

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI MAMI



Punim Diplome

**INFEKSIONET E ENDOMETRIT- ROLI I
MAMISË NË INFEKSIONET E ENDOMETRIT**

Kandidatja:

Elsa Morina

Mentori:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD,PhD

Gjakovë, 2019

INFORMATA RRETH PUNIMIT

Punimi i temës se diplomes: **“INFEKSIONET E ENDOMETRIT- ROLI I MAMISË NË INFEKSIONET E ENDOMETRIT”** i kandidatës **Elsa Morina** u punuar në Fakultetin e Mjekësisë “Fehmi Agani”Gjakovë.

Mentori i punimit:

Prof.Assit. Selami Sylejmani, MD, PhD

Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë

Punimi përmban: 42 faqe dhe 10 tabela.

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë **Elsa Morina** deklaroj se, kjo temë e Diplomës, **“INFEKSIONET E ENDOMETRIT-ROLI I MAMISË NË INFEKSIONET E ENDOMETRIT”** i llojit të studimit: **Rishikim i literaturës**, është punim i im origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punuar dhe përgatit duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregullorën për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e **Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë**.

FALENDERIMET

Falenderim të posaçëm për udhëheqësin të këtij punimi:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili gjithmonë dhe në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

U jam mirënjohese të gjithëve,

- **Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit** e Universitetit “Fehmi Agani”, Gjakovë, të cilët gjithmonë dhe në çdo kohë kanë qenë të gatshëm me përkrahjen e tyre.

- **Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falenderoj familjen time**, për mirëkuptimin, durimin, mbështetjen dhe përkrahjen që më kanë ofruar gjatë gjithë periudhës së studimeve.

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI	6
2. HYRJA	7
2.1. Inflamacionet e sistemit të sipërm gjenital të femrës	8
Ekzogjen	9
Endogjen	9
2.2. Etiologjia	11
2.3. Rrugët e përhapjes së infeksionit	13
2.4. Simptomet	15
2.4. Diagnoza	21
2.5. Mjekimi	25
2.6. Sëmundja inflamatore kronike e komblikut	30
2.6.1. Aktinomikoza e komblikut	30
2.6.2. Tuberkuloza gjenitale (tuberculosis genitalis)	32
2.7. Kujdesi Infermieror	34
3. QËLLIMI I PUNIMIT	37
4. DISKUTIMI	38
5. REZYME	39
6. RESUME	40
7. REFERENCAT	41
8. CV E KANDIDATES	42

ABSTRAKTI

“Infeksionet e endometrit- roli i mamisë në infeksionet e endometrit” është tema me të cilën kam punuar përpunim diplome. Ky punim përbëhet nga gjashtë pjesë kryesor dhe nënpjesë për secilën kapitull. Në kapitullin e parë apo në hyrje është sqaruar konkretisht se sa është problematike tema në fjalë, pse është e rëndësishme, në vazhdim janë sqaruar infeksionet e endometrit më konkretisht ndarja e tyre dhe sqarimi për çdo njërin. Është paraqitur edhe kujdesi infermieror si dhe në kuader të tij është paraqitur edhe roli i mamisë apo plani i kujdesit infermieror në këto raste. Punimi është ndertuar mbi bazën e një qëllimi si dhe është diskutuar literatura relevante me hulumtim apo publikim shkencor për infeksionet e endometrit.

2. HYRJA

Rruga tek pacientja me masë pelvike fillon me historinë menstruale. Për shumicën e grave në moshën riprodhuese që nuk janë shtatzëna masat adneksale paraqesin cistet ovariane beninje. Çrregullimi menstrual është më i zakonshëm kur kemi ciste funksionale të ovarit ose endometrioma. Menorragjia dhe dismenorea shfaqen shpesh me lejomiomën. Njëkohësisht me historinë menstruale, një histori familjare e kancerit të ovarit rrit merakun për kancer të ovarit.

Ekzaminimi pelvik zbulon pak shenja që janë ndihmuese për dallimin e masës pelvike. Një masë që është e fiksuar dhe solide tregon për tumor malinj. Për pacientet me masa adneksiale është vendimtare dallimi midis një cisti beninj dhe kancerit të ovarit. Pacientet e për zgjedhura me masat e vogla adneksiale duhet të mbikqyren për pak muaj. Gjithë pacientet e tjera kërkojnë eko urgjente të pelvisit.

Lokalizimi dhe karakterizimi i masës nga ekoja na drejton për vlerësim të mëtejshëm. Masat e zorrës dhe të fshikzës urinare zakonisht kërkojnë pamje të mëtejshme me anë të tomografisë së kompjuterizuar, RM, pielografisë intravenoze ose klizmës me barium. Ekoja mund të përcaktojë lëndimet uterine si shtatëninë, lejomiomën, cistet e ovarit dhe zmadhimin e uterusit.

2.1. Inflamacionet e sistemit të sipërm gjenital të femrës

Sëmundja inflamatore e komblikut (*Pelvic Inflammatory Disease - PID*) shenon inflamacionin e pjesës së sipërme të sistemit gjenital. Mund të bëjë me inflamacion të cilitdo, ose të të gjitha strukturave anatomike të pjesës së sipërme të sistemit gjenital: endometrit (*endometritis*), tubit të mitrës (*salpingitis*), vezores (*oophoritis*), miometrit (*myometritis*), serozës së mitrës dhe parametrit (*parametritis*) dhe *peritoneumit të komblikut*. Paraqitet më së shpeshti me *përhapje ascendente* të mikroorganizmave prej pjesës së poshtme të sistemit gjenital. Formën akute të PID-it shumica e autorëve e njëjësojnë me salpingitin i cili është më i shpeshti si edhe me pasojat e tij. Shprehja *inflamacion kronik i komblikut* sot nuk përdoret më përveq në rastin e tuberkulozës dhe aktinomikozës. Sëmundja inflamatore e komblikut numërohet në mesin e lëmive më të rëndësishme gjinekologjike për shkak të disa arsyeve:

- shpeshtësisë së lartë
- harxhimeve të mjekimit
- komplikimeve.

Rreth 2% e femrave seksualisht aktive më të reja se 25 vjeç do të sëmuret prej sëmundjes inflamatore të komblikut. Pas moshës 30 vjeçare shpeshtësia dyfish zvogëlohet. Sëmundja inflamatore e komblikut është e rrallë në postmenopauzë dhe para menarkës.

Harxhimet indirekte dhe direkte të mjekimit dhe komplikimeve të të sëmurave me sëmundje inflamatore të komblikut në SHBA gjatë këtij viti do të jenë rreth 4 miliard dollarë, e prej vitit tjetër madje 10 miliard në vit. Kjo përfshin 2,5 milion ekzaminime, 300 000 hospitalizime dhe 150 000 ndërhyrje kirurgjike.

Në *tbl. 1* janë paraqitur faktorët themelorë të rrezikut të sëmurjes prej inflamacioneve të pjesës së poshtme të sistemit gjenital. Në më shumë se 3/4 e rasteve sëmundja inflamatore e komblikut paraqitet tek femrat seksualisht aktive në moshën reproduktive. Më së shpeshti fjala është për femrat më të reja se 25 vjeç (75%). Sëmundja inflamatore e komblikut është shprehimisht e rrallë tek femrat të cilat nuk janë seksualisht aktive ose janë amenoroike (para menarkës, shtatzënës, postmenopauza).

TABELA 1. Faktorët e rrezikut të sëmuarjes nga inflamacioni i pjesës së sipërme të sistemit gjenital të femrës

Ekzogjen

- fillimi i hershëm i aktivitetit seksual
- shpeshtësia dhe natyra e jetës seksuale
- numri i partnerëve seksualë
- kontracepsioni
- manipulimet transcervikale dhe ngjarjet natyrore

Endogjen

- anatomia e qafës së mitrës
 - mukusi cervikal
 - menstruacioni
 - peristaltika e mitrës
 - trupi i huaj (IUD)
-

Tek femrat me *promiskuitet* ekziston pesë herë mundësia më e madhe që të sëmuren prej sëmundjes inflamatore të pelvikut. Ekziston lidhje e fortë ndërmjet shpeshtësisë së sëmundjeve seksualisht të transmetueshme dhe sëmundjes inflamatore të komblikut për popullatën e caktuar. Tek ato që janë shëruar nga sëmundja inflamatore e komblikut ekziston 25% gjasa që sëmundja do të përsëritet, sipas të gjitha gjasave për shkak të shpeshtësisë dhe natyrës së jetës seksuale. Përdorueset e mjeteve perorale kontraceptive iu janë ekspozuar infeksionit me klamidia të sistemit të poshtëm gjenital, por janë pak më të mbrojtura nga depërtimi i shkaktarëve në pjesën e sipërme për shkak të funksionit më të mirë mbrojtës të tamponit mukozal cervikal dhe

kohëzgjatjes së shkurtër të menstruacionit. Përveq kësaj simptomatologjia e sëmundjes inflamatore të komblikut tek përdoruesit e mjeteve perorale kontraceptive është më e lehtë, posaçërisht në rastin e infeksionit me klamidi për shkak të zvogëimit të përgjigjes hiperimune. Metodatat e kontracpcionit barrierë (kondomi, kapela cervikale etj.) e zvogëlojnë shpeshësinë e sëmundjes inflamatore të komblikut. Në faktorët e jashtëm të rrezikut numërohen edhe *gjendjet e hapjes më të madhe natyrale të kanalit cervical* si lindja, lehonja dhe aborti, si edhe të gjitha manipulimet transcervikale nga ana e mjekut (aborti i provokuar, kiretazha, biopsia e endometrit, histerosalpingografia, histeroskopia, persuflimi). Ato janë shkaqe të sëmundjes inflamatore të komblikut në *15% të rasteve*.

Faktorët endogjenë reduktohen në qafën më të shkurtër dhe më të hapur të mitrës, madhësisë së zonës eritroplakëse, mukusin e dobët cervical, nivel më të ulët të antitropave mbrojtës, kohëzgjatja e menstruacionit dhe çrregullimet e peristaltikës së mitrës dhe tubit të mitrës. Dispozitivi brenda mitror (IUD) rrit rrezikun për paraqitjen e sëmundjes inflamatore të komblikut 3 deri 5 herë. Rreziku më i madh ekziston prej momentit të vendosjes së dhe në 3 deri 4 javët vijuese. Më së shpeshti paraqitet endometriti progresiv (menoragjia, metroragjia, leukorea) në të cilin lidhet parametriti, formimi i abscesit tuboovarial dhe peritoniti. Nuk është dëshmuar se IUD është faktor i pavarur në paraqitjen e sëmundjes inflamatore të komblikut. Është treguar sesi tek femrat bartëse të rrezikut të ulët për paraqitje të sëmundjeve seksuale transmetive, e me vetë këtë edhe të sëmundjes inflamatore të komblikut, me IUD nuk ekziston shpeshësia më e madhe e paraqitjes së kësaj sëmundje sesa tek popullata e përgjithshme.

2.2. Etiologjia

Në numrin më të madh të rasteve fjala është për shkaktarët e *sëmundjeve seksualisht transmetive* siç janë *Chlamydia trachomatis*, *anaerobë* të ndryshëm (gardnerella, peptostreptokoku, bakteroidet, fuzobakteret, klostridiet, bacilus fragilis, prevotella), *gonokoket* dhe *mikoplazmat*. Shpesh janë agjentë etiologjik edhe *Escherichae coli*. Dëshmitë mikrobiologjike vendosen me analize të themeltë të strishos vaginale ose cervikale, biopsisë endometrike, shplarjes së hapësirës së Douglasit të fituar me kuldocentezë ose prej mostrave të marrura me laparoskopji (tbl. 2).

TABELA 2. Mikroorganizmat e izoluara prej tubit të mitrës tek femrat të cilat janë të sëmura prej sëmundjes inflamatore të kombikut

Sëmundjet seksualisht transmetive	Chlamydia trachomatis
	Neisseria gonorrhoeae
	Mycoplasma hominis
Aerobët	Streptococcus species
	Staphylococcus species
	Haemophilus species
	Escherichia coli species
Anaerobët	Bacteroides species
	Peptococcus species
	Peptostreptococcus species
	Clostridium species
	Actinomyces species

Numri i infeksioneve serioze të pjesës së sipërme të sistemit gjenital të cilat janë shkaktuar nga klamidia. Në vendet evropiane pjesëmarrja e gonoresë është gjithnjë e më e vogël, ndërsa në SHBA ajo është akoma mjaft e përhapur në disa mjedise qytetare. Mbahet se në përqindje të madhe njëkohësisht janë të pranishme edhe gonokoket dhe klamidia. Është numër i madh i infeksioneve të etiologjisë polimikrobike, të ashtuquajturat *infeksionet e përziara* të cilat janë posaçërisht të shpeshta në proceset më tepër të theksuara inflamatore (abscesi tuboovarial).

Lokalizimi tipik i gonoresë është në epitelin kolumnar ose transitor të endocerviksit ose ureterit. Është i ngjajshëm edhe lokalizimi primar i klamidisë e cila poashtu vepron brenda qelizës, e më ngadalë shumohet se gonokoku.

Kultura pozitive e shkaktarëve në strishon cervikale në 50% të rasteve gjendet në kulturën e përmbajtjes së tubit të mitrës (*tbl. 3*).

TABELA 3. Inflamacioni akut i kombikut - krahasimi i shkaktarëve të izoluar në strishon cervikale dhe përmbajtjen e tubit të mitrës

Shkaktari	Endocerviciti	Tubi i mitrës
N. gonorrhoeae	20 deri 30%	18 deri 20%
Chlamydia trachomatis	29%	35 deri 40%
Bacteroides		47%
Peptostreptococcus	anaerobët	49%
Gardnerella vaginalis		64%
Staphylococcus		38%
E. coli	aerobët	13%
Streptococcus		24%

2.3. Rrugët e përhapjes së infeksionit

Progresioni ngjitës është parim bazë i inflamacionit të pjesës së poshtme të sistemit gjenital, e me përhapjen e tyre në nivele më të larta vije deri te gjendjet gjithnjë e më të rrezikshme për shëndet dhe jetë të të sëmurës. Lokalizimet themelore janë përmendur në *tbl. 4* me atë që inflamacioni i përhapur përmban në vëllimin e saj të gjitha sëmundjet e poshtme inflamatore.

TABELA 4. Inflamacioni i organeve të sipërme gjenitale femërore - sëmundjet inflamatore të pelvikut

-
- cerviciti mukopurulent
 - endometriti
 - salpingiti
 - ooforiti
 - abscesi tuboovarial
 - abscesi i komblikut/abdomenit
 - pelveoperitoniti/peritoniti
-

Rruga ngjitëse e paraqitjes së sëmundjes inflamatore të kombliut është shumë më e shpeshtë edhe atë në kohën e *menstruacionit*. Me rrjedhjen e gjakut menstrual alkalik largohet mukusi në kanal in endocervikal, dhe alkalizohet përndryshe mjedisi acidik i vagjinës. Me këtë zhduket mbrojtja natyrale që lehtëson depërtimin e shkaktarit. Me depërtimin e bakteve prej mukozës së mitrës (*endometritis*) në tubat e mitrës vije deri te edema dhe hiperemia e mukozës së tubit të mitrës (*endosalpingitis*). Me tajimin e shtuar të eksudatit inflamator grumbullohet sekreti i cili në fillim është seroz, më vonë bëhet qelbëzues (pyosalpinx) (*fig. 1*). FIG. 1. Piosalpinksi i madh

Kur inflamacioni përfshin edhe shtresën muskulare të tubit të mitrës vie deri te edema e fimbriave dhe tërheqja e unazës muskulare që sjell deri te mbyllja e tubit të mitrës kah zgavra e barkut (*mekanizëm mbrojtës*). Me ndërprerjen e ndryshimeve akute inflamatore muri i tubit të mitrës hollohet, e në brendësi më së shpeshti mund të gjendet sekreti seroz (*hydrosalpinx*)

Me depërtimin e inflamacionit në vezore, më së shpeshti në vendin e folikulit të rupturuar, paraqitet ooforiti (*oophoritis*). Nëse vie deri te depërtimi i eksudatit inflamator përmes murit të tubit të mitrës të ngjitur formohet abscesi tuboovarial. Në *abscesin tuboovarial* shpesh ngjiten zorra afër dhe omentumi që e quajmë *kompleks tuboovarial*. Qelbi shpesh derdhet në komblikun e vogël ku me zorrën e hollë dhe të trashë dhe omentumin formon *abscessus cavi Douglasi*. Në më pak se 2% të rasteve sëmundja inflamatore e komblikut paraqitet me përhapjen e inflamacionit prej organeve të zgavërta (apendiksi i perforuar ose divertikuli) edhe atë më së shpeshti në post menopauzë. Përhapja *limfogjene* e inflamacionit në parametrium më së shpeshti është pasojë e ndërhyrjeve kirurgjike të cilat nuk janë kryer në kushte aseptike, për shembull konizimi, kiretazha dhe të tjera (*tbl. 5*).

TABELA 5. Rrugët e përhapjes së infeksionit në sëmundjen inflamatore të komblikut

ngjitëse mukozale

na vazhdimësi përmes murit të organi të zgavërtë

vektoriale (spermatozoidet, trikomonas)

hematogjene (tbc)

limfogjene (parametriti)

proceset inflamatore të afërta (apendiciti, divertikuliti)

2.4. Simptomet

Simptomatologjinë duhet ndarë në kuadër sipas *lokalizimit* bazë gjegjësisht vëllimit të procesit inflamator dhe sipas *shkaktarëve* të inflamacionit.

Simptomet klasike (temperatura e ngritur, sedimenti i rritur, dhimbja) mund të gjenden në vetëm 17% të femrave me diagnozë të vërtetuar me laparoskop të sëmundjes inflamatore të komblikut.

Shenjat klinike të sëmundjes akute inflamatore të komblikut kryesisht janë jospecifike. Nuk është e rrallë paraqitja e *adneksitit asimptomatik*. Madje 50% të femrave jopjellore me tuba të pakalueshëm të mitrës nuk vëren kurrfarë simptome. Diagnoza kryesisht vendoset në bazë të shenjave klinike. Vërtetohet me laparoskop në rreth 65% të rasteve. Në mbi 90% të të sëmurave paraqitet *dhimbja në pjesën e poshtme të abdomenit, dhimbshmëria e adnekseve dhe dhimbja e theksuar gjatë lëvizjes së qafës së mitrës* tek ekzaminimi bimanual. Përqindje e madhe e femrave (75%) ka kullim mukopurulent prej kanalit endocervikal. Temperaturën e ngritur mbi 38° e gjejmë në vetëm 30% të rasteve. *Gjakderdhjet abnormale* janë dukuri pak më të shpeshta në kuadër të sëmundjes inflamatore të pelvikut (40%) Testet laboratorike kanë specificitet dhe ndjeshmëri të ulët. Më pak se 50% të të sëmurave kanë *leukocitozë* > 10000 L/mm³. Sedimenti i ngritur mbi 15 është gjetje pak më e shpeshtë. *Proteina C-reaktive (CRP)* nuk është treguar si karakteristikë e mirë si për diagnozë ashtu edhe për përcjelljen e sëmundjes inflamatore të komblikut. Është me rëndësi të theksohet sesi në gati 3 deri 4% të femrave me dyshim në sëmundjen inflamatore të komblikut vie deri te shtatzania jashtë mitrës. Përcaktimi i -hCG duhet të jetë në kuadër të trajtimit të sëmundjeve inflamatore të komblikut (*tbl. 6*).

TABELA 6. Shpeshësia e simptomëve në inflamacionet akute të komblikut

dhimbja në pjesën e poshtme të barkut	95%
dhimbja e adneksëve në palpacion	92%
sedimentimi i ngritur	76%
kullimi abnormal vaginal	63%
gjakderdhjet e çrregullta	36%
temperatura e ngritur	33%
simptomët urinare	19%
simptomët tretëse	10%

Jacobson dhe bashkëpunëtorët, 1969.

Inflamacioni akut i qafës së mitrës karakterizohet me skuqje dhe lëndueshmëri të porcionit, kullim mukopurulent me ngjyrë të verdhë të gjelbër dhe gjetje të më tepër se 20 leukociteve në fushën vizive me zmadhim prej 1000 herë. Në gati 50% të rasteve izolohehen klamidia dhe/ose gonokoket.

Inflamacioni i mukozës së mitrës, *endometritis*, paraqitet në forma të ndryshme dhe gjendjeve biologjike të femrës, e në 50% të rasteve me cervicit akut mukopurulent. Kështu shfaqet në gjendje pas ndërhyrjes kirurgjike brenda mitrës, gjatë përdorimit të tamponit brenda mitror, në puerperium, në piometra si endometrit specifik tuberkuloz. Simptomët janë në numër më të madh të rasteve mjaft jospecifikë dhe të lehtë, e zakonisht manifestohen me ndjeshmëri të dhimbshme dhe gjakderdhje abnormale. Pasi që neutrofilet dhe limfocitet normalisht paraqiten në endometër në fazën luteinike të ciklit prania e tyre nuk duhet të shenojë endometritin. Gjetja e plazma-qelizave, që është përgjigje imune në antigjene bakteriale ose dëshmi për shkaktarët specifikë, në mënyrë diagnostike e vërteton endometrin. Vëmendje të posaçme duhet kushtuar në përdorueset e tamponit brenda mitror, tek të cilat në 5% të rasteve gjendet aktinomikoza në

strishon cervikale, dhe e cila e popullzon tamponin. Nëse infeksioni është simptomatik, duhet larguar tamponin dhe kryer mjekimin. Entitet i posaçëm është *endometriti plazmocelular kronik* i shkaktuar nga klamidia, i cili mund të gjendet në 80% të femrave me salpingit akut. Endometriti i pamjekuar mund të zhvillohet në salpingit.

Simptomat e **infeksionit gonokoksik** paraqiten në 2 deri 5 ditë pas kontaminimit, e manifestohen me kullim të shtuar vaginal dhe vështirësi dizurike. Rreth 50% të femrave janë pa simptome, në rreth 15% vie deri te inflamacioni i mëtejshëm ngjitës i komblikut, e në rreth 2% edhe deri te infeksioni i përhapur. Për shkak të replikimit të ngadaltë të klamidisë simptomat e para paraqiten 1 deri 4 javë pas inflamacionit, e shumë shpesh janë plotësisht të fshehta dhe jospecifike ashtu që infeksioni zbulohet vonë. Kështu që infeksionin me klamidie të pjesës së sipërme të organit gjenital e quajmë edhe të qetë ose të mbuluar, për dallim prej klasike gonokoksike, edhe pse lë pasoja njete të rënda patohistologjike të cilat rezultojnë me jopjellori, shtatzani tubare ose dhimbje kronike të komblikut.

Salpingiti, inflamacioni i tubit të mitrës, tek ne shpesh i njohur si *adneksit*, është lokalizim i fundit i inflamacionit para përhapjes së saj në hapësirën intraperitoneale. Në tubin e mitrës së pari formohet eksudati inflamator i cili pjesërisht mund të del përmes hyrjes abdominale në komblik, por mekanizmi i zakonshëm i mbrojtjes natyrale është mbyllja terminale e tubit të mitrës dhe pengimi i daljes së përmbajtjes inflamatore në zgavrën e barkut. Me zhvillimin e mëtejshëm të procesit inflamator eksudati shndërrohet në qelb që grumbullohet në tubin e mbyllur terminal të mitrës (*piosalpinksi*), që me përmirësimin e procesit inflamator gradualisht do të vie deri te vendosja e tij, kështu që përmbajtja qelbëzuese shndërrohet në transudat i cili mbetet në tubin përherë të mbyllur të mitrës (*hidrosalpinksi*).

Salpingiti i pamjekuar ose i mjekuar në mënyrë jo adekuate kalon në kronik me të gjitha pasojat: cikatrikset, mbylljet e tubit të mitrës dhe aderencave të komblikut që shkakton pengesa kronike me përkeqësime të kohëpaskohshme, zvogëlim të fertilitetit, ose infertilitet dhe sindrom të dhimbjes së komblikut

Në komplikimet e pjesës së sipërme të sistemit gjenital numërohet edhe *ooforiti*. Ky është inflamacion i vezores i cili më së shpeshti paraqitet si pasojë e salpingitit për shkak të ngjitjes së hyrjes abdominale të tubit të mitrës për vezore, posaçërisht nëse ai është lokalisht vulnerabil (trup i verdhë i freskët). Inflamacioni i vezores përndryshe mund të paraqitet edhe në mënyrë

hematogjene, posaçërisht në gjendje septike, sëmundjeve sistematike dhe parotitit. Komplikim i mëtejshëm serioz është formimi i *abscesit tuboovarial* si edhe piosalpinski kërcënon me pëlçitje dhe me hyrje të qelbit në zgavrën e lirë peritoneale.

Abscesi tuboovarial (ATO) është stadi i fundit i sëmundjes inflamatorë të komblikut i cili përfshin vetëm organet gjentiale. Në 10 deri 15% të femrave me sëmundje inflamatorë të komblikut zhvillohet abscesi tuboovarial, e madje në 30 deri 35% të atyre që janë hospitalizuar për shkak të sëmundjes inflamatorë të komblikut. Abscesi tuboovarial më së shpeshti paraqitet tek femrat *më të vjetra se se 30 vjeç*, e më tepër se gjysma e tyre ka lindur. Në 30 deri 50% të të sëmurave me absces tuboovarial në anamnezë gjenden karakteristikat e sëmundjes inflamatorë të komblikut. Rreth 25 deri 65% të femrave të cilat kanë absces tuboovarial më së shpeshti me vite përdorin tampon brendamitor. Kështu që abscesi tuboovarial mund të paraqitet në fazën fillestare të sëmundjes ose si rezultat i infeksionit subklinik.

Sëmundja manifestohet me *dhimbje* në pjesën e poshtme të barkut, *leukocitozë* dhe *temperaturë të ngritur*. Abscesi kronik nuk duhet të tregojë simptome tipike të sëmundjes. Përbërjen e mikroorganizmave në abscesin tuboovarial është vështirë ta caktojsh sepse të sëmurat para marrjes së përmbajtjes kryesisht kanë përdorur antibiotikë. Prapëseprapë, kryesisht fjala është për *florë të përzier* me mbizotërim të baktereve anaerobe.

Diagnoza e abscesit tuboovarial vendoset në bazë të të dhënave anamnestike, shenjave tipike klinike dhe simptomeve të sëmundjes, me palpacion të masave adneksale dhe me ekzaminim me ultrazë.

Problem i posaçëm është paraqitja e abscesit tuboovarial në *postmenopauzë*. Kryesisht është gjetje e rastësishme gjatë operacionit. Etiologjia e paraqitjes së abscesit tuboovarial në postmenopauzë është plotësisht e ndryshme nga mosha riprodutive. Më së shpeshti fjala është për sëmundjen e shoqëruar malinje (25%), perforimi i organeve të zbrazëta (apendiciti, divertikuliti) ose perforimi i mitrës me rastin e kiretazhës së fraksionuar.

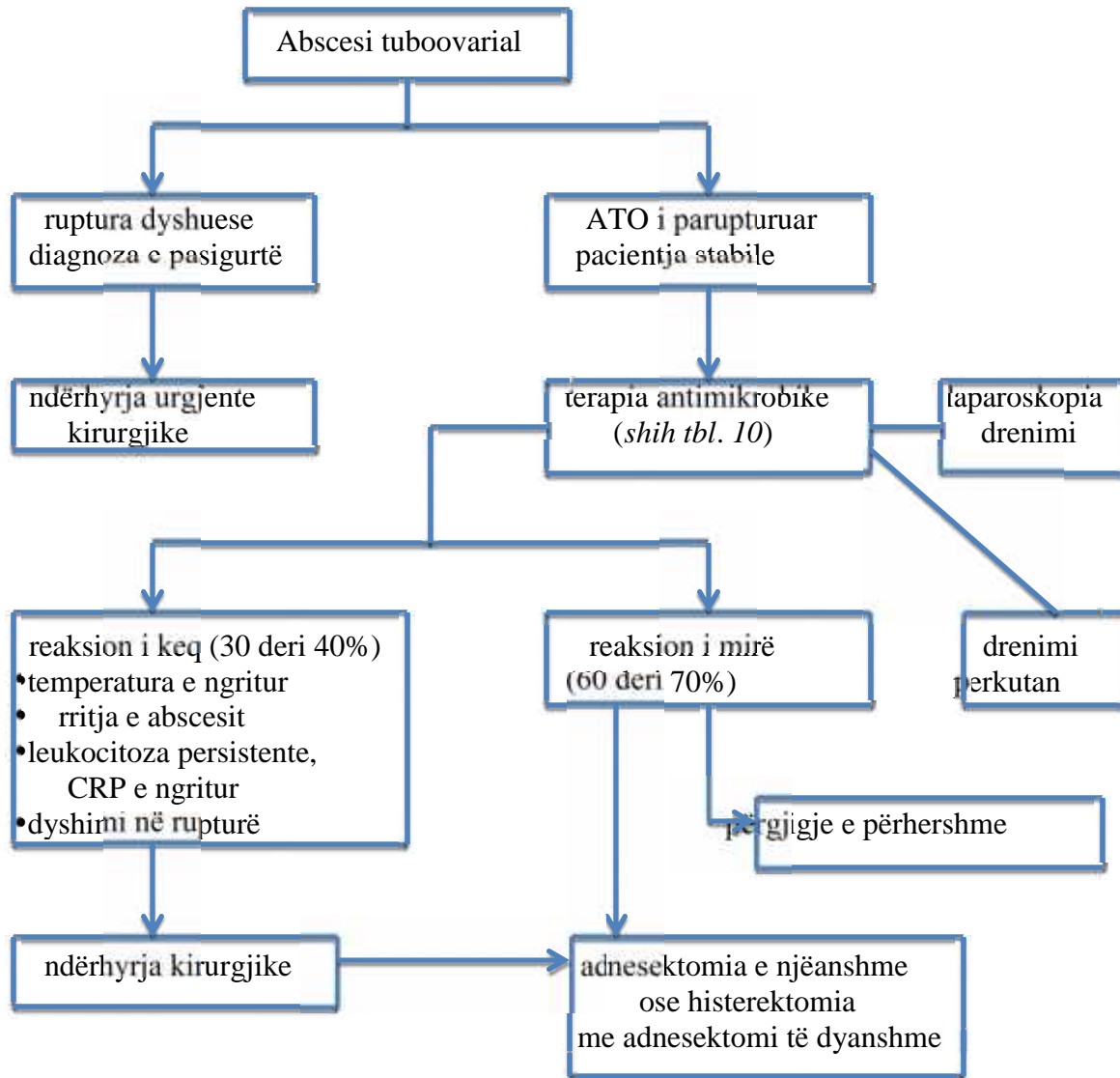
Mjekimi i abscesit tuboovarial (*shih skemën 1*) sot në rradhë të parë është medikamentoz, nëse nuk ka shenja të iritimit të peritoneumit. Rreth 50 deri 70% të rasteve të të sëmurave me mjekim adekuat me antibiotikë e shmang ndërhyrjen kirurgjike. Prej shumicës së kombinimeve me antibiotikë më të suksesshmit janë treguar klindamicina, metronidazoli dhe cefalosporinat e

gjeneratës së III-të. Në këtë mënyrë nëse qelbi deri diku është i lokalizuar, formohen *absceset e komblikut*, më sëshpeshti *abscesi në hapësirën e Douglasit*, e nëse vie deri te përhapja më e madhe e përmbajtjes mund të paraqiten *pelveoperitoniti* dhe *peritoniti*, gjendje të cilat, krahas sepsës, janë të rrezikshme për jetë.

Nëse dyshohet në rupturën e abscesit ose fjala është për pacienten jostabile, indikohet ndërhyrja kirurgjike. Tek femrat e moshuara kryesisht kryhet histerektomia me adnesektomi të dyanshme, deri sa tek më të rejat tentohet mënyra më konservatore të largohet abscesi (më së shpeshti adnesektomia). Për teknikat tjera të zbrazjes së abscesit me kuldocentezë, me punkSION perkutan ose me laparoskop flitet më vonë.

Entitet i posaçëm mbahet sindromi i *Fitz-Hugh-Curtisit* i cili është si pasojë e peritonitit të shkaktuar me sëmundjen inflamatore të pelvikut, e simptomet paraqiten për shkak të aderencave që formohen për shkak të inflamacionit të kapsulës së mëlqisë. Kështu që simptom kryesor i sëmundjes është dhimbja që paraqitet në kuadrantin e sipërm të djathtë të abdomenit, posaçërisht në inspirium. Përfshirja e kapsulës së mëlqisë me inflamacion mund të paraqitet në rreth 5% të femrave me salpingit, e shkaktarët më të shpeshtë janë gonokokët dhe klamidia.

SKEMA 1. Procedura në mjekimin e abscesit tuboovarial



2.4. Diagnoza

Diagnozën e sëmundjes inflamatore të pelvikut duhet ta vendosim edhe nëse ekziston dyshimi më i vogël. Për shkak të *pasojave* të shpeshta *dhe serioze* më mirë është të bëhet mjekimi me antibiotikë sesa t'i lihet rastit e të paraqiten dëme të papërnirësueshme siç janë infertiliteti, dhimbja kronike në komblik dhe/edhe shtatzania jashtëmitrës.

Diagnoza e hershme e inflamacionit të organeve gjenitale femërore është veprim i dëshirueshëm strategjik për shkak të mjekimit me kohë dhe zvoglimit të pasojave, por për fat të keq është e vështirësuar për shkak të pasigurisë së simptomëve dhe shenjave të sëmundjes. Domethënë, në rreth 50% të femrave që kanë inflamacion të adnekseve mjaft të fuqishëm që të shkaktojë joplleshmëri nuk vendoset diagnoza për shkak të mungesës së simptomëve. Më tepër janë të theksuara simptomët në vetëm një të tretën e këtyre femrave.

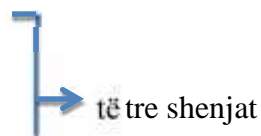
Laparoskopitë kontrolluese kanë treguar se në rastin e mbajtjes rigjide të kriterëve të ashpra diagnostike, diagnoza shpesh vendoset tepër vonë ose një numër i mirë i salpingitit parashikohet. Përkundër kësaj, me përdorimin e kriterëve të lira në mjekim përfshihet numër i madh i rasteve false pozitive.

Në *tbl. 7* janë paraqitur kriteret themelore për diagnozën klinike të sëmundjes inflamatore të komblikut. Përbëhen prej *kritereve minimale* (simptomët e sëmundjeve) dhe *kritereve shitesë* (shenjat ndihmëse të sëmundjes). Me kombinimin e të gjitha kriterëve kryesore dhe një sekondare fitohet saktësia diagnostike prej rreth 78%, me shtimin e dy kriterëve sekondare saktësia e pritur është rreth 90%, ndërsa me përmbledhjen e tre kriterëve pozitive sekondare arrihet saktësia diagnostike prej rreth 95%.

TABELA 7. Kriteret klinike për diagnozën e sëmundjes inflamatore të komblikut

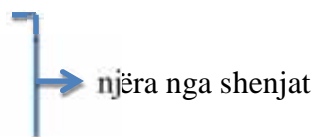
Kriteret minimale

- ndjeshmëria e dhimbshme e abdomenit të poshtëm
- dhimbshmëria në lëvizje të qafës së mitrës
- ndjeshmëria e dhimbshme e adnekseve



Kriteret shtesë

- temperatura > 38°C
- proteina C-reaktive e rritur
- sedimentimi i rritur
- gjetja pozitive mikrobiologjike e strishos cervikale
- abscesi i komblikut ose kompleksi palpator ose UZ



Qendra për kontrollin e sëmundjeve (SHBA), 1993.

Metoda më e sigurtë diagnostike është *laparoscopia*. Ajo në disa mjedise gjatë inflamacioneve të komblikut është aplikuar në mënyrë rutinore, si për qëllime diagnostike ashtu edhe për ato kuruese. Sot indikacionet kryesore për përdorimin e laparoskopisë janë diagnoza e pasigurtë, nevoja për dallimin diferencialo-diagnostik prej proceseve jashtëgjenitale në komblik dhe shtatzanisë jashtëmitrës, inflamacioneve të komblikut të cilat nuk tërheqen me mjekim antibiotik dhe nevoja e identifikimit dhe drenimit perkutan të absceseve të komblikut. Me laparoskop mund të vërtetohet adneksiti në 2/3 e të dyshimtëve klinikisht. Në rreth 20% të tyre gjetja është e rregulltë, e në 15% ekziston patologjia jashtë gjenitale. Në vetëm 45% të gjetjeve pozitive laparoskopike, të sëmurat kanë temperaturë më të lartë se 38°C, rreth 50% ka leukocite të rregullta, ndërsa 25% ka sedimentim të rregullt. Të gjitha këto rrethana tregojnë në vështirësi të vendosjes së diagnozës së sigurtë klinike.

Gjatë laparoskopisë merren strishot sterile për analizën mikrobiologjike të shkaktarëve të inflamacionit.

Weströmi në mënyrë laparoskopike ka zbuluar që jopllëshmëria si pasojë tek femrat të cilat kanë vuajtur nga sëmundja inflamatore e komblikut varet si prej numrit të recidivave ashtu edhe prej fuqisë së procesit inflamator (*tbl. 8*).

Tabela 8. Shkakutubari i jo-plleshmërisë pas sëmundjes inflamatorë të komblikut

Numri i epizodeve të SIK-it	Shtatzania tubare
inflamacioni i parë	9%
inflamacioni i dytë	20%
inflamacioni i tretë	40 deri 75% (varësisht prej moshës)

Weström dhe bashkëp. 1992.

Analiza mikrobiologjike e strishos së kanalit cervical, zgavrës së mitrës, mikrobiopsisë endometrike, strishos së hyrjes abdominale të tubit të mitrës ose lokacioneve tjera në komblik si edhe përmbajtjes së fituar me punkcion kryhet duke filluar prej ngjyrosjes së thjeshtë sipas Gramit gjatë dyshimit në gonokoke, përmes kultivimit specifik, testeve imunoenzimike, me ndihmën e antitropave monoklonik dhe përcaktimin e e specificitetit të shkaktarit ADN (PCR/LCR).

Ultrazëri mund të shërbejë si mjet ndihmës diagnostik gjatë zbulimit të piosalpinksit, abscesit tuboovarial dhe abscesëve të komblikut të lokalizimev të ndryshme, si edhe gjatë definimit të masave inflamatorë në të sëmurat shumë të trasha ose shumë të ndjeshme. Poashtu është i përshtatshëm për kontrollin e gjendjeve pas evakuimit të qelbit me punkcion.

Në praktikë për fatë të keq *përtej 90% të partnerëve seksualë* nuk mjekohet se nuk kryhet procedura diagnostike e marrjes së strishos uretrale bile për monokok dhe klamidia, kështu që duhet insistuar në këtë procedurë diagnostike.

Për nga diagnoza diferenciale në sëmundjen inflamatore të komblikut në konsideratë vijnë: fekdimi jashtë mitrës, apendiciti, divertikuliti, tumorët e vezoreve dhe zorrëve, endometrioza, raptura e cystës së vezores, torzioni i adnekseve dhe iskemia në miomë dhe adenomiozë. Tek femrat që e kemi vendosur klinikisht diagnozën e inflamacionit të komblikut laparoscopia tregon në 20 deri 25% të rasteve se kjo diagnozë është jo e saktë.

Disa karakteristika të inflamacionit të organeve të sipërme gjenitale seksuale:

- nëse inflamacioni i komblikut zhvillohet tek femrat në *postmenopauzë* çdoherë duhet menduar në *sëmundjet malinje* gjinekologjike, sëmundjen e sheqerit ose sëmundje të zorrëve.
- në tri javët e para pas vendosjes së DIU-it dukshëm është ngritur rreziku për sëmundjen inflamatore të komblikut
- *endocervit* me kullim uretral gjejmë në 75% të pacienteve me sëmundje inflamatore të komblikut.
- vetëm 35% të femrave me inflamacion akut të komblikut ka temperaturë të rritur mbi 38°C. Më pak se 50% të pacienteve ka leukocitozë mbi 10000 L/mm³
- *dhimbje në pjesën e poshtme të barkut* ndien 90% të të sëmurave
- shpeshtësia e *abscesit tuboovarial* tek femrat me inflamacion akut të komblikut është evidentuar në 20% të rasteve.

2.5. Mjekimi

Për mënyrën adekuate të mjekimit të sëmundjes inflamatore të komblikut, posaçërisht inflamacionit të adnekseve, nevojitet të vlerësohet vështirësia e sëmundjes, të mjekohet infeksioni me pengim të pasojave, nëse nevojitet të duhet të ndërmerren masat shtesë të përgjithshme, me kujdes të përcjelllet pacientja dhe të mjekohet partenri i saj seksual.

Pasoja të rëndësishme janë shtatzania ektopike e cila tek femrat me salpingit të shëruar është dhjetë herë më e shpeshtë sesa tek femrat pa inflamacion të shëruar, pastaj joplleshmëria për shkak të arsyes tuboovariale e cila varet nga rreptësia e sëmundjes dhe numri i recidivave dhe paraqitja e sërishme e inflamacionit dhe sindromi i dhimbjes së komblikut. Është e qartë se mjekimi duhet t'i përshtatet edhe moshës së femrës, gjegjësisht anamnezës së saj reproduktive (*skema 1*).

Mjekimi mund të jetë **medikamentoz, intervenues (instrumentalisht)** dhe **parandalues**.

Në mjekim me medikamente duhet dalluar të sëmurat tek të cilat nevojitet mjekimi spitalor (*tbl. 9*), prej atyre te të cilat mjekimi mund të kryhet në mënyrë ambulatore (*tbl. 10*).

Tabela 9. Mjekimi spitalor i sëmundjes inflamatore të komblikut

	klindamicin 3 x 900 mg i.v. / në ditë	— >	gjatë
	+		48 orëve
A	gentamicin 3 x 120 mg i.v. / në ditë		
	më tutje doksiciklin ose klindamicin <i>per os</i>		

B	ceftazidim (Mirocef) + doksiciklin (<i>shih tbl. 10</i>)		
---	--	--	--

	cefuroksim (Ketocef) 3 x 1,5 g i.m. / i.v.		
	+		
C	gentamicin 3 x 120 mg i.m. / i.v.		
	+		
	metronidazol 3 x 500 mg i.v.		

Tabela 10. Mjekimi ambulator i sëmundjes inflamatore të komblikut

	ceftazidim (Mirocef) ose cefotaksim (Makrocef) 2 g njëherë		
A	+		
	doksiciklin (Hiramycin) 2 x 100 mg <i>per os</i> (14 ditë)		

	ofloksacin (Tarvid) 2 x 400 mg <i>per os</i> (14 ditë)		
	ose		
	azitromicin (Sumamed) 1,5 g njëherë		
B	+		
	klindamicin 3 x 300 deri 400 mg <i>per os</i> (14 ditë)		
	ose		
	metronidazol 2 x 400 mg <i>per os</i> (14 ditë)		

Duhet të *hospitalizohen* nuliparat, ato me sëmundje klinikisht më shumë të shprehur ato me dyshim me shtatzani koekzistente, me masa të theksuara adneksale, përdorueset e tamponit brendamitror dhe ato me diagnozë të pasigurtë dhe ato që nuk përgjigjen në mjekimin e aplikuar me antibiotikë.

Parimet bshkëkohore të mjekimit të sëmundjes inflamatore të komblikut bazohen në njohuritë se në numër të rëndësishëm të të sëmurave fjala është për *infeksionin e përzier* polimikrobik. Kështu që mjekimi medikamentoz i rekomanduar mbështetet në mjekimin nga përvoja me antibiotikë të veprimit të gjerë ose dhe të shkaktarit të vërtetuar, me atë që me mjekim janë përfshirë edhe gonokokët edhe klamidia trahomatis.

Në *infeksionin gonokoksik* më së miri veprojnë cefalosporinat e gjeneratës së tretë siç janë ceftriaksoni, cefuroksimi dhe cefiksimi dhe barnat si ciprofloksacina dhe ofloksacina. Në *infeksionin klamidik* mirë veprojnë azimitromicina, doksiciklina, ofloksacina dhe eritromicina. Në *mikoplazma* të cilat nuk janë aq virulente, por gjenden në 50% të endometritit post partal dhe në 10% të salpingitit, favorshëm ndikojnë tetraciklinat. *Anaerobët* marrin pjesë në të gjitha infeksionet e përziere, e veçanërisht nxiten nga traumatizimi i indeve dhe me përdorim të antibiotikëve kundër baktereve aerobe. Me anaerobe ekziston prirja e formimit të abscesëve gjatë së cilës si shtesë prodhohet gazi, çka gjatë hapjes së këtyre abscesëve ose marrjes së mostrave të qelbit manifestohet me kundërmim të rëndë. Me infeksione anaerobe në komblik ekziston rreziku i shtuar prej tromboembolisë. *Mjekimi* medikamentoz *i infeksionit të përzier* në të cilin marrin pjesë anaerobët kryhet me klindamicinë, metronidazol, imipenem, cefalosporina të caktuara të gjeneratës së tretë, si dhe me amoksicilinë me shtim të acidit klavulonik.

Që të mos humbet kohë në pritje të rezultateve të ekzaminimit mikrobiologjik i cili, për fat të keq, mund të jetë edhe e pasuksesshme dhe e pasaktë, rekomandohet në kushte spitalore mjekimi medikamentoz i sëmundjes së rëndësishme inflamatore të komblikut të fillohet me aplikimin intravenoz të klindamicinës me shtim të gentamicinës ose ofloksacinës, të paktën edhe një kohë të shkurtër pas shërimit klinik të të sëmurës, dhe të vazhdohet me terapi perorale me klindamicinë ose doksiciklinë deri te zgjatja e terapisë me antibiotikë për 14 ditë. Për të sëmurat ambulatore mjekimi mund të fillon me kombinimin e ofloksacinës dhe metronidazolit, dhe me tërheqjen e vështirësive kryesore të vazhdohet mjekimi me doksiciklinë në kohëzgjatje të përgjithshme prej dy javësh. Vëmendje të posaçme kërkon mjekimi me infeksion me klamidie

sepse të sëmurat mund të kenë ndjenjë që janë të shëruara e të jenë pa simptome, ndërsa infeksioni në të vërtetë vetëm është përmbajtur, por jo shëruar, kështu që vazhdimi subklinik i infeksionit shkakton dëmtim të mëtejshëm të tubit të mitrës. Kështu që mjekimin duhet vazhduar deri në arritjen e gjetjeve negative të kulturave kontrolluese.

Mjekimi intervenues konsiston në *punksionin* dhe *evakuimin* e përmbajtjes qelbëzuese: drenimit të absceseve të komblikut, ndërhyrjes laparoskopike diagnostiko-terapeutike ose laparotomisë. Gjatë kësaj rol kryesor do të luan gjendja klinike e të sëmurës dhe moshë e saj, gjegjësisht anamneza reproduktive. Në pacientet e moshuara të cilat nuk do të lindin më do të vepohet, me qëllim që të arrihet shërimi përfundimtar, më radikalisht se sa tek të sëmurat e reja para të cilave akoma qëndron ardhmëria reproduktive. Zakonisht kur të arrihet zbutja e simptomeve dhe shenjave klinike nën mbikqyrjen e ultrazërit punktohen dhe zbrazen piosalpinkset, absceset tuboovariale ose absceset e komblikut, e gjatë kësaj mund të vendosen drenimet perkutane abdominale ose vaginale. Nëse përsëri vie deri te grumbullimi i përmbajtjes punksioni mund të përsëritet. Përmbajtja analizohet mikrobiologjikisht, e të gjitha ndërhyrjet kryhen nën mbrojtje të antibiotikëve. *Laparoskopia* vie në shprehjesi në fazën e hershme të procesit inflamator, ashtu edhe më vonë, sepse mundëson orientim të mirë për vëllimin e procesit, siguron mostra të pastërta për kultivim, mundëson zgjedhje të hershme të adrencave të hershme, evakuim të qelbit, zbulim të abscesit, vendosjes së drenimit, si dhe ndërhyrja kirurgjike nëse nevojitet.

Indikacionet për laparotomi janë pelveoperitoniti dhe peritoniti, gjendjet septike të cilat nuk tërheqen me mjekim me antibiotikë, absceset rezistente të komblikut ose absceset tuboovariale që kërcënojnë me shpërthim, ose që përherë ripërtriten. Tek laparotomia me gjetje themelore, gjendjes klinike, moshës dhe anamnezës reproduktive bihet vendimi për vëllimin e ndërhyrjes: prej konzervative e deri te nxjerrja radikale e mitrës dhe adnekseve me drenim vaginal të hapësirave të Dagllasit, që nganjëherë vetëm kjo mund ta shpëtojë jetën e të sëmurës.

Mjekimi i plotë, i cili përbëhet prej tentimit të shërimit të plotë me sa më pak psoja të padëshirueshme, kryesisht është medikamentoz, e sipas nevojës intervenues, që dmth sesi përfshin përcjelljen e pacientes e cila pas një infeksioni i nënshtrohet tjetrit ose paraqitjes së sërishme të sëmundjes, mjekimi i partnerit seksual dhe edukimit detal për sëmundjet seksualisht transmetive.

Në veprimin preventiv të procedurës, krahas edukimit, rol jashtëzakonisht i rëndësishëm është *diagnoza* e hershme dhe mjekimi i inflamacionit të organeve të poshtme gjenitale femërore ashtu që të pengohet depërtimi i shkaktarit dhe rrezikun jatrogjen ta reduktojmë në masën më të vogël të mundshme (të nevojshme ndërhyrjet transcervikale, tamponët brendamitorë).

Përfundimisht duhet të përkujtohet që *shkaktarët kryesorë të sëmundjes inflamatore të komblikut janë sëmundjet seksualisht transmetive* të cilat më të shpeshta janë tek popullata e re seksualisht aktive, me shumë partnerë seksual. Për fat të keq, sëmundjet seksualisht transmetive janë shpesh *asimptomatike*, si te këmrat ashtu edhe tek meshkujt. Madje, disa simptome mund të paraqiten në femra plotësisht të shëndoshë ndërsa tëk të sëmurat nuk paraqiten. *Edukimi* për sëmundjet seksualisht transmetive është arma më e fuqishme në parandalimin e tyre. *Diagnoza e hershme dhe terapia* e mirë *antimikrobike* zvogëlon gjasat për sëmurjen dhe pasojat e sërishme, e duhet përfshirë edhe partnerin seksual. Dëshmi e mjekimit të mirë, pas inflamacionit të shëruar të organeve të sipërme gjenitale femërore, në moshën reproduktive paraqet shtatzania e rregulltë brenda mitrës.

Në kuadër të mjekimit, por edhe të edukimit të pacienteve, çdo herë nevojitet të kemi në mendje *pasojat serioze* të sëmundjes inflamatore të komblikut, e këto janë *jopjelloria, shtatzania jashtë mitrës, dhimbja kronike në komblik* etj.

2.6. Sëmundja inflamatore kronike e komblikut

2.6.1. Aktinomikoza e komblikut

Aktinomicetet, më së shpeshti *Actinomyces israelii*, janë shkaktarë të sëmundjes inflamatorë të komblikut. Aktinomicetet janë baktere anaerobe gram- pozitive. Izolohen si shkaktarë të sëmundjes inflamatorë të komblikut në 8 deri 13% të rasteve. Shumë shpesh shkaktojnë inflamacion të komblikut tek femrat që përdorin tampon brenda mitror (angl. *IUD - Intra Uterine Device*). Qëndron se rreziku prej paraqitjes së sëmundjes inflamatorë të komblikut tek femrat që përdorin tampon brenda mitror është dy deri katër herë më i madh se tek femrat që nuk përdorin këtë formë të kontracepcionit. Rol i saktë i *Actinomyces israelii* në patogjenezën e sëmundjes inflamatorë të komblikut është i panjohur. Konsiderohet që qafa e mitrës është vendbanim i infeksionit primar me aktinomiceta. Këto baktere banojnë kriptat endocervikale dhe shkaktojnë endocervicit kronik i cili kryesisht mbetet i panjohur për shkak të simptomeve të pakta ose kurrafaë simptomesh. Nëse tek këto të sëmura vendoset tamponi brendamitror ai bëhet mjet ideal (bartës) për ngjitje (ascendim) të aktinomiceteve në endometrium dhe mukozë të tubit të mitrës. Besohet se si defekti ovulator në korën e vezores është vend hyrës përmes së cilit këto baktere e kolonizojnë vezoren. Sëmundjen inflamatorë të komblikut të shkaktuar nga aktinomicetat e karakterizon ecuria më e gjatë, kronike.

Në pamjen klinike të inflamacionit të përparuar mbizotërojnë:

- dhimbja në komblik
- temperatura e ngritur trupore
- diarretë, tenezmat (përmbajtja qelbëzuese në hapësirën e Dagllasit).

Krahas kësaj e sëmura zakonisht ka leukocitozë mesatare (12 deri 18000 L/mm³), sedimentim të shpejtuar të eritrociteve, lëvizje të lehtë në të majtë në pasqyrën e gjakut (numri i granulociteve të josegmentuara është 15 deri 20%).

Me ekzaminim në spekulum shihet përmbajtje e dendur mukopurulente e cila rrjedh prej kanalit endocervikal. Me ekzaminim klinik zakonisht gjejmë tumor të dhimbshëm dhe shpesh (60 deri 70% të rasteve) të dyanshëm adneksal (piosalpinski, pioovariumi, abscesi tuboovarial).

Diagnozën e vendosim në bazë të:

- anamnezës (IUD)
- ekzaminimit klinik
- ekzaminimit me ultrazë
- ekzaminimit mikrobiologjik të strishos së endocerviksit
- ekzaminimit mikrobiologjik të punkcionit të abscesit (gjatë operacionit).

Mjekimi varet prej gjetjes klinike dhe mund të jetë:

- konservativ
- kirurgjik.

Mjekimin konservativ (antibiotikët) kryesisht e aplikojmë në mjekimin e endocervicitit aktinomikotik, endometritit dhe endosalpingitit. Zakonisht aplikohet penicilina. Rekomandohet doza ditore prej 10 deri 30 milion njësi. Për mjekim kirurgjik vendosim në fazën e përparuar të sëmundjes inflamatore të kombikut (abscesi tuboovarial). Vëllimi i ndërhyrjes varet prej gjetjes intraoperative, moshës së të sëmurës dhe anamnezës reproduktive.

2.6.2. Tuberkuloza gjenitale (tuberculosis genitalis)

Tuberkuloza e organeve gjenitale femërore gati gjithmonë është sekondare dhe paraqitet me përhapje të sëmundjes nga ndonjë vatër jashtë gjenitale (mushkëritë, veshkat, eshtrat). Në 95% të rateve shkaktar është *Mycobacterium tuberculosis* i njeriut. Në 5% të të sëmurave shkaktar është *Mycobacterium bovis*. Atëherë sëmundja përhapet me diseminim prej vatrës primare në zorrë dhe/ose nyjeve limfatike mezenteriale. Sëmundja prej vatrës primare përhapet me rrugë hematogjene. Zakonisht zbulohet tek femrat e moshës reproduktive (20 deri 40 vjet) gjatë trajtimit të sterilitetit ose amenoresë sekondare. Më tepër se 90% të të sëmurave ka pasur në fëmijëri ose rini të hershme kontakt afatgjatë me shkaktarë të tuberkulozit (anëtarët e sëmurë të familjes). Prapëseprapë, sot tuberkuloza gjenitale në Kroaci është sëmundje e rrallë. Prej organeve të brendshme gjenitale me tuberkulozë më së shpeshti përfshihet tubi i mitrës, e pastaj vezorja. Mukoza e mitrës zakonisht infektohet në mënyrë sekondare me zbritje të infeksionit prej tubit të mitrës.

Kur me tuberkulozë përfshihet endometri, kjo rregullisht do të thotë sesi inflamacioni ekziston në tuba të mitrës.

Tuberkuloza gjenitale gati gjithmonë ka ecuri kronike. Tuberkuloza në tuba të mitrës shkakton endo- ose ekzosalpingit, aderenca dhe ndryshime fibroze.

Tuberkuloza e tubit të mitrës mund të shkaktojë piosalpinkos ose fibrozë të tubit të mitrës. Sëmundja në 30% të rasteve bartet rastësisht edhe në vezore. Në fazën e mëvonshme vie deri te kalcifikimi i murit të tubit të mitrës dhe nyjeve limfatike. Endometriti tuberkular do të sjell deri te dëmtimi i endometrit që ka për pasojë gjakderdhje të çrregullta nga mitra, menstruacione të pakta (hipomenore) ose amenore për shkak të paraqitjes së aderencave (sy. Netter-Musset). Lokalizime të rralla të tuberkulozës gjenitale janë në vulvë, vagjinë ose qafë të mitrës.

Tuberkuloza gjenitale bart rrezik të lartë për *jopllëshmëri* (rreth 70%). Në gjysmën e pacienteve *menstruacionet* janë të rregullta. *Dhimbje kronike të komblikut* ka 20 deri 35% e të sëmurave me tuberkulozë gjenitale, ndërsa shpeshësia më e madhe është e *ascitit*.

Diagnoza vendoset në bazë të simptomave dhe shenjave të përmendura. Më e rëndësishme në raste të paqarta të inflamacionit të komblikut dhe dhimbjes dhe infertilitetit është të mendohet në mundësinë e tuberkulozës gjenitale. Këtu çdoherë ndihmojnë të dhënat anamnestike për tuberkulozën endemike ose sëmundjen në rrethinë.

Gjatë vendosjes së diagnozës së tuberkulozës gjenitale karakteristikat bazë janë:

- anamneza familjare dhe personale
- amenorea primare e mitrës
- gjakderdhjet e çrregullta
- inflamacioni i paqartë i komblikut, dhimbja e komblikut
- infertilitetit
- asciti.

Diagnoza vendoset me analizë patohistologjike dhe mikrobiologjike (kultura dhe eksperimenti biologjik) të mostrës së kiretazhës ose gjakut menstrual (dita e parë). Më vështirë vendoset nëse nuk është përfshirë edhe endometri. Histerosalpingografia ka gjetje karakteristike të tubave të mitrës (qeska e duhanit, llulla), shpesh shihen kalcifikimet. Të rregullta janë intravazimet e kontrastit.

Mjekimi është afatgjatë (9 deri 12 muaj), dhe përdoret kombinimi i zakonshëm i antituberkulotikëve. Nëse pas shërimit edhe vie deri te shtatzania, ajo në vetëm 20 deri 30% të rasteve përfundon me lindje. Në mënyrë të konsiderueshme atëherë janë më të shpeshta shtatzania jashtëmitrës dhe abortet spontane.

2.7. Kujdesi Infermieror

Infeksioni puerperal është një infektion i traktit riprodhues që ndodh brenda 28 ditëve pas lindjes ose abortit. Kjo është një nga shkaqet kryesore të vdekjes së nënës (renditja e dytë pas hemorragjisë postpartum).

Plani i kujdesit ngamamitë përfshijnë - menaxhimi infermieror të klientëve me infektion puerperal përfshin parandalimin e përhapjes së kontrollit të infeksionit, promovimin e shërimit dhe përmirësimin e lidhjes / lidhjes së prindit dhe fëmijës.

Këtu janë katër plane të kujdesit infermieror për infeksionin Puerperal ose infeksionet postpartum:

- Rreziku për infeksionin;
- Dhimbje akute;
- Rrezik për pritjen e ndryshuar të prindit-foshnje;
- Ushqyerja e pabalansuarr: më pak se kërkesat e trupit.

Tabela.10.

Ndërhyrjet infermierore	Arsyeshmëria
Shqyrtoni të dhënat e lindjes, të lindjes dhe të paslindjes.	Identifikon faktorët që e vendosin klientin në rrezik të lartë kategori për zhvillimin / përhapjen e infeksionit postpartal.
Demonstrojnë dhe mbajnë një politikë të rreptë të larjes së duarve për stafin, klientët dhe vizitorët.	Ndihmon në parandalimin e ndotjes së kryqëzuar.
Udhëzoni deponimin e duhur të linjave të ndotura, veshjeve. Të tregohet ruajtja e izolimit.	Parandalon përhapjen e infeksionit.
Monitoroni temperaturën, pulsën dhe frymëmarrjen. Vini re praninë e dridhjeve ose raporteve të anoreksi.	Vlerat e ngritura në shenja jetësore shoqërojnë infeksionin; luhatjet ose ndryshimet në simptoma, sugjerojnë ndryshime në statusin e klientit.
Monitoroni tem.gojore / parenterale, duke theksuar nevojën për të paktën 2000 ml lëngje në ditë. Vini re prodhimin e urinës, shkallën e hidratimit dhe praninë e nauze, të vjellave ose diarresë.	Rritja e konsumit zëvendëson humbjet dhe rrit vëllimin çarkullues, duke parandaluar dehidratimin dhe ndihmën në uljen e etheve.
Inkurajoni pozitën e gjysmë-Fowler.	
Nxitja e përqendrimit të hershëm, të balancuar me pushim adekuat.	Rrit qarkullimin; nxit pastrimin e sekrecioneve të frymëmarrjes dhe kullimit lokial; rrit shërimin dhe mirëqenien e përgjithshme.

<p>Vreni raportet e dhimbjes së këmbës ose të gjoksit. Shënoni zbehjen, ënjtjen ose ngurtësinë e skajit të poshtëm.</p>	<p>Këto shenja dhe simptoma sugjerojnë formimin e thrombave septike. Shënim: Sëmundjet embolike, veçanërisht embolizmi pulmonar, mund të jenë tregues fillestar i tromboflebitit.</p>
<p>Rekomandoni që nëna me gji të kontrollojë periodikisht gojën e foshnjës për praninë e copëzave të bardha.</p>	
<p>Inkurajoni klientët / çiftët të japin prioritet për përgjegjësitë e postdisiplinës (p.sh., detyrat e shtëpisë, kujdesin për fëmijët)</p>	<p>Klienti do të kërkojë pushim shtesë për të lehtësuar rikuperimin / shërimin. Detyrat e familjes duhet të ri-përcaktohen ose të shtyhen sipas nevojës.</p>
<p>Udhëzoni në përdorimin e duhur të medikamenteve (p.sh, me ose pa ngrënie, merrni gjithë rrjedhën e antibiotikut, siç është përshkruar).</p>	<p>Antibiotikët oral mund të vazhdojnë pas shkarkimit. Dështimi në përfundimin e ilaçeve mund të çojë në rikthim.</p>
<p>Diskutoni rëndësinë e pushimit të siç duhet.</p>	<p>Promovon shërimin dhe zvogëlon rrezikun.</p>
<p>Monitorimi i studimeve laboratorike, siç tregohet:</p>	<p>Identifikon procesin e infektimit / organizmin shkaktues dhe agjentët e duhur antimikrobik.</p>

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i punimit ishte të paraqiten problematika e sëmundjeve dhe infeksioneve të endometrit tek vajzat e gratë. Gjithashtu qëllim tjetër i punimit ishte edhe roli i mamis në infeksionet e endometrit dhe kujdesi shendetësorë.

4. DISKUTIMI

Endometrit kronik (CE) në përgjithësi është asimptomatik ose ka simptoma të paqarta, siç janë gjakderdhja jonormale e mitrës, dhimbja e legenit etj. Mirpo sipas hulumtimit të realizuar ka treguar se shkalla e përhapjes së CE është rreth 10% deri në 11% bazuar në biopsi të pacientëve të cilët janë nënshtruar hysterektomis për shkak të kushteve gjinekologjike beninje. Gjinekologët dhe patologët shpesh nuk e përqendrojnë shumë vëmendjen klinike në CE për shkak të ekzaminimeve mikroskopike që kërkojnë kohë për të diagnostikuar CE, manifestimet e lehta klinike dhe natyrën e mirë të sëmundjes. Megjithatë, marrëdhënia e mundshme e CE me ndërlikime infertilitetit / ose perinatale ka dalë kohët e fundit si një fushë e hulumtimit në vazhdim.

Deri më tani, CE është konsideruar e parëndësishme në praktikën klinike gjinekologjike. Megjithatë, ajo është shoqëruar me rezultate të dobëta riprodhuese. Në rastet e CE, bashkëjetesa paqësore midis imunitetit të mikpritësve dhe mikroorganizmave prishet, shpërndarja e limfociteve të përfshira në implantimin e embrioneve ndryshohet dhe në fund të fundit, receptueshmëria e EM zvogëlohet për shkak të sekretimit joadekuat të citokineve të ndryshme.

Studimet klinike të kohëve të fundit në pacientët me RPL ose RIF treguan se trajtimi antibiotik për CE mund të sjellë ndryshime dramatike në rezultatet e ardhshme të shtatzënisë. Artikulli ynë i rishikimit u përpoq të vlerësojë përfitimet e procedurave histeroskopike në diagnozën dhe trajtimin e CE latente, si një shtesë e teorive ekzistuese. Megjithatë, për shkak të mungesës së provave të cilësisë së lartë në literaturën e botuar, propozimet e tilla duhet të mbeten hipotetike. Prandaj, duhet të kryhen studime prospektive të mirë-dizenuara ose RCT për të sqaruar lidhjet e

mundshme midis CE dhe rezultateve të dobëta riprodhuese, si dhe efikasitetin e ndërhyrjeve endometrial.¹

5. REZYME

Hyrja

Sëmundja inflamatore e kombikut shenon inflamacionin e pjesës së sipërme të sistemit gjenital. Mund të bëjë me inflamacion të cilitdo, ose të të gjitha strukturave anatomike të pjesës së sipërme të sistemit gjenital: endometrit (*endometritis*), tubit të mitrës (*salpingitis*), vezores (*oophoritis*), miometrit (*myometritis*), serozës së mitrës dhe parametrit (*parametritis*) dhe *peritoneumit të kombikut*. Simptomet klasike (temperatura e ngritur, sedimenti i rritur, dhimbja) mund të gjenden në vetëm 17% të femrave me diagnozë të vërtetuar me laparoskop të sëmundjes inflamatore të kombikut. Mjekimi bëhet me antibiotikë.

Qëllimi

Qëllimi i punimit ishte të paraqiten problematika e sëmundjeve dhe infeksioneve të endometrit tek vajzat e gratë. Gjithashtu, qëllim tjetër i punimit ishte edhe roli i mamis në infeksionet e endometrit dhe kujdesi shendetësorë.

Metodologjia e punës

Punimi është i llojit rishikim literature. Është shfryezuar biblioteka e qytetit të Gjakovës si dhe biblioteka e Fakultetit të Mjekësisë në Gjakovë.

Diskutimi

Endometrit kronik (CE) në përgjithësi është asimptomatik ose ka simptoma të paqarta, siç janë gjakderdhja jonormale e mitrës, dhimbja e legenit etj. Mirpo sipas hulumtimit të realizuar ka treguar se shkalla e përhapjes së CE është rreth 10% deri në 11% bazuar në biopsi të pacientëve

¹Hyun Jong Park, You Shin Kim, Tae Ki Yoon, and Woo Sik Lee- Chronic endometritis and infertility. Published online 2016 Dec 26. PubMed.

të cilët janë nënshtruar hysterektomis për shkak të kushteve gjinekologjike beninje. Gjinekologët dhe patologët shpesh nuk e përqendrojnë shumë vëmendjen klinike në CE për shkak të ekzaminimeve mikroskopike që kërkojnë kohë për të diagnostikuar CE, manifestimet e lehta klinike dhe natyrën e mirë të sëmundjes.

Fjalë kyçe: inflamacion i kombikut, infeksioni i endometrit, kujdesi infermeiror, roli i mamisë.

6. RESUME

Entry

The pelvic inflammatory disease marks the inflammation of the upper genitalia system. Can cause inflammation of any or all of the upper anatomical structures of the genital system: endometritis, uterine (salpingitis), ovary (oophoritis), myometritis (myometritis), uterus serigraphy parameterization) and peritoneum of the coma. Classical symptoms (raised temperature, increased sediment, pain) can be found in only 17% of women with diagnosed laparoscopic diagnoses of inflammatory bowel disease. Treatment is done with antibiotics.

Purpose

The aim of the paper was to present problems of endometrial illnesses and infections in girls and women. Also, the other purpose of the work was the role of midwifery in endometrial infections and health care.

Methodology of work

The research is a review of the literature. Is used the city library of Gjakova and the library of the Faculty of Medicine in Gjakova.

Discussion

Chronic endometrium (CE) is generally asymptomatic or has unclear symptoms, such as abnormal uterine bleeding, pelvic pain, and so on. However, according to the research conducted, it has been shown that the CE proliferation rate is about 10% to 11% based on the biopsy of patients who have undergone hysterectomy due to benign gynecological conditions.

Gynecologists and pathologists often do not concentrate too much clinical attention in the EC because of microscopic examinations that require time to diagnose CE, light clinical manifestations, and the good nature of the disease.

Key words:pelvic inflammation, endometrial infection, nursing care, the role of midwife

7. REFERENCAT

1. Berek, Jonathan S. Gjinekologjia e Berek dhe Novak. [ed.] Blerina Cela Gentian Vyshka. [trans.] Amanilda Dyrmishi, Antonela Koro, Ardit Sola, Ardit Tela, Arjola Zeqollari, Arminda Avdylaj, Blerina Qela, Enjeda Male Ana Myrto. Shkup : Tabernakul. p. 1674. ISBN-978-608-210-320-4.
2. Gjinekologjia, Fehmi Ahmeti- botimi i dytë i përpunuar, Prishtinë 2016.
3. Greenwood SM, Moran JJ. Chronic endometritis: morphologic and clinical observations. *Obstet Gynecol.* 1981;58:176–184. [[PubMed](#)]
4. Kitaya K, Yasuo T. Immunohistochemical and clinicopathological characterization of chronic endometritis. *Am J Reprod Immunol.* 2011;66:410–415. [[PubMed](#)]
5. Polisseni F, Bambirra EA, Camargos AF. Detection of chronic endometritis by diagnostic hysteroscopy in asymptomatic infertile patients. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55:205–210. [[PubMed](#)]
6. Bayer-Garner IB, Korourian S. Plasma cells in chronic endometritis are easily identified when stained with syndecan-1. *Mod Pathol.* 2001;14:877–879. [[PubMed](#)]
7. Yorukoglu K, Kuyucoglu F. Chronic nonspecific endometritis. *Gen Diagn Pathol.* 1998;143:287–290. [[PubMed](#)]
8. Kitaya K, Matsubayashi H, Yamaguchi K, Nishiyama R, Takaya Y, Ishikawa T, et al. Chronic endometritis: potential cause of infertility and obstetric and neonatal complications. *Am J Reprod Immunol.* 2016;75:13–22. [[PubMed](#)]

9. Romero R, Espinoza J, Mazor M. Can endometrial infection/inflammation explain implantation failure, spontaneous abortion, and preterm birth after in vitro fertilization? *Fertil Steril.* 2004;82:799–804. [[PubMed](#)]
10. Zolghadri J, Momtahan M, Aminian K, Ghaffarpasand F, Tavana Z. The value of hysteroscopy in diagnosis of chronic endometritis in patients with unexplained recurrent spontaneous abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;155:217–220. [[PubMed](#)]

8. CV E KANDIDATES

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Morina
2.Emri	Elsa
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	10.11.1997
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1174280394
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	+383 45 289 624
Adresa:	Prizren
Emaili:	emorina899@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e Mesme e Mjekësisë Luciano Motroni Prizren
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë

Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	150305040