.sh. RPR) dhe testet treponemale (p.sh. TPHA dhe testi i shpejtë për sifilis) janë zakonisht negative në fazën e hershme të sifilisit primar, duke u bërë reaktive 1–4 javë pas shfaqjes së shankrit.

Një rezultat negativ i RPR ose testit të shpejtë nuk përjashton sifilisin në këtë fazë. Testet duhet të përsëriten pas katër dhe 12 javësh nga testi fillestar nëse personi nuk merr trajtim.

Sifilisi sekondar

Sifilizi sekondar paraqitet me shenja të një infeksioni të përhapur, zakonisht 3–6 javë pas infektimit, por ndonjëherë edhe deri në 6 muaj më vonë. Manifestimet mund të përfshijnë:

- Skuqje makulopapulare të përgjithshme, zakonisht pa simptoma ose me kruajtje të lehtë; mund të shfaqet edhe në pëllëmbë dhe shputa.
- Alopeci e pjesshme (humbje flokësh me zona të rralla).
- Limfadenopati e përgjithshme.
- Condylomata lata – leziona hipertrofike që ngjajnë me lytha të sheshta, të vendosura në zona të lagështa si labia dhe perineumi, palosjet e lafshës dhe rreth anusit; këto janë të mbushura me spiroketa dhe shumë ngjitëse.
- Ulcera të cekëta dhe pa dhimbje të mukozës orale ose gjenitale (*mucous patches*), gjithashtu shumë ngjitëse.

Testet diagnostike të përdorura:

- Mikroskopia me fushë të errët – lejon vëzhgimin e treponemave sifilitike nga lezionet e sifilizit sekondar (p.sh. *condylomata lata* ose *mucous patches*).
- Metodët molekulare – *T. pallidum* mund të zbulohet me metoda molekulare nga lezionet e sifilizit sekondar.
- **Serologjia** – testet jo-treponemale (p.sh. RPR) dhe testet treponemale (p.sh. TPHA ose testi i shpejtë për sifilizin) janë pothuajse gjithmonë pozitive në këtë fazë, zakonisht me titër të lartë.

Interpretimi i serologjisë në sifilizin sekondar:

- Një test treponemal negativ në këtë fazë mund të përdoret me besueshmëri për të përjashtuar sifilizin.
- Rrallë, disa individë mund të kenë nivele aq të larta të antitropave sa të japin një rezultat fals-negativ në testet jo-treponemale – ky quhet **fenomeni i prozonës**.
- Testet jo-treponemale zakonisht kanë titra të lartë $\geq 1:16$ në këtë fazë.
- Pas trajtimit adekuat, titrat bien dhe mund të përdoren për monitorim të përgjigjes ndaj trajtimit çdo 3 muaj për të paktën 1 vit.

Sifilisi latent i hershëm

Siç e tregon vetë emri, sifilizi latent nuk ka manifestime klinike. Lezionet e sifilizit primar dhe sekondar zhduken spontanisht dhe infeksioni kalon në fazën latente.

Sipas OBSH, sifilizi latent i hershëm është infeksion me kohëzgjatje më pak se dy vjet. Ky përcaktim bazohet në faktin se gjatë kësaj periudhe sifilizi është ende ngjites dhe përgjigjet më mirë ndaj trajtimit.

Gjatë dy viteve të para (primar, sekondar dhe latent i hershëm), individi mbetet ngjites për partnerin seksual, dhe ekziston rrezik i lartë transmetimi të fetusit gjatë shtatzënisë. Përveç kësaj, rreth 25% e personave me sifiliz gjatë vitit të parë mund të përjetojnë rikthim me shfaqjen e manifestimeve të sifilizit sekondar, i njohur si relaps mukokutan.

Sifilisi latent i vonë

Infeksioni me kohëzgjatje mbi dy vjet, pa dëshmi klinike të infeksionit treponemal, quhet sifiliz latent i vonë. Në këtë fazë, tek individët e patrajtuar, aftësia për të transmetuar infeksionin të partneri seksual ose të fetusit gjatë shtatzënisë zvogëlohet me kalimin e kohës.

Diagnoza vendoset me teste serologjike:

- Testet jo-treponemale dhe treponemale janë zakonisht pozitive si në sifilizin latent të hershëm, ashtu edhe në atë të vonë.
- Testet jo-treponemale (p.sh. VDRL) mund të bëhen negative në sifilizin latent të vonë.
- Një test treponemal negativ në këtë fazë mjafton për të përjashtuar diagnozën e sifilizit.
- Testet treponemale, një herë pozitive, mbeten të tilla gjatë gjithë jetës dhe nuk mund të përdoren për monitorimin e trajtimit.

Interpretimi i serologjisë:

- Testet serologjike japin vetëm një diagnozë të supozuar dhe duhen interpretuar së bashku me:
 - Historinë seksuale,
 - Ekzaminimin fizik,
 - Informacionin për trajtime të fundit me antibiotikë (veçanërisht kundër sifilizit).
- Një histori e plotë mjekësore është thelbësore, pasi disa gjendje mund të japin rezultate fals-pozitive në testet jo-treponemale, si: sëmundje febrile akute, vaksinime, shtatzëni, sëmundje autoimune (artrit reumatoid, lupus eritematoz sistemik). Këto zakonisht japin titra të ulëta ($<1:8$).

- Kur testet jo-treponemale janë pozitive (RPR ose VDRL), rekomandohet që titrat të kuantifikohen.

Kufizimet sipas fazës së infeksionit:

- Në sifilizin primar, testet jo-treponemale mund të mbeten negative për 1–4 javë pas shfaqjes së shankrit (4–6 javë pas infektimit).
- Në sifilizin sekondar, testet janë pothuajse gjithmonë pozitive.
- Me kalimin e kohës në fazën latente të hershme dhe të vonë, titrat e antitropave bien dhe mund të bëhen negativë edhe pa trajtim.
- Me trajtim, testet serologjike mund të kthehen në negative, veçanërisht nëse terapia fillon në fazën primare ose sekondare.
- Nëse sifilizi diagnostikohet në fazën e vonë, titrat e ulët të testeve jo-treponemale mund të mbeten pozitivë gjithë jetën.

6.5H. ducreyi (Shankroidi)

Prezantimi klinik – simptomat

Lezionet e shankroidit fillojnë si një papulë eritematoze brenda disa orëve deri në ditë pas ekspozimit seksual. Brenda 1–2 ditësh, papula shndërrohet në pustulë, e cila më pas çahet dhe formon një ulçerë të dhimbshme. Shumica e pacientëve kërkojnë kujdes shëndetësor pikërisht në këtë fazë.

- **Tek meshkujt:** ulçerat zakonisht gjenden në penis (në lafshë, trup dhe ndonjëherë në glans). Deri në 50% e rasteve shoqërohen me limfonodë inguinale të dhimbshme, një-ose dypalëshe. Mund të shfaqen bubo të mëdha, të dhimbshme dhe fluktuese. Në mungesë trajtimi, bubo mund të supurojnë dhe të formojnë fistula ose ulcera.
- **Tek femrat:** ulçerat shfaqen kryesisht në vulvë, ndërsa mund të shfaqen edhe ulçera anale nga autoinokulimi. Ulçerat e brendshme shpesh janë asimptomatike, duke e bërë diagnostikimin më të vështirë. Femrat rrallë paraqiten me adenopati inguinale për shkak të rrjedhjes limfatike të ndryshme.

Gjetjet në ekzaminim

Shfaqen zakonisht ulçera të vetme ose të shumëfishta në trupin e penisit, lafshë ose glans.

- Ulçerat janë të thella, me skaje të parregullta dhe margjina të kuqe;
- Zakonisht nuk ka indurim; baza është granulare ose purulente;
- Ulçerat janë të dhimbshme gjatë ekzaminimit ose gjatë ecjes;
- Tek meshkujt shpesh ka bubo inguinale, një-ose dypalëshe.

Pamje atipike:

- Ulçerat e shankroidit shpesh mund të kenë paraqitje atipike dhe mund të ngatërrohen me ulçerat e herpesit gjenital;

- Tek personat me HIV, ulçerat mund të jenë më pak purulente dhe të ngjajnë me shankrin sifilitik;
- Tek individët me imunosupresion, ulçerat e shankroidit mund të jenë shumë agresive dhe erozive, deri në dëmtim anatomik të organeve gjenitale.

Diagnostikimi laboratorik i H. Ducreyi

H. ducreyi është diagnostikuar tradicionalisht me metoda kulture, por vetëm në qendra të specializuara, për shkak të kërkesave të veçanta të organizmit. Kultura ka një ndjeshmëri rreth 75% krahasuar me M-PCR të marrë nga tamponët e ulcerave gjenitale.

Megjithëse është zhvilluar multiplex PCR për sindromën e ulcerave gjenitale, përfshirë *H. ducreyi*, ky test është i disponueshëm vetëm në qendra referimi dhe në kuadër të hulumtimeve shkencore.

Duke qenë se *H. ducreyi* pothuajse është zhdukur globalisht si shkaktar i ulcerave gjenitale, përparime të tjera në testet diagnostike për këtë patogjen janë pak të mundshme.

Vëmendje:

Klinikistët duhet të kenë dyshim të lartë klinik kur hasin një ulçerë jashtëzakonisht të dhimbshme dhe supurative tek meshkujt ose femrat. Nëse ulçera shoqërohet edhe me limfonodë inguinale të dhimbshme, veçanërisht tek meshkujt, atëherë shankroidi duhet të konsiderohet seriozisht në diagnozën diferenciale.

Nëse në një vend të caktuar vërehet një rritje e shpeshtësisë së këtyre lezioneve, IKShPK duhet të njoftohen menjëherë, në mënyrë që regjimi i trajtimit të përshtatet sipas nevojës.

6.6 Cilat janë rekomandimet për menaxhimin e pacientëve që paraqiten me ulçera gjenitale, duke përfshirë ulçerat anorektale?

Për personat që paraqiten me ulçera gjenitale (përfshirë ulçerat anorektale), rekomandohet trajtim bazuar në teste molekulare të garantuara për cilësi të ulçerës. Në vendet ku testet molekulare ose kapaciteti laboratorik janë të kufizuara ose mungojnë, rekomandohet trajtim sindromik për të siguruar trajtimin në të njëjtën ditë të vizitës.

(Rekomandim i fortë; prova me siguri të moderuar)

Praktika e mirë përfshin:

- Mbledhjen e historisë mjekësore dhe seksuale dhe vlerësimin e rrezikut për IMS;
- Realizimin e ekzaminimit fizik të zonave gjenitale dhe anale;
- Ofrimin e testimit për HIV dhe sifilis, si dhe shërbimeve të tjera parandaluese sipas udhëzimeve të tjera; dhe
- Provimin e analgjezëve për lehtësimin e dhimbjes.

(Udhëzim për praktikë të mirë)

Mjedise me teste molekulare të certifikuara me cilësi në një laborator me sistem të plotë menaxhimi të cilësisë dhe rezultate të disponueshme të njëjtat ditë të vizitës:

Për personat me ulçera të konfirmuara anogenitale, rekomandohet si vijon:

1. Kryeni teste molekulare (NAAT) nga lezione të anogenitaleve për të konfirmuar ose përjashtuar virusin herpes simplex dhe *Treponema pallidum* (sifilisi);
2. Kryeni teste molekulare nga lezione të anogenitaleve për të konfirmuar limfogramuloma venereum në zonat gjeografike dhe/ose popullatat ku rastet raportohen ose po shfaqen;
3. Kryeni teste serologjike për sifilis, me interpretim të duhur për menaxhim në varësi të testit ose testeve të përdorura;
4. Trajtoni për sifilis dhe/ose herpes simplex sipas rezultateve të disponueshme të njëjtat ditë të vizitës ose trajtoni sindromikisht dhe rishikoni menaxhimin sipas rezultateve kur ato të jenë të disponueshme;
5. Trajtoni për limfogramuloma venereum kur rezultatet janë positive;
6. Trajtoni për chancroid vetëm në zonat gjeografike ku rastet raportohen ose po shfaqen.

(Rekomandim i fortë; evidencë me siguri të moderuar)

Mjedise ku trajtimi në të njëjtën ditë nuk është i mundur përmes testeve molekulare ose ku testimi molekular është i kufizuar ose i papërdorshëm

Për personat me ulçera të konfirmuara anogenitale, rekomandohet si vijon:

1. Trajtim sindromik për sifilis dhe virusin herpes simplex në të njëjtën ditë;
2. Trajtim për virusin herpes simplex nëse ulçera është e përsëritur ose vezikulare, dhe trajtim për sifilis nëse personi nuk ka histori të trajtimit të fundit për sifilis (brenda tre muajve të fundit);
3. Trajtim për ducreyi (chancroid) vetëm në zonat gjeografike ku rastet raportohen ose janë në zhvillim.

(Rekomandim me kushtë; evidencë me siguri të moderuar)

Praktika e mirë përfshin:

- Kryerjen e testeve serologjike për sifilisin, duke përfshirë një test ekuivalent RPR, nëse është i disponueshëm, për të identifikuar një infeksion aktiv dhe për të monitoruar përgjigjen ndaj trajtimit; dhe
- Referimin e burrave me ulçera anogjenitale të qëndrueshme në një qendër me kapacitet laboratorik dhe ekspertizë për diagnostikimin e herpesit ose patogjenëve më të rrallë (lymphogramuloma venereum, donovanosis dhe chancroid) dhe kushteve të tjera gjenitale ose gastrointestinale.

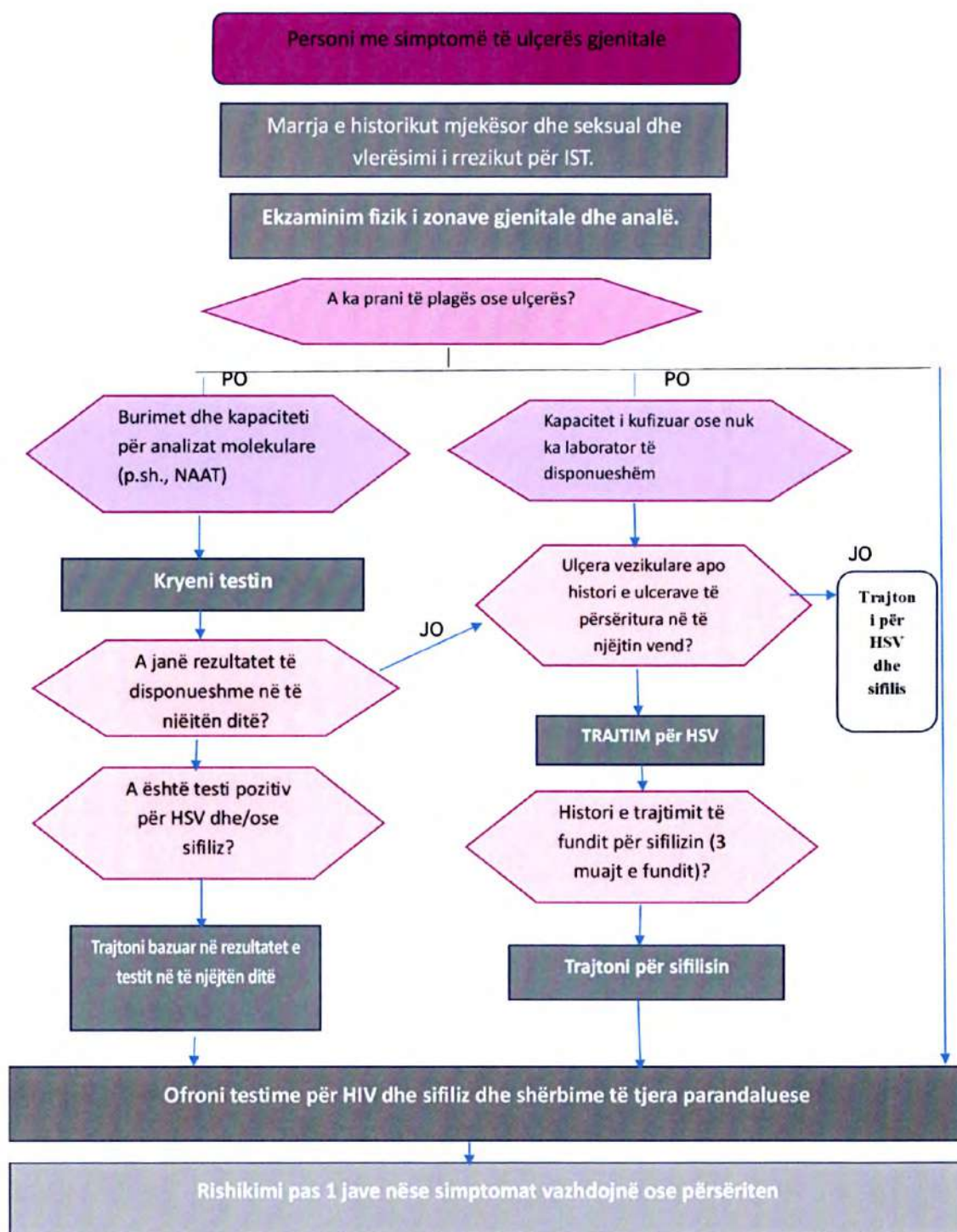
(Udhëzim për praktikë të mirë)

Shënime

Sëmundja e ulçerave gjenitale i referohet prishjeve të lëkurës ose mukozës dhe mund të paraqitet si ulçera, plagë ose vezikula. Ulçerat anogjenitale i referohen atyre të vendosura në zonat gjenitale ose anale dhe mund të jenë të dhimbshme ose jo.

Një test serologjik negativ për sifilisin kur ulçerat anogjenitale kanë qenë prezent për më pak se tri javë nuk përjashton në mënyrë përfundimtare sifilisin, pasi antitruapat mund të mos jenë ende të pranishëm për t'u zbuluar nga testi serologjik për sifilisin. Shiko udhëzimet për interpretimin e testeve të sifilisit.

Algoritmi 6. Grafiku i rrjedhës për menaxhimin e sëmundjes së ulçerës gjenitale, duke përfshirë ulcerat anorektale



HSV, virusi herpes simpleks

* Nëse është kryer analiza molekulare dhe rezultatet nuk janë të disponueshme në të njëjtën ditë, rishikoni trajtimin sindromik të dhënë fillimisht sipas rezultateve të testit kur të jenë të disponueshme

6.7 Si duhet trajtuar sëmundja e ulçerës gjenitale, përfshirë ulçerat anorektale?

Tabela 11 paraqet opsionet e trajtimit për menaxhimin sindromik të personave me sëmundje ulcerative gjenitale. Menaxhimi sindromik duhet të përfshijë trajtimin për sifiliz, përveç nëse personi është trajtuar për sifiliz gjatë tre muajve të fundit, si dhe trajtimin për herpes.

Për personat me ulcera të përsëritura që ndodhin shumë shpesh (p.sh. 4–6 episode ose më shumë në vit), ose që shoqërohen me simptoma të rënda apo shkaktojnë shqetësim, mund të propozohet terapia supresive, e cila shpesh preferohet krahasuar me trajtimin episodik. Personat që marrin terapi supresive mund të rivlerësohen pas një viti dhe të pyeten nëse dëshirojnë të vazhdojnë ose të kalojnë në terapi episodike. Duhet pasur parasysh se shkalla e përsëritjes mund të rikthehet në nivelet e periudhës para fillimit të terapisë supresive, dhe pacientët duhet të jenë të vetëdijshëm për këtë.

Për personat që jetojnë me HIV dhe individët imunokomprometuar, rekomandohet rregullim i dozave për valaciklovir dhe famaciklovir, por jo për aciklovir.

Për episodet e përsëritura, rekomandohet valaciklovir 500 mg për pesë ditë (në vend të tre ditëve) dhe famaciklovir 500 mg dy herë në ditë për pesë ditë (në vend të 250 mg).

Për terapinë supresive, rekomandohet valaciklovir 500 mg dy herë në ditë (në vend të një here në ditë) dhe famaciklovir 500 mg dy herë në ditë (në vend të 250 mg dy herë në ditë).

Personat që raportojnë alergji ndaj penicilinës duhet të trajtohen me alternativa efektive për sifilizin, të cilat përfshijnë doksiciklinën dhe eritromicinën.

Tabela 11. Opsionet e rekomanduara të trajtimit për sëmundjen me ulçera gjenitale

Infeksionet e mbuluara	Opsionet e linjës së parë	Zëvendësues efektivë	Për gratë shtatzëna dhe ato që ushqejnë me gji, si dhe për personat nën 16 vjeç
<ul style="list-style-type: none"> • Terapi me doza të shumëfishta për infeksionin nga virusin Herpes Simplex • Terapi me penicilinë me veprim të gjatë me një dozë të vetme ose terapi me doza me alternativa te tjera. 	Infeksion primar Aciklovir 400 mg, oral, 3 herë në ditë për 10 ditë ose Aciklovir 200 mg, oral, 5 herë në ditë për 10 ditë	Infeksion primar Valaciklovir 500 mg, dy herë në ditë për 10 ditë ose Famciklovir 250 mg, oral, 3 herë në ditë për 10 ditë	Infeksioni primar Përdorni aciklovirin vetëm kur përfitimi tejkalon rrezikun. Doza është e njëjtë si për infeksionin primar në rastet kur nuk jeni shtatzënë.
	Infeksion i përsëritur – terapi episodike Aciklovir 400 mg, oral, 3 herë në ditë për 5 ditë ose Aciklovir 800 mg, oral, dy herë në ditë për 5 ditë ose Aciklovir 800 mg, 3 herë në ditë për 2 ditë	Infeksion i përsëritur – episodik Valaciklovir 500 mg, dy herë në ditë për 5 ditë ose Famciklovir 250 mg, oral, dy herë në ditë për 5 ditë	Infeksion i përsëritur – terapi episodike Aciklovir 400 mg, oral, 3 herë në ditë për 5 ditë ose Aciklovir 800 mg, oral, dy herë në ditë për 5 ditë ose Aciklovir 800 mg, 3 herë në ditë, për 2 ditë
Terapi shtypëse për herpesin recidivues Aciklovir 400 mg, oral, dy herë në ditë ose Valaciklovir 500 mg, një herë në ditë	Terapi shtypëse për recidivata Famciclovir 250 mg, oral, dy herë në ditë	Terapi shtypëse për herpesin recidivues Aciklovir 400 mg, oral, dy herë në ditë ose Valaciklovir 500 mg, një herë në ditë	
Sifilizi (i hershëm) (trajtim për sifilizin primar, sekondar dhe latent të hershëm [më pak se dy vjet që nga infeksioni])	Penicilinë benzatine 2.4 milion njësi, në mënyrë intramuskulare në një dozë të vetme	Doksiciklinë 100 mg, oralisht, dy herë në ditë për 14 ditë ose Eritromicinë 500 mg, 4 herë në ditë për 14 ditë	Penicilinë benzatine 2.4 milion njësi, në mënyrë intramuskulare në një dozë të vetme ose Eritromicinë 500 mg, oralisht, 4 herë në ditë për 14 ditë
Sifilizi (i vonë) (trajtim për sifilizin e vonë latent dhe terciar)	Penicilinë benzatine 2.4 milion njësi me injeksion intramuskular, një herë në javë për 3 javë rresht	Prokainë penicilinë 1.2 milion njësi me injeksion intramuskular, një herë në ditë për 20 ditë rresht ose Doksiciklinë 100 mg, oral, dy herë në ditë për 30 ditë	Eritromicinë 500 mg oral, 4 herë në ditë për 30 ditë

6.9 Rrjedhja Anorektale

Simptomat anorektale dhe infeksionet seksualisht transmissive anorektale janë të përhapura tek meshkujt që kanë marrëdhënie seksuale me meshkujt, femrat që punojnë si punëtore seksi, personat transgender dhe femrat heteroseksuale që praktikojnë marrëdhënie seksuale ne menyre anale.

Vendet anatomike të infeksionit

Infeksionet e zonës anorektale mund të ndahen në vendet e mëposhtme anatomike:

- **Infeksionet anale:** Infeksione të anusit dhe zonës perianale që përfshijnë epitelin e shumëfishtë sqamos. Ky është një vend i zakonshëm për patogjenë si HPV, HSV dhe sifilisi.
- **Proktiti:** Infeksione që shtrihen nga linja dentate deri te lidhja rektosigmoidale. Ky është një vend i zakonshëm për infeksione gonokokale, klamidia dhe HSV. *(Linja dentate është vijë ndarëse midis epelit të kolonës së thjeshtë kolumnare të rektumit dhe epelit shumëfishtë të kanalit anal, zakonisht në nivelin e valvulave anale.)*
- **Proktokoliti:** Infeksione të rektumit dhe kolonit. Ky është vendi ku janë të zakonshme infeksionet me Shigella, Campylobacter, Salmonella, citomegalovirus dhe amebiazë.

Për diagnozë dhe menaxhim sindromik, këto infeksione përfshihen nën kategorinë e **infeksioneve anorektale**.

Infeksionet anorektale mund të lidhen me:

- Dhimbje anorektale
- Entje
- Rrjedhje
- Gjakderdhje
- Ndjenjë presioni në rektum
- Tenesmus (nevoja për defekim)
- Konstipacion
- Mukus në jashtëqitje.

Infeksionet anorektale pa simptoma nuk janë të rralla, megjithëse të dhënat e sakta mungojnë.

Grupet me rrezikun më të lartë për infeksione anorektale asimptomatike janë:

- Meshkujt që bëjnë seks me burra (MSM);
- Punëtorët e seksit, meshkuj dhe femra;
- Personat transgender;
- Gratë që kanë pasur marrëdhënie anale receptive me burra që kanë IST.

6.10 Praktikë Seksuale të Lidhura me Infeksionet Anorektale

Sjelljet seksuale me rrezik të lartë për infeksionet anorektale përfshijnë:

- Seks anal receptiv;
- Kontakti oro-anal;
- Futja e dorës në rektum ose vaginë;
- Prekja e organeve gjenitale ose anusit me gishta, përfshirë edhe futjen e gishtave në vaginë;
- Kontakt i jashtëm penis-anus pa penetrim dhe pa kondom;
- Futje e pjesshme ose e shkurtër e penisit në anus pa kondom, me tërheqje të menjëhershme;
- Ndarja e lodrave seksuale.

11.3 Ekzaminimi

Një ekzaminim për infeksionet anale përfshin një ekzaminim të jashtëm të anusit dhe, nëse është i disponueshëm, një anoskopi. Në infeksionet asimptomatike, mund të kryhet anoskopi, ndoshta me marrjen e mostrave për ngjyrosje Gram dhe numërimin e leukociteve polimorfonukleare për të zbuluar për IST-të. Megjithatë, anoskopi nuk është i disponueshëm në shumicën e vendeve të kujdesit primar, dhe një ekzaminim i jashtëm mund të jetë i vetmi proces praktik për të vëzhguar rrjedhje, ulçera apo gunga të jashtme.

Megjithëse ekzaminimi anoskopik mund të përdoret për marrjen e mostrave për ngjyrosje Gram për *N. gonorrhoeae* dhe për leukocite, si dhe për kultivimin e *N. gonorrhoeae*, marrja e mostrave për testet e amplifikimit të acidit nukleik për *Chlamydia* dhe mikroskopinë me fushë të errët për *T. pallidum* gjithashtu është e mundur, performanca e këtyre testeve mbi mostra rektale nuk është mirë e vendosur. Megjithatë, disa kuti testimi janë licencuar për përdorim mbi mostra rektale. Ka pak ose aspak të dhëna që vërtetojnë përdorimin e mikroskopisë në diagnostikimin e infeksioneve anorektale.

11.4 Rekomandime për menaxhimin e rrjedhjes anorektal

Për personat që kanë simptomë të rrjedhjes anorektal dhe raportojnë seks anal receptiv, OBSH rekomandon menaxhim bazuar në rezultatet e analizave molekulare me cilësi të garantuar. Megjithatë, në vende ku nuk ka mundësi për teste molekulare ose kapacitete laboratorike të kufizuara, OBSH rekomandon trajtim sindromik për të siguruar trajtim të menjëhershëm në ditën e vizitës.

(Rekomandim i fortë; dëshmi me besueshmëri mesatare)

Praktikat e mira përfshijnë:

Marrjen e historisë mjekësore dhe seksuale dhe vlerësimin e rrezikut për IST-të;

Kryerjen e ekzaminimit fizik të zonave gjenitale dhe perianale dhe ekzaminimin digjital rektal, nëse pranohet (dhe anoskopinë, nëse është e disponueshme dhe e pranueshme);
Ofrimin e testeve për HIV, Sifilis dhe shërbimeve të tjera parandaluese sipas udhëzimeve të tjera;
Referimin për hulumtime të tjera në rast të rrjedhjes anorektale nuk lidhet me infeksione seksualisht transmiseve, siç janë sëmundjet e tjera gastrointestinale.
Menaxhimi i infeksioneve anorektale në kushte me teste molekulare me cilësi të garantuar dhe sistem menaxhimi cilësie funksional, me rezultate në të njëjtën ditë:

OBSH rekomandon:

1. Kryeni teste molekulare (NAAT) duke përdorur mostër anorektale të mbledhur vetë ose nga mjeku për të konfirmuar ose përjashtuar infeksionin me *N. gonorrhoeae* dhe/ose *C. trachomatis* dhe trajtoni infeksionet e identifikuara;
2. Trajtoni, gjithashtu, për virusin herpes simplex nëse ka dhimbje anorektale;
3. Ndiqni udhëzimet për ulcerat gjenitale nëse ka prani të ulceracioneve.

(Rekomandim i fortë; dëshmi me besueshmëri mesatare)

Në kushte ku trajtimi i të njëjtës ditë nuk është i mundur me teste molekulare ose ku testet molekulare janë të kufizuara ose mungojnë:

OBSH sugjeron:

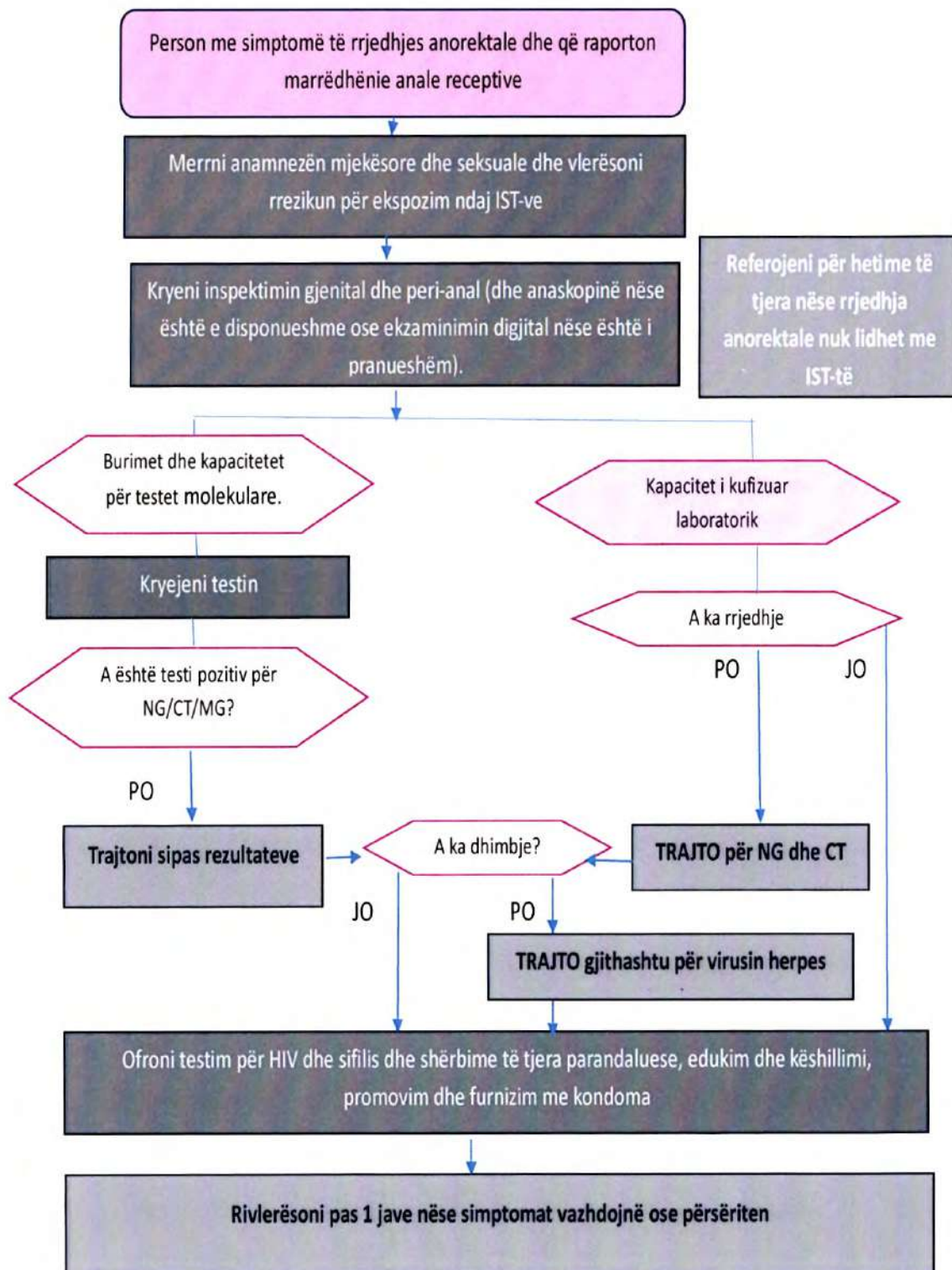
1. Trajtim për *N. gonorrhoeae* dhe *C. trachomatis* nëse ka rrjedhje;
2. Trajtim, gjithashtu, për virusin herpes simplex nëse ka dhimbje anorektale.

(Rekomandim me kusht; dëshmi me besueshmëri mesatare)

Praktikat e mira përfshijnë:

- Ndiqni udhëzimet për ulcerat gjenitale nëse ka prani të ulceracioneve;
- Referoni personat me rrjedhje anorektal që zgjat për në qendra me kapacitete laboratorike për diagnostikimin e *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (përfshirë serovarët e limfogramulomës venerum) dhe *M. genitalium*, si dhe për përcaktimin e rezistencës ndaj antibiotikëve për *N. gonorrhoeae* dhe *M. genitalium*.

Algoritmi 7. Diagrami i rrjedhës ankorektale



NG – *Neisseria gonorrhoeae*; CT – *Chlamydia trachomatis*; MG – *Mycoplasma genitalium*.

6.11 Rekomandime për trajtimin e infeksioneve anorektale

Në zbatimin e një diagrami rrjedhjeje për menaxhimin e personave me infeksione anorektale, duhet të merren parasysh:

- Konfirmimi nëse personi ka seks anal;
- Dallimi midis infeksionit anorektal dhe sëmundjeve të tjera dhe
- Kufijtë për shtimin e trajtimit për HSV, limfogranuloma venereum ose sifilis.

Zgjedhja e barnave, dozimi dhe koha e trajtimit zakonisht nuk ndryshojnë nga ato për infeksionet në pjesë të tjera anatomike. Tabela 12 përmbledh opsionet e trajtimit për infeksionet anorektale.

Në përgjithësi, rekomandohet trajtimi sindromik për personat simptomatikë: për klamidia, doxiklinë 100 mg dy herë në ditë për shtatë ditë (zgjatet në 21 ditë për të mbuluar limfogranuloma venereum nëse NAAT është pozitiv për *C. trachomatis*) ose azitromicinë 1 g njëherësh, plus ceftriakson 250 mg intramuskular ose cefiksim 400 mg në gojë si doza të vetme për gonorre, dhe me aciklovir, valaciklovir ose famciklovir për infeksionin HSV, nëse është i indikueshëm.

Nëse vërehen ulçera, trajtimi duhet të ndjekë edhe diagramin rrjedhës për ulçerat gjenitale dhe të konsiderohet menaxhimi i personit për sifilis dhe/ose limfogranuloma venereum.

Tabela 12. Opsionet e trajtimit për personat me rrjedhje anorectal

Regjimet e rekomanduara të trajtimit për infeksionet anorektale		
Infeksionet e mbuluara	Opsionet e parë të trajtimit	Zëvendësues efektivë
N. gonorrhoeae	Ceftriakson 250 mg, intramuskular, dozë e vetme plus Azitromicinë 1 gram, me gojë, dozë e vetme	Cefiksım 400 mg, me gojë, dozë e vetme plus Azitromicinë 1 gram, me gojë, dozë e vetme
C. trachomatis	Doksiciklinë 100 mg, me gojë, dy herë në ditë, për 7 ditë ose Doksiciklinë për 21 ditë (për të mbuluar limfogramulomën veneriane rektale) nëse dyshohet ose konfirmohet me NAAT (të jepet vetëm nëse terapia e dyfishtë nuk ka përfshirë azitromicinë)	Eritromicinë 500 mg, me gojë, 4 herë në ditë për 14 ditë (të jepet vetëm nëse terapia e dyfishtë nuk ka përfshirë azitromicinë)
Sifilis	Benzatinë penicilinë 2.4 milion njësi intramuskular, dozë e vetme Për personat me test pozitiv për sifiliz dhe pa ulçerë: të jepet e njëjta dozë në intervale javore, gjithsej për tre doza.	Doksiciklinë 100 mg, me gojë, dy herë në ditë për 14 ditë Eritromicinë 500 mg, 4 herë në ditë, me gojë, për 14 ditë Zgjatet trajtimi deri në 30 ditë nëse serologjia për sifiliz është pozitive
Herpes gjenital	Infeksion i përsëritur (rekurent):	Infeksion i përsëritur (rekurent):
	<ul style="list-style-type: none"> Aciklovir 400 mg, me gojë, 3 herë në ditë për 5 ditë ose Aciklovir 800 mg, me gojë, 3 herë në ditë për 2 ditë ose Aciklovir 800 mg, me gojë, 2 herë në ditë për 5 ditë 	Valaciklovir 500 mg, dy herë në ditë për 3 ditë
	Herpes gjenital primar:	Herpes gjenital primar:
	<ul style="list-style-type: none"> Aciklovir 400 mg, me gojë, 3 herë në ditë për 10 ditë ose Aciklovir 200 mg, 5 herë në ditë për 10 ditë 	<ul style="list-style-type: none"> Valaciklovir 500 mg, me gojë, dy herë në ditë për 10 ditë
	Terapia supresive për herpesin rekurent:	Terapia supresive për rikthime:
	<ul style="list-style-type: none"> Aciklovir 400 mg, me gojë, dy herë në ditë ose Valaciklovir 500 mg, një herë në ditë <p>Për kohëzgjatjen, shih seksionin mbi sëmundjet e ulçerave gjenitale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Famciklovir 250 mg, me gojë, dy herë në ditë (Famciklovir 500 mg, dy herë në ditë për personat që jetojnë me HIV ose janë të imunokomprometuar)

Shënim: Për shkak të rritjes së rezistencës antimikrobiale ndaj azitromicinës në *N. gonorrhoeae* dhe zvogëlimit të ndjeshmërisë ndaj cefalosporinave, OBSH po rishikon rekomandimet dhe dozimet aktuale të trajtimit.

IV. STANDARDET E AUDITUESHME

Standardet shërbejnë si indikatorë të matshëm për auditim klinik, me qëllim sigurimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe harmonizimin me praktikat ndërkombëtare.

Tabela 13: Standardet e auditushme të paraqitura detajisht

Standardi	Indikatori i matshëm	Burimi i të dhënave	Objektivi (%)	Shënime
Diagnostikimi sipas algoritmeve sindromike	Përqindja e rasteve të vlerësuara me algoritme sindromike	Kartela e pacientit/elektronike	95%	Sipas udhërrëfyesit më të fundit të miratuar nga MSh
Menaxhimi sindromik me regjim standard	Përqindja e rasteve të trajtuara me regjim standard	Kartela e pacientit/elektronike	90%	Mbështetur në sindromën e identifikuar
Këshillimi për partnerët seksualë	Përqindja e pacientëve të këshilluar për partnerët	Kartela e pacientit/elektronike	80%	Dokumentim i detyrueshëm
Këshillimi për parandalim	Përqindja e pacientëve të këshilluar për parandalim	Kartela e pacientit/elektronike /intervistë	95%	Edukimi verbal + material shkruar/vizual
Përdorimi i barnave nga LEB	Përqindja e trajtimeve me barna nga LEB	Kartela e pacientit /elektronike SMSF	95%	Përdorimi i listës së barnave nga LEB
Referimi i rasteve të komplikuara	Përqindja e rasteve të komplikuara të referuara sipas protokollit	Kartela e pacientit /elektronike; sistemi i referimit	90%	Komplikimet përfshijnë Semundjet inflamatore te Pelvikut (PID) të rëndë, shtatzëni, rezistencë antimikrobike
Dokumentimi i plotë në kartelë	Përqindja e kartelave me dokumentim të plotë	Kartela e pacientit/elektronike	95%	Formulari i plotësuar për çdo rast
Raportimi mujor i rasteve të trajtuara	Raportimi mujor i kryer sipas protokollit	Raportet mujore institucionale	100%	Raportim i rregullt i rasteve IST

V. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UPK-SE NË RRETHANA TONA

Udhërrëfyesi do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për, trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyes.

Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante të njohura si njësi kërkuese që mirren me trajtimin e pacientëve me IST.

Medikamentet që janë të përfshirë në Listën e Barnave Esenciale si në vijim:

Ceftriaxone, Doxycycline, Azithromycin, Cefixime, Metronidazole, Clindamycin, Erythromycin, Penicillin Benzathine, Procaine Penicilin, Fluconazole, Nystatin dhe Acyclovir.

Ndërsa medikamentet me (*) Fusnotë nuk janë përfshirë në listën esenciale të barnave si në vijim: Spectinomycin*, Miconazole vaginal*, Clotrimazole vaginal*, Valacyclovir* dhe Famiciklovir*

Medikamentet si vijon janë të paraqitura në formë tabelare:

Tabela 14: Antibiotikët që përdoren për IST

ANTIBIOTIKËT	
Emri i barit	Doza e shënuar
Ceftriaxone	250 mg/pluhur per tretje i/m ose i/v
Doxycycline	100 mg
Azithromycin	500 mg
Cefixime	400 mg
*Spectinomycin	1 gr
Metronidazole	400 ose 500 mg
Clindamycin	300 mg
Erythromycin	500 mg
Penicillin Benzathine	2.4 milion IU
Procaine Penicillin	1.2 milion IU

Tabela 15: Antimykotikët që përdoren për IST

ANTIMYKOTIKËT	
Emri i barit	Doza e shënuar
*Miconazole vaginal	200 mg
*Clotrimazole vaginal	100 mg
Fluconazole	150–200 mg
Nystatin	200,000 IU (vaginal)

Tabela 16: Antiviralët që përdoren për IST

ANTIVIRALËT	
Emri i bariyt	Doza e shënuar
*Valaciclovir	500 mg
*Famciclovir	500 mg
Acyclovir	200 – 800 mg

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme humane dhe infrastrukurore, fakti që shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyesi janë të përfshira në listën esenciale të barnave si dhe përfshirja e auditit klinik si mekanizëm i monitorimit të brendshëm për përmirësimin e cilësisë së kujdesit dhe sigurinë e pacientit.

Zbatimi i Udhërrëfyetit klinik është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore relevante janë përgjegjës për sigurimin, kërkesën dhe furnizimin me barnat e nevojshme për zbatim të këtij udhërrëfyesi.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm duke zbatuar auditin klinik si mjet për monitorimin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe sigurisë së pacientit.

Barrierat dhe sfidat në zbatimin e udhërrëfyetit

Pavarësisht bazës së mirë strukturore dhe burimeve ekzistuese, zbatimi praktik i udhërrëfyetit mund të përballlet me disa barrierat:

- Mungesa e kapaciteteve diagnostikuese, veçanërisht për testet etiologjike të IST-ve dhe mungesa e testeve të shpejta (rapid point-of-care tests).
- Mungesa e të dhënave nga mbikëqyrja epidemiologjike dhe lidhjes efektive ndërmjet laboratorëve, shërbimeve klinike dhe institucioneve përgjegjëse për shëndetin publik.
- Stigmatizimi dhe diskriminimi i pacientëve që paraqiten me IST, veçanërisht adoleshentët dhe grupet vulnerabël.
- Mungesa e burimeve njerëzore të trajnuara për menaxhim sindromik, këshillim dhe referim të rasteve më të ndërlikuara.
- Mungesa e laboratorëve sentinel dhe qendrave referuese që mund të mbështesin shërbimet parësore në diagnostikim dhe monitorim epidemiologjik të rezistencës antimikrobike.
- Koordinimi i kufizuar ndër-institucional ndërmjet kujdesit parësor, laboratorëve referencë dhe institucioneve për kontrollin e IST-ve.
- Kufizimet financiare dhe logjistike, të cilat ndikojnë në furnizim, trajnime dhe zhvillimin e kapaciteteve profesionale.

Mjetet lehtësuese për zbatimin efektiv

Për të adresuar barrierat e mësipërme, rekomandohen masat e mëposhtme:

- Trajnimi i vazhdueshëm i stafit shëndetësor në menaxhimin sindromik të IST-ve dhe në integrimin e kujdesit për IST, HIV, kujdesin antenatal dhe planifikimin familjar;
- Zhvillimi i mekanizmave për supervizim mentorues dhe mbështetje klinike në nivel të QMF-ve;
- Zbatimi i testeve të shpejta dhe përdorimi i platformave molekulare ekzistuese për diagnostikim dhe monitorim të rezistencës;
- Forcimi i sistemit të mbikëqyrjes epidemiologjike të IST-ve, përmes laboratorëve sentinel dhe bashkëpunimit me partnerët ndërkombëtarë;
- Zhvillimi i mekanizmave të raportimit dhe feedback-ut, për të identifikuar barrierat në kohë reale dhe përmirësuar zbatimin në praktikë;
- Zhvillimi i fushatave për reduktimin e stigmatizimit dhe rritjen e ndërgjegjësimit të komunitetit për IST-të dhe trajtimin e tyre.

VII. LITERATURA

1. World Health Organization. Syndromic management or point of care tests for urethral discharge: systematic review and mathematical modelling. In: Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections: web annex A. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/350451Iris+5Iris+5Iris+5>;
2. World Health Organization. Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: [9789240104907-eng.pdf](#);
3. World Health Organization. STI-associated syndromes guide: Syndromic management [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2025 Sep 1]. Available from: [STI-associated syndromes guide: Syndromic management - Canada.ca](#);
4. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Internet]. Atlanta: CDC; 2021 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>;
5. Southern African HIV Clinicians Society. 2022 guideline for the management of sexually transmitted infections: Moving towards best practice [Internet]. Southern African HIV Clinicians Society; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: [SAHCS 2022 STI guidelines.pdf](#);

VIII. SHKURTESAT

AGREE II	Vlerësimi i Udhëzimeve për Kërkim dhe Vlerësim II - Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II
GPHUK	Grupi Punues për Hartimin e Udhërrëfyesit Klinik
GRADE	Vlerësimi, Hartimi dhe Dhënia e Rekomandimeve -Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HIV	Virus i imunodeficiencës humane
AIDS	Sindroma e imunodeficiencës së fituar
KTV	Këshillimi dhe Testimi Vullnetar
HPV	Virusi Papilomes Humane
HSV-2	
IKShPK	Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës
IST:	Infeksionet seksualisht transmissive
KDSh	Kujdesi Dytësor Shëndetësor
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
KTSh	Kujdesi Tretësor Shëndetësor
LGBTQ+	Lezbike, Homoseksual, Biseksual, Transgjinnor, Pyetësues, + (plus) Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer or Questioning, +
M&V	Monitorim dhe Vlerësim
MSM	Burrat që kryejnë marrëdhënie seksuale me burra;
MSH	Ministria e Shëndetësisë
N. gonorrhoea	Neisseria gonorrhoeae
C. trachomatis	Chlamydia trachomatis
PID	Sëmundja Inflammatorë Pelvike
NAAT	Testet e amplifikuara të Acidit Nukleik
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PICO	Popullata, Ndërhyrja, Krahasimi dhe Rezultati.
PrEP	Profilaksa para Ekspozimit
SP	Spitalet e Përgjithshme
ShSKUK	Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës
UDS	Sindroma e Rrjedhjes Uretrale
UNFPA	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë - United Nations Fund for Population
PRAK	Programi për Rritjen e Avokimit për të drejtat e Konsumatorit (Pacientit)

V. SHTOJCA

1. Lista e Barnave Esenciale;[LBE 27.08.2024.pdf](#)
2. Raporti Recenzentit nga Dr. Zef Ndrejaj
3. Raporti Recenzentit nga Dr. Murat Mehmeti
4. Komentet nga PRAK



Raporti Recenzentit
Dr. Zef Ndrejaj.pdf



Raporti i
recenzentit_Dr. Mui



Re_ Fw_ Per
Mui komente te UK_Mer