



REPUBLIKA E KOSOVES / REPUBLIKA KOSOVA / REPUBLIC OF KOSOVO	
QEVERIA E KOSOVES / VLADA KOSOVA / GOVERNMENT OF KOSOVO	
MINISTRIA E SHËNDETËSISË / MINISTARSTVO ZDRAVSTVA / MINISTRY OF HEALTH	
Njësia Org. Org. Jedinica Org Unit	01
Nr. faqeve Br. stranica No. pages	- 13 -
Nr. Prot. Broj Prot. Prot. No.	05-5119
Data: Datum: Date:	20.07.2026
Prishtinë / a	

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

Nr: 89 /VII/2026
Datë: 17.07.2026

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), bazuar në nenin 11 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, bazuar në nenin 12, paragrafi 1, pika 1.1. Rregullores (QRK) - nr. 04/2026 për fushat e përgjegjësisë administrative të ministrive, duke u bazuar në nenin 16 të Udhëzimit administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Protokolli Klinik “Menaxhimi i osteoporozës”.
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Protokolli Klinik “Menaxhimi i osteoporozës”.
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri në detyrë i Shëndetësisë.

Dr. Arben Vitia

Minister në detyrë i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Zëvendësministrave;
- Sekretarit i Përgjithshëm;
- Departamentit ligjor;
- 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 I OSTEOPOROZËS

PROTOKOLL KLINIK

Protokolli Nr.2/2026

Prishtinë, 2026

Verzioni 1.0

Protokolli klinik " Menaxhimi dhe trajtimi i Osteoporozës " është përgatitur duke u bazuar në Udhërrëfyesin Klinik Nr 60/IV versioni 1.0 aprovuar nga MSH, më datën 14.08.2025, Prishtinë

Grupi punues për hartimin e Protokolit klinik është grup multidisciplinar i përbërë nga 5 anëtarë:

1. Dr. sci Jehona Ismaili, Interniste -reumatologe, Klinika e Reumatologjisë, Qendra Klinike Universitare e Kosovës - Kryesuese
2. Dr. Arta Baftiu, Interniste- reumatologe, Klinika e Reumatologjisë, Qendra Klinike Universitare e Kosovës - Anëtare
3. Dr. Ardiana Perjuci, Interniste -endokrinologe, Klinika e Endokrinologjisë, Qendra Klinike Universitare e Kosovës - Anëtare
4. Dr. Vjollca Hashani, Interniste- endokrinologe, Klinika e Endokrinologjisë, Qendra Klinike Universitare e Kosovës - Anëtare
5. Mr ph. Erblin Elezi, Farmacist, Barnatorja Qendrore, Qendra Klinike Universitare e Kosovës -Anëtar

Shkurtesat

DXA scan	Dual X ray
BMD	Dendësia e masës kockore (Body mass densitometry)
FRAX	Mjeti për vlerësimin e rrezikut nga frakturat (Fracture risk assesment tool)
MOF	Fraktura madhore osteoporotike (major osteoporotic fracture)
NICE Excel)	Instituti Kombëtar i Shëndetit dhe Kujdesit (National Institute for Health and Care
NOGG	Grupi Kombëtar i Udhërrëfyesve për Osteoporozë (National Osteoporosis Guidline Group)
FLS	Shërbimi për fraktura Liaison (Fracture Liaison Service)
AFF	Frakturat atipike të femurit atypical femur fracture
CAROC	Shoqata Kanadeze e Radiologëve të Osteoporozës (Canadian Association of Radiologists and Osteoporosis Canada tool)
ONJ	Osteonekroza e nofullës (Osteonecrosis of jaw)

I. HYRJA

Definicioni bazë i Osteoporozës është bërë nga OBSH në vitin 1994, si sëmundje progresive sistematike skeletale që karakterizohet nga humbja e masës kockore mikroarkitekturës së indit kockor që ka për pasojë rritjen e fragjilitetit kockor dhe mundësinë për fraktura

1.1 Qëllimi

Ky protokol klinik ka për qëllim ndërgjegjësimin e profesionistëve shëndetësorë dhe pacientëve për rëndësinë e trajtimit me kohë të Osteoporozës me qëllim të ruajtjes së shëndetit kockor dhe uljes së rrezikut për fraktura në mesin e moshave të vjetra, si rezultat , ruajtjen e lëvizjeve, cilësisë së jetës/ Protokoli klinik synon që të pajis me njohuri në lidhje

me strategjitë e mjekimit terapeutik profesionistët shëndetësorë të të gjitha niveleve duke filluar nga profesionistët shëndetësorë të nivelit primar, por në vecanti nivelit sekondar dhe terciar tek profesionistë të specialiteteve përkatëse si reumatologë , endokrinologë ,gjiniekologë dhe ortopedë.

1.2 Dedikimi

Protokoli Klinik për trajtimin e Osteoporozës, ka në fokus njerëzit me osteoporozë primare dhe sekondare. Ky protokol i adresohet edhe grupit të pacientëve me kancer, sëmundje serioze, apo gjendjeve aktive që nxisin z e masës kockore (p.sh., hiperpara-tiroidimi, mieloma multiple, pacientët e diagnostikuar me artriti reumatoid, apo gjendje tjera inflamatore që kërkojnë terapi me glukokortikoide në doza të larta).

II. KRITERET DIAGNOSTIKE

Tabela 1. Faktorët e rrezikut klinik të përfshirë në vlerësimin e probabilitetit të frakturës FRAX

Mosha
Gjinia
Indeksi i masës trupore BMI i (llogaritur përmes peshës dhe gjatësisë në kg/m^2)
Fraktura fragjile të mëparme, përfshirë frakturat morfometrike vertebrale
Anamneza famijare pozitive për fraktura
Trajtimi aktual me glukokortikoide t (çfarëdo doze, një muaj 3 muaj apo më shumë)
Duhanpirja aktuale
Konsumimi i alkoolit njësi apo më shumë /ditë
Artriti reumatoid
Shkaqet sekondare të osteoporozës përfshirë:
Diabetin tip 1
Hipertiroidizmi i patrajtuar kohë të gjatë
Hipogonadizmi i patrajtuar / menopauzë e parakohshme (<45 vjeçare)
Malnutricioni kronik/malabsorbimi
Sëmundjet kronike të mëlçisë
Insuficiencia renale kronike pa hemodializë (p.sh. ,CKD3a– 5)
BMD i regjionit të qafës së femurit

Tabela 2. Vendimet e përafërta dhe konsideratat për probabilitetet e frakturave të femurit dhe frakturave madhore osteoporotike, që duhet të shtohen në interpretimin e FRAX score

Variabla e rrezikut	Përshtatja e FRAX *	Qasja
Ekspozimi në doza të moderuara dhe të larta të glukokortikoideve	Doza të moderuara (2.5–7.5mgditë) janë minimumi i dozave të lejuara për llogaritjen e FRAX score, dhe vlerat e pa përpunuara të FRAX për doza të larta (>7.5 mg ditë), Probabiliteti për MOF ngritet për t15% ndërsa për fraktura të	Përshtatja automatike që mund të gjindet ne faqen e FRAX score Kanisetal2011 ⁸²

femurit deri 20% ¥

Të dhënat konkurren- të për pjesën lumbale	Rritja/ zvogëlimi i probabilitetit MOF për 10% për çdo shkallë tëdiferencës T score midis LS and FN*	Leslie et al 2011 Johanssonetal 2014 ^{83,84}
Shkalla e kockës trabekulare (TBS)	Rritja e probabilitetit për MOF 30% për çdo devijim standard (SD) zvogëlon TBS	Vlerësimi i TBS mund të bëhet përmes UK FRAX. website.McCloskey et al 2016 ⁸⁵
Gjatësia aksis këmbë (HAL)	Rritja e probabilitetit për fraktura të femurit Për 30% për çdo vlerë të devijimit standard SD rrit gjatësinë axis këmbë HAL	Leslieetal2016 ⁸⁶
Historia për rrëzime	Rritja e probabilitetit për MOF dhe fraktura të femurit për 30% të dhënat për rrëzime aktuale (≥2 rrëzime brenda vitit)	Masudetal2011 ⁸⁷
Vendi i lindjes	Shfrytëzo FRAX score modelin duke cekur vendin lindjes, pasi rreziku mund të lidhet me vendin e origjinës, karakteristikat e tij	Johanssonetal2015 ⁸⁸ . Wändelletal2021 ⁹⁰
Diabetes mellitus Tip 2	Shtyp 'po' në rubrikën e FRAX për artritet reumatoid	Përshtatjet tjera në Leslieetal2018 ⁸⁹
MOF aktuale	Nënvizoj rritjet e probabilitetit për fraktura.	Kanisetal2020 ⁵²

Tabela 3. Hulumtimet klinike të propozuara për hulumtimin e osteoporozës dhe frakturave fragjile.

<i>Rutinore</i>	<i>Procedurat tjera nëse indikohen</i>
• Historia klinike • Ekzaminimi fizik përfshirë matjen e lartësisë dhe vlerësimin e kifoze të torakale • Hemogrami • Eritrosedimentacioni apo proteina- C reaktive • Niveli i kalciumit në serum, albuminat totale, kreatinina, fosfataza alkaline, transaminazat • Niveli në serum i 25-hydroxyvitaminD • Hormonet tiroidiene	• Elektroforeza në serum, imunoglobulinat • në serum, • Hormoni paratiroid (PTH)^b • Testosteroni në serum,FSH,LH • Kortizoli plazmatik 24 orësh testi i suprimimit të deksametazonit • Prolaktina në serum • Magnezi në serum në rast të hipokalcemisë • Antitruapat indorë transgultaminazë,+/-endomysialantitruapat (hulumtimi i sëmundjes coeliaca) • Ekskretimi i kalciumit urinar • Markerët e remodelimit kockor (p.sh., CTX,PINP)^c • Graftitë e shtyllës kurrizore në projeksion lateral DXA scan e indikuar pas vlerësimit me FRAX ose me qëllim të përcjelles së densitetit kockor • Scintigrafia e kockës

Tabela 4. Faktorët klinikë të rrezikut për osteoporozë /fraktura jo të përfshirë në FRAX, e që duhet përfshirë në vlerësimin e rrezikut nga frakturat

Kifoza torakale; Humbja e lartësisë (>4cm); Rrëzimet dhe/apo fragjiliteti kockor
Sëmundjet inflamatore: p.sh., spondiliti ankilozant, artritet tjera inflamtoare
Sëmundjet e indit lidhor lupusi eritematoz sistemik.
Sëmundjet endokrine p.sh., Diabeti melit tip 1 dhe tip 2, hipertiroidizmi, hipogonadizmi,
Sindroma Cushing. Çrregullimet hematologjike /sëmundjet malinje mieloma multiple, talasemia, sëmundjet e muskujve, mioziti, miopati dhe distrofitë, sarkopenia. Sëmundjet e mushkërve: p.sh., astma, fibroza cistike SPOK, HIV

Sëmundjet neurologjike / psikiatrike p.sh., sëmundja Parkinson dhe sëmundjet shoqëruese skleroza multiple epilepsia, insultet, depresioni, demenca
Mungesat në ushqim si kalciumi, vitamin D [keni parasysh që mungesa e vitaminës D mund t'i kontribuojë rritjes së rrezikut nga frakturat përmes mineralizimit kockor të mangët (osteomalacia) e më pak Osteoporoza] Sindromat e malabsorbimit të lidhura me kirurgjinë bariatrike apo të tjera. Medikamentet p.sh.
Disa imunosupresivë (calmodulin/inhibitorët e calcineurinës fosfatazës s) (kalimi) trajtimi me hormone tiroide (levothyroxine dhe /apo liothyronine). Pacientët me kancer të tiroides me TSH të suprimuar janë në rrezik të pjesëshëm. Medikamentet që ndikojnë prodhimin e gonadeve (inhibitorët e aromatoazës, terapia depriviuese e androgjeneve, medroxyprogesterone acetate, agonistët e gonadotropinës antagonistët e receptorëve të gonadotropinës)
Disa nga Medikamentet antidiabetike (p.sh., thiazolidinediones)
Disa nga antiepileptikët (p.sh., fenitoinë dhe karbamazepinat)

III. OPCIONET E TRAJTIMIT DHE MENAXHIMIT

Tabela 5. Efikasiteti kundër frakturave të medikamenteve të aprovuara kundër osteoporozës kur y; jepen së bashku me kalcium dhe vitamin D3 në gratë pas menopauzës si dhe meshkujt

Intervenimi	Frakturat Vertebrale	Frakturat jo vertebrale	Frakturat e femurit	Të dhënat evidente për superioritetin ose inferioritetin e parandalimit të frakturave vertebrale në gratë pas menopauzës me rrezik të lartë nga frakturat	Të licencuara për përdorim tek meshkujt
Romozumab	Ib	Iib	Iib	Superior ndaj Alendronate(Ib)	Jo
Teriparatide	Ia	Ia	Ia	Superior ndaj Risedronate(Ib)	Po
Alendronate	Ia	Ia	Ia	Inferior ndaj Romozumab(Ib)	Po
Ibandronate	Ib	Ib	NAE	NAE	Jo
Risedronate	Ia	Ia	Ia	Inferior ndaj Teriparatide (Ib)	Po
Zoledronate	Ia	Ia	Ia	NAE	Po
Calcitriol	Iia	NAE	NAE	NAE	Po
Denosumab	Ia	Ia	Ia	NAE	Po
HRT	Ia	Ia	Ia	NAE	Jo
Raloxifene	Ia	NAE	NAE	NAE	Jo
StrontiumRanelate	Ia	Ia	Iib	NAE	Po

Efekti dhe kohëzgjatja e terapisë së aprovuar për trajtimin e osteoporozës tek femrat dhe meshkujt

Tabela 6. Kohëzgjatja dhe efektet e terapisë

Tabela 6. Kohëzgjatja dhe efektet e terapisë për mjekimin e Osteoporozës në femrat pas menopauzës dhe meshkujt e moshës 50 vjeç apo mbi moshën 50 vjeç *

Rekomandimet	Fuqia e rekomandimit dhe saktësia e të dhënave evidente†
--------------	--

5.Kohëzgjatja dhe ndikimi i terapisë

5.1 Pacientët në terapi me bisfosfonate sugjerojmë që fillimisht të trajtohen me bisfosfonate në kohëzgjatje 3–6 vjet.

Vërejtje: Terapia 6 vjeçare është e përshtatshme për individët me histori për frakturë të femurit, vertebrave, frakturë multiple të vertebrave, ose individët me faktorë rreziku për humbje të masës kockore apo frakturë.[‡] Kur përdoret zoledronik acid, dhënia e dozave më rrallë sesa rekomandohet mund të jetë e nevojshme. Nëse kemi përgjigje jo adekute apo shqetësim për ndonjë frakturë gjatë terapisë me bisfosfonate, përvoja praktike tregon nëse duhet të zgjatet mjekimi apo të ndërpritet dhe të bëhet rivlerësimi i shkaktarëve sekondarë, si dhe të kërkohet ndihmë nga ekspertët përkatës nëse nevojitet.⁴⁶

5.2.

Vërejtje: Përgjigjen jo adekuate në trajtim duhet ta konsiderojmë nëse kemi > 1 frakturë apo densiteti kockor bie (p.sh. $\geq 5\%$) përkundër përshtatjes në protokolin terapeutik (>1 vit). Megjithatë jo gjithmonë ulja e densitetit kockor apo frakturat indikojnë përgjigje jo adekuate në terapi (p.sh. shkaqet e osteoporozës sekondare, rëniet, BMD gabimet që çojnë në pasaktësi).

Rekomandimet me kusht me shkallë të ulët të sigurisë

Qëndrim i mirë praktik

5.3. Për njerëzit në terapi me Denosumab ne sugjerojmë mos ndërprerjen e terapisë.

Vërejtje: Skema terapeutike me Denosumab, çdo 6 muaj, duhet dhënë me rregull pa u vonuar më shumë se një muaj për shkak të rrezikut nga humbja kockore dhe frakturat e vertebrave. Kohëzgjatja e terapisë mund të vlerësohet pas 6–10 vite dhe varet nga terapia paraprake me bisfosfonate si dhe vlerësimi individual i rrezikut nga frakturat atipike të femurit si dhe osteonekroza e nofullës.

Rekomandimet me kusht

Shkallë shumë e ulët e sigurisë së të dhënave evidente

5.4 Për pacientët ku Denosumab ndërpritet pas 4 dozave ne sugjerojmë kalimin në bisfosfonate 6 muaj pas dozës së fundit të terapisë me Denosumab, me qëllim që të reduktojmë rrezikun nga humbja e masës kockore. Ne rekomandojmë terapinë me bisfosfonate për një vit, e me pas duhet bërë rivlerësimi për nevojën e kalimit në terapi tjetër.

Rekomandimet me kusht

Shkallë e ulët e sigurisë së të dhënave evidente

Vërejtje: Ndërprerja e terapisë me denosumab, mund të jetë e përshtatshme për njerëzit ku Denosumabi nuk garanton më cilësi për shkak të intolerancës apo kundërintikacioneve.

5.5. Në pacientët ku Denosumab ndërpritet ≥ 5 dozave, ku rreziku nga humbja e shpejt e masës kockore apo frakturat e vertebrave është i madh (p.sh. ata me frakturë prevalente). Përvoja praktike përfshin kërkimin e këshillave nga ekspertët e osteoporozës se si të kalohet në terapi tjetër.

Qëndrim i mirë praktik

5.6. Pas ciklit me terapi anabolike, ne rekomandojmë që të kalohet në terapi antiresorbtive me qëllim të rritjes së densitetit kockor.

Rekomandim me kusht, të dhëna evidente të moderuara

Shënim: BMD = bone mineral density.

* Shih Figura 2 për qasje të integruar .

†Shiko Tabela 1 për definicione .

‡ Shih faktorët e rrezikut në Figurën1 dhe Shtojcën 1, Tabela suplementare 5 (shkaqet e Osteoporozës sekondare) gjenden në përmbajtje të përafërt

Trajtimi i Osteoporozës së indukuar nga medikamentet

Tabela 7. Efekti i terapisë së aprovuar për trajtimin e osteoporozës së indukuar nga Medikamentet

Terapia për mbrojtjen kockore	BMD e regjionit të shpinës	BMD e regjionit të femurit	Frakturat vertebrale	Frakturat jo vertebrale	Të dhënat për epërsinë për BMD të pjesës lumbale dhe femurit
Ac.Alendronik	Ib	Ia	Ia	Ia	Inferior ndaj teriparatidit (Ib)
Ac.Risedronik	Ib	Ia	Ia	NAE	Inferior ndaj Zoledronikut (Ia)
Ac.Zoledronik	Ib	Ib	Ia	NAE	Superior ndaj acidit risedronik (Ib)
Denosumab	Ib	Ia	Ia	NAE	Superior ndaj bisfosfonateve (IIa)
Teriparatide	Ib	Ib	Ia	Ia	Superior ndaj acidit alendronik (Ib)

IV. PËRGJEGJËSITË E EKIPEVE SHËNDETËSORE

Tabela 8. Zhvillimi i strategjive për identifikimin e frakturave

Elementi	Përmbajtja Kryesore	Implikimi Klinik / Organizativ
Qëllimi i FLS	Zhvillimi i strategjive për identifikimin e pacientëve me fraktura fragjile dhe fraktura vertebrale të padiagnostikuara.	Reduktim i mosdiagnostikimit dhe parandalim i frakturave të ardhshme.
Arsyet e mosidentifikimit	Mungesë simptomash, mungesë triggerash për ndërhyrje, atribim i simptomave shkaqeve të tjera.	Nevojë për protokolle aktive screening dhe sensibilizim klinik.
Probleme në raportim	Terminologji jo e standardizuar në raportet imazherike dhe mos-përfshirje rutinore e vertebrale.	Standardizim i gjuhës radiologjike dhe raportim sistematik.
Rekomandimi i Shoqatës Royal	Vendosje strukturash lokale për ndjekje të vazhdueshme të shtyllës kurrizore në të gjitha imazhet.	Sistem organizativ që siguron identifikim dhe referim për trajtim.

V. MONITORIMI DHE VLERËSIMI I TRAJTIMIT TË OSTEOPOROZËS

Përdorimi i terapisë deprimuese të androgjenit tek meshkujt

Tabela 8. Monitorimi i terapisë kundër Osteoporozës në femrat pas menopauzës dhe meshkujt e moshës 50 dhe mbi 50 vjeç

Rekomandimet	Fuqia e rekomandimit dhe skatësia e të dhënave evidente †
6. Monitorimi 6.1. Ne sugjerojmë realizimin e DXA scan tre vite pas fillimit të trajtimit farmakoterapik. Vërejtje: matja e densitetit kockore mund të përsëritet në intervale kohore me të afërta në pacientët me shkaqe sekondare të osteoporozës, osteoporozë me fraktura të reja, faktorë të rinjë të rrezikut, shoqëruar me humbje të masës kockore BMD:	Rekomandimet me kusht të dhëna evidente me siguri të ulët

6.2. Tre vite pas ndërprerjes së terapisë me bisfosfonate (p.sh. pushim nga Medikamentet), ne sugjerojmë përsëritjen e BMD, vlerësimin e faktorëve të rrezikut, që të përcaktohet nevoja për terapi të reja. Ne sugjerojmë ndjekjen e rekomandimeve për vlerësimin e rrezikut dhe fillimin e farmakoterapisë.

Rekomandimet me kusht të dhëna evidente me siguri shumë të ulët

Vërejtje: Vlerësimi i rrezikut në intervale kohore me të shkurta mund të nevojitet në pacientët me rrezik të lartë për frakturë (si ata me frakturë paraprake të femurit, apo FRAX score të lartë ose CAROC score), shkaqet sekondare të Osteoporozës, frakturat e reja apo faktorët e rinjë të rrezikut shoqëruar me humbje të shpejt të masës kockore. .§

6.3.4 Ne sugjerojmë që të mos bëhet monitorimi përmes markerëve të rimodelimit kockor, markuesve për pengimin e frakturave apo që të vendosim të rifillojmë terapinë në pacientët që kanë ndërprerë bisfosfonatet (pushim nga terapia)

Rekomandimet me kusht të dhëna evidente me siguri shumë të ulët

6.4. Ne sugjerojmë që të mos përdoret FRAX ose CAROC për të monitoruar përgjigjen ndaj farmakoterapisë.

Të mos përdoret

6.5 Një praktikë e mirë përfshin vlerësim të rregullt klinik për mundësinë e shfaqjes së frakturave të reja si dhe faktorët e rinjë të rrezikut për frakturë si rëniet, jo përshtatja në terapi, toleranca dhe efektet anësore.

Qëndrimi mirë praktik

Shënim: Përshtatja në terapinë ndaj Osteoporozës dihet se është e ulët dhe mund të jetë shumë më e ulët në pacientët me sëmundje bashkëshoqëruese, medikamente tjera, efektet anësore, barna që nuk i mbulon sigurimi, apo mungesa e konceptit në lidhje me terapinë ndaj Osteoporozës.

6.6. Praktika e mirë përfshin monitorimin e simptomave të AFF and ONJ në terapi me bisfosfonate dhe denosumab.

Qëndrimi mirë praktik

Vërejtje: Faktorë të rrezikut për AFF përfshin terapinë me glukokortikoide, kohëzgjatjen e terapisë. Rreziku është i lartë në femrat që japin të dhëna origjinë aziatike. Dhimbja e pashpjegueshme në kofshë dhe ije duhet të përcillet. Shëndeti i dobët dentar, kirurgjia invasive dentare dhe përdorimi i glukokortikoidëve janë faktorë rreziku për ONJ; lezionet e kavitetit oral duhet të përcillen nga dentisti.

Shënim: AFF=atypical femur fracture, BMD=bone mineral density, CAROC=Canadian Association of Radiologists and Osteoporosis Canada tool, FRAX=Fracture Risk Assessment Tool, ONJ = osteonecrosis of the jaw.

VI. RREZIKSHMËRIA DHE KOMPLIKACIONET

Tabela 9. Përshtatja e FRAX që rrjedh nga probabiliteti për frakturë, vlerësuar sipas dozës ditore të prednisolone

Doza	Prednisolone doza ekuivalente (mg/ ditë)	Përshtatja mesatare për probabilitetin e frakturave të femurit	Përshtatja mesatare për probabilitetin për frakturat madhore osteoporotike (MOF)
I ulët	<2.5	-35%	-20%
Mesatar	2.5-7.5	None	None
Lartë	≥7.5	+20%	+15%

VII. NDËRHYRJET URGJENTE

Tabela 10. Menaxhimi i efekteve anësore të terapisë me bisfosfonate

Nr	Rekomandimi	Forca e rekomandimit
1	Analgetikët preferohen nga goja para rrugës parenterale; monitorim dhe titrim sipas intensitetit dhe efekteve anësore.	Rekomandim i fuqishëm
2	Shmangia e NSAID në të moshuar; nëse përdoren → PPI + monitorim GI, renal, kardiovaskular.	Rekomandim i fuqishëm
3	Laksativë (zbutës + stimulues) kur përdoren opioidet në të moshuar.	Rekomandim i fuqishëm
4	Program ushtrimesh progresive, forcim i ekstensorëve të shpinës dhe zgjatje pas frakturave vertebrale.	Rekomandim i fuqishëm
5	Në dhimbje: ushtrime fillestare për ekstensorë pa mbingarkesë.	Rekomandim me kusht
6	Udhëzime për adaptim të lëvizjeve për përmirësim të posturës dhe reduktim të dhimbjes.	Rekomandim i fuqishëm

VIII. EDUKIMI DHE MBËSHTETJA PËR PACIENTËT

Tabela 11. Informimi i pacientit ng profesionisti në kujdesin primar dhe sekondar

Seksioni	Përmbajtja (Paragraf)	Niveli i evidencës / Implikimi
g	Pacientëve të identifikuar duhet t'u shpjegohet osteoporoza, shkaqet, pasojat dhe mënyrat e menaxhimit terapeutik dhe jot terapeutik. Gjatë diskutimit të trajtimit farmakologjik duhet të sqarohet arsyeja e rekomandimit, benefitet, efektet anësore, rëndësia e aderencës dhe kohëzgjatja e trajtimit. Komunikimi i qartë, shpjegimi i raportit benefit–risk dhe përfshirja e pacientit në vendimmarrje përmirëson aderencën dhe redukton konfliktin terapeutik. Informacioni duhet të jetë i përshtatur dhe i kuptueshëm, përfshirë material me shkrim.	Niveli i evidencës IV dhe Ib. Implikim: Vendimmarrje e përbashkët dhe rritje e aderencës.
h	Për të përmirësuar përshatjen ndaj trajtimit, profesionistët shëndetësorë duhet të adresojnë çdo shqetësim që ul aderencën dhe të vendosin pritje reale me pacientin. Modelet me pjesëmarrje aktive të pacientit tregojnë efekte më pozitive. Modelet FLS me volum më të madh pacientësh kanë rezultate më të mira klinike. Rekomandohet rivlerësim 16–52 javë pas frakturës, sigurimi i kalciumit dhe vitaminës D kur indikohet, monitorimi i efekteve anësore dhe ndjekja e vazhdueshme terapeutike.	Niveli i evidencës Ia. Implikim: Strukturë organizative FLS dhe monitorim sistematik.

IX. PËRFUNDIMET DHE REKOMANDIMET

Tabela 12. Frakturat- prioritet dhe strategjitë

Sistemi	Implementimi
---------	--------------

Integrim elektronik

FRAX + NOGG të integruara në sistemet elektronike për identifikim dhe ndjekje.

Menaxhim i rrezikut të lartë

Vlerësim DXA, rreziku nga rrëzimet, stil jetese, kalcium/Vit D dhe terapi mbrojtëse.

Prioriteti	Veprimi Strategjik
------------	--------------------

Frakturat si prioritet publik

Integrimi i frakturave fragjile në programet lokale të kujdesit shëndetësor.

Reduktimi i rrezikut

Fuqizimi i kujdesit primar për identifikimin dhe reduktimin e faktorëve të rrezikut.

X. RISHIKIMI I PROTOKOLLIT

Tabela. 13

 1 DXA nuk realizohet në Kujdesin Parësor

Nevojitet vlerësim specialistik për matje të densitetit kockor.

 2 Kërkohet konfirmim i diagnozës

Konfirmim përmes DXA dhe vlerësim i riskut të frakturës.

 3 Fraktura që kërkojnë hospitalizim

Fraktura vertebrale ose jo-vertebrale me nevojë për trajtim të specializuar.

 4 Rëzime të shpeshta (>4/vit)

Rritje e konsiderueshme e riskut për fraktura osteoporotike.

 5 Kërkohet terapi parenterale

Terapia IV/SC e disponueshme vetëm në klinika të specializuara (p.sh. QKUK).

LITERATURA

1. Udhërrëfyes Klinik “Menaxhimi dhe trajtimi i Osteoporozës” Nr 60/IV 2024
2. National Osteoporosis Guideline group UK: Clinical Guideline for prevention and treatment of Osteoporosis 2024