

ISHP

INSTAT

**RAPORTI KOMBËTAR MBI
SËMUNDJET JO TË TRANSMETUESHME
[NONCOMMUNICABLE DISEASES – NCDs]**

**VDEKSHMËRIA,
SËMUNDSHMËRIA
DHE
FAKTORËT E RISKUT**

Tiranë 2019

Raporti u përgatit nga:

Alban Ylli

Bajram Dedja

Eduard Kakarriqi

Me kontributin e:

Majlinda Nesturi

Mimoza Dushkaj

Olta Caca

Miranda Hajdini

Herion Muja

Besjan Elezi

Dorina Toçi

Kozeta Filipi

Alba Merdani

Sonela Xinxo

Genc Burazeri

Falenderime të veçanta shkojnë për

- Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” të Tiranës (QSUT),
- Spitalin Universitar Pneumoftiziatik “Shefqet Ndroqi” [SUPF “Shefqet Ndroqi],
- Spitalet Universitare Obstetrike Gjinekologjike “Mbretëresha Geraldinë” dhe “Koço Gliozheni” [SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” dhe SUOGJ “Koço Gliozheni”],
- Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH),
- Autoritetin Shëndetësor Rajonal të Tiranës (ASHR Tiranë),
- Spitalin Hygiea,
- Spitalin Amerikan,
- Spitalin Salus,

pa informacionin e të cilëve ky raport do të ishte i pamundur.

PËRSHËNDETJE

Raporti i sëmundjeve jo të trasmetueshme është dokumenti i parë kombëtar i monitorimit të këtyre sëmundjeve dhe vjen dy vjet pas miratimit të strategjisë së parë kombëtare të kontrollit të sëmundjeve jo të trasmetueshme. Raporti përdor një metodologji të standardizuar, e cila lejon krahasime në kohë dhe hapësirë brenda vendit, si dhe krahasime me vende të tjera.

Sëmundjet jo të trasmetueshme përbëjnë barrën më të madhe për sistemin shëndetësor shqiptar dhe gjithë shoqërinë shqiptare. Ato janë shkaku më i rëndësishëm i vdekjeve të parakohshme dhe i humbjes së viteve të jetës së shëndetshme në vendin tonë. Raporti përqendrohet në dy grupet më të mëdha të sëmundjeve jo të trasmetueshme, sëmundjet e qarkullimit të gjakut dhe kanceret, përgjegjës për mbi 70% të të gjitha vdekjeve mes shqiptarëve. Në këto dy grup sëmundje ndodhen edhe shumica dërmuese e treguesve bazë të përfshirë në kornizën kombëtare të monitorimit në këtë fushë.

Përhapja e problemeve shëndetësore jo të trasmetueshme dhe treguesit e paraqitur në këtë dokument janë të bazuar në burime kombëtare të informacionit në të tre dimensionet e nevojshme: vdekshmëri, sëmundshmëri dhe prevalencë e faktorëve të riskut. Deri më sot shumica e analizave dhe e botimeve kanë qenë të bazuara në të dhëna të pjesshme apo në vlerësime të institucioneve ndërkombëtare. Raporti i sëmundjeve jo të trasmetueshme pritet të japë një ndihmesë të rëndësishme si në analizat e situatës shëndetësore në këtë fushë sot, ashtu edhe duke mundësuar analiza krahasuese në të ardhmen, me raporte të tjera që pritet të botohen sistematikisht.

Në raport përfshihen për herë të parë tregues të bazuar në të dhëna të grumbulluara nga regjistrat e sëmundjeve jo të trasmetueshme. Gjithashtu analiza e shkaqeve të detajuara të vdekjeve bëhet në një format të ri të standardizuar dhe në përputhje me prioritetet e shëndetit publik në Shqipëri.

Ky raport është një shembull i mirë i bashkëpunimit ndërinstitutional në fushën e monitorimit të shëndetit, dhe vjen pas një bashkëpunimi tjetër të suksesshem, realizimit të studimit kombëtar demografik dhe shëndetësor. Ai me shumë gjasë do të pasohet edhe nga bashkëpunime të tjera në fushën e statistikave shëndetësore, të cilat do të ndihmojnë më shumë si politikëbërësit dhe administratorët e institucioneve në nivele të ndryshme, ashtu edhe studiuesit e fushës së shëndetësisë e më gjerë.

Albana Fico

Delina Ibrahimaj

**Drejtor
ISHP**

**Drejtor
INSTAT**

PËRMBAJTJA E LËNDËS

1. Hyrje: përkufizimi dhe terminologjia
2. Treguesit bazë të monitorimit të sëmundjeve jo të transmetueshme dhe metodologjia e raportit
3. Interpretimi i indikatorëve të sëmundjeve jo të transmetueshme. Potencialet dhe kufizimet e tyre.

Seksioni A: Incidenca

- A.1. Kanceret
 - A.1.1. Incidenca e regjistruar e kancereve
 - A.1.2. Kanceri i mushkërive
 - A.1.3. Kanceri i gjirit
 - A.1.4. Kanceri i zorrës së trashë
 - A.1.5. Kanceri i stomakut
 - A.1.6. Kanceri i qafës së mitrës
 - A.1.7. Melanoma malinje
- A.2. Sëmundjet e qarkullimit të gjakut
 - A.2.1. Infarkti i miokardit
 - A.2.2. Sëmundjet cerebrovaskulare

Seksioni B: Prevalenca e regjistruar

- B.1. Kanceret
 - B.1.1. Prevalenca e regjistruar e kancerit të gjirit
 - B.1.2. Prevalenca e regjistruar e kancerit të mushkërive
 - B.1.3. Prevalenca e regjistruar e kancerit të prostatës
 - B.1.4. Prevalenca e regjistruar e kancerit të zorrës së trashë
 - B.1.5. Prevalenca e regjistruar e kancerit të gjakut dhe sistemit hemopoetik
 - B.1.6. Prevalenca e regjistruar e kancerit të qafës së mitrës
 - B.1.7. Prevalenca e regjistruar e kancerit të mëlçisë
- B.2. Sëmundjet e qarkullimit të gjakut
 - B.2.1. Prevalenca e regjistruar e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe infarktit të miokardit
 - B.2.2. Prevalenca e regjistruar e sëmundjeve cerebrovaskulare

Seksioni C: Prevalenca e faktorëve të riskut për sëmundjet jo të transmetueshme

- C.1. Duhanpirja
- C.2. Konsumi i alkoolit
- C.3. Mbipesha dhe obeziteti
- C.4. Inaktiviteti fizik
- C.5. Konsumi i pakët i frutave dhe perimeve
- C.6. Hipertensioni

- C.7. Hiperglicemia
- C.8. Yndyrnat e larta

Seksioni D: Vdekshmëria

- D.1. Vdekshmëria nga kanceret
 - D.1.1. Vdekshmëria nga kanceri i mushkërive
 - D.1.2. Vdekshmëria nga kanceri i gjirit
 - D.1.3. Vdekshmëria nga kanceri i zorrës së trashë
 - D.1.4. Vdekshmëria nga kanceri i stomakut
 - D.1.5. Vdekshmëria nga kanceri i qafës së mitrës
 - D.1.6. Vdekshmëria nga melanoma malinje
 - D.1.7. Vdekshmëria nga kanceri i mëlçisë
 - D.1.8. Vdekshmëria nga leukozat dhe limfomat malinje
- D.2. Vdekshmëria nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut
 - D.2.1. Vdekshmëria nga sëmundjet ishemike të zemrës
 - D.2.2. Vdekshmëria nga infarkti i miokardit
 - D.2.3. Vdekshmëria nga sëmundjet cerebrovaskulare

Shtojca: Korniza e indikatorëve bazë të monitorimit të sëmundjeve jo të trasmetueshme dhe detaje të lidhura me ta

Skemë: Institucionet dhe marrëdhëniet në fushën e shkëmbimit të informacionit shëndetësor

Referencat

1. HYRJE: PËRKUFIZIMI DHE TERMINOLOGJIA

Sëmundjet apo problemet shëndetësore që filluan të kërcënojnë në mënyrë masive shëndetin e shqiptarëve gjatë fundit të shekullit të 20-të dhe janë shndërruar në problemin kryesor shëndetësor të fillimshekullit të ri janë quajtur për një kohë të gjatë "sëmundje kronike".

Këto emërtime kanë problemet e tyre, pasi u mungon aftësia për të ndarë në mënyrë mjaftueshmërisht të saktë grupet e sëmundjeve me natyra të ndryshme dhe me strategji të ndryshme kontrolli. Kështu tuberkulozi, sifilizi, apo HIV/AIDS-i mund të konsiderohen "sëmundje kronike", ndërkohë që infarkti i miokardit apo insulti cerebrovaskular mund të konsideroheshin fare mirë si "sëmundje akute".

Emërtimi "sëmundje jo të trasmetueshme" është një emërtim që duket se është pranuar gjerësisht si më i përshtatshëm për të grupuar këto probleme shëndetësore. Edhe ky term nuk është ideal, pasi mund të shkaktojë konfuzion për probleme të tilla si sëmundja reumatizmale e zemrës (e cila ka në bazë një shkaktar infektiv, streptokokun beta-hemolitik) apo kancerin e qafës së mitrës (i cili shkaktohet nga disa grupe virusesh të quajtur papillomavirus). Megjithatë, pavarësisht kësaj, ky emërtim pranohet si më i përshtatshmi për të grupuar nga pikëpamja e shëndetit publik, probleme të tilla shëndetësore si hipertensionin, sëmundjet ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare, kanceret, diabetin, sëmundjet kronike të mushkërive dhe ndonjëherë edhe problemet e shëndetit mendor.

Megjithëse sëmundjet e mësipërme kanë mjaft specifika dhe ndryshime të rëndësishme, është pranuar se strategjitë e parandalimit apo organizimi i shërbimeve lidhur më to, kane shpesh karakteristika të ngjashme, pasi kanë të përbashkët disa faktorë risku, ndërkohë që disa nga këto sëmundje mund të shërbejnë si faktorë risku për të tjerat dhe anasjelltas.

2. TREGUESIT BAZË TË MONITORIMIT TË SËMUNDJEVE JO TË TRANSMETUESHME DHE METODOLOGJIA E RAPORTIT

Monitorimi apo survejanca e sëmundjeve jo të transmetueshme do të ishte mbledhja e vazhdueshme dhe sistematike e të dhënave si dhe analiza e tyre me qëllim prodhimin e informacionit të përshtatshëm mbi barrën e sëmundjeve jo të transmetueshme, të shpërndarë në kohë dhe hapësirë në mënyrë të tillë që të lejojë vlerësime mbi vdekshmërinë, sëmundshmërinë dhe faktorët risk

Monitorimi i sëmundjeve jo të transmetueshme është i domosdoshëm për të mundësuar ndërtimin e programeve dhe politikave të përshtatshme shëndetësore si dhe për të monitoruar përparimet e bëra.

Tabela 1 jep një model të përgjithshëm mbi këtë dhe kategoritë e treguesve të përfshirë në këtë raport.

Tabela 1
Dimensionet e kontrollit të sëmundjeve jo të transmetueshme dhe qasjet e survejancës

1	Ekspozime
	- Faktore risku të lidhur me sjelljen: duhanpirja, dieta e pashëndetshme, sedentarizmi dhe abuzimi me alkoolin. - Faktorë risku fiziologjikë dhe metabolikë: hipertensioni, mbipeshë/obeziteti, hiperkolesterolemia apo yndyrnat e larta në gjak, glukozja e rritur në gjak - Determinantë sociale: niveli i arsimimit, të ardhurat për frymë dhe aksesit në shërbimet shëndetësore.
2	Pasojat shëndetësore
	- Vdekshmëria: vdekshmëria specifike për sëmundjet kryesore jo të transmetueshme në vend. - Sëmundshmëria: incidenca dhe/ose prevalenca e sëmundjeve kryesore jo të transmetueshme.

Një dimension i tretë me rëndësi i monitorimit të këtyre sëmundjeve është vlerësimi i kapaciteteve të sistemit shëndetësor lidhur me to, dhe nuk është pjesë e këtij raporti.

Puna për identifikimin e setit të indikatorëve bazë të përfshirë në këtë raport është ndërtuar mbi vlerësimin e disa kornizave dhe modeleve të zhvilluara kohët e fundit në shkallë botërore: Global Monitoring Framework – GMF, European Core Health Indicators – ECHI, si dhe H2020 Monitoring Framework, një instrument për monitorimin e objektivave strategjike për t'u arritur brenda vitit 2020.

Fokusi i raportit përqendrohet në tre grupe të sëmundjeve jo të transmetueshme kryesore: kanceret, sëmundjet ishemike të zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare. Këto grupe janë përgjegjëse për shumicën dërrmuese të vdekjeve dhe të rasteve të reja të sëmundjeve që

shfaqen çdo vit në Shqipëri. Gjithashtu ato janë sëmundje që shkaktojnë një kërcënim serioz për jetën, çka siguron përgjithësisht një përdorim të mirë të shërbimeve shëndetësore në rast të shfaqjes së tyre.

3. INTERPRETIMI I INDIKATORËVE TË SËMUNDJEVE JO TË TRANSMETUESHME. POTENCIALET DHE KUFIZIMET E TYRE

Indikatorët që do të ndihmonin për të kryer analizën e situatës sipas dimensioneve të përmendura më sipër do të grupoheshin në disa kategori kryesore dhe nënkategori, të cilat dallojnë si nga qasjet apo sistemet e sigurimit të informacionit ashtu edhe nga këndvështrimet e ndryshme që ofrojnë në interpretimin e situatës lidhur me shpërndarjet dhe prirjet e sëmundjeve jo të transmetueshme.

a. Nivelet e Vdekshmërisë

Vdekshmëria (mortaliteti) shpreh proporcionin e vdekjeve nga një shkak specifik i parashikuar nga sistemi ndërkombëtar i klasifikimit të sëmundjeve me popullatën në vitin që kryhet analiza.

Ky është një indikator që ka disa përparësi krahasuar me të tjerët:

- Është teorikisht më i ploti nga pikëpamja e hapësirës dhe kohës;
- Nuk ndikohet nga prirjet e shfrytëzimit të shërbimeve;
- Bazohet në një sistem tradicional të konsoliduar dhe të mbështetur me ligj.

Nëpërmjet analizës së vdekshmërisë mund të vërehen prirje në kohë të sëmundjeve, të cilat shprehin situatën lidhur me këto sëmundje për periudhën duke filluar nga koha në të cilën kryhet analiza si dhe për një kohë disa vjeçare në të shkuarën.

Megjithë përparësitë e kësaj kategorie indikatorësh, nuk përjashtohen shumë probleme praktike lidhur me saktësinë e informacionit dhe plotësinë e tij.

Të dhënat nga kjo kategori janë paraqitur në seksionin e vdekshmërisë në këtë raport.

b. Nivelet e Sëmundshmërisë

Sëmundshmëria (morboziteti) shpreh proporcionin e sëmundjeve specifike të parashikuara nga sistemi ndërkombëtar i klasifikimit të sëmundjeve me popullatën që i ka prodhuar ato në kohën në të cilën kryhet analiza.

Sëmundshmëria mund të matet në disa mënyra në varësi të burimeve në dispozicion dhe të modelit të shfrytëzimit të shërbimeve.

b.1. Të dhënat e agreguara të sëmundjeve në spitale është një indikator i prodhuar nga numri i vizitave/shtrimeve lidhur me sëmundje specifike në spital. Në Shqipëri funksionon tradicionalisht raportimi i të dhënave të agreguara mbi sëmundshmërinë nga spitalet.

Praktikisht ky sistem ka si qëllim kryesor grumbullimin e informacionit për menaxhimin më të mirë të spitaleve, përfshirë matjen e efijencës, por të dhënat janë përdorur dhe mund të vijojnë të përdoren edhe për monitorimin e shpeshtësisë së sëmundjeve, gjithmonë duke i interpretuar ato me kujdes.

Kjo kategori indikatorësh ka disa probleme serioze, që ia reduktojnë mjaft vlefshmërinë në interpretim. Konkretisht, ndikohet shumë nga profili i shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore nga ana e popullatës. Kështu që, shumë raste të sëmundjes nuk kapen dot, sepse shumë persona nuk kërkojnë ndihmë shëndetësore në shërbimet publike. Gjithashtu, të dhënat janë të agreguara dhe nuk lejojnë identifikimin e rasteve të reja për përlogaritjen e incidencës. Është pikërisht për këtë arsye, që këto të dhëna nuk janë përdorur në këtë raport.

b.2. Kategori indikatorësh e ngjashme me këtë është edhe ajo e bazuar në shfrytëzimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. Problemet e lidhura me agregimin e të dhënave dhe sidomos problemet e lidhura me vështirësitë e diagnozës janë tejkaluar si pasojë eurvejancës aktive të ISHP në rrethin e Tiranës dhe konfirmimit të rastit në diagnozën e mjekut specialist. Megjithatë, për arsye të humbjes së madhe të rasteve nga spitali në qendrën shëndetësore, vlerat e incidencës të sëmundjeve për këta indikatorë rezultojnë më të ulëta se incidencat e përlogaritura nga rastet spitalore. Të dhënat nga ky sistem janë paraqitur në këtë raport në formën e prevalencës së sëmundjeve në seksionin përkatës.

b.3. Modeli i ri i shërbimeve të kontrollit bazë shëndetësor pranë shërbimeve të kujdesit parësor dhe sistemi i tij specifik i monitorimit ofron një mundësi për të vlerësuar disa sëmundje apo disa faktorë risku, (pa u shmangur gjithsesi problemet e lidhura me dinamikën e përdorimit të këtyre shërbimeve bazë nga popullata). Një pjesë e mirë e këtij informacioni të ndihmon për prevalencën e faktorëve risk të sëmundjeve jo të transmetueshme, pasi pjesa më e madhe e kontrollit bazë shërben për të kapur herët mënyrat e pashëndetshme të jetesës dhe faktorët metabolikë (të tillë si kolesterol i lartë apo sheqeri i lartë në gjak, hipertensioni etj). Të dhëna nga kjo kategori janë përfshirë në këtë raport në seksionin e prevalencës së faktorëve risk.

b.4. Sistemet e regjistrave të bazuar në rastin (*case-based*) janë një mundësi tjetër, që ka filluar të zbatohet në Shqipëri për disa sëmundje jo të transmetueshme si kanceret, sëmundjet cerebrovaskulare dhe sëmundjet ishemike të zemrës. Tradicionalisht në Shqipëri janë grumbulluar të dhëna të bazuara në rastin vetëm për sëmundjet infektive. Ky model i grumbullimit të të dhënave nga spitalet dhe qendrat e tjera ku vendoset diagnoza ndihmon në identifikimin e saktë të rasteve të reja të këtyre sëmundjeve, por nuk shmang plotësisht luhatjet në përdorimin e shërbimeve për disa lloje kanceresh, apo edhe disa lloje sëmundjesh ishemike të zemrës. Përparësia kryesore e këtij indikator është pasqyrimi në kohë të situatës lidhur me sëmundjet jo të transmetueshme, ndërkohë që ofrohet saktësia më e madhe e mundshme lidhur me diagnozën për arsye të mjeteve relativisht të përshtatshme në specialistë dhe teknologji që ekzistojnë në spitale. Të dhëna nga kjo kategori janë përfshirë në seksionin e incidencës të sëmundjeve.

b.5. Sëmundshmeria bazuar në popullatë është numri i rasteve të identifikuara në popullatë, zakonisht nëpërmjet kryerjes së një studimi në kampione të kufizuara të popullatës. Ky, në teori, do të ishte indikator më i saktë i sëmundshmërisë, por kufizohet nga probleme të mëdha logjistike dhe kosto ekonomike. Në këtë raport, nga kjo kategori është përfshirë vetëm hipertensioni, i cili ka qenë e mundur të matet në studime të gjera në popullatë.

c. Prevalenca e faktorëve risk

Për një sërë sëmundjesh jo të transmetueshme, si p.sh. sëmundjet ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare, kanceri i mushkërive etj, janë përcaktuar qartë faktorët e riskut, në një masë të tillë sa mund të parashikohet në mënyrë të arsyeshme shpeshtësia e sëmundjes në të ardhmen.

Ky grup indikatorësh është i vlefshëm sidomos për vlerësimin e situatës së pritshme lidhur me sëmundjet jo të transmetueshme si dhe për planifikimin e shërbimeve në të ardhmen.

Gjithashtu është me mjaft vlerë në një kohë, kur fokusi i strategjive dhe kontrollit të sëmundjeve jo të transmetueshme është drejtuar kah kontrollit të faktorëve risk nëpërmjet ndryshimit të stilit të jetesës dhe kapjes së hershme.

Në këtë raport janë përfshirë në seksionin e faktorëve risk të dhëna të plota të siguruara përmes kësaj metodologjie, si në studimet në popullatën e përgjithshme, ashtu edhe studime në popullata më të lehta për t'u arritur si ato të fëmijëve apo të rinjve të shkollave.

SEKSIONI A:

INCIDENCA

Incidenca e regjistruar shpreh numrin e rasteve të reja të identifikuara nga sistemi shëndetësor në raport me popullatën në risk për një vit të dhënë.

Ky është një tregues i kornizës bazë të monitorimit të sëmundjeve jo të transmetueshme. Ndërsa për shumë sëmundje ky tregues ka një diferencë të madhe nga incidenca reale në popullatë, përgjithësisht pranohet se për kanceret, infarktin e miokardit dhe aksidentet cerebrovaskulare, të cilat janë sëmundje shumë serioze me kërcënim për jetën, popullata është e prirur të kërkojë ndihmën e sistemit shëndetësor për diagnozë dhe trajtim. Për këtë arsye, pritet që incidenca e regjistruar në sistemin shëndetësor, për shumicën e kancereve, të infarktit të miokardit dhe aksidenteve cerebrovaskulare të reflektojë riskun për sëmundje në popullatë.

Megjithatë, edhe në këtë rast, kjo është e vërtetë deri në një farë mase, dhe ndikohet si nga sjellja e popullatës lidhur me shërbimet shëndetësore, (përfshirë stigmën mbi kanceret, mungesën e besimit të trajtimi etj), ashtu edhe nga përparimi i shpejtë i sëmundjes dhe vdekja në shtëpi në disa raste (sidomos në mosha të vjetra).

Një rol në ‘humbjen’ e rasteve mund të luajë edhe anashkalimi i sistemit shëndetësor shqiptar, si dhe përdorimi i shërbimeve shëndetësore jashtë vendit për disa raste që janë ‘prodhuar’ nga popullata rezidente në Shqipëri.

A.1. KANCERET

‘Kanceri’ është një term i përgjithshëm që përdoret për një grup me më shumë se 100 sëmundje, të cilat mund të prekin çdo pjesë të organizmit. Terma të tjerë, të cilët përdoren për këto sëmundje, janë ‘tumore malinje’ dhe/ose ‘neoplazma malinje’. Kanceret e ndryshme të njeriut janë sëmundje, në të cilat, një nga qelizat e shumta nga të cilat është ndërtuar organizmi, alterohet në një mënyrë të tillë që riprodhon vetëveten duke prodhuar miliona qeliza të alteruara vetëriprodhuese, disa prej të cilave mund të transferohen në pjesë të tjera të trupit dhe mund ta shkaterrojnë atë. Qelizat e kancerizuara humbasin specializimin e indit që i përketin dhe nuk i përgjigjen mekanizmave të kontrollit që normalisht kufizojnë ndaljen e qelizave.

Disa kancere janë të kurueshëm, ndërkohë që të tjerë janë pothuajë totalisht të pakurueshëm në momentin që diagnostikohen. Disa përparojnë shpejt, disa u duhen shumë vite për këtë. Kjo varet shumë nga organi tek i cili qeliza e parë e alteruar e ka origjinën (mushkëri, laring, zorra e trashë etj). Simptomat dhe metodat e trajtimit variojnë shumë gjithashtu lidhur me vendin e origjinës. Gjithashtu, agjentë apo mënyra jetese që rrisin apo ulin në mënyrë të rëndësishme riskun e shpërthimit të një kanceri, mund të kenë pak efekt në shumicën e tipave të tjera të kancereve. Për këto arsye, kanceret e formuar në organe të ndryshme shihen si sëmundje të ndryshme dhe disa prej tyre kanë rëndësi më të madhe se të tjerët për shëndetin publik.

Në këtë raport do të analizohen më në detaje disa kancere, të cilët, për nga mundësitë për parandalim apo për kontroll, si dhe për nga vëllimi i rasteve dhe prirjet historike mund të konsiderohen me rëndësi për shëndetin publik në Shqipëri. Të tillë janë: kanceri i mushkërive, kanceri i gjirit, kanceri i zorrës së trashë dhe rektumit, kanceri i stomakut, kanceri i qafës së mitrës, kanceri i prostatës, kanceri i mëlçisë, kanceret e gjakut dhe organeve hemopoetike, dhe melanoma (melanokarcinoma).

Në sistemin ndërkombëtar të klasifikimit të sëmundjeve (ICD-9) kodet e kancereve janë: 140-239.

Të dhënat e paraqitura në seksionet e këtij raporti për secilin prej kancereve të perzgjedhur janë të ndara në:

1. Të dhëna mbi rastet e reja të diagnostikuara në vit (incidenca e regjistruar) bazuar në regjistrin e kancerit. Të dhënat e këtij regjistri janë individuale për çdo rast të diagnostikuar. Ato ekzistojnë për vitin 2014 (vetëm për QSUT “Nënë Tereza” dhe Spitalin “Shefqet Ndroqi”) dhe për vitin 2015 (për të gjithë spitalet), vit kur ka filluar të zbatohet sistemi i ri i raportimit. ISHP, në bashkëpunim me Autoritetin Shëndetësor në Tiranë, kanë kryer një survejancë aktive në regjistrat e mjekëve të familjes për të plotësuar boshllëkun për vitet 2016-2017, si dhe për të validuar nga një burim i ndryshëm informacionin e siguruar nga spitalet.

2. Të dhëna të agreguara mbi të gjitha rastet (prevalenca e regjistruar), të regjistruara pranë mjekëve të familjes në të gjithë vendin (2010-2017) (Seksioni B – Prevalencat).
3. Të dhëna mbi vdekjet nga kanceret, bazuar në sistemin e skedës së vdekjes së administruar nga INSTAT (Seksioni D – Vdekshmëria).

A.1.1. INCIDENCA E REGJISTRUAR E KANCEREVE

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në Spitalin “Shefqet Ndroqi” dhe në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Megjithatë, survejanca aktive e realizuar nga ISHP në rrethin e Tiranës ka siguruar një shikim në incidencën e regjistruar për popullatën e këtij rajoni për vitet 2016 dhe 2017. Të dhënat e kësaj survejance aktive nuk janë paraqitur në këtë raport në mënyrë specifike, por ato kanë shërbyer për të validur disa prej prirjeve të vërejtura.

Pavarësisht se krahasimi mes incidencës së kancereve për vitin 2015 dhe atë 2014 duhet bërë me kujdes, për arsye të ndryshimit të metodologjisë së grumbullimit të informacionit mbi rastet e reja nga viti 2015, mund të vërehet se kanceret me numër më të shpeshtë të rasteve të reja të diagnostikuara në vendin tonë janë kanceri i mushkërive, kanceri i gjirit dhe kanceret e lëkurës. Këto zenë mbi 35% të të gjithë kancereve të rinj të raportuar nga sistemi shëndetësor. Duhet pasur kujdes në vlerësimin e nivelit të incidencës ose të riskut, pasi për disa kancere të organeve riprodhuese (sidomos në rastin e kancerit të gjirit, endometriumit, vezoreve, apo qafës së mitrës), risku është krahasimisht më i lartë në raport me riskun nga kancere të tjerë që hasen në të dy sekset, pasi popullata në risk është gjysma e popullatës totale (vetëm femrat). Për këte arsye, nëse disa kancere renditen si pozicion më poshtë në tabelë nga pikëpamja e peshës specifike në numrin total të rasteve të reja, nga pikëpamja e nivelit të incidencës apo riskut real janë përkundrazi më lart.

Kancere të tjerë të shpeshtë në Shqipëri janë ata të zorrës së trashë, të stomakut, të sistemit nervor qendror, të gjakut dhe sistemit hemopoetik, të ezofagut, të fshikëzës së urinës, fytit dhe gojës, me nga rreth 2% në rreth 5% të rasteve në total. Më të rrallë në terma të incidencës janë kanceret e prostatës apo melanomat me më pak se 2% të totalit të kancereve. Shumë kancere të tjerë janë nën 1% të totalit dhe janë përfshirë në grupin ‘të tjerë’. Ky është edhe kriteri i përzgjedhjes së kancereve specifike për t’u paraqitur në mënyrë të detajuar në këtë seksion.

Me ndryshime të pakta, renditja e kancereve sipas peshës specifike mes totalit dhe nivelit të incidencës, ndryshon pak nga viti 2014 në vitin 2015.

Tabela 2

Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë dhe proporcioni i tyre ndaj totalit (2015 – regjistri kombëtar)

Lloji i kancerit	Numri i rasteve të reja	Proporcioni ndaj totalit	Incidenca e regjistruar (/100 000)
Mushkëri	777	14.2%	26.9
Gjiri	653	12.0%	45.2
Endometri	262	4.8%	18.1
Zorra e trashë	233	4.3%	8.1
Sistemi nervor	225	4.1%	7.8
Stomaku	200	3.7%	6.9
Limfomat	190	3.5%	6.6
Leukozat	176	3.2%	6.1
Vezoret	153	2.8%	10.6
Qafa e mitrës	133	2.4%	9.2
Ezofagu dhe fyt	106	1.9%	3.7
Fshikëza e urinës	114	2.1%	3.9
Prostata	87	1.6%	6.0
Melanoma	60	1.1%	2.1
Lëkura (jo melanoma)	552	10.1%	19.1
Të tjerë	917	16.8%	31.7
Padiferencuar	634	11.6%	21.9
Total	5472	100.0%	---

Figura 1

Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë dhe proporcioni i tyre ndaj totalit (2015 – regjistri kombëtar)

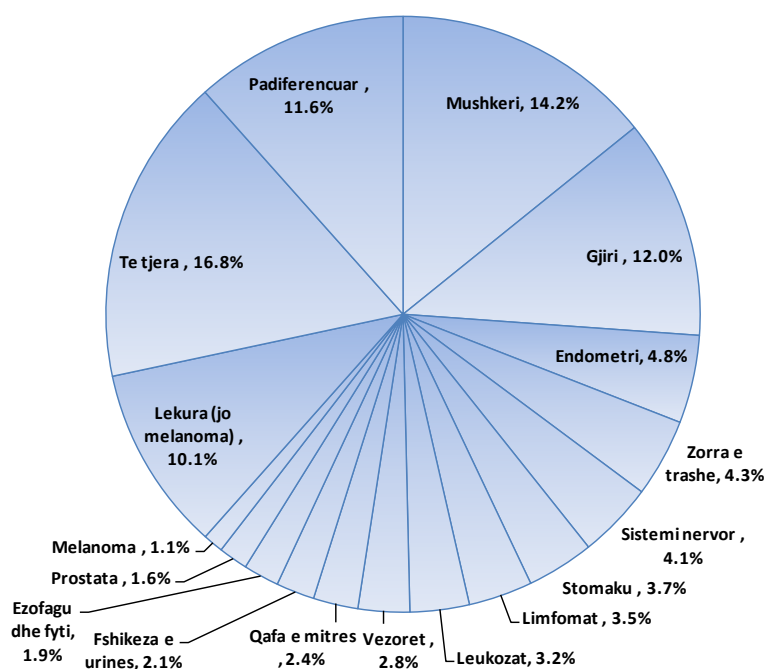


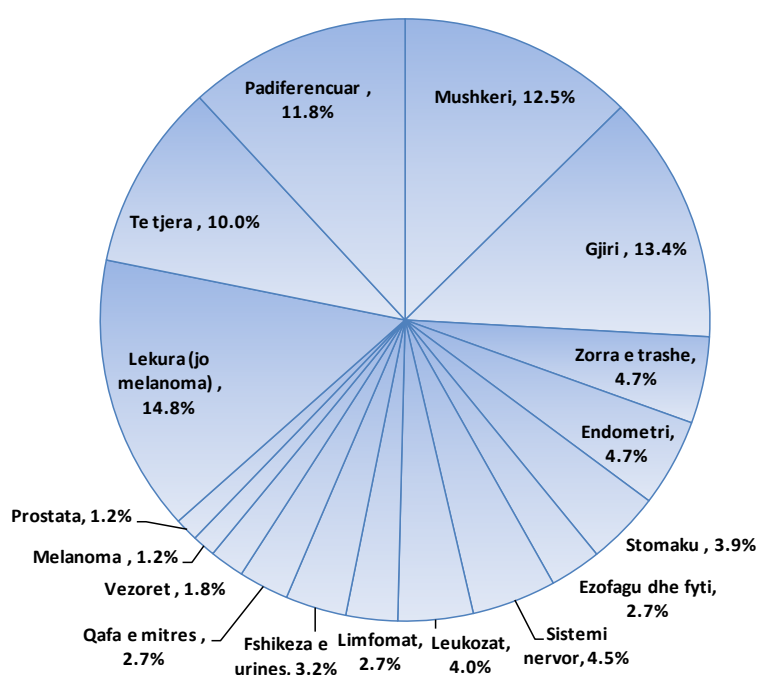
Tabela 3

Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë
dhe proporcioni i tyre ndaj totalit (2014 – vetëm regjistri spitalor)

Lloji i kancerit	Numri i rasteve të reja	Proporcioni ndaj totalit	Incidenca e regjistruar (/100 000)
Mushkëri	503	12.5%	17.4
Gjiri	537	13.4%	37.2
Endometri	189	4.7%	13.1
Zorra e trashë	187	4.7%	6.5
Stomaku	158	3.9%	5.5
Ezofagu dhe fyti	110	2.7%	3.8
Sistemi nervor	180	4.5%	6.2
Leukozat	160	4.0%	5.5
Limfomat	110	2.7%	3.8
Fshikëza e urinës	130	3.2%	4.5
Qafa e mitrës	107	2.7%	7.4
Vezoret	74	1.8%	5.1
Melanoma	50	1.2%	1.7
Prostata	50	1.2%	3.5
Lëkura (jo melanoma)	596	14.8%	20.6
Të tjerë	403	10.0%	13.9
Padiferencuar	473	11.8%	16.4
Totali	4017	100.0%	---

Figura 2

Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë
dhe proporcioni i tyre ndaj totalit (2014 – vetëm regjistri spitalor)



A.1.2 KANCERI I MUSHKËRIVE

Kanceri i mushkërive (kanceri bronkopulmonar) është një nga kanceret më të shpeshtë në shkallë botërore dhe kanceri që shkakton numrin më të lartë të vdekjeve në botë (1.76 milion vdekje). Faktori madhor i riskut për këtë kancer është duhanpirja.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra referencë për diagnozën dhe trajtimin e këtij kanceri është Spitali “Shefqet Ndroqi”, ku menaxhohen shumica dërrmuese e gjithë rasteve në vend. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” e Tiranës (QSUT) është një institucion tjetër i rëndësishëm i informacionit mbi rastet e reja të këtij kanceri. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në Spitalin “Shefqet Ndroqi” dhe në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka arritur të identifikojë 777 (27/100 000) raste të reja të diagnostikuara me kancer mushkërie në Shqipëri. Kjo shifër është rreth 80% më e lartë se shifrat e identifikuar nga QSUT “Nënë Tereza” gjatë dekadës 2003-2013, dhe pothuaj 20% më e lartë se shifra e raportuar në vitin 2014 kur ende nuk ishin përfshirë në regjistrim spitalet private dhe ato rajonale. Bazuar në një rënie të incidencës së raportuar për moshat e vjetra, në incidencën më të lartë në qarkun e Tiranës (ku niveli i pritshëm i raportimit është më efektiv), si dhe në nivelin më të lartë të vdekjeve të raportuara, vlerësohet se incidenca reale e kancerit të mushkërive në popullatë duhet të jetë ende më e lartë, sidomos në moshat mbi 80 vjeç.

Incidenca e regjistruar e kancerit të mushkërive është mbi 4 herë më e lartë në meshkujt krahasuar me femrat. Megjithatë është vështirë të bëhen krahasime me të dhënat e regjistrimit spitalor 2003-2013, duket se ka një rritje të rëndësishme të riskut mes femrave për këtë kancer në vendin tonë.

Risku për kancer mushkërie rritet në mënyrë eksponenciale me moshën, deri në moshën 70 vjeç, për t’u stabilizuar më pas. Risku para moshës 50 vjeç është i ulët ose shumë i ulët; për vitin 2015 janë raportuar 2 raste dhe për vitin 2014 është vërejtur një rast në grup-moshat nën 20 vjeç. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 61 vjeç.

Incidenca është më e ulët në qarqet Vlorë, Durrës dhe Berat, dhe më e lartë në Kukës, Gjirokastrë e Korçë. Niveli i incidencës në qarkun e Tiranës është pak më i lartë se mesatarja e vendit dhe rastet e reja për Tiranën përbëjnë 31% dhe 32% të totalit të rasteve të raportuara nga gjithë vendi, përkatësisht për vitin 2015 dhe vitin 2014

Duke shmangur krahasimin në shifra të të dhënave 2014-2015 me të dhënat historike të regjistrit spitalor dhe duke parë vetëm prirjet e vërejtura gjatë periudhës 2003-2013, duket se nuk ka pasur një rritje domethënëse të incidencës nga ky kancer në Shqipëri. Megjithatë, nga ana tjetër, totali vjetor i rasteve të identifikuar nga QSUT “Nënë Tereza” për këtë periudhë ka diferencë të madhe me totalin e rasteve të identifikuar në vitin 2014 dhe sidomos në vitin 2015, çka e bën të vështirë një gjykim të saktë për prirjen e rasteve incidente të kancerit të mushkërisë gjatë dekadës së fundit.

Tabela 4

Rastet e reja me kancer të mushkërisë dhe niveli përkatës i incidencës sipas gjinisë (=incidencë gjini-specifike) dhe grup-moshës (=incidencë moshë-specifike) më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	4	1.6	4	1.8	8	1.7
30-39	6	3.4	3	1.8	9	2.6
40-49	22	12.5	12	6.4	34	9.4
50-59	148	75.8	30	15.0	180	45.2
60-69	267	200.2	47	34.9	313	117.0
70+	195	170.1	38	30.1	233	96.6
Total (gjithë popullata)	642	44.7	134	9.3	777	27.0

Tabela 5

Rastet e reja me kancer të mushkërisë dhe niveli përkatës i incidencës sipas gjinisë (=incidencë gjini-specifike) dhe grup-moshës (=incidencë moshë-specifike) më 2014

[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza” dhe Spitali “Shefqet Ndroqi”]

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	7	2.8	5	2.2	12	2.5
30-39	6	3.5	7	4.1	13	3.8
40-49	14	7.8	13	6.8	27	7.3
50-59	95	48.2	38	19.2	133	33.6
60-69	192	151.6	42	33.2	234	92.4
70+	189	169.3	49	39.3	238	100.7
Total (gjithë popullata)	503	34.9	154	10.7	657	22.8

Figura 3

Niveli i incidencës (/100 000) të kancerit të mushkërisë sipas moshës më 2015

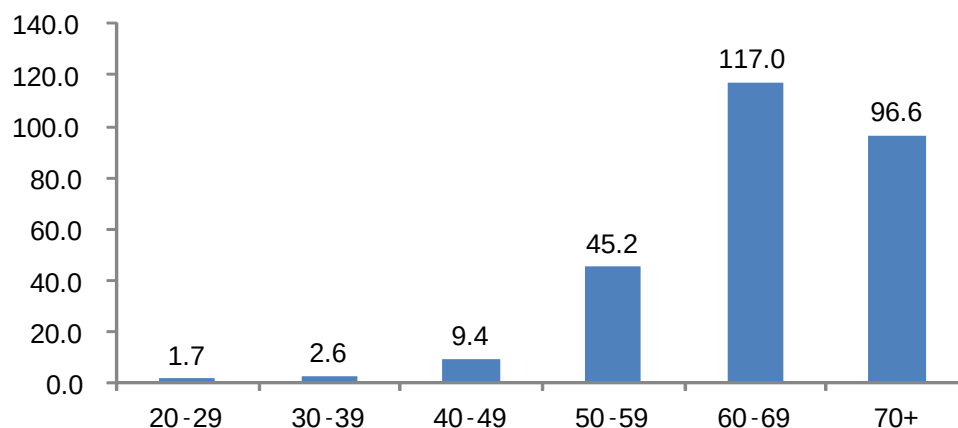


Figura 4

Proporcioni (në përqindje) i rasteve të reja me kancer të mushkërisë sipas gjinisë më 2015

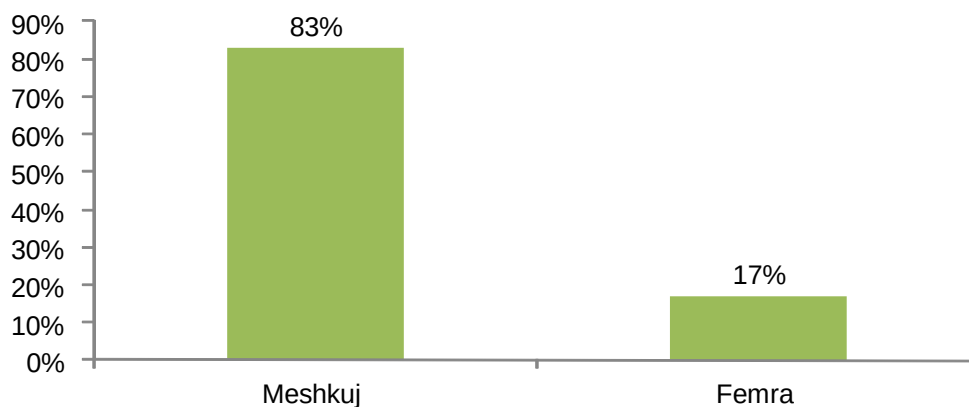


Figura 5

Niveli i incidencës (/100 000) i kancerit të mushkërisë sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

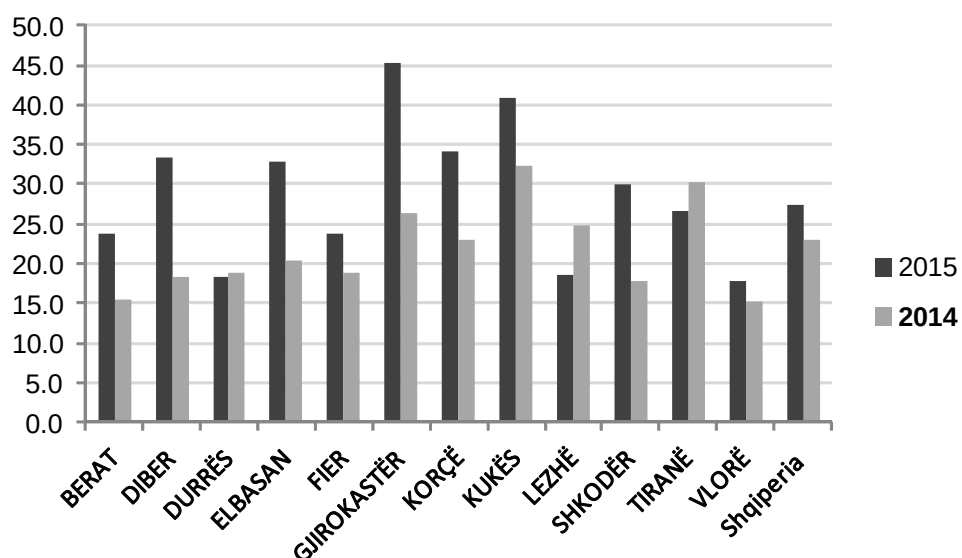
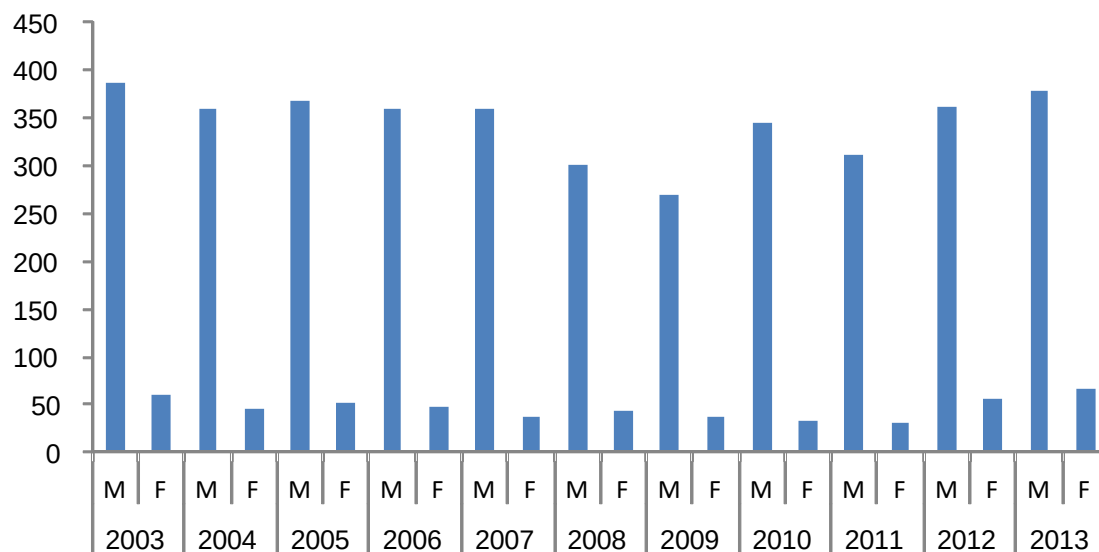


Figura 6

Prirjet historike: Numri i rasteve të reja me kancer të mushkërisë sipas gjinisë të identifikuar nga regjistri spitalor prane QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2013



A.1.3. KANCERI I GJIRIT

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë jo vetëm mes femrave, por edhe në popullatën e përgjithshme në shumicën dërrmuese të vendeve të botës. Incidenca dhe prevalenca e këtij kanceri në shkallë botërore kanë ardhur në rritje gjatë dekadave të fundit.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra referencë për diagnozën dhe trajtimin e kancerit të gjirit është QSUT “Nënë Tereza”. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhëna të agreguara historike të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”.

Veç femrave, kanceri i gjirit mund të prekë edhe meshkujt, por risku tek meshkujt është rreth 100 herë më i ulët (në 100 raste me kancer gjiri tek femrat haset një i tillë tek meshkujt), ndaj analiza e këtij kanceri tek meshkujt është përjashtuar nga kjo analizë. Për t’u pasur parasysh: përlllogaritja e nivelit të incidencës (apo e nivelit të riskut në grup-mosha të ndryshme) bazohet vetëm në popullatën e femrave të Shqipërisë. Kjo do të thotë se popullata e meshkujve është përjashtuar nga emëruesi i nivelit të incidencës.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka arritur të identifikojë 653 (45.3/100 000 gra) raste të reja të diagnostikuara me kancer gjiri në Shqipëri. Kjo shifër është mbi 60% më e lartë se mesatarja e rasteve të identifikuar nga QSUT “Nënë Tereza” gjatë dekadës 2003-2013, dhe më shumë se 20% më e lartë se shifra e raportuar në vitin 2014 kur ende nuk ishin përfshirë në regjistrim spitalet private dhe ato rajonale. Për vitin 2015, numri i rasteve të reja të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza” është 568, çka dëshmon se shtesa në numrin total të rasteve të reja në të gjithë vendin, e kontribuar nga spitalet rajonale dhe ato private, është rreth 14%. Bazuar në një rënie të fortë të incidencës së raportuar për moshat e vjetra, si dhe të faktit se qarku i Tiranës (ku efektiviteti i identifikimit të rasteve të reja pritet të jetë më i lartë) ka një nivel incidence pak më të lartë se mesatarja e gjithë vendit, vlerësohet se incidenca reale e kancerit të gjirit në popullatë duhet të jetë ende më e lartë, sidomos në moshat mbi 80 vjeç. Është e vështirë të bëhet një përllogaritje e saktë e shifrës së rasteve që nuk janë kapur nga sistemi shëndetësor, pasi ndërgjegjësimi në popullatë për këtë kancer dhe aksesit në sistemin shëndetësor kanë ndryshuar shumë me kalimin e kohës.

Risku për kancerin e gjirit rritet në mënyrë graduale me moshën, deri në moshën 70 vjeç, për t’u ulur më pas. Risku është i rëndësishëm duke filluar nga mosha 20 vjeç, por shumica dërrmuese e rasteve hasen mbi moshën 45 vjeç (80%). Nuk përjashtohen rastet në grup-moshat nën 20 vjeç, por për vitin 2015 dhe 2014 nuk janë vërejtur të tillë. Mosha mesatare e rasteve me kancer gjiri në momentin e diagnozës është 55 vjeç.

Incidenca është më e ulët në qarqet Kukës, Dibër e Durrës dhe më e lartë në Fier, Tiranë dhe Korçë. Niveli i incidencës në qarkun e Tiranës është pak më i lartë se mesatarja e vendit dhe rastet e reja për Tiranën përbëjnë 29% dhe 35% të totalit të rasteve të raportuara nga gjithë vendi, përkatësisht për vitin 2015 dhe vitin 2014.

Duke shmangur krahasimin në shifra të të dhënave të vitit 2015, kur fillon grumbullimi i informacionit nga gjithë spitalet, me të dhënat historike të regjistrimit spitalor, dhe duke analizuar vetëm prirjet e vërejtura gjatë periudhës 2003-2014 (QSUT “Nënë Tereza”), mund të vërehet një prirje në rritje domethënëse e incidencës nga ky kancer në Shqipëri.

Tabela 6

Rastet e reja me kancer gjiri dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	6	2.7
30-39	57	31.9
40-49	155	79.8
50-59	231	106.5
60-69	150	112.9
70+	54	61.7
Total (gjithë popullata)	653	45.3

Tabela 7

Rastet e reja me kancer gjiri dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave më 2014
[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza”]

Grup-mosha (vjeç)	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	8	3.6
30-39	43	25.3
40-49	105	54.7
50-59	165	83.2
60-69	128	101.1
70+	81	64.9
Total (gjithë popullata)	530	36.8

Figura 7

Shpërndarja e incidencës (/100 000) me kancer të gjirit sipas moshës më 2014 dhe 2015

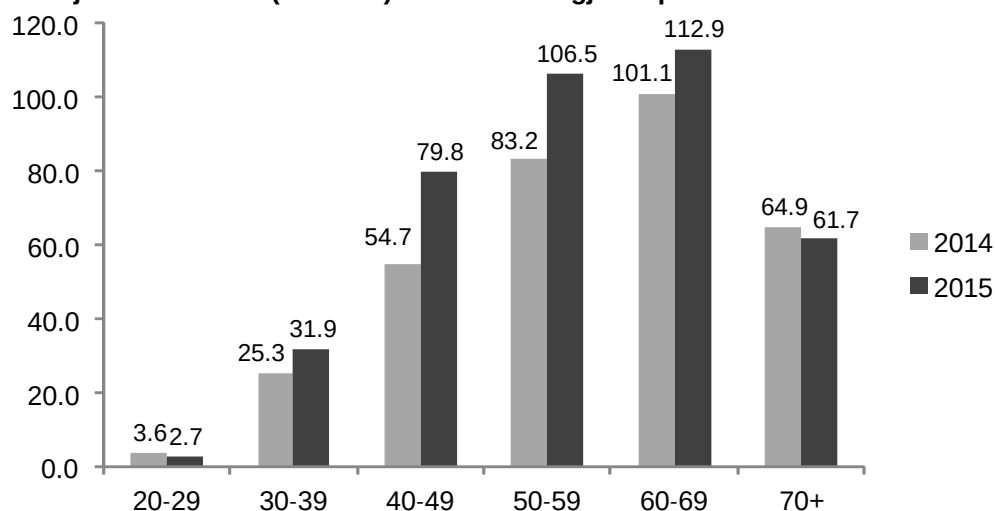


Figura 8

Shpërndarja e incidencës (/100 000) me kancer të gjirit sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

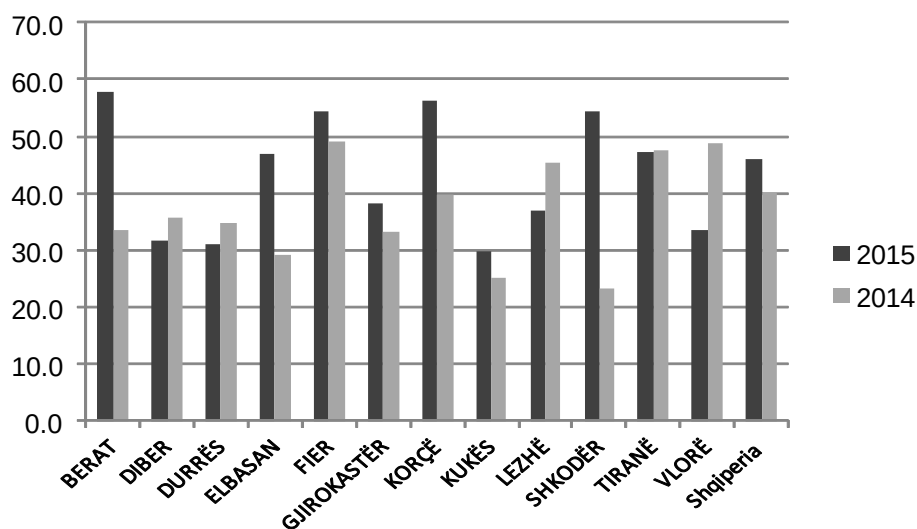
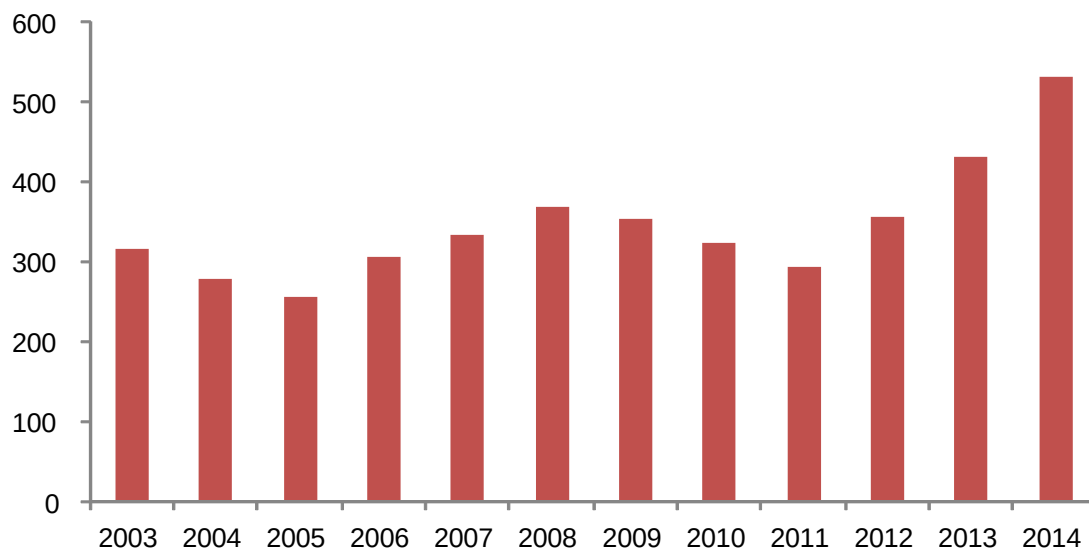


Figura 9

Prirjet historikë: Numri i rasteve të reja me kancer të gjirit të identifikuar nga regjistri spitalor pranë QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2014



A.1.4. KANCERI I ZORRËS SË TRASHË

Kanceri i zorrës së trashë, i quajtur ndryshe kanceri kolo-rektal, është ndër kanceret më të shpeshtë në vendet e zhvilluara. Incidenca dhe prevalenca e këtij kanceri në botë kane ardhur në rritje gjatë dekadave të fundit. Në kancerin e zorrës së trashë përfshihen disa nozologji të dallueshme nga pikëpamja klinike, dy më të rëndësishmet janë: kanceri i kolonit dhe kanceri i rektumit.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra referencë për diagnozën dhe trajtimin e kancerit të zorrës së trashë është QSUT “Nënë Tereza”. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhëna të agreguara historike të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka arritur të identifikojë 235 (8.2/100 000) raste të reja të diagnostikuara me kancer të zorrës së trashë në Shqipëri. Kjo shifër është pothuaj 35% më e lartë se numri i rasteve të reja të raportuara atë vit (175) nga QSUT “Nënë Tereza”. Megjithatë, prirja e rasteve të reja të diagnostikuara nga QSUT “Nënë Tereza” në vite ka luhate të rëndësishme dhe nga më pak se 150 raste të reja në vit gjatë dekadës së kaluar ka

arritur në mbi 230 gjatë viteve 2011-2012, për të rënë pak në tre vitet e mëpasme. Kjo mund të jetë e lidhur pjesërisht edhe me zhvendosje të menaxhimit klinik të disa rasteve gjatë këtyre viteve të fundit, nga QSUT “Nënë Tereza” në spitale të tjera publike ose private. Nga analiza e shpërndarjes së riskut sipas moshës vërehet se për vitin 2014 ka një ulje të fortë dhe të pajustificueshme të riskut për moshat mbi 70 vjeç, çka mund të reflektojë një ‘humbje’ të rasteve me kancer të zorrës së trashë për moshat e larta në këtë vit, humbje, e cila duket se është riparuar pjesërisht në vitin 2015 nga regjistri në popullatë. Gjithaashtu, kjo mbështetet edhe nga fakti se Tirana, që është qarku me efektivitetin më të lartë të mbulimit me raportim, e ka nivelin e incidencës pak më të lartë se mesatarja e gjithë vendit. Në thelb, kjo dëshmon se prirja në rritje e këtij kanceri, e vërejtur në periudhën 2002-2012, duhet të ketë vijuar edhe më tej, pavarësisht nga numri më i ulët i rasteve të reja të diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”.

Si në vitin 2015 ashtu edhe në vitin 2014 janë mbi dy herë më shumë raste me kancer të rektumit se sa raste me kancer të zhvilluar nga pjesë të ndryshme të kolonit. Kjo bie ndesh me raportin mes këtyre dy kancereve të vërejtur në vende të tjera, ku rastet me kancer të kolonit dominojnë me më shumë se dyfishin e rasteve. Me gjasë, ky raport i vërejtur reflekton të paktën pjesërisht diagnozën relativisht më të lehtë dhe më të shpejtë të kancerit të rektumit krahasuar me diagnozën e kancerit të kolonit, si dhe humbjen në këtë mënyrë të një proporcioni të rasteve me kancer koloni nga sistemi shëndetësor.

Incidenca e kancerit të zorrës së trashë është pak më e lartë tek meshkujt (54%) krahasur me femrat (46%) dhe kjo diferencë është e qëndrueshme në të gjithë vitet e përfshirë në vëzhgim me përjashtim të vitit 2006. Për më tepër, vërehet se ajo theksohet me kalimin e viteve. Risku për kancer të zorrës së trashë rritet në mënyrë graduale me moshën, deri në moshën 70 vjeç, për t’u stabilizuar më pas. Risku është i përfillshëm edhe në moshat 35-40 vjeç. Për vitin 2015 është identifikuar një rast nën moshën 20 vjeç, ndërsa më 2014 nuk është vërejtur asnjë rast nën këtë moshë. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 59 vjeç.

Incidenca është më e lartë në qarqet e Gjirokastrës, Korçës dhe Beratit. Më e ulët është në Lezhë, Vlorë dhe Durrës. Niveli i incidencës në qarkun e Tiranës është pak më i lartë se mesatarja e vendit dhe rastet e reja për Tiranën përbëjnë 31% të totalit të rasteve të raportuara nga gjithë vendi, si për vitin 2015 ashtu edhe vitin 2014.

Duke u bazuar në rastet e reja të raportuara në kuadër të regjistrimit në popullatë, rastet e agreguara për periudhën 2003-2014 të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza” si dhe në krahasimin e nivelit të riskut sipas moshës për vitet 2014 dhe 2015, mund të thuhet se ka një rritje të incidencës nga ky kancer nga fillimi i viteve 2000.

Tabela 8

Rastet e reja me kancer të zorrës së trashë dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshes
më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	2	0.8	2	0.9	4	0.8
30-39	4	2.3	5	3.0	9	2.6
40-49	16	9.1	15	8.0	31	8.5
50-59	38	19.2	34	17.0	72	18.1
60-69	35	26.3	28	20.8	63	23.6
70+	31	27.0	25	19.8	56	23.2
Total (gjithë popullata)	126	8.8	109	7.6	235	8.2

Tabela 9

Rastet e reja me kancer të zorrës së trashë dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshës
më 2014

[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza”]

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	5	2.0	1	0.4	4	1.3
30-39	4	2.4	4	2.4	9	2.4
40-49	8	4.5	7	3.6	12	4.0
50-59	29	14.7	23	11.6	43	13.2
60-69	47	37.1	33	26.1	64	31.6
70+	23	20.6	20	16.0	35	18.2
Total (gjithë popullata)	116	8.1	88	6.1	167	7.1

Figura 10

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të kancerit të zorrës së trashë sipas moshës më 2014 dhe 2015

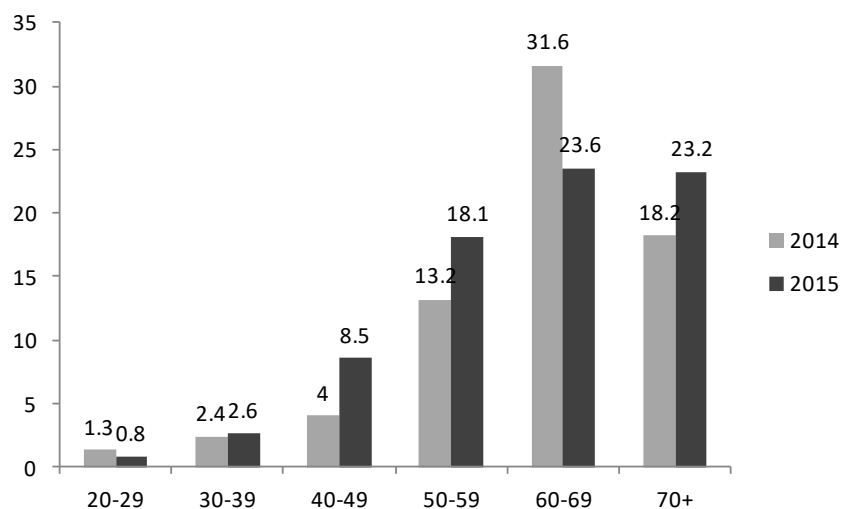


Figura 11

Proporcioni i rasteve të reja sipas gjinisë me kancer të zorrës së trashë më 2015

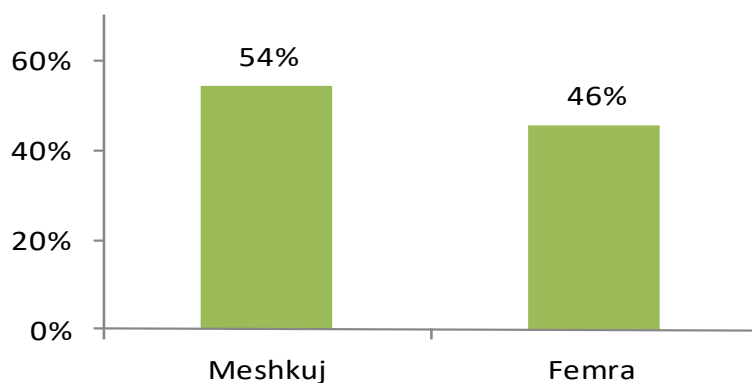


Figura 12

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të kancerit të zorrës së trashë sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

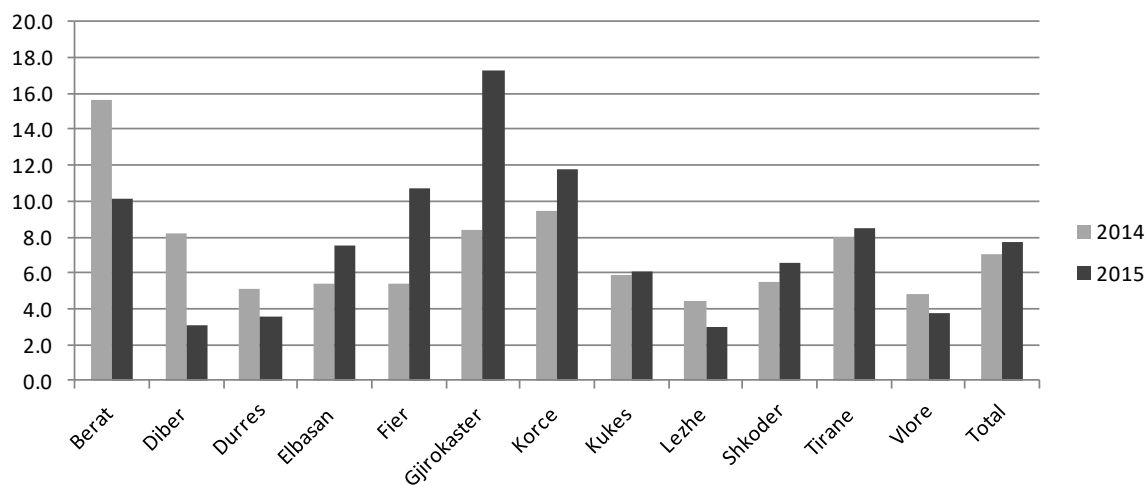
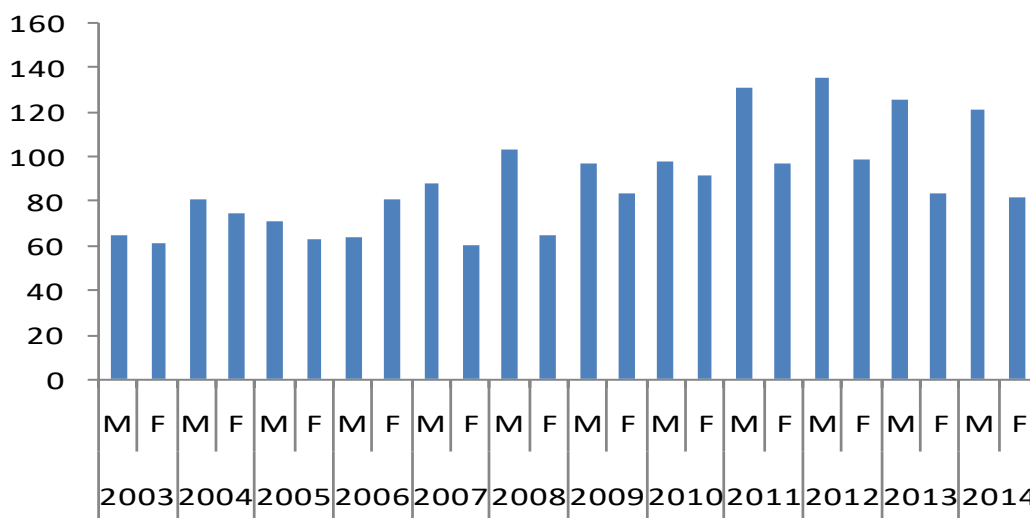


Figura 13

Prirjet historike: Numri i rasteve të reja sipas gjinisë me kancer të zorrës së trashë të identifikuar nga regjistri spitalor pranë QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2014



A.1.5. KANCERI I STOMAKUT

Kanceri i stomakut është ndër kanceret më të shpeshtë në vendet me të ardhura të ulëta. Incidenca dhe prevalenca e këtij kanceri në botë, megjithëse kanë qenë ndër më të lartat mes gjithë kancereve deri nga vitet '80 të shekullit të kaluar, kanë ardhur në rënie gjatë dekadave të fundit. Kodi ICD-9 për kancerin e stomakut është 151 dhe përfshin një sërë neoplazish në varësi të vendndodhjes (psh kanceri i kardias, pilorit, antrumit, fundusit etj). Faktorë të njohur risku për këtë kancer janë *Helicobacter pilori*, nitritet dhe nitratet të cilat ndodhen me shumicë në ushqimet apo mishin e përpunuar, duhanpirja, obeziteti, kirurgjia e stomakut etj. Konsumi i frutave dhe perimeve e ul riskun për këtë kancer.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra referencë për diagnozën dhe trajtimin e kancerit të stomakut është QSUT “Nënë Tereza”. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhëna të agreguara historike të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka arritur të identifikojë vetëm 182 (6.3/100 000) raste të reja të diagnostikuara me kancer të stomakut në Shqipëri. Kjo shifër, megjithëse është

rreth 50% më e lartë se numri i rasteve të reja të raportuara atë vit nga QSUT “Nënë Tereza” (119), është me e ulët se numri i rasteve të reja të identifikuar nga regjistri spitalor gjatë viteve të mëparshme. Mundet që kjo të jetë influencuar nga sjellja lidhur me shërbimet ose nga një zhvendosje e trajtimit të rasteve me kancer stomaku nga QSUT “Nënë Tereza” në spitale të tjera. Megjithatë, nuk vërehet qartë humbja artificiale në moshat mbi 70 vjeç, e cila është vërejtur në rastin e disa kancereve të tjerë. Ndërkohë, nga analiza e prirjeve historike duket e vështirë që kjo rënie e rasteve për vitin 2015 të jetë shprehje e natyrshme e një prirje në rënie për këtë kancer. Gjithashtu, numri i lartë i vdekjeve nga ky kancer dëshmon për ‘humbje’ të rasteve nga sistemi shëndetësor. Për këtë arsye numri i rasteve të reja për kancerin e stomakut në vitin 2015 duhet interpretuar me kujdes dhe validiteti i tij mund të jetë i prekur nga probleme të identifikimit apo raportimit.

Incidenca e kancerit të stomakut është pothuaj dy herë më e lartë tek meshkujt (66%) krahasur me femrat (34%), dhe kjo diferencë është e qëndrueshme në të gjithë vitet e përfshirë në analizë. Një profil i tillë i shpërndarjes së riskut të këtij kanceri sipas seksit vërehet edhe në gjithë vendet e tjera.

Risku për kancer të stomakut rritet në mënyrë eksponenciale me moshën, deri në moshën 70 vjeç, për t’u stabilizuar më pas. Risku është i përfillshëm edhe në moshat 40-50 vjeç, por shumica e rastave janë hasur mbi 60 vjeç. Për vitin 2015, është vërejtur vetëm një rast në grup-moshat nën 20 vjeç. Ndërkohë, nuk ka pasur asnjë rast tek meshkujt nën 30 vjeç më 2014 dhe asnjë rast tek femrat nën 30 vjeç më 2015. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 61 vjeç.

Incidenca është më e lartë në qarqet e Dibrës, Korçës dhe Kukësit. Më e ulët është në Lezhë, Shkodër dhe Vlorë.

Duke u bazuar në rastet e agreguara për periudhën 2003-2014 të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza”, si dhe në rastet e reja të raportuara në kuadër të regjistrit në popullatë më 2015, mund të thuhet se nuk ka një rritje të incidencës nga ky kancer nga fillimi i viteve 2000.

Tabela 10

Rastet e reja me kancer të stomakut dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave
më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	1	0.4	0	0.0	1	0.2
30-39	4	2.3	7	4.1	11	3.2
40-49	16	9.1	13	6.9	29	8.0
50-59	38	19.2	7	3.5	45	11.3
60-69	24	18.1	27	20.1	51	19.1
70+	35	30.5	10	7.9	45	18.7
Total (gjithë popullata)	118	8.2	64	4.4	182	6.3

Tabela 11

Rastet e reja me kancer të stomakut dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave
më 2014

[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza”]

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	0	0.0	1	0.4	1	0.2
30-39	2	1.1	6	3.5	8	2.3
40-49	13	7.4	5	2.7	18	5.0
50-59	41	20.7	18	9.0	59	14.8
60-69	51	38.4	15	11.1	66	24.7
70+	47	41.0	13	10.3	60	24.9
Total (gjithë popullata)	154	10.7	58	4.0	212	7.4

Figura 14

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të kancerit të stomakut sipas moshës më 2014 dhe 2015

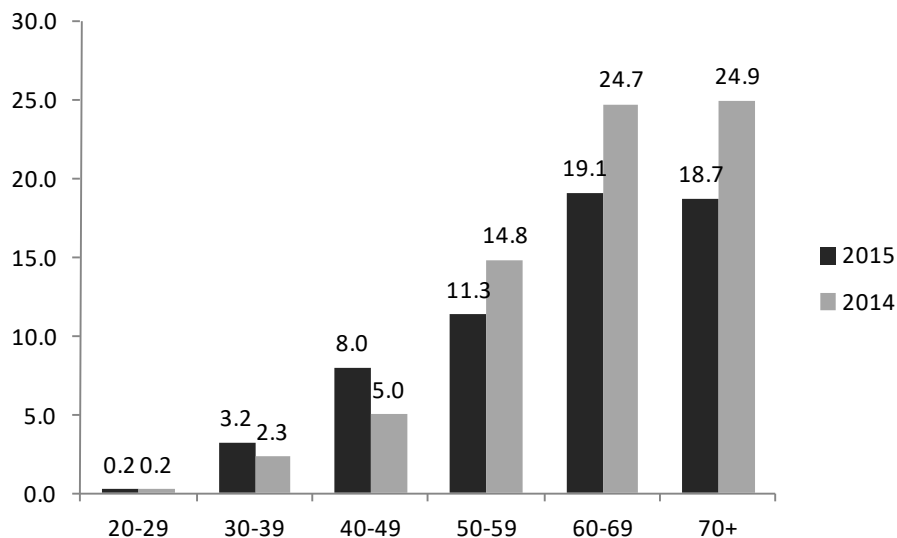


Figura 15

Proportioni i rasteve të reja me kancer të stomakut sipas gjinisë më 2015

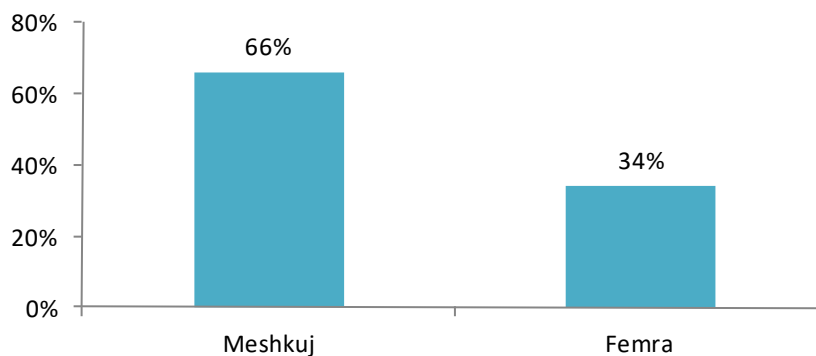


Figura 16

Shpërndarja e incidencës (/100 000) e kancerit të stomakut sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

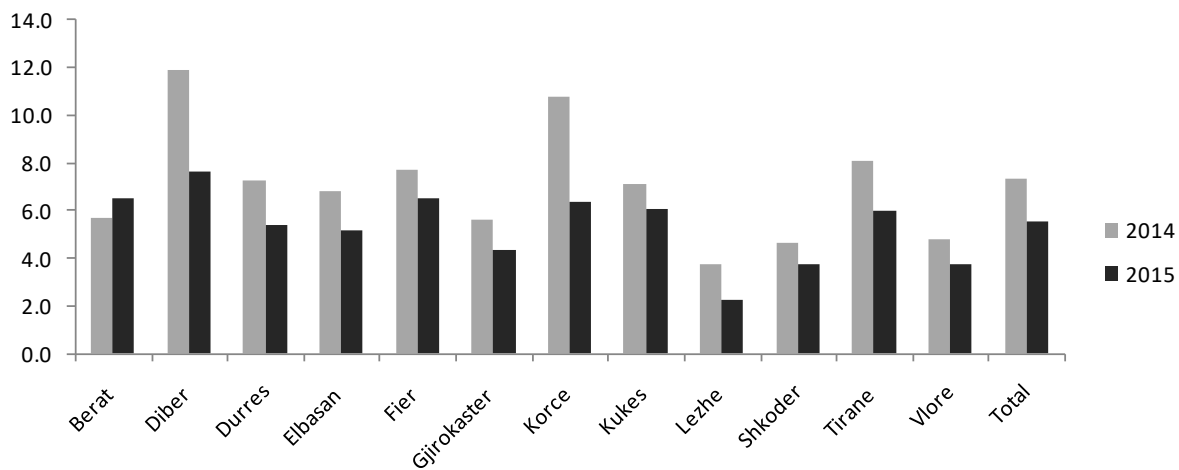
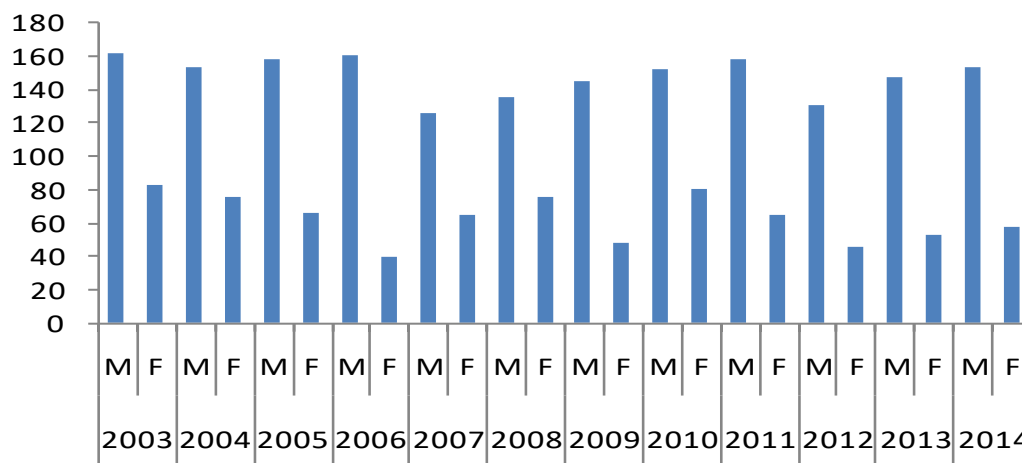


Figura 17

Prirjet historike: Numri i rasteve të reja sipas gjinisë me kancer të stomakut të identifikuara nga regjistri spitalor pranë QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2014



A.1.6. KANCERI I QAFES SË MITRËS

Kanceri i qafës së mitrës është një ndër kanceret më të shpeshtë tek gratë, në shumë vende të botës, sidomos në moshat e reja. Është një nga kanceret më të parandalueshëm përmes vaksinimit dhe depistimit. Prirjet e tij kanë qenë në rënie në shumicën e vendeve të zhvilluara. Shkaktari kryesor i këtij kanceri është virusi i papilomes humane (HPV)

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra referencë për diagnozën dhe trajtimin e kancerit të qafës së mitrës është QSUT “Nënë Tereza”, por mjaft raste identifikohen edhe në spitalet universitare obstetrike gjinekologjike në Tiranë. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”, si dhe rastet e raportuara nga spitalet universitare obstetrike gjinekologjike në Tiranë. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhëna të agreguara historike, të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka arritur të identifikojë 133 (9.2/100 000 gra) raste të reja të diagnostikuara me kancer të qafës së mitrës në Shqipëri. Kjo shifër është mbi 35% më e lartë se numri i rasteve të reja të raportuara mesatarisht në vitet e mëparshme nga QSUT “Nënë Tereza” dhe spitalet universitare obstetrike gjinekologjike (mbi 20% më e lartë se numri i rasteve të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza” më 2015). Nuk duket të ketë humbje të rasteve në popullatë nga ky kancer, si pasojë e mospërdorimit të sistemit shëndetësor

shqiptar. Shpërndarja e incidencës sipas moshës është një shprehje e pritshme e riskut nga kjo sëmundje në grup-mosha të ndryshme, e vërejtur edhe në popullata të tjera. Kjo mbështetet gjithashtu edhe nga fakti se Tirana, që është qarku me efektivitetin më të lartë të mbulimit me raportim, e ka nivelin e incidencës pothuaj të barabartë me mesataren e gjithë vendit.

Risku për kancer të qafës së mitrës është i papërfillshëm në moshat nën 30 vjeç, është relativisht i ulët në grup-moshën 30-40 vjeç dhe është maksimal në grup-moshat 40-60 vjeç, ku hasen edhe shumica dërrmuese e rasteve. Risku ulët në mënyrë të rëndësishme pas moshës 60 vjeç. Për vitin 2015 dhe 2014 nuk është vërejtur asnjë rast në grup-moshat nën 20 vjeç. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 48 vjeç.

Incidenca është më e lartë në qarqet e Lezhës, Beratit dhe Gjirokastrës. Më e ulët është në Dibër e Fier. Niveli i incidencës së kancerit të qafës së mitrës në qarkun e Tiranës është praktikisht i barabartë me mesataren e vendit për vitet 2014, 2015; rastet e reja për Tiranën përbëjnë 29% të totalit të rasteve të raportuara nga gjithë vendi për vitin 2015 dhe 23% të totalit për vitin 2014.

Duke u bazuar në rastet e agreguara për periudhën 2003-2014, të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza”, mund të thuhet se nuk ka një rritje domethënëse të incidencës nga ky kancer nga fillimi i viteve 2000.

Tabela 12

Rastet e reja me kancer të qafës së mitrës dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshës më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	3	1.3
30-39	19	11.2
40-49	41	21.8
50-59	42	21.0
60-69	19	14.1
70+	9	7.1
Total (gjithë popullata)	133	9.2

Tabela 13

Rastet e reja me kancer të qafës së mitrës dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshës më 2014

[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza” dhe SUOGJ “Mbretëresha Geraldinë” dhe SUOGJ “Koço Gliozheni”]

Grup-mosha (vjeç)	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	2	0.9
30-39	11	6.5
40-49	36	19.2
50-59	32	16.0
60-69	14	10.4
70+	7	5.5
Total (gjithë popullata)	103	7.1

Figura 18

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të kancerit të qafës së mitrës sipas moshës më 2014 dhe 2015

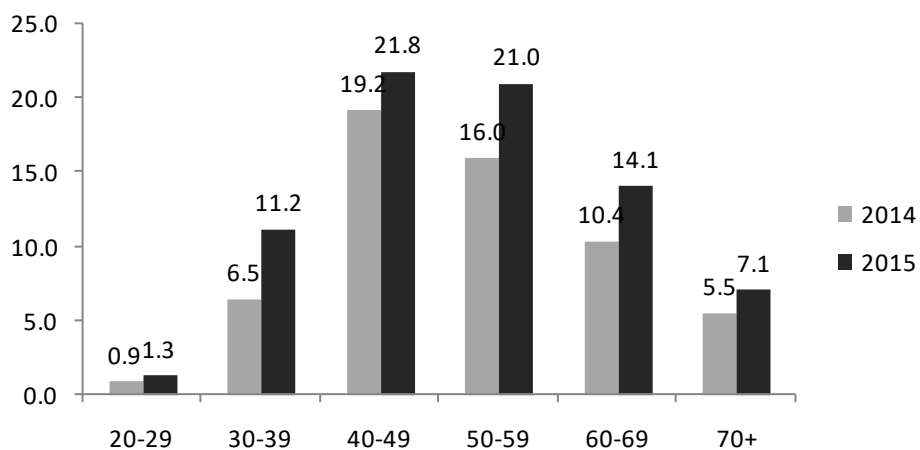


Figura 19

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të kancerit të qafës së mitrës sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

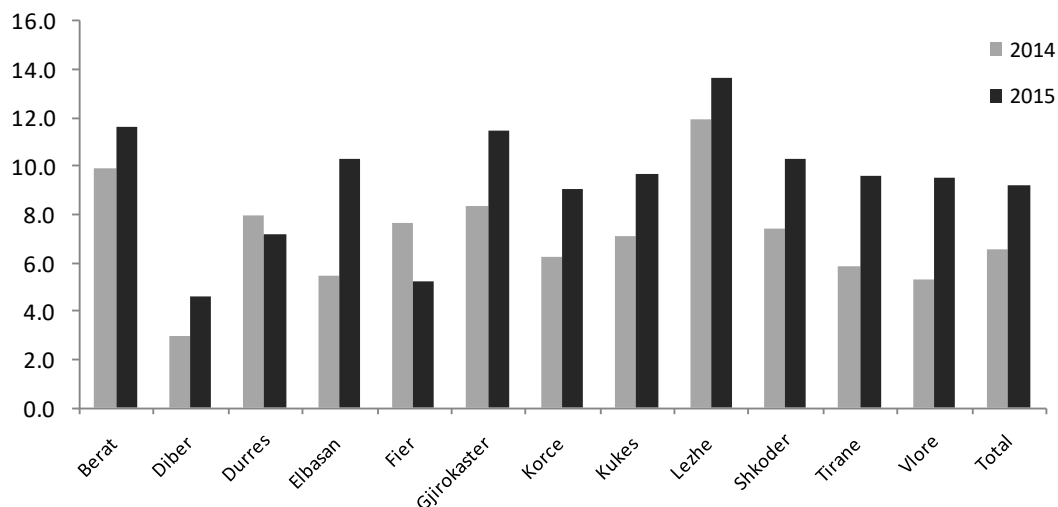
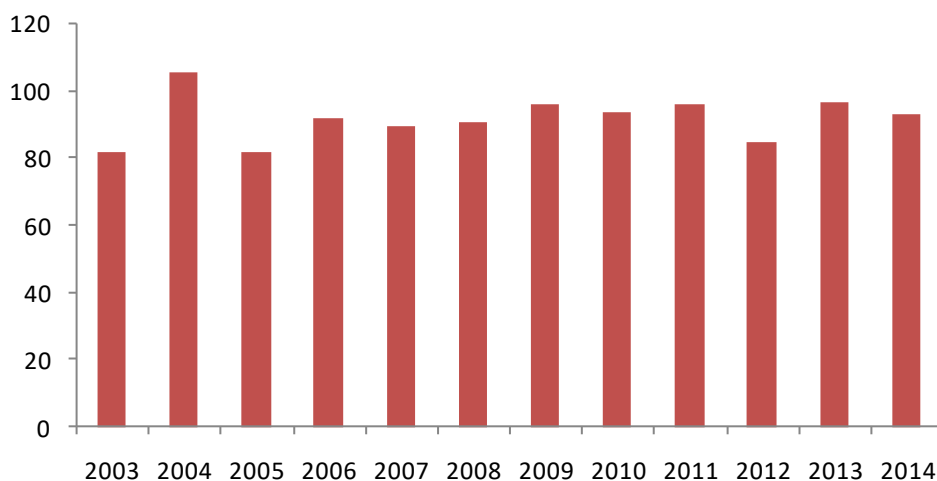


Figura 20

Prirjet historike: Numri i rasteve të reja me kancer të qafës së mitrës të identifikuar nga regjistri spitalor pranë QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2014



A.1.7. MELANOMA MALINJE

Melanoma është një kancer i lëkurës me letalitet të lartë. Zakonisht është kanceri i vetëm mes atyre të lëkurës që përfshihet në regjistrat e kancerit. Në shumë vende të botës është në rritje, për arsye të ndryshimeve në stilin e jetesës, sidomos rritjes së ekspozimit të trupit ndaj rrezatimit diellor.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, qendra e referencës për diagnozën dhe trajtimin e melanomës është QSUT “Nënë Tereza”. Spitalet rajonale dhe spitalet private nuk kanë kontribuar me asnjë rast të ri të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”. Më 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Megjithatë, siç u përmend më sipër, veç rasteve të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza”, nuk janë identifikuar raste të tjera të reja në spitale të tjera. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhena të agreguara historike, të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”.

Regjistri i kancerit në popullatë më 2015 ka identifikuar 57 (2/100 000) raste të reja të diagnostikuara me kancer melanomë në Shqipëri. Kjo shifër është rreth 33% më e lartë se numri i rasteve të reja (41) të raportuara mesatarisht gjatë dekadës së fundit nga QSUT “Nënë Tereza” dhe mbi 20% më e lartë se numri i rasteve të reja të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza” në vitin paraardhës. Megjithatë, duke qenë se nuk u arrit të identifikohet asnjë rast i ri me melanomë jashtë QSUT “Nënë Tereza”, duket se kjo rritje nuk ka ardhur si pasojë e ndryshimit të metodologjise së raportimit, zgjerimit të institucioneve raportuese apo survejancës aktive të përdorur. Me shumë gjasë, kjo rritje e vërejtur është shprehje e një prirje për rritje të riskut në popullatë gjatë viteve të fundit.

Incidenca e melanomës është pak më e lartë tek meshkujt (56%) krahasur me femrat (44%), por kjo diferencë duket se është më e shprehur gjatë viteve të fundit dhe nuk është e qëndrueshme në të gjithë vitet e përfshirë në analizë. Në një analizë të diferencave sipas sekseve për grup-mosha të ndryshme vërehet se risku tek femrat është pak më i lartë në moshat nën 50 vjeç, ndërkohë që është më i lartë tek meshkut pas kësaj moshe.

Risku për kancer të melanomës rritet me shpejtësi me rritjen e moshës deri në grup-moshën 50-60 vjeç, por kjo prirje nuk është e qëndrueshme më tej, dhe ndërsa më 2015, kjo grup-moshë ka riskun më të lartë dhe në moshë më të vjetra ka rënie të riskut, për vitin 2014, risku vijoi të rritej më tej edhe në moshat pas 70 vjeç. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 57 vjeç. Si në vitin 2014 ashtu edhe në vitin 2015 janë identifikuar nga një rast në grup-moshat e reja nën 20 vjeç.

Incidenca është më e lartë në qarqet e Fierit, Beratit, Gjirokastrës dhe Korçës. Më e ulët është në Dibër, Lezhë dhe Vlorë. Incidenca në Tiranë është e ngjashme me atë në nivel vendi dhe numri i rasteve që i përkasin qarkut të Tiranës përbën 26% dhe 28% të rasteve të të gjithë vendit përkatësisht për vitin 2015 dhe vitin 2014.

Duke u bazuar në rastet e agreguara për periudhën 2003-2014 të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza”, si dhe duke pasur parasysh faktin se edhe për vitin 2015 të gjitha rastet e reja të melanomës janë raportuar ekskluzivisht nga ky institucion, mund të thuhet se nga fillimi i viteve 2000 ka një rritje domethënëse të incidencës nga ky kancer në vendin tonë.

Tabela 14

Rastet e reja me melanomë dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave më 2015

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000	Raste	Niveli i incidencës /100 000
20-29	0	0.0	3	1.3	3	0.6
30-39	1	0.6	1	0.6	2	0.6
40-49	4	2.2	6	3.1	10	2.7
50-59	14	7.1	9	4.5	23	5.8
60-69	10	7.9	3	2.4	13	5.1
70+	3	2.7	3	2.4	6	2.5
Total (gjithë popullata)	32	2.2	25	1.7	57	2.0

Tabela 15

Rastet e reja me melanomë dhe niveli përkatës i incidencës sipas grup-moshave më 2014
[Të dhënat vetëm nga QSUT “Nënë Tereza”]

Grup-mosha (vjeç)	Meshkuj		Femra		Total	
	Raste	Niveli i incidencës /100.000	Raste	Niveli i incidencës /100.000	Raste	Niveli i incidencës /100.000
20-29	3	1.2	0	0.0	3	0.6
30-39	2	1.2	1	0.6	3	0.9
40-49	4	2.2	5	2.6	9	2.4
50-59	6	3.0	8	4.0	14	3.5
60-69	6	4.7	2	1.6	8	3.2
70+	6	5.4	4	3.2	10	4.2
Total (gjithë popullata)	27	1.9	20	1.4	47	3.3

Figura 21

Shpërndarja e incidencës (/100 000) sipas moshës e melanomës malinje më 2014 dhe 2015

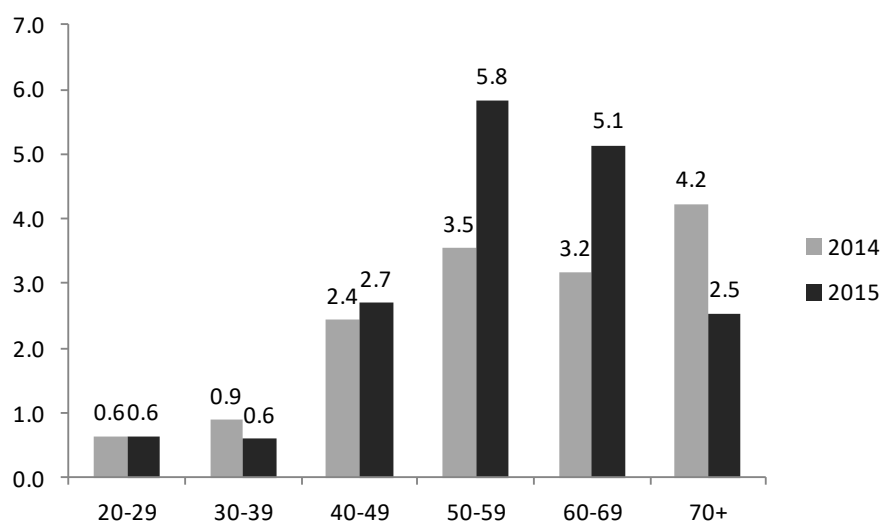


Figura 22

Proporcioni i rasteve të reja me melanomë malinje sipas gjinisë më 2015

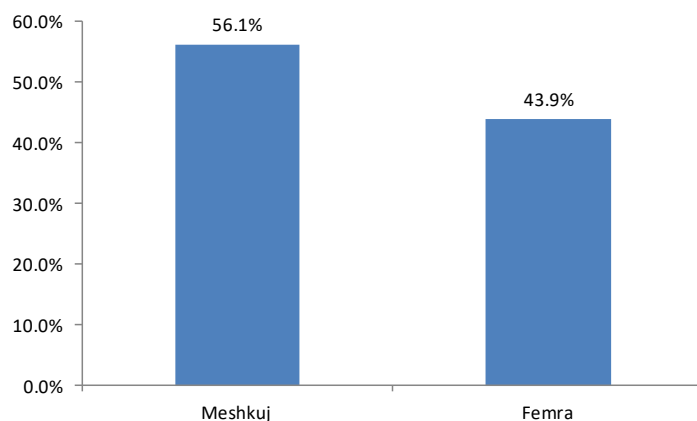


Figura 23

Shpërndarja e incidencës (/100 000) të melanomës malinje sipas qarqeve më 2014 dhe 2015

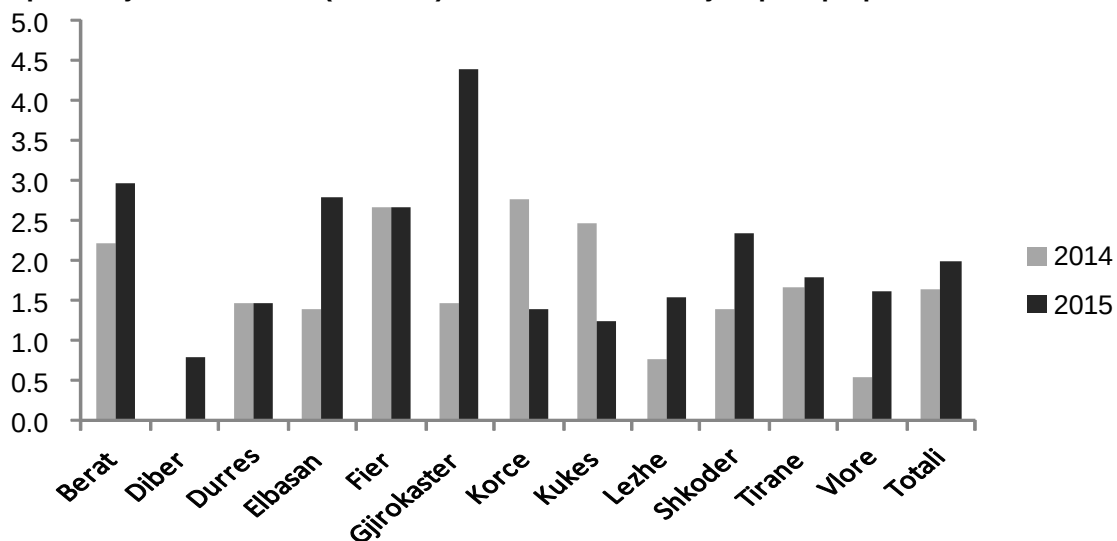
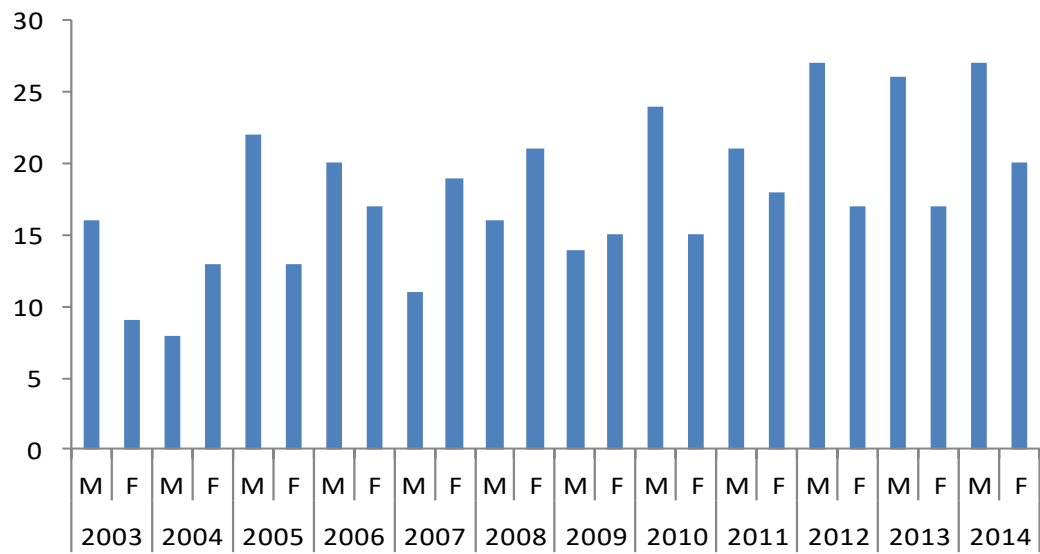


Figura 24

Prirjet historike: Numri i rasteve të reja sipas moshës me melanomë malinje të identifikuara nga regjistri spitalor pranë QSUT “Nënë Tereza” përgjatë periudhës 2003-2014



A.2. SËMUNDJET E QARKULLIMIT TË GJAKUT

Sëmundjet e qarkullimit të gjakut përfshijnë një rang të gjerë problemesh shëndetësore me natyra dhe shkaqe të ndryshme, por më kryesoret mes tyre janë sëmundjet ishemike, të cilat kanë në bazë të tyre dëmtimin e furnizimit me oksigjen të muskulit të zemrës dhe të trurit. Këtu përfshihen grupi i sëmundjeve ishemike të zemrës (ose sëmundjet e arterieve koronare) dhe sëmundjet cerebrovaskulare. Këto dy kategori problemesh shëndetësore prekin dy organe të ndryshme dhe kanë paraqitje klinike krejt të ndryshme nga njera tjetra, por kanë në bazë të tyre një sërë shkaqesh të përbashkëta dhe nga pikëpamja e shëndetit publik trajtohen së bashku.

Sëmundjet ishemike të zemrës shkaktohen nga ngushtimi apo bllokimi i enëve të gjakut që ushqejnë muskulin e zemrës me gjak dhe oksigjen. Paraqitja klinike e këtyre sëmundjeve mund të jetë në formën e angina pectoris (dhimbje e gjoksit), infarktit të miokardit apo edhe të vdekjes së papritur; ndërkaq, paraqitjet klinike të dëmtimit të furnizimit të trurit me gjak si pasojë e bllokimit apo çarjes së arterieve që e ushqejnë atë janë në formën e paralizave, dobësive apo mpirjeve të natyrave dhe përmasave të ndryshme.

Duke qenë se prekin organe jetike për organizmin, këto sëmundje janë ndër më të rëndësishmet e sëmundjeve kronike si nga pikëpamja e vdekjeve të parakohshme që shkaktojnë, ashtu edhe nga pikëpamja e viteve të shëndetshme të humbura të jetës.

Dy ndër shfaqjet klinike më të rëndësishme të sëmundjeve ishemike, aksidentet cerebrovaskulare dhe infarkti i miokardit, janë akute, dhe duket të bien ndesh me termin ‘sëmundje kronike’. Megjithatë, duhet pasur parasysh se këto shfaqje akute nuk janë gjë tjetër veçse një moment në procesin e gjatë të formimit të bazave biologjike të sëmundjes, konkretisht dëmtimeve graduale në strukturën e arterieve të zemrës dhe të trurit.

Në këtë raport, fokusi do të jetë tek infarkti i miokardit dhe aksidentet cerebrovaskulare, dy probleme shëndetësore, të cilat, nga pikëpamja e gravitetit të tyre, kërkojnë përgjithësisht menaxhimin spitalor dhe lejojnë një monitorim relativisht efektiv të rasteve të reja që shfaqen në popullatë. Shfaqje të tjera klinike të tyre si psh angina pectoris, janë më të varura nga ndryshimet në sjelljet e popullatës lidhur me shërbimet dhe do të reflektonin më shumë këtë sjellje dhe aksesin në shërbime sesa riskun për sëmundje në popullatë. Megjithatë, në raport do të paraqiten tregues të prevalencës apo të vdekshmërisë edhe për nozologji të tjera kardiovaskulare.

Të dhënat e prezantuara në seksionet e këtij raporti për secilin prej dy grupeve të sëmundjeve ishemike janë të ndara në:

1. Të dhëna mbi rastet e reja të diagnostikuara në vit (incidenca) bazuar në regjistrat e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe aksidenteve cerebrovaskulare. Të dhënat e këtyre regjistrave janë individuale për çdo rast të diagnostikuar. Ato ekzistojnë për vitin 2017 për të gjithë spitalet, vit kur ka filluar të zbatohet sistemi i ri i raportimit.

2. Të dhëna të agreguara mbi të gjitha rastet (prevalenca), të regjistruara pranë mjekëve të familjes në të gjithë vendin (Seksioni B – Prevalenca).

3. Të dhëna mbi vdekjet nga sëmundjet ishemike të zemrës dhe të trurit, bazuar në sistemin e skedës së vdekjes të administruar nga INSTAT (Seksioni D – Vdekshmëria).

A.2.1. INFARKTI I MIOKARDIT

Infarkti i miokardit, në shumicën e rasteve është shfaqje serioze e një sëmundjeje të arterieve koronare. Mekanizmi më i zakonshëm i formimit të tij është bllokimi i plotë i një arterie koronare, çka shkaktohet prej një pllake aterosklerotike, e cila është rritur gradualisht brenda murit të brendshëm të arteries. Në disa raste më të rralla, infarkti i miokardit mund të shkaktohet nga spazmat e arterieve koronare. Faktorë risk të kontrollueshëm për infarktin e miokardit janë mes të tjerësh presioni i lartë i gjakut, duhanpirja, diabeti, sedentarizmi, obeziteti, kolesterolit i lartë në gjak dhe abuzimi me alkoolin. Faktorë të pakontrollueshëm janë historia familjare dhe moshë.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, spitalet rajonale shërbejnë si qendra të menaxhimit klinik të infarktit të miokardit, ndërkohë që QSUT “Nënë Tereza” shërben si qender reference. Rastet e reja të kësaj sëmundjeje janë raportuar nga të gjithë spitalet, bazuar në një skedë të adaptuar dhe janë pastruar nga rastet e përsëritura dhe validuar në ISHP.

Viti 2017 është viti i parë kur ka filluar raportimi në shkallë vendi sipas skedës individuale dhe është formuar regjistri përkatës i sëmundjes në ISHP. Për vitin 2016 ekzistojnë vetëm të dhëna të pjesshme dhe të pamjaftueshme për të krijuar një tablo përfaqësuese në shkallë vendi. Regjistri i infarktit të miokardit ka arritur të identifikojë 3 825 raste të reja ose një incidencë prej 133/100 000 për vitin 2017. Kjo është hera e parë që përlogaritët incidenca e kësaj sëmundjeje në shkallë vendi, çka nuk mundëson një analizë historike të prirjeve gjatë viteve të fundit. Informacioni për vitin 2017 do të shërbejë për monitorimin sistematik të këtij indikatorit të rëndësishëm të sëmundjeve kardiovaskulare dhe në përgjithësi të sëmundjeve kronike në vitet në vijim. Bazuar në prirjen e incidencës së raportuar në moshat e vjetra, në incidencën më të ulët në qarkun e Tiranës (ku niveli i pritshëm i raportimit është më efektiv), dhe në krahasimin me nivelin e vdekshmërisë, mund të thuhet se regjistri ka siguruar një raportim përgjithësisht të plotë të infarktit të miokardit. Megjithatë, nga ana tjetër duhet theksuar se, verifikimet pranë njësive raportuese dëshmojnë, një përfshirje në raportim si infarkt i miokardit, edhe të sëmundjeve të tjera ishemike të zemrës (ICD 9 410-414). Vlerësohet se keto patologji ishemike të zemrës mund të përbejnë rreth gjysmën e totalit prej 3825 rastesh. Ky fakt duhet pasur parasysh në interpretimin e të dhënave të këtij seksioni.

Risku për infarkt miokardi rritet në mënyrë eksponenciale me moshën, deri në moshën 80 vjeç, dhe rritja vijon edhe mbi këtë moshë. Risku para moshës 40 vjeç është i ulët ose shumë i ulët. Në raste shumë të rralla sëmundja është vërejtur edhe nën 20 vjeç. Moshë mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 64 vjeç për meshkujt dhe 70 vjeç për femrat.

Incidenca e infarktit të miokardit është 2.2 herë më e lartë në meshkujt krahasuar me femrat. Diferenca mes meshkujve dhe femrave është maksimale (3.8 herë) në moshën 40-49 vjeç, për t'u ulur në rreth 1.5 herë në moshat mbi 70 vjeç.

Incidenca e infarktit është më e ulët në qarqet Durrës e Dibër dhe më e lartë në Berat e Korçë. Tirana ka një incidencë relativisht të ulët dhe nën mesataren e vendit.

Tabela 16

Niveli i incidencës (/100 000) së infarktit të miokardit sipas gjinisë dhe grup-moshës në Shqipëri më 2017

Grup mosha (vjeç)	Meshkuj	Femra	Gjithsej
0-9	0.6	0.0	0.3
10-19	0.9	0.5	0.7
20-29	4.3	0.9	2.7
30-39	22.4	7.6	15.3
40-49	102.3	26.8	62.8
50-59	330.2	94.2	211.1
60-69	588.1	202.8	392.9
70-79	741.5	454.6	594.6
80+	784.0	552.7	660.5
Total	181.1	83.3	132.8

Figura 25

Shpërndarja e incidencës (/100 000) e infarktit të miokardit sipas moshës më 2017

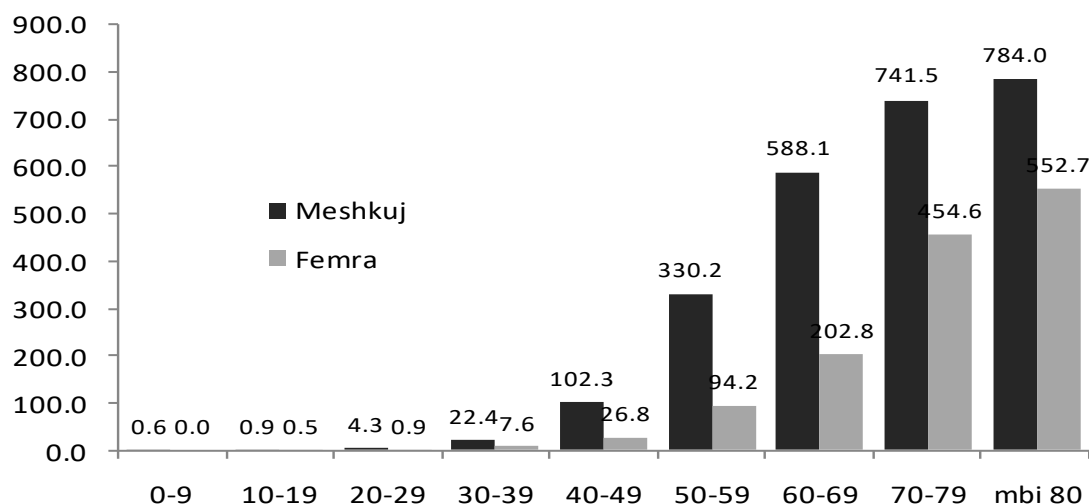


Figura 26

Shpërndarja e incidencës (/100 000) e infarktit të miokardit sipas gjinisë më 2017

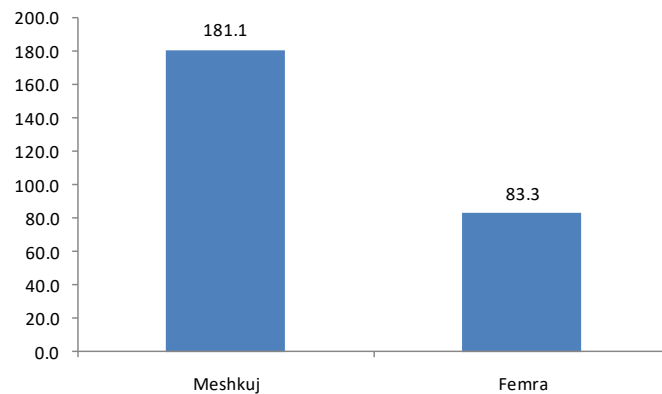


Figura 27

Mosha mesatare (vjeç) e personave me infarkt miokardi në momentin e diagnozës

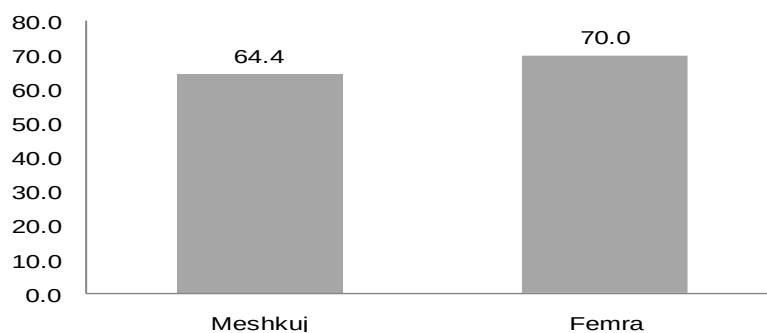
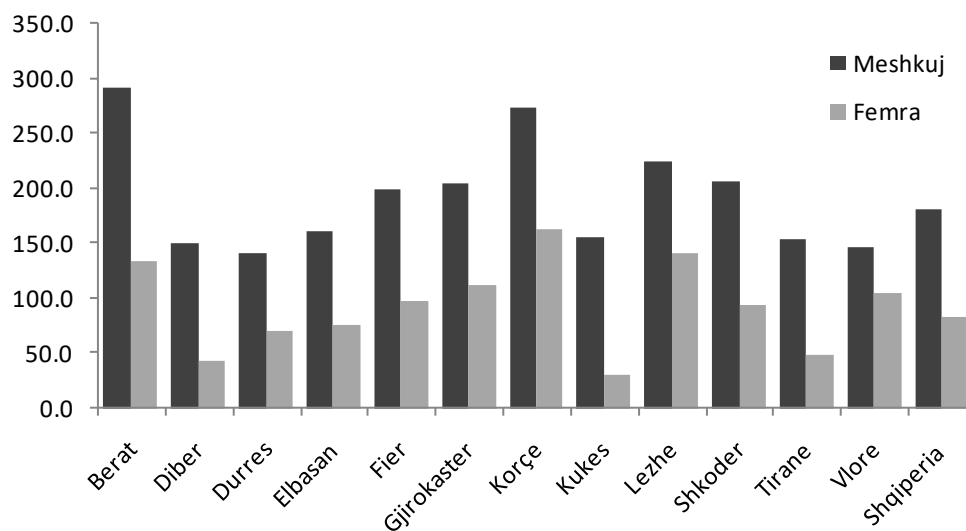


Figura 28

Shpërndarja e incidencës (/100 000) së infarktit të miokardit sipas qarqeve më 2017



A.2.2. SËMUNDJET CEREBROVASKULARE

Aksidentet cerebrovaskulare, të quajtura ndryshe insultet cerebrale, ndodhin kur rrjedha e gjakut për në zona të ndryshme të trurit ndërpritet. Shumica dërmuese e këtyre aksidenteve klasifikohen si ishemike, çka do të thotë se ndërprerja e qarkullimit të gjakut shkaktohet nga tromb apo një masë tjetër. Pavarësisht nga përdorimi shumë i gjerë i termit, vetëm një numër i vogël i tyre janë hemorragji cerebrale. Në këto raste, sëmundja ndodh si pasojë e çarjes së arteries dhe daljes së gjakut në tru. Në të dyja rastet, një faktor madhor risku është hipertensioni.

Incidenca e regjistruar

Në Shqipëri, spitalet rajonale shërbejnë si qendra të menaxhimit klinik të aksidenteve cerebrovaskulare, ndërkohë që QSUT “Nënë Tereza” shërben si qender reference. Rastet e reja të kësaj sëmundje janë raportuar nga të gjithë spitalet, bazuar në një skedë të adaptuar, dhe janë pastruar nga rastet e përsëritura dhe validuar në ISHP.

Viti 2017 është viti i parë kur ka filluar raportimi në shkallë vendi sipas skedës individuale dhe është formuar regjistri përkatës i sëmundjes në ISHP.

Regjistri i aksidenteve cerebrovaskulare ka arritur të identifikojë 4 400 raste të reja ose një incidencë prej 153/100 000 për vitin 2017. Kjo është hera e parë që përlllogaritet incidenca e kësaj sëmundjeje në shkallë vendi, çka nuk mundëson një analizë historike të prirjeve gjatë viteve të fundit. Informacioni për vitin 2017 do të shërbejë për monitorimin sistematik të këtij indikatori të rëndësishëm të sëmundjeve kardiovaskulare dhe në përgjithësi të sëmundjeve kronike në vitet në vijim. Bazuar në prirjen e incidencës së raportuar në moshat e vjetra, në incidencën relativisht më të ulët në qarkun e Tiranës (ku niveli i pritshëm i raportimit është më efektiv) dhe në krahasimin me nivelin e vdekshmërisë, mund të thuhet se regjistri ka siguruar një raportim përgjithësisht të plotë të aksidenteve cerebrovaskulare.

Risku për një aksident cerebrovaskular rritet në mënyrë eksponenciale me moshën deri në moshën 80 vjeç, dhe rritja vijon edhe mbi këtë moshë. Risku para moshës 40 vjeç është i ulët ose shumë i ulët. Në raste shumë të rralla sëmundja është vërejtur edhe nën 20 vjeç. Mosha mesatare e rasteve të reja në momentin e diagnozës është 68 vjeç për meshkujt dhe 69 vjeç për femrat.

Incidenca e aksidenteve cerebrovaskulare është rreth 30% më e lartë në meshkujt krahasuar me femrat. Diferenca mes meshkujve dhe femrave është maksimale (75%) në moshën 50-69 vjeç, për t'u ulur në vetëm 15 % në moshat mbi 70 vjeç.

Incidenca e aksidenteve cerebrovaskulare është më e ulët në qarqet Dibër e Kukës dhe më e lartë në Berat, Gjirokastrë e Lezhë. Tirana ka një incidencë relativisht të ulët dhe nën mesataren e vendit.

Tabela 17

Niveli i incidencës (/100 000) të aksidenteve cerebrovaskulare sipas gjinisë dhe grup-moshës në Shqipëri më 2017

Grup mosha (vjeç)	Meshkuj	Femra	Gjithsej
0-9	2.3	0.6	1.5
10-19	3.8	2.0	2.9
20-29	7.5	6.1	6.8
30-39	22.9	17.6	20.4
40-49	59.7	44.4	51.8
50-59	192.1	98.2	144.7
60-69	452.8	260.2	355.3
70-79	994.8	771.4	880.4
80+	1399.1	1197.9	1289.2
Total	173.9	132.3	153.3

Figura 29

Shpërndarja e incidencës (/100 000) së aksidenteve cerebrovaskulare sipas moshës më 2017

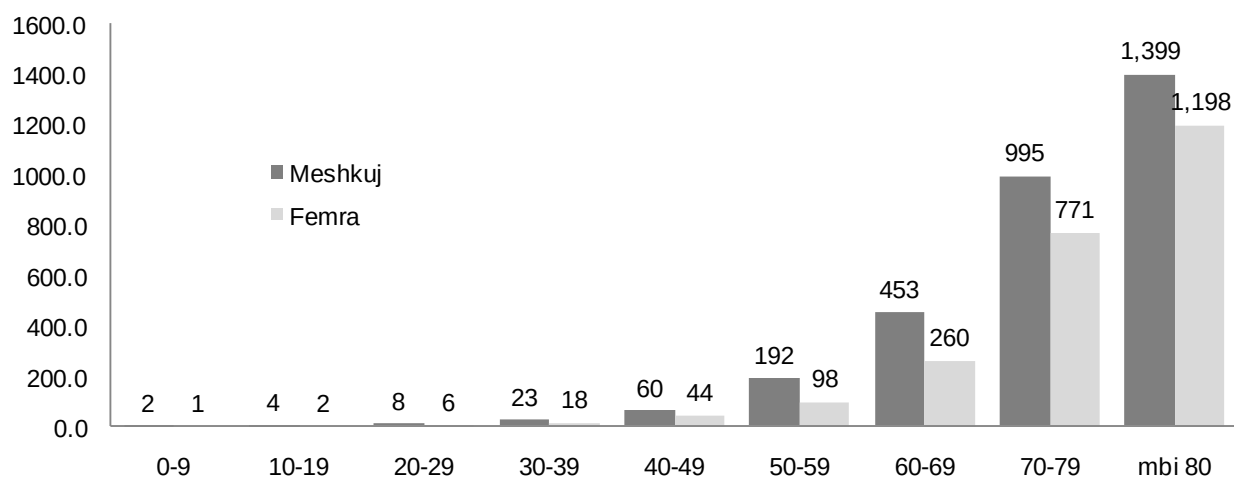


Figura 30

Shpërndarja e incidencës (/100 000) së aksidenteve cerebrovaskulare sipas gjinisë më 2017

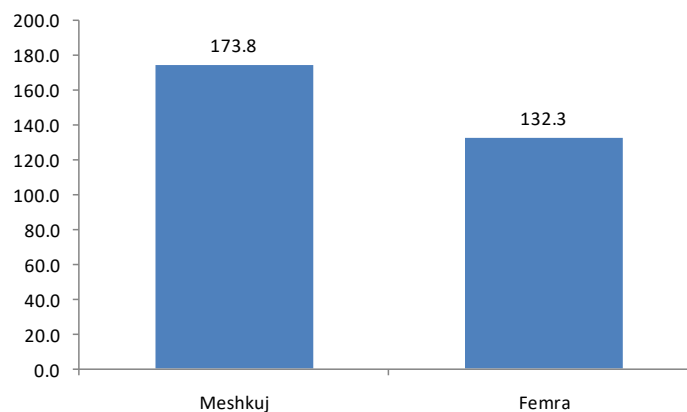


Figura 31

Mosha mesatare (vjeç) e personave me aksident cerebrovaskular në momentin e diagnozës

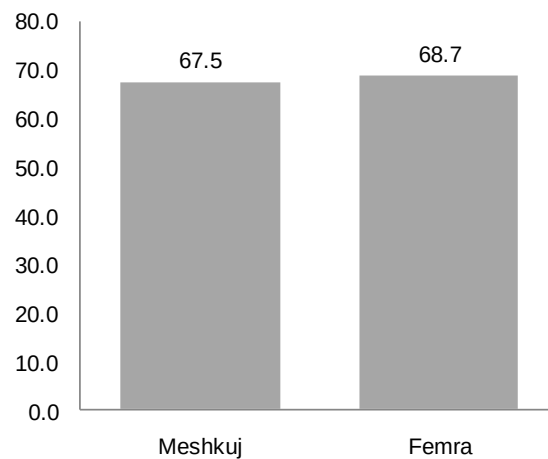
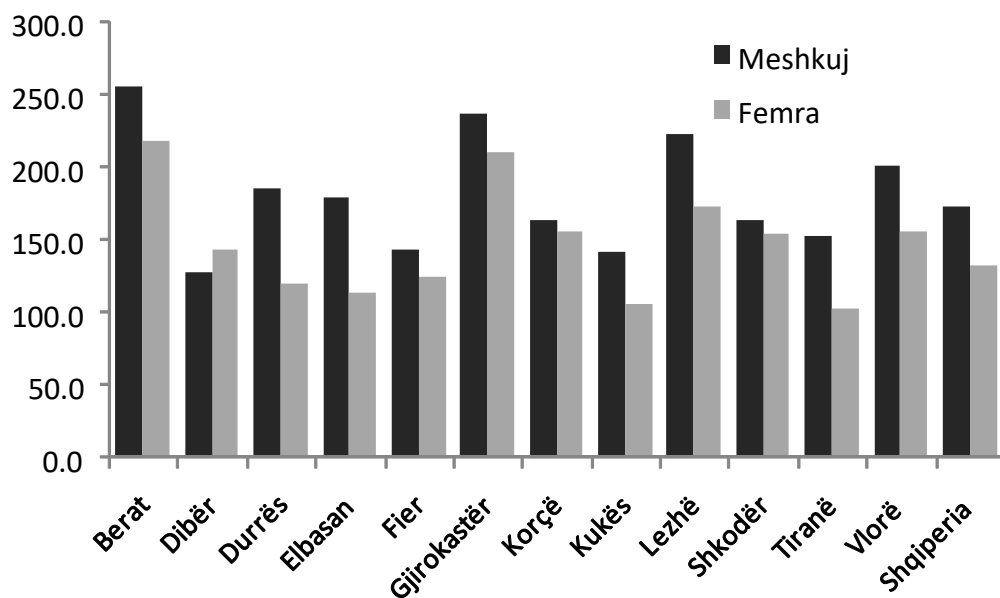


Figura 32

Shpërndarja e incidencës (/100 000) së aksidenteve cerebrovaskulare sipas qarqeve më 2017



SEKSIONI B:

PREVALENCA E REGJISTRUAR

Prevalenca e regjistruar shpreh numrin e individëve me sëmundje kronike specifike të regjistruar pranë mjekut të familjes, në raport me popullatën në risk. Në këtë tregues përfshihen të gjitha rastet që jetojnë dhe janë diagnostikuar një herë me sëmundjen specifike. Prevalenca është një tregues që shpreh barrën e sëmundjes në popullatë. Në dallim nga incidenca, këtu përfshihen si rastet e reja të diagnostikuara atë vit, ashtu edhe rastet e diagnostikuara në vitet e mëparshme.

Për përllogaritjen e prevalencës së regjistruar janë përdorur regjistrat e mjekëve të familjes, në të cilët mjekët regjistrojnë rastet me sëmundje kronike sipas klasifikimit ndërkombëtar të sëmundjeve ICD-9, pas diagnozës përfundimtare në spital. Regjistri është dinamik dhe plotësohet sistematikisht me informacion mbi vdekjet. Megjithatë, ai nuk reflekton plotësisht prevalencën në popullatë, për arsye se disa individë mund të mos regjistrohen pranë mjekut të tyre të familjes pas diagnozës në spital. Nëse prevalenca në popullatë do të ishte thjesht produkt i incidencës me kohëzgjatjen e sëmundjes, në fakt regjistri i mjekëve të familjes ndikohet nga sjellja e popullatës lidhur me shërbimet shëndetësore dhe nga modalitetet e trajtimit joinvaziv afatgjatë (psh trajtimi me imunoterapi) për sëmundje specifike.

Ky sistem informacioni funksionon prej pothuaj 10 vitesh në Shqipëri. Të dhënat janë të agreguara dhe nuk lejojnë analizën sipas moshës dhe seksit. Në këtë seksion do të paraqiten të dhënat në kategori të gjera të sëmundjeve jo të transmetueshme. Për disa sëmundje tregues të monitorimit të sëmundjeve jo të transmetueshme jepen të dhëna më të detajuara. Megjithatë, një survejancë aktive e realizuar nga ISHP në rrethin e Tiranës ka siguruar një shikim të thelluar dhe të detajuar në prevalencën e regjistruar për popullatën e këtij rajoni, me synim validimin e të dhënave kombëtare.

Fokusi i analizës së prevalencës të regjistruar, ashtu si në rastin e incidencës, është kufizuar në sëmundjet e përfshira në kornizën e treguesve të monitorimit të sëmundjeve jo të transmetueshme: kanceret, sëmundjet ishemike të zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare. Megjithatë, në **Tabelen 18** në vijim, jepet një pamje e përgjithshme e gjithë grupeve të sëmundjeve të tjera jo të transmetueshme.

Prevalenca, ashtu siç pritet, vjen në rritje për shumicën e grup-sëmundjeve. Megjithatë, disa sëmundje janë rritur më shumë se të tjerat. Kështu, për sëmundjet kardiovaskulare (sëmundjet e qarkullimit të gjakut), sëmundjet endokrine, sëmundjet mendore dhe sëmundjet urogenitale vërehet një rritje më e shprehur në vitin 2015. Siç shpjegohet më në detaje më poshtë, kjo duhet të jetë shkaktuar nga efekti i kapjes së shumë problemeve shëndetësore (hipertensioni, diabeti, depresioni, infeksionet urinare) prej programit të kontrollit bazë shëndetësor, i cili ka filluar atë vit (viti 2015).

Duhet nënvizuar se disa probleme shëndetësore kronike si hipertensioni dhe diabeti, megjithëse klasifikohen si sëmundje të mirëfillta, shpesh konsiderohen edhe si faktorë risku për sëmundjet e qarkullimit të gjakut. Për këtë arsye, ata janë paraqitur në një këndvështrim tjetër edhe në seksionin e faktorëve të riskut, ku prevalenca e hipertensionit, një tregues i përfshirë në kornizën e monitorimit, mund të përlllogaritet më saktë përmes studimeve në popullatë. Prevalenca e regjistruar e këtyre dy problemeve shëndetësore është shumë e ndikuar nga aftësitë e sistemit për kapje të hershme si dhe nga ndërgjegjësimi i popullatës. Një profil të tillë ka edhe depresioni, identifikimi i të cilit varet shumë nga sjellja e popullatës lidhur me shërbimet, kapacitetet e sistemit shëndetësor, stigma etj.

Në **Figuren 33** në vijim është paraqitur prirja disavjeçare e prevalencës së regjistruar të hipertensionit dhe diabetit. Për vitin 2015 (kur ka filluar programi i kontrollit bazë shëndetësor ‘check-up’) vërehet një rritje prej mbi 30% për diabetin dhe mbi 12% për tensionin e lartë arterial, krahasuar me vitin paraardhës. Ndërkohë që rritja gjatë viteve të mëparshme ka qenë e përmasave shumë më të ulëta. Niveli i prevalencës së regjistruar për hipertensionin në vitin 2017 është 15% dhe për diabetin 3.8%. Nëse do ta krahasonim nivelin e prevalencës së regjistruar të hipertensionit me nivelin e prevalencës së matur në popullatë për popullatën adulte (Seksioni C – Faktorët e riskut), do të vinim re se ajo është sa vetëm gjysma e kësaj të fundit.

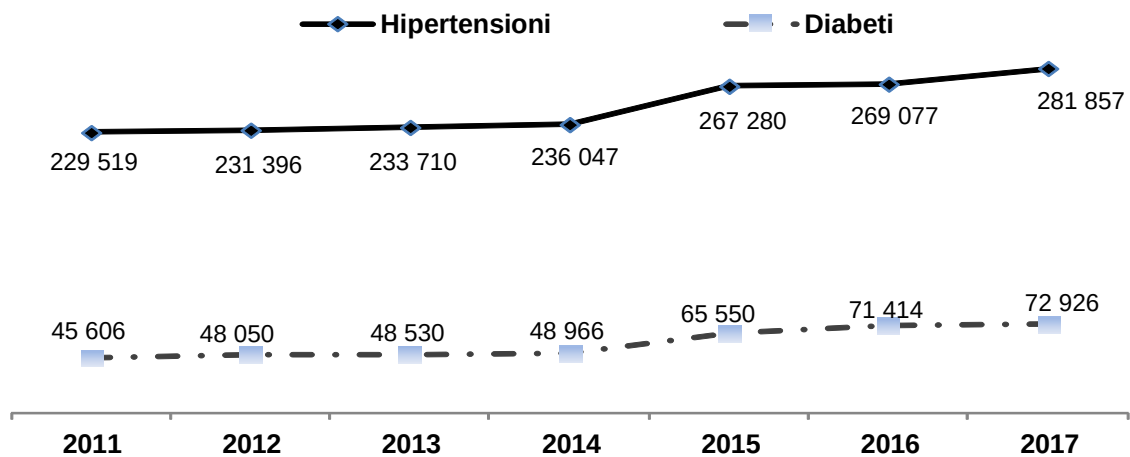
Tabela18

Numri i rasteve prevalente vjetore të regjistruara pranë Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri
për të gjitha grup-sëmundjet jo të transmetueshme përgjatë periudhës 2010-2017

Grup-sëmundjet	ICD-9	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kanceret	140-239	12 403	12 351	14 608	14 755	14 902	16 106	17 652	17 480
Sëmundjet endokrine të ushqyerit, metabolizmit, imunitare	240-279	77 401	84 456	88 981	89 870	90 678	120 250	126 957	135 049
Sëmundje të gjakut dhe organeve hemopoetike	280-289	4 899	5 476	7 901	7 980	8 059	8 636	10 123	9 643
Sëmundje mendore	290-319	25 055	27 450	26 999	27 269	27 541	35 707	36 605	33 702
Sëmundje të S.N.Q dhe shqisave	320-389	33 753	36 972	40 812	41 221	41 633	51 151	54 880	48 573
Sëmundje të aparatit të qarkullimit	390-459	290 027	318 776	321 383	324 597	327 843	370 383	375 433	388 768
Sëmundje të aparatit të frymëmarrjes	460-519	40 009	40 167	42 242	42 664	43 091	52 909	53 055	59 532
Sëmundje të aparatit të tretjes	520-579	21 173	19 902	22 405	22 629	22 856	21 861	24 002	21 522
Sëmundje të organeve urogenitale	580-629	23 136	22 795	25 120	25 372	25 630	38 068	39 108	38 188
Sëmundje të lëkurës dhe indit qelizor të nënllëkurës	680-709	2 742	2 661	1 960	1 979	1 999	2 853	2 549	17 973
Sëmundje të kockave, të kyçeve, të muskujve dhe indit lidhës	710-739	29 002	45 002	32 321	32 643	32 969	31 644	34 158	41 600

Figura 33

Numri i rasteve prevalente të regjistruara pranë shërbimeve të kujdesit parësor për Hipertensionin dhe Diabetin përgjatë periudhës 2011-2017



Në seksionin në vijim jepet një shpërndarje më e detajuar e prevalencës së regjistruar të disa kancereve me rëndësi për shëndetin publik dhe sëmundjeve ishemike të zemrës dhe të trurit, në linjë me sëmundjet e përfshira në kornizën e treguesve të monitorimit të sëmundjeve jo të trasmetueshme.

B.1. KANCERET

Prevalenca e përgjithshme e regjistruar

Janë 17 480 persona me një diagnozë kanceri të regjistruar pranë mjekëve përkatës të familjes në Shqipëri në vitin 2017. Këtu përfshihen edhe një përqindje rastesh me diagnozë të kancerit të papërcaktuar mirë apo kanceresh me natyrë beninje.

Proporcionin më të lartë të rasteve të regjistruara e përbëjnë ato me kancer të gjirit. Kjo shpreh, përveç incidencës së lartë të këtij kanceri (Seksioni A) nga njera anë, mbijetesën relativisht të mirë nga ky kancer, si dhe ofertën për trajtim të këtij kanceri nga sistemi shëndetësor. Më shumë se 1 në 4 persona të regjistruar me kancer, apo që marrin kujdes shëndetësor për këtë pranë sistemit shëndetësor, kanë një histori kanceri të gjirit.

Kanceri i prostatës, kanceri i mushkërive dhe neoplazitë e qelizave të gjakut janë tre grupe me prevalencë të lartë, mbi 1000 raste të regjistruara apo me mbi 6% të totalit të kancereve të regjistruara. Arsytet për këtë janë të ndryshme për secilën prej tyre. Kështu, ndërsa shpjegimi për kancerin e mushkërive është i lidhur me incidencën e tij të lartë (më e larta në vend – Seksioni A), prevalenca e lartë e kancerit të prostatës nuk mund të shpjegohet prej incidencës së tij, e cila në vendin tonë mbetet ende mjaft e ulët, por prej nivelit të lartë të mbijetesës dhe trajtimit afatgjatë në kujdesin shëndetësor. Ky shpjegim është i vërtetë edhe për disa lloje kanceresh të gjakut apo sistemit hemopoetik.

Siç është shpjeguar edhe më sipër, kanceret e lëkurës janë gjithashtu mjaft të shpeshtë si nga pikëpamja e incidencës së regjistruar, ashtu edhe nga ana e prevalencës së regjistruar. Megjithatë, ata, me përjashtim të melanomës, janë kancere që trajtohen relativisht lehtë dhe rrallë janë shkak i vdekjeve të parakohshme.

Tre kancere të tjerë me prevalencë të regjistruar relativisht të lartë (mbi 3% e totalit apo mbi 500 raste) janë kanceret e zorrës së trashë, të stomakut dhe ato të gojës, buzëve dhe faringut.

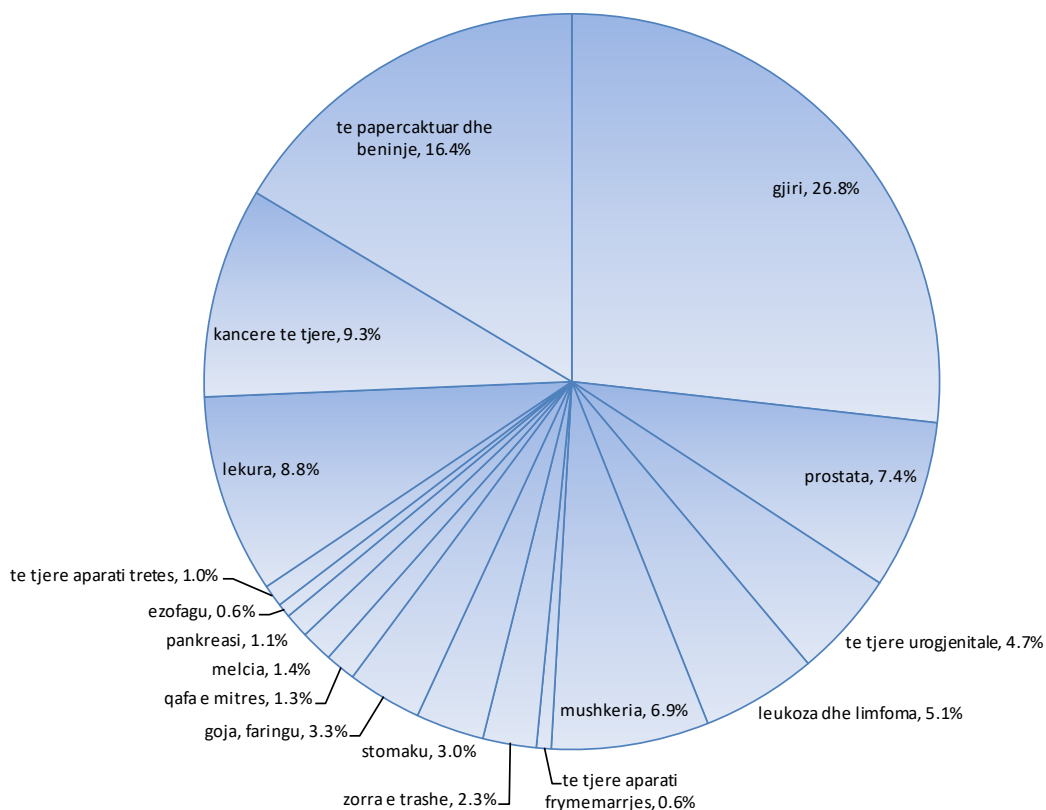
Tabela 19

Prevalenca e regjistruar e kancereve:
Pesha specifike e kancereve më prevalente në regjistrat e mjekëve të familjes
më 2017

Llojet e kancereve	Raste	Proporcioni ndaj totalit	Prevalenca (/100 000)
Gjiri	4 683	26.8%	329.1
Prostata	1 301	7.4%	89.5
Të tjerë urogjenitalë	818	4.7%	28.4
Leukoza dhe limfoma	886	5.1%	30.8
Mushkëria	1 208	6.9%	42.0
Të tjerë aparati frymëmarrjes	113	0.6%	3.9
Zorra e trashë	410	2.3%	14.3
Stomaku	524	3.0%	18.2
Goja, faringu	572	3.3%	19.9
Qafa e mitrës	235	1.3%	16.5
Mëlçia	246	1.4%	8.6
Pankreasi	189	1.1%	6.6
Ezofagu	108	0.6%	3.8
Të tjerë aparati tretës	170	1.0%	5.9
Lëkura	1 531	8.8%	53.2
Kancere të tjerë	1 620	9.3%	56.3
Të papërcaktuar	2 866	16.4%	99.6
Total	17 480	100.0%	-----

Figura 34

Pesha specifike (si përqindje ndaj totalit) e kancereve më prevalente në regjistrat e mjekëve të familjes më 2017



B.1.1. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË GJIRIT

Nga regjistrat e mjekëve të familjes në të gjithë vendin janë identifikuar 4 683 raste me kancer gjiri ose 329/100 000 gra në vitin 2017. Ky është kanceri më i përhapur në popullatë, në distancë nga kanceret e tjerë, pavarësisht nga interpretimi i kujdesshëm i lidhur me prevalencën e bazuar në regjistrat e mjekëve të familjes. Prevalenca e regjistruar e këtij kanceri, së bashku me barrën në sistemin shëndetësor, është pothuajse dyfishuar nga viti 2010 në vitin 2017. Kjo prirje është në linjë edhe me prirjet në kohë të incidencës (Seksioni A), apo edhe të vdekshmërisë (Seksioni D).

Në vitin 2017 Qarqet e Shkodrës dhe Beratit kanë prevalencën më të lartë, ndërsa ato të Kukësit e Dibrës prevalencën më të ulët.

Figura 35

Prevalenca vjetore e regjistruar (/100 000) e kancerit të gjirit përgjatë periudhës 2010-2017

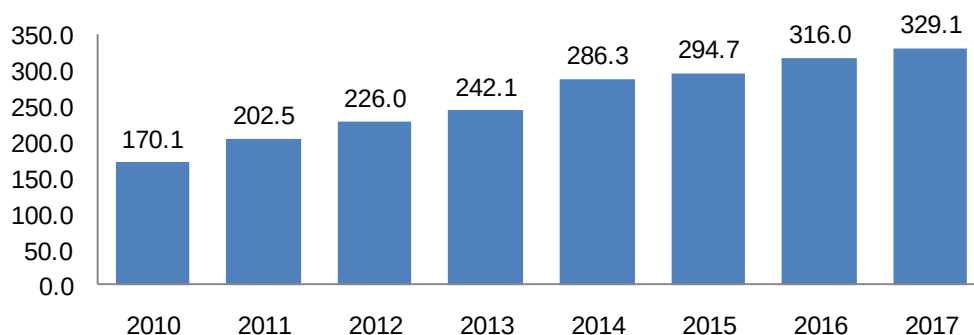
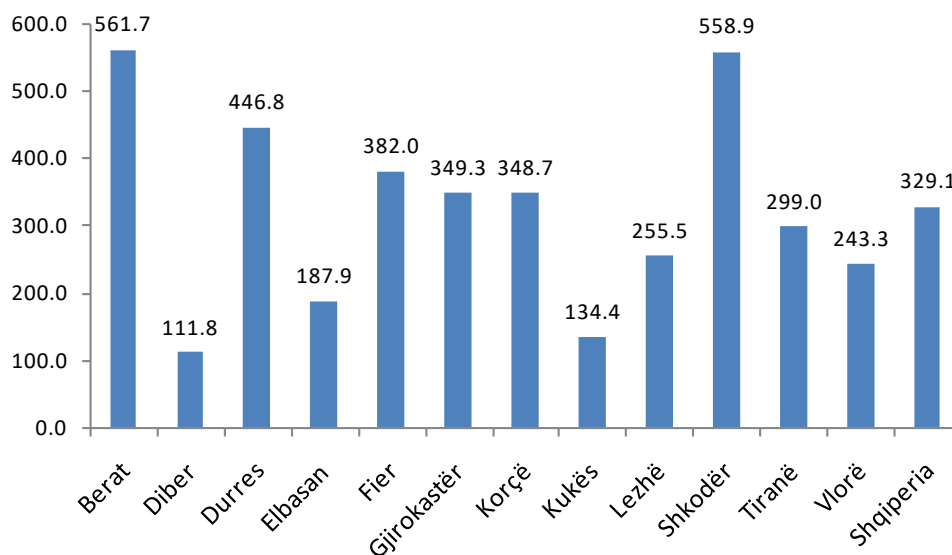


Figura 36

Shpërndarja sipas qarqeve e prevalencës së regjistruar (/100 000) të kancerit të gjirit më 2017

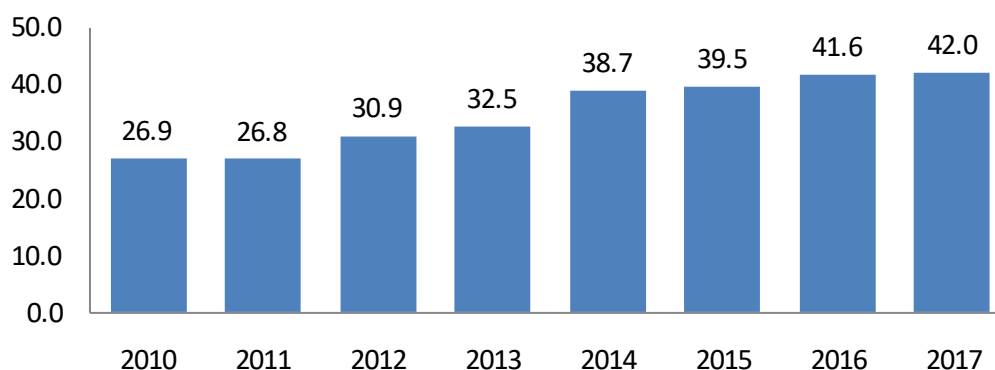


B.1.2. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË MUSHKËRIVE

Nga regjistrat e mjekëve të familjes në të gjithë vendin janë identifikuar 1 208 raste me kancer të mushkërisë ose 42/100 000 në vitin 2016. Ky është kanceri i dytë më i shpeshtë pas kancerit të gjirit nga pikëpamja e prevalencës së regjistruar. Prevalenca e këtij kanceri ka ardhur duke u rritur nga viti 2010.

Figura 37

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të mushkërisë përgjatë periudhës 2010-2017

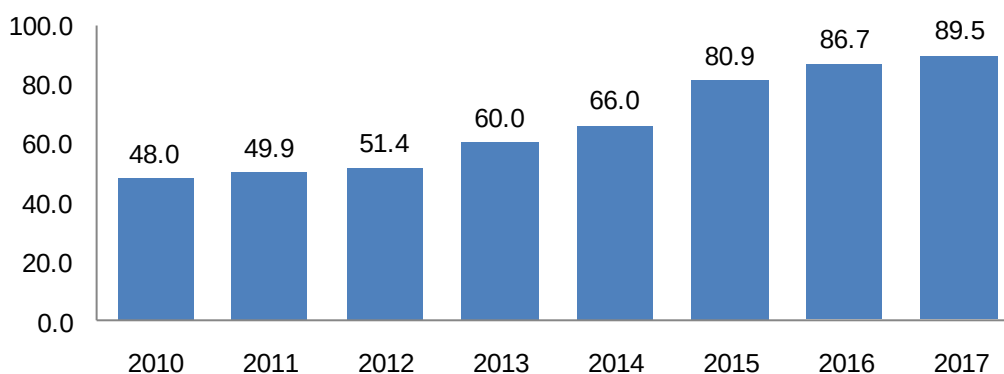


B.1.3. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË PROSTATËS

Siç u përmend më sipër, vërehet një dallim i madh ndërmjet incidencës së regjistruar së këtij kanceri dhe prevalencës së regjistruar. Koncretisht, 1 301 (89.5/100 000) raste prevalente janë regjistruar me këtë kancer në vitin 2017. Megjithatë, duket se ka një përputhje në prirjet kohore të të dy këtyre treguesve, çka dëshmon për një prirje në rritje të këtij kanceri. Prevalenca është pothuaj dyfishuar nga viti 2010 në vitin 2017.

Figura 38

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të prostatës përgjatë periudhës 2010-2017



B.1.4. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË ZORRËS SË TRASHË

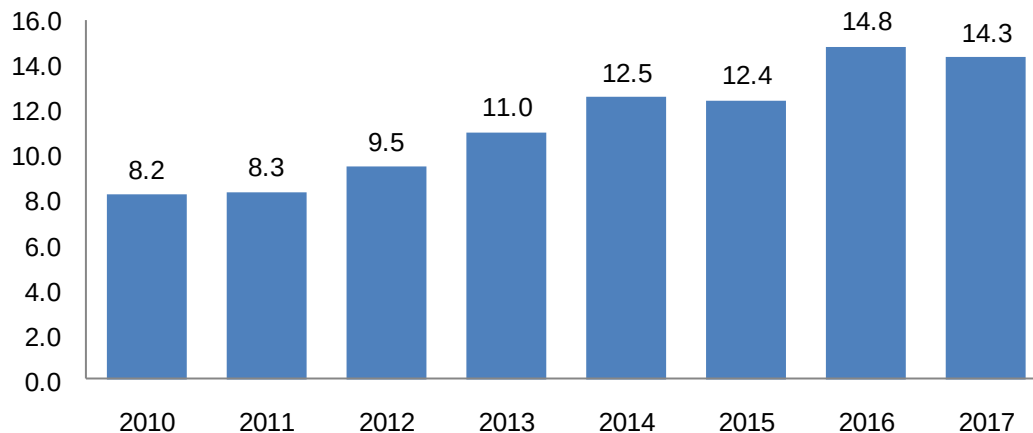
Ndryshe nga raporti që vërehej mes kancerit të rektumit me atë të kolonit për rastet incidente (ku rastet e kancerit të rektumit ishin mbi dy herë më shumë se ato të kolonit), për rastet prevalente vetëm rreth gjysma e kancereve të zorrës së trashë (kanceri kolorektal) përbëhet nga kanceri i rektumit. Gjysma tjetër zhvillohen në zona të ndryshme të kolonit. Ky raport mes prevalencës së regjistruar të të dy kancereve kryesore të zorrës së trashë, i krahasuar me raportin e incidencës së regjistruar mes tyre (Seksioni A), përforcon edhe më shumë idenë se

numri i rasteve të reja të diagnostikuara me kancer të kolonit është më i ulët krahasuar me numrin real të rasteve në popullatë.

Numri i rasteve të regjistruara për vitin 2017 ishte 410 (14.3/100 000) dhe në krahasim me disa vite më parë rritja është e rëndësishme dhe relativisht e qëndrueshme.

Figura 39

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të zorrës së trashë (kolon dhe rektum) përgjatë periudhës 2010-2017

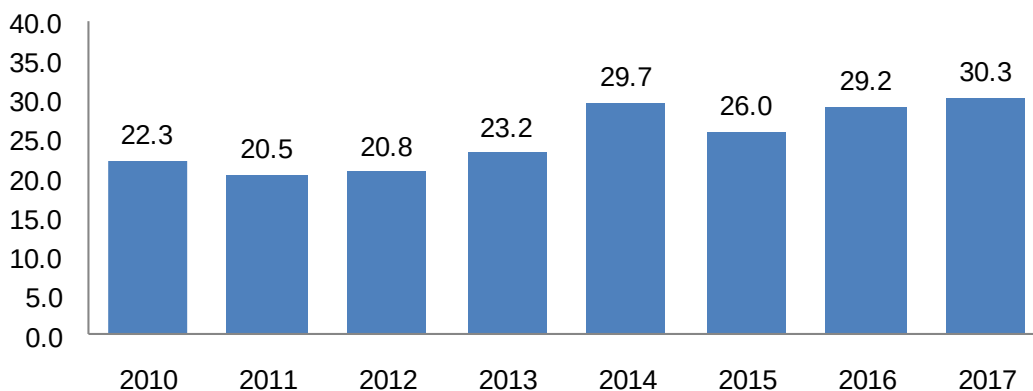


B.1.5. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË GJAKUT DHE SISTEMIT HEMOPOETIK

Kanceret e përfshira në këtë kategori kanë një prevalencë të regjistruar relativisht të lartë (e pesta në renditje pas 4 kancereve më prevalente të përshkruara më sipër) dhe, për këtë arsye, janë përfshirë në këtë seksion. Në vitin 2017 kishte 836 raste prevalente të regjistruara (30.3/100 000) me leukoza dhe limfoma (përfshirë limfomat e Hodgkin) në Shqipëri. Rritja prej vitit 2010 është më pak e shprehur se në ratin e kancereve të diskutuar më sipër dhe duket të jetë më e shprehur në periudhën 2013-2014, për të mos vijuar më tej.

Figura 40

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e leukozave dhe limfomave malinje përgjatë periudhës 2010-2017

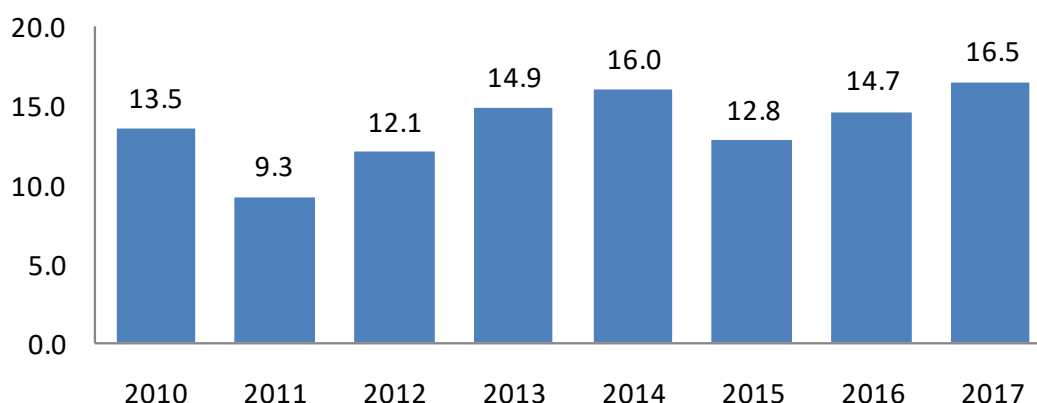


B.1.6. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË QAFËS SË MITRËS

Megjithëse si numër absolut rastesh prevalente kanceri i qafës së mitrës është relativisht i ulët, në nivel prevalence ky kancer është më i lartë se kancere që hasen në të dy sekset, si për shembull kanceret e zorrës së trashë. Në vitin 2017 janë regjistruar 235 raste prevalente në një nivel prevalence të regjistruar prej 16.5 për 100 000. Megjithëse viti 2017 ka numrin më të lartë të rasteve të regjistruara, prirjet për rritje nga viti 2010 nuk janë të qëndrueshme dhe vërehen luhatje. Edhe në rastin e prirjeve të incidencës së regjistruar nga QSUT “Nënë Tereza” në periudhën 2003-2014 për këtë kancer, nuk vërehet një rritje e qëndrueshme.

Figura 41

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të qafës së mitrës
përgjatë periudhës 2010-2017

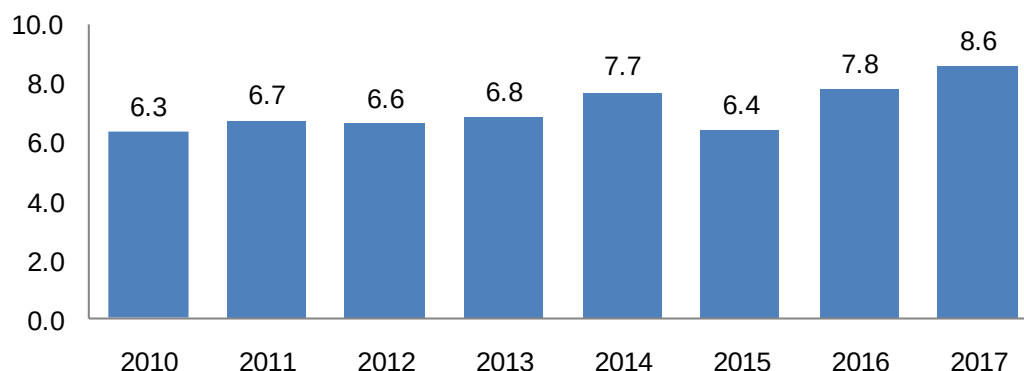


B.1.7. PREVALENCA E REGJISTRUAR E KANCERIT TË MËLÇISË

Në vitin 2017 kishte 246 (8.6/100 000) raste prevalente me kancer të mëlçisë (kancer të heparit). Rritja në vite është jo shumë e shprehur dhe gjithashtu jo e qëndrueshme.

Figura 42

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të mëlçisë përgjatë periudhës 2010-2017



B.2. SËMUNDJET E QARKULLIMIT TË GJAKUT

B.2.1. PREVALENCA E REGJISTRUAR E SËMUNDJEVE ISHEMIKE TË ZEMRËS DHE INFARKTIT TË MIOKARDIT

Në vitin 2017 ishin të regjistruar pranë mjekëve të familjes në të gjithë vendin 388 768 raste prevalente me sëmundje kardiovaskulare, në të cilat përfshihen edhe 281 857 raste me hipertension.

Në Shqipëri, më 2017, rezultojnë të regjistruar në sistemin shëndetësor 85 869 persona që jetojnë me sëmundje zemre. Nga këta, 37 225 janë me sëmundje ishemike të zemrës (1 294.1/100 000), pra sëmundje të shkaktuara nga probleme të furnizimit të muskulit të zemrës me oksigjen, si pasojë e ngushtimit apo bllokimit të arterieve koronare. Mes tyre, 16 081 ose 559/100 000 janë raste prevalente të infarktit të miokardit.

Nga viti 2010 deri në vitin 2017, rastet prevalente si të sëmundjeve ishemike të zemrës ashtu edhe rastet prevalente me infarkt miokardi janë rritur me mbi 30%, përkatësisht nga 28 218 në 37 225 për sëmundjet ishemike dhe nga 12 190 në 16 081 për infarktin e miokardit.

Qarqet me prevalencë të regjistruar më të lartë për vitin 2017 janë Korça, Durrësi, Berati, Tirana e Gjirokastra. Prevalencën më të ulët e kanë Elbasani, Dibra e Kukësi.

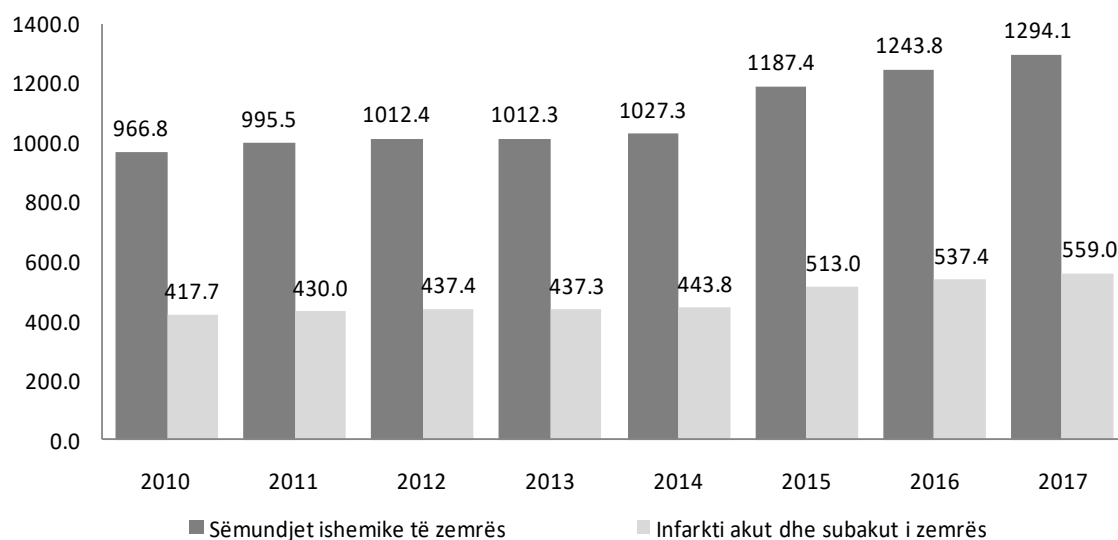
Tabela 20

**Rastet prevalente dhe prevalenca e regjistruar (/100 000)
e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe e infarktit të miokardit
në periudhën 2010-2017**

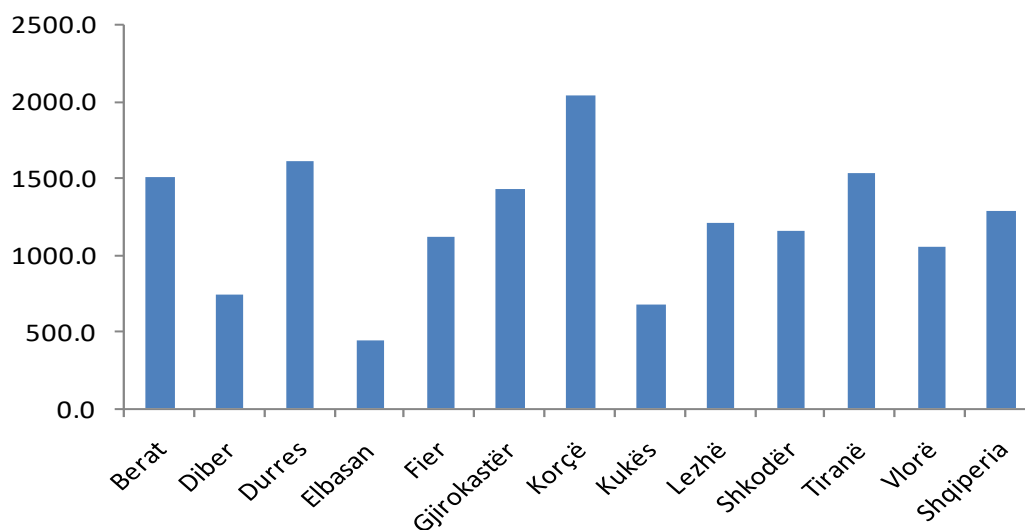
		ICD 9	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Raste	Sëmundje ishemike të zemrës	410-414	28 218	28 942	29 391	29 335	29 715	34 267	35 768	37 225
	Infarkti i miokardit	410-412	12 190	12 503	12 697	12 673	12 837	14 803	15 452	16 081
Prevalencë	Sëmundjet ishemike të zemrës	410-414	966.8	995.5	1012.4	1012.3	1027.3	1187.4	1243.8	1294.1
	Infarkti i miokardit	410-412	417.7	430.0	437.4	437.3	443.8	513.0	537.4	559.0

Figura 43

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe infarktit të miokardit përgjatë periudhës 2010-2017

**Figura 44**

Shpërndarja e prevalencës së regjistruar (/100 000) të sëmundjeve ishemike të zemrës sipas qarqeve më 2017



B.2.2. PREVALENCA E REGJISTRUAR E SËMUNDJEVE CEREBROVASKULARE

Në Shqipëri, më 2017, rezultojnë të regjistruar në sistemin shëndetësor 9 726 persona ose 338/100 000, që kanë qenë diagnostikuar dhe jetojnë me një sëmundje cerebrovaskulare. Nga këta, shumica dërrmuese (6 874 ose 71%) ishin ishemi kalimtare të trurit dhe 1 701 ose 17.5% ishin hemorragji cerebrale. Ngushtimi i arteries karotis është regjistruar si shkaktar i sëmundjes në vetëm 177 raste apo 1.7% të totalit.

Nga viti 2010 deri në vitin 2017, rastet prevalente të aksidenteve cerebrovaskulare nuk kanë pësuar rritje. Prirja e vërejtur është e paqëndrueshme. Megjithatë, vihen re dallime shumë të mëdha në nivelin e prevalencës së regjistruar ndërmjet qarqeve, në vite të ndryshme, çka nënvizon nevojën për përdorimin me kujdes të këtij indikator

Tabela 21

Rastet prevalente dhe prevalenca e regjistruar e sëmundjeve cerebrovaskulare më 2017

Patologjia specifike cerebrovaskulare	Kodi ICD 9	Raste prevalente	Pesha specifike si përqindje ndaj totalit	Niveli /100 000 i prevalencës së regjistruar
Iskemi kalimtare e trurit	435	6 874	70.7%	239.3
Hemorragji në tru	431	1 701	17.5%	59.7
Sëmundje të enëve të trurit	437	436	4.5%	15.2
Ngushtim i arteries karotis	433	166	1.7%	6.5
Hemorragji nënaraknoidale	430	114	1.2%	4.3
Bllokim i arteries së trurit	434	163	1.7%	6.6
Pasoja të vonëshme	438	141	1.4%	5.9
Hemorragji në kokë	432	91	0.9%	3.1
Sëm. akute të përcaktuara keq	436	40	0.4%	1.2
Total	430-438	9 726	100%	337.7

Figura 45

Shpërndarja (në përqindje) e rasteve prevalente të regjistruara pranë mjekëve të familjes sipas shkakut të aksidentit cerebrovaskular më 2017

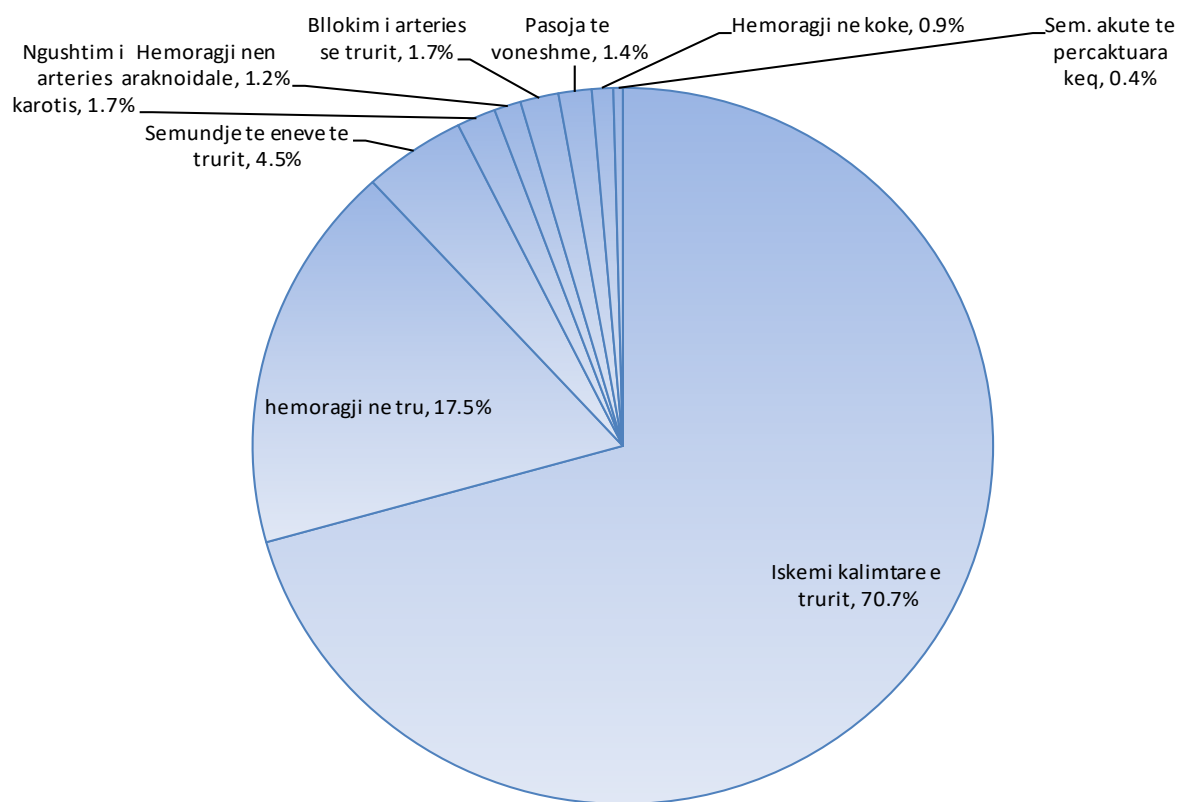
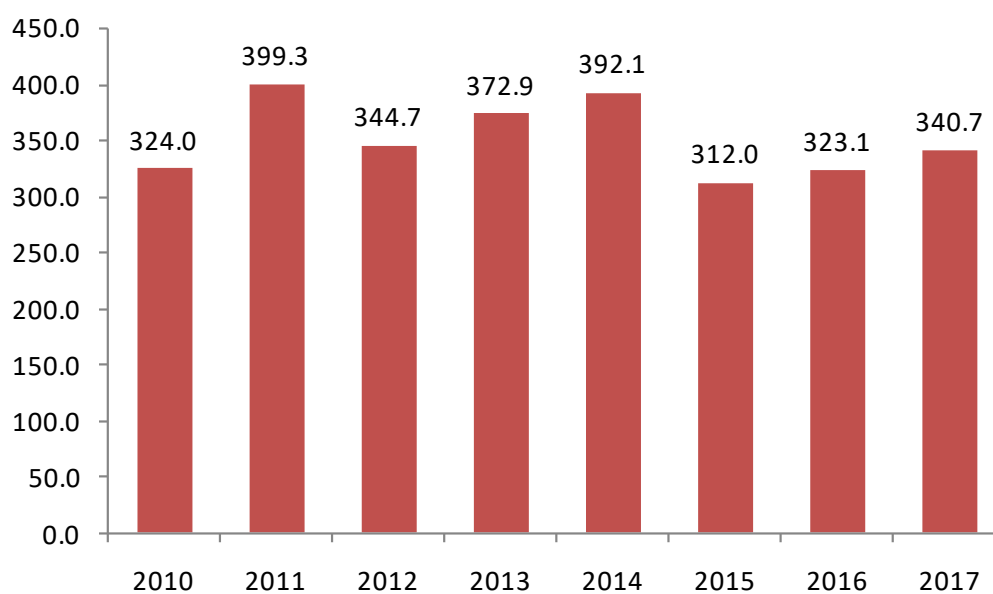


Figura 46

Prevalenca e regjistruar (/100 000) e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe infarktit të miokardit në periudhën 2010-2017



SEKSIONI C:

PREVALENCA E FAKTORËVE TË RISKUT PËR SËMUNDJET JO TË TRANSMETUESHME

Shkaqet kryesore të sëmundjeve kronike janë të njohura tashmë. Faktorët risk të modifikueshëm më të rëndësishëm për to janë:

- Dieta e pashëndetshme dhe marrja e shtuar e kalorive,
- Duhanpirja,
- Sedentarizmi,
- Abuzimi me alkoolin.

Këto shkaqe shprehen nëpërmjet faktorëve risk të ndërmjetëm, të tillë si hipertensioni, hiperglicemia, nivelet jonormale të yndyrave në gjak (sidomos lipoproteinat me densitet të ulët – kolesterol LDL), dhe mbipesha/obeziteti.

Faktoret risk të modifikueshëm, së bashku me faktorët risk të pamodifikueshëm, të tillë si mosha dhe trashëgimia, shpjegojnë situatën epidemiologjike lidhur me sëmundjet ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare, sëmundjet kronike respiratore dhe disa kancere. Mënyra se si faktorët risk sjellin sëmundjet kronike kryesore ka ngjashmëri në të gjitha vendet e botës.

Tabela 22
Pasqyrë e përmblodhur e faktorëve (determinantëve) risk për sëmundjet jo të transmetueshme

Faktorë socioekonomikë kulturorë, politikë dhe determinantë mjedisorë	Faktorë risk të modifikueshëm	Faktore risk të ndërmjetëm	Sëmundjet kryesore kronike
- Globalizimi - Urbanizimi - Plakja e popullatës	- Dietë e pashëndetshme - Duhani - Inaktivitet fizik - Alkooli Faktorë të pamodifikueshëm - Mosha - Trashëgimia	- Hipertensioni - Hiperglicemia - Yndyrna anormale në gjak - Mbipesha/obeziteti	- Sëmundjet ishemike të zemrës - Cerebrovaskulare - Kanceri - Sëmundjet respiratore kronike - Diabeti

Të dhënat për llogaritjen e treguesve të monitorimit për këta faktorë janë siguruar nga studimet në popullatën e përgjithshme apo në grupe të veçanta, sidomos popullatën e shkollave. Për këtë arsye, ato përgjithësisht nuk janë të ndikuara nga sjellja e popullatës lidhur me shërbimet. Megjithatë, edhe këto të dhëna mund të jenë të ndikuara nga teknikat e

përdorura në sigurimin e performancës, përfshirë çështje të komunikimit apo të përkufizimit të rastit.

Studimet kryesore të përdorura në përgatitjen e këtij seksioni janë Studimi Demografik e Shëndetësor (Albanian Demographic and Health Survey – ADHS), Studimi i Shëndetit Riprodhues (Albanian Reproductive Health Survey – ARHS), Studimi në Popullatën e Përgjithshme mbi Drogat, Alkoolin dhe Duhanin (General Population Survey – GPS), Studimi në të Rinjtë e Shkollave mbi Përdorimin e Alkoolit dhe Duhanit (European School Survey Project on Alcohol and Drugs – ESPAD), Studimi mbi Sjelljet lidhur me Shëndetin tek Fëmijët e Shkollave (Health Behaviour in School Children – HBSC), dhe Studimi mbi Obezitetin në Fëmijët e Shkollave (Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI).

[Shënim me rëndësi: Të dhënat e Studimit ADHS të kryer më 2018 nuk janë përfshirë në këtë raport.]

Veç studimeve në popullatë, për disa faktorë risk të ndërmjetëm apo metabolikë janë përdorur të dhëna nga programi i kontrollit shëndetësor bazë. Gjithsesi, duke qenë se ato janë nxjerrë nga një popullatë përdoruesish të kujdesit shëndetësor, nuk përfaqësojnë popullatën e Shqipërisë.

C.1. DUHANPIRJA

Më 2014, 27% e popullatës shqiptare pinte duhan rregullisht. Mbi 40% e meshkujve shqiptarë adultë e përdornin rregullisht duhanin, ndërkohë që në femrat prevalenca ishte shumë më e vogël, dhe megjithë një prirje në rritje të demonstruar nga studiumi GPS 2014, ajo mbetet mbi 4 herë më e ulët sesa prevalenca në meshkujt. Prevalenca është më e lartë në grup-moshën 25-34 vjeç dhe më e ulët tek personat 55-64 vjeç.

Rreth 5% e adoleshentëve 14-16 vjeç ishin përdorues të rregullt të duhanit më 2015. Në djemtë, prevalenca ka një ulje të lehtë nga 10.6% në 9%, ndërkohë që, megjithëse shumë më e ulët, në vajzat ajo ka një rritje të lehtë nga 1.5% më 2011 në 1.7% më 2015.

Figura 47

Prevalenca (në përqindje %) e duhanpirjes në popullatën adulte, sipas gjinisë (=gjini-specifike), bazuar në studimin ARHS (*Albania Reproductive Health Survey*) 2002, studimin ADHS (*Albania Demographic and Health Survey*) 2008-09, dhe studimin GPS (*Albania-EMCDDA General Population Survey*) (grupmosha 15-64 vjeç) 2014

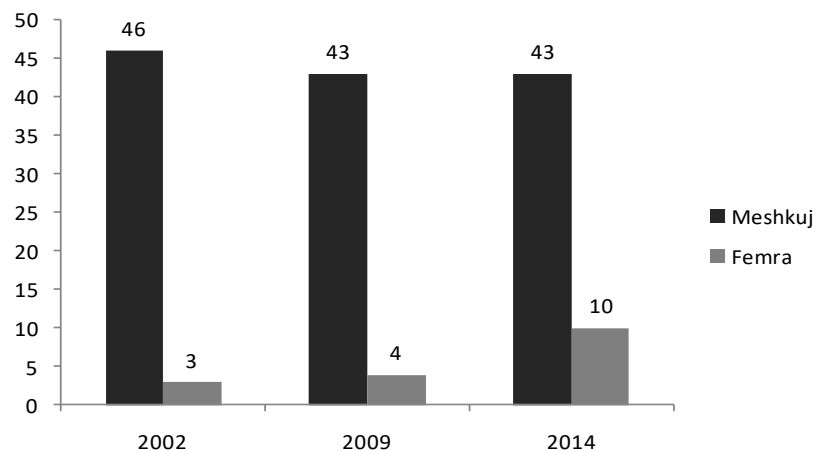


Figura 48

Prevalenca (në përqindje %) e duhanpirjes në popullatën adulte (grupmosha 15-64 vjeç), bazuar në studimin GPS (*Albania-EMCDDA General Population Survey*) 2014

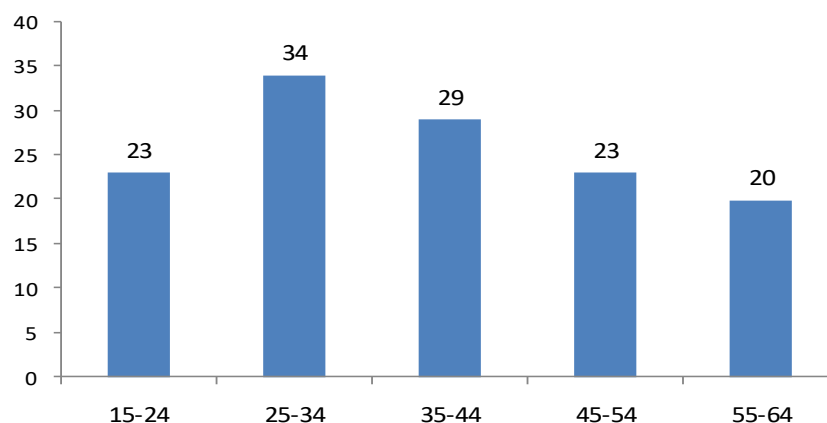
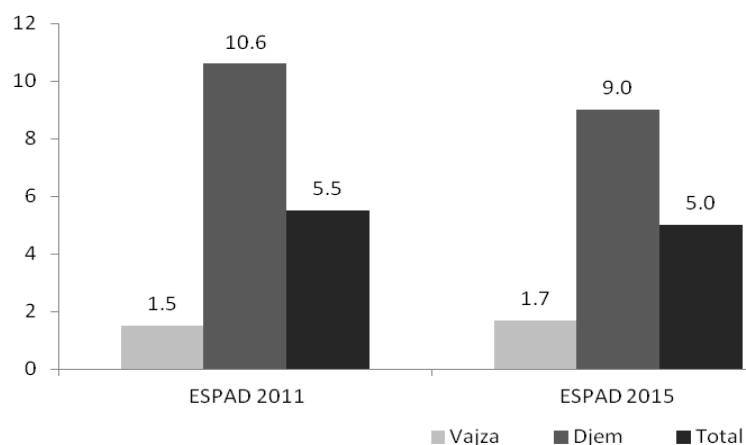


Figura 49

Prevalenca (në përqindje %) e duhanpirjes tek nxënësit e moshës 14-16 vjeç, bazuar në studimet ESPAD 2011 dhe 2015



C.2. KONSUMI I ALKOOLIT

Rreth 61% e popullatës 15-64 vjeç rezulton të ketë konsumuar pije alkoolike gjatë vitit të mëparshëm. Vërehet një rritje në prevalencën e konsumuesve si për meshkujt ashtu edhe për femrat, ndonëse kjo mund të jetë shkaktuar pjesërisht nga një ndryshim i grup-moshës në studimin për vitin 2014. Mbi 8% e popullatës adulte konsumonte alkool çdo ditë në vitin 2014, dhe tek meshkujt kjo prevalencë rezultonte në 20%.

Mbi 30% e adoleshentëve 14-16 vjeç kishin konsumuar alkool gjatë muajit të fundit si më 2011 ashtu edhe më 2015. Prevalenca tek djemtë ishte pothuaj sa dyfishi i asaj tek vajzat. Të dhënat e studimit “Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç” të kryer në vitin 2014 (HBSC 2014) treguan që 3.4% e tyre raportuan konsum të rregullt të alkoolit gjatë 30 ditëve të fundit. Ndërkaq 4.4% e nxënësve raportuan se kishin pirë alkool rregullisht.

Figura 50

Prevalenca (në përqindje %) e konsumit të alkoolit gjatë 12 muajve të fundit në popullatën adulte, sipas gjinisë (=gjini-specifike), bazuar në studimin ARHS (*Albania Reproductive Health Survey*) 2002, studimin ADHS (*Albania Demographic and Health Survey*) 2008-09, dhe studimin GPS (*Albania-EMCDDA General Population Survey*) (grupmosha 15-64 vjeç) 2014

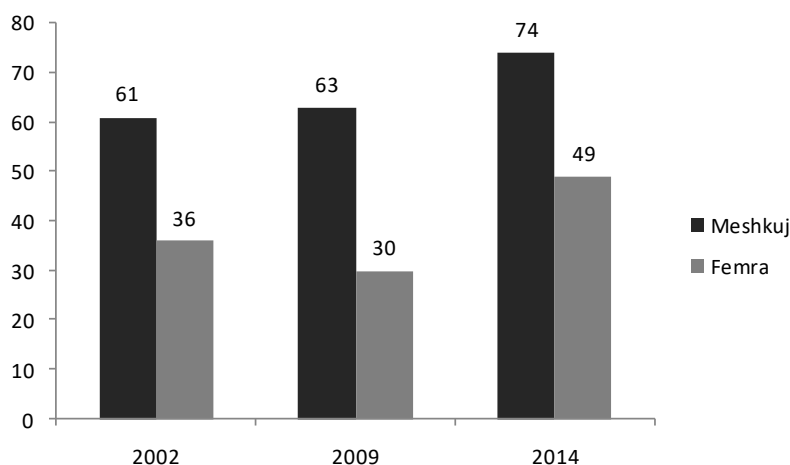


Figura 51

Prevalenca (në përqindje %) e konsumit të alkoolit
 çdo ditë ose pothuajse çdo ditë në popullatën adulte sipas gjinisë (=gjini-specifike),
 bazuar në studimin ARHS (*Albania Reproductive Health Survey*) 2002,
 studimin ADHS (*Albania Demographic and Health Survey*) 2008-09,
 dhe studimin GPS (*Albania-EMCDDA General Population Survey*) (grupmosha 15-64 vjeç) 2014

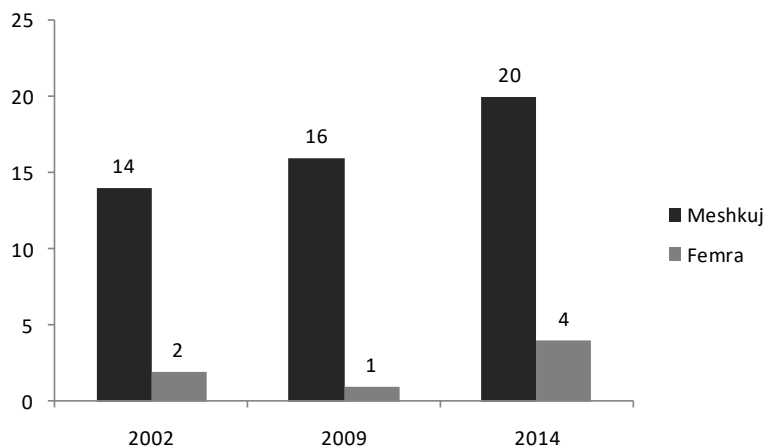


Figura 52

Prevalenca (në përqindje %) e konsumit të alkoolit
 çdo ditë ose pothuajse çdo ditë në popullatë në moshat 15-64 vjeç,
 (studimi GPS – *Albania-EMCDDA General Population Survey* 2014)

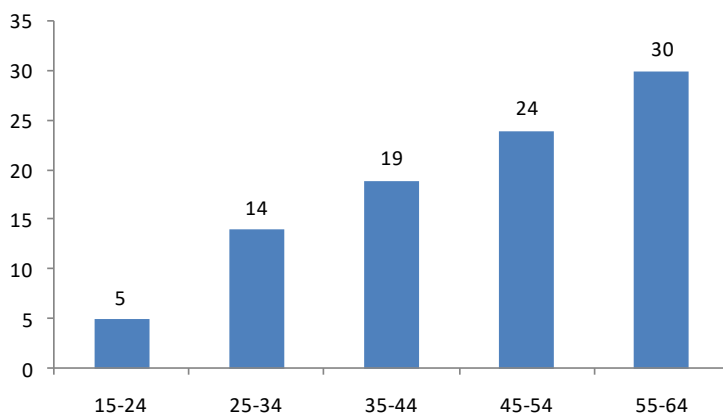
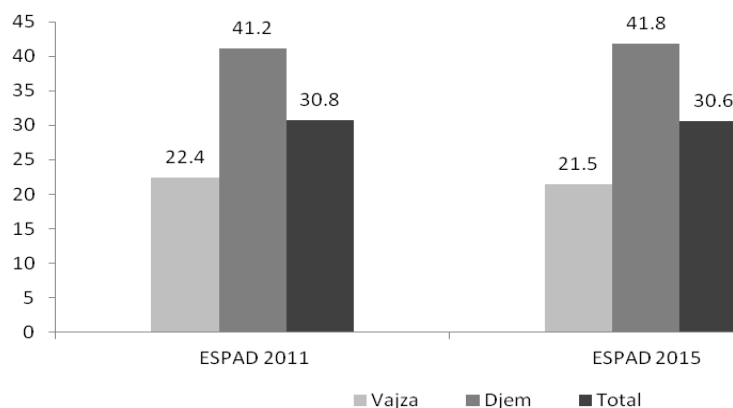


Figura 53

Prevalenca (në përqindje %) e konsumit të alkoolit tek nxënësit e moshës 14-16 vjeç,
 bazuar në studimet ESPAD 2011 dhe 2015



C.3. MBIPESHA DHE OBEZITETI

Shumica e meshkujve dhe rreth gjysma e femrave 15-49 vjeç ishin mbipeshë në vitin 2009 në Shqipëri. Rreth 10% e popullatës ishin obezë. Ndërkohë, më shumë se një në pesë fëmijë 8-9 vjeç ishin mbipeshë më 2016 dhe kjo prevalencë nuk ndryshonte shumë nga ajo e vërejtur më 2013. Si tek të rriturit ashtu edhe tek fëmijët, mbipesha dhe obeziteti janë më të shprehur midis meshkujve.

Figura 54

Prevalenca (në përqindje %) e mbipeshës dhe obezitetit tek personat 15-49 vjeç, sipas gjinisë, (studimi ADHS 2008-09)

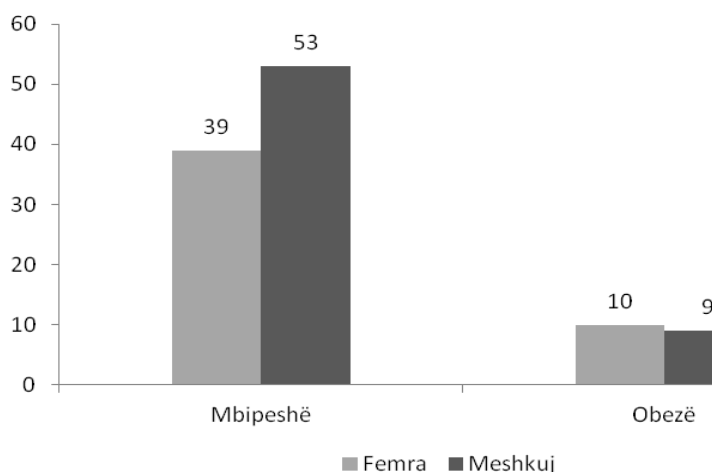


Figura 55

Prevalenca (në përqindje %) e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët 8-9 vjeç: krahasim i dy viteve 2013 dhe 2016 (studimet COSI 2013 dhe 2016)

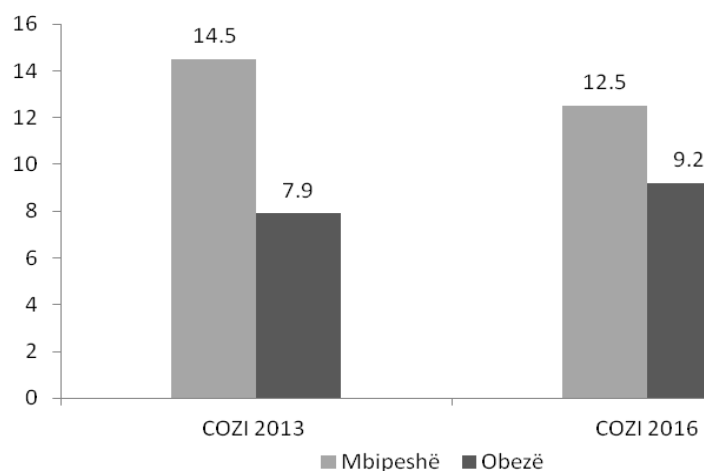
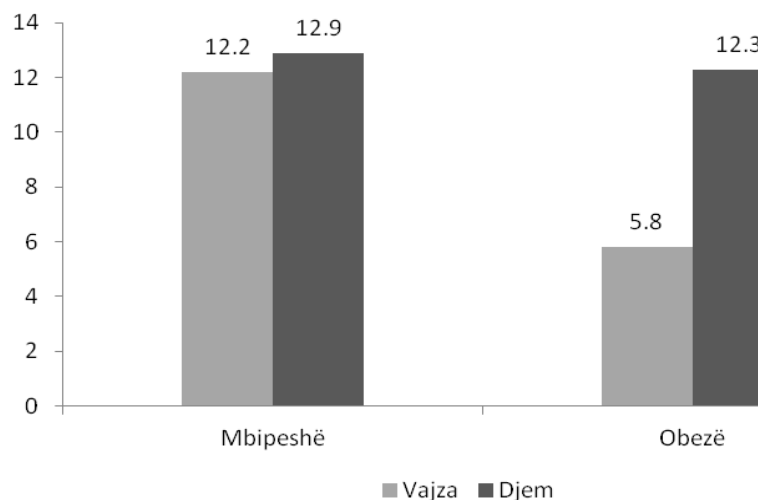


Figura 56

Prevalenca (në përqindje %) e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët 8-9 vjeç, sipas gjinisë, (Iniciativa e survejancës së obezitetit në moshën fëmijënore, COSI 2016)

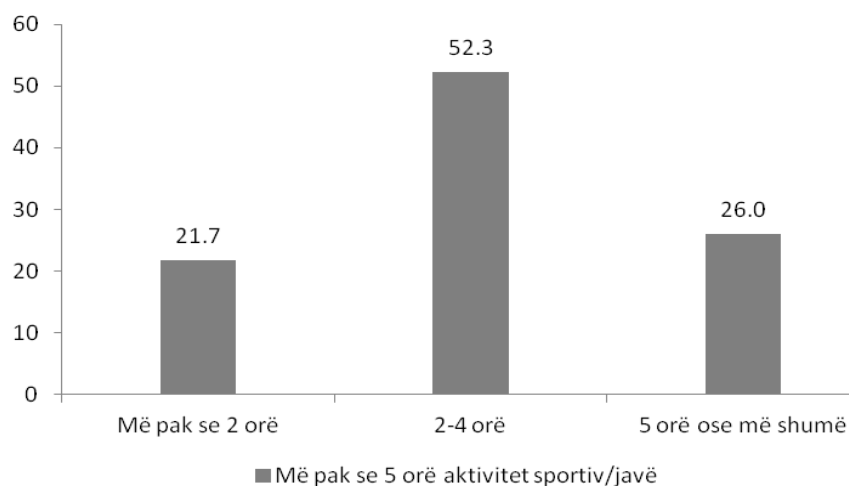


C.4. INAKTIVITETI FIZIK

Fëmijët duhet të kryjnë aktivitet fizik intensiv të paktën 1 orë në ditë sipas rekomandimeve të OBSH. Më 2016 vetëm rreth 1 në 4 fëmijë 8-9 vjeç kryenin më shumë se 5 orë aktivitet sportiv gjatë javës. Konkretisht, 1 në 5 fëmijë mund të konsideroheshin sedentarë me më pak se 2 orë aktivitet fizik intensiv në javë.

Figura 57

Prevalenca (në përqindje %) e fëmijëve 8-9 vjeç që kryejnë më pak se 5 orë aktivitet sportiv në javë. (studimi COSI 2016)

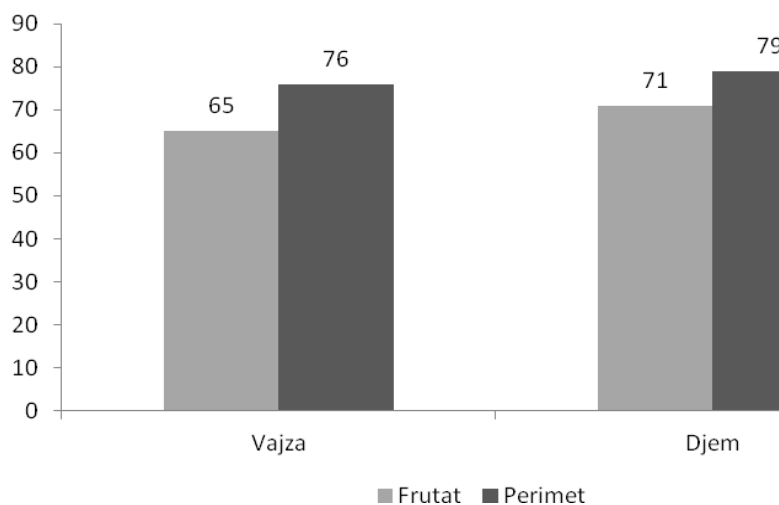


C.5. KONSUMI I PAKËT I FRUTAVE DHE PERIMEVE

Rekomandimi i OBSH për një jetë të shëndetshme është për 5 vakte me fruta ose perime çdo ditë. Rreth 50% e fëmijëve të moshës 11, 13 dhe 15 vjeç nuk konsumonin fruta çdo ditë më 2014 (HBSC 2014); ndërkohë, 5.5% e fëmijëve konsumonin fruta vetëm 1 herë në javë. Gjithashtu, sipas studimit COSI, rreth 40% e fëmijëve 8-9 vjeç nuk konsumojnë fruta të freskëta çdo ditë të javës, dhe rreth 73% e fëmijëve 8-9 vjeç nuk konsumojnë perime çdo ditë të javës.

Figura 58

**Prevalenca (në përqindje %) e konsumit të frutave dhe perimeve
1 herë në ditë ose më pak gjatë gjithë javës,
në moshat 11, 13 dhe 15 vjeç sipas gjinisë
(studimi HBSC 2014)**



C.6. HIPERTENSIONI

Më 2009, në popullatën 15-49 vjeç, ishin rreth 1 në 4 persona me hipertension. Prevalenca e hipertensionit vinte duke u rritur me rritjen e moshës, për të arritur në mbi 40% në grup-moshën 45-49 vjeç dhe meshkujt kishin një prevalencë më të lartë se femrat në mënyrë të qëndrueshme për çdo grup-moshë. Prevalenca e bazuar në popullatën përdoruese të programit të kontrollit bazë shëndetësor ‘check-up’ është më e lartë, me rreth 37%.

Figura 59

Prevalenca (në përqindje %) e hipertensionit arterial në popullatën 15-49 vjeç, sipas grupmoshave dhe gjinisë, bazuar në studimin ADHS 2008-09

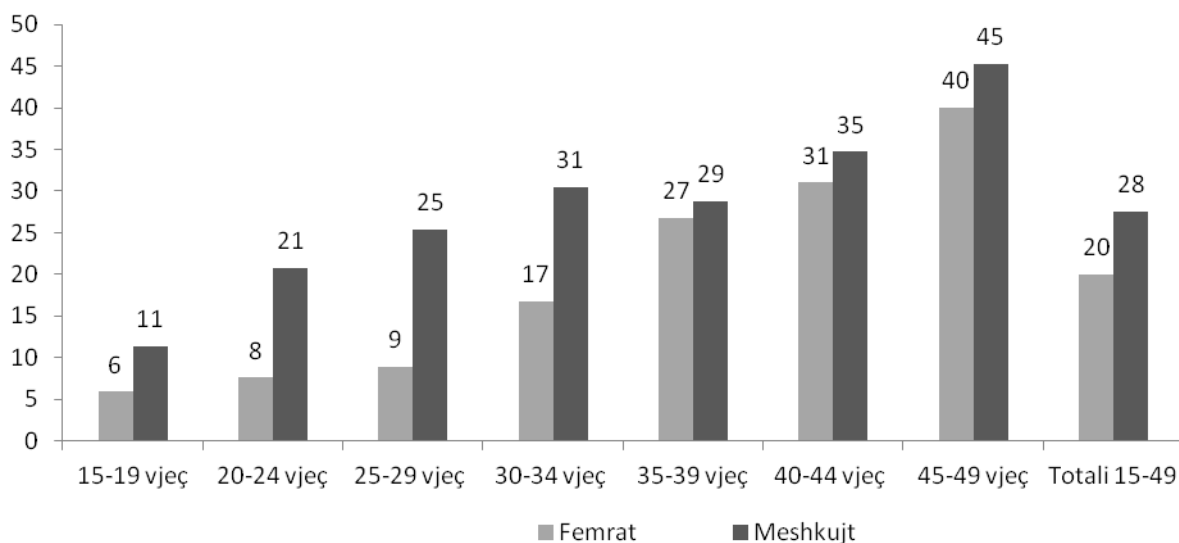
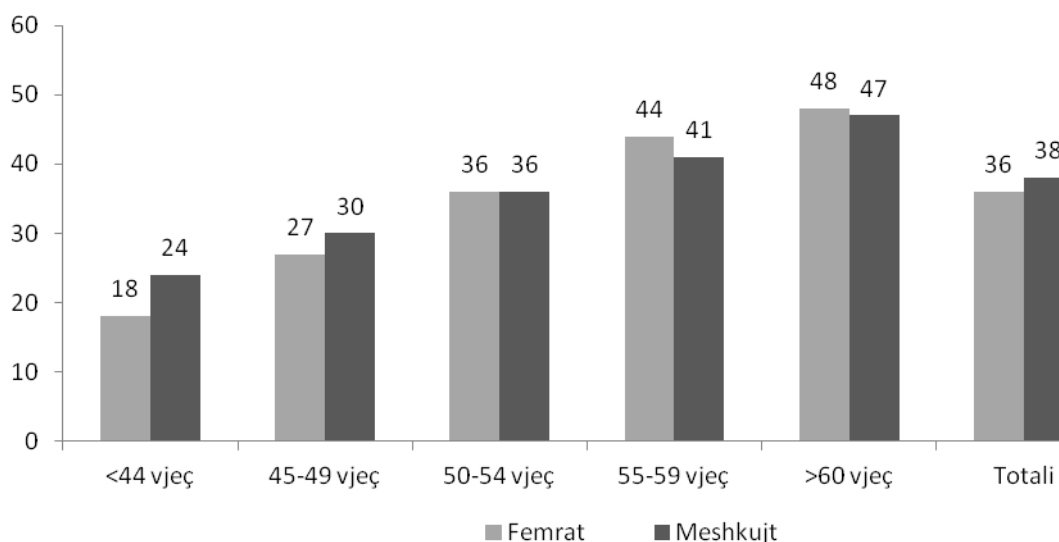


Figura 60

Prevalenca (në përqindje %) e hipertensionit arterial në popullatën 35-70 vjeç sipas grupmoshave dhe gjinisë, që kanë marrë pjesë në programin e kontrollit shëndetësor bazë, për periudhën 2015-2018



C.7. HIPERGLICEMIA

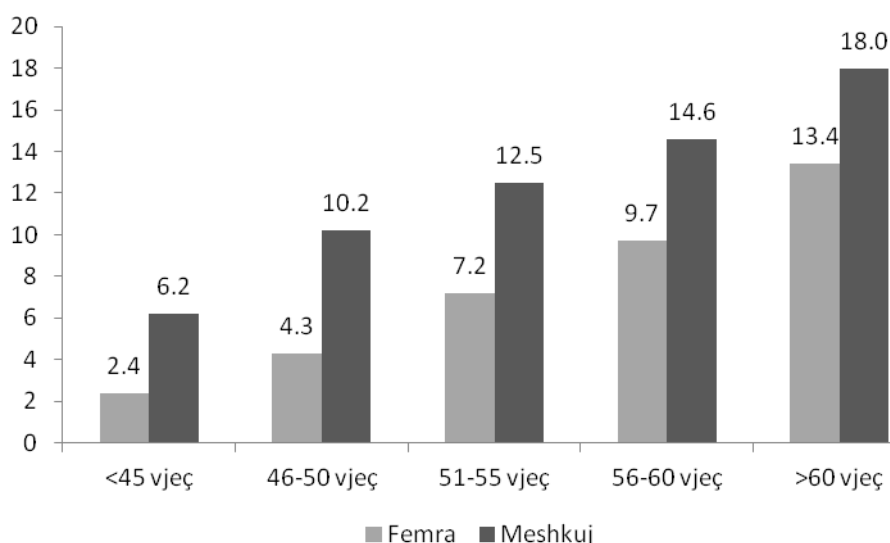
Nuk ka një studim përfaqësues të gjithë popullatës së Shqipërisë, i cili të ketë mbuluar edhe sheqerin e lartë në gjak apo gliceminë. Në popullatën e përdoruesve të programit të kontrollit shëndetësor bazë për periudhën 2015-2018, proporcioni i personave me glicemi më të lartë se 125 mg/dl (hiperglicemi ose diabet) ishte 9% dhe e atyre me glicemi ndërmjet 100-125 mg/dl

ishte 15%. Megjithatë, për arsyt e përmendura më lart, këto proporcione duhen ekstrapoluar me kujdes në popullatën e përgjithshme.

Risku për hiperglicemi vjen duke u rritur në mënyrë të qëndrueshme me rritjen e moshës, për të arritur maksimumin në grup-moshat mbi 60 vjeç.

Figura 61

**Prevalenca (në përqindje %) e hiperglicemisë në moshat 35-70 vjeç,
sipas grup-moshave specifike dhe gjinisë,
bazuar në gjetjet e programit të kontrollit shëndetësor bazë
për periudhën 2015-2018**



C.8. YNDYRNAT E LARTA

Ashtu si edhe për hipergliceminë, nuk ka një studim përfaqësues të gjithë popullatës së Shqipërisë, i cili të ketë mbuluar edhe matjen e yndyrnave në gjak. Rreth 1 në 4 persona në popullatën e përdoruesve të programit të kontrollit shëndetësor bazë për periudhën 2015-2018 kishin kolesterol LDL (të keq) mbi normë.

Në meshkuj prevalenca e LDL kolesterolit mbi normë është 22.5%, ndërsa në femra ajo është ende më e lartë, me 27.5%.

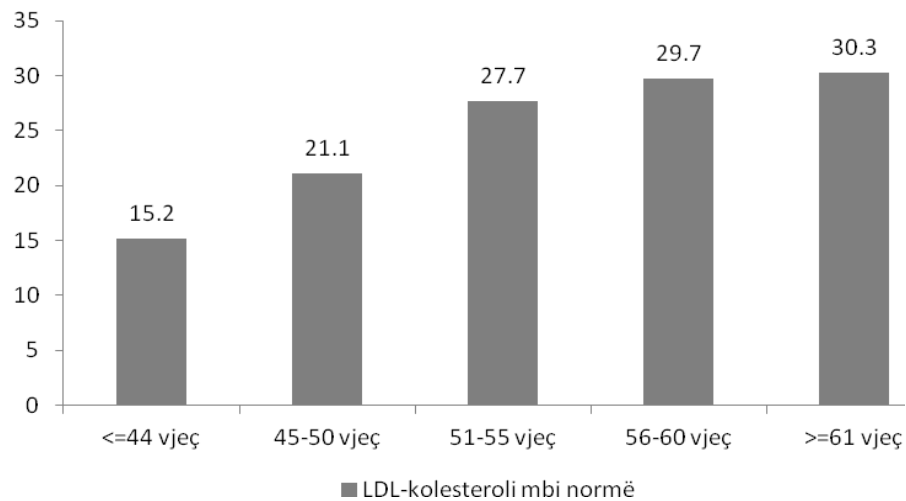
Prevalenca e LDL kolesterolit mbi normë rritet në mënyrë lineare me rritjen e moshës. Kështu, prevalenca më e ulët është në grup-moshën nën 44 vjeç (15.2%), ndërsa prevalenca më e lartë është në grup-moshën mbi 55 vjeç (30.3%).

Ashtu si edhe për gliceminë, për arsyt e përmendura më lart, këto proporcione duhen ekstrapoluar me kujdes në popullatën e përgjithshme.

Risku për hiperkolesterolemi vjen duke u rritur në mënyrë të qëndrueshme me rritjen e moshës, për të arritur maksimumin në grup-moshat mbi 55 vjeç.

Figura 62

Prevalenca (në përqindje %) e *Low Density Cholesterol* – LDL kolesterolit (=kolesteroli ‘i keq’), në moshat 35-70 vjeç, sipas grup-moshave specifike, bazuar në gjetjet e programit të kontrollit shëndetësor bazë për periudhën 2015-2018



SEKSIONI D: VDEKSHMËRIA

Sëmundjet e qarkullimit të gjakut dhe kanceret përbëjnë së bashku 70% të shkaqeve të vdekjeve për vitin 2017 (71% për vitin 2016). Kategori të tjera sëmundjesh me natyrë përgjithësisht kronike jo të transmetueshme, që kanë shkaktuar një proporcion të rëndësishëm vdekjesh, janë sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes, ato të sistemit nervor qendror dhe të shqisave, sëmundjet e aparatit tretës dhe ato endokrine dhe të të ushqyerit.

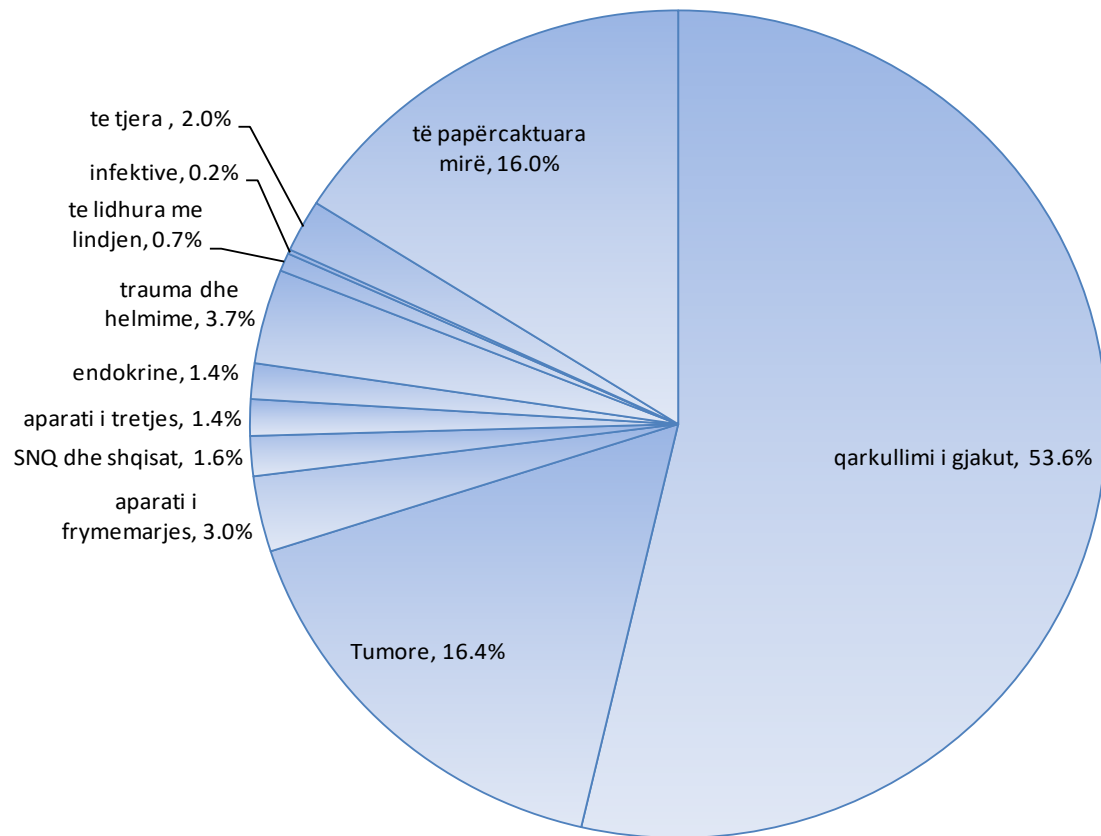
Tabela 23

Shpërndarja e vdekjeve sipas shkaqeve për vitet 2016 dhe 2017

Shkaqet e vdekjeve	2016		2017	
Sëmundje të aparatit të qarkullimit të gjakut	11 637	54.4%	11 926	53.6%
Kancere	3 571	16.7%	3 645	16.4%
Sëmundje të aparatit të frymëmarrjes	554	2.6%	656	3.0%
Sëmundje të sistemit nervor qendror dhe shqisave	298	1.4%	346	1.6%
Sëmundje të aparatit të tretjes	296	1.4%	316	1.4%
Sëmundje endokrine dhe të të ushqyerit	294	1.4%	308	1.4%
Dëmtime traumatike dhe helmime	892	4.2%	820	3.7%
Sëmundje të lidhura me lindjen	151	0.7%	158	0.7%
Sëmundje infektive e parazitare	40	0.2%	37	0.2%
Të tjera	449	2.1%	454	2.0%
Sëmundje të papërcaktuara mirë	3 206	15.0%	3 566	16.0%
Total	21 388	100.0%	22 232	100.0%

Figura 63

**Shpërndarja e shkaqeve të vdekshmerisë në përqindje (%)
ndaj totalit të vdekjeve
me 2017**



D.1. VDEKSHMËRIA NGA KANCERET

Në vitin 2017 u regjistruan 3 641 vdekje nga sëmundjet tumorale apo kanceret në Shqipëri ose 126.7 për 100 000 banorë. Nga këto, 851 (29.6/100 000) ishin vdekje nga kanceri i mushkërive, 376 (13.1/100 000) vdekje nga kanceri i stomakut, 270 (9.4/100 000) vdekje nga kanceri i mëlçisë, 233 (16.4/100 000 femra) vdekje nga kanceri i gjirit, 213 (7.4/100 000) vdekje nga kanceri i zorrës së trashë, 211 (14.6/100 000 meshkuj) vdekje nga kanceri i prostatës, 170 (5.9/100 000) vdekje nga leukozat e limfomat malinje, 39 (2.7/100 000 femra) vdekje nga kanceri i qafës së mitrës, 37 (1.3/100 000) vdekje nga melanoma malinje. Pjesa tjetër e vdekjeve në këtë kategori janë nga kancere të tjerë me letalitet ose incidencë më të ulët. Siç është përmendur edhe në rastin e sëmundshmërisë, arsyeja e riskut më të lartë krahasimisht me numrin absolut të vdekjeve për kancere të tillë si kanceri i gjirit, i prostatës apo i qafës së mitrës, është përllogaritja bazuar mbi popullatën në risk, e cila në këto raste është e vetëm njërit seks.

Nivelet e vdekshmërisë nga kanceret në total dhe kanceret e përzgjedhur mes tyre, janë paraqitur në prirjen e tyre gjatë 6 viteve të fundit, si në formën e nivelit bruto të vdekshmërisë, ashtu edhe në formën e standardizuar. Standardizimi lejon observimin e prirjeve historike të sëmundjes, të pavarur nga efekti demografik i plakjes së popullatës.

Ndërkohë që prirja e vdekshmërisë bruto nga kanceret në total ka mbetur praktikisht e njëjtë ndërmjet viteve 2012 e 2017, vërehet se vdekshmëria e standardizuar për këtë periudhë është në ulje me pothuaj 15%. Kjo do të thotë se, nëse nuk do të kishim një rritje të moshës mesatare të popullsisë gjatë këtyre viteve, do të kishim rreth 15% më pak vdekje nga kanceret. Në këtë mënyrë, risku specifik për çdo grup-moshë për të vdekur nga kanceret praktikisht ka ardhur në rënie. Kjo dukuri është e vërtetë për të gjithë kanceret e përzgjedhur nga kjo kategori. Rënia e vdekshmërisë së standardizuar në vitin 2017 krahasuar me 2012 është më e fortë për leuçemitë e limfomat (33%), e ndjekur nga kanceri i mëlçisë me një rënie prej 19%.

Risku për të vdekur nga kanceret është shumë më i lartë tek meshkujt në moshat mbi 65 vjeç, por e kundërta vihet re në moshat nën 65 vjeç. Me përjashtim të kancereve të organeve riprodhuese femërore, kanceret e tjerë janë më të shpeshtë në meshkujt. Diferenca ndërmjet meshkujve dhe femrave ka ardhur duke u zvogëluar nga viti 2012 në vitin 2017.

Tabela 24

Vdekshmëria nga kancere të organeve të veçanta dhe pesha specifike e secilit ndaj totalit

Shkaqet e vdekshmërisë nga kancere të organeve specifike	Niveli bruto i vdekshmërisë /100 000	Pesha specifike në % ndaj totalit
Mushkëria	29.6	23.4%
Gjiri	16.5	13.0%
Prostata	14.6	11.5%
Stomaku	13.1	10.3%
Mëlçia	9.4	7.4%
Zorra e trashë	7.4	5.8%
Leukozat dhe limfomat malinje	5.9	4.7%
Qafa e mitrës	2.7	2.1%
Melanoma malinje	1.3	1.0%
Të tjerë	26.2	20.7%
Kanceret në total	126.7	100.0%

Figura 64

Vdekshmëria nga kancere të organeve të veçanta dhe pesha specifike e secilit ndaj totalit

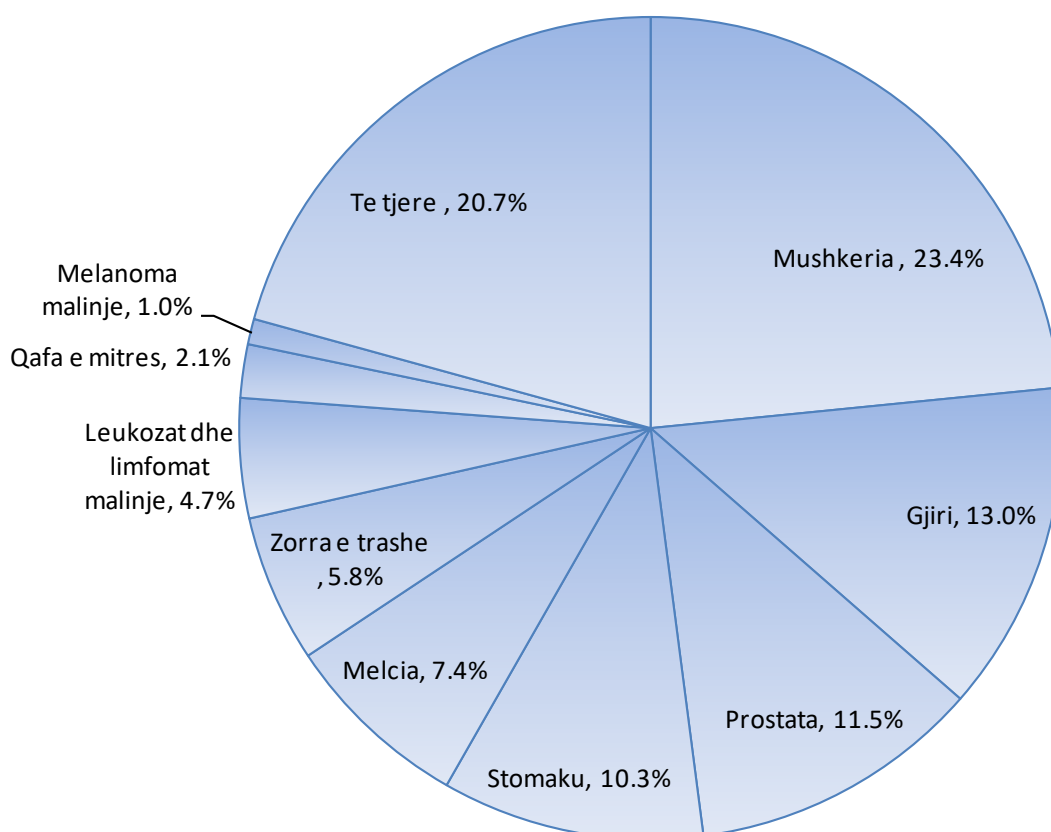


Tabela 25

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceret në total
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	161.9	95.3	128.8	129.5	72.3	99.4
2013	156.2	90.7	123.7	120.9	66.8	92.8
2014	164.4	96.8	131.0	124.1	69.3	95.6
2015	158.6	95.7	127.6	115.5	66.8	90.2
2016	153.5	94.1	124.2	107.9	63.7	85.1
2017	154.8	98.0	126.7	97.7	65.3	85.5

Figura 65

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Kanceret në total përgjatë periudhës 2012–2017

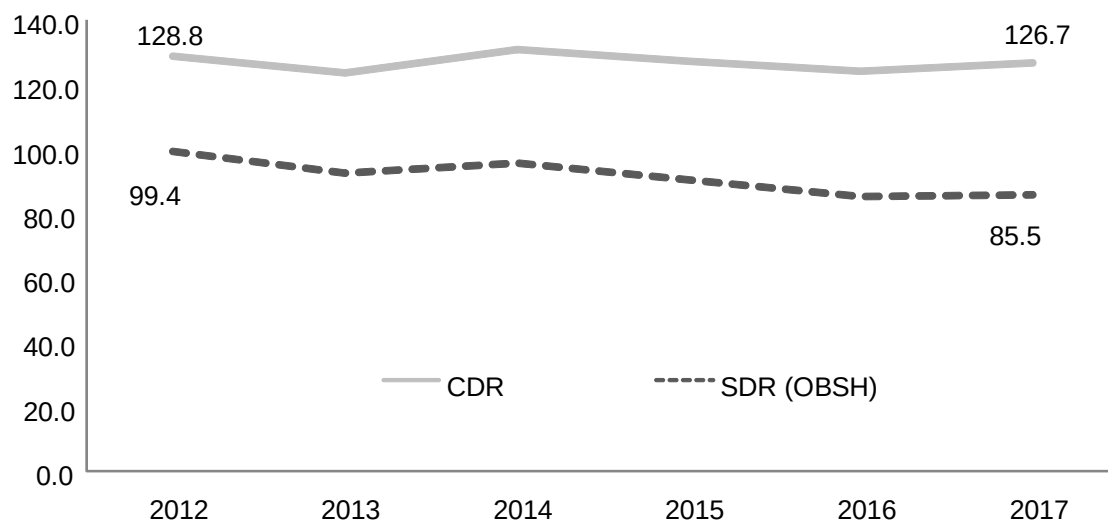
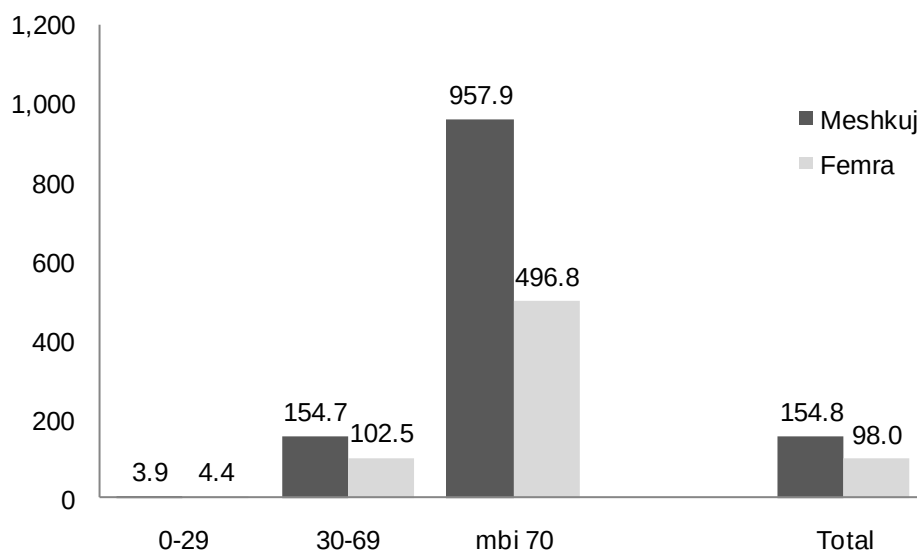


Figura 66

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceret në total sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.1. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I MUSHKËRIVE

Tabela 26

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Mushkërisë
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	44.5	11.2	27.9	34.7	8.1	21.0
2013	47.7	11.6	29.8	35.9	8.1	21.7
2014	47.5	12.8	30.3	34.7	8.9	21.5
2015	45.9	12.6	29.5	32.9	8.5	20.4
2016	45.4	11.0	28.4	31.2	7.2	18.8
2017	46.4	12.4	29.6	29.1	7.9	19.3

Figura 67

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Mushkërive përgjatë periudhës 2012–2017

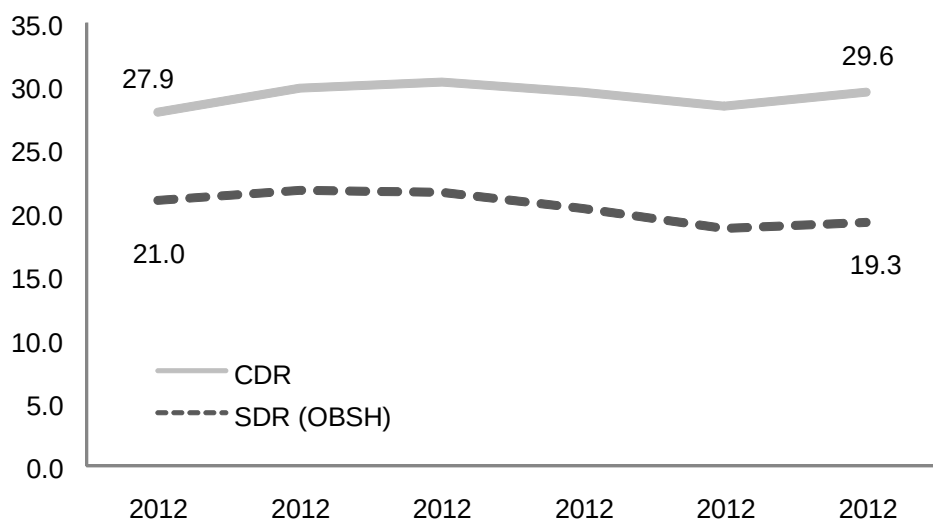
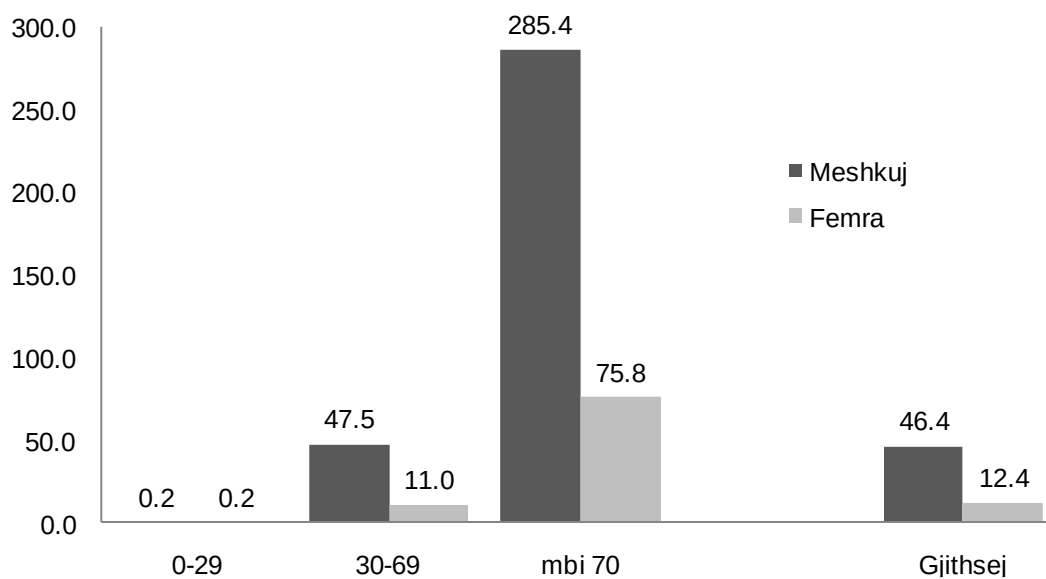


Figura 68

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Mushkërive sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.2. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I GJIRIT

Tabela 27

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Gjirit,
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)	Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)
2012	16.5	13.5
2013	14.5	11.2
2014	15.8	11.9
2015	16.2	11.9
2016	14.0	10.0
2017	16.5	11.5

Figura 69

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Kanceri i Gjirit përgjatë periudhës 2012–2017

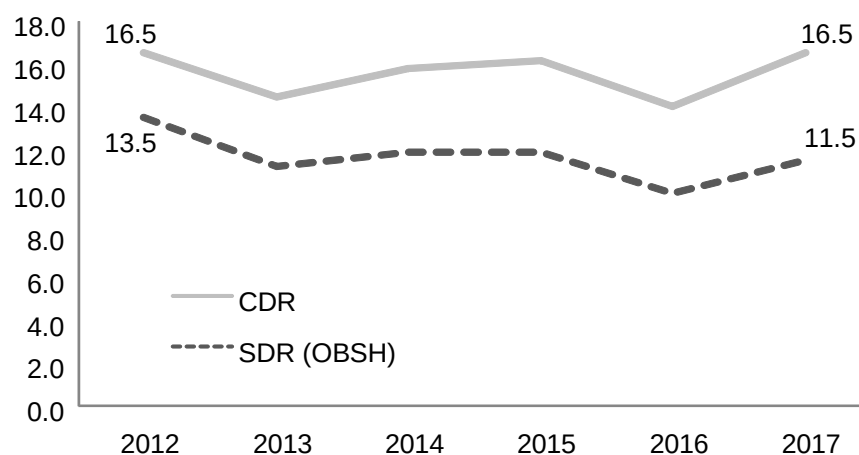
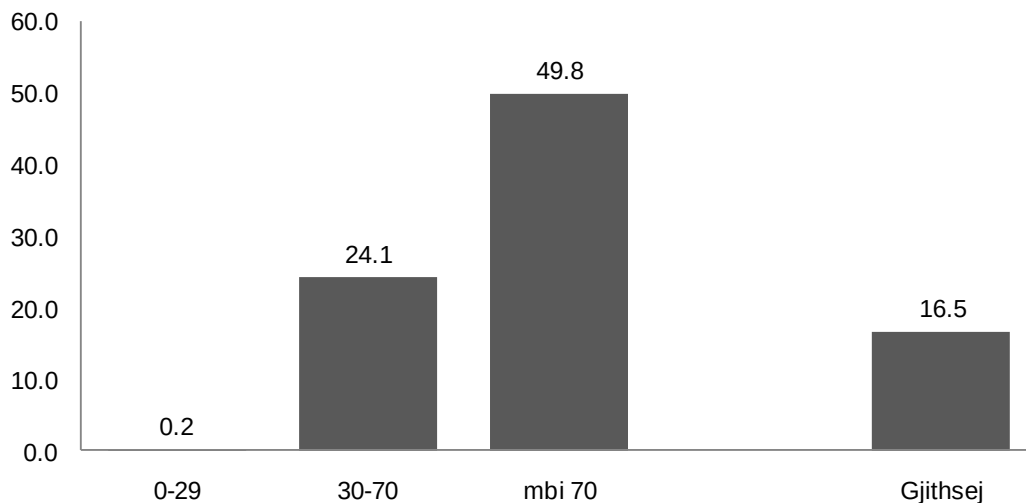


Figura 70**Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Gjirit sipas Grup-Moshave më 2017****D.1.3. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I ZORRËS SË TRASHË****Tabela 28**

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Zorrës së Trashë
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	8.5	6.6	7.5	6.8	4.9	5.8
2013	6.6	6.4	6.5	5.1	4.7	4.9
2014	8.1	7.0	7.5	6.2	4.8	5.5
2015	7.9	7.9	7.9	5.9	5.3	5.6
2016	7.2	7.8	7.5	5.3	5.0	5.1
2017	7.7	7.1	7.4	5.0	4.5	4.9

Figura 71

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Zorrës së Trashë përgjatë periudhës 2012–2017

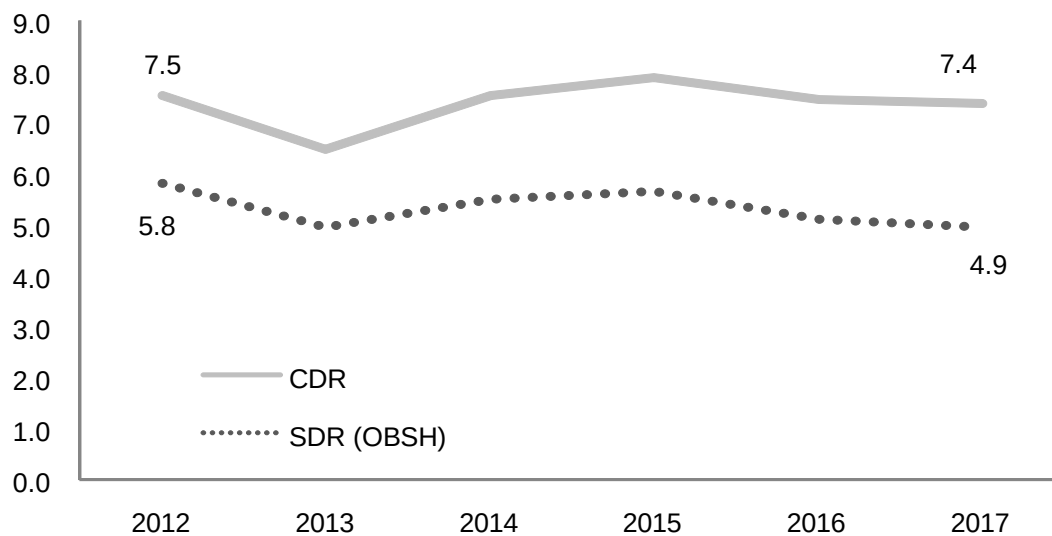
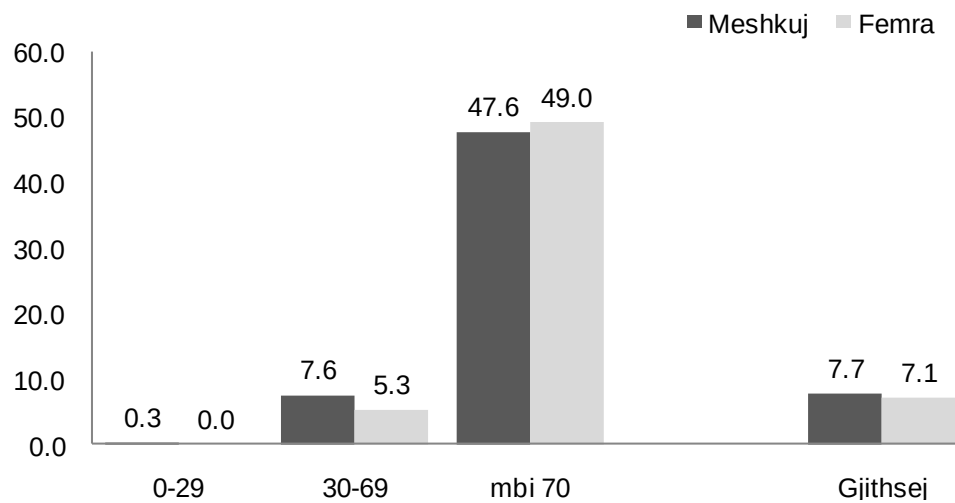


Figura 72

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Zorrës së Trashë sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.4. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I STOMAKUT

Tabela 29

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Stomakut
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	18.1	8.0	13.1	14.6	6.0	10.1
2013	18.4	10.2	14.3	14.2	7.4	10.7
2014	18.8	8.6	13.8	14.0	5.9	9.9
2015	21.1	7.7	14.5	15.4	5.3	10.2
2016	17.9	8.6	13.3	12.3	5.9	9.1
2017	17.4	8.6	13.1	11.4	5.7	8.9

Figura 73

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Kanceri i Stomakut përgjatë periudhës 2012–2017

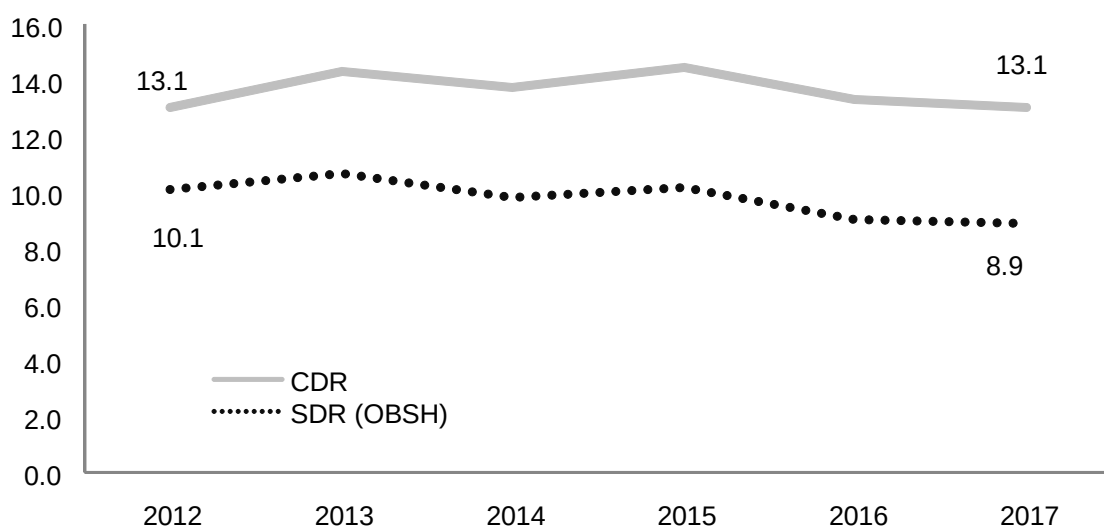
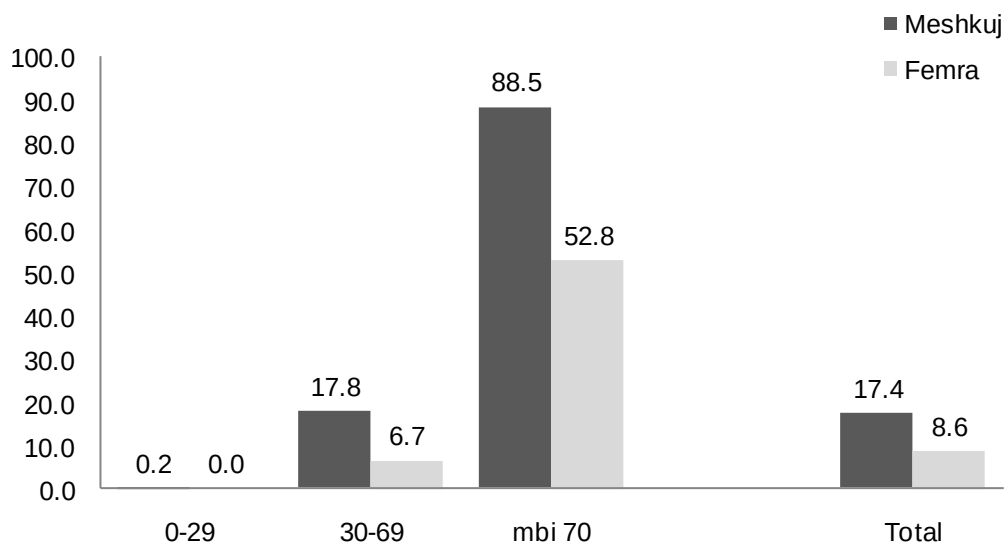


Figura 74

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Stomakut sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.5. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I QAFËS SË MITRËS

Tabela 30

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Qafës së Mitrës,
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)	Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)
2012	2.2	1.7
2013	3.3	2.6
2014	3.4	2.6
2015	2.1	1.7
2016	3.7	2.6
2017	2.4	1.7

Figura 75

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Qafës së Mitrës përgjatë periudhës 2012–2017

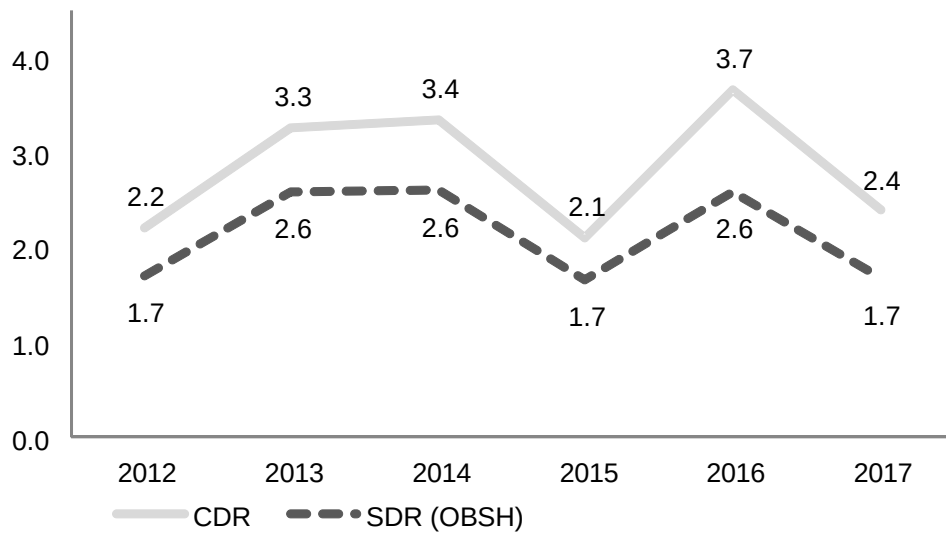
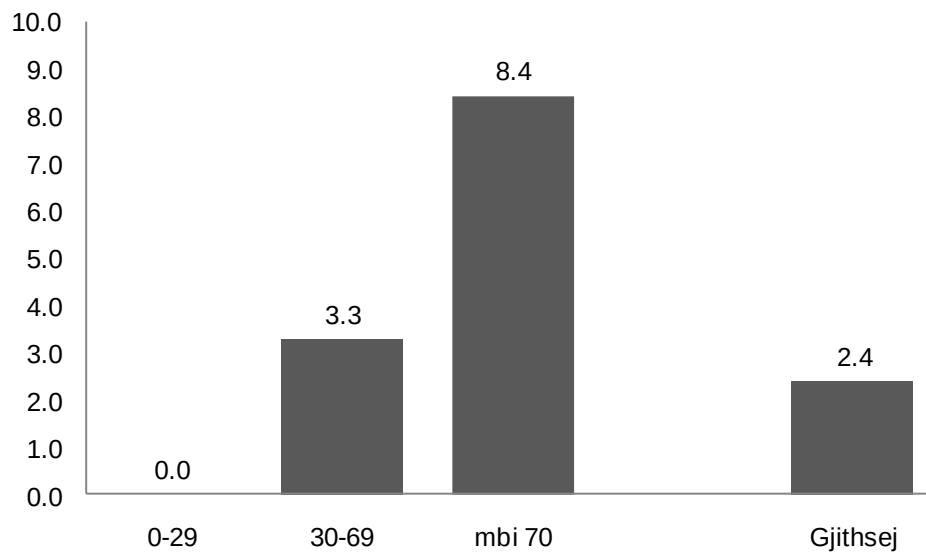


Figura 76

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Qafës së Mitrës sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.6. VDEKSHMËRIA NGA MELANOMA MALINJE

Tabela 31

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Melanoma malinje
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	1.3	1.5	1.4	1.0	1.0	1.1
2013	0.9	0.7	0.8	0.7	0.5	0.6
2014	1.6	0.9	1.3	1.3	0.6	1.0
2015	2.0	0.8	1.4	1.5	0.5	1.0
2016	1.2	0.8	1.0	0.9	0.5	0.7
2017	1.8	0.8	1.3	1.3	0.5	0.9

Figura 77

**Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Melanoma malinje përgjatë periudhës 2012–2017**

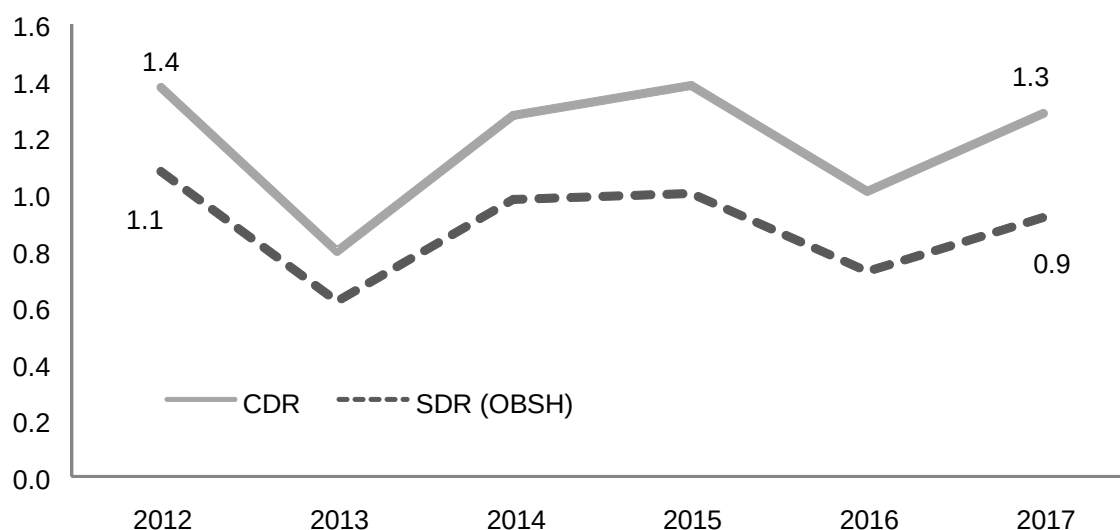
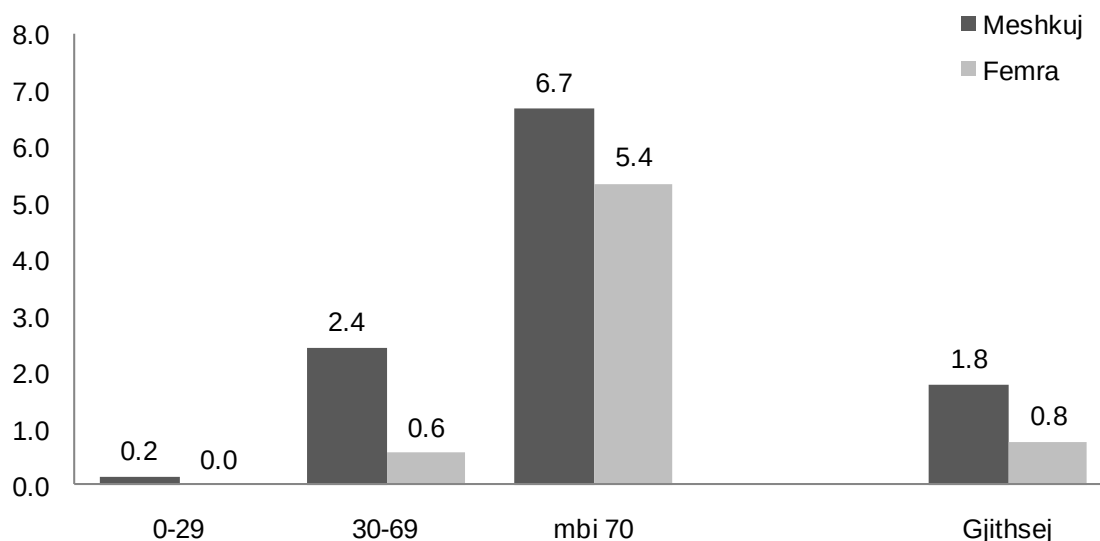


Figura 78

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Melanoma malinje sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.7. VDEKSHMËRIA NGA KANCERI I MËLÇISË

Tabela 32

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Kanceri i Mëlçisë
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	13.6	5.6	9.6	10.7	4.1	7.4
2013	11.8	7.2	9.6	8.9	5.1	7.0
2014	12.2	7.0	9.6	9.2	4.6	6.8
2015	11.8	7.1	9.5	8.6	4.6	6.6
2016	12.9	6.1	9.5	9.0	3.9	6.4
2017	12.0	6.7	9.4	7.6	4.2	6.2

Figura 79

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Mëlçisë përgjatë periudhës 2012–2017

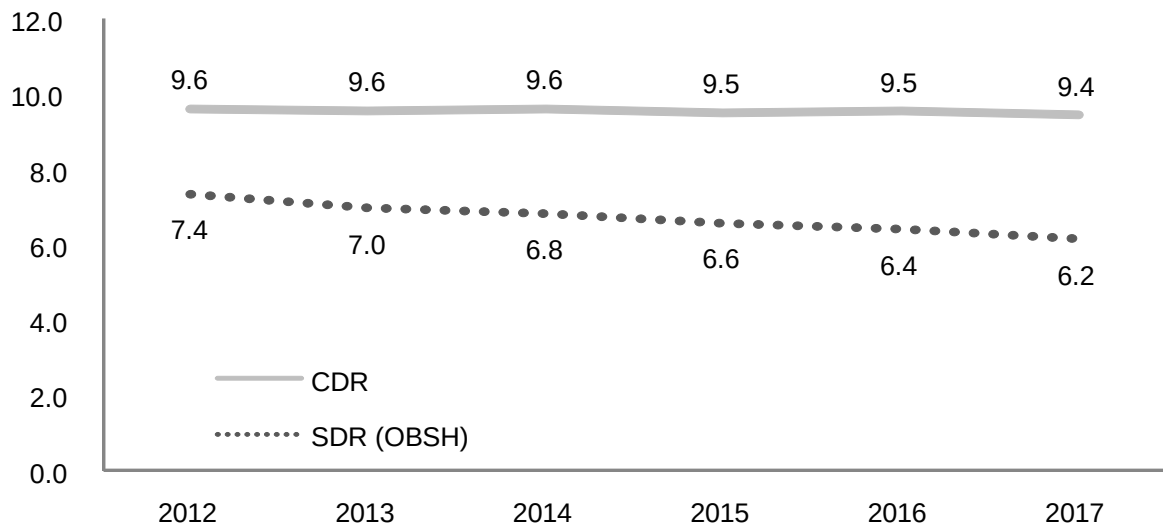
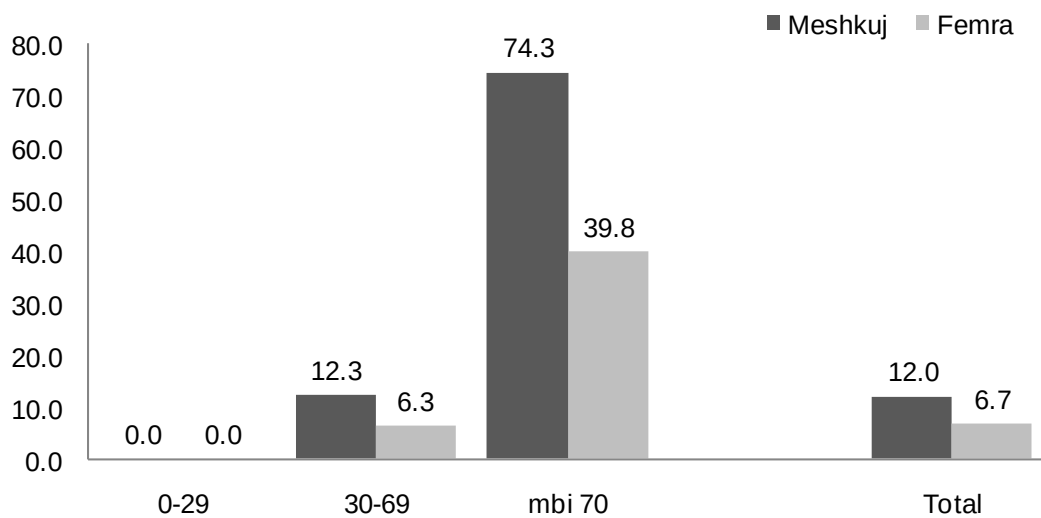


Figura 80

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Kanceri i Mëlçisë sipas Grup-Moshave më 2017



D.1.8. VDEKSHMËRIA NGA LEUKOZAT DHE LIMFOMAT MALINJE

Tabela 33

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Leukozat dhe Limfomat malinje sipas Gjinisë (=Gjini-specifike), Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR), në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	7.7	5.4	6.6	6.3	4.3	5.3
2013	8.1	4.0	6.1	6.5	3.2	4.9
2014	7.9	5.4	6.6	6.4	4.2	5.3
2015	7.7	4.4	6.1	5.8	3.2	4.4
2016	7.9	5.2	6.5	5.8	3.8	4.8
2017	6.9	4.9	5.9	4.7	3.3	4.0

Figura 81

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Leukozat dhe Limfomat malinje përgjatë periudhës 2012–2017

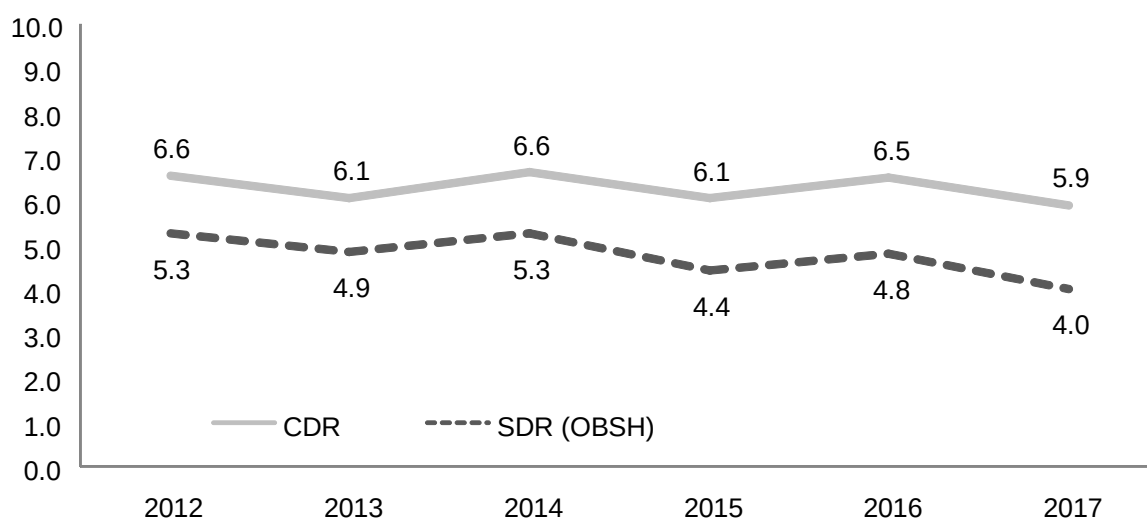
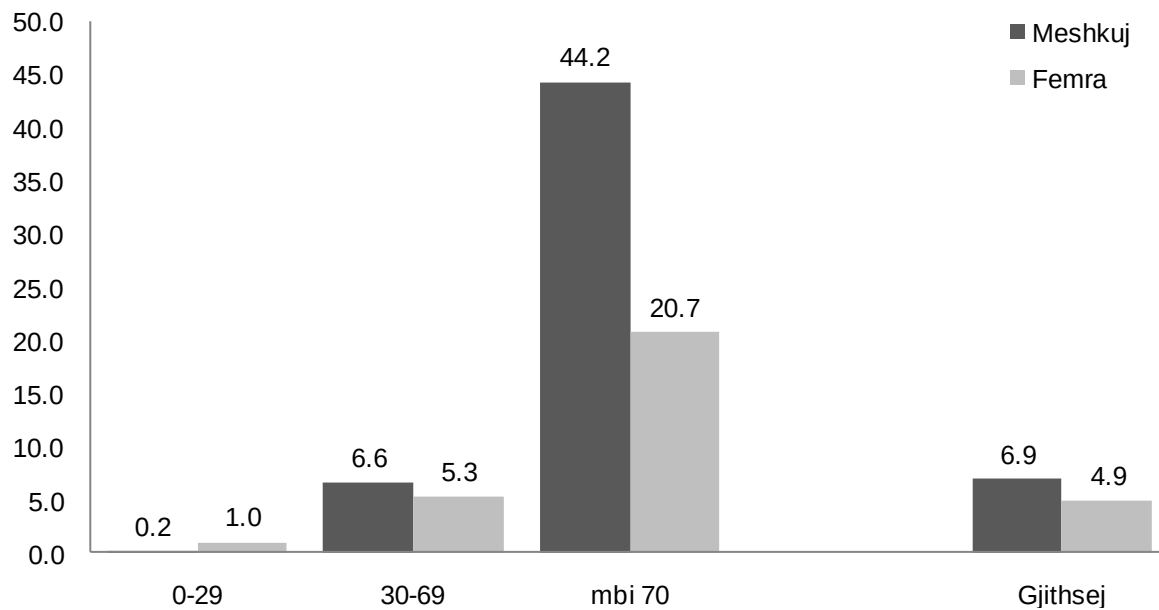


Figura 82

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Leukozat dhe Limfomat malinje sipas Grup-Moshave më 2017



D.2. VDEKSHMËRIA NGA SËMUNDJET E QARKULLIMIT TË GJAKUT

Në vitin 2017 u regjistruan 11 926 vdekje nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut në Shqipëri ose 414.6 për 100 000 banorë. Nga këto 3 844 (1,33.8/100 000) ishin vdekje nga sëmundjet cerebrovaskulare, 2 396 (83.4/100 000) vdekje nga infarkti i miokardit dhe 2 985 (103.9/100 000) vdekje nga sëmundje të tjera ishemike të zemrës. Pjesa tjetër e vdekjeve në këtë kategori janë nga shkaqe të tjera jo ishemike të zemrës apo të trurit.

Nivelet e vdekshmërisë të sëmundjeve të qarkullimit të gjakut në total dhe grupeve të zgjedhura mes tyre, ashtu si edhe për kanceret, janë paraqitur në prirjen e tyre gjatë 6 viteve të fundit, si në formën e nivelit bruto të vdekshmërisë, ashtu edhe në formën e standardizuar. Standardizimi lejon observimin e prirjeve historike të sëmundjes, të pavarur nga efekti demografik i plakjes së popullatës.

Rritja e lehtë e vdekshmërisë nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut është e shkaktuar pikërisht prej fenomenit të plakjes së popullsisë. Në këtë mënyrë, risku specifik për çdo grup-moshë për të vdekur nga këto sëmundje praktikisht ka ardhur në rënie. Kjo dukuri është e vërtetë për të tre sëmundjet e përzgjedhura nga kjo kategori si indikatorë bazë të sëmundjeve jo të transmetueshme. Rënia në vitin 2017 krahasuar me 2012 është më e fortë për aksidentet cerebrovaskulare (17%), e ndjekur nga sëmundjet ishemike të zemrës me një rënie prej 13% dhe infarkti i miokardit 11%.

Risku për të vdekur nga sëmundjet ishemike të zemrës, përfshirë edhe infarktin e miokardit, është më i lartë tek meshkujt në të gjitha moshat, por kjo diferencë është shumë më madhe në moshat nën 65 vjeç, për t'u zbutur në moshat e vjetra. Në rastin e vdekshmërisë prej sëmundjeve cerebrovaskulare, ndërkohë që risku i përgjithshëm për vitin 2017 është pak më i lartë mes femrave, nën moshën 65 vjeç ky risk është më i lartë tek meshkujt. Për më tepër, edhe për aksidentet e qarkullimit të gjakut diferenca mes meshkujve dhe femrave nuk është e qëndrueshme gjatë të gjithë viteve.

Tabela 34

Vdekshmëria nga Sëmundjet Ishemike të Zemrës dhe të Trurit
dhe pesha specifike e secilës ndaj totalit të sëmundjeve të qarkullimit të gjakut

Shkaqe të Qarkullimit të Gjakut	Niveli bruto i vdekshmërisë /100 000	Pesha specifike në % ndaj totalit
Sëmundja cerebrovaskulare	133.8	32.3%
Infarkti i miokardit	83.4	20.1%
Sëmundje të tjera ishemike të zemrës	103.9	25.1%
Sëmundje të tjera të qarkullimit të gjakut	93.5	22.6%
Gjithsej të Qarkullimit të Gjakut	414.6	100.0%

Figura 83

Vdekshmëria nga Sëmundjet Ishemike të Zemrës dhe të Trurit
dhe pesha specifike e secilës ndaj totalit të sëmundjeve të qarkullimit të gjakut

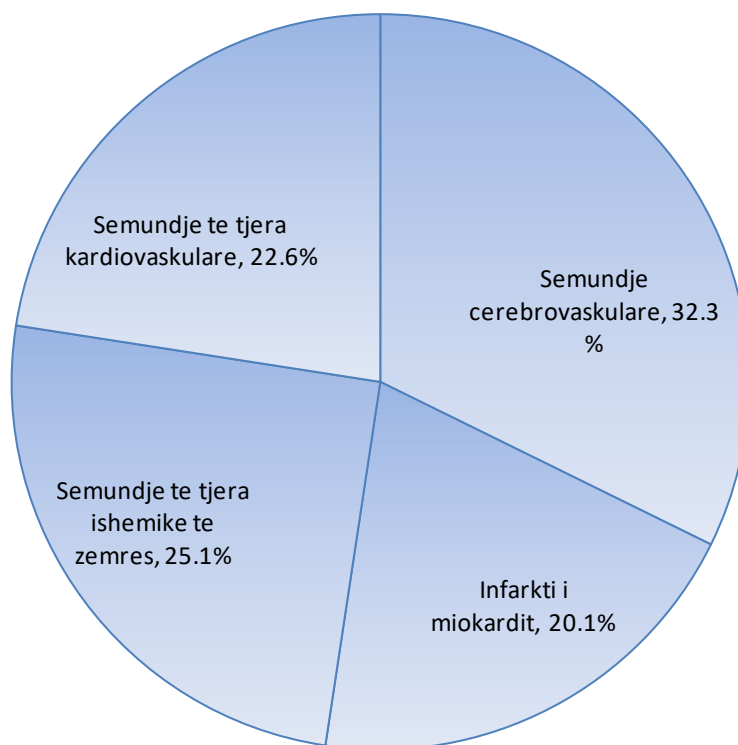


Tabela 35

**Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Sëmundjet e Qarkullimit të Gjakut
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017**

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	382.7	390.7	386.7	327.1	261.7	293.7
2013	384.8	390.1	387.4	316.3	256.9	286.3
2014	376.0	383.6	379.8	300.8	248.1	274.4
2015	416.1	434.2	425.0	315.7	270.1	293.2
2016	400.2	409.3	404.7	296.6	253.7	275.7
2017	405.3	424.1	414.6	211.9	259.7	275.5

Figura 84

**Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Sëmundjet e Qarkullimit të Gjakut përgjatë periudhës 2012–2017**

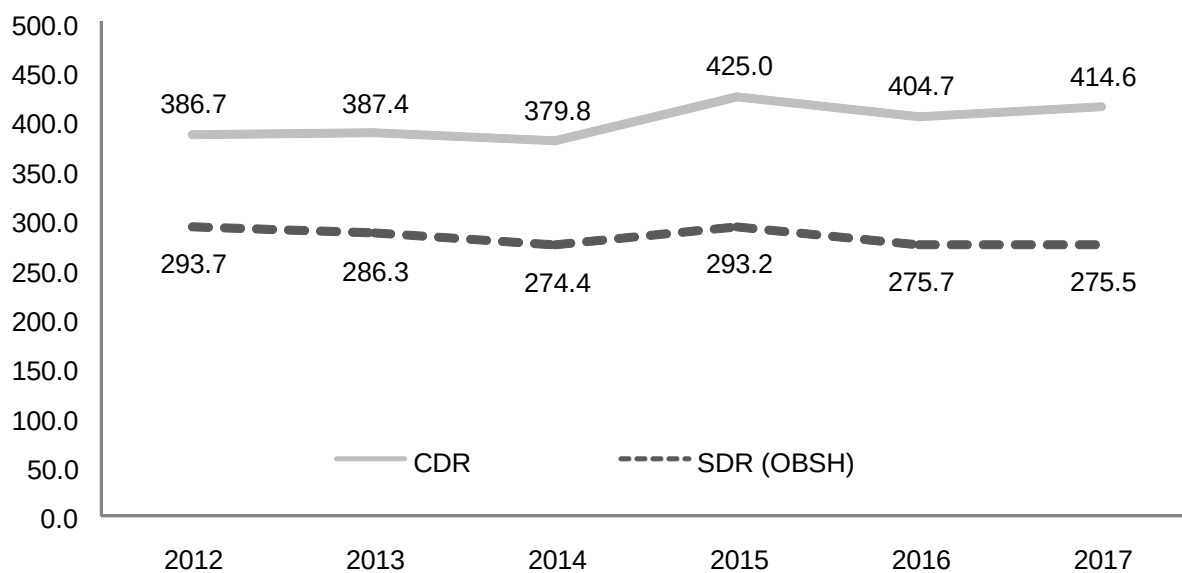
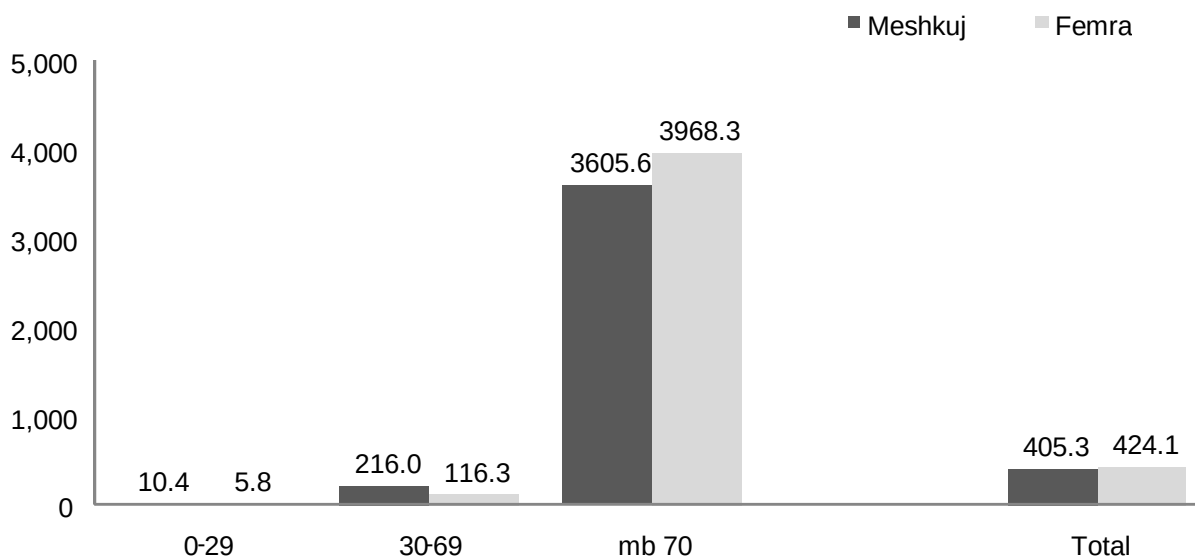


Figura 85

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Sëmundjet e Qarkullimit të Gjakut sipas Grup-Moshave më 2017



D.2.1. VDEKSHMËRIA NGA SËMUNDJET ISHEMIKE TË ZEMRËS

Tabela 36

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Sëmundjet Ishemike të Zembrës sipas Gjinisë (=Gjini-specifike), Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR), në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	116.3	92.0	104.2	96.8	61.8	78.7
2013	116.4	94.4	105.5	93.2	61.8	77.2
2014	117.6	90.6	104.3	92.9	58.4	75.0
2015	117.0	100.7	108.9	88.2	62.1	74.8
2016	114.6	101.6	108.2	83.7	62.5	73.2
2017	113.7	94.0	103.9	62.4	57.5	68.6

Figura 86

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Sëmundjet Ishemike të Zemrës përgjatë periudhës 2012–2017

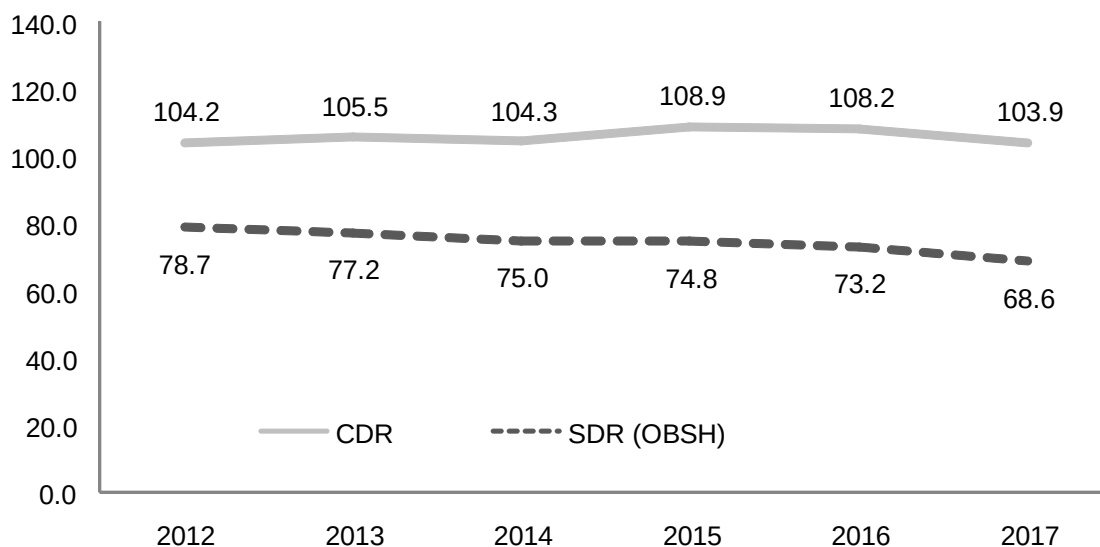
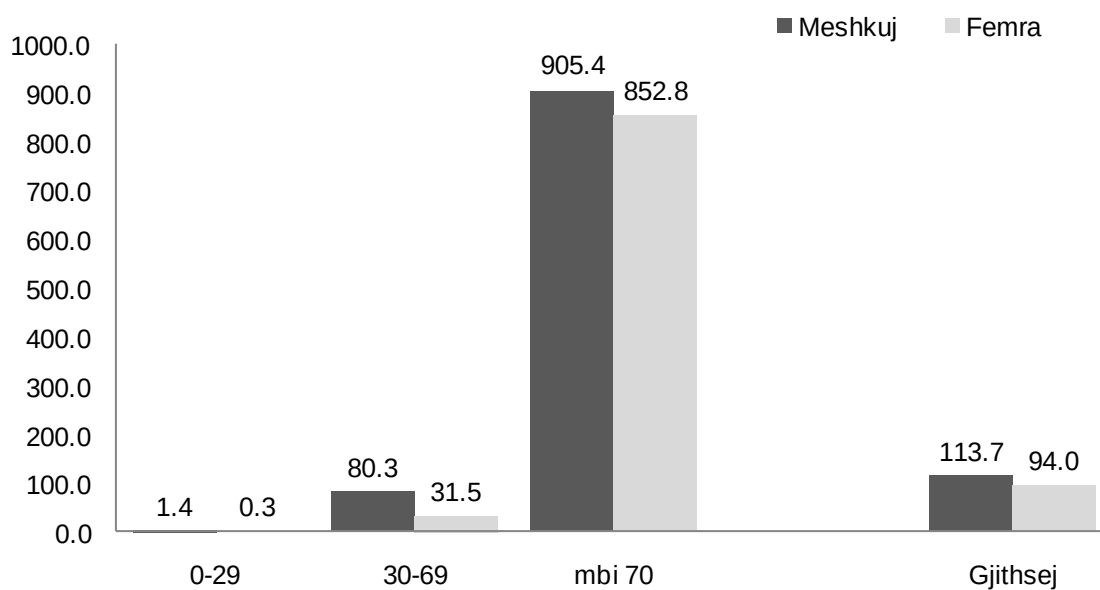


Figura 87

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Sëmundjet Ishemike të Zemrës sipas Grup-Moshave më 2017



D.2.2. VDEKSHMËRIA NGA INFARKTI I MIOKARDIT

Tabela 37

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Infarkti i Miokardit
sipas Gjinisë (=Gjini-specifike),
Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR),
në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	90.6	69.7	80.2	75.3	46.9	60.6
2013	88.9	71.8	80.4	70.7	46.9	58.7
2014	89.7	68.1	79.0	70.8	43.9	56.9
2015	83.3	70.3	76.9	62.9	43.7	53.0
2016	92.7	80.2	86.5	67.7	49.4	58.6
2017	92.7	73.9	83.4	51.6	45.1	54.9

Figura 88

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSH]) i Vdekshmërisë (/100 000)
nga Infarkti i Miokardit përgjatë periudhës 2012–2017

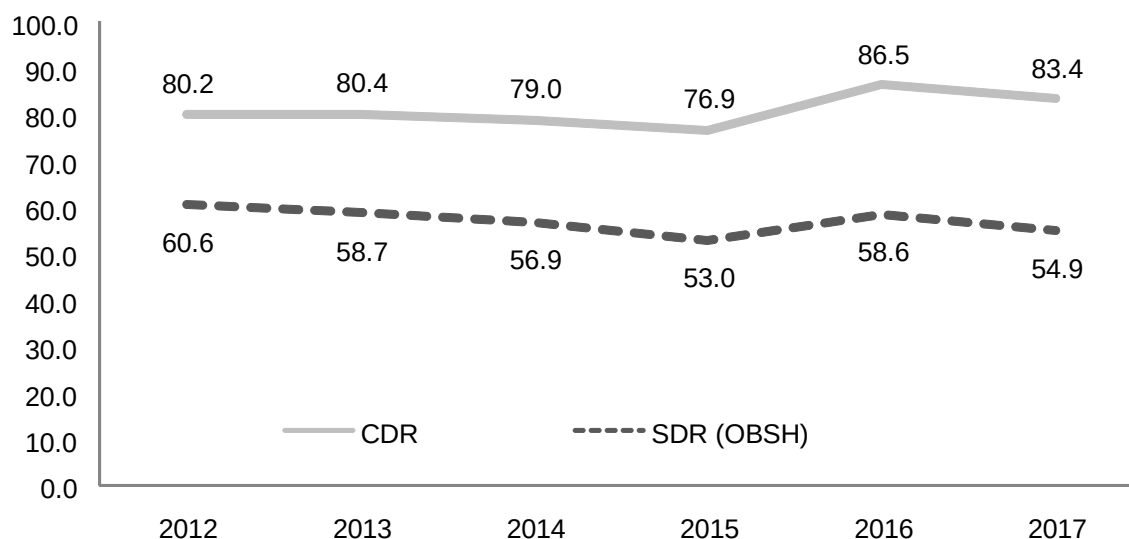
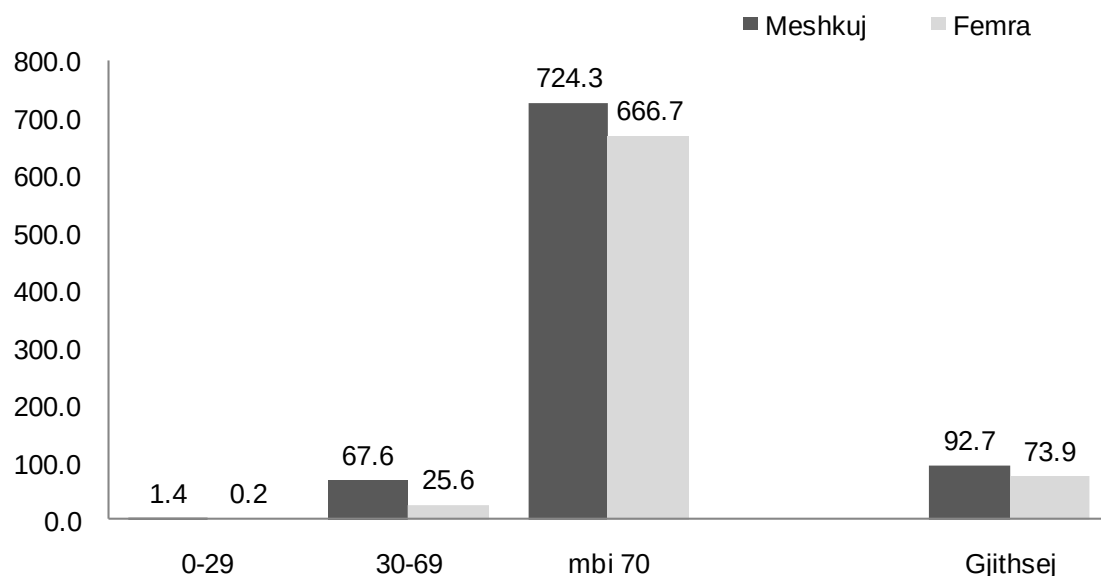


Figura 89

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Infarkti i Miokardit sipas Grup-Moshave më 2017



D.2.3. VDEKSHMËRIA NGA SËMUNDJET CEREBROVASKULARE

Tabela 38

Niveli (/100 000) i Vdekshmërisë nga Sëmundjet Cerebrovaskulare sipas Gjinisë (=Gjini-specifike), Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR), në periudhën 2012-2017

Viti	Niveli bruto i vdekshmërisë (Crude Death Rate – CDR)			Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (Standardized Death Rate – SDR) (Popullata e botës sipas OBSH si popullatë standarde)		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
2012	122.2	148.7	135.4	105.8	97.5	101.6
2013	120.6	153.2	136.8	98.9	99.4	99.8
2014	116.9	142.7	129.7	92.4	90.4	92.0
2015	132.4	164.0	148.0	99.1	100.5	100.4
2016	117.7	145.1	131.2	85.9	87.5	87.2
2017	116.5	151.4	133.8	56.1	90.9	87.3

Figura 90

Niveli Bruto (CDR) dhe i Standardizuar (SDR [OBSh]) i Vdekshmërisë (/100 000) nga Sëmundjet Cerebrovaskulare përgjatë periudhës 2012–2017

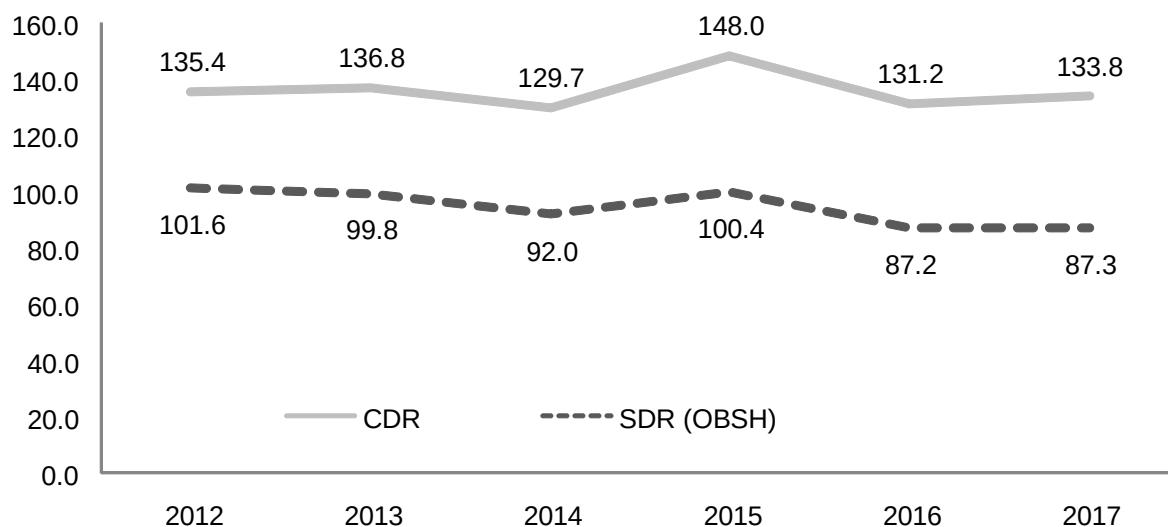
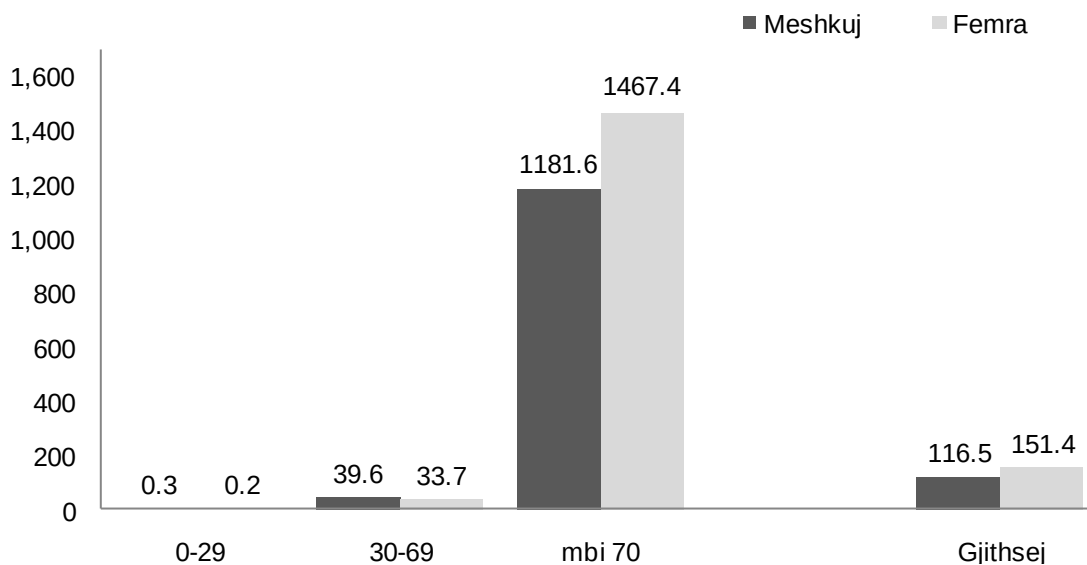


Figura 91

Niveli i Vdekshmërisë (/100 000) nga Sëmundjet Cerebrovaskulare sipas Grup-Moshave më 2017



SHTOJCA:

KORNIZA E INDIKATORËVE BAZË TË MONITORIMIT TË SËMUNDJEVE JO TË TRASMETUESHME DHE DETAJE TË LIDHURA ME TA

SH.1. KATEGORIA: VDEKSHMERIA E PARAKOHSHME NGA SËMUNDJET JO TË TRASMETUESHME

Indikatori	Vdekshmëria e parakohëshme nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut
Përkufizimi	Probabiliteti i vdekjes në moshat 30-70 vjeç nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut, të klasifikuara në ICD10 në kodet I00-I99
Matja	Proporcioni i vdekjeve ICD10 (I00-I99) në moshat 30-70 vjeç me popullatën e vlerësuar 30-70 vjeç i shprehur për 100 000
Burimi i informacionit	Raportimi i skedave të vdekjes
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave të vdekjes, mungesa në raportim

Indikatori	Vdekshmëria e parakohëshme nga sëmundjet neoplazike ose kanceret
Përkufizimi	Probabiliteti i vdekjes në moshat 30-70 vjeç nga sëmundjet neoplazike, të klasifikuara në ICD10 në kodet C00-IC97
Matja	Proporcioni i vdekjeve ICD10 (C00-C97) në moshat 30-70 vjeç me popullatën e vlerësuar 30-70 vjeç i shprehur për 100 000
Burimi i informacionit	Raportimi i skedave të vdekjes
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave të vdekjes, mungesa në raportim

**SH.2. KATEGORIA:
SËMUNDSHMËRIA SPITALORE NGA SËMUNDJET JO TË TRASMETUESHME**

Indikatori	Incidenca e infarktit të miokardit
Përkufizimi	Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me infarkt akut miokardi nga një qendër e specializuar i shprehur si raste për 100 000 banorë
Matja	Numëruesi : Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me infarkt akut miokardi nga një qendër e specializuar në një vit të dhënë Emëruesi : popullata në risk (praktikisht gjithë popullata e vlerësuar e vendit)
Burimi i informacionit	Spitalet. Regjistri i sëmundjeve ishemike të zemrës
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave individuale, mungesa në raportim nga spitalet

Indikatori	Incidenca e aksideneteve cerebrovaskulare
Përkufizimi	Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me insulte cerebrovaskulare nga një qendër e specializuar i shprehur si raste për 100 000 banorë
Matja	Numëruesi : Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me insulte cerebrovaskulare nga një qendër e specializuar në një vit të dhënë Emëruesi : popullata në risk (praktikisht gjithë popullata e vlerësuar e vendit)
Burimi i informacionit	Spitalet. Regjistri i aksidenteve cerebrovaskulare
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave individuale, mungesa në raportim nga spitalet

Indikatori	Incidenca e kancereve
Përkufizimi	Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me kancer sipas tipeve nga një qendër e specializuar i shprehur si raste për 100 000 banorë
Matja	Numëruesi : Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me kancer sipas tipit nga një qendër e specializuar në një vit të dhënë. Tipi i kancerit nënkupton vendin e origjinës dhe jo metastazat. Nuk përfshihet rishfaqja e kancerit Emëruesi : popullata në risk për tipin e kancerit. Për tipet e kancereve që ndodhin vetëm në njerin seks, vetëm popullata seks-specifike përdoret (psh vetëm meshkujt për kancerin e prostatës etj)
Burimi i informacionit	Spitalet. Regjistri i kancerit.
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave individuale, mbulesa jo e plotë me raportim nga gjithë territori i vendit.

**SH.3. KATEGORIA:
EKSPLOZIMI NDAJ FAKTOREVE RISK TË SËMUNDJEVE
JO TË TRASMETUESHME**

a. STILI I JETESËS

Indikatori	Duhanpirja tek adultët
Përkufizimi	Prevalenca në përqindje sipas moshës e personave të rritur që pijnë duhan ose konsumojnë produkte të duhanit
Matja	Numëruesi : numri i adultëve mbi 18 vjeç që pijnë duhan përditë ose edhe më rrallë Emëruesi : gjithë personat e përfshirë në studim
Burimi i informacionit	Studime në popullatë (mundësisht kampion i popullatës së gjithë vendit)
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio-ekonomik të familjes nëse është e mundur. ADHS. Studimi <i>substance use in general population</i> , ndoshta një studim STEPS
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me pyetësorët etj

Indikatori	Duhanpirja tek të rinjtë
Përkufizimi	Përqindja e adoleshentëve që pijnë duhan ose konsumojnë produkte të duhanit
Matja	Numëruesi : adoleshentët e moshave nga 10 në 19 vjeç që pijnë duhan përditë ose edhe më rrallë Emëruesi : gjithë adoleshentët e përfshirë në studim
Burimi i informacionit	Studime në shkollë me kampione të të gjithë vendit. ESPAD Albania, GYTS Albania, YRBS Albania HBSC Albania
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio-ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Të paktën çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me pyetësorët vetëraportues etj

Indikatori	Përdorimi i dëmshëm i alkoolit: konsumi i rëndë episodik
Përkufizimi	Konsumi i rëndë episodik është konsumi i 60 gr (6 gota pije) ose më shumë alkool të pastër në një episod
Matja	Numëruesi : numri i pjesëmarrësve në studim që raportojnë të kenë konsumuar 60 g ose më shumë alkool të pastër, të paktën një herë në muaj Emëruesi : numri i pjesëmarrësve në studim Prevalenca shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studim në popullatë, mundësisht me kampion të popullatës së vendit. ADHS, Studimi <i>substance use in general population</i> , ndoshta një studim STEPS
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe faktorë të tjerë socio-ekonomikë nëse është e mundur
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Gabime sistematike të lidhura me studimet, validiteti i ulët i pyetjeve, keqinterpretim i sasisë së pijes etj

Indikatori	Inaktiviteti fizik tek të rinjtë
Përkufizimi	Përqindja e adoleshentëve që marrin pjesë në më pak se 60 minuta aktivitet fizik intensiv apo të moderuar në ditë
Matja	Numëruesi : pjesëmarrësit në studim të moshave nga 10 në 19 vjeç për të cilët numri i ditëve me mbi 60 minuta aktivitet fizik si më sipër, është më pak se 7 në javë Emëruesi : gjithë adoleshentët e përfshirë në studim Prevalenca shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studime në shkolla me kampione të të gjithë vendit. YRBS Albania, HBSC Albania,
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio-ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Të paktën çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me pyetësorët, keqkuptim i pyetjeve mbi volumin e aktivitetit fizik etj

Indikatori	Konsumi i ulët i fruta perimeve
Përkufizimi	Prevalenca në përqindje sipas moshës e personave të rritur që konsumojnë mesatarisht më pak se 5 fruta ose perime (nën 400 gr) në ditë. Një frutë ose perime vlerësohet 80 gram
Matja	Numëruesi : numri i pjesëmarrësve mbi 18 vjeç që konsumojnë më pak se 5 fruta ose perime në ditë Emëruesi : gjithë personat mbi 18 vjeç të përfshirë në studim
Burimi i informacionit	Studime me vetëraportim në popullatë (mundësisht kampion i popullatës së gjithë vendit). ADHS, ndoshta një studim STEPS, ndoshta një studim specifik mbi ushqyerjen
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio-ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me vetëraportimin etj

b. FAKTORËT METABOLIKË

Indikatori	Mbipesha dhe obeziteti tek të rinjtë
Përkufizimi	Përqindja e adoleshentëve mbipeshë apo obezë sipas standardeve të rritjes të OBSH për femijet e shkollës dhe adoleshentët ; mbipeshë 1 deviacion standard të indeksit të masës trupore (BMI) sipas seksit dhe moshës, dhe obez 2 deviacione standard ≥ 1 DS është ekuivalent e ≥ 25 kg/m ² në 19 vjeç dhe ≥ 2 DS ekuivalent e ≥ 30 kg/m ² në 19 vjeç
Matja	Numëruesi : a) pjesëmarrësit mbi peshë 10-19 vjeç në studim b) pjesëmarrësit obezë 10-19 vjeç në studim Emëruesi: gjithë adoleshentët e përfshirë në studim Prevalenca shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studime në shkolla me kampione të të gjithë vendit. Një YRBS i adaptuar. Ndoshta një studim specifik mbi ushqyerjen në shkolla
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Të paktën çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me matjet fizike

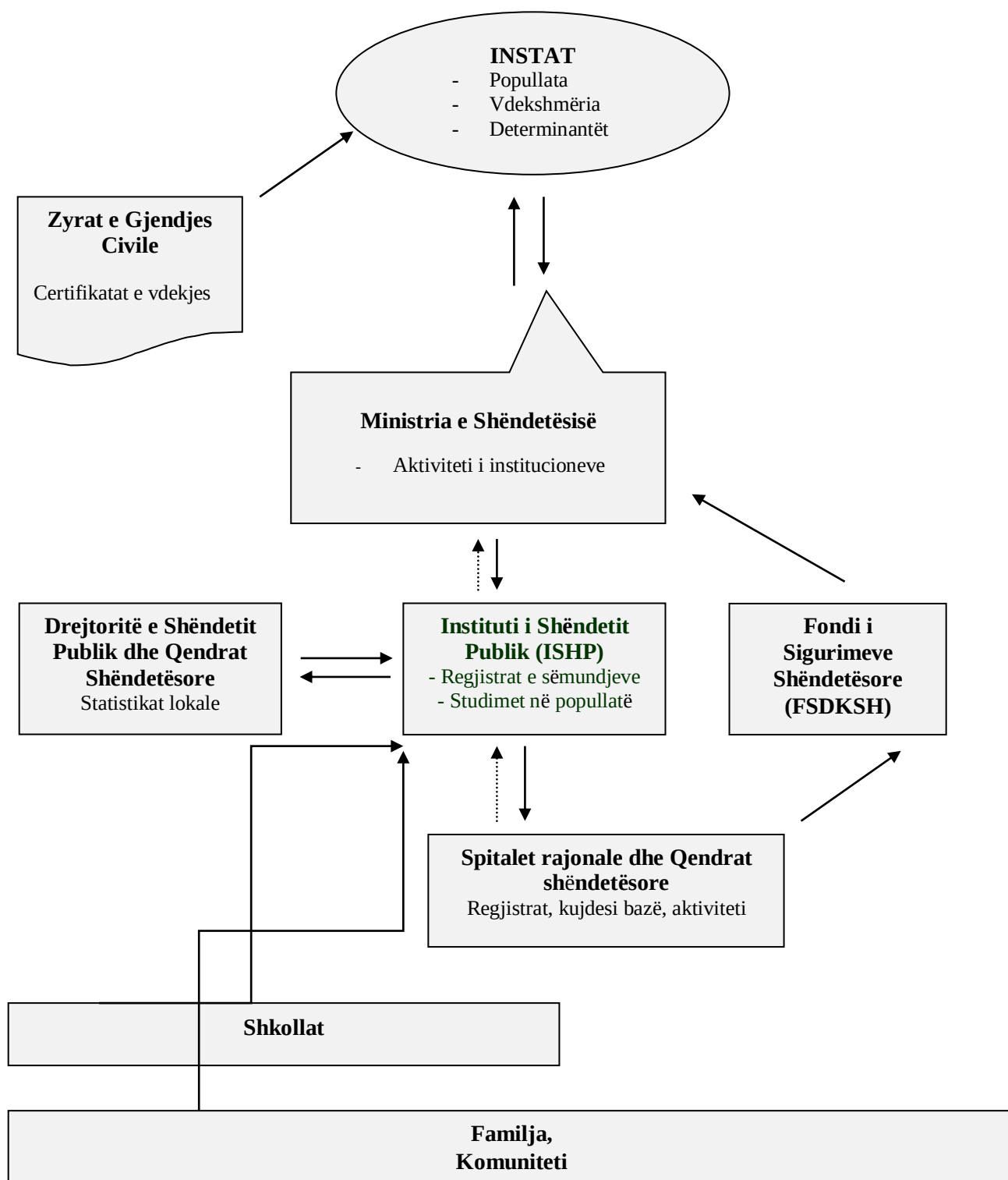
Indikatori	Mbipesha dhe obeziteti tek adultët
Përkufizimi	Prevalenca në përqindje e personave adultë mbi 18 vjeç mbipeshë apo obezë mbipeshë ≥ 25 kg/m ² e indeksit të masës trupore (BMI) obezitet ≥ 30 kg/m ² e indeksit të masës trupore (BMI)
Matja	Numëruesi : a) pjesëmarrësit mbi 18 vjeç mbi peshë në studim b) pjesëmarrësit mbi 18 vjeç obezë në studim Emëruesi: gjithë pjesëmarrësit mbi 18 vjeç në studim Shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studime në popullatë me kampione të të gjithë vendit. ADHS, ndoshta një studim STEPS, ndoshta një studim specifik mbi ushqyerjen në popullatë
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me matjet fizike

Indikatori	Tensioni i lartë i gjakut
Përkufizimi	Presioni sistolik ≥ 140 mmHg dhe/ose diastolik ≥ 90 mmHg tek personat mbi 18 vjeç.
Matja	Numëruesi : numri i pjesëmarrësve mbi 18 vjeç me tension sistolik ≥ 140 dhe/ose diastolik ≥ 90 Emëruesi: gjithë pjesëmarrësit mbi 18 vjeç në studim Shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studime në popullatë me kampione të të gjithë vendit, ku tensioni i gjakut matet, jo vetëraportohet. ADHS, ndoshta një studim STEPS,
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me matjen e tensionit të gjakut

Indikatori	Incidenca e diabetit të diagnostikuar
Përkufizimi	Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me diabet nga sistemi shëndetësor i shprehur si raste për 100 000 banorë
Matja	Numëruesi : Numri i rasteve të reja të diagnostikuara me diabet nga sistemi shëndetësor në një vit të dhënë Emëruesi : popullata në risk (praktikisht gjithë popullata e vlerësuar e vendit)
Burimi i informacionit	Spitalet. Regjistri i diabetit
Disagregimi	Seks, moshë, vendbanim,
Periodiciteti	Çdo vit
Kufizime	Paplotshmëri e skedave individuale, mungesa në raportim nga spitalet

Indikatori	Kolesteroli total i rritur në gjak
Përkufizimi	Prevalenca sipas moshës e kolesterolit total të rritur tek personat mbi 18 vjeç. Konsiderohet e rritur vlera ≥ 5 mmol/L (190 mg/dl) e kolesterolit total në plazmë.
Matja	Numëruesi : numri i pjesëmarrësve mbi 18 vjeç me vlera ≥ 5 mmol/L (190 mg/dl) të kolesterolit total në plazmë. Emëruesi: gjithë pjesëmarrësit mbi 18 vjeç në studim Shprehet në përqindje
Burimi i informacionit	Studime në popullatë me kampione të të gjithë vendit, ku bëhet e mundur matja e kolesterolit në gjak (konsiderohen të vlefshme edhe testi i shpejtë me gjak kapilar edhe testi laborator me gjak venoz)
Disagregimi	Mosha, seksi, vendbanimi dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin socio ekonomik të familjes nëse është e mundur
Periodiciteti	Çdo 5 vjet
Kufizime	Përfaqësueshmëri e kampioneve të zgjedhur, gabime sistematike të lidhur me matjen, validiteti i instrumentit, etj

INSTITUCIONET DHE MARRËDHËNIET NË FUSHËN E SHKËMBIMIT TË INFORMACIONIT SHËNDETËSOR



REFERENCA

1. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator definitions and specifications. WHO. November 2014
2. Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners. Albania: WHO statistical profile. Last updated January 2015
3. Core Health Indicators in the WHO European Region. Special Focus: Noncommunicable diseases. WHO Europe 2013
4. The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS)
5. World health statistics 2012. 1.Health status indicators.WHO
6. WHO Indicator and Metadata Registry (IMR) SDMX-HD Aggregate Data Exchange. 2009
7. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases WHO Europe 2012–2016
8. Albanian Reproductive Health Survey 2009
9. Albanian Demographic and Health Survey 2009
10. Substance Use in General Population Survey in Albania 2014
11. Health Behaviour in School Children in Albania 2014
12. Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Albania. 2013. 2016
13. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs in Albania 2015
14. Vendim Nr. 327, date 28.5.2014 Per percaktimin e formatit dhe menyres se mbledhjes e te raportimit te te dhenave nga ofruesit e sherbimeve te kujdesit shendetesor, publik ose privat
15. Ligj Nr.10 138, date 11.5.2009 Per shendetin public
16. Ligj Nr.9180, Date 5.2.2004 Per statistikat zyrtare

