

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: MAMI



SËMUNDJET UROGJINEKOLOGJIKE

PUNIM DIPLOME

Kandidatja:

Arlinda Shala

Mentor:

Prof. asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, 2018

I

INFORMATA RRETH PUNIMIT

Punimi i diplomës: “SËMUNDJET UROGJINEKOLOGJIKE”, i kandidates: Arlinda Shala, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Mentor i punimit: prof. asist. Selami Sylejmani, MD, PhD.

Punimi përmban: 25 faqe dhe 2 fotografi.

II

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë, Arlinda Shala, studente e Universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Dega-Mami, deklaroj se tema e diplomës me titull: “Sëmundjet *Urogjinekologjike*”, është punimi im origjinal. Punimi që ia kam dërguar mentorit është i pavarur, e shkruar nga vetë unë dhe që nuk është prezantuar më parë.

Ky punim nuk është i kopjuar, nga punimet e studentëve tjerë, përveç nga burimet dhe literaturat që i kam cituar.

III

FALËNDERIME

Rezultatet arrihen me ndihmën e personave që të qëndrojnë pranë dhe nuk hezitojnë të mbështesin, këta persona meritojnë falënderim të veçantë.

Një falënderim të veçantë i takon, prof. asist. dr. Selami Sylejmani, për mbështetjen drejt finalizimit të këtij punimi të diplomës.

Falënderoj gjithashtu të gjithë miqtë, kolegët e fakultetit për këshillat dhe prezencën e tyre përgjatë këtyre tri viteve studimi.

Në fund dëshiroj t'i shpreh falënderimet më të përzemërta familjes sime të cilës i detyrohem jashtëzakonisht shumë. Përkrahja dhe motivimi ishin shtytje dhe inspirim kryesor që ta përmbylli me sukses këtë rrugëtim.

IV

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI	1
1. HYRJA	2
1.1. Ndërtimi i traktit të poshtëm urinar	3
1.2. Embriologjia	3
1.3. Anatomia dhe fiziologjia	3
1.3.1. Veshkët (renes)	3
1.3.2. Kupat Veshkore	6
1.3.3. Legeni Veshkor	6
1.3.4. Urinëpërquesi	6
1.3.5. Fshikëza urinare	7
1.3.6. Gypi urinar	7
1.4. Ndërtimi i traktit gjenital	8
1.5. Anatomia dhe fiziologjia e organeve gjenitale femërore	8
1.5.1. Ovarët (vezorët)	8
1.5.2. Tubat uterine	8
1.5.3. Uterusi	9
1.5.4. Vagina	10
1.6. Sëmundjet urogjinekologjike	11
1.7. Inkontinenca e urinës	11
1.8. Stres inkontinenca e urinës	12
1.8.1. Etiologjia	12

1.8.2.	Simptomat.....	13
1.8.3.	Ekzaminimi dhe analizat laboratorike	13
1.8.4.	Diagnostifikimi	14
1.8.5.	Mjekimi.....	18
1.9.	Inkontinenca urgjente.....	19
1.10.	Inkontinenca nga tejmbushja	21
	ABSTRACT.....	23
	CV E KANDIDATES	25

ABSTRAKTI

Trakti riprodhues femëror dhe trakti i poshtëm janë të lidhur ngusht anatomikisht, por edhe gjatë zhvillimit embriologjik. Prandaj është vështirë shpesh të bëhet dallimi në mes të patologjive urologjike dhe gjinekologjike. Me njohjen e zhvillimit embriologjik mund të sqarohen dhe të kuptohen më lehtë disa aspekte të trajtimit të grave me çrregullime të traktit të poshtëm urinar. Zhvillimi embrional i traktit të poshtëm urinar përfundohet në muajin e katër të shtatzënisë.

Traktin urinar e përbënë: veshkat (palca dhe korja e veshkës), kupat veshkore, legeni veshkor, urinëpërquesit, fshikëza urinare, gypi urinar. Në traktin gjenital bëjnë pjesë ovarët apo vezorët, tubat uterinë, uterusin apo mitra dhe vagina. Në punim janë përfshirë sëmundjet urogjinekologjike, trajtimi i tyre dhe kujdesi. Sëmundjet urologjike me karakter gjinekologjik janë inkontinenca e urinës, stres inkontinenca, inkontinenca urgjente dhe inkontinenca nga tejmbushja.

Fjalë kyqe: sëmundje urogjinekologjike, inkontinenca e urinës, kujdesi infermieror.

1. HYRJA

Megjithëse evalvimi dhe trajtimi i problemeve të traktit të poshtëm urinar ka qenë kompetencë e gjinekologëve qysh në kohën kur Sims korrigjoi fistulën e parë, më 1846, gjinekologjia urologjike është një lëmi e re në Obstetrikë dhe në Gjinekologji. Një ndër studiuesit e parë të këtij lëmi është Howard Kelly, i njohur për metodën e tij të trajtimit të stres inkontinencës së urinës, punim i cili ka qenë i publikuar në vitin 1914. Gjatë viteve pasuese çrregullimet e traktit të poshtëm urinar kanë pasur kryesisht një trajtim klinik, duke u bazuar ekskluzivisht në të dhëna anamnestike dhe në ekzaminimin klinik, kurse prej viteve të 70-ta fillon një qasje e re ndaj problemeve urogjinekologjike dhe gjinekologjia urologjike fillon një zhvillim më të shpejtë.

Trakti riprodhues femëror dhe trakti i poshtëm janë të lidhur ngusht anatomikisht, por edhe gjatë zhvillimit embriologjik. Prandaj është vështirë shpesh të bëhet dallimi në mes të patologjive urologjike dhe gjinekologjike, si dhe ndodh shpesh që sëmundjet e njërit trakt manifestohen me simptoma të traktit tjetër.

Vizita te mjeku gjinekolog deri para disa vitesh konsiderohej si tabu për femrat shqiptare. Në përgjithësi, duhet thekësuar fakti që në vendin tonë mungon kultura mjekësore. Në vendin tonë, ne teorikisht e kemi të ndarë sistemin mjekësor në mënyrë shumë ideale; sistem mjekësor parësor, dytësor dhe terciar/universitar, por që nuk funksionon në harmoni dhe në mënyrë efecientë në realitet. Sistemi mjekësor parësor që në këtë rast është mjeku i familjes, sistemi dytësor i korrespondon spitalit të rrethit apo rajonit, dhe sistemi terciar/universitar që janë spitalet më të specializuara për të vendosur diagnoza më të vështira dhe të komplikuar si dhe për të bërë trajtime mjekësore më të avancuara që në vendin tonë janë spitalet publike

1.1. Ndërtimi i traktit të poshtëm urinar

1.2. Embriologjia

Me njohjen e zhvillimit embriologjik mund të sqarohen dhe të kuptohen më lehtë disa aspekte të trajtimit të grave me çrregullime të traktit të poshtëm urinar. Gjatë zhvillimit embrional kloaka mund të shihet si një xhep i verbër qysh në embrionin me gjatësi 4 mm, kurse membrana e kloakës formohet më vonë në mes të anës së jashtme të embrionit dhe kloakës. Më vonë duplikatura urorektale e ndan kloakën në dy pjesë; në pjesën e përparme, prej së cilës formohet sinusi urogjenital dhe në pjesën e pasme, prej së cilës formohet rektumi. Këto struktura kanë prejardhje endodermale. Sinusi urogjenital ndahet përseri më vonë në dy pjesë: pjesa e përparme, nga e cila formohet kanali veziko-uretral (e prej të cilit më vonë formohet fshikëza urinare dhe pjesa e sipërme e uretrës) dhe pjesa e pasme kah kombliku, nga e cila formohet më vonë pjesa kryesore e uretrës, duke përfshirë këtu edhe gjendrat periuretrale dhe 1/5 e poshtme të vagjinës. Zhvillimi embrional i traktit të poshtëm urinar përfundohet në muajin e katër të shtatëzënisë.

1.3. Anatomia dhe fiziologjia

1.3.1. Veshkët (renes)

Veshkët janë organe qifte të vendosura në zgavrën barkore, prapa peritonit të puthitur për murin e prapëm, anash shtyllës kurrizore. Veshka ka formë fasuli ku dallojmë faqen e përparme (facies anterior) dhe të prapme (facies posterior). Në pjesën e mesme gjendet vrima hyrëse (sinus renalis). Në zgavrën e veshkës gjendet legeni veshkor (pelvis renalis), gupat veshkor (calcies renalis) dhe enët e gjakut.

Veshka është e përbërë nga 2 pjesë:

- palca (medulla renes) dhe

- korja (cortex renis).

Veshkët janë organe ekskretore, me anë të të cilave eliminohen dhe largohen nga organizmi produktet e shumta zbërthyes të metabolizmit dhe shumë materie helmuese, të huaja të depërtuara nga ambienti i jashtëm. Veshkët realizojnë edhe një sërë funksionesh të tjera.

Funksionet e veshkëve janë këto:

- Krijimi i urinës me anë të së cilës eliminohen produktet e dëmshme të metabolizmit dhe largimi i tyre nga organizmi.
- Rregullimi i metabolizmit të ujit dhe presionit osmotik të gjakut.
- Pjesëmarrja në mbajtjen e ekuilibrit acido-bazik, d.m.th., të reaksionit elektrokimik (pH).
- Rregullimi i presionit arterik.

1. Me krijimin e urinës dhe eliminimin e saj nga organizmi largohen materiet e panevojshme dhe të dëmshme si: urea, acidi urinor, indoli, skatoli, amoniaku etj.
2. Si mënjanes i sasirave të mëdha të ujit dhe kripërave me anë të urinës veshkët luajnë rol të rëndësishëm në vendosjen e presionit osmotik normal. Krijimi i sforcuar i urinës dhe nxjerrja e tepricës së ujit dhe kripërave quhet diurezadilacione. Hyrja në gjak e tretësirave hipo ose hipertoniqe, ndryshon presionin osmotik të gjakut, dhe kjo çon kah ndryshimi i diurezës. Rëndësi të madhe në realizimin e këtij reaksioni kanë osmoreceptorët që gjenden në hipotalamus. E tërë kjo që u tha luan rol në ruajtjen e konstantes-përhershmerisë së ambientit të brendshëm.
3. Veshkët luajnë rol edhe në ruajtjen e konstantës së koncentrimin të joneve të pH dhe në lirim e organizmit nga prodhimet acidike të metabolizmit që janë rezultat i proceseve oksidative. Në këso raste shkaktohet intensifikimi i krijimit të amoniakut, i cili neutralizon tepricën acidike, bën rregullimin e reaksionit elektrokimik të gjakut, pengon acidozën. Me anë të krijimit të acidit hipurik kryhet eliminimi i materieve helmuese si acidit benzoik, likoli etj.
4. Rol tejet i rëndësishëm i veshkëve është edhe rregullimi i nivelit të presionit arterik të gjakut. Me rastin e zvogëlimit të gjakut në veshke, bie presioni dhe në veshke krijohet

enzima reinë, e cila ndikon në formimin e polipeptidit hipertensinë. Kjo shkakton ngushtimin e arterioleve që ka për pasojë rritjen e presionit arterik.

Palca është e përbërë nga 10-15 piramida veshkore, me maja të drejtuara nga sinusi. Trupi i tyre i përbashkët përshkohet nga një numër i madh i kanaltheve veshkore dhe enëve të gjakut. Kanalthet e drejta bashkohen nga fundi i piramidave dhe hapen në majën e tyre, e cila përfundon me një papilë ku mbarojnë kanalzet veshkore.

Korja e veshkës përbëhet nga njësitë anatomike e funksionale të veshkës të quajtura nefron. Çdo nefron është i përbërë nga dy pjesë: trupthi veshkor i Malpigut (corpusculum renis) dhe gypi veshkor (tubulus renis). Trupthi i Malpingut është i përbërë nga gërsheta (lëmshi) e kapilarëve arterik hyrës e dalës (glomerulus) dhe kapsula e Bowmanit, e përbërë nga 2 gjethe dhe nga hapësira që vazhdon në kanalthin veshkor. Në këtë kanalth dallohen pjesët e lakuara dhe pjesa e drejtë- e Henleut. Disa kanalthe mbledhen bashkohen në gypa mbledhës, pastaj krijohen kanalthet përfundimtare papilar që derdhen në papilat e piramidave veshkore, të cilat më në fund derdhën në kupat veshkore.

Në çdo trupth të Malpingut hyn degëz e arteries veshkore e cila është degë e aortes barkore. Arteriola në trupthin e Malpingut degëzohet dhe formon rrjetin e kapilareve-glomerulin.

Edhe këtu ekziston përjashtim nga rregulli. Në rrjetin e kapilareve arteriale vazhdon përsëri rrjeti arterial, që vazhdon në arteriolën, e cila degëzohet në rrjetin kapilar rreth gypit veshkor. Tani, në vazhdim të kësaj rrjete vazhdon rrjeti i kapilareve venoze me gypin venulë. Këto së bashku formojnë venën veshkore (v, renalis), e cila derdhet në venën e poshtme të zgavrës.

Urina, e cila krijohet në veshke, nxirret nga kjo nëpërmjet rrugëve veshkore:

- kupat veshkore,
- legeni,
- urinëpërquesi,
- fshika urinare dhe
- gypi urinar.

SISTEMI URINAR

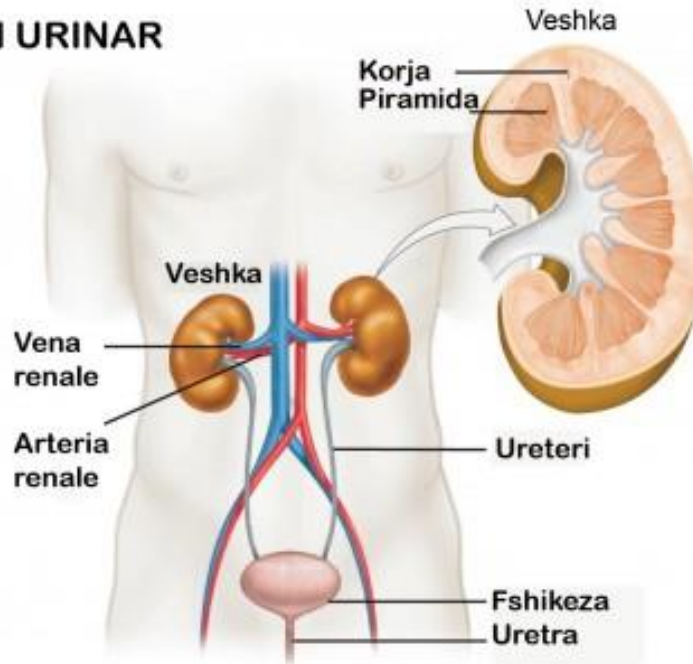


Figura.1. Sistemi urinar

Burimi: <https://images.search.yahoo.com/yhs/search;>

1.3.2. Kupat Veshkore

Kupat veshkore (calcies renalis) janë hapësira gypore të vendosura në sinusin veshkor. Me një skaj kapen për papilat, kurse me tjetrin bashkohen me legenin.

1.3.3. Legeni Veshkor

Legeni veshkor (pelvis renalis) i ngjan një hinke, e cila, me pjesën e gjerë është e vendosur në sinus, kurse pjesa e ngushtë gjendet jashtë veshkës dhe vazhdon në uretër.

1.3.4. Urinëpërquesi

Urinëpërquesi (uretër) është gyp i gjatë 25-30 cm, që fillon nga legenin deri në fshikë

1.3.5. Fshikëza urinare

Fshikëza urinare (vesica urinaria) është organ i zgjëruar mukozomuskulor, që luan rolin e depos së urinës. Gjendet në pjesën e përparme të zgavrës së komblikut. Te mashkulli gjendet para rektumit, kurse te femrat para mitrës. Në fund të fshikëzes gjendet trekëndëshi (trigonum vesicae) baza e të cilit është e kthyer prapa, në skajet gjenden dy vrima (ostium ureteris) ku derdhen dy ureterët, kurse në majën e saj gjendet vrima e kanalit urinar (urethra).

1.3.6. Gypi urinar

Gypi urinar (urethra) është kanali përfundimtar i organeve urinare. Nëpërmjet tij urina nxirret në ambientin e jashtëm. Uretra e mashkullit (urethra masculina) dallohet nga ajo femërore si përka h gjatësia ashtu edhe përka h funksioni. Kjo te mashkulli është e gjatë 15-17 cm, shërben edhe për nxjerrjen e spermës gjatë ejakulimit. Pjesa hyrëse gjendet në fshikzën urinare, kurse dalëse në maje të penisit. Pjesa fillestare e uretës kalon nëpër prostatë, ndërsa pjesa e fundit kalon nëpër trupthin sfungjeror të penisit (pars spongiosa urethrae). Uretra femërore (urethra feminina) është e gjatë 3-5 cm përfundon me vrimë që gjendet prapa klitorit, në parahyrje të vaginës. Uretra te femrat shërben vetëm për përquarjen e urinës.

1.4. Ndërtimi i traktit gjenital

1.5. Anatomia dhe fiziologjia e organeve gjenitale femërore

1.5.1. Ovaret (vezorët)

Ovaret (vezorët) janë qendra riprodhuese në formë bajame, të vendosura në afërsi të mureve pelvike laterale, në secilën anë të uterusit dhe që prodhojnë ovocite. Ovaret prodhojnë gjithashtu esterogjen dhe progesteron, hormone përgjegjëse për zhvillimin e tipeve seksuale dytësore dhe për rregullimin e shtatëzënisë. Vezorët janë struktura rreth 3 deri në 4 cm. të gjata dhe janë të kapura te ligamenti i gjerë.

Funksionet primare të vezorëve janë ovogjeneza dhe prodhimi i hormoneve. Vezorët, tubat e fallopit dhe ligamentet mbajtëse quhen adnekse. Pra, ovaret janë gjithashtu edhe qendra endokrine që prodhojnë hormone riprodhuese. Te femrat para pubertetit kapsula me ind lidhor (tunikaalbuginea e ovarit) e cila përfshinë sipërfaqën e ovarit mbulohet nga një shtresë e lëmuar e mezotelit ovarian ose nga epiteli sipërfaqësor (germinal), e cila është një shtresë teke me qeliza kuboide që i jep sipërfaqes një pamje të zbehtë, ngjyrë gri në kontrast.

Pas pubertetit epiteli sipërfaqësor ovarian në mënyrë përparuese bëhet cikatrikal dhe shtrembërohet, për shkak të rupturës së përsëritur të folikujve ovarian dhe çlirimit të ovociteve gjatë ovulacionit. Enët e gjakut, enët limfatike dhe nervat e ovareve kryqëzojnë buzën pelvike duke kaluar në faqen superolaterale të ovarit dhe duke dalur nga kjo faqe, brenda shtresës peritoneale, që quhet ligament suspensor i ovarit, i cili vazhdon me mezovariumin e ligamentit të gjerë.

1.5.2. Tubat uterine

Tubat uterine, rreth 10 cm të gjera dhe me diametër rreth 1 cm, shtrihen anash duke filluar nga brirët e uterusit. Secili tub, me skajin e tij proksimal hapet në bririn e uterusit dhe me skajin e tij distal në kavitetin peritoneal. Tubat mbajnë ovocitet që vijnë nga ovaret dhe spermatozoidët që hyjnë nga uterus, për të arritur në vendin e përfundimit, në ampulën e tubit uterin. Tubi uterin

drejton gjithashtu zigotën, në ndarje drejt kavitetit uterin. Për qëllim përshkrimi, tubi uterin ndahet në katër pjesë: infundibulum, ampulla, isthmus dhe pjesa uterine.

1.5.3. Uterusi

Uterusi është organ (nga lat. mitër) muskolor, kavitar me muret e trasha dhe në formë dardhe. Me gjatësi 7–8 cm, gjerësi 5–7 cm. Në pjesën e sipërme të saj edhe trashësitë e murit 2–3 cm. Peshon afërsisht 90g. Uterusi përbëhet nga dy pjesë madhore: trupi (që përbënë 2/3 e sipërme) dhe qafa (që përbënë 1/3 e poshtme). Trupi i uterusit vjen duke u shtrënguar nga fundusi deri në isthmus. Qafa e uterusit përbënë skajin vaginal të mitrës që është i ngushtë dhe në formë afërsisht cilindrike. Lumeni i qafës, kanali cervikal ka hapje të ngushtë në secilin skaj. Hapja e brendshme komunikon me kavitetin e trupit uterin dhe hapja e jashtme komunikon me vaginën. Muri i trupit të uterusit (mitrës) përbëhet nga tri shtresa:

- **Perimetrium, shtresa e hollë, shtresa e jashtme;**
- **Miometrium, shtresa e trashë e muskulaturës së lëmuar dhe**
- **Endometrium, shtresë e hollë, shtresë e brendshme.**

Embrioni dhe fetusi zhvillohen në uterus (mitër). Muret muskulare të uterusit përshtaten për rritjen e fetusit dhe më pas e sigurojnë forcën për daljen e tij gjatë procesit të lindjes. Uterusi jogravid (jo shtatëzënë) zakonisht shtrihet në pelvisin e vogël, trupi i tij shtrihet mbi vezikën urinare dhe cerviksi i tij midis vezikës urinare dhe rektumit. Pra, përmasat dhe pjesët e tij e ndryshojnë gjatë ndryshimeve të ndryshme të jetës. Uterusi i femrave të rritura zakonisht është i antervertuar (maja me drejtim anterio superior në lidhje me boshtin e vaginës) dhe i antefleksuar (i përlulur përpara në lidhje me cerviksin) dhe në këtë mënyrë trupi i tij shtrihet mbi vezikën urinare. Si rrjedhojë kur vezika urinare është e zbrazët, në mënyrë tipike, uterusit shtrihet në një plan pothuajse transversal. Pozicioni i uterusit ndryshon sipas shkallës së mbushjes së vezikës urinare dhe rektumit, si dhe të stadit të shtatëzënisë.

1.5.4. Vagina

Vagina, e cila përbëhet nga një tub muskulo membranoz i gjatë 7-9 cm shtrihet nga pjesa mediale e cerviksit të uterusit deri në orificiumin vaginal, që është hapja në skajin inferior të vaginës. Orificiumi vaginal, orificiumi uretral i jashtëm, si dhe duktuset e gjëndrave vestibulare të mëdha dhe të vogla hapën në vestibulin e vaginës, që është orificium midis labia minora. Skaji superior i vaginës rrethon cerviksin.

Vagina:

- Shërben si kanal për lëngun menstrual,
- Formon pjesën inferiore të kanalit të lindjes,
- Shërben për penetrimin e penisit dhe të lëngut spermatic gjatë marrëdhënies seksuale dhe,
- Komunikon sipër me kanal cervical dhe poshtë me vestibulin e vaginës.

Vagina zakonisht është e mbyllur. Vagina shtrihet prapa vezikës urinare dhe uretrës, ku kjo e fundit përkulet në murin e saj inferior anterior. Ajo gjendet përpara rektumit duke kaluar midis buzëve mediale të muskujve levatorani (puborektal). Forniksi vaginal i cili është recesi për rreth cerviksit përbëhet nga pjesa anterior-posterior dhe laterale. Forniksi vaginal posterior është pjesa më e hollë dhe lidhet më ngushtë me xhepin rektouterin. Pjesa më e madhe inervohet nga nervat viscerales.

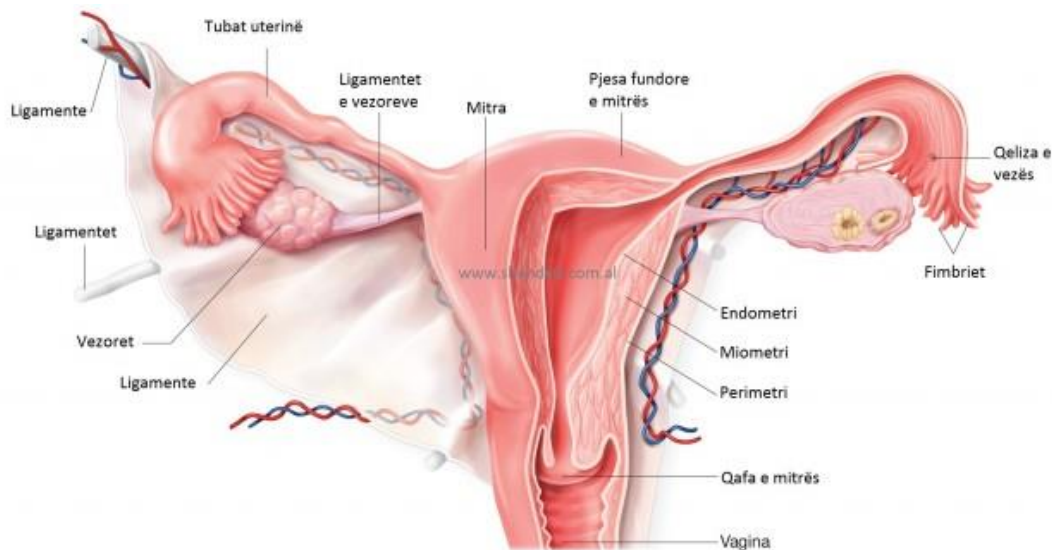


Figura.2. Sistemi gjenital, burimi: <https://www.google.com/search?q=sistemi+gjenital>

1.6. Sëmundjet urogjinekologjike

1.7. Inkontinenca e urinës

Si inkontinencë e urinës nënkuptohet urinimi i pavullnetshëm nëpër një uretër intaktë si pasojë e rritjes së befasishme të shtypjes intraabdominale, edhe në mungesë të tkurrjes së fshikzës urinare. Manifestohet me pamundësi të mbajtjes së urinës ndërsa pacientja të shkojë në tualet. Inkontinenca urinare afekton individet në aspektin fizik, psikologjik dhe në aspektin e mirëqënies sociale dhe përcillet me reduktim të rëndësishëm të cilësisë së jetës. Me përparimin e moshës edhe prevalenca e inkontinencës rritet ndjeshëm, te moshat 15-44 vjeç inkontinenca urinare haset në 5% të femrave, te moshat 45-64 vjeç prevalenca shtohet për 10%, ndërsa pas moshës 65-vjeçare haset në 20%. Inkontinenca shfaqet dy herë më shpesh te femrat sesa te meshkujt, si pasojë e shtatëzënive, e lindjeve dhe e ndryshimeve që shfaqen në menopauzë për shkak të mungesës së estrogjeneve. Shfaqet kryesisht si pasojë e dobësimit të muskujve, të cilët ndihmojnë në mbajtjen apo lirimin e urinës. Muskujt që gjenden përreth uretrës relaksohen dhe mundësojnë njëkohësisht kalimin e pavullnetshëm të urinës nëpër uretër.

Kur fshikëza urinare është intakte, mbajtja e urinës (kontinenca) ruhet derisa shtypja e muskujve që e mbyllin uretrën të jetë më e madhe sesa shtypja intravezikale. Kur gradienti i shtypjes ndryshohet dhe presioni intravezikal bëhet më i lartë sesa presioni intrauretral atëherë urina rrjedh nëpër uretër. Kjo ndodh të urinimi i vullnetshëm si rezultat i relaksimit të uretrës dhe i tkurrjes së muskulit detrusor, kurse të inkontinenca urinare rrjedhja e urinës ndodh për shkak të ndryshimit të pavullnetshëm të gradientit të shtypjes intravezikale dhe intrauretrale. Njëri nga shkaktarët e inkontinencës është mos mbështetja adekuate e pjesës proksimale të uretrës dhe e bazës, e grykës, së fshikzës urinare, e cila shkaktohet nga ndarja e mekanizmit mbështetës të fshikzës urinare dhe uretrës nga simfiza pubike. Dëmtimi neuromuskulor i fashës dhe muskujve të komblikut, që shkaktohet nga lindja dhe procesi i plakjes, si dhe nga trauma apo alterimi i metabolizmit të indit lidhor, i cili shkakton zvogëlimin e prodhimit të kolagjenit, është po ashtu faktor i rëndësishëm.

Ekzistojnë disa lloje të inkontinencës urinare: stres inkontinenca, inkontinenca urgjente, inkontinenca funksionale, inkontinenca nga tejmbushja, inkontinenca e përzier dhe inkontinenca e përkohshme.

1.8. Stres inkontinenca e urinës

Stres inkontinenca e urinës (stres inkontinenca anatomike, stres inkontinenca e vërtetë) është rrjedhja e pavullnetshme e urinës nëpër uretër, gjatë rritjes së shtypjes intraabdominale, mirëpo pa tkurrje të muskulit detrusor. Pacientët që e kontrollojnë urinimin në qetësi kur nuk kanë ndonjë aktivitet fizik, kanë një shtypje intrauretrale, e cila është më e lartë se shtypja intravezikale. Dallimi në mes të këtyre dy shtypjeve paraqet kufirin e kontinencës. Pasi që fshikëza urinare është një organ intraabdominal, aktivitetet që e rrisin shtypjen intraabdominale, e rrisin gjithashtu edhe shtypjen intravezikale në masë të njëjtë. Ndonëse pjesërisht, kjo shtypje përcillet edhe në pjesën proksimale të uretrës, kështu që shtypja intrauretrale nuk ngrihet në masën e njëjtë sa edhe shtypja intravezikale. Si pasojë, me rritjen e shtypjes intravezikale gjatë aktiviteteve stresuese, tejkalohe shtypja intrauretrale dhe shtypja mbyllëse e uretrës bie në zero, kështu që manifestohet rrjedhje e urinës gjatë stresit.

1.8.1. Etiologjia

Ekzistojnë disa teori lidhur me shkaktarët e stres inkontinencës së urinës:

1. Zhdjergia anatomike e pjesës proksimale e uretrës nën pozitën e saj intraabdominale gjatë aktiviteteve të rënda fizike. Në këto raste shtypja intraabdominale përcillet drejtpërdrejt në uretër, kurse rritja pasuese e shtypjes intrauretrale nuk është ekuivalente me rritjen e shtypjes intravezikale.
2. Çrregullimi i raporteve anatomike në mes fshikzës dhe uretrës, me ç'rast ngritja e shtypjes intraabdominale rezulton me përcjellje të kësaj shtypjeje në drejtim të boshtit të uretrës.
3. Dështimi i komponenteve neuromuskular, të cilët e shtojnë në mënyrë refleksive shtypjen intrauretrale si përgjigje ndaj ngritjes së shtypjes intravezikale.

Shumica e pacienteve me stres inkontinencë të urinës janë multiparë. Trauma e shkaktuar nga lindja apo përvojat e tjera traumatike, janë të implikuara në shfaqjen e stres inkontinencës. Shtatëzënitë e shumta dhe lindjet kanë mundësi ta dëmtojnë mbështetjen e bazës së fshikzës dhe të pjesës së sipërme të uretrës, mirëpo mbajtja e urinës mund të dobësohet me përparimin e moshës

edhe të gratë që nuk kanë lindur, sepse presioni intrauretral zvogëlohet pas menopauzës. Mbyllja e uretrës është edhe një faktor tjetër, i cili mund të ndikojë në mosmbajtjen e urinës, që mund të shkaktohet nga dëmtimi i mukozës dhe i enëve të gjakut si dhe nga tkurrja e pamjaftueshme e muskulaturës së lëmueshme dhe e muskulaturës tërthoro-vijore, e cila duhet të parandalojë inkontinencën si përgjigje ndaj stresit. Edhe gjatësia e uretrës është një faktor i cili ndikon në shfaqjen e stres inkontinencës, pasi që është konstatuar se uretra është gjithmonë më e shkurtër te rastet me stres inkontinencë.

Klinikisht dallohen tri shkallë të stres inkontinencës urinare:

1. Urinim i pavullnetshëm vetëm gjatë stresit të rëndë, siç është kollitja, teshtitja, apo vrapimi,
2. Urinim i pavullnetshëm gjatë stresit mesatar, siç është lëvizja e shpejtë dhe ngjitja nëpër shkallë, apo ecja duke zbritur shkallëve.
3. Urinimi i pavullnetshëm edhe gjatë stresit të lehtë, siç është qëndrimi në këmbë; këto pacientë mund të mbajnë urinën vetëm gjatë qëndrimit shtrirë në shpinë.

1.8.2. Simptomat

Rrjedhja e pavullnetshme e urinës shfaqet gjatë kollitjes, qeshjes, teshtitjes apo nga lëvizjet e tjera, të cilat bëjnë shtypje në fshikzën urinare dhe që e shkaktojnë rrjedhjen e urinës. Në rast se ankesa e vetme është rrjedhja e pavullnetshme e urinës gjatë kollitjes, teshtitjes apo gjatë rritjes së shtypjës intraabdominale, duhet dyshuar tek stres inkontinencia e urinës, mirëpo shumë shpesh stres inkontinencia dhe inkontinencia urgjente shfaqen së bashku. Shfaqja e stres inkontinencës në menopauzë apo pas histerektomisë me oforektomi të dyanshme, mund të sugjerojnë mungesën e estrogjeneve.

1.8.3. Ekzaminimi dhe analizat laboratorike

Ekzaminimi i komblikut. Perineumi duhet inspektuar fillimisht për shenja të atrofis eventuale, që mund të vërehet në traktin e poshtëm gjinor. Përpos kësaj, mbufatja suburetrale mund të jetë pasojë e divertikulumit uretral dhe duhet përjashtuar gjatë egzaminimit. Egzaminimi i kujdesshëm

duhet të përfshijë edhe evalvimin e hollësishëm neurologjik të perineumit, i cili fillon me testimin e refleksit bulbokavernozë duke goditur me shkopin për marrjen e strishos në një rën bazë të vulvës. Duhet të tkurren normalisht të dy buzët njësoj, ndërsa mungesa e këtij refleksi paraqet deficit neurologjik qendror apo periferik. Testi i dytë, i cili bëhet, është testimi i refleksit anokutaneal. Fërkimi i perineumit me shkopin për marrjen e strishos rezulton me tkurrjen cirkumferenciale të sfinkterit anal, ndërsa mungesa e këtij refleksi reflekton deficitin neurologjik të inervimit S2-S4.

Analizat laboratorike. Te të gjitha gratë me inkontinencë urinare duhet përjashtuar infeksioni apo patologjia tjetër e traktit urinar. Pezmatimi i fshikzës urinare mund të jetë përgjegjës për shumë simptoma të cilat i referohen traktit të poshtëm urinar, duke përfshirë këtu edhe inkontinencën urinare. Për këtë arsye, analiza e urinës dhe urinokultura duhet të merren në vizitën e parë dhe infeksioni inicial duhet të mjekohet para se të vazhdohet me evalvimin e pacientes. Nëse simptomat vazhdojnë, me gjithë terapinë përkatëse, evalvimi i pacientes vazhdohet tutje.

1.8.4. Diagnostifikimi

Konfuzion në diagnostikimin e stres inkontinencës shkakton zakonisht prania e cistocelës. Cistocela është herniacion i fshikzës në vagjinë dhe mund të shihet si mbufatje e murit të përparëm të vagjinës kur pacientja vendoset në pozitë litotomike. Shumë paciente me cystocele kanë mbështetje të mirë të grykës së fshikzës urinare dhe janë kontinente. Mirëpo, në rast se defekti anatomik përfshinë edhe uretrën dhe grykën e fshikzës urinare, duke formuar cistouretrocelen, atëherë përpos cistoceles edhe gryka e fshikzës urinare është e përfshirë në zhdjergjen dhe këto paciente kanë shumë shpesh stres inkontinencë.

Stres inkontinencia e urinës nuk mund të diagnostikohet me një test të vetëm. Gjatë diagnostikimit duhet përjashtuar inkontinencia motorike e nxituar, inkontinencia nga tejmbushja dhe infeksioni urinar. Është e nevojshme që të bëhet demonstrimi objektiv i stres inkontinencës para se të vendoset diagnoza dhe të fillojë trajtimi i saj, pasi që qëllimi i pothuajse të gjitha procedurave standard për korrigjimin e inkontinencës është në të vërtetë korrigjimi i këtyre defekteve anatomike.

Stres testi. Stres testi diagnostikon objektivisht stres inkontinencën e urinës. Pacientja ekzaminohet me fshikzë urinare të mbushur, në tavolinën gjinekologjike në pozitë litotomike. Pacientes i thuhet që të bëjë testin e Valsalva-s apo të kollitet, kurse mjeku e vëzhgon uretrën. Stres inkontinenca është në rast se vrushkuj të urinës rrjedhin gjatë çdo kollitjeje. Rrjedhja e zgjatur e urinës, apo rrjedhja e e sasive të mëdha të urinës, flet për tkurrje të papenguara të muskulaturës së fshikzës urinare. Nëse urina nuk rrjedh gjatë kollitjes, kur pacientja është në pozitë litotomike, atëherë testi duhet përsëritur kur pacientja është në pozitë në këmbë. Te pacientet te të cilët konstatohet stres inkontinencë e urinës, ngritja lartë e bazës së fshikzës me dy gishta të cilët vendosen në të dy anët e uretrës (Boney – testi), do të ndalojë rrjedhjen e urinës gjatë kollitjes. Nëse ndalohet rrjedhja e urinës gjatë kollitjes, testi konsiderohet pozitiv dhe ngritja e bazës së fshikzës do të korrigjojë inkontinencën.

Testi me shkopin për marrjen e strishos (Q-tip testi). Ky test përcakton lëvizshmërinë dhe zhdjergjen e vendbashkimit uretrovezikal. Nëse uretra ka mbështetje të dobët, ajo shfaq hipermobilitet gjatë rritjes së shtypjes intraabdominale. Për të vlerësuar mobilitetin, pacientja vendoset në pozitë litotomike dhe ekzaminuesi vendos nëpër uretër pjesën e butë të shkopit për marrjen e strishos deri në vendbashkimin uretrovezikal. Pacientja pastaj bën maksimalisht shtypje teposhtë, çka shkakton zbritjen e vendbashkimit uretrovezikal, duke e formuar një kënd me horizontalen dhe me goniometer duhet të matet këndi në mes shkopit e horizontales. Nëse këndi i formuar me horizontalen është deri 30 shkallë, konsiderohet normal, kurse te pacientet me stres inkontinencë dhe me relaksim të muskulaturës së komblikut, ky kënd është 50 deri 60 e më tepër shkallë. Nëse formohet këndi më tepër se 30 shkallë, kjo tregon për hipermobilitet uretral dhe mund të ndihmojë në planifikimin e ndërhyrjes kirurgjike për trajtimin e stres inkontinencës.

Testi me vatë. Në rast se stres testi është negativ, mund të bëhet testi me vatë për konstatimin e stres inkontinencës. Pacientja vendos vatë sanitare, e cila matet paraprakisht dhe kërkohet nga ajo që të bëjë ushtrime, të ngjitet shkallëve, apo të marrë pjesë në çfardo aktiviteti i cili mund të rezultojë me inkontinencë. Pas aktivitetit, vata përsëri matet dhe përcaktohet sa urinë ka humbur pacientja. Ky test përdoret më shumë për vlerësimin e shkallës së inkontinencës. Pacientet që kanë

humbje minimale të urinës gjatë stres testit, apo të testit me vatë, duhet të hulumtohen, përveç shkaqeve anatomike, edhe për shkaqet e tjera të inkontinencës. Humbja e urinës në sasi më shumë se 1g konsiderohet sinjifikante. Nëse është e nevojshme mund të instalohet edhe metilen blu në fshikzën urinare para se të bëhet testi me vatë për ta veçuar humbjen e urinës dhe humbjet tjera p.sh., të sekretit vagjinal.

Uretrocistoscopia. Uretrocistoscopia i mundëson mjekut që të ekzaminojë në mënyrë objektive uretrën, vendbashkimi uretrovezikal, muret e fshikzës dhe orificiumin e uretrës. Me uretrocistoscopi vlerësohet prania e ndonjë sëmundjeje në fshikzë apo uretër. Për mbushjen e fshikzës mund të përdoret tretja fiziologjike apo dioksidi i karbonit. Uretrocistoscopia duhet bërë para çdo ndërhyrjeje operatore në uretër apo fshikzën urinare. Gjatë ekzaminimit duhet konstatuar vëllimin e urinës reziduale, kapacitetin e fshikzës urinare, pamjen e epitelit të fshikzës urinare dhe lëvizshmërinë e vendbashkimit uretrovezikal si përgjigje ndaj shtrëngimit të rektumit ndaj mbajtjes së urinës, apo kollitjes. Te pacientet pa stres inkontinencë orificiumi i uretrës mbyllet si përgjigje ndaj këtyre veprimeve të cilat i bënë pacientja.

Cistometria. Me cistometri bëhet matja e raportit presion-vëllim të fshikzës dhe konsiderohet ende hulumtimi më fundamental. Cistometria konsiston në distendimin e fshikzës urinare me ndonjë medium distendues dhe vrojtimit e ndryshimeve, të cilat mund të shihen gjatë mbushjes së fshikzës. Gjatë testimit pacientja pytet lidhur me ndjenjën e mbushjes së fshikzës urinare. Prania apo mungesa e refleksit të muskulit detrusor, bashkë me dëshirën për të urinuar, duhet të konstatohet. Edhe më e rëndësishme se prania apo mungesa e refleksit detrusor, është mundësia e pacientes për të kontrolluar apo frenuar urinimin. Aftësia e pacientes për të përceptuar mbushjen e fshikzës tregon për ruajtjen e inervimit sensorik. Sensacioni i parë i mbushjes së fshikzës duhet të përceptohet kur fshikëza mbushet me 150 deri 200 ml. Pragu i reagimit të refleksit të muskulit detrusor është masa e kapacitetit funksional të muskulit të fshikzës. Vëllimi kritik (400 deri 500 ml) është kapaciteti, të cilin muskulatura e fshikzës e toleron para se pacientja të fitojë ndjenjen e fort të urinimit dhe, nëse pacientes i thuhet të urinojë, do të shfaqet një tkurrje e fortë e fshikzës

dhe do të rritet presioni intravezikal. Kur kjo tkurrje arrin maksimumin, pacientes i thuhet që të frenojë refleksin e urinimit. Individët normal duhet të jenë në gjendje të kontrollojnë këtë refleks të muskulit detrusor dhe kështu të zvogëlojnë presionin intravezikal. Te pacientet me çrregullime urologjike dhe neurologjike refleksi i muskulit detrusor mund të shfaqet edhe pa i thënë pacientes që të urinojë dhe pacientja nuk mund të frenojë këtë refleks. Kjo quhet pamundësi e frenimit të tkurrjes. Cistometria mundëson dallimin në mes pacienteve, që janë inkontinente për shkak të pamundësisë së frenimit të muskulit detrusor nga pacientet, që janë inkontinente për shkak të stres inkontinencës.

Ekografia. Ekografia ka një përdorim të gjerë në gjinekologjinë urologjike. Vlerësimi i urinës reziduale pas urinimit mund të bëhet pa pasur nevojë të bëhet kateterizimi, i cili mund të shkaktojë infeksion gjatë aplikimit. Është një metodë e dobishme për egzaminimin e pacienteve me vështirësi në urinim, qofshin ato idiopatike, apo pas ndërhyrjes operative. Me ekografi mund të shihen po ashtu edhe cistet uretrale dhe divertikulat.

Egzaminimi radiologjik. Me egzaminim radiologjik mund të diagnostikohen anomalitë e bashklindura të sakrumit, siç janë: spondilolisteza dhe sëmundja diskale intervertebrale.

Pielografia intravenoze është e indikuar para operacionit të procedurat kirurgjike më të vështira dhe të trajtimit operativ i inkontinencës, sidomos të inkontinenca e përcjellë me fistulë dhe në rast se dyshohet në anomali kongjenitale, siç është ureteri ektopik. Pielografia intravenoze jep pak informata rreth traktit të poshtëm urinar, mirëpo indikohet te hematuria, të fshikëza neuropatike dhe të dyshimi në fistulë uretrovagjinale. Egzaminimi radiologjik është i dobishëm, sidomos te pacientet me stres inkontinencë rekurente dhe të pacientet te të cilat nuk hasen anomali gjatë egzaminimit të komblikut.

1.8.5. Mjekimi

Mjekimi i stres inkontinencës së urinës duhet orientuar në tri komponente, të cilat mbrojnë nga inkontinenca gjatë rritjes së shtypjes intraabdominale.

Aplikimi lokal i estrogjeneve përmirëson epitelin e rrugëve urinare, vaskularizimi e submukozës dhe e përmirëson indin elastik të submukozës. Te gratë pas menopauzës terapia me estrogjene e rrit vaskularizimin dhe tonusin e grykës së fshikzës dhe në këtë mënyrë e rrit edhe presionin mbyllës të uretrës. Pacientet pas menopauzës me një stres inkontinencë mesatare mund të kenë përmirësim të tërësishëm të gjendjes pas marrjes së 1/4 apo 1/3 së aplikatorit me krem estrogjenesh për përdorim vagjinal tri herë në javë për një periudhë prej 6 deri në 12 javë, ndërsa marrja e estrogjeneve me rrugë perorale nuk është treguar e efikase dhe nuk këshillohet për mjekimin e stres inkontinencës. Stimulatorët α (alfa)-adrenergjik, siç janë: fenilpropanolamina apo imipramine, e ngritin tonusin e muskulaturës së lëmueshme dhe mund të përmirësojnë stres inkontinencën e lehtë dhe atë mesatare, mirëpo sukcesi i mjekimit të stres inkontinencës me këto barna është treguar mjaft i kufizuar. Mjekimi jo specifik me analgjetikë apo antispazmodikët e traktit urinar mund të zvogëlojë shkallën e inkontinencës duke reduktuar simptomat irrituese (siç janë: frekuenca e shpeshtë e urinimit, urgjenca, dizuria apo ndjenja e moszbrazjes së fshikzës edhe pas urinimit), të cilat shkaktojnë shqetësime te pacientja.

Ushtrimet gjimnastikore dhe stimulimi elektrik ndihmojnë në përmirësimin e tkurrjes së muskulit pubokoksigeal, tkurrja e të cilit vepron si sfinkter i jashtëm i uretrës.

Qëllimi i të gjitha metodave kirurgjike është ringritja e vendbashkimit uretrovezikal në pozitën e vet normale intraabdominale për të mundësuar përcjelljen e barabartë të shtypjes së rritur intraabdominale në fshikzën urinare dhe në pjesën proksimale të uretrës. Ekzistojnë metoda të ndryshme kirurgjike për korrigjimin e stres inkontinencës duke filluar nga metoda të cilat e bëjnë vetëm ngritjen e thjeshtë të fshikzës, e që bëhen me rrugë vagjinale, e deri te metodat abdominale përmes hapësirës retropublike, pastaj procedurat laparoskopike, përdorimi i materialeve të ndryshme artificiale për ngritjen e vendbashkimit uretrovezikal etj.

1.9. Inkontinenca urgjente

Megjithëse stres inkontinenca te gratë është forma me e shpesht e inkontinencës, inkontinenca urgjente është forma me e shpeshtë e inkontinencës urinare te gratë e moshuara. Inkontinenca urgjente paraqet rrjedhjen e pavullnetshme të urinës, e cila përcillet me nevojën urgjente për urinim. Kjo është një sëmundje e bazuar në simptomat, që shkaktohen me hiperaktivite të muskulit detrusor të fshikzës urinare. Hiperaktiviteti i detrusorit është një observim urodinamik, i cili karakterizohet si tkurrje e pavullnetshme e muskulit detrusor gjatë fazës së mbushjes dhe mund të jetë tkurrje spontane apo e provokuar. Inkontinenca motorike urgjente, e cila shfaqet si pasojë e kësaj tkurrjeje nuk mund të pengohet në mënyrë të vullnetshme. Quhet ndryshe edhe fshikëza “spastike”, “hiperaktive”, apo “jostabile”. Fshikëza hiperaktive është jostabile për shkak të insuficiencës cerebrovaskulare, të infeksionit, të obstrukcionit, të irritimit lokal, për shkaqe psikosomatike apo psikogjene etj., mirëpo, në shumë raste inkontinenca urgjente është pa ndonjë shkak të njohur. Inkontinenca urgjente është mjaft e shpeshtë dhe sipas incidencës radhitet në vendin e dytë, menjëherë pas stres inkontinencës.

Te urinimi normal ndodh fillimisht relaksimi i mekanizmit sfinkterik uretral, e pastaj, pas 1 deri 3 sekondash, pason tkurrja e muskulit detrusor, ndërsa te inkontinenca urgjente urinimi ndodh me gjithë dëshirën e pacientes që ta pengojë atë. Tkurrja e muskulit detrusor këtu ngjan edhe të vëllimi më i vogël i urinës në fshikëz, i cili do të mund të tolerohej normalisht. Tkurrja mund të ndodh spontanisht por mund të ndodh edhe pas provokimit, siç është kollitja, ushtrimet gjimnastikore, rrjedhja e ujit në krua, apo të ftohtit. Për këtë arsye dallohet shpesh vështirë nga stres inkontinenca e vërtetë, e përveçimin diagnostik e ndërlikon edhe më tepër e dhëna se rreth 1/3 e të gjitha pacienteve me inkontinencë urgjente kanë gjithashtu edhe stres inkontinencë.

Simptomat klinike të inkontinencës urgjente janë rëndom të shumta dhe këtu bëjnë pjesë: urinimi i shpeshtë, ndjenja për urinim urgjent, rrjedhja e befasishme e urinës dhe pa pasur paraprakisht ndjenjen e urinimit, inkontinenca gjatë stresit, enuresis nocturna, e në disa raste edhe vështirësia në urinim. Ekzaminimi fizikal mund të jetë normal në të shumtën e rasteve, kurse mund të konstatohet rrallë herë jostabiliteti dhe hiperrefleksi i muskulit detrusor. Edhe atrofia vagjinale mund të jetë në disa raste shkaktare e urinimit të shpeshtë dhe e inkontinencës urgjente.

Inkontinenca urgjente diagnostikohet me demonstrimin cistometrik të tkurrjes së pavullnetshme të muskulit detrusor në qetësi, gjatë qëndrimit në këmbë, gjatë kollitjes, gjatë dëgjimit të rrjedhjes së ujit, apo të qëndrimit në thembra të këmbës gjatë kërcimit. Ngritja e lehtë e shtypjes ndodh zakonisht kur fillon rrjedhja e urinës. Pamundësia e pengimit të vullnetshëm të tkurrjes së muskulit detrusor gjatë mbushjes së fshikzës urinare e vërteton diagnozën. Me uretroskopi dhe cistoskopi mund të konstatohen trabekula në fshikëz të shkatuara nga hipertrofia e fashikujve të muskulit detrusor. Diagnoza diferenciale duhet të bëhet në mes të stres inkontinencës urinare, të cistitit intersticial, të infeksioneve të rënda të traktit urinar dhe të sindromit uretral.

Mjekimi i inkontinencës urgjente përfshinë terapinë bihevoriale, stimulimin elektrik funksional, dhënien e barnave, ndërhyrjen kirurgjike, këshillimet psikologjike dhe kateterizimin. Terapia bihevoriale nënkupton një program për trajtimin e fshikzës urinare, i cili do t'i mundësonte pacientet rifitimin e kontrollit kortikal ndaj muskulit detrusor. Me këtë program pacientet edukohen lidhur me problemet e tyre me fshikzën urinare dhe të pacientet e motivuara dhe inteligjente arrihet shërim 80% të rasteve, pa efekte anësore, të cilat i përcjellin metodat e tjera. Te rastet me çrregullime neurologjike metodat bihevoriale nuk japin efekt.

Stimulimi elektrik bëhet me anë të një sonde vagjinale, e cila është e lidhur me bateri dhe lëshon impulse të here pas herëshme, që i stimulojnë dhe i riorganizojnë impulset nervore të muskulit detrusor. Stimulimi elektrik mund të bëhet në shtëpi, në kohëzgjatje prej 15 min, dy herë në ditë, për një periudhë prej 6 deri 12 javë. Suksesi i kësaj metode arrin 60% e pacienteve, te të cilat arrihet përmirësim apo shërim i plotë.

Mjekimi me barna për të kontrolluar jostabilitetin e muskulit detrusor nënkupton dhënien e preparateve antikolinergjike, antispasmodike, analgjete, të bllokatorëve të kanaleve të kalciumit dhe të indikuesve të prostaglandinsintetazes, të cilët mund të jepen veçmas apo edhe si të kombinuara. Këtu bëjnë pjesë: oksibutinina, diciklomina, flavoksati, imipramine dhe hiosciamina, kurse prej inkibuseve të prostaglandin-sintetazes, mund të jepen preparatet antiinflamatore josterioide (ibuprofen, ketoprofen, naprosin, sulindak e shumë të tjerë). Suksesi i terapisë vetem me barna arrin deri në 60%.

Mjekimi kirurgjik këshillohet për pacientët, të cilët nuk reagojnë në masat konservative. Prej procedurave kirurgjike aplikohen denervimi i pjesshëm i pleksusit hipogastrik, implantimi i

elektrodave për stimulimin e rrënjes së nervave sakral, krioneuroliza e rrënjes së nervave sakral dhe në disa raste diversion i fshikzës urinare.

1.10. Inkontinenca nga tejmbushja

Retenca e urinës shkakton tejmbushje të fshikzës urinare dhe rrjedhje të here pas herëshme të sasive të vogla të urinës për shkak të tejmbushjes. Shkaktohet nga shkaqe të ndryshme, siç janë: dobësimi i muskulit detrusor për shkak të neuropatisë diabetike, lezionet e poshtme apo të larta të neuroneve motorike, obstruksioni i uretrës, qoftë pas ndërhyrjes kirurgjike apo nga tumorët, marrja e barnave antikolinergjike, anestezia spinale apo epidurale, për shkaqe psikogjene, mirëpo mund të jetë edhe idiopatike. Neuropatia diabetike është shkaktari më i shpeshtë. Inkontinenca nga tejmbushja haset më rrallë te femrat.

Pacientet ankohen fillimisht se kanë vështirësi në zbrazjen e tërësishme të fshikzës urinare, e ndonjëherë ankohen vetëm për urinim të shpeshtë. Mirëpo në fund ndërpritet zbrazja e fshikzës dhe zhvillohet retencë kronike urinare, e për pasojë te këto paciente shkaktohen në mënyrë të pavullnetshme rrjedhje të here pas herëshme e sasive të vogla të urinës, pasi që fshikëza urinare është gjithmonë e mbushur.

Për diagnostikim është zakonisht e nevojshme cistometria. Me cistometri mund të konstatohet rritja e kapacitetit të fshikzës urinare rëndom me ulje të kontraktilitetit të muskulit detrusor. Ekografia e fshikzës urinare apo urografia intravenoze mund të jenë të nevojshme në disa raste për të hulumtuar gjendjen e traktit të sipërm urinar dhe për të përjashtuar refluksin. Për të parandaluar atrofinë e muskulit detrusor, e cila mund të shkaktohet nga retenca e urinës, duhet të bëhet kateterizimi i fshikzës urinare dhe drenimi i urinës. Ndërkaq, retenca kronike shkakton gjithmonë dekompenzim të muskulit.

Inkontinenca mund të jetë e shkaktuar ndonjëherë jo vetëm nga një faktor, por nga faktorë të kombinuar, është rëndom kombinim i stres inkontinencës dhe i inkontinencës urgjente, kurse

inkontinenca e përkohëshme mund të shkaktohet nga marrja e barnave, nga infeksionet e traktit urinar nga dëmtimet nervore, nga lëvizja e kufizuar dhe te obstipacioni i rëndë, ku masat fekale nga zorrët bëjnë shtypje në drejtim të traktit urinar, duke shkaktuar obstrukcion të rrjedhjes së urinës.

ABSTRACT

Female reproductive tract and lower tract are closely related to anatomy, but also during embryological development. Therefore it is often difficult to distinguish between urological and gynecological pathologies. With the recognition of embryological development, some aspects of treatment of women with lower urinary tract disorders can be easily clarified and understood. Embryonic development of the urinary tract is completed in the fourth month of pregnancy.

The urinary tract consists of: kidneys (kidney and calf), kidney bowls, kidney liver, urinary incontinence, urinary bladder, urinary tract. The genital warts include ovaries, uterine tubes, uterus and vagina. The work includes urogenital diseases, their treatment and care. Urological diseases of gynecological character are urinary incontinence, incontinence stress, urgent incontinence and incontinence from overflowing.

Key words: *urogenital diseases, urinary incontinence, nursing care.*

REFERENCAT

1. Eshref Saraqini, Hariet Zherka-Saraqini, *"Anatomia dhe Fiziologjia e Njeriut"*;
2. Mujë Shala, Basri Lenjani, *"Kujdesi shëndetësor"*;
3. Tefik Bekteshi, *"Mjekësia Interne me Kujdes"*; Botimi i 3
4. Tefik Bekteshi, Ahmet Brovina, Xhavit Kuqi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Lazër Prekpalaj, Venera Hasangjekaj, *"Mjekësia Interne me Kujdes"* Botimi i 2
5. Ramush Bejiqi, *"Sëmundjet e veshkave dhe Rrugëve urinare"*;
6. Selami Sylejmani, *" Sëmundjët urogjinekologjike"*;
7. Gjinekologjia, Fehmi Ahmeti- botimi i dytë i përpunuar, Prishtinë 2016.
8. Rakel, Robert E. Traktati i Mjekësisë së Familjës. [ed.] Julinda Jaho, Elona Stafuka, Mimoza Gjika Gentian Vyshko.
9. Campbell S, Monga A. Benign disease of the uterus and cervix. In : Gynaecology by Ten Teachers 18th edition, 2006.
10. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur. Anatomia me orientim klinik.

CV E KANDIDATES

Të dhëna personale	
1.Mbiemri	Shala
2.Emri	Arlinda
3.Nacionaliteti	Shqiptare
4.Shtetësia	Kosovare
5.Data e lindjës	16.02.1997
6. Gjinia	Femër
7.Numri Personal	1242258483
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni:	+38349-217-537
Adresa:	Piranë, Prizren
Emaili:	shalaarlinda21@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e Mesme e Lartë	Shkolla e mesme e mjekësisë “Luciano Motroni”
Universiteti	Universiteti i Gjakovës "Fehmi Agani"
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr.ID- së	150305008