

SHËNDETI RIPRODHUES



- Mënyra e jetesës dhe shëndeti riprodhues
- Infeksionet e traktit gjenital
- Njëzet vjet të FAM në Kosovë

- Infertiliteti femëror
- Preeklampsia
- Sindromi i vezoreve policistike

- Kanceri i qafës së mitrës: Vaksinimi
- Ruajtja e shëndetit riprodhues te pacientët me kancer.
- Shtatzënia dhe duhanpirja



ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

[www.omk-rks-org/revista mjeku](http://www.omk-rks-org/revista%20mjeku)

revistamjeku@omk-rks.org

+383 49 872 300 ; +383 49 872 070, +383(0)38 544 872

QKUK, INSTITUTI A, KATI III, 10000 - PRISHTINË

LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT



Kontribut të jashtëzakonshëm në themelimin dhe zhvillimin institucional të Odës së Mjekëve të Kosovës ka dhënë Qeveria e Dukatës së Madhe të Luksemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë.

Revista Mjeku
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës
Vëllimi 4 Numër 2, Qershor 2024
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:

Astrit Hamza
Dafina Bytyqi- Shabani
Edea Blyta
Elton Bahtiri
Faik Hoti
Fisnik Kurshumliu
Linda Çarkaxhiu- Huseyin
Naser Gjonbalaj



Astrit Hamza



Dafina Bytyqi Shabani



Edea Blyta

web faqja
www.omk-rks.org/revista-mjeku

Redaksia:
revistamjeku@omk-rks.org
+383 49 872 300
+383 49 872 070
+383 (0)38 544 872
QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,
Prishtinë.



Elton Bahtiri



Faik Hoti



Fisnik Kurshumliu

Koordinatori ndërlidhës:
Elira Selimi

Numri i radhës botohet në Shtator 2024
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e
revistës deri me datë 01 Shtator 2024.

Te gjitha dorëshkrimet vlerësohen
nga këshilli redaktues para botimit.

Përmbajtja e artikujve nuk reflekton
në mënyrë të domosdoshme qëndrimet e
këshillit redaktues.

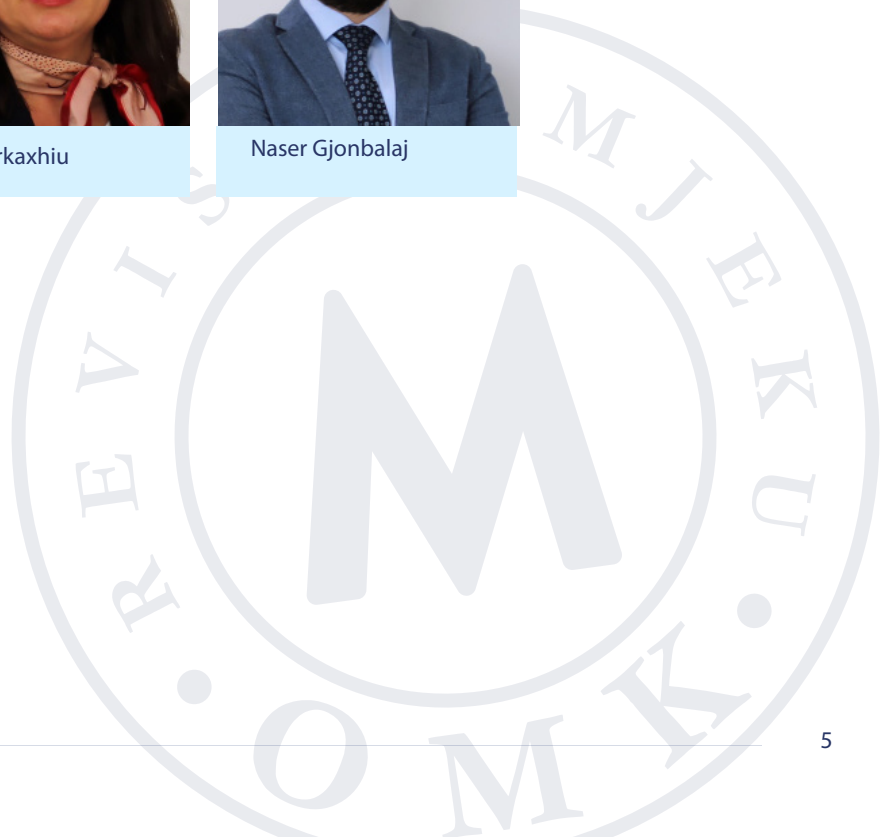
Materialet e publikuara janë pronë e
Revistës Mjeku.



Linda Çarkaxhiu
Huseyin



Naser Gjonbalaj



Përmbajtja

Faqe

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu

8

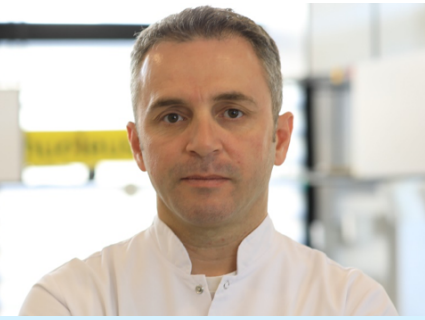
Temat e numrit

Kirurgjia robotike në patologjitë e sistemit riprodhues	9-11
Njëzet vjet të frytnimit të asistuar mjekësor në Kosovë	12-13
Kontracepsioni emergjent	14-16
Shtatzënia dhe duhanpirja	17-20
Navigimi nëpër pubertet: Shkaqet, problemet dhe roli i edukimit seksual	21-24
Infertiliteti femëror	25-26
Mënyra e jetesës dhe shëndeti riprodhues	27-30
Ruajtja e shëndetit riprodhues te pacientët me kancer: Një përmbledhje narrative	31-32
Endometrioza, një enigmë në rritje	33-37
Shëndeti seksual dhe teknologjia	38-40
Analizimi i shkaqeve të lindjeve të parakohshme në Klinikën e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë në QKUK gjatë vitit 2023	41-43
Lindja pa dhimbje: Një këndvështrim pro dhe kundër	44-46
Kanceri i qafës së mitrës: Vaksinimi profilaktik	47-49
Dismenorea (Dhimbje menstruale)	50-51
Infertiliteti i pashpjegueshëm	52-54
Rëndësia e dietës në shëndetin riprodhues	55-57
Preeklampsia dhe mundësitë e parashikimit të saj	58-61

Përmbajtja

Faqe

Abuzimi me steroide anabolik - androgjenike dhe ndikimi i tyre në fertilitet	62-65
Trendi i numrit të lindjeve dhe mënyrat e lindjeve në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë në periudhën 2000-2023	66-69
Leiomiomat e mitrës: Simptomatologjia, diagnostikimi dhe trajtimi i tyre	70-72
Aktiviteti i sëmundjes gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes të gratë me sklerozë multiple të cilat kanë përdorur akrelizumab dhe terapi të tjera modifikuese në periudhën para lindjes: Të dhënat nga Kongresi i fundit i organizuar nga Komiteti Evropian për trajtimin dhe kërkimin në sklerozën multiple (ECTRIMS)	73
Sindromi i vezoreve policistike (PCOS)	74-78
Infeksionet e traktit gjenital	79-80
Gjakderdhjet e çrregullta nga mitra në premenopauzë	81-83
Metodat aktuale të skriningut për tumorët ovarial dhe hulumtimet e reja	84-86
Nanosistemet shpërndarëse në shëndetin riprodhues	87-88
Këshilla juridike	89-90
Ligji për Shëndetin Riprodhues dhe Ligji për të ushqyerit me qumësht gjiri	
Portreti i një mjeku	91
Prof. Dr. Binak Kastrati	

**Fisnik Kurshumliu**

Kryeredaktor i Revistës Mjeku

Shëndeti riprodhues është temë shumë e rëndësishme që ka të bëjë sa me individin, po aq edhe me shoqërinë në tërësi. Kjo është arsyeja që ky numër i Revistës “Mjeku” i kushtohet kësaj teme.

Shëndeti riprodhues reflekton vet gjendjen shëndetësore, organizimin, cilësinë e kujdesit shëndetësor, të drejtat dhe mirëqenien e një shoqërie.

Për më tepër, shëndeti riprodhues, nuk përbën sot vetëm një çështje mjekësore, por një çështje që ka të bëjë me të drejtat, barazinë gjinore dhe zhvillimin e qëndrueshëm.

Kosova shquhet me popullatë të re në moshë, por të dhënat lidhur me shëndetin perinatal në vendin tonë flasin për nevojën e ndërhyrjeve që rrisin shkallën e organizimit dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Indikatorët si vdekshmëria perinatale, numri (në rënie) i lindjeve, shkalla e lartë e lindjeve me prerje cezariene, mungesa e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike adekuate për fushën e shëndetit riprodhues, shtrojnë nevojën e përkushtimit më të madh dhe për një qasje të integruar në fushën e shëndetit riprodhues.

Ky numër i revistës është thjesht një ftesë për të reflektuar mbi rëndësinë e këtij aspekti jetik të shëndetit në të gjitha nivelet e profesionistëve shëndetësor, për të eksploruar dhe aplikuar qasjet bashkëkohore që për synim kanë që çdo individ të ketë qasje në informacionin e duhur për të marrë vendime të sakta e të sigurta për shëndetin dhe mirëqenien e tij.



KIRURGJIA ROBOTIKE NË PATOLOGJITË E SISTEMIT RIPRODHUES



Afërdita Zejnullahu

Doktor i Mjekësisë

Hyrje

Kirurgjia minimale invazive (MIS) mund të konsiderohet si risia më e madhe kirurgjikale gjatë viteve të fundit ngaqë ajo revolucionarizoi praktikën kirurgjikale me avantazhe ndaj kirurgjisë tradicionale të hapur si në zvogëlimin e traumave kirurgjikale dhe komplikacioneve të lidhura me prerjen, të tilla si infeksionet në vendin e kirurgjisë, dhimbjet dhe hernitë post-operative, reduktimin e qëndrimit në spital dhe përmirësimin e rezultatit kozmetik. Teknologjia e asistuar në mënyrë robotike ofron avantazhe që përfshijnë përmirësimin e shikimit stereoskopik tre-dimensional, ofron instrumentet me dorë që përmirësojnë shkathtësinë si dhe softuerin për anulimin e dridhjeve që përmirëson saktësinë kirurgjikale (1).

Përparësitë e kësaj teknike robotike janë prerjet më të vogla që çojnë në sëmundshmëri më të ulët, më pak dhimbje postoperative dhe qëndrime më të shkurtra në spital, të cilat janë të ngjashme me çdo operacion minimal invaziv. Megjithatë, robotika duket se ka avantazh në procedurat shumë të komplikuar kur kërkohet disekcioni i gjerë dhe rivendosje e duhur e anatomisë. Përdorimi i asistencës robotike në laparoskopji po bëhet dalëngadalë i popullarizuar sepse kjo teknologji u ka mundësuar kirurgëve të kapërcejnë vështirësitë e laparoskopisë konvencionale duke lejuar pacientët të përfitojnë nga kirurgjia minimale invazive (2).

Kirurgjia robotike është një zhvillim dinamik për procedurat minimalisht invazive. Specializimi i gjinekologjisë ofron vazhdimisht mundësi të reja

për teknikat inovative kirurgjikale dhe avancimin e qasjeve ekzistuese të terapisë (Figura 1)(3).

Që kur FDA-ja amerikane dha miratimin e robotit operativ "Da Vinci" për operacione gjinekologjike në vitin 2005, rreth tre milionë operacione robotike janë kryer në mbarë botën. Aktualisht janë në përdorim 3500 sisteme Da Vinci: 586 prej tyre në Evropë dhe 77 në Gjermani (tremujori i katërt i 2015). Sipas shifrave të Intuitive Surgical, në vitin 2014 janë kryer rreth 600,000 ndërhyrje në mbarë botën, nga të cilat 50% janë kryer në gjinekologji (Figura 2)(3)(4).

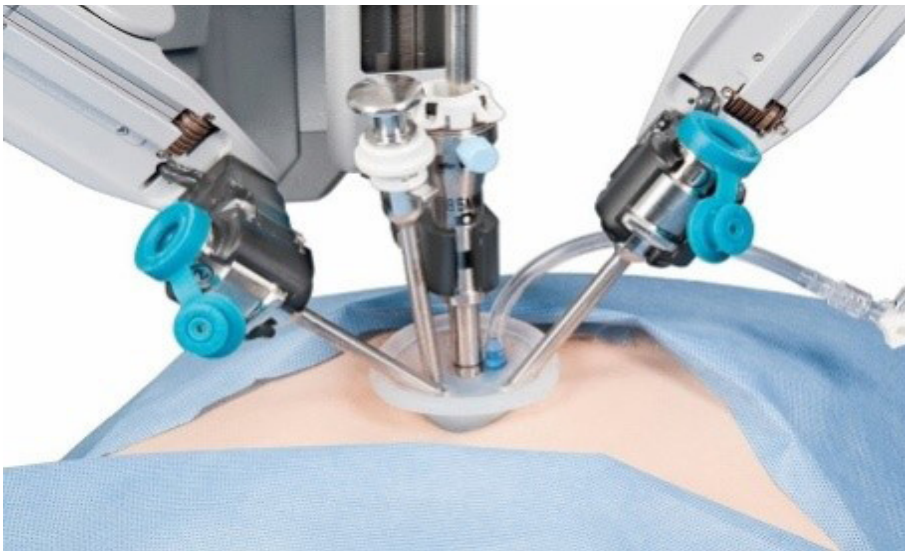
Disavantazhet e kësaj kirurgjie, nga ana tjetër, janë kostot ende të larta të instalimit dhe mirëmbajtjes, koha më e gjatë e funksionimit (të paktën në fillim) për të punuar në mënyrë të sigurt dhe të butë. Mjekët (anesteziologët dhe kirurgët) si dhe personeli i infermierëve duhet të trajnohen për të punuar me sistemin robotik (3)(5)(6). Përparësitë dhe kufizimet e laparoskopisë robotike janë paraqitur në Tabelën 1.

Kirurgjia robotike në miomektomi: Miomektomia robotike u zhvillua dhe u përqaftua nga kirurgët bazuar në suksesin e arritur tashmë nga laparoscopia. Qasja robotike është rritur në popullaritet pasi është një operacion intenziv me qepje dhe ndihma nga duart robotike e bën qepjen të thjeshtë dhe të lehtë dhe u lejon kirurgëve me përvojë të kufizuar ose aspak përvojë laparoskopike në teknikën e qepjes të kryejnë procedurën në një mënyrë minimale invazive. Disa autorë rekomandojnë qasjen hibride (laparoscopia konvencionale dhe asistencë robotike) në rastin e miomave më të mëdha se 10 cm, përtej legenit,



Figura 1. (A) Sistemi Da Vinci Si me krahun e tij optik qendror (diametri 12 mm) dhe 3 trokare pune, secila me diametër 8 mm (B) Sistemi Da Vinci Xi është dukshëm më i vogël me katër krahë fleksibël identikë (8 mm secili) (<https://www.sciencedirect.com/topics/engineering/vinci-system>)

Korrespondenca:
aferdita.zejnullahu@gmail.com



Për të zaturandjesinë e prekjeve dhe për të karrnaltus dëmtimit të vëlljeve robotike gjatë tërheqjes dhe/diseksionit (7). Qasja gjatë tërheqjes dhe/diseksionit (7) (8).

Rezultatet e shtatzënisë pas miomektomive me asistencë robotike janë të ngjashme me operacionin e hapur. Pitter et al., studiuar këto rezultate, duke raportuar 92 lindje nga 107 pacientët të studiuar, me vetëm 1 rrupturë të mitrës (9). Edhe pse janë raportuar shtatzëni të suksesshme afatgjata pas miomektomisë robotike (10), megjithatë ne kemi nevojë për studime të mëdha me përcjellje afatgjate të rezultateve riprodhuese përpara se të nxjerrim përfundime të qëndrueshme (Figura 2)(2).

Kirurgjia robotike dhe endometrioza

Endometrioza me infiltrim të thellë është ndryshe nga indikacionet e të parshatshme robotike në trajtimin e sëmundjeve beninje gjinekologjike. Meqenëse pacientët janë ende të rinj dhe dëshirojnë të kenë fëmijë, ata kërkojnë kirurgji për ruajtjen e organeve dhe mbrojtjen e indeve (11). Kontinuiteti zakonisht ruhet gjatë heqjes së endometrioze përmes rektumit dhe ureterit. Hulumtimet e fundit kanë treguar se kirurgjia robotike i arrin këto qëllime në shumicën dërrmuese të rasteve, si përbushja e dëshirës së një gruaje për fëmijë, reduktimi i ndjeshëm i dhimbjes dhe përmirësimi i simptomave gastrointestinale (3)(12).

Kur kryhet nga laparoscopia konvencionale, operacioni për endometriozen është ndoshta teknikisht më sfiduesi në gjinekologji. Asistenca robotike mund ta bëjë këtë detyrë të vështirë më të lehtë pasi

një pamje kirurgjikale e detajuar dhe e zmadhuar 3D mund të përmirësojë shumë cilësinë e diseksionit kirurgjik në raste komplekse. Seria më e madhe e kirurgjisë me ndihmën robotike për endometriozen e thellë është publikuar nga Siesto et al. (13) në një studim kohort retrospektiv që nuk tregon as komplikime të rëndësishme intraoperative dhe as konvertim në laparotomi. Si përmbledhje, duket se kirurgjia me ndihmën e robotëve duket të jetë një alternativë e mundshme dhe e sigurt për të arritur një trajtim gjithëpërfshirës kirurgjik në endometrioze (Figura 4)(1).

Kirurgjia robotike në cerklazhin e qafës së mitrës

Në obstetrikë, cerklazhi i qafës së mitrës është një fushë tjetër aplikimi për kirurgjinë robotike për të shmangur lindjet e parakohshme në pacientët me insuficiencë cervikale (14). Metoda më e zakonshme është operacioni me akses vaginal. Këtu avantazhet e procedurës robotike në krahasim me qasjen laparoskopike përfshijnë një qepje shumë më të thjeshtë intrakorporale dhe ekspozim më të saktë intraoperativ me më pak dëmtime në strukturat fqinje. Një cerklazh mund të aplikohet para, si dhe gjatë shtatzënisë. Duke qenë se heqja e cerklazhit në fund të shtatzënisë bëhet shumë e vështirë nga pozicioni i saj intraabdominal, në këto raste, një prerje cezariane primare është zakonisht mënyra e vetme e mundshme e lindjes (3).

Metodologjia

Hulumtimi i këtij punimi është "rishikim i literaturës ekzistuese" me bazë në libra të ndryshëm ndërkombëtarë shken-

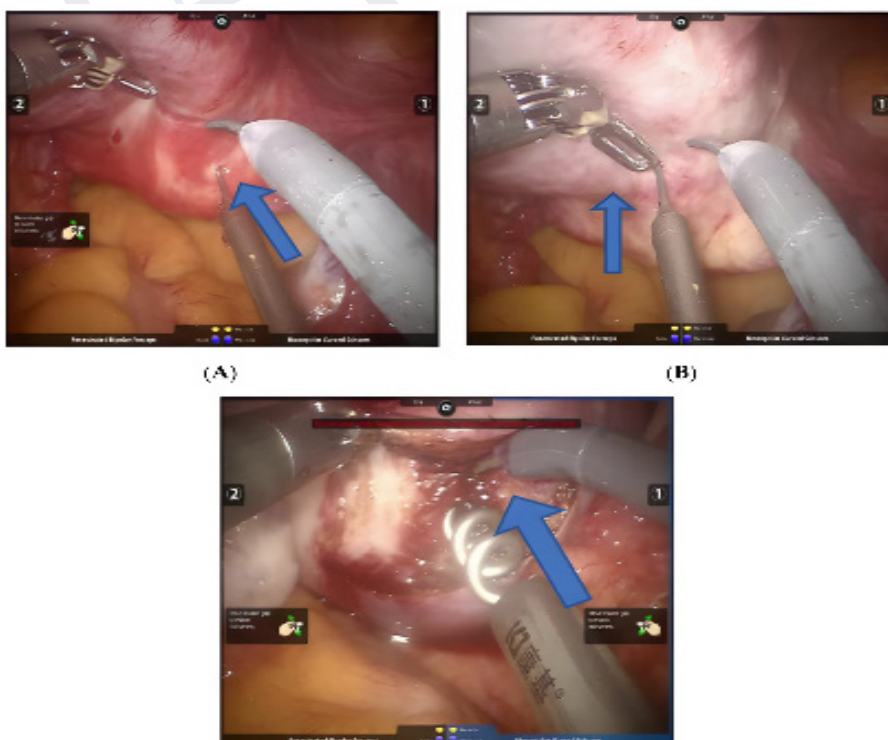


Figura 3. (A) Terlipresina u injektua në trupin e mitrës. (B) "Metoda e jastëkut të ujit" u përdor për të izoluar fibroidet. (C) Fibroidet u tërhoqën me vida fibroide. Shigjetat tregojnë drejtimet e injektimit dhe tërheqjes (<https://www.mdpi.com/2077-0383/11/11/3221>)

coro-mjekësor dhe informata shkencore marrë nga uebfaqe të ndryshme. Të gjitha burimet informative janë të cituara në pjesën e referencave.

Përfundimi

Praktikisht çdo patologji gjinekologjike sot mund të trajtohet me kirurgji robotike. Megjithatë, sfida me të cilën përballlemi sot për të çuar përpara kirurgjinë robotike është mungesa e konsensusit rreth trajnimit të kirurgëve. FDA kërkon trajnim njëditor e dyditor për të vërtetuar se një kirurg mund të përdorë sistemin, por certifikimi nuk do të thotë se ai ose ajo është gati të operojë pacientët. Sfida tjetër është për sa i përket kostos dhe masës së sistemit robotik. Përdorimi i gjerë i laparoskopisë është kujdesur për të dyja këto probleme me zhvillimin e fushës së laparoskopisë. Me rritjen e numrit të operacioneve që bëhen duke përdorur këto sisteme, kostoja përfundimisht do të ulet (2).

Në një studim të kryer nga Desille-Gbaguidi, kostoja e operacioneve me robotin për kancerin endometrial ishte 2.7 herë më e lartë se ajo e laparoskopisë konvencionale dhe kostoja e operacioneve për kancerin e qafës së mitrës ishte 2.6 herë më e lartë se ajo e laparoskopisë konvencionale (3)(15).

Ekziston konsensus për faktin se përdorimi maksimal i sistemit dhe një ekip i mirëkoordinuar mund të ulë kostot në nivelin e teknikave të ha-

pura kirurgjikale. Kjo arrihet kryesisht nga kohët progresive më të shkurtra të operacionit, më pak komplikime dhe qëndrime dukshëm më të shkurtra në spital. Projektionet statistikore rreth numrit të kërkuar të ndërhyrjeve robotike në vit për të arritur përfitimin variojnë midis 165 dhe 400 operacioneve (3)(16)(17).

Referencat:

1. Bouget, T. et al. Robotic Surgery in Gynecology. 02.05.2016. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2016.00026/full?foaid=IwAROKtZtMrspYm0RcXtlj3F>
2. Sinha, R., et al. Robotic surgery in gynecology. 15-18.08.2014, 11(1):p 50-39, Jan-Mar 2015. [https://journals.ww.com/jmas/fulltext/2015/11010/robotic_surgery_in_gynecology.11.asp]
3. Alkatout, L, et al. Robotic surgery in gynecology. 01.12.2016. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5147762/]
4. Liu, H., Lu D. Wang. L., Shi, G., Song, H., Clarke, I. Robotic surgery for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2012-2: CD008978. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008978.pub2>. [PubMed] [Google Scholar]
5. Schollmeyer, T. Mettler, L. Alkatout, I. Roboterchirurgie in der Gynakologie - Der Operateur am Schreibtisch, Der Gynakologe. 2011:196-201. <https://doi.org/10.1007/s00129-010-2709-Z> [Google Scholar] [Ref list]
6. Herron D.M. Marohn, M. SAGES-MIRA Robotic Surgery Consensus Group. A consensus document robotic surgery. Surg Endosc. 2008;22:313-25. discussion 311-. <https://doi.org/10.1007/s00464-007-9727-5>. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
7. Sinha, R. Sanjay, M., Rupa, B., Kumari, S. Robotic surgery in gynecology. J Minim Access Surg (2015) 11(1):50-9. doi: 10.4103/0972-9941.147690 CrossRef Full Text | Google Scholar
8. Nezhat, C., Lavie, O., Hsu, S., Watson, I, Barnett, O., Lemyre, M Robotic-assisted laparoscopic myomectomy compared with standard laparoscopic myomectomy - a retrospective matched control study. Fertil Steril (2009) 91(2):556-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.092 CrossRef Full Text | Google Scholar
9. Pitter, M.C., Gargiulo, A.R. Bonaventura, L.M, Lehman, J.S., Srouji S.S. Pregnancy outcomes following robot-assisted myomectomy Hum Reprod. 2013;28:99-108 PubMed | CrossRef | Google Scholar
10. Bocca, S., Stadtmayer, L., Oehninger, S. Uncomplicated full term pregnancy after da Vinci-assisted laparoscopic myomectomy Reprod Biomed Online. 2007;14:246-9 PubMed | CrossRef | Google Scholar

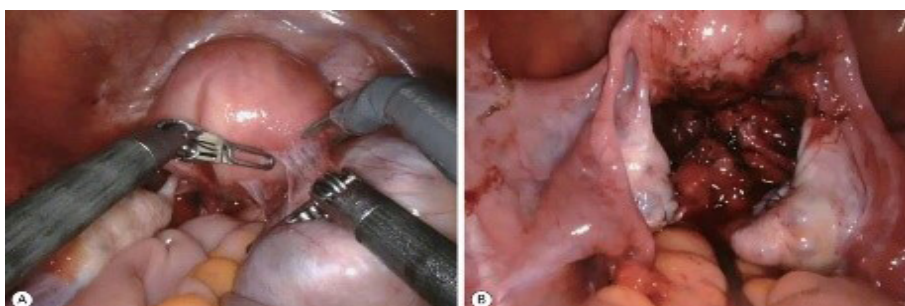


Figura 4. (A) Ngjytje e rëndë e pelvikut midis endometriomës, rektumit dhe peritoneumit të pelvikut në murin e pasmë. (B) I kryer me sukses operacioni i endometrioizës duke përdorur kirurgji robotike. (<https://www.grsjournal.org/journal/view.php?number=10&viewtype=pubreader>)

Tabela 1. Avantazhet dhe disavantazhet e kirurgjisë robotike (<https://slideplayer.com/slide/6163296/>)

Kirurgji Robotike	
Përparësitë	Disavantazhet
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ergonomike ➤ Vizioni 3-D ➤ Dridhjet e filtruara ➤ Shkathësi e përmirësuar; 7 shkallët e lirisë ➤ Më pak lodhje ➤ Lejon kryerjen procedurë komplekse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mungesa e reagimit të prekshëm ➤ Nuk mund të ndryshohet pozicioni i tavolinës së operimit pasi krahët të lidhen me pacientin ➤ Vendosni kohën ➤ Kostoja <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kostoja kapitale ➤ Mirëmbajtja ➤ Të disponueshme

NJËZET VJET TË FRYTNIMIT TË ASISTUAR MJEKËSOR NË KOSOVË



Afrim Muhaxhiri

Specialist i Gjinekologjisë
dhe Obstetrikës

Këtë Vit Shënojmë 46-vjetorin e Louise Brown, fëmijës së parë të ngjizur përmes Frytnimit të Asistuar Mjekësor (FAM), një ngjarje e rëndësishme në fushën e mjekësisë riprodhuese. Për më tepër, kanë kaluar dy dekada të plota që kur kemi iniciuar përfshirjen tonë në fushën e Frytnimit të Asistuar Mjekësor në Kosovë.

Më 05.02.2024 në Kosovë shënuam 20 vjetorin e lindjes së fëmijës së parë me metodën e Frytnimit të Asistuar Mjekësor (FAM-IVF). Sot, ajo gëzon shëndet të plotë dhe ndjek studimet për shkencë mjekësore.

Ky rrugëtim, për realizimin e lindjes së parë në Kosovë me metodën e FAM-IVF ishte i vështirë dhe sfidues.

Në vitin 2001, me ndihmën profesionale të Dr. Thomas Gerhard, filluam të kryejmë endoskopi intervenuese falas për herë të parë në Kosovë. Pas një studimi të gjerë njëvjeçar tek pacientët e trajtuar me probleme endoskopike, arritëm në një konstatim domethënës në lidhje me incidencën e lartë të infertilitetit në Kosovë. Rrjedhimisht, vendosëm dhe planifikuam të fillojmë aplikimin e procedurave të FAM-IVF në Kosovë, bazuar në kuadrin ligjor ekzistues asokohe në Kosovë.

Falë bashkëpunimit me Dr. Thomas, vendosëm kontakte me Prof. Eberhard Nieschlag nga Instituti i Mjekësisë Riprodhuese në Muenster. Tutje, Dr. Afrim Kotori dhe unë, filluam edukimin në fushën e Frytnimit të Asistuar Mjekësor (FAM) po në këtë institut. Ndërkaq, edukimi ynë profesional

vazhdoi në Klinikën e Qendrës për IVF të Dr. Goehring në Rotenburg.

Në korrikun e vitit 2003, filluam fazën fillestare të shërbimit të IVF në Kosovë ku për fat të mirë puna jonë rezultoi me shtatzëni të suksesshme që në grupin e parë të pacientëve. Kjo arritje ishte produkt i një përpjekjeje kolektive, që përfshinte punën e palodhshme të një sërë profesionistësh mjekësor.

Pavarësisht faktit se shtatzënia e parë me FAM-IVF shënoi një moment historik të rëndësishëm, në të njëjtën kohë indikoi se rrugëtimi ynë sapo kishte filluar. Duke reflektuar mbi këtë arritje, më kujtohen edhe sot fjalët e Patrick Stepto: "Ky është vetëm fundi i fillimit..."

Si udhëheqës i ekipit, më tutje u ballafaqova me një mori sfidash dhe u përballa me probleme të panjohura në lidhje me infertilitetin që rezultuan në një shkallë të ulët të suksesit dhe me shumë netë pa gjumë. Megjithatë, ne ishim të vendosur për të marrë përsipër këtë projekt sfidues duke u konsultuar me kolegë, duke përmirësuar ekspertizën tonë dhe duke fituar njohuri të vlefshme nga profesionistë të respektuar nga qendrat e njohura të IV-it në Evropë, të tilla si FCH Hamburg, Universiteti Vrije në Bruksel, IVI Valencia dhe CERF në Freiburg. Njëkohësisht, vlen të përmendet edhe ndihma e ofruar nga Prof. Gesithoewel dhe Biol Alexandra Oxchner, si në aspektin humanitar ashtu dhe në ekspertizën profesionale, të cilët erdhën në Kosovë për të dhënë mbështetjen e tyre në këtë projekt. Gjithashtu, jemi tejet mirënjohës ndaj



Figura 1. Gjatë LPSC në vitin 2001

Korrespondenca:
afrim_muhaxhiri@hotmail.com

Prof. Tomaz Tomazevic nga Klinika Gjinekologjike në Lubjanë, për bashkëpunimin që nga viti 2010, në fushën e endoskopisë dhe infertilitetit.

Fillimisht, shkalla jonë e suksesit për transfer embrional (ET) për cikël ishte 10%. Ky rezultat i arritur në mjekësi është sukses i shënuar vetëm 4 vite pas luftës shkatërrimtare që e përjetoi vendi ynë.

Me përparimin e bërë në protokollet e stimulimit, trajtimin e përmirësuar të oociteve, ndryshimeve në teknologjinë e transferimit dhe përvojën e arritur, nivelet tona të suksesit panë një përmirësim të ndjeshëm. Pas një dekade, shkalla e suksesit është rritur mbi 37%, ndërsa sot, pas 20 vitesh përkushtimi, tejkalon 50% për cikël.

Sot jemi dëshmitarë të shtyerjes me vetëdije të kohës për të lindur fëmijë nga çiftet bashkëshortore, rritjes së numrit të shkurorezimeve dhe rritjes së përqindjes së infertilitetit mashkullor.

Para gjysmë shekulli përqindja e infertilitetit ka qenë rreth 7%, kurse sot është prezent në 18% të çifteve bashkëshortore. Parashikohet, sipas të dhënave të OBSH, që pas 10 vjetësh rreth 30% të çifteve të kenë probleme të infertilitetit.

Në të kaluarën shkak kryesor i infertilitetit ka qenë dëmtimi i tubave për shkak të inflamacionit, kurse sot faktori mashkull prin me 53%.

Në të ardhmen e afërt pritet që të fillojë punën edhe Shërbimi i Infertilitetit në Klinikën Obstetrike dhe Gjinekologjike në SHSKUK.

Mbetet detyrë parësore e të gjithë neve edukimi i gjeneratave të reja për teknikat e fertilizimit të asistuar.

Deri sot, përmes funksionimit të Shërbimeve të FAM-IVF në spitalet private në Kosovë kanë lindur mijëra fëmijë.

Ky fakt mund të llogaritet si kontribut i Frytnimit të Asistuar Mjekësor në përmirësimin e vlerave demografike të çrregulluara në vendin tonë.

Suksesi i Frytnimit të Asistuar Mjekësor në shumë shtete evropiane arrin 5% në rritje të natalitetit vjetor, madje në Danimarkë arrin kuotën 10%.

Sipas shumë analizave në mjekësi, në shekullin e kaluar Frytnimi i Asistuar Mjekësor renditet në 15 të arriturat mjekësore më të mëdha.

Duke reflektuar në procesin e gjatë të rrugëtimit tonë dhe të arriturat, ne vlerësojmë se shërbimet e FAM në Kosovë kanë sjellë shpresë dhe suksese të paimagjinueshme më parë tek shumë çifte që janë përballur apo përballen me infertilitetin në synimin e tyre për të krijuar familje.

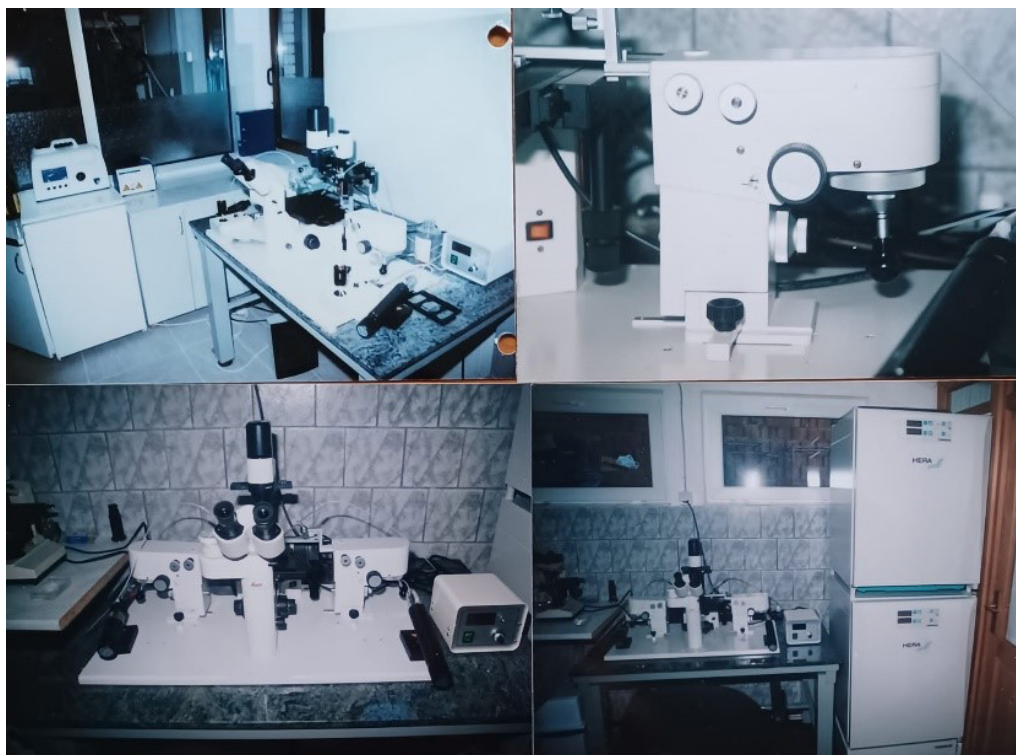


Figura 2. Laboratori i FAM-IVF në vitin 2003

KONTRACEPSIONI EMERGJENT



Ali Krasniqi

Doktor i Mjekësisë

Kontracesioni emergjent (KE) përdoret për të ndaluar një shtatzëni të padëshiruar pas marrëdhënieve seksuale të pambrojtura. Ky lloj i kontracesionit është i dobishëm pas marrëdhënieve seksuale pa përdorur asnjë metodë parandaluese kontrceptive, për shembull kur kenë harruar ta merrni pilulën tuaj të zakonshme kontrceptive për disa ditë, ose nëse prezervativi (kondomi) është prishur gjatë marrëdhënies seksuale.

Kontracesioni emergjent është një dozë e përqendruar e kontrceptivëve oralë që merret në një ose në dy doza për 12 orë. Pilulat kontrceptive emergjente (PKE) mund të parandalojnë shtatzëninë deri në 72 orë (tre ditë) pas marrëdhënieve seksuale të pambrojtura. Studimet kanë treguar se edhe nëse pilulat e KE merren deri në 120 orë (5 ditë) pas marrëdhënieve seksuale të pambrojtura, ato mund të parandalojnë shtatzëninë. Megjithatë, janë më efektive brenda 24 orëve të para. Sa më shpejt të përdoren PKE, aq më të mëdha janë gjasat për të parandaluar shtatzëninë. Kontracesioni emergjent nuk mbron nga sëmundjet seksualisht të transmetueshme.

Pilulat kontrceptive emergjente (PKE) shpeshherë quhen "pilulat e pas mëngjesit", edhe pse nuk duhet të merren çdo herë në mëngjes pas seksit të pambrojtur për të ndaluar shtatzëninë, por mund të merren në çdo kohë të ditës, dhe "kontrceptivë oral postcoital".

Cilat janë llojet e kontracesionit emergjent?

Ka tri opsione të disponueshme të kontrceptivëve emergjentë:

- Pilulat kontrceptive emergjente (PKE-LNG) që përmbajnë hormonin e quajtur Levonorgestrel (LNG): 1.5 mg LNG në një pilulë të vetme ose në 2 pilula prej 0.75 mg.
- Pilulat kontrceptive emergjente që përmbajnë Ulipristal acetate (UPA): 30 mg UPA në një pilulë të vetme.
- Pajisja kontrceptive intrauterine që përmban bakër (IUCD)-spiralja.

Mekanizmi i veprimit

Mekanizmi i veprimit për të dy kontrceptivët LNG dhe UPA është ndërhyrja në procesin e ovu-

lacionit. [9,10] Nëse merret përpara se të fillojë rritja e hormonit luteinizues para ovulacionit, LNG mund të pengojë rritjen, duke penguar zhvillimin e folikulave, dhe maturimin dhe/ose lirimin e qelizës vezë. UPA ka treguar se parandalon ovulacionin si përpara ashtu edhe pas fillimit të rritjes, duke vonuar këputjen e folikulave për të paktën pesë ditë. [10,11] Ovulacioni nuk parandalohet nëse LNG ose UPA administrohen në ditën e pikut të hormonit luteinizues. Ato nuk shkaktojnë abort, por thjeshtë ndalojnë nga ngelja shtatzënë. Tek femrat të cilat janë shtatzënë pilulat kontrceptive emergjente nuk do të funksionojnë dhe nuk do të shkaktojnë ndonjë dëm tek fetusit i tyre. Edhe pse kontracesioni emergjent është shumë efektiv, nuk mund të parandalojë 100% të shtatzënieve të padëshiruara.

Pilula kontrceptive emergjente me Levonorgestrel (PKE-LNG)

Ky kontracesion emergjent përbëhet nga dy pilula (figura 1.). Pilula e parë mund të merret deri në 96 orë (4 ditë) pas marrëdhënieve të pambrojtura, edhe pse funksionon më mirë nëse merret brenda 72 orëve (3 ditëve) të para pas seksit të pambrojtur. Pilula e dytë duhet të merret saktësisht 12 orë pas të parës. Disa medikamente (si medikamentet e epilepsisë) mund ta zvogëlojnë efektivitetin kontrceptiv të kësaj pilule. Gjithashtu, nëse paraqiten të vjella brenda 2 orëve nga marrja e tabletës, ky kontrceptiv nuk do të ketë efekt mbrojtës. Nëse paraqiten të vjella, do të duhet të merret një tabletë e dytë. Është shumë e pazakontë që gratë të kenë efekte anësore nga këto pilula. Herë pas here mund të paraqitet nauzea (të përzierat) ose të ketë fyrrerje të barkut pak kohë pas marrjes së kësaj forme të kontrceptivit emergjent. Ky lloj kontracesioni emergjent parandalon rreth 85% të shtatzënieve.

Pilula kontrceptive emergjente me Ulipristal

Kjo është një tabletë e vetme që mund të merret deri në 120 orë (5 ditë) pas marrëdhënies seksuale të pambrojtur. Është shumë e pazakontë që gratë të kenë efekte anësore nga Ulipristal. Herë pas here pacientet femra mund të kenë nauzea (të përziara), dhimbje koke ose dhimbje barku për një kohë të shkurtër. Menstruacioni i parë pas marrjes së Ulipristal mund të jetë pak më i dhimbshëm se zakonisht. Nëse vjellni brenda 3



Figura 1. Pilula kontrceptive emergjente me Levonorgestrel (PKE-LNG) (<http://www.myhealth.gov.my/en/tablet-levonorgestrel-0-75-mg>)

orëve nga marrja e kësaj pilule, duhet të merret një dozë tjetër. Ky lloj kontrceptivi është më shumë efektiv (parandalon më shumë shtatzëni) sesa PKE-LNG.

Ulipristal nuk është i përshtatshëm për gratë që janë gjdhënese, pasi do të duhet ta nxjerrin (mbjelin) dhe hedhin qumështin e gjirit një javë pas marrjes së tabletës. Gratë gjdhënese të cilat duhet të përdorin kontrceptiv emergjent preferohet të përdorin pilulat që përmbajnë levonorgestrel (figura2.).



Figura 2. Pilula kontrceptive emergjente me Ulipristal (<https://www.your-life.com/en/your-questions/emergency-contraceptives>)

Pajisja kontrceptive intrauterine (IUCD) - spiralja

Vendosja e një IUCD-je (spiraleje) në mitër është një formë shumë efektive e kontrceptionit emergjent. Spiralja (IUCD) ka një tel të vogël bakri rreth saj dhe quhet IUCD e bakrit. Një IUCD mund të vendoset në mitër deri në 72 orë (5 ditë) pas marrëdhënies seksuale të pambrujtur. Është 99% efektive në parandalimin e shtatzënisë. Një IUCD mund të vendoset vetëm nga një mjek gjinekolog. Ky lloj kontrceptiv emergjent është ide e mirë për femrat që kanë fëmijë e që duan kontrception afatgjatë. Spiralja (IUCD) mund të lihet në mitër për 5 ose 10 vjet në varësi të llojit të IUCD-së.

IUCD-të nuk janë aq të përshtatshme për gratë e reja që nuk kanë pasur fëmijë pasi mund të jenë më të vështira për t'u vendosur. Ato gjithashtu nuk këshillohen për femrat që kanë shumë partnerë seksualë pasi që kjo rritë rrezikun për SST. Është e rëndësishme që të mos merret ndonjë infeksion seksualisht i transmetueshëm (SST) si klamidia kur femrat kanë të vendosur spiralen sepse infeksioni përhapet shpejt në mitër dhe në tubat uterine.

Efektet anësore

Pilulat e kontrceptionit emergjent (PKE) janë jashtëzakonisht të sigurta. Asnjë vdekje apo ndërlikim serioz nuk është lidhur shkakësisht me përdorimin e PKE-ve. Sipas Kriterëve të Përshtatshmërisë Mjekësore

për Përdorim Kontrceptiv (MEC) të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), botimi i pestë, nuk ka situata në të cilat rreziqet e përdorimit të PKE-LNG ose UPA ose regjimi i kombinuar hormonal i tejkalonë përfitimet.

Efektet anësore përshkruhen si më poshtë:

- Gjakderdhje e çrregullt vaginale,
- Nauze dhe të vjella,
- Simptoma të tjera që mund të shfaqen tek përdoruesit e PKE-UPA përfshijnë dhimbje koke, dhimbje barku, ndjeshmëri të gjirit, marramendje ose lodhje.

Përdorimi i kontrceptivëve emergjentë tek adoleshentët dhe nënat gjdhënese:

Qasja e adoleshentëve në PKE nuk duhet të kufizohet nga shqetësimet klinike ose programatike. PKE-të janë të sigurta për të gjitha gratë, pavarësisht nga mosha. Adoleshentët nuk vuajnë nga shkalla më e madhe e efekteve anësore dhe janë në gjendje të kuptojnë etiketën dhe udhëzimet e tjera.

Një grua që ka më pak se gjashtë muaj pas lindjes, dhe ushqen fëmijën me gji, që nuk ka pasur një periudhë menstruale që nga lindja nuk ka gjasa të jetë në ovulacion dhe për këtë arsye nuk ka nevojë për pilula kontrceptive emergjente. Megjithatë, një grua që nuk i plotëson këto kriterë mund të jetë në rrezik për shtatzëni. OBSh-ja deklaroi se levonorgestrel nuk është kundërrinduar gjatë laktacionit dhe se regjimi me UPA në përgjithësi mund të përdoret nga gratë gjdhënese, por si masë paraprake, ajo nuk duhet të ushqejë fëmijën me gji për një javë dhe në vend të kësaj duhet ta mbjellë dhe ta hedhë qumështin e saj të gjirit.

Pyetje të shpeshta:

- Si mund të merren pilulat kontrceptive emergjente? Pilulat kontrceptive emergjente (PKE-LNG) mund të jepen nga mjeku juaj, shumica e farmacive, ose klinika më e afërt e planifikimit familjar. Nuk ka nevojë për recetë të mjekut për të marrë kontrceptivët emergjentë. Herë pas here ndodh që farmacia nuk i disponon këto pilula – nëse ndodh kjo, thjesht shkoni te një farmaci tjetër.

- Çfarë do t'ju pyesë farmacisti? Pyetjet që do të bëjë farmacisti juaj janë të rëndësishme që ai/ajo të dijë për shëndetin dhe sigurinë tuaj.

- Sa kohë më parë ka qenë seksi i pambrujtur? Kështu që ata mund të jenë të sigurt se pilulat kontrceptive emergjente do të funksionojnë ende për ju.

- Nëse keni ndonjë problem tjetër shëndetësor - Kështu që ata e dinë se është e sigurt

për ju që ta merrni PKE-në.

- Nëse merrni barna të tjera- Këtu përfshihen barnat që mjeku ju ka përshkruar dhe secila nga barnat që keni blerë në një farmaci ose supermarket. Kështu që ata mund të jenë të sigurt që barnat nuk do të ndalojnë veprimin e PKE-së.

- Çfarë përdorni zakonisht si kontrceptiv?

- Kur keni pasur periodat për herë të fundit dhe nëse keni ndonjë gjakderdhje të çrregullt ose të pazakontë? Për t'u siguruar që nuk jeni tashmë shtatzënë.

- Farmacistët mund të pyesin nëse keni ndonjë simptomë si dhimbje gjatë urinimit, temperaturë, sekrecione vaginale, dhimbje në pjesën e poshtme të barkut, ose dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale. Kjo siguron që ju të mos keni nevojë të vizitoni një mjek për të kontrolluar nëse keni një infeksion apo probleme të tjera.

- Si do të jetë periudha e menstruacioneve të ardhshme pas marrjes së PKE-së? Menstruacioni i ardhshëm duhet të jetë mjaft normal. Herë pas here pilulat kontrceptive emergjente mund të shkaktojnë gjakderdhje të çrregullta. Megjithatë, është e rëndësishme që të mos harroni se asnjë PKE nuk është 100% efektive, kështu që nëse menstruacionet janë 7 ditë me vonesë, duhet të bëni një test të shtatzënisë dhe duhet ta vizitoni mjekun tuaj.

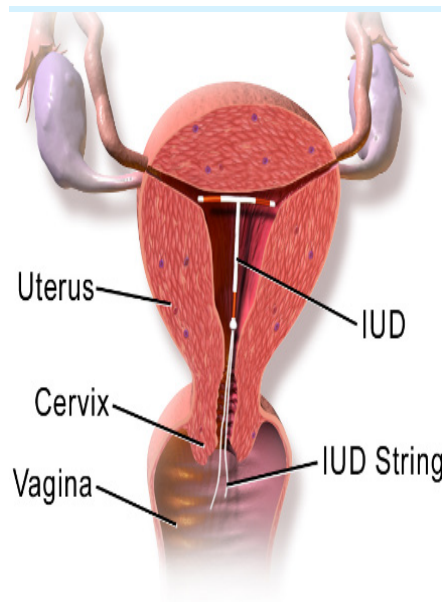


Figura 3. Pajisja kontrceptive intrauterine (IUCD) – spiralja (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Blausen_0585_IUD.png)

Ju gjithashtu duhet të vizitoni mjekun tuaj nëse:

- Menstruacioni juaj është më i shkurtër ose më i gjatë se zakonisht.
- Ju keni njolla ose gjakderdhje të çrregullta.
- Keni dhimbje në pjesën e poshtme të abdomenit (barkut).
- Kjo mund të jetë një shenjë e shtatzënisë ek-topike, e cila është shtatzëni që rritet në tub në vend të mitrës. Kjo mund të jetë e rrezikshme për ju dhe kërkon kujdes mjekësor urgjent.
- Keni temperaturë ose rrjedhje vaginale ose jeni të shqetësuar se mund të keni një sëmundje seksualisht të transmetueshme (SST).
- Kur mund të marr kontrceptivin tim të zakonshëm përsëri? Nëse keni marrë PKE-LNG, atëherë mund të vazhdoni pilulën tuaj të zakonshme kontrceptive. Nëse keni marrë Ulipristal, atëherë nuk duhet të merrni pilulën tuaj të zakonshme kontrceptive (kjo përfshin OCP-në e kombinuar, mini-pilulat dhe unazën vaginale) për 5 ditë dhe këshillohet që urop përdorni prezervativë kur bëni seks deri në menstruacionin e ardhshëm.
- Po sikur të mos përdor zakonisht kontrceptivë? Është e mundur të përdoret kontrceptivë emergjent më shumë se një uro edhe në një cikël dhe nuk do ndikojnë në shëndetin tuaj ose shanset tuaja për të pasur një fëmijë në të ardhmen.

Referencat:

1. Emergency contraception [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2018 [cited 2018Feb1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>
2. Emergency contraception (2018).
3. European public assessment report (EPAR) for ellaOne [Internet]. European Medicines Agency; 2018 [cited 2018May20]. Available from: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/00102_7/human_med_000758.jsp
4. Glasier, A.F., Cameron, S.T., Fine, P.M., et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet* 2010;375:555–62.
5. Fine, P., Mathe, H., Ginde, S., Cullins, V., Morfesis, J., Gainer, E. Ulipristal acetate taken 48-12 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstetrics & Gynecology*. 2010; 115 (2 Pt 1): 257–63.
6. Piaggio, G., Kapp, N., von Hertzen, H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011;84(1):35–9.
7. von Hertzen, H., Piaggio, G., Ding, J., et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet* 2002;360(9348):1803–10.
8. Ellertson, C., Evans, M., Ferden, S., et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;101(6):1168–71.
9. Stratton, P., Levens, E.D., Hartog, B., et al. Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914. *Fertility and Sterility*. 2010;93(6):2035–41.
10. Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M., et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*. 2001;63(3):111–21.
11. Brache, V., Cochon, L., Jesam, C., et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Human Reproduction*. 2010;25(9):2256–63.

SHTATZËNIA DHE DUHANPIRJA



Arbër Aliu

Doktor i Mjekësisë

Shtatzënia është një periudhë jetike dhe e ndjeshme në jetën e një gruaje dhe zhvillimin e një fëmije. Gjatë kësaj kohe, shëndeti dhe mirëqenia e nënës kanë një ndikim të drejtpërdrejtë mbi shëndetin dhe zhvillimin e fetusit. Duhanpirja, një zakon i njohur për efektet e tij të dëmshme mbi shëndetin, paraqet një sërë rreziqesh të veçanta kur bëhet fjalë për gratë shtatzëna. Nikotina dhe substancat e tjera toksike të pranishme në cigare mund të ndikojnë negativisht jo vetëm tek nëna, por edhe tek fetusit që zhvillohet.

Ndërkohë që ndërgjegjësimi mbi rreziqet e duhanpirjes është rritur, ende shumë gra shtatzëna vazhdojnë të përballen me këtë sfidë. Ndikimi i duhanpirjes gjatë shtatzënisë është një temë që kërkon vëmendje të veçantë, duke përfshirë studime të shumta që tregojnë për lidhjet midis duhanpirjes dhe problemeve të ndryshme shëndetësore si për nënën, ashtu edhe për foshnjën. Kjo temë është thelbësore për edukimin dhe informimin e grave, familjarëve të tyre dhe profesionistëve të shëndetësisë mbi rëndësinë e ndalimit të duhanpirjes gjatë shtatzënisë dhe përfitimet që kjo sjell për një shtatzëni të shëndetshme dhe një fëmijë të shëndetshëm.

Në këtë punim, do të shqyrtojmë në detaje ndikimin e duhanpirjes gjatë shtatzënisë, duke filluar nga efektet mbi shëndetin e fetusit dhe nënës, deri tek strategjitë dhe rekomandimet për ndërprerjen e duhanpirjes. Kjo analizë do të ndihmojë në kuptimin e plotë të rreziqeve dhe do të theksojë rëndësinë e ndërhyrjeve të hershme dhe të efektshme për të mbrojtur shëndetin e brezave të ardhshëm.

Ndikimi i duhanpirjes në shëndetin e fetusit

Përdorimi aktiv ose edhe pasiv i duhanit nga nëna gjatë shtatzënisë dhe ekspozimi i fetusit ndaj karcinogjenëve të duhanit do të përcillet me një risk më të madh për shfaqjen e çrregullimeve që do të prekin mbarëvajtjen e shtatzënisë dhe jetën e fetusit.

Ndër çrregullimet më të shpeshta të ndërlidhura me duhanpirjen janë: defektet e ndryshme të lindjes, abortet ose lindja e parakohshme e frytit të vdekur, lindja normale premature, lindja me peshë të vogël e fetusit, SIDS (sudden infant death syndrome) që nënkupton vdekjen e papritur idiopatikë të bebeve më herët sesa 1 vjet pas lindjes.

Defektet e lindjes më të shpeshta të asocuara me duhanpirjen janë: defektet kongjenitale të zemrës, çrregullimet kardiovaskulare, çrregullimet oro-faciale sikurse buza e çarë (cleft lip), qiellza e çarë (cleft palate) të cilat do të çonin në vështirësi në ushqyerjen e të porsalindurit dhe do të nevojitej trajtimi kirurgjik.

Pirja e duhanit nga nëna gjatë shtatzënisë lidhet me dyfishimin e rrezikut të vdekjes së papritur të foshnjave (SIDS) dhe defekteve në lindje, ndërsa ekspozimi ndaj tymit të dorës së dytë (duhanpirja igars) gjatë shtatzënisë lidhet me një rritje prej 23% të rrezikut të lindjes së vdekur dhe 13% të rritjes së rrezikut të keqformimeve kongjenitale.

Duhanpirja ka një rol negativ edhe tek të porsalindurit gjatë ushqyerjes me qumështin e gjirit nga nëna duhanpirëse. Pasojat vijnë ngaqë

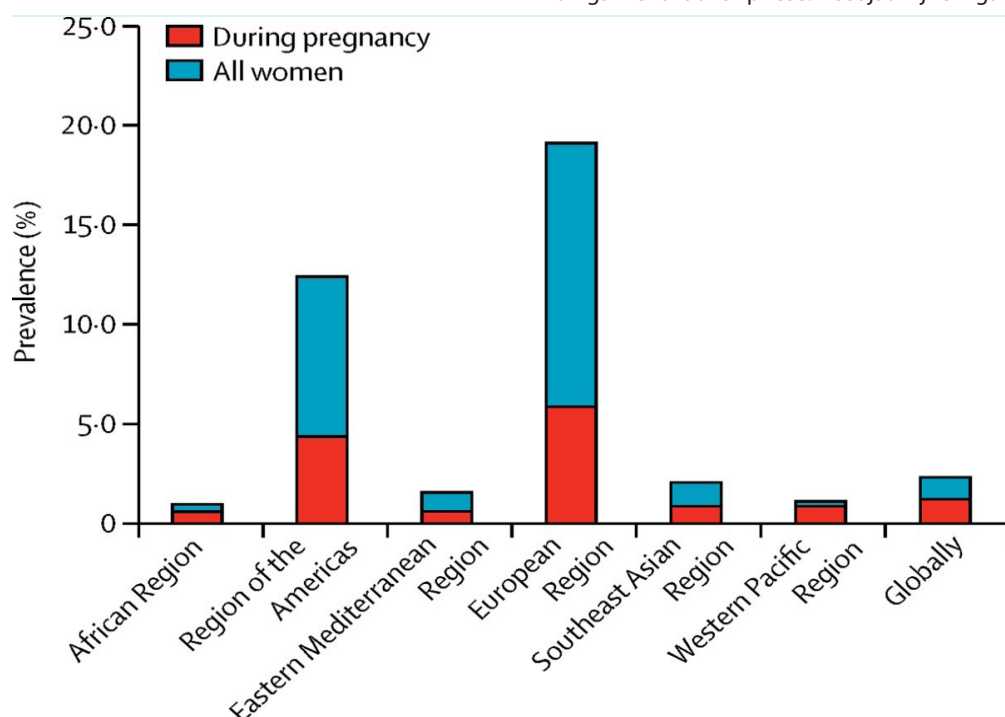


Figura 1. Prevalenca e pirjes së duhanit çdo ditë tek gratë dhe gratë shtatzëna në popullatën e përgjithshme dhe përqindja e vlerësuar e grave që pinë duhan çdo ditë dhe që vazhdojnë të pinë duhan çdo ditë gjatë shtatzënisë, sipas rajoneve të OBSH-së. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18302237>)

nikotina dhe përbërësit e tjerë në tymin e cigares mund të kalojnë tek fëmija përmes qumështit të gjirit. Pirja e duhanit do të zvogëlojë sasinë dhe cilësinë e qumështit të gjirit, e rrit rrezikun për komplikime shëndetësore, kryesisht kolika të ndryshme dhe çrregullime të gjumit tek foshnja, si dhe gjasa më të mëdha për t'i hequr fëmijët nga gjiri më herët sesa nënat joduhanpirëse. Për këto arsye tek nënat duhanpirëse gjidhënese të cilat nuk e ndalin duhanpirjen sugjerohet që të konsumojnë cigare sa më pak, sa më rrallë dhe sa më larg kohës së caktuar për ushqyerjen e bebes, në mënyrë që t'i lë kohë trupit të vet dhe qumështit të pastrohet nga përbërësit e tymit të duhanit.

Ndikimi i pirjes së duhanit gjatë shtatzënisë në shëndetin e nënës

Sipas DHHS (Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore të SH.B.A) rreth >20% e të rriturve (45.1 milionë njerëz) konsumojnë duhanin. Tek gratë shtatzëna kjo shifër ulet mirëpo vlerësohet se rreth 11% e vazhdojnë duhanpirjen.

Në studimet e bëra është identifikuar duhanpirja si faktor rreziku në përkeqësimin e shëndetit të shtatzëneve.

Gratë shtatzëna janë në rrezik më të madh

për çrregullime kardiovaskulare gjatë shtatzënisë, gjatë lindjes dhe pas lindjes. Në këto çrregullime përfshihet rreziku 4x më i madh për infarkt akut të miokardit (MI) sesa në gratë shtatzëna që nuk konsumojnë duhan, rrezik të shtuar për 2x për emboli pulmonare (PE), dhe rrezik të shtuar për 1.3x për trombozë të venave të thella (DVT).

Efektet e duhanit po ashtu rrisin rrezikun për çrregullime pulmonare siç janë: astma, bronkiti dhe pneumonia. Rreziku për paraqitje të astmës ishte për 4x më i madh, për paraqitje të bronkitit rreziku ishte më i madh për 15x, kurse për pneumoni ishte për 3x më i madh krahasuar me gratë shtatzëna joduhanpirëse.

Po ashtu është vërejtur një rrezik i shtuar për: abruptio placentae (shkollitja e placentës), IUGR (kufizim i rritjes intrauterine të frytit), lindje e parakohshme, shtatzëni ektopike, placenta previa dhe PPROM.

Vlen të ceket se te gratë shtatzëna duhanpirëse është vërejtur një risk lehtësisht më i ulët për diabet gestacional, preeklampsi dhe eklampsi, krahasuar me gratë shtatzëna joduhanpirëse.

Patofiziologjia e veprimit të tymit të duhanit

Tymi i duhanit paraqet një kombinim të më shumë se 4000 përbërësve, duke përfshirë nikotinën, monoksidin e karbonit dhe metalet e ndryshme. Në shtatzëni tymi i duhanit e prek fetusin në përgjithësi duke ulur lëvizjen e nutrientëve dhe oksigjenit që vijnë si pasojë e uljes së lëvizjes së gjakut në placentë nga efektet vazokonstriktive të katekolaminave të çliuara nga veshkat dhe qelizat nervore pas aktivizimit të nikotinës dhe si rrjedhojë duke prekur rritjen dhe zhvillimin e fetusit.

Nikotina nga tymi i duhanit pas kalimit në rrugët e frymëmarrjes kalon shpejtë në qarkullimin e gjakut duke dhënë një koncentrim plazmatik shumë të lartë me një gjysmëjetë plazmatike rreth dy orë. Pas kalimit në gjak të nikotinës, kjo ka afinitet dhe shpërndarje të lartë në indin trunor, zemër dhe mushkëritë e nënës. Efektet e saj vijnë nga lidhja e saj me receptorët kolinergjikë nikotinik të vendosur në tru, ganglione autonome, gjëndrën mbiveshkore dhe në sinapsat (nyjet) neuromuskulare. Nikotina e kalon lehtësisht barrierën placentare dhe arrin nivele të larta në qarkullimin fetal për 15-30 min. Këto nivele janë për 15% më të larta se në qarkullimin e nënës, kurse nivelet në lëngun amniotik janë për 88% më të larta se në plazmën e nënës.

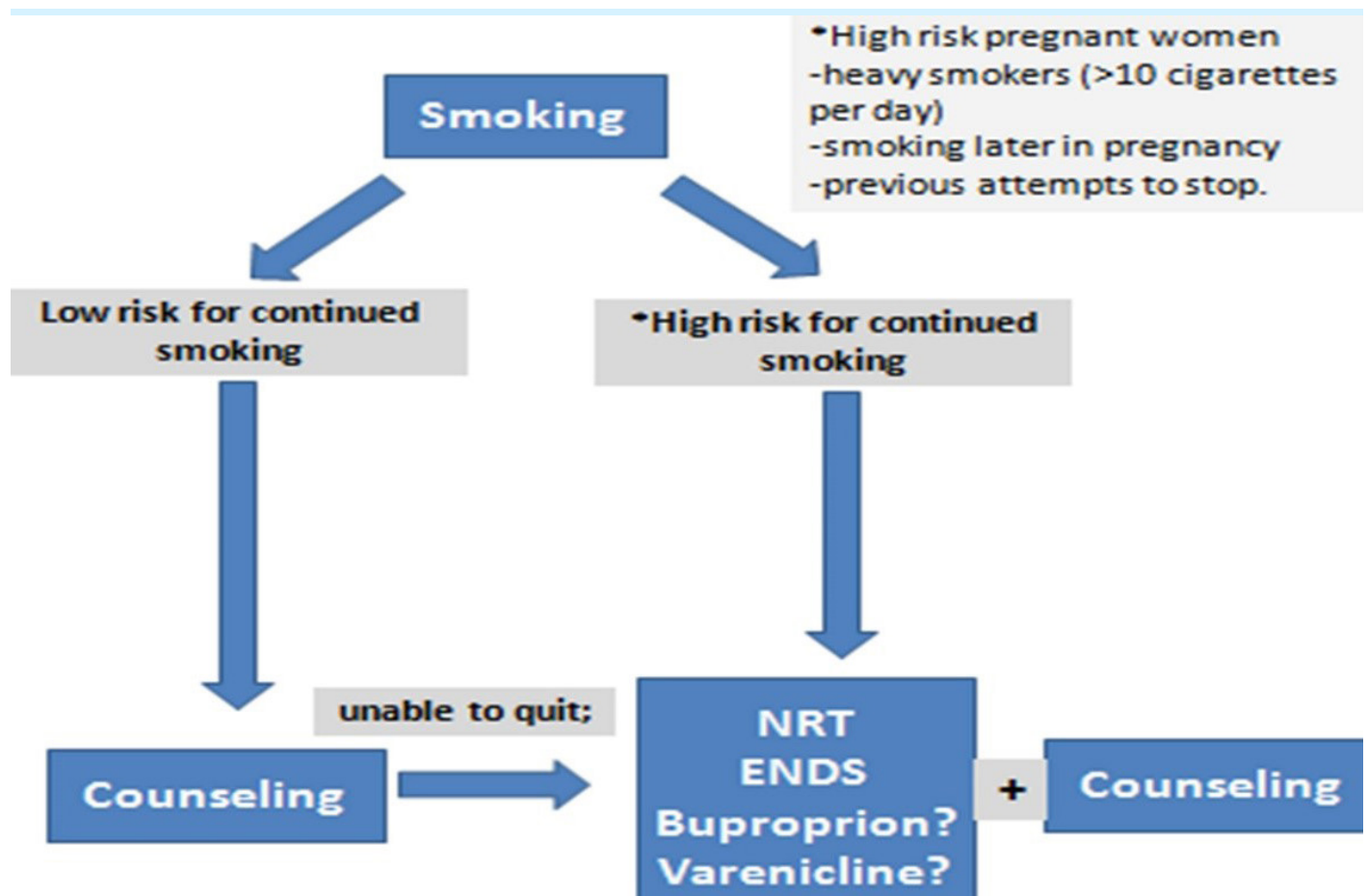


Figura 2. Strategjitë për të lënë duhanin tek gratë shtatzëna. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1109966618302057>)

Monoksidi i karbonit (CO) është një gaz pa ngjyrë, pa erë, pa shije dhe më i lehtë se ajri i cili lirohet gjatë djegies së cigares. Monoksidi i karbonit pas kalimit në gjak efektet e tij i jep për shkak të afinitetit të tij të madh për t'u lidhur me hemoglobinën dhe kështu duke nxënë vendet e lidhjes së oksigjenit. Sa më shumë që rritet niveli i CO në gjak, do të kemi lëvizje majtas të "lakores së disocimit oksigjen-hemoglobinë". Kjo lëvizje majtas do të nënkuptojë ulje të oksigjenit te nënat shtatzëna dhe shtim të rrezikut për hipoksi fetale.

Rekomandimet e OBSH-së për parandalimin dhe menaxhimin e duhanpirjes aktive dhe pasive gjatë shtatzënisë

OBSH ka përcaktuar disa rekomandime kryesore për parandalimin dhe menaxhimin e duhanpirjes aktive dhe pasive gjatë shtatzënisë. Këto rekomandime kanë për qëllim ruajtjen e shëndetit maternal dhe fetal si pasojë e riskut të shtuar nga përdorimi i duhanit.

1.Vlerësimi i përdorimit të duhanit dhe ekspozimit ndaj tymit të dorës së dytë në shtatzëni të gjithë ofruesit e shërbimeve mjekësore duhet të pyesin të gjitha gratë shtatzëna për përdorimin e duhanit në të kaluarën dhe tani sa më herët që vijnë në vizitë mjekësore dhe për çdo vizitë të ardhshme.

2.Ndërhyrjet psikosociale për ndërprerjen e përdorimit të duhanit në shtatzëni

- ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të ofrojnë rregullisht këshilla dhe ndërhyrje psikosociale për ndërprerjen e duhanit për të gjitha gratë shtatzëna, të cilat janë ose përdoruese aktuale të duhanit ose e kanë lënë atë së fundmi.

3. Përdorimi i farmakoterapisë për ndërprerjen e përdorimit të duhanit në shtatzëni - tashmë disa produkte farmakologjike janë klasifikuar si agjentë të linjës së parë nga FDA për trajtimin e varësisë nga duhani.

- Terapia e zëvendësimit të nikotinës (NRT), e cila vije në disa forma si: qeska, çamçakëz, sprej për hundë, oral sprej, inhalatorë, dhe tableta. Këto produkte ofrojnë nikotinë të pastërt pa produktet tjera të dëmshme që gjenden në tymin e cigares.

- Bupropion: medikament antidepressiv i cili përdoret edhe për ndaljen e duhanpirjes.

- Vareniciline: medikament që nuk përmban nikotinë dhe që përdoret për ndaljen e duhanpirjes.

4.Mbrojtja nga duhanpirja pasive në shtatzëni (vende publike pa duhan) - të gjitha objektet e kujdesit shëndetësor, objektet dhe vendet publike, shkollat, universitetet, restorantet, vendet e punës etj., duhet të jenë zona të pastërta nga tymi i duhanit.

5.Mbrojtja nga duhanpirja pasive në shtatzëni (shtëpi pa duhan) - ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet t'u ofrojnë grave

shtatzëna, partnerëve të tyre dhe anëtarëve të tjerë të familjes këshilla dhe informacion në lidhje me rreziqet e ekspozimit ndaj duhanit si dhe strategji për ta reduktuar atë.

Politikat publike dhe edukimi mbi duhanpirjen dhe shtatzëninë

Sa i përket politikave dhe edukimit publik që kanë të bëjnë me duhanpirjen dhe shtatzëninë, ato që janë kryesisht në përdorim tani përfshijnë:

•Ndalimin e duhanit në ambiente të mbyllura dhe vende publike.

•Kufizimet e reklamimit të duhanit.

•Paralajmërimet shëndetësore mbi efektet e duhanit.

•Programet mbështetëse të destinuar për gratë shtatzëna për ndihmën gjatë ndaljes së përdorimit të duhanit.

•Legjisllacionin: përfshirjen e shërbimeve për lënien e duhanit në programet e shëndetit të nënës.

•Fushatat ndërgjegjësuere: organizatat e shëndetit publik drejtojnë fushata të gjera mediatike duke përdorur televizionin, radion, mediat sociale dhe median e shkruar për të edukuar publikun rreth rreziqeve të pirjes së duhanit gjatë shtatzënisë.

•Zhvillimin e udhëzimeve: zhvillimi dhe shpërndarja e udhëzimeve klinike ndihmon ofruesit e kujdesit shëndetësor të ofrojnë këshilla për gratë shtatzëna.

•Materiale të shtypura: broshura, postera dhe broshura edukative shpërndahen në klinika, spitale, vende publike dhe komunitet.

Smoking and Pregnancy

The Effects on Women

- Miscarriage
- Ectopic Pregnancy
- Placental Abruption
- Placenta Previa
- Preterm Labor



The Effects on Newborns

- Respiratory Complications
- Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)
- Neurodevelopmental and Neurobehavioral Deficits
- Increased risk of adolescent substance abuse
- Premature birth
- Stillbirth
- Low birth weight

Përpilimi dhe aplikimi i politikave publike dhe edukative janë thelbësore në uljen e konsumit të duhanit tek nënat shtatzëna. Kombinimi dhe përdorimi në praktikë i këtyre pikave do të ndihmojë në ruajtjen e shëndetit të nënës si dhe të fetusit.

Figura 3. Pasojat e pirjes së duhanit gjatë shtatzënisë tek gratë dhe pasardhësit e tyre. (<https://www.frontierspartnerships.org/articles/10.3389/adar.2023.11628/full>)

TREATMENT OPTIONS QUICK GUIDE

HBOM

PATCH

STEP 1 Select your dose.*

21 mg 14 mg 7 mg

Start here if you smoke 10 cigarettes or more per day

STEP 2 Place the patch on a clean, dry, hairless spot on your upper body.

STEP 3 Replace patch every 24 hours.

STEP 4 Reduce dosage over time.*

21 mg → 14 mg → 7 mg

Weeks 1-6 Weeks 7-8 Weeks 9-10

GUM

STEP 1 Select your strength.*

4 mg [If you smoke 25 cigarettes or more per day.]
2 mg [If you smoke up to 25 cigarettes per day.]

STEP 2 Choose a flavor. There are many options!

Fruit Mint Ice Cinnamon

STEP 3 To use the gum, chew slowly until the taste becomes strong, then place the gum between your cheek and gums for 1 minute. Repeat this "chew and park" method for 30 minutes.

STEP 4 Use the gum whenever you have the urge to smoke as part of a quit immediately or quit gradually plan.*

Chew Park

LOZENGE

STEP 1 Select your strength.*

4 mg [If you smoke within 30 mins of waking up.]
2 mg [If you smoke more than 30 mins after waking up.]

STEP 2 Slowly dissolve the lozenge in your mouth, while occasionally moving it from one side of your mouth to the other. The lozenge will take approximately 10 minutes to fully dissolve.

STEP 3 Reduce usage over time.*

Use 1 lozenge every...

1-2 hours → 2-4 hours → 4-8 hours → 24 hours

Weeks 1-6 Weeks 7-9 Weeks 10-12 Weeks 13-14

NASAL SPRAY

PRESCRIPTION ONLY

STEP 1 Blow your nose to clear it.

STEP 2 Tilt your head back and spray once in each nostril. Wait 2-3 minutes before blowing your nose.

1 dose = 2 sprays (one in each nostril)

STEP 3 Reduce dosage over time.*

Start with 1-2 doses per hour → Gradually reduce to zero

Weeks 1-8 Weeks 9-10 Weeks 11-12

INHALER

PRESCRIPTION ONLY

STEP 1 Insert a cartridge into inhaler.

STEP 2 Puff in short breaths through the mouthpiece like you are sipping from a straw. Cartridges last for about 20 minutes of active use, but this can be broken up into multiple shorter uses.

STEP 3 When the cartridge is empty, remove from the inhaler and discard.

STEP 4 Reduce usage over time.*

6 cartridges per day → Reduce gradually

Weeks 1-12 Weeks 13-24

* Consult your doctor to determine the appropriate treatment options and dosing.

HBOMich.org

Referencat:

- 1.WHO. *New brief outlines devastating harms from tobacco use and exposure to second-hand tobacco smoke during pregnancy and throughout childhood - Report calls for protective policies.*2021.
- 2.Centers for Disease Control and Prevention. *Smoking, Pregnancy, and Babies.* 2019.
- 3.Better Health Channel. *Pregnancy and smoking.*2022.
- 4.Roelands, J., Jamison, M.G., Lyerly, A.D., James, A.H. *Consequences of Smoking during Pregnancy on Maternal Health.* *Journal of Women's Health.* 2009.
- 5.Wickstrom, R. *Effects of Nicotine During Pregnancy: Human and Experimental Evidence.* *Current Neuropharmacology [Internet].* 2007.
- 6.WHO *recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy.*2013.
- 7.Lange, S., Probst, C., Rehm, J., Popova S. *National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis.* *The Lancet Global Health.* 2018.
- 8.loakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., Tousoulis, D. *Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies.* *Hellenic Journal of Cardiology.* 2019.
- 9.Alicia C. Wells, Shahrdad Lotfipour. *Prenatal nicotine exposure during pregnancy results in adverse neurodevelopmental alterations and neurobehavioral deficits.* *Advances in Drug and Alcohol Research.* 2023.

Figura 4. Përmbledhje e opsioneve të terapisë zëvendësuese të nikotinës (NRT). (<https://www.hbomich.org/product/quit-smoking-resource-guide-tear-off-pads/>)

NAVIGIMI NËPËR PUBERTET: SHKAQET, PROBLEMET DHE ROLI I EDUKIMIT SEKSUAL



Arbëresha Tërpuçi

Doktor i Mjekësisë

Puberteti konsiderohet një fazë gjatë së cilës personat e rinj mund të hasin një sërë problemesh, disa nga të cilat përfshijnë çështje që lidhen me fillimin e vonuar të pubertetit, menarkën e vonuar, ndryshimet atipike të pubertetit dhe identifikimin e anomalive të traktit gjenital. Dallimi midis ngjarjeve fiziologjike dhe problemeve patologjike është i rëndësishëm për të shmangur shqetësimin dhe ankthin e panevojshëm. Nga një perspektivë globale ka probleme që hasen veçanërisht me fillimin e pubertetit duke përfshirë rreziqet e dhunës seksuale të cilat në kushtet e arritjes së moshës së potencialit riprodhues rezultojnë në shtatzëni të paplanifikuara, aborte të pasigurta dhe shtatzëni adoleshente të cilat paraqesin rreziqe kërcënuese për jetën. Edukimi seksual në kuptimin e tij më të gjerë është i rëndësishëm për të gjithë të rinjtë. Qasja në kontracepsion për adoleshentët është jetike, në mënyrë që klinicistët në të gjitha sferat e kujdesit shëndetësor, që janë të përfshirë në kujdesin e të rinjve, ta shfrytëzojnë mundësinë për të edukuar dhe ofruar këtë kujdes.

Njohuria është një variabël i rëndësishëm por kryesisht i neglizhuar në kërkimin e edukimit seksual. Rezultatet kryesore të studimeve ishin se njohuritë u rritën më shumë midis grupmoshave 11-12 dhe 13-14 sesa midis grupmoshave 13-14 dhe 15-16, vajzat dinin më shumë se djemtë në çdo moshë dhe kishte pak dallime në njohuri midis disa shkollave të përfshira në studim. Me rëndësi vlerësohet që djemtë dhe vajzat duhet të mësohen veçmas për të mundësuar adresimin e nevojave të ndryshme të secilës gjini, pra edukimi cilësor i shëndetit seksual u ofron studentëve njohuri dhe aftësi për t'i ndihmuar ata të jenë të shëndetshëm dhe të shmangin virusin e mungesës së imunitetit njerëzor (HIV),

sëmundjet seksualisht të transmetueshme (STD) dhe shtatzëninë e padëshiruar.

Çfarë e shkakton pubertetin normal, pubertetin e parakohshëm dhe pubertetin e vonuar?

Puberteti është procesi natyror i maturimit seksual të trupit. Shkaku i pubertetit qëndron në një pjesë të vogël të trurit të quajtur hipotalamus, gjëndër që sekretion hormonin çlirues të gonadotropinës (GnRH). GnRH-ja stimulon gjëndrën e hipofizës, organ ky me madhësi bizeleje i lidhur me fundin e hipotalamusit për të emetuar dy hormone: hormonin luteinizues (shqiptohet LOO-tee-uh-nizing) (LH) dhe hormonin stimulues të folikulit (FSH). Këto dy hormone sinjalizojnë organet seksuale femërore dhe mashkullore (përkatesisht vezoret dhe testikujt) që të fillojnë të lëshojnë hormone dhe duhura seksuale duke përfshirë estrogenet dhe testosteronet, të cilat lëshojnë shenjat e tjera të pubertetit në trup.

Puberteti i parakohshëm

Në shumicën e rasteve të pubertetit të parakohshëm nuk mund të identifikohet asnjë shkak themelor. Kur një shkak nuk mund të identifikohet gjendja quhet pubertet idiopatik i parakohshëm. Ndonjëherë shkaku mund të jetë ndonjë anomali që përfshin trurin. Tek të rinjtë të tjerë shenjat e pubertetit shfaqen për shkak të një problemi të tillë si tumor ose anomali gjenetike në vezore, testis ose gjendra mbiveshkore duke shkaktuar mbiprodhim të hormoneve seksuale.

Puberteti i parakohshëm mund të ndahet në varësi të vendit ku ndodh anomalia në trup – pubertet i parakohshëm qendror dhe pubertet i parakohshëm periferik.

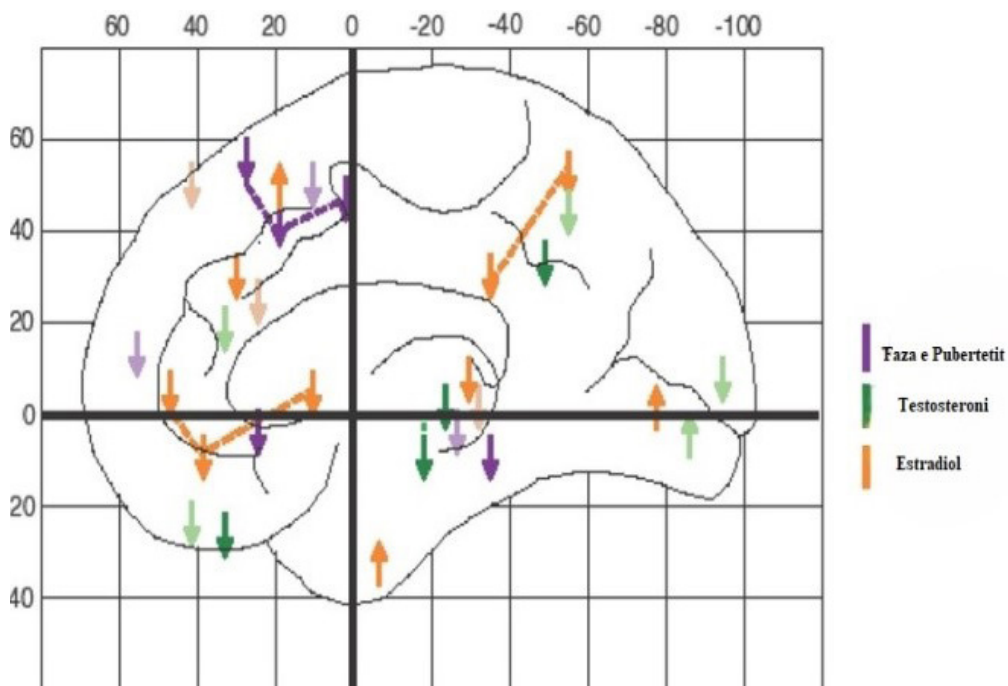


Figura 1. Lidhjet e pubertetit me lëndën gri rajonale kortikale (nga studimet ndërseksionale) pas llogaritjes së moshës. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234123/figure/F1/>)

Korrespondenca:
arberesha.terpuni@gmail.com

Puberteti i Parakohshëm Qendror

Ky lloj i pubertetit, i njohur gjithashtu si pubertet i parakohshëm i varur nga gonadotropina, ndodh kur anomalia ndodhet në tru. Truri i sinjalizon gjëndrës së hipofizës që të fillojë pubertetin në moshë të hershme. Puberteti i parakohshëm qendror është forma më e zakonshme e pubertetit të parakohshëm dhe prek shumë më tepër vajzat sesa djemtë. Shkaqet e pubertetit të parakohshëm qendror përfshijnë: tumoret e trurit, rrezatimin paraprak në tru, infeksionet e mëparshme të trurit dhe anomali të tjera të trurit.

Puberteti i parakohshëm periferik

Kjo formë e pubertetit quhet edhe pubertet i parakohshëm i pavarur nga gonadotropina. Në pubertetin e parakohshëm periferik anomalia nuk është në tru por në testikuj, vezore ose gjëndra mbiveshkore duke shkaktuar mbiprodhim të hormoneve seksuale si: testosteroni dhe estrogjeni. Ky lloj i pubertetit mund të shkaktohet nga: tumoret e vezores, testisit ose gjëndrës mbiveshkore si dhe te meshkujt tumoret që sekretojnë një hormon të quajtur hCG ose gonadotropin

korionike njerëzore (shqiptohet kawr-ee-ON-ik-goh-nad-uh-TROH-pin) të tilla si sindroma McCune-Albright (puberteti i parakohshëm mashkullor familjar).

Puberteti i vonuar

Shumë fëmijë me pubertet të vonuar përfundimisht do të kalojnë një pubertet ndryshe por normal, vetëm në moshë më të vonë. Ndonjëherë, kjo vonesë ndodh sepse fëmija piqet më ngadalë se mesatarja dhe kjo gjendje njihet si vonesa kushtetuese e pubertetit dhe mund të jetë me histori familjare. Puberteti mund të vonohet tek fëmijët që nuk kanë marrë ushqimin e duhur për shkak të sëmundjeve afatgjata, ose tek disa vajza të reja që i nënshtrohen stërvitjes intensive fizike për një sport.

Vonesa në pubertet nuk është vetëm për shkak të maturimit të ngadaltë, por ndodh sepse fëmija ka një gjendje mjekësore afatgjatë të njohur si hipogonadizëm (shqiptohet HI-poe-GO-nad-iz-uhm) në të cilën gjëndrat seksuale (testikujt tek meshkujt dhe vezoret tek femrat) prodhojnë pak ose aspak hormone. Hipogonadizmi mund të ndahet në dy kategori: hipogonadizmi sekondar dhe

hipogonadizmi primar.

Në hipogonadizmin primar problemi qëndron në vezore ose testikuj të cilët nuk arrijnë të prodhojnë normalisht hormone seksuale, çrregulime gjenetike, veçanërisht sindroma Turner (te femrat) dhe sindroma Klinefelter (te meshkujt).

Shkaqet e hipogonadizmit sekondar përfshijnë: Hipogonadizmin e izoluar hipogonadotropik, gjendje që ndikon vetëm në zhvillimin seksual dhe jo në shqisën e nuhatjes, sindromën Kallman, problem gjenetik që pakëson shqisën e nuhatjes, rrezatimin e mëparshëm dhe traumat.

Shëndeti seksual gjatë pubertetit është një aspekt thelbësor i mirëqenies së përgjithshme pasi adoleshentët përjetojnë ndryshime fizike, emocionale dhe hormonale. Këtu janë disa pika kyçe për t'u marrë parasysh:

Ndryshimet fizike: Puberteti karakterizohet nga ndryshime fizike duke përfshirë rritjet, zhvillimin e karakteristikave sekondare seksuale (siç është zhvillimi i gjoksit tek femrat dhe rritja e qimeve të fytyrës tek meshkujt) dhe maturimin e organeve riprodhuese.

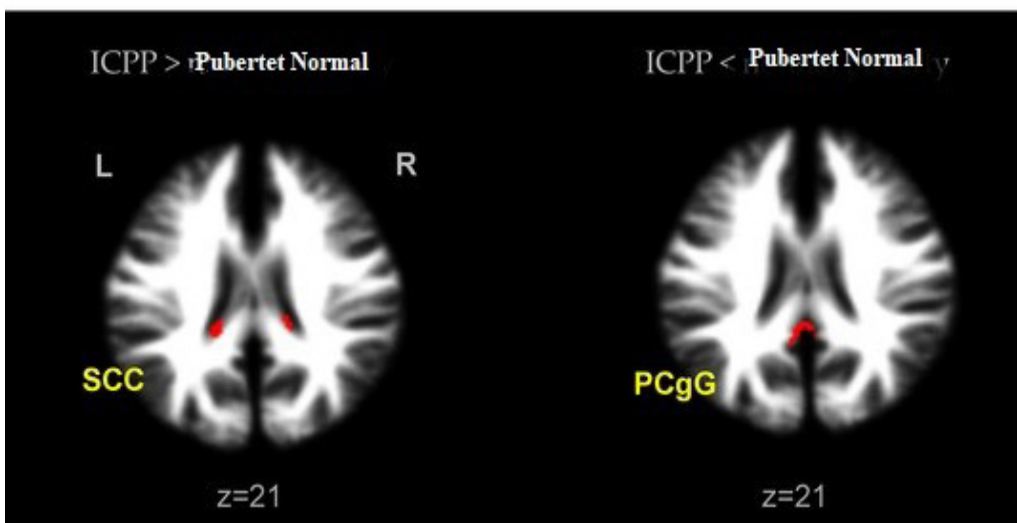


Figura 2. Zonat e trurit me një ndryshim domethënës në vëllimet e WM në vajzat ICPP në kontrast me vajzat normale të pubertetit (të pakorrigjuara; $p < 0,001$, përjashtuar 100 voksele). SCC splenium i corpus callosum; PCgG gyrus cingulatus i pasmë (<https://www.mdpi.com/2227-9067/8/9/797>).

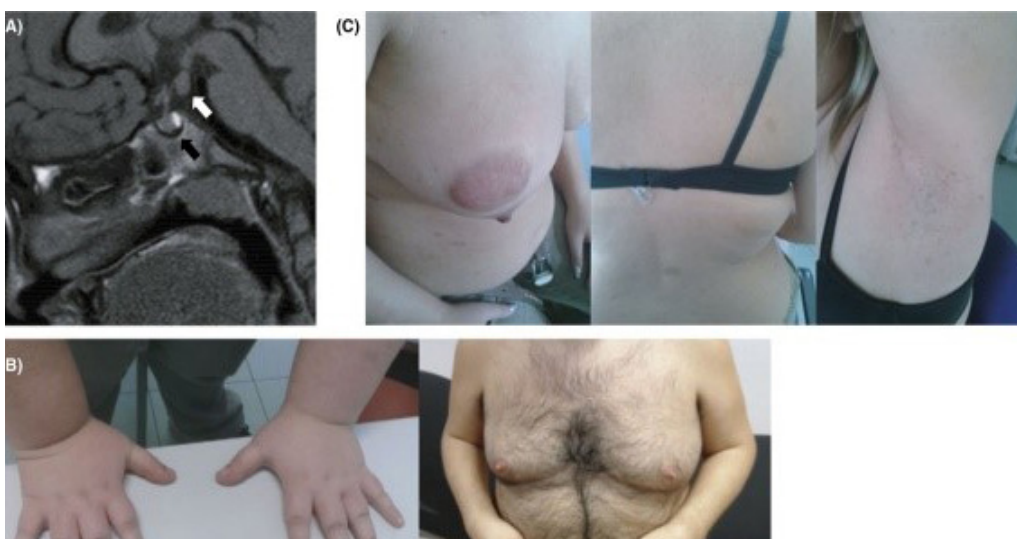


Figura 3. Shenjat klinike në pacientët me forma sindromike të CPP. Paneli A. MRI diencefalike sagitale që tregon një hamartoma hipotalamike në një pacient me kriza xhelastike, tipare të sindromës Pallister-Hall. Paneli B. Neurofibroma pleksiforme e gjirit (paneli majtas), njolla 'café-au-lait' në trung (paneli i mesëm) dhe njolla sjetullore (paneli djathtas) në një grua me neurofibromatozë tip-1 me një histori të CPP. Paneli C. Duart e vogla në një djalë (majtas) dhe në një burrë të rritur me sindromën Prader-Willi dhe CPP. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8586890/figure/F3/>)

Ndryshimet hormonale: Hormonet luajnë një rol të rëndësishëm në pubertet duke ndikuar në disponimin, emocionet dhe zhvillimin seksual. Rritja e hormoneve, duke përfshirë testosteronin dhe estrogenin, mund të çojë në rritjen e ndjenjave dhe dëshirave seksuale.

Edukimi riprodhues: Është thelbësore që adoleshentët të marrin edukim të saktë dhe gjithëpërfshirës riprodhues për të kuptuar trupin e tyre në ndryshim, sistemet riprodhuese dhe si të parandalojnë shtatzënitë e paplanifikuara dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme (IST).

Praktikat e seksit të sigurt: Edukimi rreth praktikave të seksit të sigurt, duke përfshirë përdorimin e duhur të prezervativit, metodat e kontracepsionit dhe parandalimin e

IST-ve, është thelbësor për të parandaluar shtatzënitë e padëshiruara dhe përhapjen e infeksioneve. Ata duhet të dinë se kanë të drejtë t'i thonë jo çdo aktiviteti seksual me të cilin nuk ndihen rehat dhe duhet të respektojnë kufijtë e të tjerëve.

Mirëqenia emocionale: Puberteti mund të sjellë sfida emocionale ndërsa adoleshentët lundrojnë ndryshimet në trupat dhe marrëdhëniet e tyre. Është thelbësore që ata të kenë sisteme mbështetëse qoftë nëpërmjet të rriturve të besuar, miqve apo profesionistëve të shëndetit mendor për të adresuar çdo shqetësim apo vështirësi emocionale me të cilën mund të përballen.

Marrëdhënie të shëndetshme: Inkurajimi i marrëdhënieve të shëndetshme të ndërtuara mbi besimin, komunikimin dhe respek-

tin është jetik gjatë pubertetit. Adoleshentët duhet të mësojnë se si të komunikojnë në mënyrë efektive me partnerët e tyre dhe të njohin shenjat e marrëdhënieve jo të shëndetshme ose abuzive.

Angazhimi i prindërve dhe komunitetit

Kërkonte komente nga mësuesit, stafi, studentët dhe administratorët brenda shkollës për njohuritë dhe aftësitë kritike që nevojiten për të ofruar në mënyrë efektive edukimin seksual. Përdorimi i kompetencave për udhëzuesit që hartojnë, zbatojnë dhe vlerësojnë mësuesit dhe trajnimin profesional të stafit si dhe krijimi i këshillimoreve të shëndetit në çdo institucion arsimor dhe edukativ.

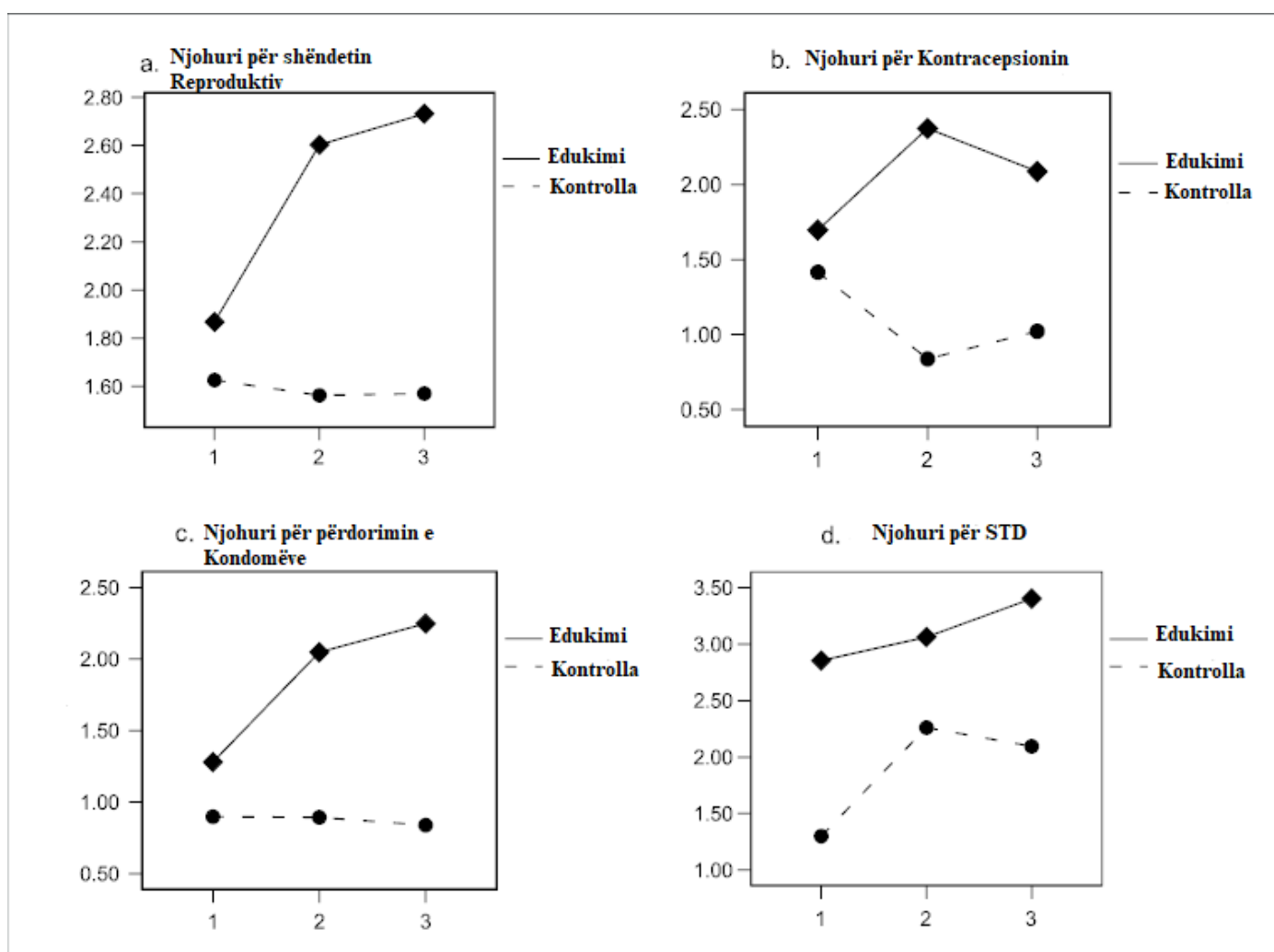


Figura 4. Komplotet e profilin të njohurive për shëndetin seksual dhe qëndrimin seksual në grupin e edukimit dhe kontrollit. (https://www.researchgate.net/figure/Profile-plots-of-sexual-health-knowledge-and-sexual-attitude-in-education-and-control_fig1_235650049)

Tabela 1. Grumbullimi i të dhënave mbi njohuritë elementare të femrave të reja mbi ndryshimet që ju ndodhin në periudhën e Pubertetit

Njohuri mbi Menstruacionin	Subtipet	Numri	Përqindjet
Përse ndodh Cikli Menstrual	Ndryshime normale	97	77.6%
	Shkak tjetër	6	4.8%
	Është një sëmundje	1	0.8%
Burimi i Menstruacionit	Uterusi	25	20%
	Vagina	24	19.2%
	Fshikëza e urinës	5	4%
Përthithës që përdoren gjatë Menstruacionit	Peceta Higjienike	105	84%
	Copëza veshjesh	2	1.6%

Referencat:

- [1.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39040612/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39040612/)
- [2.https://www.researchgate.net/figure/Puberty-and-health-education-topics_tbl1_254339441](https://www.researchgate.net/figure/Puberty-and-health-education-topics_tbl1_254339441)
- [3.https://www.researchgate.net/figure/Evidence-of-Benefits-of-Sexuality-Education-Among-Students_tbl2_237288314](https://www.researchgate.net/figure/Evidence-of-Benefits-of-Sexuality-Education-Among-Students_tbl2_237288314)
- [4.https://www.researchgate.net/figure/Comprehensive-Sexual-Education-Topic-Teaching-Strategy-and-Education-Goal_tbl2_235650049](https://www.researchgate.net/figure/Comprehensive-Sexual-Education-Topic-Teaching-Strategy-and-Education-Goal_tbl2_235650049)
- [5.https://www.slideshare.net/slideshow/sexual-hygienic-education-to-teenagers/251946708](https://www.slideshare.net/slideshow/sexual-hygienic-education-to-teenagers/251946708)
- [6.https://pdfs.semanticscholar.org/](https://pdfs.semanticscholar.org/)
- [7.https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/puberty](https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/puberty)
- [8.https://www.nichd.nih.gov/health/topics/puberty/conditioninfo/causes](https://www.nichd.nih.gov/health/topics/puberty/conditioninfo/causes)
- [9.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972766/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972766/)
- [10.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25735941/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25735941/)
- [11.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30869842/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30869842/)

Tabela 2. Tabela për të dhënat dhe njohuritë e të rinjëve për pubertetin dhe burimi i marrjes së informacionit

	Burimi i Njohurive mbi Pubertetin		Prej kujt preferojnë të marrin këto njohuri	
	Numri	Përqindjet	Numri	Përqindjet
Shoqëria	5	4%	11	8.8%
Mediat	16	12.8%	8	6.4%
Nënat	35	28%	39	31.2%
Mësuesit	17	13.6%	14	11.2%
Doktorët	2	1.6%	21	16.8%

INFERTILITETI FEMËROR



Bleta Smajli - Vitia

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

Infertiliteti përkufizohet si pamundësia e një çifti për të arritur shtatzëni pas tentativave (marrëdhënieve të rregullta) për një vit, si pasojë e mungesës së kapacitetit të një personi për tu riprodhuar qoftë si individ apo si çift. Duhet të theksojmë që edhe pa asnjë trajtim, gjysma e çifteve arrijnë shtatzëninë në vitin e dytë të përpjekjes për të ngelur shtatzënë(2). Kjo periudhë zakonisht shkakton ngarkesë psikologjike te çiftet. Statistikat tregojnë ngritje të numrit të rasteve që kërkojnë shërbime për infertilitet duke marrë parasysh faktorët si: martesat në moshë të shtyrë, shtyrjet në planifikim të shtatzënisë, kushtet socio-ekonomike etj.(2). Infertiliteti është gjendje komplekse ku përfshihen aspekte mjekësore, psikologjike, dhe ekonomike. Sipas të dhënave të OBSH-së, infertiliteti prek miliona njerëz në mbarë botën, dhe ka ndikim në familjet dhe komunitetin ku jetojnë. Sipas ESHRE, në EU ka 25 milion njerëz të prekur. Të dhënat tregojnë se 1 në 6 njerëz të moshës riprodutive në mbarë botën e përfshijnë infertilitetin në jetën e tyre.

Etiologjia

Që të arrihet një shtatzëni e suksesshme kërkohen sekuenca të ndërlikuara siç janë: ovulimi, marrja e qelizës vezë nga tubat fallopian, fertilizimi, transporti i qelizës së fertilizuar në mitër dhe implantimi i qelizës së fertilizuar në endometriumin e përgatitur që ta pranojë atë. Në sistemin mashkullor duhet të ketë numër të konsiderueshëm të spermatozoideve kualitative në mënyrë që të depozitohen në cerviks gjatë kohës së ovulacionit. Identifikimi i problemit në sekuenca përkatese rrit shanset e trajtimit të suksesshëm.(3)

Pamundësia për të pasur një shtatzëni mund të vijë si pasojë e faktorit mashkullor, femëror, apo edhe nga faktorë të pashpjegueshëm.

Infertiliteti femëror mund të lidhet me çrregullimet anatomike ose funksionale të organeve gjenitale (me ose pa prapavijë gjenetike), çrregullimet hormonale që shkaktojnë çekuilibër të hormoneve riprodhuese si dhe planifikimi i shtatzënisë në moshë më të shtyrë.

Infertiliteti mashkullor mund të vijë si pasojë e funksionit/kualitetit jo normal të spermës (me ose pa prapavijë gjenetike), çrregullimeve hormonale, dëmtimet, infeksionet apo edhe anomalitë e traktit gjenital.

Faktorë rreziku mund të jenë edhe duhanpirja, sasia e shtuar e alkoolit, droga dhe mbipesha. Ekspozimi ndaj ndotësve të ndryshëm të ajrit, si dhe toksinave të ndryshme mund të afektojnë qelizat vezë dhe spermatozoidet duke çuar çiftet në infertilitet.

Dallojmë infertilitetin primar/parësor, ku nuk ka shtatzëni të mëparshme, dhe infertilitetin sekondar/dytësor, duke iu referuar infertilitetit pasi që kanë pasur një shtatzëni të mëparshme.

Sipas një studimi të Organizatës Botërore të

Shëndetësisë, nga 8500 çifte me infertilitet, 37% janë me infertilitet femëror, 8% janë me infertilitet mashkullor, ndërsa infertiliteti në çift ku përfshihen të dy partnerët shkon në 35%. Pjesa e mbetur e çifteve futet në grupin e infertilitetit të pashpjeguar.

Infertiliteti femëror

Sipas Qendrës për Kontrollin e Sëmundjeve (CDC) faktorët më të shpeshtë të infertilitetit femëror janë:

- Çrregullimet e ovulacionit (25 %)
- Endometrioza (15 %)
- Adhensionet e pelvikut (12 %)
- Blloku i tubave të fallopit (11 %)
- Anomalitë tjera të tubave fallopiane (11 %)
- Hiperprolaktinemia (7%)

Mosha e rritur, marrëdhëniet seksuale të rralla, ndryshimet beninje në mitër dhe vezore siç janë:

leiomiomat, endometriomat, ndërhyrjet e shpeshta kirurgjike me etiologji gjinekologjike, obstetrike apo edhe jo gjinekologjike, rritin shanset për infertilitet.(4)

Shkaktarët e çrregullimit të ovulacionit

Çrregullimet e ovulacionit mund të paraqiten si ovulacion i rrallë (oligoovulacion) ose mungesë e ovulacionit (anovulation) të cilat çojnë në infertilitet për shkak të mungesës së qelizës vezë për fertilizim. Femrat që kanë cikël të rregullt menstrual dhe që përfshijnë molimina (fryrje dhe ndjeshmëri të gjoksit, dysmenorrhea, fryrje të barkut) zakonisht kanë ovulacion. Nëse ato përfshijnë çrregullime të ciklit menstrual, mungesa të ciklit dhe nëse molimina është e rrallë apo mungon, gjasat janë për mungesë të ovulimit apo edhe ovulim i rrallë. Çrregullimet ovulatore ndahen në 4 grupe: hipotalamike, hipofizare, ovariale si dhe sindroma e ovareve policistike.(5)

Mosha luan rol të rëndësishëm në infertilitetin femëror. Rënia e fertilitetit me rritjen e moshës së femrës lidhet direkt me rënien e kualitetit dhe numrit të qelizave vezë. Fetuset e gjinisë femërore brenda në mitër posedojnë 6 deri 7 milion folikuj. Në momentin e lindjes së foshnjës janë rreth 1-2 milion folikuj, përderisa në moshën e pubertetit kemi rreth 300 mijë folikuj. (6) Rënie të theksuar të numrit të folikujve kemi rreth mesit të të tridhjetave.(7,8). Në këtë rënie ndikojnë duhanpirja, rrezatimet, hemoterapia dhe sëmundjet autoimmune.(9,10,11).

Femrat të cilat kanë reduktim të rezervave ovariale mund të kenë ende ovulacion të rregullt, por mund të kenë probleme në arritje të shtatzënisë për shkak të kualitetit të dobët të qelizave vezë. Disa mekanizma hipotetik përfshijnë ndryshimet midis qelizave gjermative që janë formuar në jetën intrauterine, dëmtimet e tyre që akumulohen ndër vite, ose kualitetin e qelizave

granulose që rrethojnë qelizën vezë i cili bie me kalimin e moshës.(12).

Sipas të dhënave epidemiologjike, janë bërë studime krahasuese nëse cistet e vogla ovariale kanë rol në infertilitet në raport me largimin kirurgjik të tyre i cili mund të jetë më dëmtues në rezervën ovariale se sa vet cista.(13)

Anomalitë e tubave fallopiane / adhesionet e pelvikut

Nëse kemi bllok të tubave fallopian, pengohet transporti i qelizave vezë dhe spermatozoideve dhe në këtë mënyrë pengohet shtatzënia. Shkaktari parësor i infertilitetit tubar janë sëmundjet inflamatore të pelvikut si pasojë e infeksionit me gonorrhea apo klamidia. Shkaktarë tjerë janë endometrioza, mandej adhesionet e shkaktuara nga ndërhyrjet e mëparshme kirurgjikale (apendicitet, sëmundjet inflamatorë të zorrëve), TBC e pelvikut, dhe divertikuloza e tubit fallopian. Bllokimi proksimal tubar ndodh si pasojë e grumbullimit të mukosit apo debrisëve apo edhe si pasojë e spazmeve të ostiumit uterotubal që në realitet nuk llogariten si okluzione të vërteta anatomike.(14) Blloku distal tubar mund të çojë në hidrosalpink, i cili ulë shkallën e suksesit të fertilizimit in vitro. Hidrosalpingu ndal migrimin e spermatozoideve, dhe si pasojë kemi rrjedhje retrograde në kavitetin uterin ku krijohen kushte të pafavorshme për implantim të shtatzënisë. Në këto raste, largimi i tubës rrit shanset për arritje të shtatzënisë me fertilizim in vitro.

Mitra

Pengesa në implantim qoftë me natyrë mekanike apo si pasojë e zvogëlimit të pranueshmërisë endometriale, janë baza e infertilitetit sa i përket faktorit uterin.

Leiomiomat janë tumore beninje, monoklonale të muskullit të lëmuar. Janë të shpeshta (1 në 5 femra). Varësisht prej lokalizimit mund të shkaktojnë infertilitet. Edhe pse ka të dhëna kundërthënëse, ato tregojnë se miomat me komponentë submukosale ose intrakavitare mund të zvogëlojnë shanset për arritje të shtatzënisë dhe shkallën e implantimit, duke rritur shanset me largimin kirurgjikal të tyre.

Anomalit e mitrës mund të shkaktojnë infertilitet duke interferuar në implantim. (15,16) Anomalitë Mulleriane kanë signifikançë të lartë në humbjet rekurrenente të shtatzënisë, ku septumi i mitrës prinë me shkallën më të ulët të fertilitetit. (17) Anomalitë e tjera strukturale që shoqërohen me infertilitet janë: polipet endometriale dhe sinehiet e formuara nga kyretazhet e mëparshme.

Qafa e mitrës

Në mesin e ciklit menstrual, lirohet mukus cervikal i cili ndihmon në lëvizjen e spermatozoideve.

Malformacionet kongjenitale dhe traumat e qafës së mitrës (duke përfshirë edhe ndërhyrjet kirurgjike) mund të rezultojnë në stenoze dhe pamundësi të qafës së mitrës për të krijuar mukus normal, dhe kështu pengojnë fertilizimin.

Defekti në fazën luteale i referohet anomalive

të trupthi të verdhë dhe rezulton me prodhim joadekuat të progesteronit, i cili ka rol kyç në përgatitjen e endometriumit për implantim.

Endometrioza - mekanizmi i uljes së fertilitetit të rastet me endometrioze përfshinë shtrembërimin apo prishjen e strukturave të rregullta, dëmtimin e indit ovarial nga endometriomat apo reseksionet kirurgjikale, dhe prodhimin e substancave si citokinet dhe faktori i rritjes të cilat pengojnë proceset normale të ovulacionit, fertilizimit, dhe implantimit.(18,19,20)

Faktorët imunologjik

Autoantitruapat - rastet e infertilitetit si pasojë e sëmundjeve imunologjike janë raportuar shpesh. Testimi imunologjik të çiftet me infertilitet në praktikën klinike nuk përkrahet nga të dhënat ekzistuese. Disa femra të cilat vuajnë nga sëmundjet autoimune janë në rrezik të shtuar për infertilitet i cili nuk është i lidhur direkt me efektin e antitruapeve në fertilizim apo implantim. Për shembull, insuficiencia premature e ovarëve përshkruhet te femrat me lupus erythematos dhe miastenia gravis. Ooforit autoimun mund të ndodh si pjesë e sindromes së insuficiencës autoimune poliglandulare të tipit të parë dhe të dytë, të cilat janë të shoqëruara me antitruapa që atakojnë organe multiple endokrine.

Celiakia - femrat të cilat vuajnë nga celiakia e patrajtuar mund të kenë rritje të anomalive riprodhuese, duke përfshirë infertilitetin, abortet, dhe ngecjen intrauterine.

Shkaktarët gjenetik

Çiftet me infertilitet kanë treguar prevalencë më të lartë të kariotipeve jo normale (trisomie, mosaikëve, translokimeve etj.).(21) Aneuploidite më të shpeshta të shoqëruara me infertilitet janë sy. Turner (45, X), syndrome Klinefelter (47, XXY). Janë identifikuar gjene jtë veçanta të cilat ndikojnë në fekundueshmëri si KAL1 (Syndrome Kallman), receptori GnRH, receptori FSH, nën njësia beta e FSH, receptori LH, FMR1, DAX 1, receptori për leptin, FGFR1 etj.

Infertiliteti i pashpjeguar është diagnozë që u jepet pacientëve pas një ekzaminimi të plotë ku si përfundim nuk është zbuluar shkaku.

Përfundim

Identifikimi i problemit në kohën e duhur sjellë rezultate pozitive. Duke marr parasysh kompleksitetin e sëmundjes edhe metodat trajtuese mund të jenë të kombinuara. Në disa raste trajtimi për infertilitet mund të përfshijë metoda medicinale, kirurgjikale dhe fertilizim in vitro.

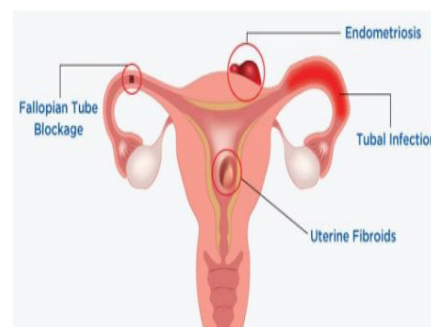


Figura 1. Strukturat patologjike që pamundësojnë arritjen e shtatzënisë. (<https://www.drchanchalsharma.com/female-infertility/>)

Referencat:

- <https://www.eshre.eu/>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032. PMID: 24559617.
- Williams, Gynaecology, Third edition.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032. PMID: 24559617.
- Balen AH, Tamblin J, Skorupskaitė K, Munro MG. A comprehensive review of the new FIGO classification of ovulatory disorders. Hum Reprod Update. 2024 May 2;30(3):355-382. doi: 10.1093/humupd/dmae003. PMID: 38412452.
- Baker TG. Radiosensitivity of mammalian oocytes with particular reference to the human female. Am J Obstet Gynecol. 1971 Jul 1;110(5):746-61. doi: 10.1016/0002-9378(71)90271-7. PMID: 4935165.
- Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. J Clin Endocrinol Metab. 1987 Dec;65(6):1231-7. doi: 10.1210/jcem-65-6-1231. PMID: 3119654.
- Faddy MJ, Gosden RG. A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary. Hum Reprod. 1995 Apr;10(4):770-5. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a136036. PMID: 7650119.
- Jick H, Porter J. Relation between smoking and age of natural menopause. Report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program, Boston University Medical Center. Lancet. 1977 Jun 25;1(8026):1354-5. doi: 10.1016/s0140-6736(77)92562-4. PMID: 69066.
- Cramer DW, Barbieri RL, Xu H, Reichardt JK. Determinants of basal follicle-stimulating hormone levels in premenopausal women. J Clin Endocrinol Metab. 1994 Oct;79(4):1105-9. doi: 10.1210/jcem.79.4.7962282. PMID: 7962282.

MËNYRA E JETESËS DHE SHËNDETI RIPRODHUES

Brikena Dacaj-
Elshani

Profesor Asistent

Specialist i Gjinekologjisë
dhe Obstetrikës

Shëndeti riprodhues është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore me mungesën e sëmundjeve dhe paaftësive problematike, si dhe çdo kushtëzim tjetër që i nevojitet sistemit të riprodhimit për funksionet e tij. Ai nënkupton aftësinë e njerëzve për t'u riprodhuar dhe lirinë e tyre për të vendosur mbi mënyrën dhe kohën e riprodhimit. Gjithashtu përfshin shëndetin seksual, qëllimi i të cilit është jo vetëm përmirësimi i jetës dhe i marrëdhënieve personale, por edhe këshillimi dhe kujdesi i lidhur me riprodhimin dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme".[4]

Shëndeti seksual dhe riprodhues është konsideruar në nivel ndërkombëtar si një nga komponentët më me rëndësi për zhvillimin njerëzor. Një sjellje e shëndetshme riprodhuese dhe seksuale ka ndikim pozitiv të drejtpërdrejtë mbi gjeneratat e ardhshme. Planifikimi familjar, kujdesi amtar dhe fëmijëror, cilësor, pakëson numrin e shtatzënive të padëshiruara, aborteve, parandalon vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë amtare, ul incidencën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme, si dhe mbron shëndetin e fëmijës dhe adoleshentit. [4,5]

Shëndeti riprodhues i referohet gjendjes së sistemeve riprodhuese të meshkujve dhe femrave gjatë të gjitha fazave të jetës. Vezoret tek femrat dhe testikujt tek meshkujt janë organe riprodhuese, ose gonade, që ruajnë shëndetin e sistemeve të tyre përkatëse dhe funksionojnë si gjëndra pasi prodhojnë dhe çlirojnë hormone. (fig.1.)

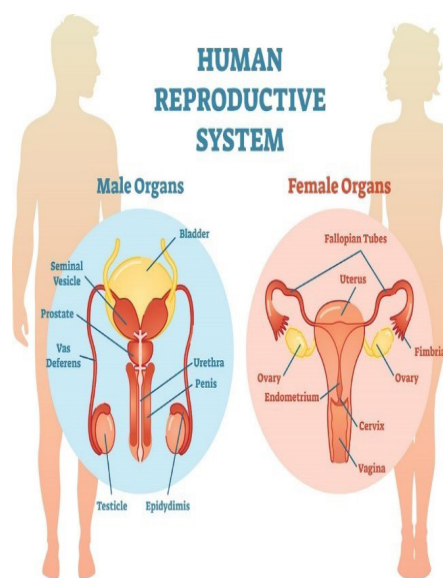


Figura 1. Organet e sistemit riprodhues tek meshkujt dhe femrat. (NIH-National Institute of Environmental Health Sciences)

Planifikimi familjar ka një ndikim të rëndësishëm në shëndetin riprodhues pasi ai vepron në tre komponentë:

- Shëndeti i nënës duke mënjanuar shtatzënitë e paplanifikuara nëpërmjet përdorimit të metodeve kontraktive.
- Shëndeti i fëmijës duke i krijuar mundësi reale nënës për përkujdesjen ndaj fëmijës.

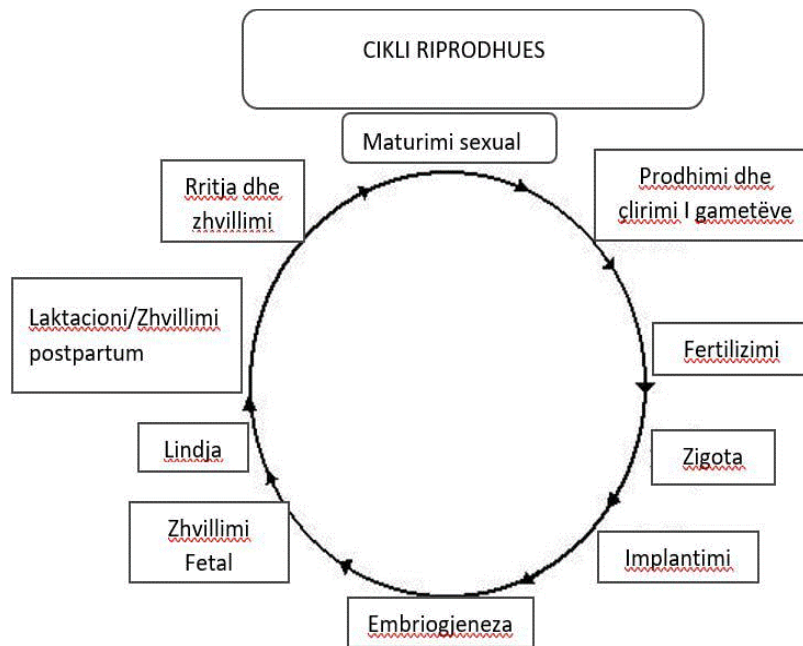


Figura 2. Cikli riprodhues jetësor

• Mbrojtja nga sëmundjet seksualisht të transmetueshme nëpërmjet edukimit shëndetësor dhe mjeteve kontraktive që ndikojnë në parandalimin e tyre. [7,8]

Shëndeti riprodhues është një pjesë e rëndësishme e shëndetit dhe mirëqenies së përgjithshme fizike, mendore dhe emocionale të një personi. Shëndeti i mirë riprodhues u mundëson njerëzve të kenë fëmijë nëse dhe kur ata dëshirojnë. (fig.2.)

MËNYRA E JETESËS DHE SHËNDETI RIPRODHUES



Romina Rakipaj

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Shumë faktorë mund të ndikojnë në shëndetin riprodhues ose të rezultojnë në infertilitet, duke përfshirë:[1,3,5]

- Pubertet i hershëm ose i vonuar
- Problemet menstruale
- Kanceret që prekin sistemin riprodhues, si kanceri i qafës së mitrës, vezoreve, gjirit, prostatës dhe testikujve
- Sindromi ovarian policistik
- Miomat /Endometrioza
- Impotencia ose disfunzioni erektil.
- Oligospermia
- IST

Infekcionet Seksualisht të Transmetueshme, HIV dhe AIDS (chlamydia, gonorrhoea, syphilis dhe trichomoniasis) janë ndër shkaktarët kryesorë të sëmundjeve akute apo kronike me rrjedhojë infertilitetin dhe vdekjen tek femrat në moshën riprodhuese. IST-të mund të kenë pasoja të rënda të shëndetit riprodhues përtej impaktit të menjëhershëm që kanë (p.sh. infertiliteti, transmetimi nënë-fëmijë).

Mënyra dhe stili i jetesës mund të ndikojnë shumë në shëndetin dhe mirëqenien e përgjithshme, duke përfshirë edhe shëndetin riprodhues.[1,2,3] (fig.3.)

Mosha - është një faktor ndër të tjera që mund të ndikojë në fertilitet.

Fertiliteti arrin kulmin dhe më pas zvogëlohet me kalimin e kohës si te burrat ashtu edhe te gratë. Ndërsa meshkujt plaken, nivelet e testosteronit fillojnë të ulen. Parametrat spermatik gjithashtu fillojnë një rënie të vazhdueshme që në moshën 35 vjeçare, vëllimi dhe lëvizshmëria e spermës zvogëlohen dhe morfologjia mund të bëhet gjithnjë e më anormale. Pas moshës 40 vjeç, burrat mund të kenë më shumë dëmtime të ADN-së spermatike. Për gratë afati kohor i riprodhimit është kompleks. Një grua lind me të gjitha ovocitete dhe vetëm 400-500 prej tyre në të vërtetë ovulojnë. Ndërsa numri i ovociteve zvogëlohet, cikli menstrual i gruas shkurtohet, infertiliteti rritet dhe çrregullimet menstruale fillojnë 6-7 vjet para menopauzës. Kur është nën moshën 30 vjeç, shanset e një gruaje për të mbetur shtatzënë mund të jenë deri në 71%; ndërkohë që mbi 36 vjeç, mund të jetë vetëm 41% . [2,3]

Mënyra e ushqyerjes

Dieta ushqimore e një femre mund të ndikojë në fertilitetin e saj, veçanërisht në ovulimin. Në përgjithësi, zëvendësimi i karbohidrateve me proteina shtazore është demonstruar të jetë i dëmshëm për fertilitetin ovulues. Shtimi i proteinave shtazore lidhet me një shans 32% më të lartë për të zhvilluar infertilitet, ndërsa zëvendë-

simi i karbohidrateve me proteina bimore ka një efekt mbrojtës. Konsumimi i yndyrave në vend të karbohidrateve lidhet me një rritje prej 73% të rrezikut për çrregullime ovulatore. Gratë që marrin multivitamina mund të kenë më pak gjasa për infertilitet ovulues. Si tek femrat po ashtu dhe tek meshkujt mënyrat e ushqyerjes mund të kenë ndikim në fertilitetin e tyre. Një diete e pasur me karbohidrate, fibra, folate dhe likopen si dhe konsumimi i frutave dhe perimeve lidhet me përmirësimin e cilësisë së spermës. Një sasi e lartë e antioksidantëve në dietë është demonstruar se rrit cilësinë e spermës, po ashtu vitamina E dhe selenium ulin nivelet e malondialdehidit (MDA, tregues për dëmtimin nga stesi oksidativ) dhe rrit lëvizshmërinë e spermatozoideve.[1,3,7]

Pesha/Obeziteti

Rritja e BMI lidhet me ulje të përqendrimit dhe të lëvizshmërisë së spermës, gjithashtu është e lidhur edhe me dëmtimin e ADN-së spermatike. Ekziston gjithashtu një marrëdhënie midis obezitetit dhe disfunksionit erektil (ED). Hormonet e tjera, duke përfshirë inhibinën B dhe leptinën, mund të preken nga obeziteti, gjë që rezulton në ulje të qelizave Sertoli dhe prodhimit të spermës. Gratë obeze kanë rrezikshmëri më të lartë për aborte të përsëritur dhe përqindje më të ulët për të arritur shtatzëninë. Gjithashtu ekziston një korrelacion negativ midis rritjes së BMI-së dhe implantimit.[3,7]

Stresi

Stresi është një pjesë e spikatur e çdo shoqërie, qoftë ai fizik, social apo psikologjik. Infertiliteti në vetvete është stresues, për shkak të presioneve shoqërore, diagnostikimit, trajtimeve, aborteve, dëshirave të paplotësuara, madje edhe kostove me të cilat lidhet. Tek meshkujt stresi mund të ndikojë në përqendrimin, lëvizshmërinë dhe morfologjinë e spermës. Stresi fizik ka ndikimin më të madh në fertilitetin femëror. Gratë që punojnë më shumë se 32 orë në javë duan një kohë më të gjatë për të arritur konceptimin. Stresi psikologjik, si çrregullimi i ankthit ose depresioni ndikon gjithashtu në infertilitet.[7,8]

Duhani /Drogat

Konsumimi i duhanit gjatë përpjekjeve për të arritur shtatzëni ul ndjeshëm fertilitetin. Burrat që konsumojnë duhan priren të kenë një rënie në sasinë totale, densitetin, lëvizshmërisë dhe morfologjinë e spermës. Pirja e duhanit mund të zvogëlojë aktivitetin mitokondrial në spermatozoide dhe të çojë në një ulje të kapacitetit fekundes, si dhe mund të ndikojë në integritetin e ADN-së spermatike. Funkzioni endokrin mund të ndikohet gjithashtu nga pirja e duhanit, pasi janë raportuar rritje në nivelet serike të FSH dhe LH dhe ulje të testosteronit. Këto çrregullime në funksionin endokrin mund të kontribuojnë në çrregullime menstruale dhe infertilitet. Infertiliteti tek femrat duhanpirëse mund të jetë për shkak

të zvogëlimit të funksionit ovarial dhe një rezerve të reduktuar ovariale. Kimikatet në tymin e cigares mund të dëmtojnë ovulimin dhe transportin e embrioneve të fekonduara, duke çuar në një rritje të incidencës për shtatzëni ektopike, kohë më të gjata deri në konceptim dhe infertilitet tek gratë.

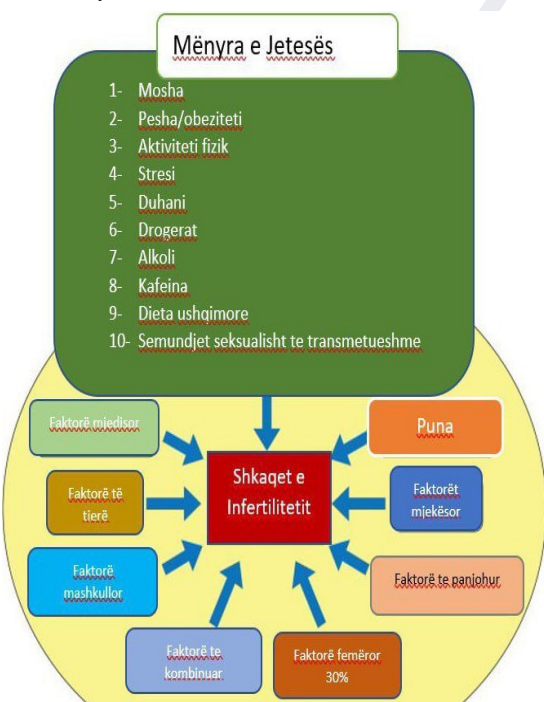
Përdorimi i drogave ndikon në funksionin jonormal riprodhues. Tek meshkujt, drogat reduktojnë testosteronin e çliruar nga qelizat Leydig, modulojnë apoptozën e qelizave Sertoli, zvogëlojnë spermatogenezën, ulin lëvizshmërinë dhe kapacitetin e spermës. Femrat që përdorin droga janë në një rrezik më të lartë për infertilitet primar pasi përdorimi i marihuanës mund të ndikojë negativisht në rregullimin hormonal; mund të shkaktojë rënie të niveleve të hormonit luteinizues; gjithashtu ndikojnë negativisht në zhvillimin e placentës dhe fetusit dhe madje mund të shkaktojnë vdekje të frytit brenda në mitër.[3,5]

Alkoholi

Konsumimi i alkoolit është i lidhur me shumë efekte anësore negative si atrofia e testikujve, ulja e dëshirës seksuale dhe oligozoospermi. Alkoholi ka një ndikim të madh në morfologjinë dhe në lëvizshmërinë e spermës, por gjithashtu mund të ndikojë në uljen e shkallës së implantimit, duke rritur rrezikun e abortit spontan, vdekjen e fetusit dhe të shkaktojë anovulim, mosfunksionim të fazës luteale dhe zhvillim jonormal të blastocistit.[3]

Kafeina

Kafeina si një pjesë integrale e shoqërisë rezulton të ketë efekte negative në fertilitetin femëror. Efektet negative që theksohen në hulumtimet e fundit janë aborti spontan dhe vdekja e fetusit.[3]



Rrezatimet/Ekspozimet mjedisore dhe profesionale

Hulumtimet tregojnë se ekspozimi ndaj faktorëve mjedisorë mund të ndikojë në shëndetin riprodhues në mënyrat e mëposhtme:[3,5,6,7]

- Ekspozimi ndaj plumbit lidhet me reduktimin e fertilitetit si te meshkujt ashtu edhe te femrat.

- Ekspozimi ndaj diethylstilbestrol (DES), një medikament që u është dhënë dikur grave gjatë shtatzënisë, mund të çojë në rritjen e rrezikut për kancer, infertilitet dhe komplikime të shtatzënisë.

- Ekspozimi ndaj komponimeve që ekulibrojnë sistemin endokrin dhe kimikateve, mund të kontribuojnë në probleme me pubertetin, fertilitetin dhe shtatzëninë.

Meshkujt që janë të ekspozuar ndaj niveleve më të larta të ndotjes së ajrit kanë më shumë gjasa për morfologji anormale të spermës, ulje të lëvizshmërisë dhe fragmentimit të ADN-së spermatike. Efektet anësore negative riprodhuese të ndotjes së ajrit tek gratë mund të përfshijnë lindjen e parakohshme, abortin spontan dhe vdekjen e frytit. Shumë prej kimikateve të përdorura në mbarë botën në shoqërinë tonë, mund të kenë efekte të dëmshme në shëndetin riprodhues të burrave dhe grave si pengimi i aktivitetit normal hormonal dhe çrregullimi i sistemit endokrin. Rrezatimi në formën e rrezeve x dhe gama mund të jetë shkatërrues për qelizat e trupit të njeriut, duke përfshirë qelizat germinale dhe Leydig.

Aktiviteti fizik

Aktiviteti fizik jep një efekt mbrojtës në fertilitet kur shoqërohet me humbje peshe tek gratë obeze. Rritja e frekuencës, intensitetit dhe kohëzgjatjes së ushtrimeve lidhet ndjeshëm me zvogëlimin e infertilitetit tek gratë.[3,7]

Përdorimi i kontrceptivëve

Ndërsa kontrceptivët shpesh lidhen me parandalimin e shtatzënisë, disa studime kanë treguar se përdorimi i

prezervativit ashtu edhe kontrceptivëve oralë mund të ruajnë fertilitetin tek gratë. Kontrceptivët zvogëlojnë shanset e një infeksioni seksualisht të transmetueshëm, duke reduktuar kështu infertilitetin, gjithashtu mund të zvogëlojnë kohën e konceptimit. Përveç kësaj, kanë efekte pozitive në parandalimin dhe menaxhimin e endometrioze dhe sëmundjes inflamatore pelvike duke rritur kështu fertilitetin e një gruaje.[3]

Medikamentet

Në përgjithësi, ka më shumë studime që shqyrtojnë efektet e medikamenteve në fertilitetin mashkullor sesa atë femëror. Medikamentet dhe efektet e tyre si te meshkujt ashtu edhe te femrat janë paraqitur në Tabelën 1.[3]

Konkluzion

Kujdesi për problemet aktuale të fertilitetit mund të sigurojë një fertilitet më të mirë në të ardhmen. Marrja e masave parandaluese si vizitat e rregullta tek mjeku, përdorimi i kontrceptionit, përmirësimi i mënyrës së jetesës, kujdesi ndaj ushqyerjes, si dhe shmangia e faktorëve dëmtoes të fertilitetit mund të sigurojë një shëndet më të mirë riprodhues.

Këshillimi dhe ndërgjegjësimi i njerëzve, për organet riprodhuese, adoleshencën, aktivitetin seksual të sigurt dhe higjienik, infeksionet seksualisht të transmetueshme, është hapi kryesor pasi për të ruajtur shëndetin seksual dhe riprodhues, njerëzit kanë nevojë për qasje në informacione të sakta dhe metoda kontrceptive të sigurta, efektive dhe të pranueshme sipas zgjedhjes. Është e rëndësishme të kuptohet se mënyra dhe stili i jetesës ka një rol kryesor në shëndetin riprodhues dhe duke përmirësuar mënyrën e të jetuarit çdo njeri do të jetë në gjendje të kontrollojë potencialin e tij të fertilitetit dhe jo vetëm.

Figura 3. Faktorët e stilit të jetesës (ScienceDirect - Lifestyle factor and reproductive health)

Tabela 1. Efektet e medikamenteve në shëndetin riprodhues. (Lifestyle factors and reproductive health: Published online 2013 Jul 16. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717046/.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717046/))

Medication	Effect on reproductive function
Anabolic Steroids	Impairment of spermatogenesis (up to one year recover may cause hypogonadism through pituitary–gonadal axis Reversible
Antiandrogens: Cyproterone acetate, danazol, finasteride, ketoconazole, spironolactone	Impairment of spermatogenesis; erectile dysfunction Reversible
Antibiotics: Ampicillin, cephalotin, cotrimoxazole, gentamycin, neomycin, nitrofurantoin, Penicillin G, spiramycin	Impairment of spermatogenesis Reversible
Antibiotics: Cotrimoxazole, dicloxacillin, erythromycin, lincomycin, neomycin, nitrofurantoin, quinolones, tetracycline, tylosin	Impairment of sperm motility Reversible
Antiepiletics: Phenytoin	Impairment of sperm motility Reversible
Antihypertensives: Calcium channel blockers (nifedipine)	Fertilization failure
Antihypertensives: Alpha agonists (clonidine), alpha/beta blockers , hydralazine, methyl dopa, thiazide diuretics	Erectile dysfunction
Anti-inflammatory 5-ASA and derivatives: Mesalazine, sulfasalazine	Impairment of spermatogenesis and sperm motility Reversible
Antimalarials: <i>Quinine and its derivatives</i>	Impairment of sperm motility Reversible
Antimetabolites / Antimitotics: <i>Colchicines, cyclophosphamide</i>	Arrest of spermatogenesis; azoospermia Irreversible
Anti-oestrogens Clomiphene citrate	Impairment of endometrial development reversible
Anti-progestins: Emergency contraceptive / progesterone-only pills	Impairment of both implantation and tubal function
Antipsychotics: Alpha blockers, phenothiazine, antidepressants (particularly SSRIs)	Increase prolactin concentrations that can lead to sexual dysfunction
Antipsychotics: Butyrophenones	Impairment of spermatogenesis and sperm motility Reversible
Antischistozomal: Niridazole	Impairment of spermatogenesis and sperm motility Reversible
Corticosteroids	Impairment of sperm concentration and motility Reversible
Exogenous testosterone, GnRH analogues	Impairment of spermatogenesis Reversible
H2 blockers: Cimetidine, ranitidine	Increase prolactin concentrations that can lead to impairment of luteal function, loss of libido, and erectile dysfunction
Local anaesthetics, halothane	Impair sperm motility
Metoclopramide	Erectile dysfunction
Methadone	Suppress spermatogenesis and sperm motility
Non-steroidal anti-inflammatory drugs, Cox-2 inhibitors	Impairment of follicle rupture, ovulation, and tubal function Reversible

Referencat:

- Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum Reprod Update.* 2007;13:209-223.
- Dunson DB, Baird DD, Colombo B. Increased infertility with age in men and women. *Obstet Gynecol.* 2004;103:51-56.
- Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. Published online 2013 Jul 16.
- WHO Europe Maternal and newborn health Data and statistics.
- Karen Clay, Margarita Portnykh, Edson Severnini. Toxic Truth: Lead and Fertility. 2019. NBER Working Paper No. 24607. [Accessed online 25 June 2019].
- Endocrine Society. Impact of Endocrine-disrupting Chemicals on Reproductive Systems. [Accessed June 25, 2019].
- HealthyPeople. 2020. <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=26>.
- Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>.

RUAJTJA E SHËNDETIT RIPRODHUES TE PACIENTËT ME KANCER: NJË PËRMBLEDHJE NARRATIVE



Brunilda Profka-Haxhiu

Profesor Asistent

Specialist i Onkologjisë

Abstrakti

Vitet e fundit mbijetesja e pacientëve me kancer është përmirësuar për shkak të rritjes dhe përmirësimit të efikasitetit të kujdesit onkologjik bashkëkohor, duke përfshirë radioterapinë dhe kimioterapinë. Modernizimi i teknologjisë ka bërë të mundshëm ruajtjen e riprodhimit tek pacientët me kancer dhe kjo praktikë duhet të përfshihet në kujdesin onkologjik.

Në shumë raste, është e pamundur të shmangët dëmi që trajtimet e kancerit mund t'i shkaktojnë shëndetit riprodhues të pacientit. Të gjithë pacientët që i përkasin moshës riprodhuese duhet të marrin informacion të shpejtë dhe të plotë mbi efektet anësore të trajtimit me kimioterapi apo radioterapi lidhur me fertilitetin dhe perspektivat për ruajtjen e tij para trajtimit.

Artikulli analizon literaturën, duke përfshirë faktorët që kontribuojnë në kancer dhe efektet e tyre në shëndetin riprodhues, pasuar nga një listë e strategjive të disponueshme për ruajtjen e fertilitetit tek pacientët. Gjithashtu diskutohet efikasiteti i teknikave të ndryshme të ruajtjes së shëndetit riprodhues pas trajtimit me terapitë anti-kanceroze.

Ne si onkologë duhet të jemi të vëmendshëm kur është në pyetje fertiliteti i pacientëve të rinj me kancer dhe t'ju ofrojmë shpjegim mbi mënyrat e prezervimit të gametave apo embrioneve.

1. Hyrja

Trajtimi i tumoreve malinje mund të ndikojë në jetën riprodhuese tek pacientët sipas moshës së tyre në fillim të trajtimit, kohëzgjatjes, ashpërsisë dhe llojit të tumorit [1]. Edhe pse kanceri prek kryesisht të moshuarit, ai mund të prek fëmijët, adoleshentët dhe të rinjtë. [2]. Pacientët nga mosha 15 deri në 44 vjet kanë shkallën më të lartë të mbijetesës, me normat pesëvjeçare të mbijetesës që variojnë nga 60% në 82% në varësi të moshës, lokalizimit të tumorit dhe llojit të trajtimit [2-4].

Në thelb, ruajtja e fertilitetit i referohet ruajtjes së aftësisë së një personi ose të një çifti për të krijuar një familje kur ata e shohin të arsyeshme. Fjala "oncofertility" përfshin ruajtjen e fertilitetit tek pacientët me kancer [5]. Është shumë e rëndësishme të merret parasysh ruajtja e riprodhimit ndërsa do të duhet t'i trajtosh këta pacientë me kujdes, pasi synimi kryesor është trajtimi i kancerit. Për këtë arsye kërkohet një bashkëpunim i ngushtë mes një ekipi multidisiplinor ekspertësh shëndetësorë. [6,7].

Ndikimi i trajtimit të kancerit në riprodhim

Metodat kryesore për trajtimin e kancerit janë ende kimioterapia dhe radioterapia [5]. Duke pasur parasysh se trajtimet kundër kancerit dëmtojnë spermatogoninë tek meshkujt dhe folikulët ovarianë tek pacientët femra, ngre një shqetësim real tek pacientët e rinj që mund të mos kenë krijuar ende familjet e tyre. Nëse

numri i qelizave burimore spermatogonale nuk eliminohet plotësisht, spermatogjeneza tek meshkujt mund të vazhdojë gjatë disa viteve [8].

Femrat

Në pacientet e reja femra, toksiciteti i ovareve është pasojë e trajtimit të kancerit [9]. Të gjitha organet riprodhuese femërore janë të ndjeshme ndaj dëmtimit të drejtpërdrejtë të rrezatimit nëse janë brenda fushës së rrezatimit, por gjithashtu mund të pësojnë dëmtime nëpërmjet rrezatimit të shpërndarë, edhe në prani të mbrojtjes [8]. Kimioterapia dhe rrezatimi janë toksike për vezoret dhe rrisin rrezikun e menopauzës së hershme, anomalive endokrine ovariane, infertilitetit dhe dështimit të parakohshëm ovarian (POF) tek gratë [9]. Rreziqet e kimioterapisë ndryshojnë në bazë të moshës së pacientit (gjasat e dështimit ovarian reduktohen te pacientet më të reja), kimioterapisë së përdorur dhe kohëzgjatjes së trajtimit.

Te gratë që i nënshtrohen radioterapisë, ndahen shqetësimet rreth fertilitetit dhe prodhimit të hormoneve, sepse të dyja duket se ndikohen njësoj nga trajtimi [1]. Rrezatimi është veçanërisht dëmtues për ovocitet [10]. Insuficenca akute e ovareve dhe menopauza e hershme janë të lidhura me rrezatimin hipotalamik, pituitar dhe pelvik, me ose pa citostatikët alkilues [6].

Ekspozimi ndaj dozave 20-30 Gray (Gy) të rrezatimit ose 15 Gy të rrezatimit total të trupit mund të çojë në një rënie të funksionit ovarian [10]. Gonadet janë veçanërisht të ndjeshme ndaj rrezatimit në fazën e para pubertetit; Gjysma e ovociteve të papjekura do të shkatërrohen nga ekspozimi ndaj rrezatimit prej më pak se 2 Gy, dhe 25-50 Gy do të shkaktojnë infertilitet tek një e treta e grave të reja dhe gati të gjitha gratë mbi 40 vjeç [11,12]. Pacientet e reja me kancer mund të përjetojnë ulje të fertilitetit për shkaqe të ndryshme, si metodat e trajtimit të kancerit, mosha e shtyrë ose çrregullimet riprodhuese. Megjithatë, sasia dhe cilësia e ovociteve kontribuojnë ndjeshëm në suksesin e fekondimit dhe zhvillimit të embrionit. Prandaj, ruajtja e ovociteve është vendimtare nëse bëhet para, gjatë ose pas shfaqjes së sëmundjes apo trajtimit [9,13].

Meshkujt

Pacientët meshkuj me kancer mund të përjetojnë reduktim të lëvizjes së spermës për shkak të prodhimit të dobët të saj ose zvogëlimit të popullsisë së qelizave burimore spermatogonale [14]. Trajtimet kundër kancerit përfshirë kimioterapinë dhe rrezatimin mund të jenë të dëmshme për procesin e spermatogjenезës.

Ndjeshmëria e agjentit citostatik rritet në mënyrë specifike gjatë diferencimit qelizor. Megjithatë, qelizat germinale të fazës së mëvonshme janë më rezistente ndaj ndikimeve të vrasjes qelizore. Kështu, prodhimi i spermatozoideve nga qelizat germinale të fazës së mëvonshme vazhdon edhe pse spermatogjeneza bie menjëherë pas terapisë [15]. Në pacientët meshkuj para pubertetit

azoospermia e zgjatur mund të rezultojë nga një dozë prej 6 Gy në testikuj; ndërsa, të meshkujt e pjekur, kufiri bie në 2,5 Gy [16]. Hulumentimet e hershme në fund të shekullit të 20-të arritën në përfundimin se rrezatimi prek spermatogjenezën edhe në doza të vogla radioterapeutike.

Qelizat Leydig të testisit duket të jenë shumë më rezistente ndaj rrezatimit, në krahasim me atë se si ndikon në gjenerimin e spermatozoideve. Si rezultat, sinteza e testosteronit është zakonisht më pak e reduktuar në individët që marrin edhe radioterapi në doze më të madhe [6]

Shqyrtim i literaturës

Metodologjia

Për të zbuluar studimet përkatëse të ruajtjes së fertilitetit tek pacientët me kancer u bë një kërkim i gjerë i literaturës. Në këtë artikull janë përfshinë artikuj të botuar në PUBMED, MEDLINE për shëndetin riprodhues apo fertilitetin tek pacientët me kancer dhe zgjedhjet e ndryshme të njohura për ruajtjen e fertilitetit tek individët që i nënshtrohen trajtimeve kundër kancerit.

Teknikat e ruajtjes së fertilitetit për pacientët femra

Krioprezervimi i embrioneve dhe oociteve

Për pacientet femrat, marrja e oociteve për ngrirje, fekondimi in vitro (IVF) i oociteve të rikuperuara, dhe kryoprezervimi pasues i oociteve të fekunduara janë procedurat standarde [8]. Opsioni i kryoprezervimit të embrionit duhet të merret në konsideratë nëse trajtimi onkologjik mund të shtyhet për një cikël stimulimi të oocyteve (veçanërisht për pacientët me limfomë hodgkin me rrezikshmëri të ulët dhe mesatare apo dhe sarkoma të gradës së ulët) [6]. Vështirësitë kryesore të këtij procesi përfshijnë kërkesën e një partneri mashkull të besueshëm, konsideratat ligjore rreth asgjësimit të embrioneve dhe kohëzgjatjen e stimulimit të ovareve [10]

Kryoprezervimi i oociteve është një alternativë praktike. [2,17]. Ovocitet mund të ngrihen si oocyte të vezikulave germinale të papjekura ose si vezë të pjekura [10]. Në situatat kur stimulimi është i pamundur për shkak të kufizimeve kohore, ngrirja e vezëve në zhvillim mund të jetë gjithashtu një alternativë për ruajtjen e fertilitetit tek pacientët femra [8]. Për të inkurajuar përhapjen multifolikulare, gratë marrin injeksione të gonadotropinës gjatë stimulimit të kontrolluar ovarian. Ka rëndësi të kuptohet se kjo është një procedurë e re dhe se normat e suksesit janë ende modeste.

Kryoprezervimi i indit të vezoreve (KIV)

Kryoprezervimi i indeve të vezoreve përfshin ngrirjen e këtij indit, që përmban folikula primordiale [9]. Ajo përfshin heqjen e

vezoreve nëpërmjet kirurgjisë laparoskopike, me ruajtjen e korteksit të vezoreve jashtë trupit në gjendje të ngrirë [20]. KIV është një strategji tërheqëse për ruajtjen e fertilitetit pasi parandalon stimulimin ovarian dhe është e vetmja zgjedhje për pacientet me kancer në moshën e pre pubertetit [21]. Opinioni më i fundit i Komitetit të Praktikës i Shoqatës Amerikane për Mjekësinë Riprodhuese (ASRM) në janar 2020 deklaroi se kryoprezervimi i indit të vezoreve është një praktikë e njohur e ruajtjes së fertilitetit dhe nuk konsiderohet më eksperimental [9,22]. The Lancet botoi një shkrim të Donnez et al. në vitin 2004, i cili përfshinte lindjen e parë të suksesshme me hyrjen ortoptike të indit kortikal të vezoreve në një pacient që vuan nga limfoma jo-Hodgkin në stafin e 4-ët. Kërkime të mëtejshme po kryhen gjithashtu për të zhvilluar një "vezore artificiale," në të cilën folikulat primordiale transplantohen në një matricë strukturore, duke reduktuar mundësinë e përhapjes së qelizave kanceroze, me sukses të provuar në fazat preklinike [16].

Transpozicioni i ovareve

Transpozimi ovarian, i njohur edhe si oophoropeksia, është një teknikë që largon vezoret nga fusha e rrezatimit duke shkëputur një ose të dy vezoret dhe tubat fallopiane nga mitra, duke e siguruar atë në murin abdominal larg vendit ku do të aplikohet rrezatimi [9]. Meqë vezoret nuk janë gjithmonë të mbrojtura për shkak të shpërhapjes së rrezatimit pacientet duhet të paralajmërohen se ky trajtim nuk është gjithmonë i suksesshëm. Për shkak të mundësisë së remigrimit ovarian, kjo procedurë duhet të bëhet pranë periudhës së trajtimit të rrezatimit [25].

Këshillimi i pacienteve që kanë kancer gjiri në lidhje me zgjedhjet për ruajtjen e fertilitetit duhet të rishikohet me kujdes nga ekipi mjekësor. Moshë e pacientes, numri i kërkuar i pasardhësve, pyetjet lidhur me llojin e tumorit, mutacionin ekzistues BRCA, ndjeshmërinë ndaj hormoneve dhe shqetësimet lidhur me shansin për të mbetur shtatzënë pas terapisë së kancerit të gjirit mund të ndryshojnë ndjeshëm nga një paciente te tjetra [8,29]. Këto paciente mund të bëjnë IVF ndërsa presin kimioterapinë pas operacionit. Problemi këtu është hiperestrogjenemia e shkaktuar nga stimulimi ovarial i kontrolluar. Për të shmangur nivelet e larta të estradiolit, përdoren inhibitorë aromataze dhe metoda stimulimi të moderuara [5].

Teknikat e ruajtjes së fertilitetit për pacientët meshkuj

Kryoprezervimi i spermës

Kryoprezervimi i spermës mbetet alternativa e qartë për meshkujt që mund të prodhojnë një mostër të spermatozoideve. Për

pacientët meshkuj të interesuar për ruajtjen e fertilitetit, kërkohet kryoprezervimi i një minimumi prej tre mostrave të spermës, me rekomandim për të pritur për një minimum prej 48 orë midis mostrave [8]. Në përgjithësi, kryoprezervimi i spermës te adoleshentët sigurohet te ata që kanë arritur fazën 3 të zhvillimit të pubertetit [16,36].

Boshllëqet aktuale në informacionin lidhur me ruajtjen e fertilitetit

Edhe pse kërkimet dhe studimet kanë treguar se pacientët që luftojnë me kancerin janë të varur ndaj simptomave jo specifike si stresi, ankthi dhe një cilësi e ulët e jetës, disa pacientë me kancer në vitet e tyre riprodhuese nuk arrijnë të marrin informacion të mjaftueshëm në lidhje me ruajtjen e fertilitetit ose një rekomandim për t'u konsultuar me një specialist të shëndetit riprodhues [8,38]. Ofruesit psikosocialë janë të dobishëm kur një pacient është i shqetësuar për infertilitetin [25]. Njohuritë dhe qëndrimet e mjekëve ndaj ruajtjes së fertilitetit kanë një ndikim thelbësor në menaxhimin e këtyre pacienteve [34,39]. Studimet kanë treguar se trajnimet për fertilitetin përmirësojnë ndjeshëm botëkuptimin e onkologut për vlerësimin e rrezikut të infertilitetit dhe teknikat e ruajtjes së fertilitetit [34,40].

Përfundimet

Në ditët e sotme, shumë paciente, burra dhe gra përjetojnë kushte ku sëmundja është në remision e ata janë "disease free" nga aspekti onkologjik. Me përmirësimin dhe rritjen e mbijetesës, ekziston nevoja për të trajtuar opsione të ndryshme për të ruajtur fertilitetin e pacienteve në kohën e diagnozimit të sëmundjes dhe intervaleve të lira pa sëmundje. Procedura më e mirë duhet të zgjidhet midis atyre që janë në dispozicion në varësi të karakteristikave të pacientit: gjinia, moshë: prepubert apo postpubertet. Praktikrat që konsiderohen standarde janë: kryoprezervimi i spermës dhe embrioneve. Teknika të tjera duhet të trajtohen si eksperimentale dhe të duhet të kryhen në mjedise me njohuri të konsoliduara. Theksi i artikullit është në trajtimin e çështjes së fertilitetit si profesioniste shëndetësor për pacientët që luftojnë me kancerin duke ju ofruar atyre ndihmë dhe udhëzime për trajtimin dhe suksesin e ruajtjes së fertilitetit.

Referencat:

1. Fertility preservation for cancer patients: a review. Ajala T, Rafi J, Larsen-Disney P, Howell R. *Obstet Gynecol Int.* 2010;2010:160386. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Fertility preservation in cancer patients: the global framework. Linkeviciute A, Boniolo G, Chiavari L, Peccatori FA. *Cancer Treat Rev.* 2014;40:1019-1027. [PubMed] [Google Scholar]
3. Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of EURO CARE-5—a population-based study. Gatta G, Botta L, Rossi S, et al. *Lancet Oncol.* 2014;15:35-47. [PubMed] [Google Scholar]

ENDOMETRIOZA, NJË ENIGMË NË RRIJJE



Brikena Dacaj - Elshani

Profesor Asistent

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Endometrioza është një çrregullim/sëmundje e diskutueshme ku indet të cilat normalisht ndodhen në endometër (brenda në mitër) rriten jashtë mitrës. Gjatë zhvillimit të sëmundjes indet endometriale vazhdojnë të sillen normalisht, pra fillimisht ato proliferojnë dhe më pas shkolliten dhe gjakosin gjatë çdo cikli menstrual. Duke qenë se nuk kanë hapësirë që të dalin jashtë trupit, ato grumbullohen në organin ku janë implantuar. Indet strehuese irritohehen, zhvillojnë aderenca dhe e gjithë kjo shkakton dhimbje, të forta, sidomos gjatë menstruacioneve.[1,2]

Disa lokalizime të endometrioze përfshijnë:

- Tubat fallopian.
- Vezoret.
- Vagina.
- Peritoneum
- Ligament uterosakrale
- Hapësira vezikouterine /rektouterine
- Fshikëza dhe ureterit
- Zorrët / Rektumi
- Diafragma, pleurë, perikard
- Cikatriks të plagëve kirurgjikale

tur. Depozitimi i makrofagëve me hemosiderinë brenda murit të cistit për shkak të hemorragjisë është një tipar patologjik i endometriomës.

2. Endometrioza e thellë (infiltruese) mund të shkaktojë dhimbje të forta pelvike dhe infertilitet dhe përkufizohet në mënyrë klasike nga infiltrimi i indit endometrial 5 mm nën sipërfaqen peritoneale. Infiltrimet në rektosigmoid, kavitetin e Douglas-it, ligamentin uterosakral, rotund dhe septumin rektovaginal janë vendet më të shpeshta. Përfshirja ekstra-peritoneale e endometrioze mund të shkaktojë ngushtim të ureterit duke rezultuar në hidronefroreter.

3. Endometrioza e zorrëve

Rektosigmoidi është vendi më i zakonshëm i ndjekur nga regjioni ileocekal dhe rektumi. Implantet endometriale ngjiten në serozën e zorrëve dhe infiltrojnë shtresat muskulore për rrjedhojë trashin murin e zorrëve.

4. Endometrioza abdominale/retroperitoneale/pelvike shpesh mund të përfshijë hapësirën retroperitoneale, kavitetin abdominal dhe zakonisht zhvillohet në lidhje me plagët e mëparshme kirurgjikale.

5. Endometrioza torakale është e rrallë dhe klasifikohet si endometrioze pleurale ose parenki-

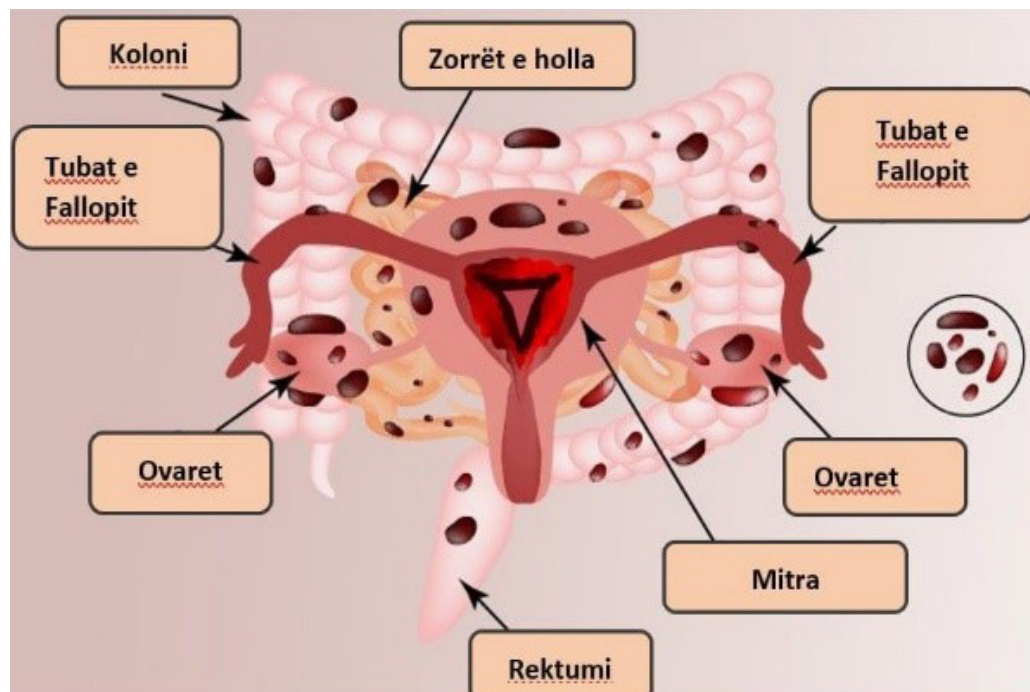


Figura 1. Lokalizimet më të shpeshta të endometrioze (News and Research Portal /The Endometriosis Foundation of America).

Llojet e endometrioze

1. Endometriomat ovariane (cistet endometriotike/ "cistet çokollatë") karakterizohen nga gjaku luminal si pasojë e hemorragjisë ciklike të përsëri-

male. Pacientët me endometrioze pleurale ankohen për dhimbje gjoksi dhe dispne për shkak të pneumotoraksit ose hemotoraksit, ndërsa pacientët me endometrioze parenkimale zakonisht ankohen për hemoptizi gjatë menstruacioneve. Fig.2.

6 Endometrioza polipoide është një variant i rrallë me karakteristika histologjike të ngjashme

Korrespondenca:
brikena.elshani@uni-pr.edu

ENDOMETRIOZA, NJË ENIGMË NË RITJE



Romina Rakipaj

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

me polipet endometriale. Prek gratë në menopauzë, faktorët hormonalë dhe terapia me estrogen ose përdorimi i tamoxifenit mund të luajnë një rol në patogjenezën e saj.

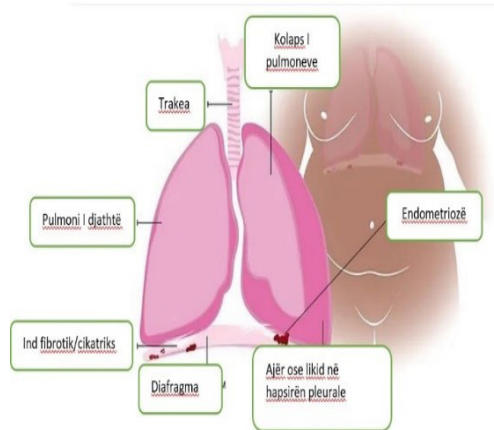


Figura 2. Endometrioza torakale. (The endometriosis foundation of America, CNBC, womenhealth.gov/endometriosis.org).

Shkaku i endometrioze është ende i panjohur por disa nga teoritë e sëmundjes mbeten:

1. Teoria e Sampsonit - menstruacioni retrograd gjatë të cilit gjaku menstrual me qeliza endometriale rrjedh nëpërmjet tubave të fallopit dhe përhapet në hapësirën pelvike dhe më tej.
2. Teoria Mayer - Metaplazia celomike: disa qeliza të peritoneumit shndërrohen në qeliza endometriale. Duke qenë se ovalet dhe duktuset mulleriane origjinojnë nga epiteli celomik metaplazia mund të shpjegojë endometriozen ovariale.
3. Çrregullime të sistemit imunitar: Paaftësia e organizmit për të shkatërruar indet endometriotike.
4. Teoria e diseminimit: qelizat endometriale migrojnë përmes rrugëve limfatike, të gjakut apo kirurgjikale dhe pasi arrijnë në inde dhe organe të tjera, implantoohen duke dhënë endometrioze.
5. Teoria e induksionit - faktorë të ndryshëm bikomik mund të indukojnë qelizat e padiferencuara embrionale për tu zhvilluar në ind embriotik.
6. Endometrioza premenarkale - si pasojë e mbetjeve embriotike mulleriane të shkaktuara nga gjakderdhjet uterine neonatale si pasojë e ekspozimeve hormonale maternale.[7]

Faktorët që rrisin rrezikun e endometrioze: [2,4]

- Menarka e hershme.
- Menopauza e vonshme.
- Polimenorrhea /Menometrorrhagia
- Nivelet e larta të estrogenit.
- Indeks të ulët të masës trupore.

• Anamnezë familjare për endometrioze.

• Infeksione pelvike të përsëritura.

• Çdo gjendje shëndetësore që pengon daljen e gjakut gjatë menstruacioneve, si dhe problemet e traktit riprodhues.

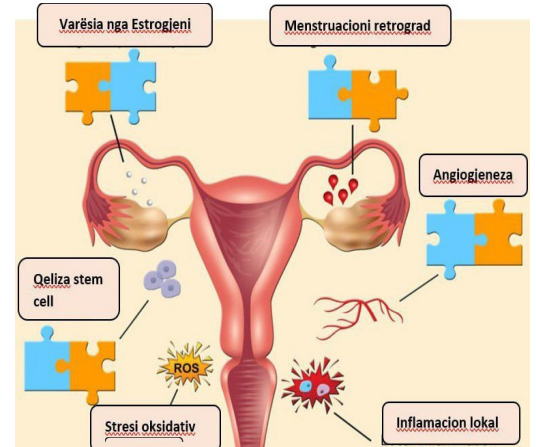


Figura 3. Patofiziologjia e endometrioze (Journal of Translational Medicine- article 311(2020)).

Simptomat e Endometrioze

Ka shumë simptoma që lidhen me endometriozen por kryesore është dhimbja, e cila zakonisht mund të ndjehet në bark, zonën pelvike dhe pjesën e poshtme të shpinës, por jo të gjithë pacientët përjetojnë simptoma. Ndonjëherë endometrioza zbulohet rastësisht gjatë ndonjë procedure tjetër apo testeve për infertilitet.[1,2,4]

• Menstruacione të dhimbshme (dysmenorrhea) - Dhimbjet pelvike dhe krampet mund të nisin përpara e të zgjatin disa ditë gjatë ciklit.

• Dispareunia - dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale.

• Gjakderdhje e shtuar gjatë ciklit ose njolla (spotting) ndërmjet cikleve.

• Infertilitet.

• Anomali endokrine si anovulacion, dëmtim i rritjes folikulare, hiperprolaktinemi, galaktorre, sindrom i folikulit luteal të paruptuar.

• Simptoma të tjera gjatë ciklit, zakonisht në lokalizimet ekstrapelvike të endometrioze, janë: lodhje, të përziera, diarre, kontipacion, distendim abdominal, hematuri, rektoragji, dizuri, si dhe hemoptizi apo hemotoraks.

Si diagnostikohet endometrioza

Në shumicën e rasteve, diagnostikimi i endometrioze fillon me tablon klinike. Menstruacionet e dhimbshme mund të jenë një arsye për t'u konsultuar me mjekun.[2,8,9,12]

• Ekzaminimi pelvik: ku vlerësohet prania e cistëve dhe adeziveve të organeve përreth mitrës.

Korrespondenca:
rominarakipaj@gmail.com

•Ekografia transabdominale, tranvaginale apo transrektale tregon për praninë e cisteve endometriotike.

• Të dhënat laboratorike: gjak komplet për ta diferencuar nga infeksione pelvike, markuesi CA125 me sensibilitet të ulët, markuesi CCR1 mRNA me sensibilitet më të lartë.

• CT/MRI përcakton më mirë përmasat dhe strategjinë trajtuese.[9,10]

Në këtë ekzaminim vihet re dhe shenja e puthjes së vezoreve ku dy vezoret mund të jenë duke prekur njëra-tjetrën në kavitetin Douglas për shkak të adhezioneve. Kjo lidhet me ashpërsinë e sëmundjes dhe infertilitetit. Ndërsa “shenja e gjethes së tërflilit”: formohet nga të paktën tre organe si vezoret, mitra ose rektumi, të bashkuara në qendër për shkak të adhezioneve.

•Laparoskopia si “Gold Standart” është e vetmja mënyrë për diagnozën përfundimtare të endometrioze dhe trajtimin e saj. Gjatë kësaj procedure mund të merret biopsi për të konfirmuar diagnozën histologjikisht.[10,4]

•Diagnoza rastësore gjatë procedurave të tjera mjekësore në personat jo simptomatik.

Klasifikimi

Klasifikimi i endometrioze mbetet ai i Shoqatës Amerikane të Fertilitetit që merr në konsideratë pamjen makroskopike, madhësinë dhe thellësinë e infiltrimit të implanteve peritoneale dhe ovariale, praninë e aderencave dhe prekjen e kavitetit Douglas.[5,8]

Nëpërmjet këtij klasifikimi vlerësohen 4 stadet e sëmundjes:

Stadi I - minimal: 1-5 pikë

Stadi II - I lehtë: 6-15 pikë

Stadi III - I moderuar:16-40 pikë

Stadi IV - I rëndë: > 40 pikë

Komplikimet

Komplikimi kryesor i endometrioze është infertiliteti. Afërsisht një e treta deri gjysma e femrave me endometrioze kanë vështirësi për të mbetur shtatzënë. Endometrioza me reaksionet indore mund të mbyll tubat e fallopit, të dëmtojë fimbriet, motilitetin, folikulogjenezën apo funksionin uterin gjë që sjell infertilitet. [3,4,11,12]

Ruptura e endometriomës mund të ndodhë në 3% të rasteve dhe të shkaktojë peritonit akut me dhimbje të forta abdominale.

Përdredhja e endometriomës është më pak e zakonshme se e masave të tjera

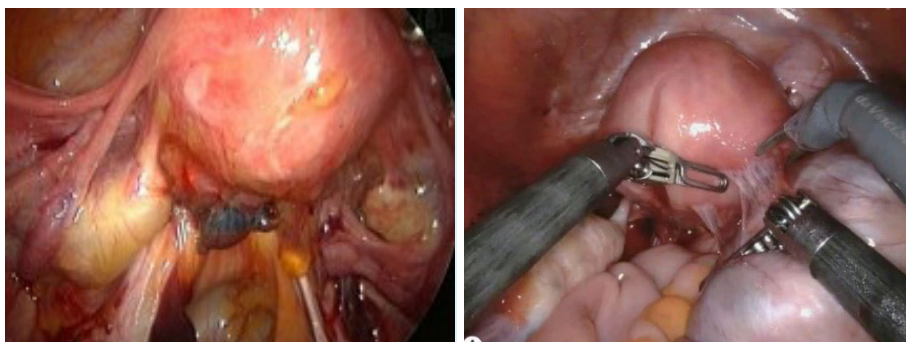


Figura 4. a) Pamje laparoskopike e endometrioze, b) adhezione të shumta midis endometriomës rektumit dhe peritoneumit në kavitetin Douglas (www.grsjournal.org/journal/view)

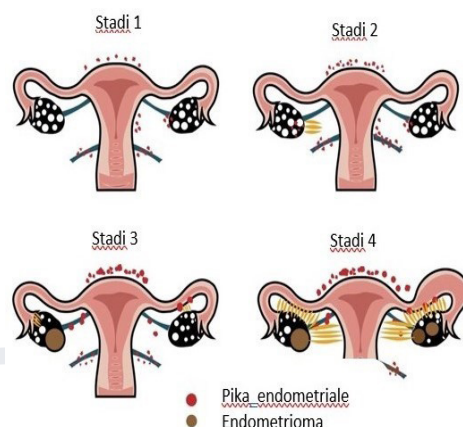


Figura 5. Stadet e Endometrioze (Endometriosis and Fertility - Bigfertility project 2023 Dr. Matt Prior).

Tabela 1. Diagnoza diferenciale e Endometrioze

Diagnoza diferenciale e endometrioze	
Gjinekologjike	Jo Gjinekologjike
<p>Semundja Inflamatorë pelvike Abcesi Tubo-ovarial Salpingiti Endometriti Cisiti hemoragjik ovarial Torsion Ovari Dysmenorea parësore Degjenerimi i leiomiomës</p>	<p>Cisti intersticial Infeksioni kronik i traktit urinar Kalkuloza renale Semundja inflamatorë e zorrës Divertikuliti Limfadeniti mezenterial Cregullimet muskulo-skeletike</p>

Tabela 2- Klasifikimi i endometrioze sipas AFS (The American Fertility Society)

Sipas vatrave të endometrioze		Perhapja e vatrës		
Lokalizimi si ind	Thellessia e vatrës	< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
PERITONEUMI	Sipërfaqësore	1	2	4
	E thelle	2	4	6
VEZORE	Dx Siperfaqësore	1	2	4
	E thelle	4	16	20
	Sin Siperfaqësore	1	2	4
	E thelle	4	16	20
Obliterimi i Duglasit		parcial 4	I plote 40	
ADERENCAT		PERHAPJA E VATRAVE		
		< 1/3 mbyllur	1/3-2/3 mbyllur	> 2/3
VEZORET	Te imta djathtas	1	2	4
	Te dendura Dx	4	8	16
	Te holla majtas	1	2	4
	Te dendura Sin	4	8	16
TUBAT	Te imta djathtas	1	2	4
	Te dendura dx	4x	8x	16
	Te imta majtas	1	2	4
	Te dendura Sin	4x	8x	16

adnexale për shkak të adezioneve shoqëruese. Paraqet dhimbje akute në pjesën e poshtme të barkut.

Sëmundja inflamatore pelvike (PID) mund të jetë ndërlëkim i endometriomave.

Karcinomat: Endometrioma klasifikohet si një lezion prekursor i karcinomave dhe në rastet e diagnostikuara me endometrioze vihet re një rritje e disa tipave të rrallë të kancerit të vezores. Tipat më të shpeshtë histologjik janë: endometrioid, borderline seromucinoz dhe carcinoma me qeliza të qarta.

Trajtimi

Krijimi i planit të trajtimit për endometriozen bazohet në disa faktorë:

- Stadin e endometrioze
- Planet për shtatzëni
- Moshë
- Gravitetin e simptomave

Për trajtimin e dhimbjeve mund të përdoret çdo antiinflamator josteroid të cilët duke frenuar prodhimin e prostaglandinave lehtësojnë dhimbjet, por edhe terapia hormonale shtesë është efektive.[3,5,12]

Kontraktivët kontrollojnë ndryshimet endometriale duke simuluar amenorrhen çka redukton menstruacionin retrograd duke ulur rrezikun për progres të sëmundjes, si dhe lehtëson dhimbjet. Por nuk ka të dhëna bindëse pasi implantet endometriale i rezistojnë atrofisë së induktuar dhe në shumicën e rasteve aktivizohen pas terapisë.

Gonadotropin-releasing hormone (Gn-RH) agonists/antagonists.

Këto medikamente frenojnë prodhimin e steroideve ovarial, ulin nivelin e estrogenit, çka çon në zvogëlim të implanatimeve endometriale dhe remisjon të sëmundjes gjatë kohës së përdorimit. Kjo në thelb vë në pritje sistemin riprodhues si një mënyrë për të lehtësuar dhimbjen dhe shkaktojnë një gjendje pseudomenopauze, ndaj shpesh herë japin efekte anësore si afshe, tharje vaginale, ndryshime në sjellje.

Antagonistët e progesteronit mund të frenojnë endometriozen në saje të efektit të tyre antiproliferativ mbi endometër pa rrezik për hipoestrogenizëm dhe osteoporozë.

Danazolli e frenon prodhimin e hormoneve ovarial duke ndaluar menstruacionin dhe lehtësuar simptomat e endometrioze, por nuk është zgjedhje e parë për shkak të efekteve anësore si akne, dhe rritje të qimeve në fytyrë.

Medroxyprogesterone - shkakton decidualizim të endometrit të shoqëruar me atrofi duke penguar rritjen e implanatimeve endometriale por ka efekte anësore si shtimi në peshë, ulje e prodhimit kockor dhe gjendje depressive.

Inhibitorët e aromatases - përdorimi i këtyre medikamenteve ndihmon në lehtësimin e dhimbjeve. Efekti i tyre realizohet nëpërmjet bllokimit të prodhimit të estrogenit dhe konvertimit të androstenedionit dhe testosteronit në estrogen. Për të ulur efektin e tyre në humbjen kockore dhe foli-

kulare duhen marrë në kombinim me agonist GnRH ose kontraktiv estrogjen-progestativ.

Trajtimi kirurgjikal

Mund të jetë konservativ që synon në heqjen e vatrave të endometrioze, cisteve endometriotik, apo heqjen e aderencave të brendshme nëpërmjet laparoskopisë apo laparotomisë, duke ruajtur tërësinë e aparatit riprodhues dhe fertilitetit.[3,5,10]

•Laparoskopi: metoda më adekuate me rrezik të ulët për formim të aderencave postoperative.

•Laparotomi: rezervohet në statet e avancuara kur nuk mund të realizohet laparoscopia.

Lezionet sipërfaqësore ovariale mund të evaporizohen. Endometriomat e vogla ovariale (më pak se 3 cm) mund të aspirohen, irrigohen me cistoskopi ovariale. Endometriomat e mëdha (mbi 3 cm) duhet të aspirohen të ndjekura nga incizimi i mureve të cistit prej korteksit ovarial. Për të parandaluar rekurenat, duhet të hiqet muri i cistit të endometriomës, duke ruajtur indin ovarial normal.

•Ovarektomi/Histerekтоми: Metodrat radikale rezervohen në raste të rënda, në stadi të avancuara të endometrioze në varësi të moshës dhe dëshirës për riprodhim.

•Trajtimi hormonal pre/post-operator: Te pacientët me endometrioze të rëndë rekomandohet që trajtimi kirurgjikal të paraprihet nga një regjim medikamentoz për të reduktuar vaskularizimin dhe madhësinë e noduseve. Ndërkohë që pas operacionit terapia hormonale redukton recidivat endometriale.

Opsione terapeutike të tjera

•Modulatorët e citokinave: proteina lidhëse TNF alfa rekombinante, mund të reduktojë deri në 64% lezionet endometriotike peritoneale, duke frenuar zhvillimin e endometrioze dhe të aderencave të lidhura me të.

•Anti-inflamacioni: antagonistët e receptorëve të leukotrieneve mund të jenë të dobishëm në pacientët me endometrioze të cilët nuk i përgjigjen trajtimit me frenues të sintezës së prostaglandinave.

•Frenimi i metaloproteinazave të matriksit MMP: ngadalëson zhvillimin e lezioneve ektopike të endometrit (ende nuk ka raporte klinike).

•Skleroterapia - metodë jo kirurgjike për trajtimin e endometriomave ovariale.

Trajtimi i inertilitetit

Trajtimi i infertilitetit të lidhur me endometriozën është në varësi të moshës, kohëzgjatjes së infertilitetit, stadi të endometriozës, përfshirjes së ovarëve dhe/ose tubave në procesin patologjik, terapisë së mëparshme, simptomave shoqëruese si dhe në varësi të prioriteteve të pacientes, duke marrë në konsideratë edhe kostot e trajtimit dhe rezultatet e pritshme. Trajtimi kirurgjikal indikohet nëse endometrioza shkakton distorsion mekanik të arkitekturës pelvike dhe kryhet nëse është i mundshëm rikonstruksioni i anatomisë pelvike. Trajtimi medikamentoz preoperator mund të jetë i dobishëm në reduktimin e endometriozës ndërkohë që ai postoperator indikohet rrallë sepse nuk ka treguar efikasitet dhe nuk lejon arritjen e shtatzënisë.[6,7,12]

Teknikat e riprodhimit të asistuar: Inseminimi intrauterin, fekondimi artificial, transferimi intrafalopian i gametëve, injektimi intracitoplazmatik i spermatozoidit (IUI, IVF, GIFT, ICSI) konsiderohen si opsione për trajtimin e infertilitetit ndaj rikonstruksionit kirurgjikal dhe menaxhimit pritës. Nëse dëmtimi i anatomisë tubo-ovariale kundërshton përdorimin e IUI ose GIFT, IVF është metoda e preferuar. Mendohet se përdorimi i danazolit ose i agonistëve të GnRH para IVF përmirëson përqindjen e shtatzënisë.[6]

Rekurencat

Endometrioza konsiderohet një sëmundje kronike me tendenca për rishfaqje sidomos nëse

nuk është realizuar terapia definitive. Përqindja e rekurencës është në varësi të stadi të sëmundjes, kohëzgjatjes dhe kirurgjisë së mëparshme. Pacientet lehtësohen nga dhimbja pas operacionit, por simptomat mund të kthehen brenda pak vitesh. Dhimbja rishfaqet pas 5 vitesh në rreth 20% të pacienteve të trajtuara me rezekcion të vatrave endometriotike.[12]

Referencat:

1 International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and EES, Tomassetti C, Johnson NP, et al. An international terminology for endometriosis, 2021. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2021;28:1849

2 Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020;26(382):1244–56.

3 Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*. 2014;10:261

4 Shafir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:1–15.

5 Saunders PTK, Horne AË. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021;27(184):2807–24

6 Canis M, Donnez JG, Guzik DS, Halme JK, Rock JA, Schenken RS, Vernon MË. Revised american society for reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67(5):817–21. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81391-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81391-X)

7 Marsh EE, Laufer MR. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Fertility and Sterility*. 2005;83:758

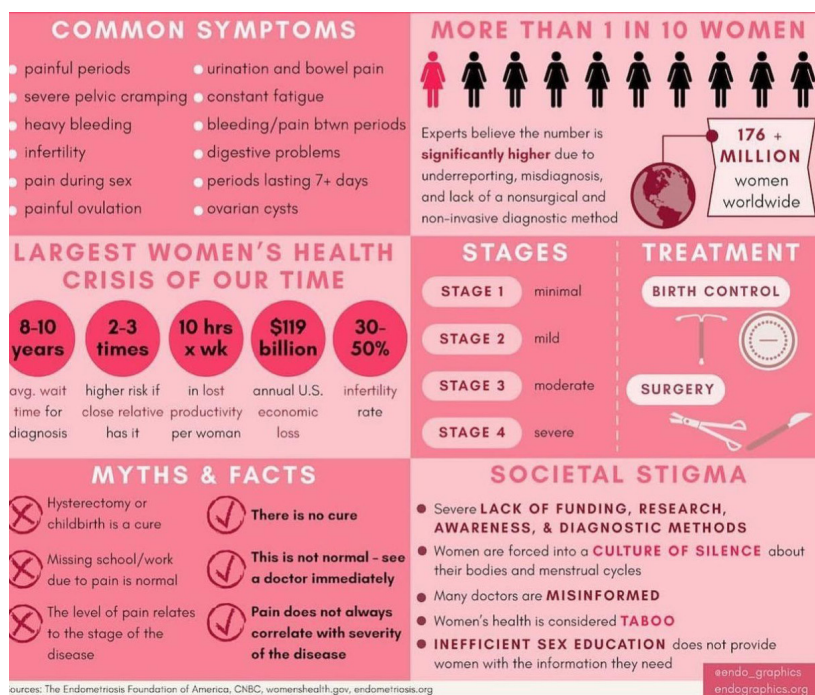
8 Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32:315–24

9 Burla L, Scheiner D, Samartzis EP, Seidel S, Eberhard M, Fink D, et al. The ENZIAN score as a preoperative MRI-based classification instrument for deep infiltrating endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300:109–16.

10 Thomassin-Naggara I, Lamrabet S, Crestani A, Bekhouche A, Ehab CA, Kermarrec E, et al. Magnetic resonance imaging classification of deep pelvic endometriosis: description and impact on surgical management. *Hum Reprod*. 2020;35:1589–600.

11 Lee HJ, Park YM, Jee BC, et al. Various anatomic locations of surgically proven endometriosis: A single-center experience. *Obstetrics & Gynecology Science*. 2015;58:53

Tabela 3. Pasqyra përmbledhëse e Endometriozës (The endometriosis foundation of America, CNBC, womenshealth.gov/endometriosis.org).



SHËNDETI SEKSUAL DHE TEKNOLOGJIA



Driane Krasniqi

Doktor i Mjekësisë

Hyrje

Shëndeti seksual është një komponent i rëndësishëm i shëndetit të përgjithshëm dhe cilësisë së jetës, veçanërisht për të moshuarit. Megjithatë, kjo grupmoshë përballet me barrierë në jetën e tyre seksuale për shkak të stigmatizimit, mungesës së informacionit, ose qasjes së vështirë në mbështetje adekuatë.

Problemet e shëndetit seksual përfshijnë disfunktionin erektil, uljen e lubrifikimit vaginal dhe libidos. Këto probleme shpesh janë të lidhura me ndryshimet fiziologjike që vijnë me moshën, sëmundjet kronike, dhe efektet anësore të medikamenteve. Për më tepër, stigma sociale dhe mungesa e informacionit të përshtatshëm shpesh pengojnë të moshuarit të kërkojnë ndihmë dhe mbështetje profesionale për këto çështje.

Programi Anathema1, i zhvilluar si një aplikacion për smartphone, synon të ofrojë mbështetje dhe edukim për shëndetin seksual të të moshuarit, përfshirë ata që kanë pësuar sulm në tru ose vuajnë nga karcinoma kolorektale dhe përdorin qese ostomike. Ky program përfshinë module të ndryshme që mbulojnë tema të tilla si: anatomia e shëndetit riprodhues, problemet seksuale të lidhura me moshën, dhe teknikat për të përmirësuar intimitetin emocional dhe fizik. Studimi i realizuar në Holandë synon të vlerësojë përvojën e përdoruesve të këtij programi dhe të ofrojë rekomandime për përmirësimin e tij.

Metodologjia

Në studim morën pjesë 15 të moshuar me një moshë mesatare prej 71.7 vjeç. Aplikacioni mobil u bë i disponueshëm për të moshuarit që jetojnë në komunitet në Holandë, të cilët përdorin aplikacionin për 8 javë. Përvoja e përdoruesve u vlerësua me pyetësorë të vetë zhvilluar, Sistemin e Vlerësimit të Përdorshmërisë (SUS), dhe intervista

të strukturuar. Pjesëmarrësit që plotësonin kriteret për përfshirje nuk kishin sëmundje të rënda psikiatrike, varësi nga substancat, ose sëmundje që mund të ndikojnë në shëndetin seksual.

Përfshirja dhe përjashtimi

-Kriteret e përfshirjes:

- Aftësi për të dhënë pëlqimin e informuar;
- Moshë ≥55 vjeç;
- Aftësi digjitale dhe qasje në internet.

1 Anathema

-Kriteret e përjashtimit:

- Çrregullime të rënda psikiatrike ose varësi nga substancat;
- Marra e medikamenteve që mund të ndikojnë në shëndetin seksual;
- Sëmundje të pakontrolluara që mund të ndikojnë në shëndetin seksual;
- Terapi për çrregullime seksuale ose pjesëmarrja në një studim tjetër ndërhyrës.

Procedurat e studimit

Pjesëmarrësit u përzgjedhën nga një grup më i madh i rekrutuar përmes listave të kontakteve dhe kanaleve të tjera të organizatës së të moshuarve KBO-PCOB në Holandë. Pasi nënshkruan formularin e pëlqimit të informuar, pjesëmarrësit plotësuan një pyetësor vlerësues për përputhshmërinë me kriteret e studimit dhe u pajisën me qasje në aplikacionin Anathema për 8 javë. Pas përfundimit të programit, pjesëmarrësit plotësuan një pyetësor për përvojën e përdoruesve dhe morën pjesë në intervista të strukturuar.

Diagrami i dizajnit të studimit

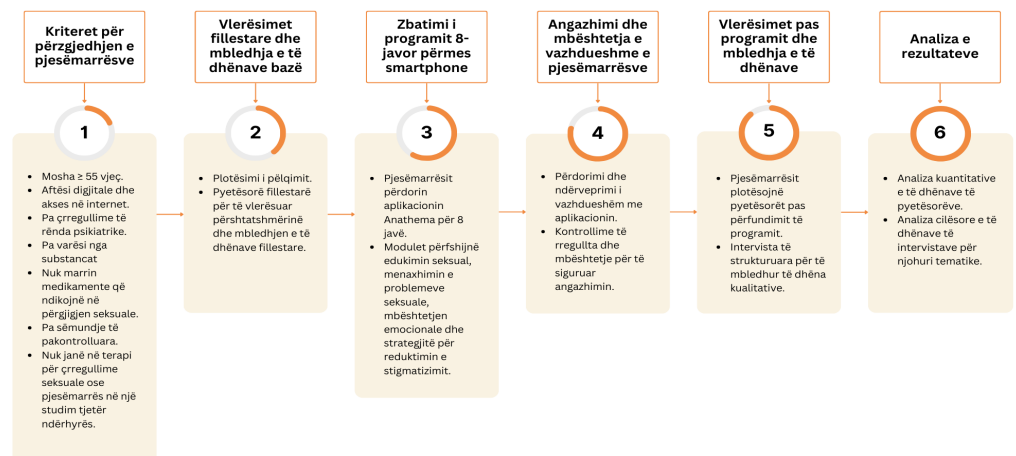


Figura 1. Diagram që tregon fazat e studimit nga përzgjedhja e pjesëmarrësve deri në përfundimin e programit 8-javor

Korrespondenca:
driane@sprigs.eu

PROMOVIMI I SHËNDETIT SEKSUAL PËRMES APLIKACIONIT MOBIL ANATHEMA PËR TË MOSHUARIT: NJË PILOT STUDIM NGA HOLANDA



Kreshnik Hasanaj

Inxhinier softuerik

(Figura 1.)

Vlerësimi i përvojës së përdoruesve

Metodat kryesore:

Vlerësimi i përvojës së përdoruesve

Metodat kryesore:

-Vlerësimi i dobisë së aplikacionit dhe lehtësisë së përdorimit me pyetësorë të vetë zhvilluar, dhe me Sistemin e Vlerësimit të Përdorshmërisë (SUS).

-Analiza e të dhënave kuantitative dhe kualitative përmes përshkrimeve dhe analizës tematike të intervistave.

Aplikacioni Anathema©

Aplikacioni Anathema© është zhvilluar për të ndihmuar individët e moshuar dhe pacientët me sëmundje kronike, ata që kanë pësuar sulm në tru dhe ata që vuajnë nga karcinoma kolorektale dhe përdorin qese ostomike. Aplikacioni përmban një sërë modulesh edukative dhe terapeutike që trajtojnë sfidat specifike të kësaj popullate. Module të tilla përfshijnë:

-Edukimin seksual: Përmbajtje edukative mbi anatominë dhe fiziologjinë e shëndetit riprodhues.

-Çrregullimet seksuale: Informacion dhe strategji për menaxhimin e disfunkcionit erektil, uljen e libidos, dhe probleme të tjera të lidhura me moshën.

-Mbështetje emocionale: Teknikat për përmirësimin e intimitetit emocional dhe fizik.

-Stigmatizimi: Strategji për të adresuar dhe reduktuar stigmatizimin lidhur me shëndetin seksual.

Aplikacioni është krijuar në atë mënyrë që është i lehtë për t'u përdorur, interaktiv, dhe pa

stigmatizim. Kjo qasje ka ndihmuar në rritjen e pranimit dhe përdorimit të aplikacionit nga përdoruesit.

(Figura 2.)

Rezultatet

Pjesëmarrësit treguan një qëndrim neutral deri pozitiv ndaj dobisë dhe lehtësisë së përdorimit të aplikacionit. Përdorshmëria u vlerësua si "OK/Fair".

Pjesëmarrësit ndjenin siguri në përdorimin e aplikacionit dhe ofruan sugjerime për përmirësimin e përmbajtjes dhe ndërveprimit, duke përfshirë qasjen në shërbimet e specializuara për shëndetin seksual.

Përmirësimet e sugjeruara përfshinin trajtimin e problemeve specifike si: disfunzioni erektil dhe ulja e libidos përmes qasjeve terapeutike dhe edukative.

(Tabela 1.)

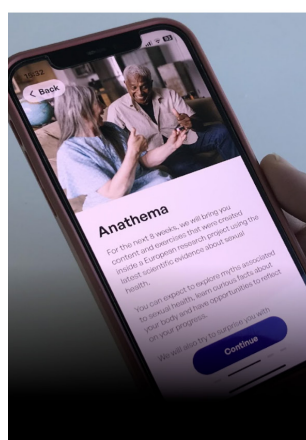
Diskutim

Rezultatet e studimit tregojnë se aplikacioni Anathema është një mjet i dobishëm për promovimin e shëndetit seksual te të moshuarit. Ndërsa përdorshmëria e aplikacionit u vlerësua pozitivisht, pjesëmarrësit sugjeruan disa përmirësime të mundshme, duke përfshirë shtimin e përmbajtjeve të reja dhe qasjen më të lehtë në shërbimet e specializuara për shëndetin seksual.

Përmirësimet e sugjeruara

Përmbajtje e re: Shtimi i më shumë informacioneve dhe burimeve për problemet e zakonshme seksuale te të moshuarit.

Ndërveprimi me përdoruesit: Rritja e ndërveprimit me përdoruesit përmes pyetësorëve dhe



reproduction. You can click on the bold words to explore the meaning.

Since Sexuality can be so diverse, every person experiences it in its own unique way. Also, for the same person, it can vary during the course of his/her life, according to different life events or stages. As depicted in the picture, sexuality is not always binary – i.e., man/woman, masculine/feminine, male/female, heterosexual/homosexual. In between, there may be lots of different experiences, gender identities or expressions and sexual



Subchapter 2 [View](#)
Male and Female anatomy – more than reproduction:



Subchapter 3 [View](#)
Male genitals and reproductive organs



Subchapter 4 [View](#)
Female genitals and reproductive organs

Reproduction

Reproduction - the natural process among organisms by which new individuals are generated and the species perpetuated.

Korrespondenca:
kreshnik@sprigs.eu

Figura 2. Shembuj të imazheve të përmbajtjes së aplikacionit Anathema. Nga e majta në të djathtë: hyrje në aplikacion, kapitull edukues, subkapituj për shëndetin riprodhues. (<https://anathema.app>)

feedback-ut të rregullt.

Integrimi me shërbime të specializuara: Integrimi i aplikacionit me shërbimet e shëndetit seksual për të ofruar mbështetje dhe trajtime të personalizuara.

Aplikacioni Anathema tregon se ndërhyrjet digjitale mund të jenë një mënyrë efektive për të promovuar shëndetin seksual dhe për të adresuar stigmatizimin e lidhur me këtë temë të moshuarit.

Studimi gjithashtu thekson se integrimi i metodave të provuara dhe teknologjive të reja si aplikacionet për smartphone mund të ndihmojë në tejkalimin e disa prej barrierave që hasin të moshuarit dhe pacientët me sëmundje kronike.

Konkluzion/Përfundim

Programi për promovimin e shëndetit seksual përmes një aplikacioni smartphone ka potencial për të përmirësuar shëndetin seksual të moshuarit.

Përmirësimet në përmbajtje dhe ndërveprim, si dhe përshtatja kulturore dhe gjuhësore, do të ndihmojnë në rritjen e përdorshmërisë dhe

efektivitetit të tij. Përfshirja e trajtimeve specifike për disfunkcionin erektil, uljen e libidos, si dhe mbështetja për pacientët me sëmundje kronike, do të jetë një hap i rëndësishëm përpara.

Referencat:

1. Correia de Barros A, Hasanaj K, Krasniqi D, Taveira-Gomes T, Silva A, et al. Evaluating the User Experience of a Smartphone-delivered Sexual Health Promotion Program for Older Adults: Single-Arm Pilot Study in the Netherlands. *JMIR Hum Factors*. 2024;11:e56206. doi: 10.2196/56206.
2. Mendes-Santos C, Weerdmeester J, Kleiboer A, et al. A smartphone-delivered program (Anathema) to promote the sexual health of older adults, colorectal cancer survivors, and stroke survivors: protocol for a feasibility pilot randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc*. 2023;12:e46734. doi: 10.2196/46734.

Tabela 1. Rezultatet kryesore të studimit: Rezultatet kryesore të matjes së dobisë dhe lehtësisë së përdorimit të aplikacionit Anathema, si dhe ndikimi në shëndetin seksual të pjesëmarrësve.

➔ Rezultatet kryesore të studimit

Rezultatet kryesore të matjes së dobisë dhe lehtësisë së përdorimit të aplikacionit Anathema, si dhe ndikimin në shëndetin seksual të pjesëmarrësve

PËRSHKRIMI I MATJES	VLERËSIMI	KOMENTET
Dobishmëria e aplikacionit	Neutral/Pozitiv	Përdoruesit ndjenin se aplikacioni ishte i dobishëm në përgjithësi.
Përdorshmëria	OK/I drejtë	Pjesëmarrësit ndjenin siguri në përdorim dhe ofruan sugjerime për përmirësim.
Ndikimi në shëndetin seksual	Neutral/Pozitiv	Shumica ndjenin një përmirësim të lehtë.

ANALIZIMI I SHKAQEVE TË LINDJEVE TË PARAKOHSHME NË KLINIKËN E OBSTETRIKËS DHE GJINEKOLOGJISË NË QKUK GJATË VITIT 2023



Drit Krasniqi

Hyrje

Lindja e parakohshme është një nga problemet më të rëndësishme shëndetësore që prek gratë shtatzëna dhe fëmijët e tyre në nivel global. Në Kosovë, kjo çështje ka një ndikim të madh në shëndetin publik dhe në performancën e sistemit shëndetësor. [2]

Lindja parakohe, e përcaktuar si lindja e një foshnjeje para javës së 37 të gestacionit, përfaqëson një sfidë kritike në kujdesin obstetrik dhe neonatal. Ajo përfaqëson një nga shkaqet kryesore të vdekshmërisë së foshnjave, me pasoja të shëndetit afatgjatë që shtrihen në fëmijërinë dhe më tej. Në qendër të saj qëndron një ndërlidhje mes kushteve të shëndetit të nënës, komplikacioneve fetale, predispozitave gjenetike, ndikimeve mjedisore dhe përcaktimeve socio-ekonomike, secila duke kontribuar si faktor i riskut. [3]

Kushte shëndetësore materne si preeklampsia, diabeti gestacioni dhe infeksionet, si dhe faktorët e stilit të jetesës si duhani, përdorimi i drogës dhe kequshqyerja, mund të kenë efekte serioze në rezultatet e shtatzënisë. [4]

Anomali strukturore të mitrës, pamjaftueshmëria e qafës së mitrës dhe shpërqëndrimet në balancën e hormoneve që rregullojnë shtatzëninë mund të predispozojnë gratë ndaj lindjes parakohe. [5]

Anomali fetale, kufizimi i rritjes intrauterine dhe pamjaftueshmëria placentare rrisin rrisin e lindjeve para termini. [4]

Faktorë të tjerë rreziku për lindje të parakohshme spontane ose jospontane siç është fekondimi in vitro (IVF), moshja e vjetër e nënës si dhe indeksi i masës trupore i lartë janë bërë më të përhapura te gratë që do të lindin (Speroff, Glass and Kase, 1999).

Edhe më shumë, determinantet sociale të shëndetit, duke përfshirë qasjen në kujdesin prenatal, statusin socioekonomik dhe faktorët stresues mjedisorë, luajnë role thelbësore në formimin e rezultateve të shtatzënisë. Ky hulumtim i shkaqeve të lindjes parakohe është një përpyetje drejt një strategjie parandaluese duke synuar të sigurojmë shëndetin dhe mirëqenien e nënave dhe foshnjave. [5]

Qëllimi i hulumtimit

Qëllimi i këtij studimi është të analizojë shkaqet potenciale të lindjeve të parakohshme në Klinikën e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK). Duke pasur parasysh rëndësinë e kësaj çështjeje për shëndetin e nënës dhe fëmijës, si dhe për sistemin shëndetësor, është e rëndësishme të kuptojmë faktorët që mund të kontribuojnë në lindjen e parakohshme në këtë kontekst specifik.

Nëpërmjet këtij hulumtimi, synohet krijimi i një përmbledhje të qartë të faktorëve që kontribuojnë në lindjen e parakohshme. Kuptimi

i këtyre shkaqeve është i rëndësishëm për të zhvilluar strategji efektive për parandalimin dhe menaxhimin e lindjeve të parakohshme, duke siguruar kujdesin më të mirë shëndetësor për gratë shtatzëna dhe foshnjat e tyre në Kosovë.

Materiali dhe metodologjia

Hulumtimi është observacional retrospektiv. Të dhënat për këtë studim janë marrë nga protokollet e 50 pacientëve që janë trajtuar në Repartin e Patologjisë brenda Klinikës së Obstetrikës dhe Gjinekologjisë. Të dhënat janë përpunuar me programin e Excel-it dhe janë prezantuar me Tabela.

Për të kryer analizën e këtyre të dhënave, është ndjekur një metodologji sistematike. Fillimisht, janë mbledhur të dhënat e protokolluara. Pastaj, janë përdorur metodat statistikore për të analizuar të dhënat dhe për të identifikuar marrëdhëniet e mundshme të shkaqeve të ndryshme me lindjen e parakohshme.

Për arsye të thjeshtë të metodave statistike, mostrat e marra i kemi ndarë në tre grupmosha: grupmosha e parë përfshin gratë mes moshës 18 deri 24 vjet; grupmosha e dytë përfshin ato mes moshës 25 deri 35 vjet; dhe grupmosha e tretë përfshin ato mes moshës 36 deri 50 vjet.

Shpërndarja e viteve të lindjes shtrihet nga viti 1975 deri në vitin 2000.

Rezultatet

Nga hulumtimi i realizuar me 50 mostra studimi, rezultoni se në periudhën e vitit 2023 kanë marr trajtim për patologji gjatë gravidancës për një sërë sëmundjesh, gra nga grupmosha të ndryshme. Për arsye të thjeshtë të metodave statistike, mostrat e marra i kemi ndarë në tre grupmosha, shumica e rasteve bie brenda grupeve të moshës 2 (25-35 vjeç) dhe 3 (36-50 vjeç), me më pak raste në grupin 1 (18-24 vjeç).

Kjo shpërndarje thekson rëndësinë e moshës së nënës si faktor rreziku për lindjet e parakohshme. Rastet përfshijnë individë nga zona urbane (qytete) dhe rurale (fshatra).

Ka një përhapje të barabartë të rasteve të lindjeve të parakohshme nëpër vitet e lindjes, duke treguar një përfaqësim të ngjarjeve të ndryshme në të gjitha dekadat. Prej 50 rasteve, 14 i takojnë grupmoshës së parë, 10 i takojnë grupmoshës së dytë dhe 26 i takojnë grupmoshës së tretë.

Nga grupmosha e parë, kemi 14 mostra me këto patologji (shkaqe) të diagnostikuara, të paraqitura në vazhdim në [Tabelën 1.]

Nga të dhënat e nxjerra nga hulumtimi shihet se faktorë kryesor i rrishtit për lindje të parakohshme të nënat që i takojnë grupmoshës së parë, fillimisht është Polihidroamnioni. Pastaj me më së shumti raste të diagnostikuara janë me Placenta previa dhe me Preeklampsia dhe lindje parakohe si shkak i shtatzënisë së Shumfishtë. Diagnozot

tjerat në këtë grupmoshë nuk janë shpesh të shprehura.

Nga grupmosha e dytë, kemi 10 mostra me këto patologji (shkaqe) të diagnostikuara, të paraqitura në vazhdim në [Tabelën 2.]

Nga të dhënat e nxjerra nga hulumtimi shihet se faktorë kryesor i rrishtit për lindje të parakohshme të nënat që i takojnë grupmoshës së parë, fillimisht është Polihidroamnioni. Pastaj me më së shumti raste të diagnostikuara janë me Placenta previa dhe me Preeklampsia dhe lindje parakohe si shkak i Shtatzanisë së Shumfishtë. Diagnozat tjerat në këtë grupmoshë nuk janë shpesh të shprehura.

Nga grupmosha e dytë, kemi 10 mostra me këto patologji (shkaqe) të diagnostikuara, të paraqitura në vazhdim në [Tabelën 2.]

Tabela 1. Numri dhe përqindja e rasteve të analizuar sipas grupeve dhe moshës

Grupi	Mosha	Numri i rasteve	Përqindja %
E parë	18-24	14	28.0%
E dytë	25-35	10	20.00%
E tretë	36-50	26	52.00%

Tabela 2. Shkaqet e lindjeve të parakohshme në grupmoshë e parën(18-24 vjeç)

Shkaqet	Grupmosha 1	%
Placenta previa	3	21.4%
Polihidroamnion	4	28.6%
Preeklampsia	2	14.3%
Retro uterus	1	7.1%
Shtatzani multiple	2	14.3%
STS (klamidia, gonorea, sifiliz)	1	7.1%
Diabeti gestacional	1	7.1%
Gjithsej	14	100.0%

Nga të dhënat e nxjerra nga hulumtimi shihet se faktorë kryesor i rrishtit për lindje të parakohshme tek nënat që i takojnë grupmoshës së dytë, fillimisht është Diabeti Gestacional. Pastaj me më së shumti raste të diagnostikuara janë me Anemi dhe lindje parakohe si shkak i diagnozave tjera në këtë grupmoshë nuk janë shpesh të shprehura.

Nga grupmosha e tretë, kemi 26 mostra me këto patologji (shkaqe) të diagnostikuara, të paraqitura në vazhdim në [Tabelën 3.]

Nga të dhënat e nxjerra nga hulumtimi shihet se faktorë kryesor i rrishtit për lindje të parakohshme të nënat që i takojnë grupmoshës së tretë, fillimisht është Preeklampsia. Pastaj me më së shumti raste të diagnostikuara janë me Menoragji. Diagnozat e tjera në këtë grupmoshë janë shpesh të shprehura në mënyrë të njëtrajtshme.

Nga rezultatet shihet një shpërndarje e

ndryshme e diagnozave të shkaktuara për lindjet e parakohshme. Disa diagnoza, si preeklampsia dhe diabeti gestacional, shfaqen me frekuencë më të lartë në krahasim me diagnozat e tjera. Këto diagnoza mund të ketë një efekt të drejtpërdrejtë në shëndetin e foshnjës dhe të nënës dhe kërkojnë një menaxhim të kujdesshëm mjekësor për të parandaluar komplikacionet e mundshme.

Diagnozat si infeksionet dhe sëmundjet e transmetuara seksualisht (STS) tregojnë për ndikimin e faktorëve të stilit të jetesës dhe mjedisit në rrezikun e lindjeve të parakohshme. Këto diagnoza theksojnë rëndësinë e edukimit dhe parandalimit të këtyre sëmundjeve në komunitet për të zvogëluar incidencën e lindjeve të parakohshme.

Diskutimi

Në studimin tonë, synimi ishte të vlerësonim faktorët e rrezikut të lindjes së parakohshme në Klinikën e Obstetrisë dhe Gjinekologjisë në QKUK (Qendra Klinike dhe Universitare e Kosovës).

Rezultatet tona treguan se faktorët kryesorë të rrezikut për lindje të parakohshme ndryshonin sipas grupmoshave. Në krahasim, një studim në Tajvan që përfshiu 130,362 lindje të gjalla nga vitet 2004-2013 dhe tregoi një rritje mesatare vjetore prej 5.3% të lindjeve të parakohshme (nga 3.33% në 2004 në 5.11% në 2013). Faktorët kryesorë të rrezikut të identifikuar në këtë studim përfshinin:

- Nulipariteti (gratë që nuk kanë lindur më

parë)

- Shtatzënitë me shumëfishta
- Mosha e avancuar e nënës
- Historia e lindjeve të parakohshme
- Historia e abuzimit/varësisë nga droga e nënës
- Komplikacionet mjekësore të nënës.

Ndërsa të dy studimet identifikojnë faktorë të rëndësishëm për lindjet e parakohshme, ka disa ndryshime në fokus dhe në detajet e rezultateve. Studimi ynë thekson specifikisht kushte mjekësore në grupmoshat e ndryshme, ndërsa studimi në Tajvan përfshin një gamë më të gjerë faktorësh demografikë dhe socialë.

Sidoqoftë, kur krahasojmë studimin tonë me hulumtimin e kryer në Tajvan zbulojmë se të dy studimet kanë të përbashkëta, sepse identifikojnë një sërë faktorësh të njëjtë që nxisin lindjen e parakohshme ku më të shpeshtat janë incidenca e lartë e rasteve me lindje të parakohshme të nënat e moshës së avancuar/shtyer si një faktor tejet të rëndësishëm. Pastaj shtatzënia e shumëfishtë dhe komplikacionet e tjera maternale si faktorë kontribues u identifikua në të dy hulumtimet. [6]

Përfundimi

Nga analizimi i 50 rasteve melindjetë parakohshme në Klinikën e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë në QKUK, të cilat kanë qenë të hospitalizuara gjatë vitit 2023, shihet se janë trajtuar për një seri të gjendjeve patologjike gjatë gravidancës. Nga të dhënat e nxjerra nga hulumtimi vijmë në përfundimin se nga grupmosha e parë, patologjitë kryesore që janë diagnostikuar dhe që indukojnë një lindje të parakohshme janë Polihidroamnioni. Pastaj me më së shumti raste të diagnostikuara janë me Placenta previa, Preeklampsia dhe Shtatzani të Shumfishtë. Nga grupmosha e dytë, kemi nxjerrë përfundimin se më së shumti raste të diagnostikuara ka me Diabet Gestacional. Së fundmi nga grupmosha e tretë, shkaqe të diagnostikuara ka më së shumti me Preeklampsia dhe pastaj me Menoragji.

Megjithatë, duhet pasur parasysh që incidenca e rasteve shkon duke u rritur në grupmoshën e dytë, pastaj me më së shumti raste në grupmoshën e tretë, rrjedhimisht duke implikuar që mosha e nënës është faktor madhor në paraqitjen e rasteve me lindje të parakohshme.

Referencat:

1 World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Preterm Birth. World Health Organization: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

2 World Health Organization. Newborn mortality [Internet]. www.who.int. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

3 Premature birth causes: What to know [Internet]. www.medicalnewstoday.com. 2023 [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/causes-of-premature-birth#risk-factors>

4 Khandre V, Potdar J, Keerti A. Preterm Birth: An Overview. Cureus. 2022 Dec 27;14(1).

5 Quinn JA, Munoz FM, Gonik B, Frau L, Cutland C, Mallett-Moore T, et al. Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. Vaccine [Internet]. 2016 Dec;34(49):6047-56. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X16300287>

Artikulli i diskutuar: [6] Chang YK, Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from 2004 to 2013 in Taiwan. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020 Apr 6;20(1).

Tabela 3. Shkaqet e lindjeve të parakohshme në grupmoshën e dytë (25-35 vjeç)

Shkaqet	Grupmosha 2	%
Anemia	2	20.0%
Koagulopati	1	10.0%
Polihidroamnion	1	10.0%
Preeklampsia	1	10.0%
Diabeti gestacional	5	50.0%
Gjithsej	10	100.0%

Tabela 4. Shkaqet e lindjeve të parakohshme në grupmoshën e tretë (36-50 vjeç)

Shkaqet	Grupmosha 3	%
Anemia	1	3.8%
Bicornu uteri	1	3.8%
Insuficienca e gafës së mitrës	1	3.8%
Koagulopati	2	7.7%
Menoragjia	5	19.2%
Placenta previa	2	7.7%
Polihidroamnion	2	7.7%
Preeklampsia	7	26.9%
Retro uterus	1	3.8%
Shtatzëni multiple	1	3.8%
STS (klamidia, gonorea, sifiliz)	1	3.8%
Diabeti gestacional	2	7.7%
Gjithsej	26	100.0%

LINDJA PA DHIMBJE: NJË KËNDVËSHTRIM PRO DHE KUNDËR



Egzon Daku

Doktor i Mjekësisë

Hyrje

Për çdo grua shtatzënë padyshim që procesi i lindjes është një shqetësim në vete. Lindja përshkruhet si një nga përvojat më intensive dhe të paharrueshme në jetën e një gruaje. Megjithatë, ajo gjithashtu shoqërohet me dhimbje dhe parehati të konsiderueshme. Për çdo nënë të re është e rëndësishme fillimisht të marrë edukimin e duhur dhe pastaj të ketë një plan se si do ta menaxhojë dhimbjen gjatë lindjes. Niveli i dhimbjes gjatë lindjes mund të ndryshojë shumë midis grave, i ndikuar nga faktorë të tillë si kohëzgjatja e lindjes, pozicioni i foshnjës dhe pragu individual i dhimbjes. Mjekësia moderne ofron metoda të ndryshme për lehtësimin e dhimbjes. Këtu bëjnë pjesë metoda jofarmakologjike, farmakologjike apo procedura intervente (anestezia epidurale, blloku paracervikal apo blloku pudental). Anestezia epidurale padyshim është zgjedhja më e njohur dhe më e pranuar. Ky artikull shqyrton natyrën e dhimbjes gjatë lindjes, si mund të menaxhohet ajo dhe rolin e epiduraleve në lehtësimin e dhimbjes.

Dhimbja e lindjes

Dhimbja gjatë lindjes është e shumëfishtë, duke përfshirë komponentë fizikë dhe emocionalë. Ajo zakonisht vjen nga kontraktimet e mitrës, zgjerimi i qafës së mitrës dhe zbritja e foshnjës përmes kanalit të lindjes, të gjitha këto procese e shtyjnë trupin e nënës drejt limiteve të tij. Dhimbja mund të shkojë nga parehati e lehtë deri në agoni të madhe, me përshkrime që ndryshojnë nga ngërçet e menstruacioneve deri në presion të madh dhe ndjesi djegieje. Në një shkallë nga 0 në 10, ku 0 përfaqëson mungesën e dhimbjes dhe 10 përfaqëson dhimbjen më të keqe të imagjinueshme, shumë gra e vlerësojnë dhimbjen e lindjes midis 7 dhe 10 [1]. Ky nivel i lartë dhimbjeje mund të çojë në rritje të stresit dhe ankthit, duke rritur gjasat e komplikimeve gjatë procesit të lindjes [2]. Faktorët që ndikojnë në intensitetin e dhimbjes përfshijnë:

- Kohëzgjatja e lindjes: Lindjet më të gjata mund të çojnë në lodhje të shtuar dhe rritje të perceptimit të dhimbjes [3].
- Pozicioni i foshnjës: Një pozicion i vështirë ose posterior i foshnjës mund të shkaktojë dhimbje më intensive në shpinë [4].
- Pragu i dhimbjes: Dallimet individuale në tolerancën ndaj dhimbjes luajnë një rol të rëndësishëm [5].
- Faktorët psikologjikë: Ankthi, frika dhe përvojat traumatike të mëparshme mund të përkeqësojnë perceptimin e dhimbjes [6].

Lindja natyrale

Paraqet procesin kur lindja fillon pa u indukuar nga barnat, pa u dhënë barna për zvogëlimin e dhimbjes dhe sigurisht pa ndonjë procedurë invazive gjatë daljes së bebes. Por, në anën tjetër nuk ka diçka që njihet si "lindje e panatyrshme"

sepse të gjitha lindjet janë unike dhe stafi mjekësor është aty për të bërë më të mirën për ju. Këtu janë disa nga përfitimet kryesore të lindjes natyrale:

- Kontroll më i madh: Gratë që zgjedhin lindjen natyrale shpesh ndjejnë një ndjenjë më të madhe kontrolli mbi procesin e lindjes. Ato janë më të vetëdijshme për trupin e tyre dhe mund të ndihmojnë aktivisht në procesin e lindjes duke ndryshuar pozicionet dhe duke shtyrë në mënyrë efektive [7].

- Rimëkëmbje më e shpejtë: Pas lindjes natyrale, rimëkëmbja e nënës është shpesh më e shpejtë në krahasim me lindjet që përfshijnë ndërhyrje mjekësore. Gratë mund të lëvizin dhe të kujdesen për foshnjën e tyre më shpejt pas lindjes [8].

- Më pak rrezik për komplikime: Lindja natyrale mund të reduktojë rrezikun e disa komplikimeve, si p.sh. infeksionet, gjakderdhjet e tepruara dhe problemet me presionin e gjakut që mund të ndodhin pas ndërhyrjeve mjekësore [9].

- Ndikim minimal në foshnjë: Foshnjat e lindura në mënyrë natyrale janë më pak të ekspozuara ndaj medikamenteve që përdoren gjatë lindjes, të cilat mund të ndikojnë në aktivitetin e tyre të parë dhe në aftësinë për të filluar ushqyerjen me gji [10].

Duhet sqaruar se anestezia siguron një numër të caktuar ndërhyrjesh për të minimizuar dhimbjen gjatë lindjes, duke filluar nga dhënia e barnave intravenoze, gazrave inhalatorë si oksidi nitrik, blloqeve nervore si blloku pudental dhe ai paracervikal, blloqeve regjionale si anestezia spinale apo ajo epidurale. Fokusi i kësaj teme është vetëm anestezia epidurale. Kjo procedurë është gjithnjë e më shumë e popullarizuar, ajo lejon që nëna të ndiejë kontraksionet, lejon kalimin e bebes në kanalim të lindjes, nëna është krejtësisht e vetëdijshme gjatë takimit të parë me beben e saj. Në përvojën klinike jo rrallë herë haset kërkesa e pacienteve për anestezia të përgjithshme sepse nuk duan të ndiejnë asgjë gjatë procedurës. Ju lutem nëna mos e bëni këtë! Jo vetëm që rrezikoni veten tuaj por edhe beben tuaj. Nëse nuk ndiheni e sigurt bisedoni paraprakisht me anesteziologun tuaj për të sqaruar procedurën dhe rreziqet. Anestezia e përgjithshme në obstetrik duhet të jetë opsioni i fundit dhe vetëm atëherë kur anesteziologu e vlerëson si zgjidhjen e vetme.

Anestezia epidurale

Anestezia epidurale është një nga metodat më efektive për menaxhimin e dhimbjes gjatë lindjes. Ajo përfshin administrimin e barnave anestezike në hapësirën epidurale rreth palcës kurrizore, duke ofruar lehtësim të vazhdueshëm të dhimbjes nga mesi e poshtë. Ja se si funksionojnë epiduralet:

- Mekanizmi i veprimit: Një epidurale bllokton impulset nervore nga segmentet e poshtme të palcës kurrizore, duke rezultuar në ulje të ndjesisë në pjesën e poshtme të trupit. Kjo zvogëlon ndjeshëm dhimbjen nga kontraktimet e mitrës dhe zbritja e foshnjës [11, 12].

•Procedura: Procesi përfshin futjen e një gjilpëre dhe kateteri në hapësirën epidurale në pjesën e poshtme të shpinës zakonisht në mes të vertebrave L2-L3 apo L3-L4. Një anesteziolog i trajnuar kryen këtë procedurë. Pasi kateteri është vendosur, ai lejon administrimin e vazhdueshëm ose të ndërprerë të medikamentit [13, 14].

•Përfitimet:

- Lehtësim efektiv i dhimbjes: Epiduralet ofrojnë lehtësim të ndjeshëm të dhimbjes, shpesh duke e reduktuar dhimbjen në një nivel të menaxhueshëm ose duke e eliminuar atë plotësisht [15].

- Përvojë e përmirësuar e lindjes: Me dhimbjen nën kontroll, gratë mund të përqendrohen më shumë në përvojën e lindjes dhe më pak në menaxhimin e parehatisë së madhe [16].

- Fleksibilitet: Doza mund të rregullohet për të balancuar lehtësimin e dhimbjes me lëvizshmërinë, duke lejuar aftësinë për të lëvizur dhe për të shtyrë në mënyrë efektive gjatë lindjes. Në raste të komplikimeve që mund të ndodhin edhe gjatë një lindjeje pa epidurale, kjo teknikë mund të konvertohet për të mundësuar lindjen cezariane pa pasur nevojë për anestezi spinale apo të përgjithshme [17].

- Reduktim i stresit: Nivelet më të ulëta të dhimbjes mund të reduktojnë përgjigjen fiziologjike të stresit, duke çuar potencialisht në një progres më të qetë të lindjes [18].

- Në krahasim: me anestezinë e

përgjithshme, mënjanon efektin e barnave të fetusit. Në krahasim me anestezinë spinale, nuk punktohet dura dhe nuk ka rrjedhje të lëngut cerebrospinal. Në krahasim me blloqet nervore, mbulon të gjitha fazat e dhimbjes.

•Disavantazhet dhe rreziqet potenciale:

- Zvogëlimi jo i mjaftueshëm i dhimbjes: Në disa raste, epidurali mund të mos ofrojë lehtësim të plotë të dhimbjes ose mund të funksionojë në mënyrë të pabarabartë [20].

- Efekte anësore: Efekte anësore të zakonshme përfshijnë rënien e presionit të gjakut, kruarjet dhe dhimbjet e kokës. Rrallë, mund të ndodhin komplikime më serioze si hematoma apo infeksioni [21].

- Zgjatje e lindjes: Ka disa prova që sugjerojnë se epiduralet mund të zgjasin fazën e dytë të lindjes, megjithëse kjo është një temë e vazhdueshme kërkimi dhe debati [22].

Përvojat me anestezinë epidurale në vendet e zhvilluara dhe në vendin tonë

Në vendet e zhvilluara, anestezia epidurale është një nga metodat më të përdorura dhe të vlerësuara për menaxhimin e dhimbjes gjatë lindjes. Për shembull, në Shtetet e Bashkuara, rreth 60-70% e grave që lindin në spitale përdorin epidurale për lehtësimin e dhimbjes. Në vende si Mbretëria e Bashkuar dhe Kanadaja, përqindja e grave që zgjedhin epiduralet është gjithashtu e lartë, duke arritur deri në 30-40% [23]. Epiduralet janë të disponueshme në shumicën e spitaleve dhe qendrave të lindjes në vendet e zhvilluara.

Disponueshmëria e tyre është një faktor kyç që ndikon në përqindjen e përdorimit. Shumë spitale kanë anesteziologë të specializuar që janë të pranishëm 24 orë në ditë për të ofruar këtë shërbim. Kjo siguron që gratë të kenë qasje të menjëhershme në lehtësimin e dhimbjes kur të kenë nevojë [24].

Në vendin tonë anestezia epidurale për lindje pa dhimbje është zhvilluar në dy dekadat e fundit, përvoja e pacientëve, anesteziologëve dhe obstetërve është pozitive. Nga intervista me disa anesteziologë që e realizojnë këtë procedurë të gjithë ndajnë mendimin se është përvojë pozitive për pacientët. "Pacientet janë jashtëzakonisht të kënaqura, por edhe unë jam shumë e lumtur kur bëjë të mundur që akti i lindjes, më i vlefshmi dhe më madhështori në botë të përjetohej pa dhimbje" - thotë Prof. Dr. Antigona Hasani njëra prej anesteziologeve më me përvojë në vend. "95% e pacientëve që e kanë provuar këtë procedurë do ta provonin përsëri, komplikimet janë relativisht të vogla dhe lehtë të menaxhueshme" shprehet Prof. Dr. Fatos Sada njëri prej pionierëve të aplikimit të kësaj procedure në vendin tonë. "60 - 80% të dhimbjeve reduktohen kur aplikohet kateteri epidural, me këtë shpejtohet edhe procesi i lindjes" - thotë Ass. Dr. Mifail Morina. Ndërsa Dr. Bujar Muqolli, njëri prej aplikuesve më të mëdhenj të kësaj procedure thotë se në rastin e tij kjo ka ardhur si kërkesë e pacienteve që kanë jetuar jashtë shtetit dhe që lindjen e kanë kryer në vendin tonë. "Jam i lumtur që kemi



Foto 1. Vendosja e katetrit epidural me teknikën e humbjes së rezistencës. Foto 2. Katetri epidural përmes të cilit administrohen barnat për dhimbje.

arritur ta promovojmë dhe standardizojmë këtë procedurë në spitalin tonë. Me lindje epidurale ruhen të gjitha përfitimet e lindjes normale vetëm se reduktohet dhimbja. Trajtimi i personalizuar dhe ndjekja e protokolleve evropiane ka bërë që të jemi lider në realizimin e kësaj procedure me komplikime pothuajse zero" - shprehet ai. Fatkeqësisht në sektorin publik kjo procedurë nuk është standardizuar ende për tu ofruar si procedurë rutine, arsyt kryesisht lidhen me numrin e vogël të anesteziologëve.

Anesteziologu luan një rol kyç në procesin e lindjes kur përdoret anestezia epidurale. Ky profesionist mjekësor ka përgjegjësi për të siguruar një administrim të sigurt dhe efektiv të epiduraleve. Roli i anesteziologut përfshin disa aspekte kritike:

- Vlerësimi paraprak: Para procedurës, anesteziologu vlerëson historinë mjekësore të pacientes, duke përfshirë ndonjë alergji, gjendje mjekësore të mëparshme dhe ndonjë medikament që përdor. Ky vlerësim ndihmon në identifikimin e çdo rreziku potencial dhe përcaktimin e planit më të mirë për anestezinë [25].

- Administrimi i epidurales: Anesteziologu është përgjegjës për futjen e gjilpërës dhe kateterit në hapësirën epidurale me kujdes të madh. Ata duhet të sigurohen që procedura të kryhet në mënyrë sterile dhe të saktë për të minimizuar rrezikun e komplikimeve [26].

- Monitorimi i gjendjes së pacientes: Pasi epidurali është vendosur, anesteziologu monitoron vazhdimisht gjendjen e pacientes për të siguruar që lehtësimi i dhimbjes është efektiv dhe se nuk ka ndonjë efekt anësor të rëndë. Ky monitorim përfshin vlerësimin e presionit të gjakut, nivelit të dhimbjes dhe çdo simptomë të pazakontë që mund të ndodhë [27].

- Përshtatja e dozës: Anesteziologu mund të rregullojë dozën e medikamentit bazuar në nevojat individuale të pacientes dhe progresin e lindjes. Ky fleksibilitet është thelbësor për të siguruar një ekuilibër të mirë midis lehtësimit të dhimbjes dhe ruajtjes së funksionit motorik për shtyrjen efektive gjatë lindjes [28].

- Ndërhyrja në raste komplikimesh: Në rast se ndodhin komplikime, siç është një rënie e papritur e presionit të gjakut ose dhimbje të pazakonta, anesteziologu është i përgatitur për të ndërhyrë menjëherë dhe për të marrë masa korigjuese [29].

Konkluzionet

Lindja është një përvojë transformuese dhe sfiduese për çdo grua. Menaxhimi i dhimbjes është thelbësor për një përvojë pozitive. Ndërsa lindja natyrale ofron ndjenjë kontrolli dhe përfitime shëndetësore, anestezia epidurale ka sjellë një ndryshim të madh, duke e bërë dhimbjen më të menaxhueshme dhe përvojën më të këndshme. Anestezia epidurale siguron lehtësim të ndjeshëm të dhimbjes, redukton stresin dhe ofron fleksibilitet për raste emergjente. Përvoja në vendet e zhvilluara ka treguar efektivitetin dhe sigurinë e kësaj metode.

Në përfundim, anestezia epidurale mbetet një nga metodat më të besueshme për menaxhimin e dhimbjes gjatë lindjes, duke ndihmuar gratë të përjetojnë këtë moment të jashtëzakonshëm me më pak dhimbje dhe më shumë gëzim.

Referencat:

- 1.Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., & Howell, C. J. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- 2.Bricker, L., & Lavender, T. (2002). Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S94-S109.
- 3.Chestnut, D. H. (2009). *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences.
- 4.Eltzschig, H. K., Lieberman, E. S., & Camann, W. R. (2003). Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *New England Journal of Medicine*, 348(4), 319-332.
- 5.Howell, C. J. (2009). Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. *Journal of Perinatal Medicine*, 37(5), 564-566.
- 6.Leighton, B. L., & Halpern, S. H. (2002). Epidural analgesia: Effects on labor progress and maternal and neonatal outcome. *Seminars in Perinatology*, 26(2), 122-135.
- 7.Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach*. Classic Day Publishing.
- 8.Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2001). Care of the mother during labor and birth. In *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth experience*. Addison-Wesley.
- 9.American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Approaches to limit intervention during labor and birth*. Committee Opinion No. 687.
- 10.Philipsen, T., et al. (1989). A comparative study of epidural analgesia, parenteral pethidine, and combined spinal-epidural analgesia during labor. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 33(4), 319-325.
- 11.Ruppen, W., et al. (2006). [Obstetric analgesia and anesthesia: Effects on the neonate]. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 19(3), 293-297.
- 12.Wong, C. A. (2009). *Advances in labor analgesia*. *International Journal of Women's Health*, 1, 139-154.
- 13.Chestnut, D. H. (2009). *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences.

KANCERI I QAFËS SË MITRËS: VAKSINIMI PROFILAKTIK



Elitë Mustafa

Doktor i Mjekësisë

Kanceri i qafës së mitrës është kanceri i katërt më i zakonshëm te gratë në mbarë botën me rreth 660.000 raste të reja dhe rreth 350.000 vdekje në vitin 2022.

Normat më të larta të incidencës dhe vdekshmërisë janë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Strategjia globale e Iniciativës së OBSH-së për Eliminimin e Kancerit të qafës së mitrës është të reduktojë normat e incidencës në një prag nën 4 për 100.000 gra në vit në këtë shekull, duke eliminuar kështu sëmundjen si një problem të shëndetit publik.

Kjo synohet të arrihet duke rritur intervenimet parandaluese dhe trajtuese, veçanërisht skринingun dhe vaksinimin për papillomavirusin human - HPV. (1)

1. HPV dhe Kanceri i qafës së mitrës:

Studimet epidemiologjike dhe eksperimentale kanë treguar qartë se HPV me rrezik të lartë infeksioni është faktori kryesor etiologjik për kancerin e qafës së mitrës. (2)

HPV është një familje e vogël dhe heterogjene virusesh me rreth 150 lloje të njohura të infeksioneve njerëzore. Lidhja e parë midis HPV dhe kancerit cervical u raportua në vitin 1976 nga fituesi i çmimit Nobel: Harald Zur Hausen, i cili ndryshoi në mënyrë dramatike fushën e parandalimit të kancerit të qafës së mitrës. (3)

Fraksioni etiologjik i malinjitetit të lidhur me HPV ndryshon sipas gjeografisë dhe vendndodhjes anatomike, por në përgjithësi sugjeron që 70% e kancereve të qafës së mitrës shkaktohen nga HPV 16/18, i cili transmetohet përmes kontaktit seksual me një partner të infektuar. (4)

1.1 Karcinogjeneza cervikale:

Vendtakimi skuamokolumnar në qafën e mitrës është veçanërisht i ndjeshëm ndaj transformimit nga HPV me rrezik të lartë dhe është zona në të

cilën nisin mbi 90% e tumoreve malinje të traktit gjenital të poshtëm. Mukoza dhe lëkura janë zonat më të zakonshme të HPV infeksionit.

Konkurrenca midis persistencës dhe regresionit është thelbësore në karcinogjenezën e HPV. Shumica e infeksioneve natyrore HPV janë të kufizuara në shtresën intraepiteliale të mukozës dhe nuk zhvillohen në kancer, por për shkak të infeksionit të vazhdueshëm, HPV me rrezik të lartë infektion qelizat bazale epiteliale përmes gërryerjes së epitelit dhe më pas shkakton displazi të qafës së mitrës dhe CIN, e cila zakonisht zhvillohet në kancer të qafës së mitrës. (5)

2. HPV Vaksina kundër kancerit të qafës së mitrës

2.1 Zhvillimi i HPV vaksinës:

Zhvillimi i vaksinave HPV filloi në fund të shekullit të 20-të, duke arritur kulmin me miratimin e vaksinës së parë, Gardasil, në vitin 2006. Gardasil ka target llojet 6, 11, 16 dhe 18 të HPV. Llojet 6 dhe 11 shkaktojnë rreth 90% të lythave gjenital. Nga ajo kohë janë prezantuar edhe vaksina tjera. (7)

Për të siguruar një përgjigje imune mbrojtëse gjatë gjithë jetës seksualisht aktive, nevojiten nivele të larta dhe të qëndrueshme të antitropave të indukuar nga vaksinimi. Prandaj, një vaksinë ideale HPV duhet të sigurojë një përgjigje të përmirësuar imune mbrojtëse, mbrojtje kundër të gjitha llojeve të HPV me rrezik të lartë dhe llojeve të tjera që mendohet se janë kancerogjene. Tre vaksina të licencuara profilaktike për parandalimin e infeksionit HPV me rrezik të lartë janë të disponueshme në shumicën e vendeve: vaksinat janë Gardasil, Cervarix dhe Gardasil-9. (5)

2.2 Mekanizmi i veprimit:

Vaksinat profilaktike aktivizojnë imunitetin humoral dhe prodhimin e antitropave neutralizues të virusit, pengojnë viruset të hyjnë në qelizat e nikoqirit dhe nxisin mbrojtje efektive kundër infeksionit HPV.

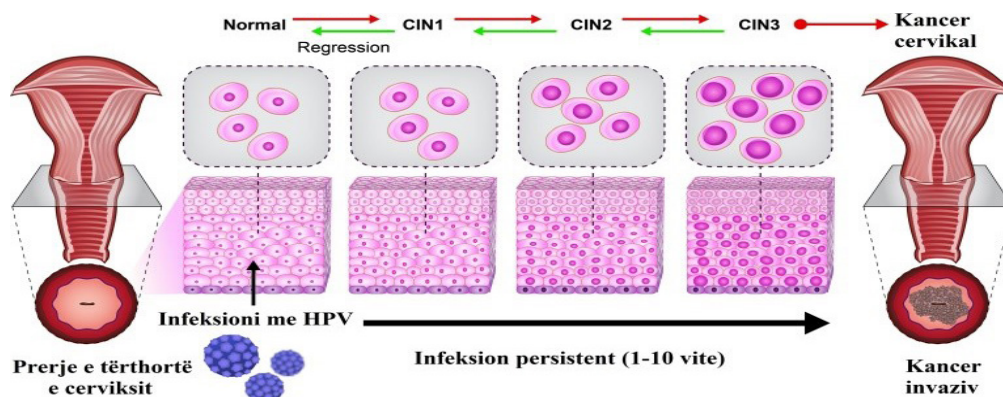


Figura 1. Historia natyrore e infeksionit onkogjenik të papillomavirusit human. Një model që tregon përparimin e infeksionit HPV në kancer invaziv. Infeksioni me HPV zakonisht pastrohet nga sistemi imunitar brenda disa viteve. Qelizat e infektuara vazhdimisht mund të regradohen, por me kalimin e kohës mund të përparojnë në kancer invaziv. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35154080/#&gid=article-figures&pid=figure-2-uid-1>) (8)

Këto vaksina u prodhuan nga teknologjia rekombinante e ADN-së duke përdorur proteinat kapsidale HPV L1, të cilat vetëmtonohen në formën jainfektive të grimcave të ngjashme me virusin (VLP). VLP-të nuk përmbajnë gjenom të ADN-së virale dhe asnjë HPV të gjallë, i cili është jainfektiv dhe joonkogjen. (8)

2.3 Efikasiteti i vaksinës:

Vaksinat profilaktike HPV janë licencuar në shumë vende për më shumë se 10 vite. Futja e vaksinave HPV ka treguar uljen e prevalencës së HPV dhe sëmundjeve të lidhura me HPV, si lythat gjenital, CIN, kanceri anal, orofaringeal, i vulvës dhe kanceri i qafës së mitrës. (5)

Ndikimi i vaksinimit ndaj HPV në botë është bërë gjithnjë e më i dukshëm, veçanërisht në mesin e vajzave të vaksinuara përpara ekspozimit ndaj HPV në vendet me shkallë të lartë të vaksinimit. Një meta-analizë e vaksinave 4vHPV tregoi se afërsisht 90% e infeksioneve HPV-6/11/16/18 dhe lythave gjenital u reduktuan në krahasim me popullatat e pavaksinuara.

Incidenca e anomalive citologjike të qafës së mitrës të shkallës së ulët (afërsisht 45%) dhe anomalive të qafës së mitrës të shkallës së lartë të provuara histologjikisht (afërsisht 85%) vazhdoi të reduktohej. (9)

Studimet që vlerësuan vaksinat profilaktike mono-, bi- dhe katërvalente HPV zbuluan se vaksinat prodhojnë nivele më të ulëta të antitropave neutralizues tek gratë e vaksinuara në moshën 24 deri në 45 vjeç. Prandaj, gratë e reja të moshës 15 deri në 26 vjeç janë popullata kryesore target për të marrë vaksinat HPV. (8)

Në 10 vitet pas rekomandimit të vaksinës

në 2006 në Shtetet e Bashkuara, infeksionet e tipit katërvalent HPV u ulën me 86% tek adoleshentët femra të moshës 14 deri në 19 vjeç dhe 71% tek gratë në fillim të të 20-tave.

Hulumtimet kanë treguar gjithashtu një numër më të vogël të lythave gjenital te adoleshentët dhe të rinjtë e rritur dhe se displazitë e qafës së mitrës po zvogëlohen që kur vaksinat HPV janë në përdorim në Shtetet e Bashkuara.

Ulje të prevalencës së lythave gjenital dhe displazive të qafës së mitrës janë vërejtur gjithashtu në vende të tjera me programe vaksinimi HPV. (10)

Parandalimi i sëmundjeve mbetet matja më e rëndësishme e kohëzgjatjes afatgjatë të efikasitetit të vaksinës. Deri më sot, monitorimi më i gjatë i një vaksine HPV ka qenë 9.4 vjet për vaksinën bHPV. Monitorimi afatgjatë për vaksinën qHPV shkon deri në 8 vjet. Vakcina vazhdon të jetë imunogjene dhe e toleruar mirë deri në 9 vjet pas vaksinimit. (11)

2.4 Ndikimi i vaksinës në shkallën e paraqitjes së kancerit:

Vakcina e papillomavirusit human ka reduktuar incidencën e kancerit të qafës së mitrës me 87% te gratë në të 20-at në Angli, të cilave iu ofrua vakcina në moshën 12-13 vjeç, si pjesë e programit të vaksinimit në Mbretërinë e Bashkuar për HPV. (12)

Në Suedi, një vend ku është bërë implementimi i Gardasil vaksinës, rreziku i kancerit të qafës së mitrës ishte 88% më i ulët tek gratë që kishin nisur vaksinimin para moshës 17 vjeç dhe 53% më i ulët në mesin e atyre ata që filluan vaksinimin në moshën 17-30 vjeç, në krahasim me femra të pavaksinuara. (13)

Është e rëndësishme të ceket se vaksinimi nuk garanton që një grua nuk do të infektohet me HPV ose do të shmangë kancerin e qafës së mitrës, sepse vaksinimi nuk mund të parandalojë të gjitha llojet e HPV-së që mund të shkaktojnë kancer të qafës së mitrës. Prandaj, për të reduktuar sa më shumë rrezikun e kancerit të qafës së mitrës, është e rëndësishme t'u kushtohet vëmendje simptomave dhe të bëhen Pap-teste të rregullta. (3)

2.5 Strategjitë për të përmirësuar rritjen e vaksinimit ndaj HPV:

Përderisa vakcina HPV redukton ndjeshëm rrezikun e infeksionit HPV dhe diagnozën pasuese të kancerit të qafës së mitrës, normat e ulëta të vaksinimit lidhen me mungesën e njohurive për efektivitetin e saj në parandalimin e kancerit të qafës së mitrës.

Vakcina kundër HPV rekomandohet për meshkujt dhe femrat në moshën 11-12 vjeç, së bashku me vaksinimin për ata deri në moshën 26 vjeç që nuk janë vaksinuar në moshën 11-12 vjeç. Vakcina e HPV është miratuar edhe nga Administrata e Ushqimit dhe Barnave (FDA) për administrim që nga mosha 9 vjeç e lart deri në moshën 45 vjeç (Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve, 2019).

Edhe pse vaksinimi nuk rekomandohet për ata më të vjetër se 26 vjeç, disa të rritur të moshave 27 deri në 45 vjeç mund të vendosin të marrin vaksinën HPV bazuar në diskutimin me mjekun e tyre, nëse nuk janë vaksinuar kur ishin më të rinj. Vaksinimi kundër HPV i njerëzve në këtë interval moshe ofron më pak benefite, për disa arsye, duke përfshirë faktin se më shumë njerëz në këtë grupmoshë tashmë janë ekspozuar ndaj HPV.

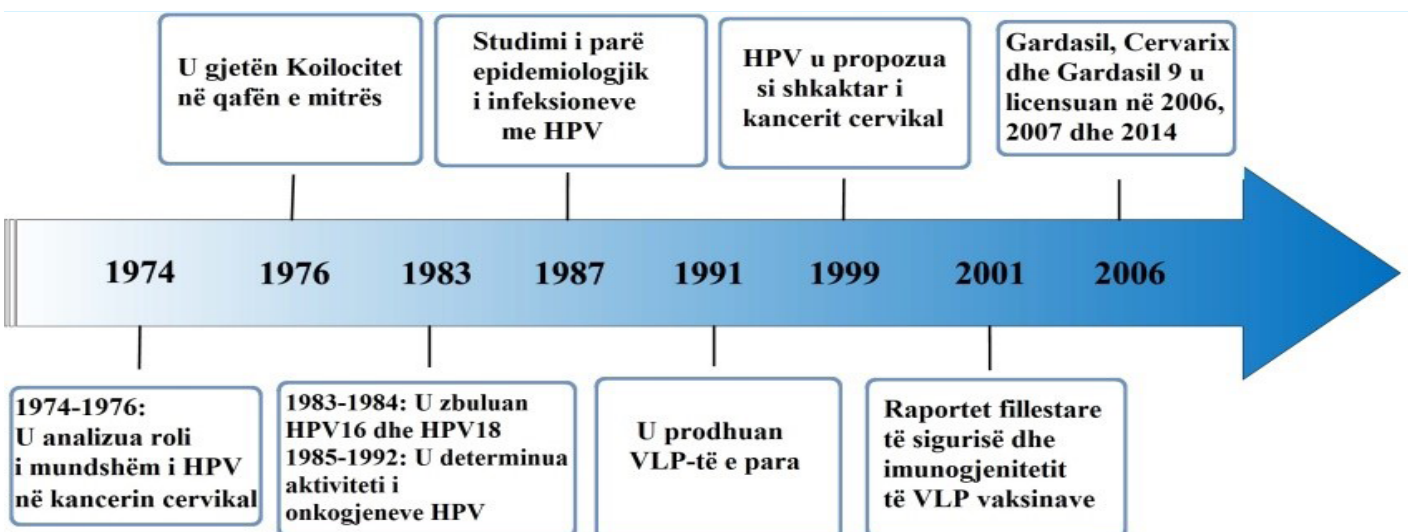


Figura 2. Një histori e shkurtër e hulumtimit të HPV dhe vaksinave HPV. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31812696/>) (5)

Vaksinimi në moshën 11-12 vjeç është optimal, sepse adoleshentët më të rinj kanë një përgjigje të fortë imune dhe vakcina HPV është më efektive përpara ekspozimit ndaj HPV. (14)

Dy doza të vaksinës HPV rekomandohen për shumicën e personave që fillojnë vaksinimin para ditëlindjes së tyre të 15-të. Doza e dytë e vaksinës HPV duhet të jepet 6 deri në 12 muaj pas dozës së parë.

Tre doza të vaksinës HPV rekomandohen për adoleshentët dhe të rinjtë që e fillojnë vaksinimin nga moshat 15 deri në 26 vjeç, dhe për personat me imunitet të kompromentuar. Skema e rekomanduar e tre dozave është 0, 1-2 dhe 6 muaj. (15)

Një studim i bërë në Klinikën e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës-QKUK(16) për të determinuar nivelin e njohurive dhe vetëdijes së grave kosovare për infektionin HPV, vaksinimin HPV dhe lidhjen e tij me kancerin e qafës së mitrës, tregon se vetëm 0.5% e grave ishin vaksinuar kundër HPV. Shumica e të anketuarve (66.4%) nuk kishin njohuri të mëparshme për HPV. Vetëm 27.6% e të anketuarve ishin të vetëdijshëm se HPV është përgjegjës për kancerin e qafës së mitrës. Rreth dy të tretat e të anketuarve nuk kishin dëgjuar kurrë për vaksinën HPV dhe vetëm 24% e dinin se vakcina HPV mund

të parandalojë kancerin e qafës së mitrës.

Bazuar në këtë studim niveli i vaksinimit kundër HPV dhe niveli i njohurive dhe ndërgjegjësit për infektionin HPV në Kosovë është jashtëzakonisht i ulët.

Ekziston nevoja e menjëhershme për zhvillimin e një programi edukativ mbi infektionin HPV dhe rëndësinë e vaksinimit HPV si masë parandaluese kundër zhvillimit të kancerit të qafës së mitrës. (16)

Strategjitë e vlerësuara synojnë adoleshentët/prindërit dhe/ose ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe mund të grupohen në tre lloje kryesore: 1) të bazuara në kujtesë, 2) aktivitete edukimi, informacioni dhe komunikimi dhe 3) strategji me shumë komponentë. Disa lloje të strategjive, të tilla si ato që mbështeten vetëm në kujtesë dhe integrimin e ndërhyrjeve të ndryshme, kanë treguar një ndikim pozitiv në rritjen e nivelit të vaksinimit. Kombinimi i aktiviteteve të edukimit, informacionit ose komunikimit me lloje të tjera ndërhyrjesh duket të jetë më efektiv dhe më i qëndrueshëm.

Përmirësimi i rritjes së vaksinimit ndaj HPV tek adoleshentët është një objektivi i rëndësishëm i shëndetit publik që duhet të ndiqet në mënyrë që të reduktohet incidencia e sëmundjeve të lidhura me HPV. (17)

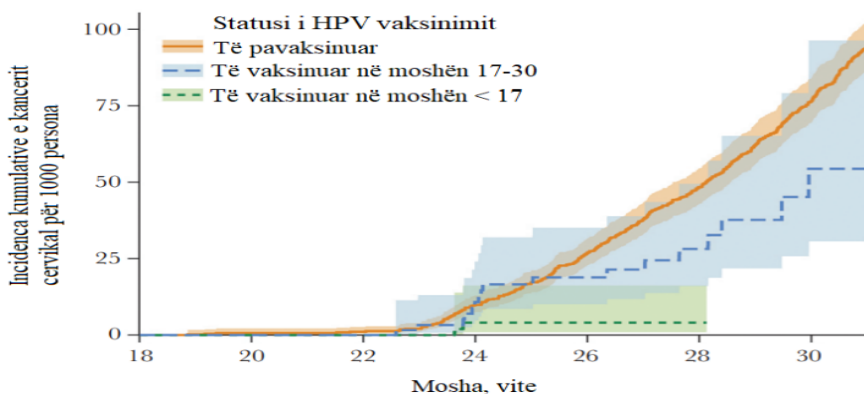


Figura 3. Incidenca kumulative e kancerit invaziv të qafës së mitrës sipas statusit të vaksinimit të HPV. Ky studim ka përdorur të dhëna nga regjistrat demografik dhe shëndetësorë mbarëkombëtar suedez, 2006-2017, për të vlerësuar efektivitetin e vaksinës në programin kombëtar. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8577198/figure/F2/>) (13)

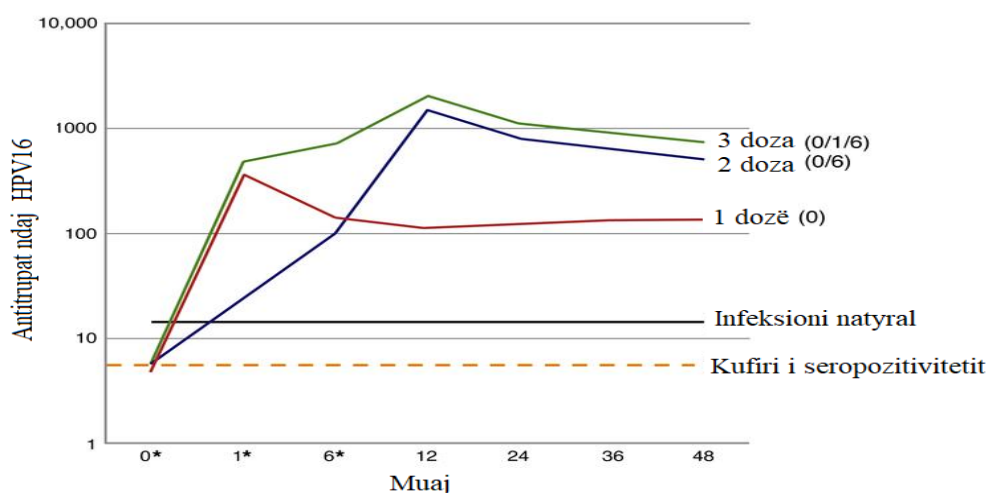


Figura 4. Marrëdhënia midis numrit të dozave të marra të vaksinës HPV dhe titrave mesatare të antitropave HPV16 VLP gjatë një prove 48-mujore të vaksinës bivalente te gratë në Kosta Rika. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701560/figure/F3/>). (18)

Referencat:

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2024 May;74(3):229-63.
2. Furumoto H, Irahara M. Human papilloma virus (HPV) and cervical cancer. *Journal of Medical Investigation*. 2002 Aug 1;49(3/4):124-33.
3. Jalil AT, Karevskiy A. The cervical cancer (CC) epidemiology and human papillomavirus (HPV) in the middle east. *International Journal of Environment, Engineering and Education*. 2020 Aug 5;2(2):7-12.
4. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, Lynch CF, Hernandez BY, Lyu CW, Steinau M, Watson M, Wilkinson EJ, Hopenhayn C, Copeland G. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *Journal of the National Cancer Institute*. 2015 Jun 1;107(6):djv086.
5. Wang R, Pan W, Jin L, Huang W, Li Y, Wu D, Gao C, Ma D, Liao S. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. *Cancer letters*. 2020 Feb 28;471:88-102.
6. Della Fera AN, Warburton A, Coursey TL, Khurana S, McBride AA. Persistent human papillomavirus infection. *Viruses*. 2021 Feb 20;13(2):321.
7. Bryan JT. Developing an HPV vaccine to prevent cervical cancer and genital warts. *Vaccine*. 2007 Apr 20;25(16):3001-6.
8. Yousefi Z, Aria H, Ghaedrahmati F, Bakhtiari T, Azizi M, Bastan R, Hosseini R, Eskandari N. An update on human papilloma virus vaccines: history, types, protection, and efficacy. *Frontiers in Immunology*. 2022 Jan 27;12:805695.
9. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, Lindsay BR, Kuter BJ, Perez G, Dominiak-Felden G, Saah AJ. Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: a systematic review of 10 years of real-world experience. *Reviews of Infectious Diseases*. 2016 Aug 15;36(4):519-27.
10. Markowitz LE, Gee J, Chesson H, Stokley S. Ten years of human papillomavirus vaccination in the United States. *Academic pediatrics*. 2018 Mar 1;18(2):S3-10.

DISMENOREA (DHIMBJE MENSTRUALE)



Fatmire Ademi - Halili

Specialist i Mjekësisë Familjare

Çka është cikli menstrual?

Menstruacioni është derdhja mujore e mukozës së mitrës së një gruaje. Menstruacioni njihet me termat menstruacione, periudhë menstruale, cikël ose periudhë.

Gjaku menstrual - i cili është pjesërisht gjak dhe pjesërisht ind nga brendësia e mitrës - rrjedh nga mitra përmes qafës së mitrës dhe jashtë trupit përmes vaginës.

Ovulacioni = Çelja e vetëm një ovociti (veze) në çdo cikël.

Menstruacioni = Procesi i deskuamimit endometrial (eliminimit të shtresës së brendshme të mitrës)

Sa zgjat një cikël menstrual?

Kohëzgjatja e një cikli normal është 28 +/- 7 ditë. Ciklet me kohëzgjatje < 21 ditë quhen polimenorre dhe ato me kohëzgjatje > 35 ditë quhen oligomenorre.

Kohëzgjatja normale e menseve (menstruacioneve) është 2 - 7 ditë.

Vetëm tek femrat e grupmoshës 20 - 40 vjeçe, ciklet menstruale janë më të rregullta dhe kanë një kohëzgjatje mesatare prej 28 ditësh.

Në 5 vitet e para pas menarkës kohëzgjatja e ciklit menstrual varion nga 22 - 45 ditë. Nga një kohëzgjatje mesatare prej 29 ditësh në moshën 20 vjeçe, kohëzgjatja mesatare arrin në 27 ditë në moshën 40 vjeçe, si pasojë e reduktimit të fazës proliferative.

Në 5 vitet para menopauzës, kohëzgjatja e cikleve menstruale varion nga 15 - 55 ditë. Rezultate të ngjashme kanë dhënë edhe studimet e mëvonshme.

Në cilën moshë zakonisht fillojnë menstruacionet?

Vajzat fillojnë të kenë menstruacione në moshën mesatare 12 vjeç (Menarka është moment kur

një femër përjeton ciklin e parë menstrual). Megjithatë, vajzat mund t'i fillojnë menstruacionet që në moshën 8 vjeç ose deri në moshën 16 vjeç.

Gratë ndalojnë menstruacionet në menopauzë, e cila ndodh rreth moshës 51 vjeçare. Në menopauzë, një grua ndalon prodhimin e vezëve (ndalon ovulimin). Menopauza përkufizohet si një vit pa perioda dhe pas kësaj kohe një grua nuk mund të mbetet më shtatzënë.

Dismenoreja

Dismenoreja është një term mjekësor që përshkruan dhimbjet menstruale të forta dhe të shpeshta që ndodhin para ose gjatë menstruacioneve. Ajo ndahet në dy kategori kryesore: dismenoreja primare dhe dismenoreja sekondare.

Cilat janë disa nga simptomat e një menstruacioni normal?

- Disponueshmëria
- Probleme me gjumin
- Dëshira për ushqim
- Ngërçe në pjesën e poshtme të barkut dhe në shpinë
- Fryrje
- Butësi në gjoks
- Aknet
- Dismenoreja

Dismenoreja (dysmenorhea)

Dismenoreja është një term mjekësor që përshkruan dhimbjet menstruale të forta dhe të shpeshta që ndodhin para ose gjatë menstruacioneve. Ajo ndahet në dy kategori kryesore: dismenoreja primare dhe dismenoreja sekondare.

Llojet e dismenorejës



Figura 1. Një femër me dhimbje menstruale (<https://newgenhospital.com/menstrual-disorders/>)

Dismenoreja primare: Kjo lloj dhimbjeje nuk lidhet me ndonjë sëmundje të veçantë të pelvikut dhe zakonisht fillon disa vjet pas fillimit të menstruacioneve, shpesh në adoleshencë.

Dhimbjet zakonisht janë më intensive në ditën e parë ose të dytë të menstruacioneve dhe mund të përmirësohen me kalimin e viteve ose pas lindjes së fëmijëve.

Dismenoreja sekondare: Kjo formë është rezultat i një problemi mjekësor të identifikueshëm, siç janë endometrioza, fibroidet uterine, adenomioza, ose infeksionet pelvike.

Dhimbjet mund të fillojnë disa ditë para menstruacioneve, të zgjasin më shumë dhe të jenë më të rënda sesa dhimbjet e dismenorejës primare.

Etiologjia

Dismenoreja primare:

Shkaktohet nga kontraktimet e forta të uterusit që ndodhin për shkak të prostaglandinave, substanca kimike të prodhuara në rreshtimin e mitrës.

Dismenoreja sekondare:

Shkaktohet nga sëmundje të ndryshme të pelvikut, përfshirë:

Endometrioza: Prania e indit endometrial jashtë uterusit.

Fibroidet uterine: Tumore jo kancerogjene në murin e uterusit.

Adenomioza: Rritja e indit endometrial brenda muskullit të uterusit.

Infeksionet pelvike: Infeksione të organeve riprodhuese femërore.

Diagnostikimi

Diagnostikimi i dismenorejës fillon me një histori të detajuar mjekësore dhe një ekzaminim fizik. Në disa raste, mund të jenë të nevojshme teste shtesë për të përcaktuar shkakun e saktë të dhimbjeve:

Ultrasonografia: Përdoret për të vizualizuar organet pelvike dhe për të zbuluar anomalitë si fibroidet apo cistat.

Laparoskopia: Një procedurë kirurgjikale minimalisht invazive që përdoret për të parë direkt brenda pelvikut dhe për të diagnostikuar sëmundje si endometrioza.

MRI (Rezonanca Magnetike): Përdoret në raste komplekse për të ofruar imazhe më të detajuara të organeve pelvike.

Testet laboratorike: Përfshijnë analiza të gjakut dhe teste për infeksione të mundshme.

Mjekimi

Për dismenorejën primare:

Medikamentet anti-inflamatore jo-steroidike (NSAIDs): Si ibuprofeni ose naprokseni, që ndihmojnë në uljen e prodhimit të

prostaglandinave, promens, për lehtësimin e dhimbjeve menstruale.

Kontraktivët hormonalë: Si pilulat kontrceptive orale, që rregullojnë menstruacionet dhe zvogëlojnë dhimbjet.

Përdorimi i jastëkëve të ngrohtë: Për të lehtësuar dhimbjen.

Stili i jetës: Ushtrimet e rregullta fizike, dieta e balancuar dhe teknikat e relaksimit mund të ndihmojnë në menaxhimin e dhimbjeve.

Për dismenorejën sekondare:

Trajtimi i sëmundjes bazë: Kjo mund të përfshijë kirurgji për të hequr fibroidet ose indin endometrial të dëmtuar.

Terapia hormonale: Për të rregulluar nivelet hormonale dhe për të zvogëluar simptomat.

Antibiotikët: Në rastet e infeksioneve pelvike.

Ndërhyrjet specifike do të varen nga shkakun e saktë të dismenorejës dhe simptomat individuale të pacientit. Konsultimi me një mjek është i rëndësishëm për të përcaktuar trajtimin më të përshtatshëm.

INFERTILITETI I PASHPJEGUESHËM



Göksu Göç

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Korrespondenca:
goksu.goc@gmail.com

Është relativisht e thjeshtë për të identifikuar shkakun e infertilitetit tek gratë me çrregullime të ovulacionit ose sëmundje tubale, dhe te meshkujt me anomali të spermës. Këto kategori përbëjnë burimin e infertilitetit në afërsisht 75 deri në 85 % të çifteve (1). Infertiliteti në çiftet e mbetura është për shkak të endometrioze (8 %) ose faktorëve të ndryshëm (p.sh. faktori i qafës së mitrës, faktori imunologjik, synechia e uterine) (2 %) ose është i pashpjegueshëm (15 %) (2-4).

Përkufizimi dhe diagnoza

Infertiliteti i pashpjegueshëm i referohet mungesës së shkakut të përcaktuar për dështimin e një çifti në arritjen e shtatzënisë pas tentativës për ngjizje në periudhë prej 12 muajsh pavarësisht vlerësimit të tërësishëm, ose në periudhë prej gjashtë muajsh tek gratë e moshës 35 vjeç e më lart (5,6). Aktualisht, vlerësimi i tërësishëm zakonisht përfshinë dokumentimin e:

- Ovulacionit
- Kalueshmërisë së tubave
- Zgavrës normale të mitrës
- Analizës normale të spermës
- Rezervat adekuate të ovociteve ovariane.

Etiologjitë e mundshme

Janë propozuar disa mundësi për të shpjeguar pse disa çifte nuk arrijnë shtatzëninë kur nuk ka shkak të identifikueshëm. Në disa nga këto gra janë raportuar ndryshime delikate në zhvillimin e folikulave, ovulacionit dhe fazës luteale (7,8). Në çifte të tjera, analiza e spermës së partnerit mashkull tregon përqendrimin dhe lëvizshmërinë e spermës në fund të kufirit normal (9). Dështimi i implantimit, faktorët delikatë të qafës së mitrës ose problemet me transportin ose ndërveprimin e spermës dhe vezëve janë mundësi të tjera (10). Shumë raste të infertilitetit të pashpjegueshëm shkaktohen ndoshta nga prania e faktorëve të shumtë (p.sh., partneri femër mbi 35 vjeç me rezervë ovariane të zvogëluar dhe partneri mashkull me parametra të ulëta normale të spermës), secili prej të cilëve në vete nuk e redukton ndjeshëm fertilitetin, por mund të zvogëlojë shkallën e shtatzënisë kur kombinohet.

Çiftet me infertilitet të pashpjegueshëm, gjithashtu, kishin një shkallë më të lartë të dështimit të plotë të fekondimit kur trajtohenin me IVF se sa çiftet me infertilitet të faktorit tubal (6 kundrejt 3 %). Këto rezultate sugjerojnë se çiftet me infertilitet të pashpjegueshëm ndoshta kanë anomali funksionale delikate në funksionin e vezëve dhe/ose spermës. Në këtë kuptim, IVF është gjithashtu një procedurë diagnostike.

Pranueshmëria e dëmtuar e endometrit mendohet se parandalon ngjitjen normale, pushtimin dhe implantimin e blastocistit dhe

mund të jetë shkak për disa raste të infertilitetit të pashpjegueshëm dhe humbjes së përsëritur të shtatzënisë (11,12). Asnjë biomarkues nuk është vërtetuar për diagnozën klinike të këtyre pacientëve. Sëmundja celiac e padiagnostikuar / e patrajtuar mund të jetë më e përhapur tek gratë me infertilitet të pashpjegueshëm.

Nevojiten studime gjenetike gjithëpërfshirëse për të kuptuar më mirë etiologjitë e infertilitetit të pashpjegueshëm.

Menaxhimi i pritjes për shtatzëni

Një deri në 3 % e çifteve me infertilitet të pashpjegueshëm të ndjekur në mënyrë prospektive pa trajtim aktiv mbeten shtatzënë çdo muaj (13-15). Prandaj, trajtimi efektiv i fertilitetit për infertilitetin e pashpjegueshëm duhet të tregojë një rritje të shkallës së shtatzënisë mbi këtë pjellshmëri bazë.

Mosha e partnerit femër ndikon në shkallën e shtatzënisë që lidhet me menaxhimin e pritjes për shtatzëni. Gratë me infertilitet të pashpjegueshëm më të vjetra se 37 vjeç kanë një normë shtatzënie prej më pak se 1 % për cikël me menaxhim të pritjes për shtatzëni. Në provat e rastësishme, gjashtë muaj të menaxhimit të pritjes për çiftet me një prognozë të mirë për fertilitetin (moshë e re, pa sëmundje dypalëshe tubale, pa probleme me spermën) ose me një prognozë të ndërmjetme (30 deri në 40 % probabilitet për shtatzëni pa trajtim) u shoqërua me një normë shtatzënie të vazhdueshme të krahasueshme me atë të arritur me inseminimin intrauterin plus injeksione gonadotropine (shih më poshtë) (16-18). Kështu, menaxhimi i pritjes mund të jetë një opsion për një çift me infertilitet të pashpjegueshëm në të cilin partnerja femër është më pak se 32 vjeç dhe nuk ka shqetësim të menjëhershëm për zvogëlimin e ovociteve. Megjithatë, grupi i ovociteve ovariane bie me shpejtësi për gratë mbi 37 vjeç, duke shkaktuar në mënyrë të pashmangshme plakjen dhe varfërimin e vezoreve që të bëhet një komponent kryesor i problemit të fertilitetit. Kështu, menaxhimi i pritjes nuk rekomandohet për këto gra.

Ndryshimet në stilin e jetës

Studimet epidemiologjike tregojnë se pirja e duhanit, indeksi jonormal i masës trupore dhe konsumimi i tepërt i kafeinës reduktojnë fertilitetin tek partneri femër dhe ndoshta tek partneri mashkull.

Partnerja femër duhet të këshillohet për t'u përpjekur të arrijë një indeks të masës trupore midis 20 dhe 27 kg/m², të reduktojë marrjen e kafeinës në jo më shumë se afërsisht 250 mg në ditë (dy filxhanë kafe) dhe të reduktojë marrjen e alkoolit në jo më shumë se katër pije të standardizuara në javë (19). Këto ndryshime mund të jenë të dobishme për rritjen e

konceptimit natyral dhe të asistuar (20,21).

Ndërhyrjet me burime të ulëta

Inseminimi intrauterin (IUI) - Për pacientët me infertilitet të pashpjegueshëm, vetëm IUI nuk ka më shumë gjasa të arrijë shtatzëninë sesa menaxhimi i pritjes (18). Megjithatë, kur kombinohet me stimulimin ovarian (qoftë citrat klomifen ose frenues të aromatazës) është një trajtim efektiv. (9).

Klomifen citrati - Vetëm klomifeni është demonstruar të jetë efektiv në trajtimin e infertilitetit për shkak të oligoanovulacionit ose anovulimit. Për pacientët me infertilitet të pashpjegueshëm, trajtimi vetëm me klomifen nuk është i dobishëm, por kombinimi i tij me IUI përmirëson rezultatet (18).

Clomiphene plus IUI - CC/IUI është përgjithësisht trajtimi i linjës së parë për infertilitetin e pashpjegueshëm për shkak të shkallës së mirë klinike të shtatzënisë, shkallës relativisht të ulët të shtatzënieve të shumëfishta, rrugës orale të konsumit, mungesës së nevojës për monitorim dhe kostos së ulët (11,18,22).

Frenuesit e aromatazës plus IUI - Stimulimi i vezoreve me frenues të aromatazës (AI) plus IUI mund të rezultojë në shtatzëni për gratë me infertilitet të pashpjegueshëm që nuk i përgjigjen terapisë CC plus IUI dhe që nuk mund ose zgjedhin të mos përdorin terapi IVF ose gonadotropin. AI-të kanë shtatzëni të ngjashme klinike, shtatzëni të shumëfishtë dhe norma të lindjeve të gjalla krahasuar me CC (12,23,24), dhe ato janë më të lehta për t'u përdorur (dozimi oral, nuk kërkohet monitorim) dhe më pak të kushtueshme krahasuar me terapinë me gonadotropinë injektuese.

Ndërhyrjet me burime të larta

Injeksionet e gonadotropinës me ose pa IUI - Në përgjithësi, për shkak të rritjes së rrezikut të shtatzënieve të shumëfishta të shoqëruara me induksionin e ovulacionit/

inseminimin intrauterin të gonadotropinës (IUI) dhe rritjen e efikasitetit të fekondimit in vitro (IVF) krahasuar me induksionin e ovulacionit, ne favorizojmë IVF-në në vend të gonadotropina/IUI për gratë në të cilat citrati i klomifenit/IUI ka dështuar (18,26,27). Të dhënat nuk mbështesin përdorimin e gonadotropinave me IUI në pacientët me infertilitet të pashpjegueshëm.

Fertilizimi in vitro - IVF është ndërhyrja që rezulton në shkallën më të lartë të shtatzënisë për cikël në intervalin më të shkurtër kohor. Është gjithashtu ndërhyrja më e kushtueshme dhe ka një shkallë të lartë të shtatzënisë së shumëfishtë të rendit të lartë, përveç nëse kryhet transferimi i vetëm i embrionit (28). Në një provë të mëvonshme që me mostër të rastësishme prej 154 çifteve me ≥6 muaj infertilitet të pashpjegueshëm dhe partnere femër të moshës 38 deri në 42 vjeç në dy cikle të klomifenit/IUI, dy cikle injeksionesh gonadotropine/IUI, ose IVF të menjëhershme, normat e lindjeve të gjalla ishin: 8, 7, dhe 16 %, respektivisht (29). Në përgjithësi, 84 % e të gjitha shtatzënieve rezultuan nga IVF. Kështu, në këtë grupmoshë, rezultati më i mirë arrihet me IVF të menjëhershme. Megjithatë, cikli me IVF është disa herë më i shtrenjtë se cikli klomifen/IUI ose gonadotropinë/IUI.

Dobia e një protokollit hap pas hapi u ilustrua nga një studim grupor i çifteve me infertilitet të pashpjegueshëm në të cilin gruaja fillimisht u trajtua me injeksione gonadotropine plus IUI deri në tre cikle dhe më pas IVF u përdor për të trajtuar ato që nuk mbetën shtatzënë (30). Shkalla e shtatzënisë me injeksione gonadotropine plus IUI ishte 15.7 % për cikël dhe 29.8 % për pacient dhe shkalla e shtatzënisë në ato që vazhduan me IVF ishte 36.7 %.

Rekomandimet e autorit

- Infertiliteti i pashpjegueshëm i referohet mungesës së shkakut të përcaktuar për dështimin e një çifti për të arritur

shtatzëninë pas 12 muajsh përpjekjesh për konceptim (gjasthtë muaj në gratë 35 vjeç e lart) pavarësisht vlerësimit të tërësishëm.

- Infertiliteti është ndoshta për shkak të anomalive funksionale delikate në funksionin e ovocitit, spermës ose endometrit.

- Menaxhimi i çifteve me infertilitet të pashpjegueshëm zakonisht fillon me trajtime që konsumojnë pak burime, janë me rrezik të ulët dhe janë të drejtuara nga pacienti (p.sh. ndryshimet e stilit të jetesës), dhe më pas kalon në mënyrë sekuenciale në trajtime që kërkojnë burime dhe rreziqe proporcionalisht më të mëdha (klomifeni ose letrozoli plus inseminimi intrauterin (IUI)), dhe së fundi në ndërhyrje me rrezik më të lartë dhe me burime të larta intensive (fertilizimi in vitro (IVF), laparoscopia) (tabela 1).

- Ndryshimet e stilit të jetesës: të tilla si ndërprerja e pirjes së duhanit dhe arritja e një peshe normale mund të rrisë fertilitetin tek gratë me infertilitet të pashpjegueshëm.

- Menaxhimi i pritjes së shtatzënisë - Përafërsisht 1 % e çifteve me infertilitet të pashpjegueshëm do të mbeten shtatzënë për çdo cikël pa asnjë ndërhyrje. Menaxhimi i pritshëm është një opsion më i përshtatshëm për çiftet në të cilat partnerja femër është e re (<32 vjeç) sesa për çiftet me partnere femra më të vjetra. Për gratë mbi 37 vjeç, grupi folikular i vezoreve mund të varfërohet gjatë menaxhimit të ardhshëm, duke rezultuar në infertilitet të patrajtueshëm.

Opsionet e trajtimit

• Induksioni i ovulacionit - Për trajtimin e grave me infertilitet të pashpjegueshëm, ne sugjerojmë tre deri në katër cikle të citratis të klomifenit (CC) ose letrozolit plus IUI për terapinë fillestare në vend të injeksioneve të gonadotropinës me IUI ose IVF (Shkalla 2B).

Tabela 1. Përqindja e parashikuar e suksesit të shtatzënisë për ciklus

Estimated pregnancy rate per cycle for treatment of unexplained infertility

Intervention	Pregnancy rate per cycle (%)
Expectant management	1 to 3
IUI	4 to 6
Clomiphene citrate	4 to 6
Clomiphene plus IUI	7 to 9
Gonadotropin injection	4 to 10
Gonadotropin injection plus IUI	9 to 16
In vitro fertilization	30 to 45

IUI: intrauterine insemination.

UpToDate®

- Fekondimi in vitro (IVF) - Për gratë që nuk mbesin shtatzënë me CC, AI dhe IUI, ne sugjerojmë IVF si hapi tjetër në vend të terapisë me gonadotropinë (Shkalla 2A).
- Opsione shtesë - Për gratë me infertilitet të pashpjegueshëm që nuk mbesin shtatzënë me CC ose AI/IUI, IVF, gonadotropinë/IUI, ose laparoskopji, opsionet alternative të trajtimit përfshijnë induksionin e ovulacionit me frenuesin e aromatazës letrozole, shtatzëninë dhuruese-vezore, zëvendësimin gestacional, adoptimin, dhe ndërprerjen e trajtimit. Trajtimi me letrozolin për induksionin e ovulacionit është përdorim jashtë etiketës së këtij medikamenti. Në këtë pikë të trajtimit, hapi tjetër përcaktohet nga pacientja pas këshillimit të gjerë me ekipin e saj të fertilitetit.

Referencat:

- 1.Carson SA, Kallen AN. *Diagnosis and Management of Infertility: A Review.* JAMA 2021; 326:65.
- 2.Collins JA, Crosignani PG. *Unexplained infertility: a review of diagnosis, prognosis, treatment efficacy and management.* Int J Gynaecol Obstet 1992; 39:267.
- 3.Templeton AA, Penney GC. *The incidence, characteristics, and prognosis of patients whose infertility is unexplained.* Fertil Steril 1982; 37:175.
- 4.Guzick DS, Grefenstette I, Baffone K, et al. *Infertility evaluation in fertile women: a model for assessing the efficacy of infertility testing.* Hum Reprod 1994; 9:2306.
- 5.Moghissi KS, Wallach EE. *Unexplained infertility.* Fertil Steril 1983; 39:5.
- 6.Practice Committee of tAmerican Society for Reproductive Medicine. *Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss.* Fertil Steril 2008; 90:S60.
- 7.Blacker CM, Ginsburg KA, Leach RE, et al. *Unexplained infertility: evaluation of the luteal phase; results of the National Center for Infertility Research at Michigan.* Fertil Steril 1997; 67:437.
- 8.Leach RE, Moghissi KS, Randolph JF, et al. *Intensive hormone monitoring in women with unexplained infertility: evidence for subtle abnormalities suggestive of diminished ovarian reserve.* Fertil Steril 1997; 68:413.
- 9.Guzick DS, Carson SA, Coutifaris C, et al. *Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility.* National Cooperative Reproductive Medicine Network. N Engl J Med 1999; 340:177.
- 10.Pandian Z, Bhattacharya S, Vale L, Templeton A. *In vitro fertilisation for unexplained subfertility.* Cochrane Database Syst Rev 2005; :CD003357.
- 11.Lessey BA. *Assessment of endometrial receptivity.* Fertil Steril 2011; 96:522.
- 12.Farquhar CM, Liu E, Armstrong S, et al. *Intrauterine insemination with ovarian stimulation versus expectant management for unexplained infertility (TUI): a pragmatic, open-label, randomised, controlled, two-centre trial.* Lancet 2018; 391:441.
- 13.Diamond MP, Legro RS, Coutifaris C, et al. *Letrozole, Gonadotropin, or Clomiphene for Unexplained Infertility.* N Engl J Med 2015; 373:1230.
- 14.Evers JL. *Female subfertility.* Lancet 2002; 360:151.

RËNDËSIA E DIETËS NË SHËNDETIN RIPODHUES



Jonuz Gashi

Doktor i Mjekësisë

Hyrje

Lidhshmëria në mes të proceseve të ndryshme biologjike në organizmat e gjallë kryesisht varet nga ushqimi. Ai është burim i energjisë dhe i kryerjes së proceseve thelbësore si riprodhimi. Nutritientët janë esencjal gjatë fazës së rritjes, pubertetit dhe riprodhimit. Riprodhimi si proces kërkon shpenzim të sasive më të larta të energjisë tek femrat sesa tek meshkujt, e në anën tjetër mekanizmat kontrollues fiziologjik ndikohen nga ushqimi dhe nutritientët.

Ushqimi dhe riprodhimi

Vlerësimi i dietës tek personat e moshës fertile me theks të veçantë gratë duhet të identifikojë faktorët që mund të ndikojnë në fertilitetin, shëndetin perikonceptiv dhe shtatzëni. Janë dhënë gjithmonë rekomandime nga ofruesit shëndetësorë për të ndihmuar në këshillimin e grave në lidhje me zgjedhjen e ushqimit dhe ushtrimeve për shëndetin, fitnesin dhe funksionin optimal të trupit. Gjithashtu diskutohet për polemikat rreth efektit të deficitit dhe tepërive të mikro dhe makronutrientëve në funksionin riprodhues. Gratë duhet të inkurajohen të fillojnë ndryshime dietike dhe të stilit të jetesës për të mundësuar rezultate optimale riprodhuese.

Roli i makronutrientëve dhe mikronutrientëve në organet riprodhuese, fertilitet dhe hormone

1. Yndyrnat

Përafërsisht 1-5% e grave diagnostikohen nga "Amenorrea e lidhur me peshën". Studime të shumta kanë ndërlidhur sasinë e nutritientëve në trup dhe aktivitetin ovarian te femrat, e me theks të veçantë të yndyrave dhe rolit të tyre në rritjen dhe mirëmbajtjen e organeve riprodhuese të

meshkujve dhe femrave. Acidet yndyrore, të cilat përfshijnë omega-3 dhe omega-6, kanë ndikim në rritjen e fertilitetit dhe efikasitetit riprodhues duke e rregulluar nivelin e hormoneve riprodhuese, integritetin e spermatozoideve dhe ovociteve, si dhe janë të nevojshme për procesin e ndarjes së qelizave, zhvillimin e organeve dhe funksionin e placentës, dhe në këtë mënyrë kontribuojnë në zhvillimin dhe rritjen e embrionit dhe të fetusit.

2. Karbohidratet

Ndikimi i ndryshimeve metabolike të karbohidrateve është signifikant për riprodhimin normal dhe i njëjti është njëri prej ndërlitimeve të mundshme të disa metodave të kontrollit të fertilitetit. Ushqyerja për kohë të gjatë me sasi të lartë të karbohidrateve është e lidhur me çrregullimet e ovulacionit dhe është e shoqëruar me nivele të ngritura të glikemisë esull dhe hiperinsulineminë të cilat janë përgjegjëse për lirim më të lartë të faktorëve të rritjes së lirë të ngjashëm me insulinën - IGF-I dhe niveleve të androgjeneve që rezultojnë në disbalacë endokrine dhe defekte në maturimin e qelizave riprodhuese.

3. Proteinat - në riprodhim kanë rol kompleks dhe është ende e paqartë se si sasia e konsumimit mund të ndikojë në funksionin ovulues ose në fertilitet. Burimi dhe sasia e proteinave në dietë ndikojnë në ndjeshmërinë ndaj insulinës, e cila si pasojë stimulon funksionin ovulues. Proteinat janë thelbësore jo vetëm për zhvillimin dhe rritjen më të mirë të fetusit, por edhe për mirëmbajtjen e indeve të nënës si: gjaku, zemra, mitra, placenta dhe indet mbështetëse të fetusit.

4. Kompleksi i vitaminës B - Ka rol kritik në

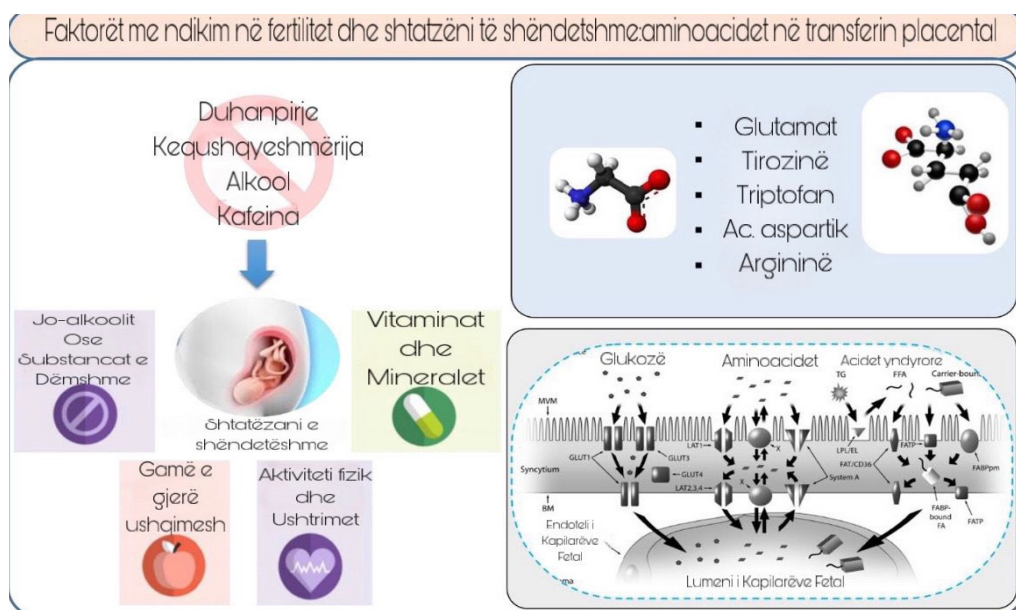


Figura 1. Faktorët me ndikim në fertilitet dhe shtatzëni të shëndetshme (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9094499/>)

Korrespondenca:
gashjonuz@gmail.com

mbarëvajtjen e riprodhimit të shëndetshëm duke përmirësuar funksionin e organeve riprodhuese, duke reduktuar citokinat pro-inflamatore dhe nivelet e homocisteinës në qarkullim.

5. Antioksidantët dhe stresi oksidativ luajnë rol të rëndësishëm në subfertilitetin e meshkujve dhe femrave. Stresi oksidativ është faktori patognomonik në sëmundje të ndryshme të sistemit riprodhues femëror. Ai ndikon në mekanizma të shumtë fiziologjikë si: maturimi i vezores, fekondimi, implantimi dhe zhvillimi i embrionit, e për këtë arsye kontribuon në patofiziologjinë e komplikimeve të lidhura me shtatzëninë, endometriozën, sëmundjen e vezoreve policistike, infertilitetin e pashpjegueshëm dhe kanceret gjinekologjike. Efektet e dëmshme të radikaleve të lira në sistemin riprodhues janë në ndikim të vendndodhjes, përqendrimit dhe kohëzgjatjes së ekspozimit në organizëm.

Roli i kequshqyerjes

Dieta e nënës para dhe gjatë shtatzënisë ka efekt indirekt në zhvillimin e sëmundjeve gjatë shtatzënisë që shoqërohen edhe me sëmundje të mëvonshme të fëmijërisë. Sipas UNICEF dietat e dobëta gjatë shtatzënisë me mungesë të mineraleve si: jodi, hekuri, folati, kalciumi dhe zinku mund të shkaktojnë anemi, pre-eklampsi, hemorragji dhe vdekje të nënës, lindje të fëmijës të vdekur, fëmijë me peshë të vogël në lindje, humbje dhe vonesa në zhvillim të fëmijës. Shumë studime

tregojnë se kequshqyerja e nënës në fazat e hershme në shtatzëni nxit ndryshime në hormonet si: glukokortikoidet, hormonet e rritjes, faktorët e rritjes të ngjashme me insulinën, estrogenet dhe androgjenet, gjatë zhvillimit të fetusit. Këto ndryshime mund të ndikojnë drejtpërdrejt ose indirekt në funksionin qelizor ose organizimin e indeve dhe dëmtojnë rritjen, diferencimin dhe maturimin e indeve duke lënë efekte negative afatgjata tek pasardhësit. Kequshqyerja e nënës në sistemin riprodhues të maskullit, ndryshon zhvillimin, strukturën dhe funksionin e gonadave, testikujve dhe gjëndrës së prostatës. Këto ndryshime dëmtojnë aftësinë riprodhuese të pasardhësve meshkuj. Ndryshimet e përhershme në gjëndrën e prostatës ndodhin në nivel molekular dhe qelizor dhe në këtë mënyrë ndikojnë në shfaqjen e sëmundjeve të vonshme si prostatiti, hiperplazia dhe madje edhe kanceri i prostatës. Efekti i kequshqyerjes në fertilitet mund të shihet në popullata të ndryshme si pasojë e luftës ose urisë ose kequshqyerjes kronike për shkak të kushteve të këqija ekonomike.

Rekomandime për vlerat ushqyese tek gratë shtatzëna

Rekomandohet këshillimi i grave shtatzëna për rëndësinë e të pasurit një jetesë të shëndetshme duke kombinuar një dietë të shëndetshme dhe aktivitet të rregullt fizik gjatë shtatzënisë. Duhet mbajtur mend se dieta gjatë shtatzënisë duhet

të personalizohet dhe të përshtatet me nevojat për energji dhe lëndë ushqyese të çdo gruaje shtatzënë, duke supozuar se këto ndryshojnë gjatë tremujorëve të ndryshëm të shtatzënisë dhe gjithashtu pas lindjes nevojat e energjisë për një shtatzëni të tërë janë afërsisht 75,000 kcal. Rekomandimet variojnë nga 200 kcal në ditë, të rekomanduara vetëm në tremujorin e tretë nga institucionet britanike, deri në 300 kcal shtesë në ditë të rekomanduara gjatë gjithë shtatzënisë nga OBSH.

Gjithashtu do të ishte e këshillueshme që të jepen një sërë rekomandimesh në lidhje me trajtimin higjienik të ushqimit, masat paraprake që duhen marrë për disa ushqime gjatë gatimit, ringrohjes së ushqimeve etj. Këshillat duhet të përfshijnë gjithashtu shmangien e konsumimit të disa ushqimeve gjatë shtatzënisë si: peshkaqeni, peshku ton., qumështi i papërpunuar, mishi i papërpunuar ose i papjekur, peshku i papërpunuar, pata të shitura si të ngrira në frigorifer.

Metodologjia

Është kryer një rishikim i literaturës ekzistuese, në baza si: libra ndërkombëtar të publikuar me përmbajtje mjekësore - shkencore dhe në bazat e të dhënave si: PubMed; Google Scholar nga të cilat janë për zgjedhur studimet e fokusuara mbi rëndësinë e dietës në shëndetin riprodhues. Të gjitha këto janë të cituara në seksionin e referencave.



Figura 2. Piramida e stilit të ushqimit dhe organizimi javor i vakteve (<https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2019.00346/full>)

Përfundimi

Marrëdhënia në mes të ushqimit dhe shëndetit riprodhues është studiuar dhe diskutuar shumë gjatë dekadës së fundit duke ardhur në identifikimin e rolit të dietës dhe të secilit nga makro dhe mikroelementet e saj. Një dietë e ekuilibruar duhet të sigurojë të gjitha mineralet dhe vitaminat proteinat, karbohidratet, lipidet, antioksidantët dhe folatet në dietën e përditshme e kjo ofron përfitime thelbësore për një shëndet

optimal riprodhues.

Tabela 1. Ndikimet pozitive dhe negative të parametrave të ndryshëm në semen dhe në fertilitetin mashkullor (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9094499/#fsn32708-bib-0064>)

Parametri	Ndikimi pozitiv	Ndikim negativ	Referenca
Acidet yndyrore omega-6	Shkakton inflamacion të një intensiteti të lehtë, aterosklerozë, mosfunksionim të endotelit dhe stres oksidativ	- Përkeqësim të funksionit endokrin të testikujve -Ulë nivelet e përqendrimit të testosteronit të lirë dhe total -Zvogëloni vëllimin e testikujve	Mínguez-Alarcón, L., Ch E., Mendiola, J., Roca, N Tanrikut, C., Vioque, J., Jørgensen, N., & Torres-A. M. (2017). Fatty acid in relation to reproductive hc and testicular volume amc young healthy men. <i>Asian of Andrology</i> , 19(2), 184. 10.4103/1008-682X.1903:
Yndyrna të saturuara	/	Ulë përqendrimin e spermatozoideve në semen Zvogëlon sasinë e semenit.	Mínguez-Alarcón, L., Ch E., Mendiola, J., Roca, N Tanrikut, C., Vioque, J., Jørgensen, N., & Torres-A. M. (2017). Fatty acid in relation to reproductive hc and testicular volume amc young healthy men. <i>Asian of Andrology</i> , 19(2), 184. 10.4103/1008-682X.1903:
Obestatina	Rrit sekrecionet e testosteronit Përmirëson funksionet e testikujve	/	Írez, T., Karkada, I. R., Í & Sengupta, P. (2019). Ol in male reproduction and infertility. <i>Asian Pacific J. Reproduction</i> , 8(5), 239–2
Suplemente të vajit të peshkut	Përmirëson parametrat e spermës në përgjigje të omega-3	Ndikojnë në acidet yndyrore të spermës	Mínguez-Alarcón, L., Ch E., Mendiola, J., Roca, N Tanrikut, C., Vioque, J., Jørgensen, N., & Torres-A. M. (2017). Fatty acid in relation to reproductive hc and testicular volume amc young healthy men. <i>Asian of Andrology</i> , 19(2), 184. 10.4103/1008-682X.1903:

Referencat:

1.Ma X, Wu L, Wang Y, Han S, El-Dalatony MM, Feng F, Tao Z, Yu L, Wang Y. Diet and human reproductive system: Insight of omics approaches. *Food Sci Nutr*. 2022 Mar 21;10(5):1368-1384. doi: 10.1002/fsn3.2708. PMID: 35592285; PMCID: PMC9094499.

2.The ESHRE Capri Workshop Group, Nutrition and reproduction in women, *Human Reproduction Update*, Volume 12, Issue 3, May/June 2006, Pages 193-207.

3.Kujoana T, Mabelebele M, Sebola N. Role of dietary fats in reproductive, health, and nutritional benefits in farm animals: A review. *Open Agriculture*. 2024;9(1): 20220244.

4.Skoracka K, Ratajczak AE, Rychter AM, Dobrowolska A, Krela-Kaźmierczak I. Female Fertility and the Nutritional Approach: The Most Essential Aspects. *Adv Nutr*. 2021 Dec 1;12(6):2372-2386. doi: 10.1093/advances/nmab068. PMID: 34139003; PMCID: PMC8634384.

5.Martínez-Galiano, J.M.; Cano-Ibáñez, N.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M. Nutrition in Reproductive Health: Nutritional Conditioning Factors during Pregnancy and Its Impact on Health. *Reprod. Med*. 2020, 1, 169-180. <https://doi.org/10.3390/reprodmed1030013>.

6.Rinaldi JC, Santos SAA, Colombelli KT, Birch L, Prins GS, Justulin LA, et al. Maternal protein malnutrition: effects on prostate development and adult disease. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. 2018;9(4):361–72. doi:10.1017/S2040174418000168.

7.Ferramosca A, Zara V. Diet and Male Fertility: The Impact of Nutrients and Antioxidants on Sperm Energetic Metabolism. *Int J Mol Sci*. 2022 Feb 25;23(5):2542. doi: 10.3390/ijms23052542. PMID: 35269682; PMCID: PMC8910394.

8.Gaskins AJ, Chavarro JE. Diet and fertility: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Apr;218(4):379-389. doi: 10.1016/j.ajog.2017.08.010. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28844822; PMCID: PMC5826784.

9.Agbalalah T, Robert FO, Amabebe E. Impact of vitamin B12 on the reproductive health of women with sickle cell disease: a narrative review. *Reprod Fertil*. 2023 Jul 1;4(3):e230015. doi: 10.1530/RAF-23-0015. Epub ahead of print. PMID: 37399204; PMCID: PMC10388680.

PREEKLAMPSIA DHE MUNDËSITË E PARASHIKIMIT TË SAJ



Lindita Ibrahim-Veliu

Asistent

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

Preeklampsia është sëmundje hipertensive e shtatzënisë që manifestohet me shfaqjen e hipertensionit arterial pas javës së 20 të shtatzënisë me vlera prej $\geq 140/90$ mmHg, me proteinuri ≥ 300 mg në urinën e grumbulluar 24 orë. Kjo gjendje duhet të normalizohet deri 4-6 javë pas lindjes, nëse nuk është e mbivendosur në ndonjë çrregullim tjetër hipertensionit [1, 3].

Sëmundjaka ndikim të madh në sëmundshmërinë maternale e perinatale dhe në vdekshmërinë e nënave dhe foshnjave në të gjithë botën dhe në vendin tonë [1-3]. Në rreth 5% të rasteve, më shpesh paraqitet në shtatzëninë e parë [1-3, 21-22].

Kriteret diagnostike për preeklampsia janë:

- Presioni i gjakut:

• Presioni sistolik ≥ 140 dhe diastolik ≥ 90 mmHg në dy matje së paku 4 orë ndërmjet dy matjeve, pas javës së 20 të shtatzënisë te gruaja me tension normal të gjakut;

• Presioni sistolik ≥ 160 dhe diastolik ≥ 110 mmHg, hipertension i cili konfirmohet brenda intervalit të shkurtër kohor për të mundësuar fillimin e menjëhershëm të terapisë për stabilizimin e tensionit.

- Proteinuria:

• ≥ 300 mg për urinën e mbledhur 24 orëshe;

• Leximi me shirita të urinës prej më shumë se 1+;

• Raporti proteinë /kreatininë ≥ 0.3 mg/dL.

Në mungesë të proteinurisë, hipertensionit i shfaqur me një prej simptomave në vijim:

• Trombocitopenia;

• Insuficiencë renale;

• Çrregullimi i funksionit të mëlçisë;

• Edema pulmonale;

• Çrregullime cerebrale ose të shikimit [1, 3].

Një masë e edemave janë të zakonshme në një shtatzëni normale, prandaj edema është përjashtuar nga kriteret diagnostikuese të preeklampsisë, me përjashtim të rasteve kur është patologjike.

Simptomat e preeklampsisë

Simptomat e buta: ënjtje e lehtë mbi kyçet e këmbës e cila është prezent kur shtatzëna ngrihet nga shtrati në mëngjes, konsiderohet manifestimi i hershëm i edemës për shkak të preeklampsisë. Gradualisht, ënjtja mund të shtrihet në fytyrë, murin abdominal, vulvë, madje edhe në tërë trupin [3].

Simptomat alarmante - zakonisht shoqërohen me fillimin akut të sëmundjes, si:

• Dhimbje koke mbi regjionin oksipital ose frontal,

• Gjumë i shqetësuar,

• Prodhimi i zvogëluar i urinës, në rastet kur urinohet më pak se 400 ml në 24 orë,

• Dhimbje epigastrike, dhimbje akute në rajonin epigastrik e shoqëruar me të vjella, nganjëherë ngjyrë kafe,

• Simptoma të syrit, mund të paraqitet me shikim të paqartë, skotoma, shikim i errësuar, por mund të ketë edhe verbëri të plotë [3].

Shenjat

- Rritja jonormale e peshës,

- Ekzaminimi i jashtëm i abdomenit, mund të zbulojë dëshmi të insuficiencës kronike të placentës, siç është ngadalësimi i rritjes së fetusit,

- Rritja e presionit të gjakut,

- Edema,

- Edemë pulmonare [3].

Nëntipat e preeklampsisë

Preeklampsia ndahet: e lehtë dhe e rëndë. Preeklampsia është e rëndë kur në shtatzëni presioni i gjakut arrin vlera $\geq 160/110$ mmHg dhe proteinuri > 5 gram në urinën e grumbulluar 24 orë [1, 3].

Në preeklampsinë e rëndë përfshihen shumë organe, prandaj manifestohet me: trombocitopeni, edemë pulmonare, oliguria, mosfunksionim i veshkave, mosfunksionim i mëlçisë, anemi hemolitike, DIC, IUGR, Doppleri në arterien umbilikale patologjike, dhimbje koke, çrregullime të shikimit, dhimbje epigastrike në anën e djathtë [1, 3, 6].

Ekziston edhe një klasifikim tjetër i preeklampsisë në: preeklampsia pretempore dhe tempore [4-5].

Faktorët e rrezikut për preeklampsia

Faktorët e rrezikut të preeklampsisë janë me origjinë të ndryshme. Një kategorizim i mundshëm i tyre është si në vijim:

• Nullipariteti,

• Obeziteti,

• Shtatzëni e shumëfishtë,

• Histori familjare për preeklampsia,

• Hipertensionit paraekzistues ose sëmundjet e veshkave,

• Preeklampsia në shtatzënitë e mëparshme,

• Sëmundjet preekzistuese,

• Mosha e gruas < 20 ose > 35 ,

• Intervali kohor ndërmjet dy shtatzënive mbi 10 vite,

- Anomali të placentës,
- Thrombofilinë [1-3].

Faktorët etiopatologjik të preeklampsisë

Faktorët e mundshëm që përfshihen në etiopatologjinë e preeklampsisë janë:

- Dështimi i invazionit normal të trofoblastit,
- Dëmtimet endoteliale vaskulare,
- Ndërmjetësuesit inflamatorë,
- Intoleranca imunologjike midis nënës dhe indeve fetale,
- Anomali të koagulimit,
- Rritja e radikalëve të lira të oksigjenit,
- Mosbalancimi i proteinave angiogjenike dhe antiangiogjenike,
- Predispozicioni gjenetik,
- Deficiti dietik [3].

Shumica e autorëve flasin se problemi qëndron në implantimin placental dhe në invazionin trofoblastik në arteriet spirale gjatë implantimit të placentës. Kjo merret si shkaktari kryesor i hipertensionit në shtatzëni, konkretisht preeklampsisë dhe eklampsisë, por rëndësi kanë edhe faktorët e tjerë si reagimi i fortë imunitar ndaj indeve placentare dhe fetale, faktori gjenetik, nutricional dhe ai i mjedisit [16-17].

Invazioni trofoblastik dhe ndryshimet vaskulare të mitrës, normalisht ka invazion endovaskular të trofoblasteve në muret e arteriolave spirale të shtratit uteroplacental. Në tremujorin e parë trofoblastet endovaskulare invadojnë deri në segmente deciduale dhe në tremujorin e dytë një

valë tjetër e trofoblasteve invadon deri në segmentet miometriale (Fig.1).

Ky proces zëvendëson shtresën endoteliale dhe murin arterial muskular me ind fibrinoid dhe arteriolat spirale në këtë mënyrë bëhen të distenduara, torturoze dhe në formë gypi. Ky ndryshim fiziologjik shndërron arteriolat spirale në një sistem me rezistencë të ulët, presion të ulët dhe me rrjedhë të lartë. Në preeklampsi, ka dështim të valës së dytë të migrimit të trofoblasteve endovaskulare prandaj ka ulje të furnizimit me gjak në njësinë fetoplacental.

Të dhënat e fundit dëshmojnë se çrregullimet e baraspeshës së proteinave angiogjenike dhe antiangiogjenike në shtratit vaskular placental janë prezent te preeklampsia dhe ekziston mbiprodhimi i dy faktorëve antiangiogjenik nga indi trofoblastik. Faktorët antigjenogjenë shkaktajnë mosfunksionim të qelizave endoteliale (Fig.2) [3].

Në preeklampsi gjithashtu ekziston një çekuilibër relativ në përbërës të ndryshëm të prostaglandinave, ose mangësi absolute e prostaglandinës vazodilatore që sintetizohet nga endoteli vaskular dhe është rritur sinteza e tromboxanit në trombocite, një vazokonstriktor i fuqishëm. Po ashtu ka rritje të ndjeshmërisë së enëve të gjakut ndaj agjentit vazopresor angiotensin-II kurse aktiviteti i angiotensinazës është i ulur (Fig. 2) [3, 17-18].

Te preeklampsia është vërejtur mungesë e oksidit nitrik i cili relakson muskulaturën e lëmuar të enëve të gjakut, pengon grumbullimin e trombociteve dhe parandalon trombozën interviloze. Në

shfaqjen e hipertensionit në shtatzëni kontribuojnë po ashtu Endotelin -1 e cila është një substancë vazokonstriktore e fuqishme në krahasim me angiotensin-II, ndërmjetësuesit inflamatorë si: citokinat, interleukinat dhe të tjerët që rrjedhin nga leukocitet e aktivizuara dhe shkaktajnë dëmtim endotelial, si dhe metabolizmi jonormal i lipideve i cili sjell stres oksidativ. Peroksidet e lipideve dhe radikalët e anionit të superoksidit shkaktajnë dëmtim dhe mosfunksionim endotelial. (Fig.2).

Parashikimi i preeklampsisë

Parandalimi i preeklampsisë ka rëndësi të madhe në obstetrikë dhe duhet të fillojë sa më herët gjatë shtatzënisë sidomos te gratë me rrezik të lartë. Në shumicën e rasteve preeklampsia diagnostikohet vetëm pasi të jenë krijuar ndryshimet patologjike, prandaj ka shumë rëndësi që në shtatzëninë e hershme ose gjatë gjithë shtatzënisë të maten markues të ndryshëm biologjikë, biokimikë dhe biofizikë, të cilët janë të implikuar në patofiziologjinë e preeklampsisë në mënyrë që të parashikohet me kohë zhvillimi i saj. Dekada me radhë janë bërë studime ku objektivi kryesor i tyre ka qenë zgjedhja e testeve depistuese të sigurta dhe të besueshme për të parashikuar preeklampsinë. Faktet tregojnë se shumica e tyre kanë rezultuar si testimet me ndjeshmëri të ulët dhe me parashikim të dobët për preeklampsinë [11-13].

Për parashikimin e preeklampsisë gjenden më shumë se 100 teste klinike, biofizike dhe biokimike në përdorim, të cilët janë provuar të parashikojnë fillimin e preeklampsisë.

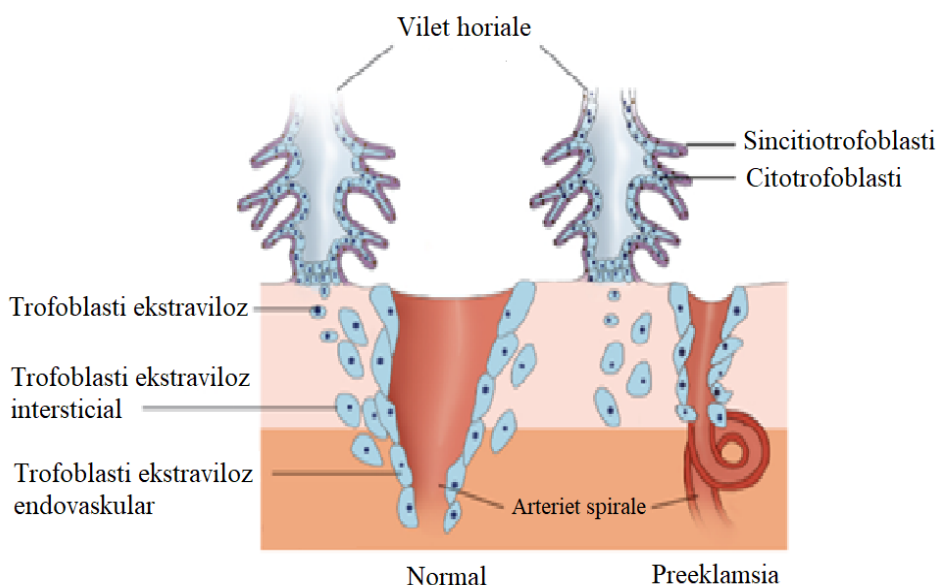


Figura 1. Ndryshimi anatomik dhe histologjik i arterieve spirale pas invadimit të trofoblastit në shtatzëni normale dhe me preeklampsi (F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield: Hypertensive Disorders of pregnancy. William Obstetric, page: 729-745, 24th edition, 2014).

Teste të tilla janë:

- Ultratingulli Doppler i indeksit të rezistencës së lartë në arteriet e mitrës, në tremujorin e dytë shoqërohet me rritjen e gjashtëfishit të gjasave për paraqitjen e preeklampsisë.
- Zhvillimi i mosfunksionimit renal.
- Mungesa e fundit diastolike ose modeleve të rrjedhës diastolike të kundërt në arteriet e umbilikale zakonisht tregojnë rezultat të dobët perinatal.
- Presioni Mesatar Arterial në tremujorin e dytë > 90 mmHg mund të parashikojë fillimin.
- Niveli SFlt-1 serum është i rritur te gratë me preeklampsia.
- ADN-ja fetale - zbulimi i ADN-së së lirë të fetusit në plazmën e nënës në shtatzëninë e hershme mund të jetë parashikuese e preeklampsisë [2-4, 9].

Raporti kalcium kreatininë në urinë në parashikimin e preeklampsisë

Vitet e fundit një grup studimesh janë përqendruar në ekzaminimin e vlerës potenciale të raportit kalcium kreatininë, si biomarkues në diagnozën dhe parashikimin e preeklampsisë, të cilat kanë konfirmuar për lidhjen mes raportit kalcium kreatininë në urinë dhe preeklampsisë [7-12, 14-17].

Preeklampsia shoqërohet me një shkallë

të vogël të rënies së filtrimit glomerular si rezultat i vëllimit të zvogëluar të plazmës. Megjithatë, shkaktar kryesor për këtë rënie është rritja e rezistencës arteriolare renale e cila mundet edhe të pesëfishohet [18-19]. Përgjegjës janë edhe ndryshimet morfologjike të karakterizuara nga endothelioza glomerulare që bllokun lumenin dhe shkakton pengesa në filtrim glomerular. Filtrimi i zvogëluar shkakton rritje të kreatininës në serum në krahasim me individët jo-shtatzënë, për afro 1 mg/ml dhe ndonjëherë edhe më e lartë [20]. Vlerat jo normale zakonisht fillojnë të normalizohen 10 ditë ose më vonë pas lindjes [21]. Kjo shkakton rënie të përqendrimit të kreatininës në urinën 24 orëshe.

Klirensi i kreatininës është një tregues i dëmtimit të veshkave në shtatzëninë me hipertension. Sa më i ulët është klirensi i kreatininës, aq më e rëndë është sëmundja renale.

Kjo është treguar të paralelizohet me rënie të kalciumit urinar në preeklampsia, madje edhe para paraqitjes klinike të shenjave dhe simptomave. Nga këto ndryshime renale në preeklampsia ka lindur ideja e studuesve të ndryshëm për përdorimin e raportit kalcium kreatininë në urinë si një test parashikues për preeklampsia [4].

Një studim i realizuar në Florida nga Tufan B et al. [23], në vitin 2000 konstatoi se vlerat

mesatare të raportit kalcium kreatininë në urinë në grupin e rasteve janë: 10.03 ± 0.55 mg/dL më të ulëta se vlerat e grupit kontroll 18.18 ± 1.01 mg/dL për <0.001 .

Studimi i realizuar në Meksikë në vitin 2007 nga Halhali A et al., [24] për raportin kalcium kreatininë, arriti në këto përfundime për vlerat mesatare të raportit kalcium kreatininë në urinë, në grupin e rasteve vlerat mesatare për raportin kalcium kreatininë janë: 0.62 ± 0.38 mg/dL më të ulëta se vlerat e grupit kontroll 1.38 ± 0.71 mg/dL për <0.001 .

Studimi i kohës së fundit për raportin kalcium kreatininë në urinë është ai i vitit 2022, i cili është realizuar nga Sonia J et al., [25] në Haryana, Indi. Rezultatet nga ky studim për raportin kalcium kreatininë rezultuan se mesatarja e raportit kalcium kreatininë për grupin e rasteve është: 0.08 ± 0.04 mg/dL dhe 0.11 ± 0.04 mg/dL për grupin kontroll.

Studimi i realizuar në Kosovë nga Ibrahim L. et al në vitin 2021 [10] tregon për rolin e raportit kalcium kreatininë në urinë në parashikimin e preeklampsisë. Në këtë hulumtim popullata e hulumtuar ka qenë e ndarë në tri grupe: grupi i parë shtatzëna me tension arterial normal, grupi i dytë me hipertension të induktuar nga shtatzënia dhe grupi i tretë me preeklampsia. Në grupin e parë mesatarja e raportit kalcium kreatininë në urinë është: 0.3 ± 0.1 mg/

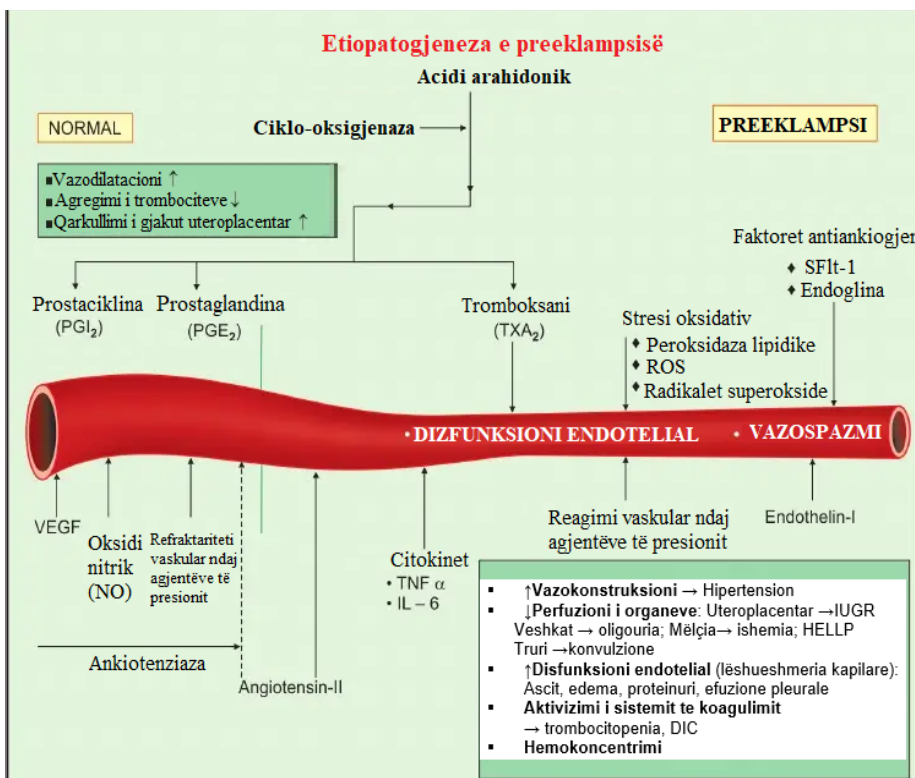


Figura 2. Etiopatogjeneza e preeklampsisë (North RA, McCowan LM, Dekker GA, Poston L, Chan EH, Stewart AW, Black MA, Taylor RS, Walker JJ, Baker PN, Kenny LC: Clinical risk prediction for pre- eclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort. BMJ 342:d1875, 2011).

dL, në grupin e dytë është: 0.2 ± 0.1 mg/dL dhe në grupin e tretë është: 0.1 ± 0.1 mg/dL, me një besueshmëri të lartë (sensitiviteti 87.9%, specificiteti 40.7%) që korrespondon me vlerën e pragut të "konsensusit" 0.105 (të "cut off"it). Dhe është ardhur në përfundim se gratë shtatzëna me raportin kalcium kreatininë <0.105 kanë një risk më të lartë për zhvillimin e preeklampsisë (87.9% CI, $p = 0.000$).

Duke u bazuar në studimin e realizuar në vendin tonë dhe studime analoge në vende të ndryshme të botës, futja e raportit kalcium kreatininë në urinë, në protokollin e përcjelljes laboratorike të shtatzënisë është e një rëndësie të veçantë, sepse vlerat jo normale të këtij raporti tregojnë për mundësinë e paraqitjes së preeklampsisë dhe shkallën e seriozitetit të kësaj sëmundjeje te gratë shtatzëna.

Realizimi i matjes së raporti kalcium kreatininë është i lehtë, me besueshmëri të lartë, dhe me kosto të arsyeshme, prandaj mund të jetë i përballueshëm për të gjitha gratë shtatzëna.

Referencat:

1. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield: *Hypertensive Disorders of pregnancy*. William Obstetric, page: 729-745, 24th edition, 2014.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy*. August 2010, NICE Clinical Guideline.
3. North RA, McCowan LM, Dekker GA, Poston L, Chan EH, Stewart AW, Black MA, Taylor RS, Walker JJ, Baker PN, Kenny LC: *Clinical risk prediction for pre-eclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort*. *BMJ* 342:d1875, 2011.
4. Roberts JM, Myatt L, Spong CY, Thom EA, Hauth JC, Leveno KJ, Pearson GD, Wapner RJ, Varner MW, Thorp JM, Jr., Mercer BM, Peaceman AM, Ramin SM, Carpenter MW, Samuels P, Sciscione A, Harper M, Smith WJ, Saade G, Sorokin Y, Anderson GB: *Vitamins C and E to prevent complications of pregnancy-associated hypertension*. *N Engl J Med* 362:1282-1291, 2010.
5. Villar J, Purwar M, Merialdi M, Zavaleta N, Thi Nhu NN, Anthony J, De Greeff A, Poston L, Shennan A: *World Health Organisation multicentre randomised trial of supplementation with vitamins C and E among pregnant women at high risk for pre-eclampsia in populations of low nutritional status from developing countries*. *BJOG* 116:780-788, 2009.
6. Postovit LM, Adams MA, Graham CH. *Does nitric oxide play a role in the aetiology of preeclampsia?*. *Placenta*. 2001; 22(suppl A):S51-5. *Medicine* Vol.316 no 12, 1987.
7. Dekker GA, Sibai BM. *Etiology and pathogenesis of preeclampsia: current concepts*. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179:1359-75.
8. Roberts JM, Cooper DW. *Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia*. *Lancet*. 2001;21. Bainbridge SA, Roberts JM, von Versen-Hoyneck F, Koch J, Edmunds L, Hubel CA. *Uric acid attenuates trophoblast invasion and integration into endothelial cell monolayers*. *Am J Physiol, Cell Physiol* 2009; 297:C440-C450.
9. Cnossen JS, Vollebregt KC, de Vrieze N, ter Riet G, Mol BW, Franx A, Khan KS, van der Post JA: *Accuracy of mean arterial pressure and blood pressure measurements in predicting pre-*

ABUZIMI ME STEROIDE ANABOLIKE - ANDROGJENIKE DHE NDIKIMI I TYRE NË FERTILITET



Liridona Gashi
Doktor i Mjekësisë

Steroidet anabolike-androgjenike përbëjnë një kategori hormonesh që keqpërdoren shpesh në doza të larta jo terapeutike për shkak të vetive të tyre anabolike. Aftësia e tyre për të rritur masën e muskujve, forcën dhe estetikën fizike shërben si tërheqje për shumë individë. Megjithatë, krahas përfitimeve të tyre të supozuara, përdorimi i tyre përfshin efekte dhe rreziqe të ndryshme duke përfshirë implikimet në fertilitet.

Çfarë janë steroidet anabolike-androgjenike?

Steroidet anabolike-androgjenike (AAS) imitojnë testosteronin, hormonin kryesor seksual mashkullor, në një formë sintetike. Testosteroni tek meshkujt prodhohet në nivele më të larta gjatë pubertetit për të nxitur zhvillimin e tipareve seksuale mashkullore si rritjen e qimeve në trup, zëri më i thellë, rritja e dëshirës seksuale dhe rritja e gjatësisë dhe masës muskulore. Pavarësisht lidhjes së tij me maskulinitetin, femrat prodhojnë gjithashtu testostereone, megjithëse në sasi më të vogla. Funkcionet e tij kryesore tek femrat përfshijnë ruajtjen e densitetit të kockave dhe mbështetjen e funksionit seksual.

Si prodhohet dhe cili është mekanizmi i veprimit të testosteronit?

Prodhimi i testosteronit rregullohet nga boshti hipotalamus-hipofizë-gonade, siç shihet në figurën 1. Brenda këtij boshti, neuronet e hormonit çlirues të gonadotropinës (GnRH) në hipotalamus lirojnë GnRH në kapilarët e sistemit portal hipofizik. Me arritjen në qelizat e përparme të hipofizës, GnRH lidhet

me receptorin e tij, duke filluar një kaskadë ngjarjesh që kulmojnë me sintezën dhe lirimin e hormonit luteinizues (LH) dhe hormonit folikul-stimulues (FSH). LH dhe FSH më pas veprojnë në qelizat Leydig dhe Sertoli brenda testiseve. LH stimulon prodhimin e testosteronit, ndërsa FSH së bashku me LH rregullon spermatogjenezën. Testosteroni dhe metaboliti i tij estradiol ushtrojnë efekte feedback frenuese në hipotalamus dhe hipofizë, duke ruajtur sekretimin e tyre brenda kufijve normal. Testosteroni i nënshtrohet rrugëve të ndryshme metabolike. Rruga e drejtpërdrejtë e veprimit të testosteronit është karakteristike e muskujve skeletorë në të cilët vetë testosteroni lidhet dhe aktivizon receptorin androgjen duke stimuluar rritjen e masës kockore dhe muskulore. Rruga e dytë është karakteristike në gjëndrën e prostatës dhe gjëndrat e flokëve. Në këtë rrugë, testosteroni konvertohet në mënyrë enzimatike nga 5 α reduktaza në dihidrotestosteron (DHT), një androgjen më i fuqishëm. DHT është thelbësor për formimin e organeve gjenitale të jashtme mashkullore dhe androgjeni kryesor përgjegjës për qimet e fytyrës, qimet e trupit, qimet pubike dhe rritjen e prostatës. Rruga e tretë, karakteristike e kockave dhe trurit, testosteroni i nënshtrohet aromatizimit në estradiol, duke çuar në efekte estrogenike si rritjen dhe maturimin e sistemit riprodhues dhe gjinjeve gjatë pubertetit, rritja e depozitimit të yndyrës sipas modelit femëror, rritjen e kockave dhe feminizmin e skeletit. Këto metabolite inaktivohen kryesisht në mëlçi, por edhe në veshka dhe inde të tjera të ndjeshme

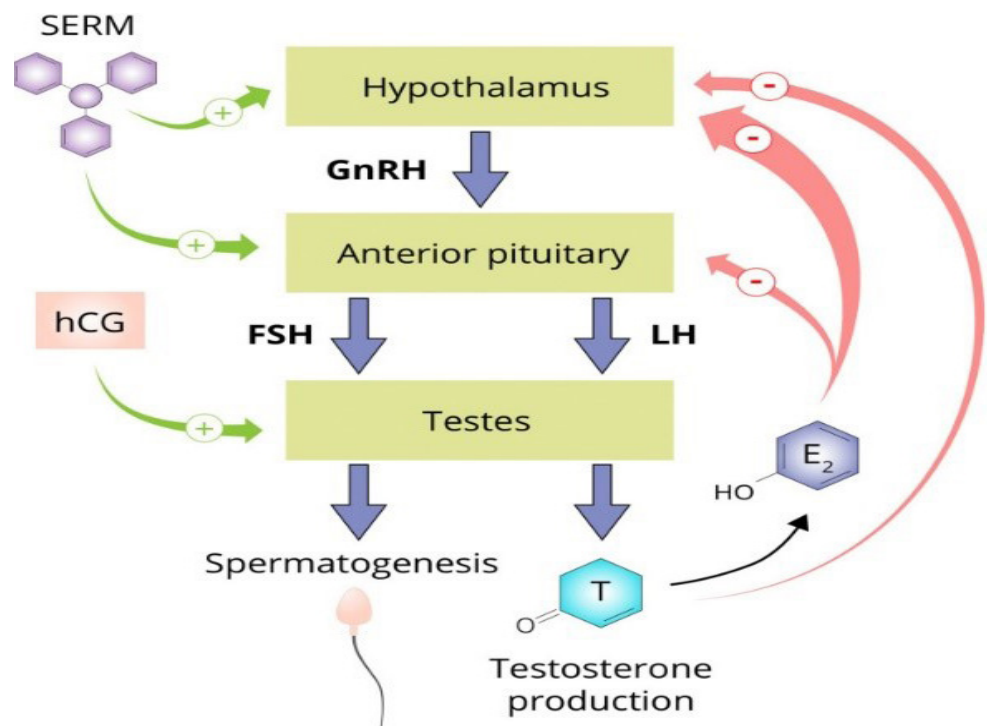


Figura 1. Boshti hipotalamus-hipofizë-gonade (Bond P, Smit DL, de Ronde W. Anabolic-androgenic steroids: How do they work and what are the risks? Front Endocrinol (Lausanne). 2022 Dec).

Korrespondenca:
gashiliridona25@gmail.com

ndaj androgjenit. (Figura 2)

Për çfarë përdoren AAS?

AAS u zbuluan në fund të viteve 1930 dhe që atëherë kanë gjetur aplikim në trajtimin e kushteve të tilla si hipogonadizmi, puberteti i vonuar, disa forma të impotencës dhe dëmtimi i muskujve të lidhur me infeksionin HIV ose sëmundje të tjera. Këto komponime ushtrojnë efektet e tyre në sisteme të ndryshme trupore duke përfshirë muskujt, gjëndrat e flokëve, kockat, mëlçinë, veshkat, organet riprodhuese dhe sistemin nervor. Efektet e tyre kryesore rrjedhin nga vetitë e tyre anabolike dhe androgjenike. Anabolizmi i referohet mbajtjes së azotit në masën e dobët trupore, e arritur duke nxitur sintezën e proteinave dhe/ose duke reduktuar ndarjen e proteinave. Ky proces nxitë rritjen, sintezën e proteinave dhe kolagenit, si dhe një rritje të madhësisë së muskujve dhe metabolizmit të kockave. Kurse androgjenizmi tregon ndryshime fiziologjike që zakonisht vërehen te meshkujt, si zhvillimi i karakteristikave dytësore mashkullore, rritja e qimeve, rritja e aktivitetit të gjëndrave dhjamore, maturimi i spermës dhe rritja e dëshirës seksuale.

Pse keqpërdoren AAS?

AAS njihen për rritjen e masës së dobët të muskujve, veçanërisht kur kombinohen me stërvitje me peshë. Peshëngritësit shpesh synojnë të përmirësojnë fizikun e tyre, duke bërë që disa individë t'i drejtohen steroideve anabolike për të rritur besimin, veçanërisht kur ata perceptojnë kufizime në arritjen e fitimeve të mëtejshme vetëm përmes stërvitjes me peshë. Shumë përdorues dëshmojnë se steroidet anabolike lehtësojnë arritjen e imazhit të dëshiruar të trupit. Për më tepër, rritja e masës muskulore mund të rrisë forcën, duke përmirësuar potencialisht performancën në sporte specifike. Gjithashtu përdoruesit raportojnë shërim të përsheptuar të muskujve pas tendosjes ose lëndimit intensiv. Steroidet anabolike të përdorura ose të abuzuara zakonisht përfshijnë Anadrol (oxymetholone), Oksandrin (oxandrolone), Dianabol (methandrostenolone), Deco-Durabolin (nandrolone decanoate) dhe Depo-Testosterone (testosterone cypionate). (Figura 3). AAS mund të merren lehtësisht përmes tregtarëve lokalë ose burimeve në internet, edhe pse shitja e tyre është e ndaluar me ligj në shumë vende. Studimet tregojnë se globalisht rreth 3.3% e individëve kanë përdorur steroide në një moment të jetës së tyre. Veçanërisht ka një ndryshim të rëndësishëm gjinor, me

një normë prevalence gjatë gjithë jetës prej 6.4% te meshkujt dhe 1.6% te femrat, që tregon një prevalencë më të lartë tek meshkujt.

Cilat janë efektet anësore të AAS?

Në doza të kontrolluara dhe nën mbikëqyrjen mjekësore, steroidet anabolike bartin një rrezik të reduktuar të efekteve afatgjata ose negative. Sidoqoftë, keqpërdorimi, qoftë në sasi të larta për një kohëzgjatje të shkurtër ose përdorim të zgjatur, siç shihet shpesh te atletët, mund të çojë në një mori efektesh negative. Këto mund të përfshijnë kushte të tilla si sëmundja koronare e zemrës, kardiomiopatia, hipertensioni, hiperlipidemia, gjinekomastia, hepatotoksiteti, refluksi gastroezofageal, hemorragjia gastrointestinale, hipertrofia beninjë e prostatës, dizuria, hematuria, policitemia, karcinoma e prostatës, mialgjia, luhatjet e humorit, dhimbje koke, depresion, nervozizëm, pagjumësi, akne vulgaris, dermatit kontakti, skuqje të lëkurës dhe infertilitet. Është thelbësore të pranohet se keqpërdorimi i steroideve anabolike mund të rezultojë në pasoja të rënda shëndetësore, duke nënvizuar rëndësinë e përdorimit të tyre të arsyeshëm nën drejtimin mjekësor. (Figura 4,5).

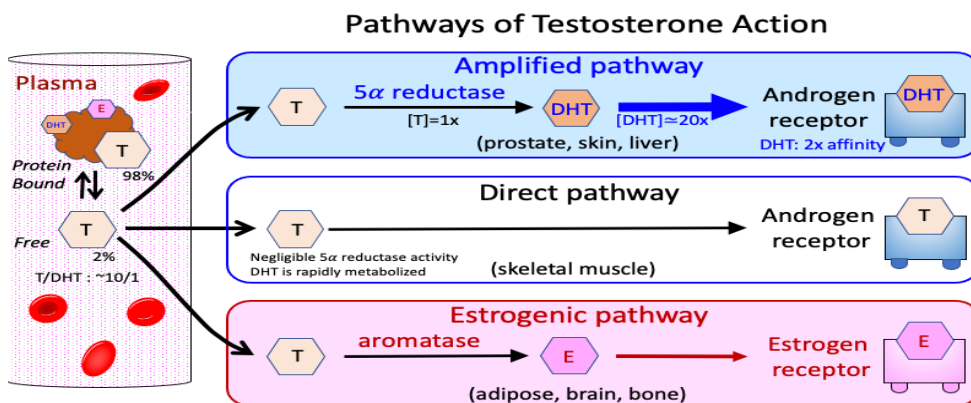


Figura 2. Rrugët e metabolizmit të testosteronit (anabolic_androgens_-_pharmacology_abuse [TUSOM | Pharmwiki] [Internet]. Tulane.edu. 2023 [cited 2024 May 27]. Available from: https://tmedweb.tulane.edu/pharmwiki/doku.php/anabolic_androgens_-_pharmacology_abuse).

Commonly Abused Synthetic Anabolic Steroids

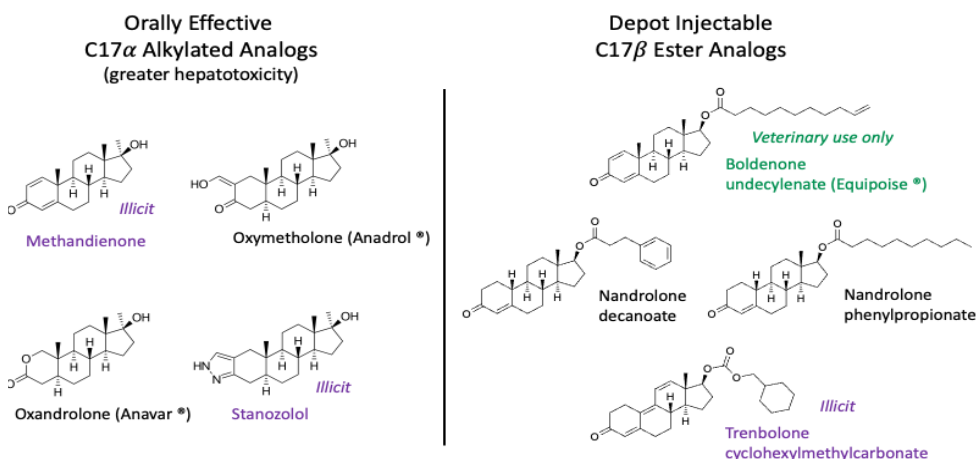


Figura 3. Steroidet anabolike më të abuzuara (anabolic_androgens_-_pharmacology_abuse [TUSOM | Pharmwiki] [Internet]. Tulane.edu. 2023 [cited 2024 May 27]. Available from: https://tmedweb.tulane.edu/pharmwiki/doku.php/anabolic_androgens_-_pharmacology_abuse).

Si ndikojnë AAS në fertilitetin mashkullor?

Administrimi ekzogjen i steroideve shkakton efekte feedback frenuese në hipotalamus dhe hipofizë, duke frenuar prodhimin e testosteronit dhe spermatogenezën. Rrjedhimisht, përqendrimi i gonadotropinës ulet ndërsa testosteroni, derivatet e tij dhe estrogeni rriten. Këto ndryshime hormonale mund të çojnë në shqetësime në ereksion dhe ulje të dëshirës seksuale. Sasia dhe struktura e qelizave të spermës ndryshojnë, duke rezultuar në një rënie të cilësisë së spermës. Kjo rënie mund të vazhdojë deri në 30 javë pas ndërprerjes së përdorimit të steroideve. Megjithatë parametrat e spermës mund të përmirësohen, funksioni i dëmtuar i testisit mund të vazhdojë, duke rezultuar në ulje të fertilitetit. Spermatogjeneza e zvogëluar gjithashtu mund të shkaktojë atrofi testikulare. Prandaj, infertiliteti zakonisht shfaqet si oligozoospermia ose azoospermia, së

bashku me anomalitë në lëvizshmërinë dhe morfologjinë e spermës.

Si ndikojnë AAS në fertilitetin femëror?

Nivelet e ngritura të testosteronit nga përdorimi i AAS mund të prishin ciklin menstrual tek gratë, duke çuar në perioda të parregullta ose ndërprerje të plotë. Menstruacionet e rregullta tregojnë ovulimin, thelbësor për fertilitetin. Mungesa e ovulacionit rezulton në infertilitet, pasi shtatzënia nuk mund të ndodhë pa lëshimin e një veze. Virilizimi, i karakterizuar nga zhvillimi i tipareve mashkullore për shkak të rritjes së hormoneve mashkullore, është një tjetër tregues i përdorimit të steroideve tek gratë. Simptomat përfshijnë: rritjen e qimeve të trupit dhe fytyrës (hirsutizmi), zëri i thelluar dhe zmadhimi i klitorit (klitoromegalia). Këto ndryshime mund të jenë shqetësuese dhe ndonjëherë të përhershme edhe pas ndërprerjes së përdorimit të steroideve. Përdorimi i

zgjatur i steroideve mund të rrisë rrezikun e çrregullimeve të vezoreve dhe mitrës, duke ndikuar drejtpërdrejt në fertilitet. Efektet psikologjike të tilla si: luhatjet e humorit, agresioni dhe pagjumësia, që janë të zakonshme me përdorimin e zgjatur të steroideve, gjithashtu mund të ndikojnë negativisht në fertilitet.

Cilat janë mënyrat e menaxhimit efektiv ndaj abuzimit të AAS?

Trajtimi për abuzimin me steroide duhet të synojë shkaqet e tij themelore. Kjo mund të përfshijë terapi psikologjike, terapi hormonale për të trajtuar hipogonadizmin dhe simptomat depresive, dhe terapi antidepressive për rastet që nuk reagojnë në terapinë hormonale. Trajtimet farmakologjike dhe psiko-sociale, efektive në varësinë ndaj opioideve, mund të ndihmojnë gjithashtu në zbutjen e shenjave të varësisë nga steroidet anabolike.

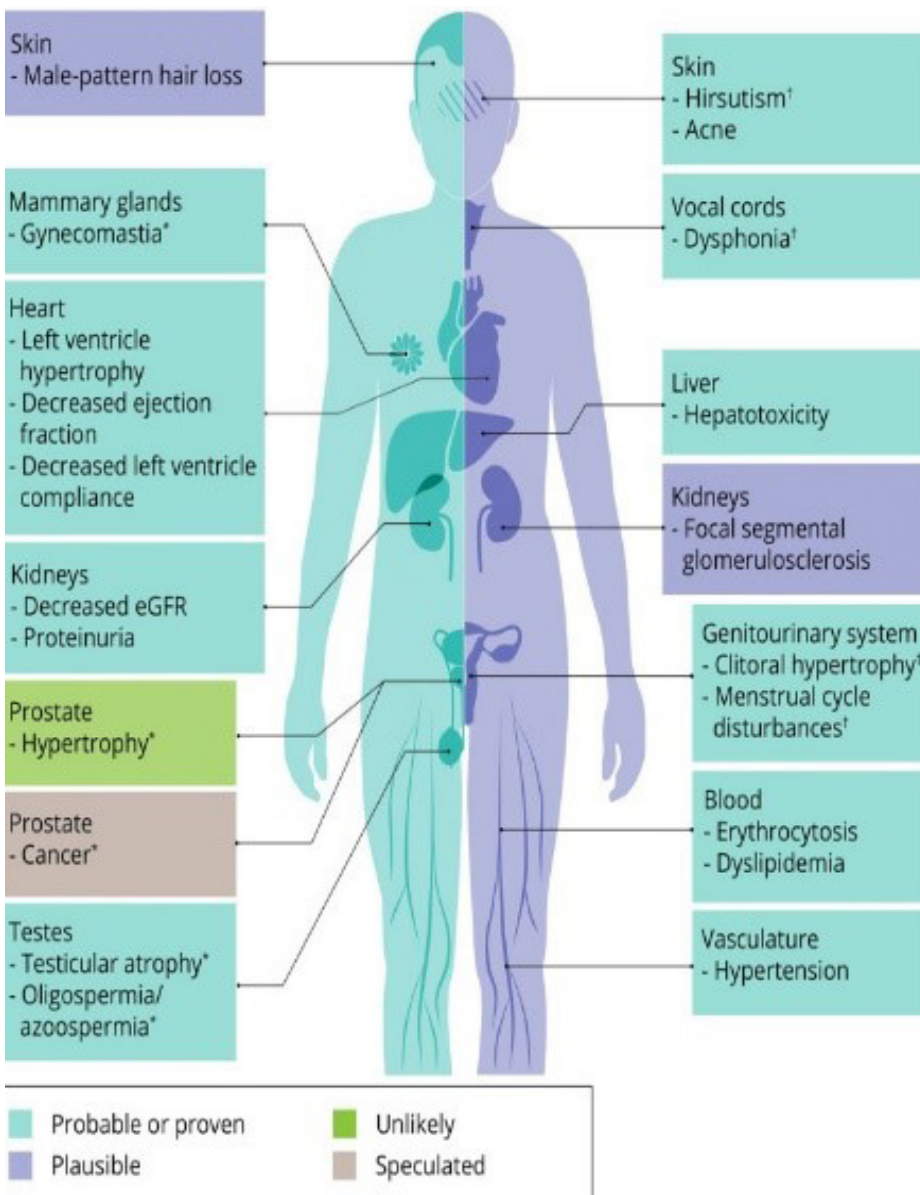


Figura 4. Efektet anësore si pasojë e abuzimit me steroide anabolike (Bond P, Smit DL, de Ronde W. Anabolic-androgenic steroids: How do they work and what are the risks? Front Endocrinol (Lausanne). 2022 Dec).

Si trajtohet infertiliteti tek rastet me abuzim të AAS?

Trajtimi me testosteron nuk përmirëson spermatogjenezën; Testosteroni ekzogjen frenon prodhimin e hormonit çlirues të gonadotropinës dhe hormonit luteinizues, duke penguar prodhimin e testosteronit testikular. Cilësia e spermës zakonisht normalizohet brenda 4-12 muajve pas ndërprerjes së steroideve, por efektet negative në cilësinë e spermës mund të vazhdojnë. Vetëm ndërprerja e AAS, mund të rivendosë fertilitetin tek disa meshkuj. Tek disa mund të përdoret induksioni i spermatogjenezës me gonadotropina ose analoge të gonadoliberinës duke përfshirë injeksione IM të gonadotropinës korionike (hCG), gonadotropinë humane në menopauzë (hMG) ose FSH rekombinante. Gjithashtu, përdoren regjime të ndryshme duke përfshirë terapinë e zëvendësimit të testosteronit (TRT), modulator selektiv të receptorit të estrogenit (SERM) si citrat clomiphene dhe tamoxifen, dhe injeksione të hCG bashkë me SERM përdoren për rastet rezistente.

Metodologjia

Hulumtimi i këtij punimi është "rishikim i literaturës ekzistuese" me bazë në publikime të ndryshme ndërkombëtare shkencore-mjekësore



Figura 5. Akne vulgaris si pasojë e përdorimit të steroideve (Keim B. Graphic Evidence Against Steroid Abuse [Internet]. Wired. Available from: <https://www.wired.com/2008/08/graphic-evidenc/>).

dhe informata shkencore marrë nga ueb faqe të ndryshme. Të gjitha burimet informative janë të cituara në pjesën e referencave.

Përfundimi

Steroidet anabolike-androgjenike zakonisht përdoren nga atletët amatorë dhe profesionistë për të rritur forcën dhe madhësinë e muskujve. Megjithatë, pavarësisht efektivitetit të tyre në arritjen e këtyre qëllimeve, përdorimi i tyre bart rreziqe thelbësore. Efektet anësore variojnë nga shqetësimet kozmetike si akne vulgaris dhe klitoromegalia tek gratë deri te gjendjet e rënda si sëmundjet kardiovaskulare. Ndikimi në fertilitetin mashkullor shpesh raportohet më pak, por kërkon vëmendje më të madhe nga profesionistët mjekësorë. Një vlerësim i infertilitetit në përdoruesit e steroideve duhet të përfshijë një ekzaminim të plotë fizik, analizë seminale, studim të profilit hormonal dhe analizë gjenetike. Është e domosdoshme të udhëzohet për ndërprerjen e menjëhershme të përdorimit të steroideve. Në thelb, qasja optimale është të dekurajohet fuqimisht përdorimi i steroideve dhe t'u sigurohet individëve që vazhdojnë në abuzim, mbështetje etike dhe klinike nga specialistë uro-andrologjikë.

Referencat:

- Bond P, Smit DL, de Ronde W. Anabolic-androgenic steroids: How do they work and what are the risks? *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Dec.
- Ganesan K, Haque IU, Zito PM. Anabolic Steroids [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482418/>.
- Gupta DR. Effects of Anabolic Steroids on Male and Female Fertility [Internet]. Dr. Rhythm Gupta. 2024 [cited 2024 May 19]. Available from: <https://exclivf.com/effects-of-anabolic-steroids-on-male-and-female-fertility/>.
- Preiato D. Are Steroids Bad for You? Uses, Side Effects, and Dangers [Internet]. Healthline. Healthline Media; 2019. Available from: <https://www.healthline.com/nutrition/are-steroids-bad>.
- Anabolic Steroids and Other Appearance and Performance Enhancing Drugs (APEDs) [Internet]. National Institute on Drug Abuse. Available from: <https://nida.nih.gov/research-topics/anabolic-steroids#treatments>.
- Cleveland Clinic. Anabolic Steroids [Internet]. Cleveland Clinic. 2023. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/5521-anabolic-steroids>.
- El Osta R, Almont T, Diligent C, Hubert N, Eschwège P, Hubert J. Anabolic steroids abuse and male infertility. *Basic and clinical andrology* [Internet]. 2016; 26:2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4744441/>.
- Matyja D, Abod L, Ilnicka N, Sadlik M, Zuziak P. Anabolic-androgenic steroids. Mechanism of action and clinical effects. *Journal of Education, Health and Sport* [Internet]. 2023 Sep 7 [cited 2023 Oct 12];15(1):122-33. Available from: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/45577>.
- Kinter KJ, Amraei R, Anekar AA. Biochemistry, Dihydrotestosterone [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557634/#:~:text=The%20>

TRENDI I NUMRIT TË LINDJEVE DHE MËNYRAT E LINDJEVE NË SPITALIN E PËRGJITHSHËM NË PEJË NË PERIUDHËN 2000-2023



Pleurat Dreshaj

Doktor i Mjekësisë

Në përgjithësi në botë, edhe pse me shpërndarje jo të njëjtë, ka trend në rënie të numrit të lindjeve. Faktor të ndryshëm, tashmë të njohur si ata: ekonomik, kulturor, social, politikat demografike të shteteve të veçanta kanë ndikimin e vet në këtë dukuri, por që nuk janë objekt i këtij studimi.

Sipas të dhënave të publikuara nga Agjencia e Statistikave të Kosovës, në vitin 2022 janë 22 mijë e 632 lindje në Kosovë, në vitin 2021 janë kryer 22 mijë e 830 lindje, në vitin 2020 janë shënuar 21 mijë e 907 lindje, në vitin 2019 janë 21 mijë e 798 lindje, në vitin 2018 janë 22 mijë e 761 lindje, në vitin 2017 janë 23 mijë e 402 lindje, në vitin 2016 janë 23 mijë e 416 lindje.

Po ashtu në vitin 2015 janë 24 mijë e 594 lindje, në vitin 2014 janë regjistruar 25 mijë e 929, në vitin 2013 janë 29 mijë e 327 lindje, në vitin 2012 janë 27 mijë e 743 lindje, ndërsa në vitin 2011 janë regjistruar 34 mijë e 262 lindje. Ndërsa, dy vite pas luftës, 2001 kanë qenë 33 mijë lindje, kurse në vitin e para luftës, më 1990 ishin 55 mijë e 175 lindje.¹

Sipas Albinfo, në Shqipëri, në tremujorin e dytë të vitit 2022 kanë lindur gjithsejtë 5400 foshnje ose 15% më pak se një vit më parë..²

Me këtë ecure, në vitin 2022 rezulton që një grua lind mesatarisht 1.32 fëmijë. Që popullsia të mos tkurret duhet që norma e lindshmërisë të jetë 2.1 fëmijë për grua. I bie të jetë për 078 më pak. Për herë të fundit kjo normë është regjistruar 20 vite më parë..²

Në periudhën prill-qershor të vitit 2022, në 8 nga 12 qarqe të Shqipërisë numri i vdekjeve ka qenë më i madh se lindjet. Vetëm në qarkun Tiranë, Durrës, Dibër e Kukës shtesa natyrore është pozitive.²

Shqipëria prej 30 vitesh ka trend të rënies së popullsisë, ku përveç lindshmërisë, vlerësohet të kenë ndikim edhe faktorët si emigrimi e mplakaja.^{Albinf.ch/2}

Për herë të parë, që nga viti 1960, numri i lindjeve në Bashkimin Evropian ka rënë nën 4 milion, një nga nivelet më të ulëta të lindshmërisë në botë.³

Në vitin 2022, numri i lindjeve në Bashkimin Evropian arriti nivelin më të ulët që nga viti 1960, sipas të dhënave më të fundit të disponueshme.³

Atë vit, vetëm 3.88 milionë foshnja të gjalla lindën në BE, duke shënuar herën e parë që shifra ra nën 4 milionë. Shkalla e fertilitetit ra gjithashtu, duke iu afruar niveleve të para dy dekadave më parë.

BE-ja kishte një nga normat më të ulëta të lindshmërisë në botë, e përcaktuar si numri i lindjeve të gjalla për grua, sipas euronews.³

Ka pasur një tendencë në rënie që nga viti 1960 në numrin e fëmijëve të lindur në BE. Numri më i ulët u regjistrua në vitin 2022 me 3.88 milionë.

Në vitin 1990, 5.1 milionë foshnja lindën në BE, duke shënuar vitin e fundit që lindjet kaluan

Number of live births in the EU (1960-2022)



Source: Eurostat



Korrespondenca:
dr.pleuratdreshaj@gmail.com

Figura 1. Numri i lindjeve të gjalla në EU. (<https://www.euronews.com/health/2024/05/14/european-fertility-crisis-which-european-country-is-having-the-fewest-babies>).

pesë milionë.

Normat e fertilitetit ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme në të gjithë Evropën.

Në vitin 2022, shkalla e lindshmërisë, e cila pasqyron numrin e lindjeve të gjalla për grua, ndryshoi ndjeshëm në BE, duke filluar nga 1.79 në Francë në 1.08 në Maltë sipas Eurostat, zyrës statistikore të BE-së.

Mesatarja për BE-në në tërësi ishte 1.46. Përfshirë Shoqatën Evropiane të Tregtisë së Lirë (EFTA), Britaninë e Madhe dhe vendet kandidate në BE, Gjeorgjia (1.83) dhe Moldavia (1.81) raportuan norma më

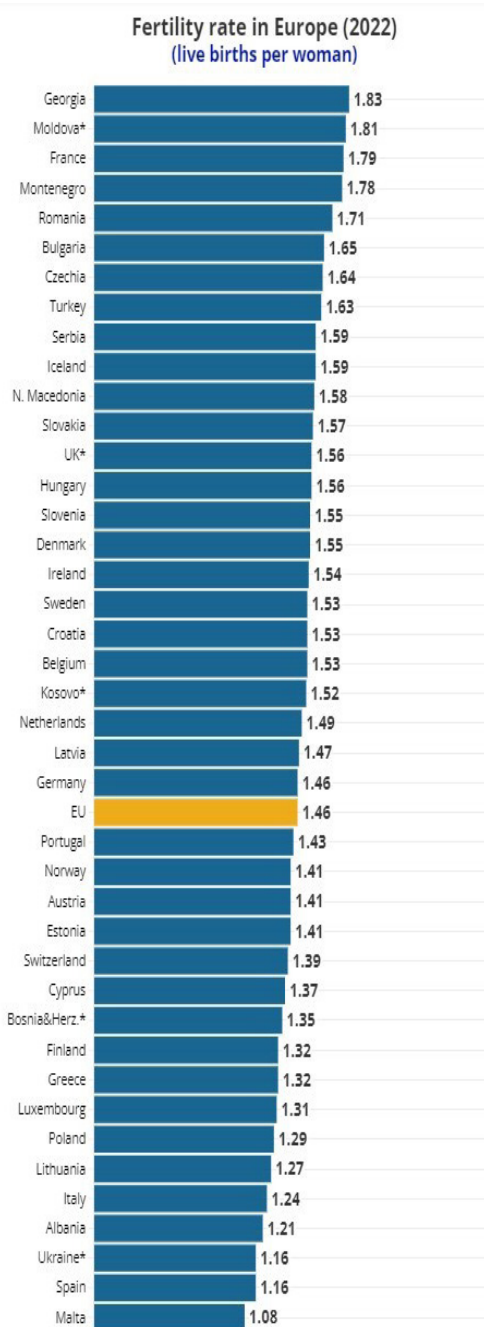


Figura 2. Norma mesatare globale e lindshmërisë në EU. (<https://www.statista.com/statistics/612074/fertility-rates-in-european-countries/>).

të larta se Franca, transmeton Telegrafi.

Kosova zë vendin e 21-të sa i përket numrit të lindjeve, gjegjësisht 1.52 fëmijë të gjallë për grua. Gjersa Shqipëria renditet në fund të listës me 1.21 promila. Nga vendet e rajonit qëndron më së miri Mali i Zi me 1.78.

Ndërsa shkalla më e lartë e lindshmërisë vërehet në Francë, një vend mesdhetar, vende të tjera mesdhetare si Malta (1.08), Spanja (1.16), Italia (1.24), Greqia (1.32) dhe Qiproja (1.37) kanë norma dukshëm më të ulëta.

Norma pak më të larta të lindshmërisë u regjistruan në vende si Rumania (1.71), Turqia (1.63), Britania e Madhe (1.56), Gjermania (1.46) dhe Finlanda (1.32).

BE-ja ka një nga normat më të ulëta të lindshmërisë në botë.

Tabela 1. Pasqyron numrin e përgjithshëm të lindjeve në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë, numrin e lindjeve me prerje Cezariane dhe atyre të asistuara me vakum ekstraktor dalës dhe lindjeve me prezantim me pelvik.

Viti	Nr.i Lindjeve	Lindjet me S.C	Lindjet me V.E.	Lindjet spotane me komplik
2000	3359	267	26	32
2001	3226	380	21	35
2002	3116	470	12	20
2003	2918	492	9	18
2004	2819	555	8	22
2005	2583	564	7	26
2006	260	633	6	27
2007	2661	609	6	19
2008	2620	684	5	23
2009	2553	754	5	18
2010	2433	731	4	35
2011	2525	770	3	47
2012	2594	818	3	21
2013	2476	843	4	26
2014	2384	875	3	22
2015	2178	777	2	17
2016	2150	689	2	23
2017	2065	682	1	15
2018	1902	699	1	8
2019	1599	609	0	8
2020	1694	653	0	10
2021	1696	679	0	5
2022	1553	660	0	3
2023	1443	688	0	3

tani më shumë se 1 në 5 (21%) të të gjitha lindjeve. Parashikohet se ky numër do të vazhdojë të rritet gjatë dekadës së ardhshme, me gati një të tretën (29%) të të gjitha lindjeve që ka të ngjarë të ndodhin me prerje cezariene deri në vitin 2030.4

Ka mospërputhje të konsiderueshme në qasjen e një gruaje në prerje cezariene, në varësi të vendit ku ajo jeton në botë. Në vendet më pak të zhvilluara, rreth 8% e grave lindën me prerje cezariene me vetëm 5% në Afrikën sub-Sahariene, duke treguar një mungesë shqetësuese të qasjes në këtë operacion shpëtues të jetës.4

Anasjelltas, në Amerikën Latine dhe Karaibe, normat janë aq të larta sa 4 në 10 (43%) të të gjitha lindjeve. Në pesë vende (Republika Domenikane, Brazil, Qipro, Egjipt dhe Turqi), prerjet cezariene tani janë më të mëdha se lindjet vaginale.4

Tabela 2. Përqindjet e lindjeve me Sextio Caesare

Viti	Indjet me S.C -%
2000	7.8
2001	11.7
2002	15.0
2003	16.8
2004	19.7
2005	21.8
2006	24.1
2007	26.1
2008	29.5
2010	30.0
2011	30.4
2012	31.5
2013	34.0
2014	36.7
2015	35.7
2016	32.0
2017	33.0
2018	36.7
2019	38.0
2020	38.5
2021	40.0
2022	42.5
2023	47.6

Normat e prerjeve cezariene në mbarë botën janë rritur nga rreth 7% në 1990 në 21% sot, dhe parashikohet të vazhdojnë të rriten gjatë kësaj dekade aktuale. Nëse kjo tendencë vazhdon, deri në vitin 2030 normat më të larta ka të ngjarë të jenë në Azinë Lindore (63%), Amerikën Latine dhe Karaibe (54%), Azinë Perëndimore (50%), Afrikën Veriore (48%) Evropën Jugore (47%) dhe Australia dhe Zelanda e Re (45%), sugjeron kërkimi.4

Sipas të dhënave të marra nga Disertacioni i Doktoratës i Ilta Bylykbashi, 2020, Tiranë, në Shqipëri përqindja e lindjeve me Sexio Cesarea në vitin 2017 ishte 37.7% .4

1. Qëllimi dhe metoda e hulumtimit

1.1 Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij punimi është që përmes metodës statistikore, analizës së të dhënave të marra nga Spitali i Përgjithshëm në Pejë, Reparti Obstetrik mbi numrin e lindjeve dhe mënyrën e kryerjes së lindjeve të kuptojmë se cili është trendi edhe i numrit të lindjeve, por edhe mënyrës me të cilën janë kryer lindjet e veçanërisht raportin në mes të lindjeve me rrugë natyrore dhe atyre me prerje Cezariene, duke përfshirë në këtë analizë edhe lindjet e asistuar përmes aplikimit të vakumit dalës.

1.2 Objektivat e punimit

•Objektivi i parë: Të mësohet numri i lindjeve në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë nga viti 2000 deri në vitin 2023 dhe të dëshmohet trendi në rënie i lindjeve në përgjithësi.

•Objektivi i dytë: Të mësohet raporti në mes të lindjeve me rrugë natyrore krahas lindjeve me prerje cezariene, dhe trendi gjithnjë në rritje i lindjeve me rrugë operative në raport me lindjet me rrugë natyrore.

•Objektivi i tretë: Të konkludohen rekomandimet e mundshme.

1.3. Hipotezat

1. Ka trend të vazhdueshëm të rënies së numrit të lindjeve në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë.

2. Ka trend në rritje të numrit të lindjeve me rrugë operative - prerje Cezariene.

1.4 Metodologjia dhe teknikat e hulumtimit

Ky punim është i llojit statistikor - është përdorur metoda statistikore e studimit duke i njehsuar numrat relativë, grafikët dhe tabelat.

Të dhënat janë marrë nga arkivi i Repartit Obstetrik në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë përgjatë periudhës 2000-2023.

Përmes grumbullimit, sistemimit, analizës dhe përpunimit të të dhënave është arritur në përfundimet që vërtetojnë hipotezën se kemi rënie të numrit të lindjeve dhe rritje të përqindjes së lindjeve të kryera me prerje Cezariene.

Rezultatet, diskutimi dhe përfundimi

2.1 Rezultatet

Nga të dhënat e mbledhura në arkivin e Repartit të Obstetrikës në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë, pas pëlqimit paraprak të marrë nga administrata e spitalit rezultojnë këto të dhëna, të prezantuara në formë tabelore.

Tabl. Nr. 1. Pasqyron numrin e përgjithshëm të lindjeve në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë, numrin e lindjeve me prerje Cezariene dhe atyre të asistuar me vakum ekstraktor dalës dhe lindjeve me prezantim me pelvik.

Nga analiza e të dhënave rezulton se ka një rritje të vazhdueshme të përqindjes së lindjeve me rrugë operative (prerje Cezariene nga 7.9% në vitin 2000 deri në 47.6% në vitin 2023). Përrjashtim bëjnë vitet 2016 kur kishim një rënie të përqindjes nga 35.7% në vitin 2016, në 32 % në vitin 2017 për të vazhduar më pas trendi i rritjes.

Rritja përqindjes së lindjeve me prerje Cezariene është përcjellë me ulje të numrit të lindjeve me Vakum Ekstraktordalës nga 26 raste në vitin 2000 në 0 lindje në vitet 2022 dhe 2023. Trend të njëjtë të zvogëlimit të lindjeve me prezantim me pelvik të asistuar dhe të udhëhequra nga mjeku specialist nga 32 në vitin 2000 në 3 lindje në vitet 2022 dhe 2023.

Kjo rezulton të jetë si rrjedhojë e liberalizimit të indikacioneve për lindje me prerje cezariene, sidomos kur në indikacione kanë përfshirë përcaktimin dhe vullnetin e pacientit.

2.3 Përfundimet dhe diskutimet

Në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë nga viti 2000 kemi zvogëlim, nga viti në vit, të numrit të lindjeve edhe atë nga 3359 në vitin 2000 në 1443 në vitin 2023, që shprehur në përqindje i bie për 237.8 % më pak lindje.

Po ashtu rezulton rritje e përqindjes së lindjeve me prerje Cezariene nga 7.9% në vitin 2000 në 47.6% në vitin 2023 ose rreth 6 herë më shumë.

Kosova, sipas të dhënave të Eurostatit të

vitit 2022 radhitet në vendin e 21 në Evropë për nga numri i lindjeve për një grua me 1.52 lindje me 0.31 lindje më pak se Gjeorgjia me 1.83 lindje dhe 0.36 më shumë se Ukraina në vendin e fundit me 1.16 lindje. Shqipëria rezultoi e parafundit me 1.21 lindje për një grua.

2.3 Rekomandimet

1. U rekomandohet organeve kompetente shtetërore që të hartojnë strategji afatgjatë nacionale mbi politikën demografike duke iu qasur në mënyrë gjithëpërfshirëse.

2. Politikën shëndetësore, kur janë në pyetje shëndeti i nënës dhe fëmijës, të fokusojnë me theks edhe më të veçantë politikën e shëndetit riprodhues.

Referencat:

1. Agjencia e Statistikave të Kosovës - Agjencia za Statistike Kosova - Kosovo Agency of Statistics Seria 5: Statistikat Sociale VLERËSIM Popullsia e Kosovës 2022.

2. <https://www.albinfo.ch/bie-nataliteti-ne-shqiperi-popullsia-potkurret/>.

3. <https://telegrafi.com/demografia-evropiane-cili-shtet-ka-natalitetin-te-larte-dhe-ku-qendron-kosova>.

4.S. Dreshaj, S. Loxha - 2021 - knowledgecenter.ubt-uni.net. Ndikimi i të drejtës së pacientit për të përzgjedhur mjekun në rritjen e numrit të lindjeve me prerje Cezariane në Spitalin e Përgjithshëm në Pejë.

5. <https://www.evropaelire.org/a/prerjet-vezariane-ne-trend-ne-kosove/32812525.html>.

6. <https://www.dukagjini.com/bie-nataliteti-ne-kosove-ask-dhe-mpb-me-statistika-te-ndryshme-per-lindjet/-Mergesa-Redenica,Prill,2024>.



LEIOMIOMAT E MITRËS - SIMPTOMATOLOGJIA, DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI I TYRE



Pranvera Zejnullahu

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Hyrje

Leiomiomat e mitrës (të referuara edhe si mioma ose fibromioma) janë neoplazia më e zakonshme e organeve gjenitale te femrat [1]. Fibroidet e mitrës janë tumore beninje të zakonshme që ndodhin deri në 80% të grave. Ato janë tumore monoklonale jo kanceroze që kanë origjinë nga qelizat e muskujve të lëmuar dhe fibroblastet e miometriumit.

Shfaqen te femrat e moshës riprodhuese dhe, kur janë simptomatike, zakonisht shfaqen me simptoma të gjakderdhjes jonormale të mitrës, dhimbje ose presion të pelvikut. Leiomiomat e mitrës mund të kenë gjithashtu efekte në funksionet riprodhuese te femrat duke qenë edhe shkaktarë të infertilitetit.

Patofiziologjia e leiomiomave

Patogjeneza e leiomiomave nuk është e njohur mirë. Predispozicioni gjenetik, faktorët mjedisorë, hormonet steroide dhe faktorët e rritjes të rëndësishme në proceset fibrotike dhe angiogjenezë luajnë të gjithë një rol në formimin dhe rritjen e fibroideve të mitrës [2]. Sëmundja është heterogjene dhe fibroide të ndryshme brenda të njëjtës mitër mund të kenë etiologji të ndryshme dhe të lindin nga mutacione të ndryshme somatike [3].

Mekanizmi molekular që prodhon transformimin e qelizave të muskujve të lëmuar miometrial të një fibroid uterin është një proces kompleks multifaktorial. Formimi i një fibroidi fillon me prekursorët e qelizave staminale të muskujve të lëmuar miometrial, që marrin disa shtytje të nxitura nga faktorët klasikë të rrezikut si moshë, predispozita gjenetike, faktorë hormonal, përkatësia etnike, obeziteti etj. [2,3]. Qelizat burimore të ndryshuara nga këta faktorë përfundimisht transformohen në qeliza miometriale të fibroideve dhe nxisin krijimin e matricës jonormale jashtëqelizore përreth këtyre qelizave, duke çuar në krijimin e një fibriomiome.

Pavarësisht besimit se leiomiomat janë kromozomikisht stabile, mutacionet somatike mendohet të jenë të pranishme në deri 70-80% të leiomiomave [4].

Mutacionet më të shpeshta me një rrezik më të lartë për të zhvilluar një leiomime të mitrës, mutacioni i gjenit për fumarate - hidratazë, dëmtimet e citokineve të rritjes, kompleksi ndërmjet sues MED12, etj. [5,6].

Varësia hormonale e leiomiomave në mitër është e dokumentuar. Prandaj, edhe qelizat e leiomiomave dihet se reagojnë ndaj estrogjeneve dhe progesteronit duke stimuluar rritjen e tyre në moshën reproduktive. Ndërsa, në menopauzë, leiomiomat kanë tendencë të tkurrjes, pasojë kjo e rënies së

stimujve hormonal. Edhe pse në të kaluarën shkaktarë kryesor të stimulimit të zhvillimit të leiomiomave uterine është konsideruar faktori estrogjenik, sot fokusi kryesor është zhvendosur në mekanizmat e lidhura me rolin e progesteronit. Hulumtimet në kafshë kanë demonstruar faktin se vetëm stimulimi i progesteronit është i mjaftueshëm për të nxitur rritjen e leiomiomave uterine, sikurse roli që kanë estrogjenet për të indukuar receptorët e progesteronit në zhvillimin e leiomiomave. [7,8]

Sipmtomatologjia e leiomiomave

Shumë gra që kanë leiomioma të mitrës nuk kanë asnjë simptomë.

Ndërsa ato që shfaqin shqetësime, simptomat mund të ndikohen nga lokalizimi, madhësia dhe numri i miomave.

Simptomat më të zakonshme të leiomiomave të mitrës përfshijnë:

- Gjakderdhje e rëndë menstruale
- Menstruacione më të gjata ose më të shpeshta
- Presion ose dhimbje në pjesën e pelvikut
- Fryrje në pjesën e pelvikut dhe pjesën e poshtme të barkut
- Urinitim i shpeshtë ose probleme me urinimin
- Dhimbje në zonën e barkut, në pjesën e poshtme të shpinës, ose dhimbje gjatë seksit.

Rrallëherë, një tumor si mioma mund të shkaktojë dhimbje akute, dhe atë kur komprementohet furnizimi me gjak i saj dhe fillon të degjenerojë.

Klasifikimi i leiomiomave

Sistemi i klasifikimit FIGO për leiomiomat e mitrës (fibroidet) i klasifikon ato bazuar në lokalizimin e tyre.

Diagnoza e leiomiomave të mitrës

iko Metoda e linjës së parë për diagnostikimin e leiomiomave të mitrës është ekografia transvaginale (TVUS) [9].

Megjithatë, pas zbatimit të ekografisë transvaginale, janë përshkruar edhe disa vështirësi në standardizimin dhe raportimin e gjetjeve të TVUS, veçanërisht kur vlerësohen leiomiomat me vëllim të madh, të cilat përbëjnë mbi 30% mospërputhshmëri në klasifikim [10].

Metodë tjetër e diagnostikimit është përdorimi i kriterëve të vlerësimit morfologjik sonografik të mitrës (MUSA-Morphological Uterus Sonographic Assessment). Këto kriterë ofrojnë një përshkrim të detajuar të karakteristikave të leiomiomave duke përfshirë numrin, madhësinë, lokalizimin, ekogjenitetin, vaskularizimin, tipin fibroid (sipas FIGO klasifikimit), dhe distancën minimale me serozën dhe mukozën.

Për klasifikimin e leiomiomave submukozale gjithashtu në praktikë përdoret edhe klasifikimi STEPË / Lasmar i cili përipiqet të sigurojë informacion diagnostik të rëndësishëm për intervenimet histeroskopike të leiomiomave [11].

Përveç klasifikimeve dhe kriterëve të vlerësimit të lartëcekura, imazhet e fituara nga Rezonanca Magnetike (MRI) duket të jetë superiore kur vlerësohen më shumë se katër leiomioma ose një mitër më e madhe se 375 cm³, komorbiditytet si endometrioza ose diferencimi i leiomiomave me sarkomat e mitrës [12].

Gjatë dekadës së fundit, teknika të tjera plotësuese janë zhvilluar për të bërë të mundur prezentimin e saktë të leiomiomave në mitër, duke na mundësuar lokalizim të saktë, planifikim të interenimeve apo përcjellje të tyre. Këto metoda plotësuese diagnostike janë: Histeroskopia dhe Sonohisterografia, Elastografia dhe Ekografia me kontrast (edhe pse kjo metodë është ende në hulumtim, vizualizimi i mikro-enëve në miometrium mund të ndihmojë në diferencimin e fibroideve nga tumoret malinje të mitrës [13].

Menaxhimi klinik i fibroideve të mitrës

Është e rëndësishme të theksohet se 50-70% e leiomiomave konsiderohen të jenë klinikisht jo të rëndësishme, d.m.th. nuk japin simptoma apo shkaktojnë ndonjë problematikë specifike të gratë, dhe për këtë arsye, nuk nevojitet ndonjë ndërhyrje terapeutike ose kirurgjikale [14].

Për këtë arsye, në mënyrë për të shmangur mbijtrajtimin, në pajtim me pacienten të rastet që janë asimptomatike ose me simptoma të lehta, rekomandohet menaxhimi në pritje duke përcjellur rastet me vizita të rregullta sipas protokoleve.

Tabela 1.FIGO klasifikimi i leiomiomave (fibroideve) të mitrës së bazuar në lokalizimin e tyre

FIGO	Nëntipi	Lokalizimi
0	Submukozal - nëntipi 0	100% e vendosur në kavitetin endometrial ose intrakavitar
1	Submukozal - nëntipi 1	>50% intramural
2	Submukozal - nëntipi 2	<50% intramural
3	Intramural	Në kontakt me endometrium
4	Intramural	100% intramural
5	Intramural	Subseroz me >50% intramural
6	Subseroz	Subseroz me < 50% intramural
7	Subseroz	Pedunkular
8	Lokalizime të tjera	Cervikal, parazitare (jashtë mitrës)

Para fillimit të trajtimit, medikamentoz apo kirurgjikal, duhet pasur parasysh simptomatologjinë, tabllon klinike, imazherinë, ashpërsinë e simptomave, sëmundjet përcjellëse të pacientes, infertilitetin etj.

Pasi të kemi kompletuar dhe analizuar gjithë këta faktorë, duhet propozuar trajtimin adekuat me opsionet që kemi në dispozicion, duke individualizuar trajtimin.

Trajtimi medikamentoz i leiomiomave simptomatike

Pavarësisht nevojës për trajtime të përshtatura dhe individuale, disa rekomandime dhe të dhëna në lidhje me trajtimin e leiomiomave mund t'i udhëzojnë mjekët në përcaktimin e opsionit më të mirë në secilin rast.

Progjestagenet

Janë preparatet e para të provuara për të trajtuar me progesterone natyrale (P) gratë me mioma të mitrës që në vitet 1940; [15], më pas, në vitin 1966 përdoret për herë të parë një progjestin sintetik, acetat megestrol [16]. Ndërsa tani udhërrëfyesit zakonisht specifikojnë se ka dëshmi të pamjaftueshme të përfitimeve nga përdorimi i progjestineve dhe për këtë arsye ato nuk mund të përkrahen si një terapi mjekësore për miomat e mitrës [17].

Kontraceptivët oral

Kontraceptivët oral të kombinuar janë një formë e pranuar gjerësisht për kontrollin e lindjes, por disa studime kanë treguar edhe efekte tjera terapeutike, përfshirë këtu edhe efektin e tyre në reduktimin e gjakderdhjes së shtuar nga efekte antiproliferative në endometrium. Aktualisht, është e sigurt të thuhet se ndërsa përdoret kontrceptivi oral, nuk mbart ndonjë rrezik të shtuar të zhvillimit të një miome, por njëkohësisht nuk janë paraqitur të dhëna të besueshme për të mbështetur konceptin se ato mund të pengojnë rritjen ose të ulin vëllimin e

leiomiomave ekzistuese. [18].

Acidi tranekzamik

Acidi tranekzamik është një trajtim antifibrinolitik që ka treguar të jetë efektive për trajtimin e gjakëderdhjes së shtuar nga mitra, si një nga simptomat më të shpeshta të kësaj patologjie. Shumë udhërrëfyes propozojnë këtë ilaç si një trajtim johormonal të linjës së parë për gjakëderdhje të shtuar nga mitra të shkaktuara nga leiomiomat. Pavarësisht të dhënave të kufizuara mbi përdorimin e acidit tranekzamik në menaxhimin specifik të leiomiomave, ajo ka një siguri të konsiderueshme dhe tolerohet mirë [19].

Pajisja intrauterine (IUD) me levonorgestrel (LNG)

Përdorimi i paisjes intrauterine me levenogestrel ka treguar efikasitet në reduktimin e humbjes së gjakut të pacientëve me ose pa leiomioma duke nxitur decidualizimin dhe atrofinë endometriale brenda një periudhe prej 3 muajsh [20]. Megjithatë, asnjë hulumtim klinik nuk ka treguar se ka efekt në reduktimin e rritjes së leiomiomave, dhe për këtë arsye LNG-IUD nuk duhet të rekomandohet për të trajtuar simptomat e shkaktuara nga leiomiomat përveç rasteve me gjakderdhje të shtuara [21].

Modulatorët selektivë të receptorëve të progesteronit (SPRM)

Modulatorët selektivë të receptorëve të progesteronit (SPRMs) indukojnë degradimin e kolagenit përmes Matrix-metalloproteinazë 2 dhe rrjedhimisht shkaktojnë një rritje të shkallës së indeksit apoptotik të qelizave në leiomioma. Modulatorët selektivë të receptorëve të progesteronit (SPRMs) lidhin receptorët e progesteronit (PR), duke treguar efekte agoniste dhe antagonist. Në këtë grup bëjnë pjesë mifepristoni, asoprisnili, telapristoni dhe ulipristal acetati (UPA). Ulipristali, si përfaqësues i këtij grupi të barnave, ka treguar një efikasitet në reduktimin e leiomiomave, reduktimin e sasisë së gjakut të humbur, anemisë dhe dhimbjes [22].

Megjithatë, në vitet e fundit për shkak të disa raporteve për efekte anësore në mëlç, Agjencia Evropiane e Barnave (EMA) dhe agjencitë e tjera rregullatore kanë rekomanduar të kufizojnë ndjeshëm përdorimin e ulipristal acetatit në baza ditore për trajtimin e leiomiomave [23].

SPRM të tjera, të tilla si vilaprisani, janë aktualisht në studim, dhe hulumtimet klinike të randomizuara treguan rezultate premtuese në efikasitetin dhe sigurinë për të kontrolluar gjakderdhjen e shtuar nga mitra të shkaktuara nga prezenca e

leiomiomave [24].

GnRH-agonistët

Aplikimi i GnRH agonistëve, fillimisht rrit sekretimin e hormonit folikulo - stimulues (FSH) dhe hormonit luteinizues (LH), i njohur si efekti i ndezjes. Pas kësaj, ato më pas shkaktojnë ulje të receptorëve, e ndjekur 1-3 javë më vonë nga një gjendje hipogonadotropike hipogonadale, shpesh e quajtur si pseudomenopauzë. Agonistët e GnRH janë hulumtuar gjerësisht për trajtimin e fibroideve simptomatike të mitrës, veçanërisht si terapi ndihmëse para operacionit, duke redukuar masën e tumorit, sasinë e gjakëderdhjes intraoperative dhe rikuperimin më të shpejtë [25].

GnRH-antagonistët

Një gjeneratë e re e trajtimeve mjekësore për leiomioma, janë antagonistët oralë të GnRH, të tilla si elagolix, relugolix dhe linzagolix, duket të jenë efektiv në trajtimin e gjakëderdhjes së shtuar menstruale pasojë e leiomiomave. Këto barna të reja mund të kombinohen me një terapi shtesë prej 1 mg estradiol dhe 0,5 mg noretindrone acetate një herë në ditë. Një kombinim i tillë zbut efektet anësore të lidhura me hipoestrogenizmin (si p.sh. flukse të nxehta, rritje mesatare të niveleve të lipideve në serum, dhe humbja e densitetit mineral kockor) [26,27].

Trajtimi kirurgjikal

Trajtimi kirurgjikal i leiomiomave mund të bëhet përmes miomektomisë dhe histerektomisë.

Histerektomia - nënkupton largimin komplet të mitrës, rrjedhimisht edhe largimin e miomave dhe përmirësimin e vlerave të hematokritit, dhimbjes dhe simptomave tjera përcjellëse. Indikacionet për histerektomi duhet vendosur vetëm pasi të shqyrtohen të gjitha opsionet dhe ky lloj intervenimi është më i favorshmi për pacientet në rrethana të caktuara dhe metodat tjera të trajtimit janë joefikase.

Miomektomia - nënkupton largimin e leiomiomave duke e ruajtur anatomine e mitrës.

Figura 2. Leiomiomat e madhësive të ndryshme pas trajtimit kirurgjikal- miomektomisë



(copyrights)

Pranvera Zejnullahu Raçi)

Mund të kryhet me anë të histeroskopisë, laparoskopisë apo me laparatomit.

Miomektomia histeroskopike rekomandohet si trajtimi i linjës së parë të leiomiomat e kalifikuar në FIGO 0-1 dhe llojet më të larta FIGO në të raste të përzgjedhura, duke parë përmirësimin në simptomatologji brenda 6-12 javë të ndërhyrjes dhe shkallë shumë të ulëta të rindërhyrjeve në 5 vjet percjelljeje [28].

Miomektomia abdominale, laparoskopike dhe përmes laparatomisë përmirëson cilësinë e jetës në periudhën afatshkurtër dhe afatgjatë, por të dhënat tregojnë se zvogëlimi i gjakëderdhjeve të zgjatura dhe të shtuara menstruale bie me kohën dhe shkalla e rekurencës së tyre arrin në mbi 25% brenda 3 viteve pas intervenimit. [29,30].

Trajtimet alternative

Embolizimi i arteries së mitrës (UAE) dhe okluzioni i saj - Hulumtimet tregojnë se është një metodë efiçase në eliminimin e simptomatologjisë të leiomiomat dhe mbetet opsioni alterantiv për pacientët jo të përshtatshëm për intervenime kirurgjikale ose me dëshirë për të lindur fëmijë.

Ablacioni me radiofrekuencë i leiomiomave - studimet e deritanishme japin të dhëna të kufizuara mbi efektet e ablacionit në gjakëderdhje, cilësinë e jetës dhe shtatzënitë pasuese, por nuk u raportuan rezultate të dhimbjes dhe komplikimeve përcjellëse.

Ultratingulli i fokusuar me intensitet të lartë për ablacionin e leiomiomave

Për sa i përket përsëritjes së simptomave, rindërhyrjes dhe ndikimit në shtatzëni, trajtimi me ultratingull me intensitet të lartë ka rezultate që janë të barabarta me kirurgjinë, duke treguar se është një terapi premtuese joinvazive që nuk duket se përkeqëson fertilitetin në krahasim me procedurat kirurgjikale për gratë me leiomioma.

Konkluzione

Metodat diagnostikuese dhe ato të trajtimit të leiomiomave, mundësojnë alternativa të reja të menaxhimit dhe trajtimit të simptomave kryesore të kesaj patologjie të mitrës, duke ofruar cilësi në përmirësimin e kualitetit të jetës dhe perspektivat e fertilitetit të pacientët. Qasja e mjekëve duhet të jetë e përshtatur dhe me plane të bazuara në një trajtim të personalizuar. Trajtimet mjekësore dhe procedurat minimale invazive preferohen përgjithësisht nga shumica e pacientëve përpara se të marrin në konsideratë ndërhyrje kirurgjikale më invazive dhe me rrezik më të lartë. Në përgjithësi, procedurat e ruajtjes së mitrës me në qendër pacientin mund të kenë përparësi bazuar në qëllimet e pacientit dhe tabllon klinike. Herë pas here, histerektomia mund të jetë opsioni

Referencat:

1. Stewart EA. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2015; 372:1646-55.
2. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, et al. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocr Rev*. 2022;43(4):678-719.
3. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and risk factors of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;46:3-11.
4. Styer AK, Rueda BR. The epidemiology and genetics of uterine leiomyoma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;34:3-12.
5. Tomlinson IP, Alam NA, Rowan AJ, et al. Multiple Leiomyoma Consortium. Germline mutations in FH predispose to dominantly inherited uterine fibroids, skin leiomyomata and papillary renal cell cancer. *Nat Genet*. 2002;30(4):406-10.
6. Tomlinson IP, Alam NA, Roëan AJ, Barclay E, Jaeger EE, Kelsell D, et al. MED12, the mediator complex subunit 12 gene, is mutated at high frequency in uterine leiomyomas. *Science*. 2011;334(6053):252-5.
7. Ishikawa H, Ishi K, Serna VA, Kakazu R, Bulun SE, Kurita T. Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma. *Endocrinology*. 2010;151(6):2433-42.
8. Bulun SE, Moravek MB, Yin P, Ono M, Coon 5th JS, Dyson MT, et al. Uterine leiomyoma stem cells: linking progesterone to growth. *Semin Reprod Med*. 2015;33(5):357-65.
9. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non-pregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3-13.
10. Laughlin-Tommaso SK, Helsey GK, Hopkins MR, Brandt KR, Zhu Y, Stewart EA. Clinical limitations of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) classification of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;139(2):143-8.

AKTIVITETI I SËMUNDJES GJATË SHTATZËNISË DHE PAS LINDJES TE GRATË ME SKLEROZË MULTIPLE TË CILAT KANË PËRDORUR OKRELIZUMAB DHE TERAPI TË TJERA MODIFIKUESE NË PERIUHDHËN PARA LINDJES: TË DHËNAT NGA KONGRESI I FUNDIT I ORGANIZUAR NGA KOMITETI EVROPIAN PËR TRAJTIMIN DHE KËRKIMIN NË SKLEROZËN MULTIPLE (ECTRIMS)



Hoffmann - La Roche

Artikull i sponsorizuar

"Gratë e trajtuara me Okrelizumab para shtatzënisë kishin shkallën më të ulët të relapseve gjatë shtatzënisë dhe në periudhën pas lindjes, në krahasim me gratë që morën DMT të tjera në kontekstin e planifikimit familjar. Përdorimi i Okrelizumabit në periudhën para shtatzënisë mund të përfaqësojë një opsion për të kontrolluar në mënyrë efektive aktivitetin e sëmundjes në periudhën gjatë shtatzënisë, duke zvogëluar kështu edhe rrezikun e relapseve në periudhën pas lindjes."

Skleroza multiple (MS) është një sëmundje inflamatore e sistemit nervor qendror me ecuri kronike, që prek kryesisht gratë e reja, shumica e të cilave janë në moshë riprodhuese. Meqenëse MS është një sëmundje që diagnostikohet shpesh tek gratë në moshë riprodhuese, të dhënat mbi përdorimin e DMT-ve para, gjatë dhe pas shtatzënisë janë shumë të rëndësishme për diskutimet informuese rreth vendimmarrjes për shtatzëninë. Megjithatë, pak prova klinike janë kryer në këtë popullatë për shkak të shqetësimeve që lidhen me rreziqet e ekspozimit të fetusit, ku deri vonë, gratë me MS këshilloheshin të shmangnin shtatzëninë krejtësisht.

Planifikimi familjar është një aspekt integral në kujdesin e grave me MS, megjithatë ndërprerja e terapisë ose të pasurit një MS me aktivitet të lartë mund të rris rrezikun e relapseve në periudhën pas lindjes.

Në vijim të këtij artikulli, fjala "terapi" është përdorur në mënyrë të këmblyeshme me fjalën "terapi modifikuese të sëmundjes" apo "DMT".

Ky është një vështrim i cili ka për qëllim të elaborojë të dhënat e publikuara në Kongresin e fundit të Komitetit Evropian për Trajtimin dhe Kërkimin në Sklerozën Multiple (ECTRIMS) sa i përket një kohorti i cili nuk flet për përdorimin e terapive në periudhën gjatë shtatzënisë, por për aktivitetin e sëmundjes (normën vjetore të relapseve) gjatë dhe pas lindjes të grave, të cilat kanë përdorur okrelizumab dhe terapi të tjera modifikuese në periudhën para shtatzënisë.

Për të realizuar objektivat e këtij studimi të prezantuar në formë të posterit në ECTRIMS 2023, është përdorur MS Base, regjistër ndërkombëtar i dedikuar për shpërndarjen, gjurmimin dhe vlerësimin e të dhënave mbi MS dhe sëmundjet e tjera neuro-imunologjike. Më specifikisht janë mbledhur të dhënat rreth rezultateve neonatale dhe shëndetit të gruas duke përfshirë kështu rreth 1722 gra dhe 1985 shtatzëni të parakohshme dhe optimale.

Kriteret e përfshirjet në këtë hulumtim i cili ka mbledhur të dhënat deri me 1 korrik 2023 ishin:

- Gratë e moshës \geq 18 vjeçe;
- Rastet me sindromë të izoluar klinike (CIS) ose me formën RRMS;
- Shtatzënitë nga viti 2011 duke përfshirë lindjet në

kohë dhe para kohe;

•Terapia më e fundit e përdorur para shtatzënisë si OCR (Okrelizumab) DMF (Dimetifumarat) NAT (Natalizumab), LOW (terapi të me efikasitet të ulët Interferon B dhe glatirameri) (Tabela 1).

Elementi (endpointi) i cili është vlerësuar ishte shkalla vjetore e relapsave (Annualized Relapse Rate - ARR) në periudhën: Para mbetjes shtatzënë (gjatë përdorimit të terapive ose pas ndërprerjes), gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes (që nuk kanë përdorur terapi ose të cilat kanë mbetur shtatzënë me terapi).

Gratë të cilat ishin të trajtuara me okrelizumab para lindjes, kishin aktivitet minimal të sëmundjes në tremujorin e parë pas lindjes.

Gratë e trajtuara me okrelizumab para konceptimit (para mbetjes shtatzënë), kishin shkallën vjetore të relapseve më të ulët në periudhën gjatë shtatzënisë dhe në periudhën pas lindjes, në raport me gratë të cilat para konceptimit kishin marrë terapi të tjera.

Përdorimi i Okrelizumab para shtatzënisë përfaqëson një opsion për të kontrolluar në mënyrë efektive aktivitetin e sëmundjes në periudhën gjatë shtatzënisë, duke përfshirë kështu edhe uljen e rrezikut të relapseve pas lindjes.

Ky poster i prezantuar Yeh et al., nuk flet për përdorimin e terapive në periudhën gjatë shtatzënisë, por për aktivitetin e sëmundjes (normën vjetore të relapseve) gjatë dhe pas lindjes të grave të cilat kanë përdorur okrelizumab dhe terapi të tjera modifikuese në periudhën para shtatzënisë.

Okrelizumabi nuk është i aprovuar të përdoret gjatë shtatzënisë, dhe për t'u aprovuar në këtë aspekt do të duhen studime të mëtejshme dhe rezultatet nga studimet e fazës së IV (regjistri i shtatzënisë, studimet MINORE dhe SOPRANINO) për të vlerësuar sigurinë e tij. Megjithatë, këshillimi mbetet një qasje e rëndësishme për të siguruar rezultate optimale për nënat dhe foshnjat.

Referencat:

•Yeh W, et al. ECTRIMS 2023; Poster.

•Bove R, et al. *Mult Scler Relat Disord* 2022;64:103963.

•OCREVUS [ocrelizumab] RMA-3168/15/12/2022 Summary of Product Characteristics RMA Last revision date December 2023.

•Hauser SL, et al. *N Engl J Med* 2017;376:221-234.

•Hauser SL, et al. *Neurology* 2020;95:e1854-e1867.

•Cerqueira J, et al. ECTRIMS 2022;Poster 723.

•ClinicalTrials.gov. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03535298>. Accessed 3 November 2023.

•ClinicalTrials.gov. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03500328>. Accessed 3 November 2023.

Korrespondenca:
kosovo.office@roche.com

SINDROMI I VEZOREVE POLICISTIKE (PCOS)



Selami Sylejmani

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Sindromi i vezoreve policistike (PCOS-së), është një ndër çrregullimet më të shpeshta endokrinologjike te femrat në moshë riprodhuese dhe ka një impakt negativ gjatë jetës nga adoleshenca deri në post-menopauzë. Manifestohet me një varg simptomash klinike, ku më të shpeshtat janë çrregullimet e ovulacionit, shtimi i prodhimit të androgjenëve dhe ndërtimi karakteristik ekografik i ovarëve (Fig. 1). Shumë shpesh shoqërohet me obezitet dhe rezistencë insulinike. Më 1935, Stein dhe Leventhal raportuan për herë të parë këtë patologji në një seri prej shtatë grash, me vezore me vëllim më të rritur, me strukturë policistike (ciste të vogla 2-8 mm), korteks ovarial të trashë, amënore, hirsutizëm, obezitet dhe infertilitet, pra një konstelacion simptomash të njohura tashmë si sindroma e vezoreve policistike (PCOS).

Përkufizimi: Sindromi i ovarëve policistike është një endokrinopati relativisht e shpeshtë, që karakterizohet nga oligo ose anovulacion, hiperandrogjenizëm dhe ovarë me kiste të vogla multiple. Vendosja e diagnozës nuk është gjithmonë e lehtë. Ajo bazohet në dy hapa themelore:

- Përcaktimi i shenjave klinike dhe biokimike të PCOS-së, dhe
- Përrjashtimi i sëmundjeve të cilat shoqërohen me shtim të prodhimit të androgjenëve.

Kriteret diagnostike të PCOS-së, janë paraqitur në tabelën nr. 1.

Kriteret e Rotterdam-it të 2003 - Shoqata Evropiane për Riprodhimin Human dhe Embriologji (European Society for Human reproduction and Embriology - ESHRE) dhe Shoqata Amerikane për Mjekësinë Riprodhuese (American Society for Reproductive Medicine - ASRM) rekomandojnë një konsensus, sipas të cilit PCOS definohet kur janë prezent të paktën dy nga tri kriteret e mëposhtme dhe në mungesë të patologjive të tjera:

1. Oligo - dhe/ose anovulacion,
2. Evidencë të shenjave klinike dhe/ose biokimike të hiperandrogjenizmit,
3. Evidencë ekografike të ovarëve policistike (≥ 12 folikula antrale 2-9 mm dhe/ose vëllimi ovarial më i madh se 10 cm^3), (2003 Rotterdam PCOS Consensus Meeting. Fertil Steril 2004).

Kriteret AES të 2006 - Shoqata mbi shtimin e prodhimit të androgjenëve dhe PCOS-së (Androgen Exces Society dhe PCOS - AES-PCOS publikojnë konsensusin për kriteret diagnostike të PCOS-së. Sipas këtij konsensusi, diagnoza e PCOS-së vihet me praninë e tre shenjave të mëposhtme:

- Dëshmi klinike dhe/ose biokimike, e prodhimit të shtuar të androgjenëve,
- Oligo/anovulacion dhe/ose paraqitja ekografike e vezoreve policistike,
- Përrjashtimi i sëmundjeve të cilat shoqërohen me shenja të hiperandrogjenizmit, (Teede, 2010.).

Prevalenca e PCOS-së është endokrinopatia më e shpeshtë për gratë në moshë riprodhuese (10-13% e tyre). (Teede, 2010; Azziz, 2016.).

- Rreth 30% kanë amenore (BMJ 193:355)
- Rreth 80% kanë infertilitet anovulator (ASRM 2013)
- Rreth 23% e grave në moshë riprodhuese në ekografi kanë ovarë policistike (Polson 1988; Clayton, 1992; Farquhar 1994.).
- Rreth 70% e grave të prekura nga PCOS në mbarë botën mbetën të pa diagnostikuara.

Shtimi i prodhimit të androgjenëve diagnostikohet në bazë të analizave laboratorike (vlerave të shtuara të androgjenëve në gjak) dhe/ose të shenjave klinike, (hirsutizëm, dhe akne kryesisht te femrat e moshës së re), dhe alopeci androgjenike (kryesisht te gratë më të moshuara). Rreth 85% e vajzave ose

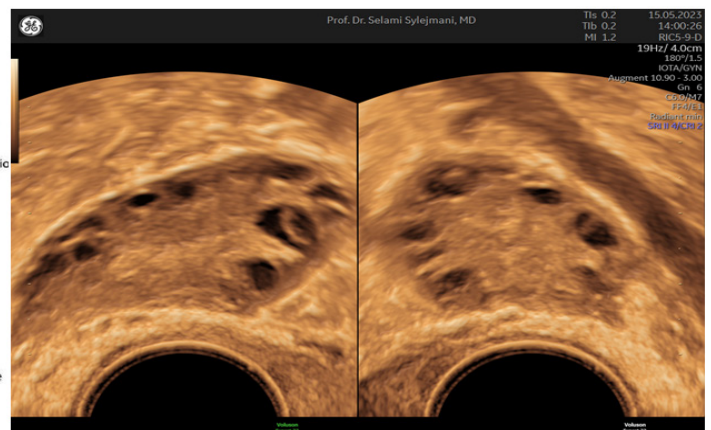
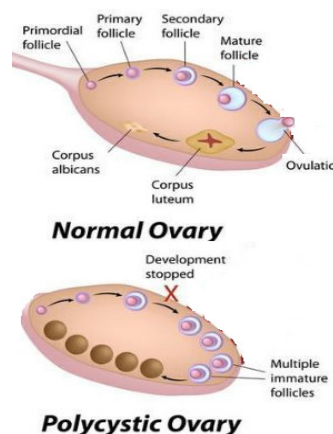


Figura 1. Ovarët normale dhe PCO dhe Imazhi ekografik i ovarëve polikistike. (<https://parensfertility.com/de/blog/pcos-and-ivf/>)

Korrespondenca:
selami.sylejmani@gmail.com

SINDROMI I VEZOREVE POLICISTIKE (PCOS)



Qëndrim Sylejmani

Doktor i Mjekësisë

grave me hirsutizëm, kanë PCOS. Në aspektin biokimik, shtimi i prodhimit të androgjenëve - hiperandrogenemia, diagnostikohet me matjen e testosteronit (T) në serum, proteinës Sex Hormone Binding Globulin (SHBG), si dhe me llogaritjen e fraksionit të testosteronit të lirë (engl. Free androgen index FAI). Vlerësimi i androgjenëve të tjera në serum si dehidroepiandrosteron sulfati (DHEAS), mund të kërkohet për të bërë diagnozën diferenciale të një hiperandrogenizmi me origjinë nga gjëndrat suprarenale.

Çrregullimet e ovulacionit, në aspektin klinik shoqërohen në përgjithësi me oligo/amenorrhe, edhe pse rreth 20-30% e femrave me oligo-ovulacion dhe PCOS, kanë cikle të rregullta menstruale.

Sëmundjet që shoqërohen me shtim të prodhimit të androgjenëve dhe çrregullim të ovulacionit, të cilat duhet të përjashtohen para se të vendoset diagnoza e PCOS-së janë:

1. Hiperplazia adrenale kongjenitale joklasike (engl. Nonclassic adrenal hyperplasia - NCAH).
2. Tumoret e ovarëve dhe të gjëndrës mbiveshkore të cilët sekretojnë androgjenë.
3. Çrregullimet e gjëndrës mbiveshkore (p.sh. Morbus Cushing).
4. Përdorimi i androgjenëve ose barnave anabolike.
5. Gjithashtu, duhet të përjashtohen edhe çrregullimet endokrinologjike të cilat rezultojnë me anovulacion siç është hiperprolaktinemia, hipotireoza ose hipertireoza.

Manifestimet klinike të PCOS-së Etiopatogjeneza e saktë e kësaj patologjie është ende e paqartë, por vlerësohet si multifatoriale dhe poligjenike. Tabloja klinike është një përmbledhje e manifestimeve klinike, të dhënave biokimike dhe ultrasonografike duke përfshirë çrregullimet menstruale, hirsutizmin, obezitetin, aknet, alopeci (Fig. 2), nivelet e rritura të LH-së, hiperandrogeneminë, hiperinsulineminë, rezistencën insulinike dhe morfologjinë

policistike të ovarëve.



Figura 2. Disa nga manifestimet klinike me të cilat shoqërohet sindroma e ovarëve polikistike. (https://www.researchgate.net/publication/327888955_POLYCYSTIC_OVARY_SYNDROME_PATHOGENESIS)

Oligo/anovulacioni - Në aspektin klinik manifestohet në formë të oligomenorrhesë e më rrallë në formë të amenorrhesë. Ciklet e rregullta menstruale, nuk janë dëshmi e ovulacionit. Në rreth 20-30% të gratë me PCOS dhe eumenore, me vlera të ulëta të progesteronit në mes të ditëve 22-24-të të ciklit menstrual, është hasur oligo/anovulacioni subklinik. Te gratë me anovulacion kronik, është e domosdoshme të caktohen vlerat e prolaktinës (PRL) dhe hormonit luteinues (LH) në serum, me qëllim të përjashtimit të sëmundjeve të hipotalamusit dhe hipofizës (vlerat e prolaktinës 20 - 30µg/L, shpesh i hasim në rastet me PCOS, për shkak të hiperaktivizimit specifik të hipofizës. Vlerat mbi këtë nivel, ndërliken me hiperprolaktineminë, ndërsa vlerat më pak se < 2 UI/L të LH-së, ndërliken me një deficiencë gonadotrope).

Hiperandrogenizmi klinik dhe/ose hiperandrogenemia - Është komponenti më

Tabela 1. Kriteret për vënien e diagnozës së PCOS-së

Tabela 1. KRITERET PËR VËNIEN E DIAGNOZËS SË PCOS-së	
KRITERET	VEÇORITË
ESHRE/ASRM 2003 Rotterdam (2003) (European Society for Human Reproduction and Embriology ESHRE dhe American Society for Reproductive Medicine – ASRM)	Prania e dy nga tri kriteret, pas përjashtimit të sëmundjeve me manifestime të ngjashme <ul style="list-style-type: none"> • oligo/anovulacion • hiperandrogenizëm ose/dhe hiperandrogenemi • evidentimi me ultrasonografi transvaginale i ovarëve polikistike
AES 2006 (Androgen Excess Society)	<ul style="list-style-type: none"> • hiperandrogenizëm (hirsutizëm dhe/ose hiperandrogenemi) • disfunktion ovarial (oligo/anovulacion dhe/ose evidentim me ultrasonografi transvaginale i ovarëve polikistike) • përjashtimi i sëmundjeve të cilat kanë manifestime të ngjashme

Korrespondenca:
qendrim.sylejmani98@gmail.com

i rëndësishëm i sindromit të ovarëve policistike. Rritja e androgjeneve në qarkullimin e gjakut (hiperandrogjenemia) ndikon në ndryshimet e lëkurës, zhvillimin e obezitetit androgjenik, rritjen e yndyrave visceralë dhe dislipidemi. Këto ndryshime gjithashtu marrin pjesë edhe në rezistencën ndaj insulinës (IR) dhe ulje të SHBG-së (sex-hormon-binding-globulin). Shenjat e ndjeshmërisë ndaj androgjeneve të ngritura janë: hirsutizmi, lëkura e yndyrshme, flokët e yndyrshme, seborea, aknet, alopecia androide, rritje e dëshirës seksuale, klitoromegalia dhe virilizimi.

Shikuar në aspektin biokimik, hiperandrogjenemia zakonisht diagnostikohet me llogaritjen e testosteronit në serum (T), proteinës SHBG-së, gjegjësisht me llogaritjen e fraksionit të testosteronit të lirë. Vlerat normale të androgjeneve në serum, me prani të shenjave klinike për PCOS, nuk e përjashtojnë diagnozën e sindromit të vezoreve policistike. Prania e akneve dhe e alopecisë, nuk llogariten shenja mjaftueshëm të besueshme për hiperandrogjenizëm, sepse një numër studimesh flasin për prani të njëjtë të këtyre ndryshimeve edhe në popullatën e përgjithshme.

Karakteristikat ultrasonografike të ovarëve polikistike - Mbështetur në kriteret e Rotterdam-it, me vizitë ultrasonografike transvagjinale, vezoret policistike diagnostikohen kur hasen këto ndryshime:

- 12 ose më shumë folikula (me madhësi 2-9 mm), në secilën vezore,
- Vëllimi i vezoreve më i madh se 10 mL,
- Mjaftueshëm është të hasen këto ndryshime vetëm në njërën vezore.

Për shkak të përmirësimit të rezolucionit të ultrasonografisë (Fig. 3), kohët e fundit janë rritur kriteret e numrit të folikulave për ovarë (Follicle Number Per Ovary - FNPO) (Dewailly, 2011; Lujan, 2013). Kështu, një kufi FNPO-së prej >20 folikulave dhe/ose vëllimit ovarian >10 mL në secilën prej vezoreve është miratuar nga ESHRE dhe ASRM. Udhëzimet AE-PCOS përdorin të njëjtën vlerë të vëllimit të ovarëve, por e rrisin pragun e FNPO-së prej >25 folikulave (Dewailly, 2014b). Këto kriteret nuk vlejné për gratë që përdorin kontrceptiv të kombinuar oral (KKO).

Studimet ekografike kanë treguar se rreth 23% e femrave të reja kanë ovarë që ngjasojnë me një morfologji PCOS, por pa pasur asnjë shenjë tjetër të PCOS. Për këtë arsye nuk duhet përdorur asnjëherë vetëm ultrasonografinë si kriter diagnostikues i veçuar për PCOS (Clayton 1992; Polson,

1988.).

Përjashtimi i sëmundjeve të cilat ngjashëm manifestojnë shenja të hiperandrogjenizmit - Para se të vendoset diagnoza e sindromit të ovarëve policistike, duhet të përjashtohen sëmundjet të cilat kanë manifestime të ngjashme të hiperandrogjenizmit. Sëmundjet dhe gjendjet të cilat duhet të diferencohen me diagnozë diferenciale nga ovarët policistike janë: hipotiroidizmi, hiperprolaktinemia, hiperplazia kongjenitale adrenale, sidroma Cushing, hirsutizmi familiar ose idiopatik, tumoret androgjeno-sekretuese, amenorretë hipotalamike, akromegalia, rezistenca glukokortikoide, rezistenca insulinike, hipertekozia ovariale dhe përdorimi i disa barnave (Danazol, progjestina androgjenike, etj.).

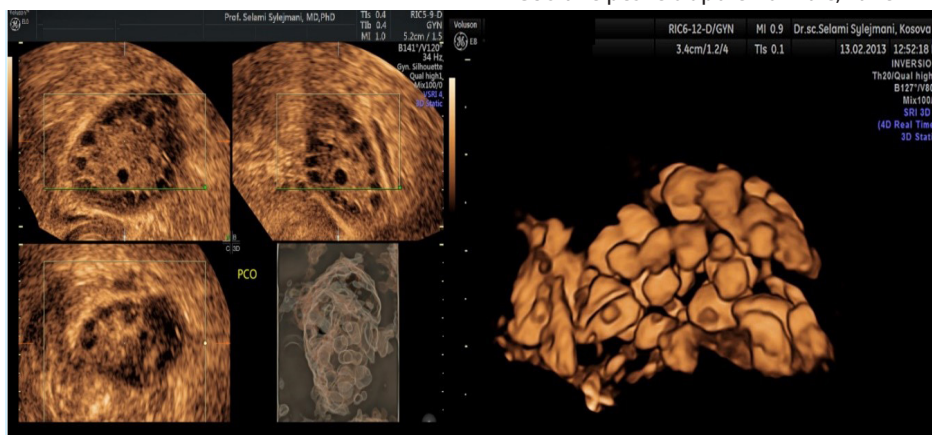


Figura 3. Implikimet themelore të të ushqyerit në shëndetin e mikrobiomës së zorrëve. (<https://www.mdpi.com/2072-6643/15/13/2837>)

Tabela 2. BURIMI I ANDROGJENËVE TE FEMRAT ME PCOS

ANDROGJENET	Ovare	Gjëndra surenale	Periferike
DHEAS	<5%	>95%	0
Androstendioni - A	60%	35%	5% (nga DHEAS)
Testosteroni - T	60%	5%	35% (nga A)
Dihydrotestosteron - DHT	0	0	100% (nga A dhe T)
3-α androstenediol glucuronid	0	0	100% (nga DHT)

Përshtatur sipas: Šimunić V. Konsensus i arritur në Simpoziumin e 2-të të Kroacisë për ovarët polikistike në Bjelolasica, 22.-24. 09. 2006.

Me caktimin e nivelit të FSH, LH, përjashtohen shkaqet hipotalamike dhe hipofizare të anovulacionit (diapazoni normal i FSH është 2 - 10 UI/L dhe i LH, 2 - 10 UI/L). Vlerat normale të PRL, përjashtojnë hiperprolaktineminë si shkaktar i anovulacionit (diapazoni normal 4 - 23 µg/L), ndërsa për vlerësimin e çrregullimeve të funksionit të gjëndrës tiroide vlerësohet niveli i

TSH-së. Për të përjashtuar hiperplazinë kongjenitale adrenale vlerësohet niveli i 17 hidroksiprogesteronit (17 OHP), i cili është shkak i hirzuitizmit në rreth 10% të rasteve. Për të vlerësuar rezistencën insulinike (RI), shfrytëzohet llogaritja e HOMA indeksit (engl. Homeostasis model assesment), ku vlerat më shumë se 2,5 flasin për rezistencë insulinike.

Manifestime të tjera klinike dhe biokimike të PCOS-së. Obeziteti është shoqëruar shumë i shpeshtë i sindromit të vezoreve policistike dhe hiperandrogjenemisë. Rreth 30 - 70% e femrave me PCOS, kanë shtim të peshës trupore (BMI më i madh se 25 kg/m²). Obeziteti te femrat me PCOS, shton rezistencën insulinike, hiperandrogjenizmin dhe dislipideminë. Rreth 80% e grave me PCOS dhe mbipeshë trupore, dhe rreth 30% - 40% e grave me PCOS dhe peshë trupore normale, kanë

rezistencë insulinike.

Gratë me PCOS, kanë pulsatilitet abnormal të gonadotropinave, që shoqërohet me prodhim të shtuar të LH, dhe me vlera normale të FSH. Në rreth 30 - 50% të grave me PCOS, raporti LH/FSH-së është më shumë se 2. Megjithatë, vetëm një llogaritje e vlerave të FSH-së dhe LH-së në qarkullimin e gjakut, dhe raporti mes tyre,

nuk mjaftojnë për të vendosur diagnozën e PCOS. Udhëzimet për vlerësimin dhe përpunimin e pacienteve me PCOS, janë dhënë në tabelën 3.

Etiologjia dhe patogjeneza e PCOS-së. Etiologjia e këtij sindromi ende sot mbetet e paqartë. Shkaku kryesor i vështirësisë për të kuptuar fizpatologjinë e PCOS është natyra heterogjene dhe komplekse e tij. Hiperandrogjenizmi, disfunzioni ovarial, prodhimi jo normal i GnRH-së çon në një sekretim anormal të gonadotropinave dhe insulinorezistenca implikohet gjithashtu në fizpatologjinë e PCOS. Të gjithë këta faktorë ndërthuren me njeri-tjetrin dhe bëjnë më të vështirë kuptimin e shkaqeve në mënyrë të qartë (Fig. 4).

Në vitin 2018, u publikuan për herë të parë linjat guide internacionale lidhur me menaxhimin e PCOS (International PCOS Network in Collaboration with Funding Partner and Collaborating Partners. Evidence-Based-Guidelines 2018). Ato shtojnë një sërë problemesh lidhur me diagnozën, epidemiologjinë, dhe etio-patogjenezën e këtij sindromi. Ato sqarojnë gjithashtu edhe një sërë sëmundjesh bashkëshoqëruese të PCOS, përfshirë këtu problemet psikologjike apo pasojat afatgjata të kësaj patologjie.

Disfunzioni ovarial shkakton një hipersekretim të androgjenëve i cili

shoqërohet me një rritje anormale të folikulave ovariale dhe anovulacion. Nga ana tjetër, nivelet e larta të AMH-së, të sekretuara nga folikulat pre-antrale alterojnë rritjen folikulare dhe prodhimin pulsatil të GnRH-së. Hiperandrogjenizmi shkakton gjithashtu një çrregullim të sekretimit të GnRH-së, e për pasojë çrregullon prodhimin e estrogjeneve dhe progesteronit, të cilat shkaktojnë një prodhim anormal të gonadotropinave, e veçanërisht një prodhim të shtuar të LH-së. Nivelet e larta të LH-së, rezultojnë në një prishje të balancës LH/FSH, duke dëmtuar rritjen folikulare dhe duke shkaktuar një hipersekretim të androgjenëve nga qelizat e tekës. Insulinorezistenca nga ana tjetër është një tjetër komponent i rëndësishëm i fizpatologjisë së PCOS dhe shoqërohet me një adipozitet visceral dhe disfunksion të adipociteve. Sekretimi i shtuar i androgjenëve rrit nivelin e insulinorezistencës dhe hiperinsulineminë, e cila indukon prodhimin e SHBG në mëlçi, e për pasojë rrit koncentrimin e testosteronit të lirë, duke agravuar problemet e lidhura me hiperandrogjenizmin.

Origjina e këtij rrethi vicioz çrregullimesh që përfshihen në fizpatologjinë e PCOS mbetet akoma e panjohur. Shpjegimi më i thjeshtë për këtë sindromë komplekse dhe

heterogjene është që hiperandrogjenizmi është një faktor predispozues, ndërsa insulinorezistenca shërben si shkrehëse për zhvillimin e PCOS.

Roli i gjeneve dhe gjenetika. PCOS është një çrregullim poligjenik dhe multifaktorial, dhe është parë që disa gjene, apo disa ndërveprime midis gjeneve ose midis gjeneve dhe mjedisit mund të influencojnë në predispozicionin e një femre për të zhvilluar PCOS (Kumar, 2022.) Një sërë studimesh gjenetike kanë evidentuar se disa gjene me single-nucleotide polimorfizëm ose mutacione, janë të lidhura me simptoma të ndryshme të PCOS (Khan, 2019.). Fizpatologjia e PCOS është e lidhur ngushtë me sinjalet që gjenet dërgojnë për steroidogjenezën, veprimet e hormoneve steroide, veprimet dhe kontrollin e gonadotropinave, sekretimin dhe veprimin e insulinës, metabolizmin energjetik dhe inflamacionin kronik (Ajmal, 2019.). Identifikimi i markuesve gjenetik mund të na ndihmojë për diagnozën e këtij sindromi, si dhe në trajtimin e hershem të tij dhe të patologjive bashkëshoqëruese.

Mikrobiota intestinale.

Studime të shumta të viteve të fundit kanë ekzaminuar lidhjen midis PCOS dhe alterimeve të mikrobiotës intestinale. Këto studime kanë gjetur një diferencë

sinjifikative midis mikrobiomës së pacienteve të shëndetshme (grupi i kontrollit) dhe atyre me PCOS, duke rezultuar në një ulje të laktobacileve dhe rritje të baktereve patogjene (Escherichia dhe Shigella). (Liu, 2017; Yurtdaş, 2020; Rizk, 2020.).

Mjekimi i PCOS-së. Mjekimi i sindromit të vezoreve policistike është kompleks dhe kërkon shumë durim të personelit mjekësor dhe të vet pacienteve. Mjekimi varet nga mosha e pacienteve, simptomat e PCOS-së si dhe dëshira për të mbetur shtatzënë.

Modifikimi i stilit të jetës. Më shumë se gjysma e femrave me PCOS janë mbipeshë ose obeze prandaj këshilla e parë që ju jepet këtyre pacienteve është reduktimi i peshës trupore duke kombinuar dietën ushqimore të balancuar me aktivitetin fizik. Vetëm me humbje peshe, brenda 6 muajve një pjesë të madhe të pacienteve me PCOS, ju normalizohen ciklet menstruale dhe rivendoset funksioni riprodhues i ovareve. (Teede, 2018.).

Kontraceptivet orale Nëse nuk vjen deri te normalizimi i cikleve menstruale me humbje peshe, mjekimi i simptomave të PCOS-së, për ato paciente që kanë cikle

Tabela 3. UDHËZIME PËR PËRPUNIMIN E PACIENTEVE ME PCOS

Anamneza	<ul style="list-style-type: none"> • anamneza familjare: diabeti, obesiteti, hiperandrogjenizmi • personale: pesha e lindjes, shtim i shpejtë i peshës trupore në periudhën e foshnjërisë puberteti dhe menarcha parakohe, obesiteti në periudhën e adoleshencës, vonesat e ciklit menstrual, infertiliteti, dështimet spontane
Vizita klinike	<ul style="list-style-type: none"> • presioni arterial • BMI - IMT (25 - 30, peshë e tepërt trupore, > 30 obeze) • Perimetri i belit (normal më i vogël se < 80 cm) • Marrëdhëniet e perimetrit të belit dhe vitheve (WHR), (norma: < 0,85) • Vlerësimi i hiperandrogjenizmit
Vizita ultrasonografike	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ose më shumë folikula të madhësisë nga 2 - 9 mm, • vëllimi i ovareve > 10 mL
Analizat laboratorike	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentimi biokimik i hiperandrogjenemisë, testosteroni dhe testosteroni i lirë (opsionale androstendion DHEAS) • Hormoni antimullerian i rritur (AMH) • Përjashtimi i shkaqeve të tjera të hiperandrogjenizmit <ul style="list-style-type: none"> ○ TSH (çrregullimi i funksionit të gjëndrës tiroide) ○ PRL (hiperprolaktinemia) ○ 17-hidroksiprogesteron (NCAH) ○ FSH, LH (analiza e shkakut të amenorresë) ○ Kortizoli (vetëm në raste të manifestimit klinik) • Vlerësimi i çrregullimeve metabolike: <ul style="list-style-type: none"> ○ OGTT ○ Lipidograma ○ Insulina ○ Indeksi HOMA

menstruale të çrregullta dhe pilozitet të shtuara dhe që nuk dëshirojnë shtatzëni, ju propozohet përdorimi i kontraceptiveve të kombinuara orale (KKO) me gestagjene antiandrogjene (ciproteron acetat, drospirenon, dienogest, clomadionon acetat). Vetëm pas përdorimit tremujor të KKO-së, në rreth 60-85% të rasteve, ka një përmirësim të akneve, ndërsa pas 6-12 muajve të përdorimit të KKO, në rreth 40 - 70% të rasteve ka edhe përmirësim të hirsutizmit. Në raste të hirsutizmit shumë të shprehur, së bashku me kontraceptivet e kombinuara oral me gestagjene antiandrogjene, këshillohen të përdoren edhe androgjenët si ciproteron acetat, spironolaktoni, flutamidi dhe finasteridi. Te gratë, për mjekimin e alopecisë androgjene, në mënyrë lokale përdoret 2 - 5% minoxidil. Kohët e fundit, në mjekimin e hirsutizmit, është treguar shumë efikas kombinimi i kontraceptiveve të kombinuara oral (KKO), flutamidi (62,5 - 125mg/d) dhe metformin (800 - 1000 mg/ditë), (Šimunić, 2012.).

Për femrat me PCOS, të cilat nuk dëshirojnë shtatzëni, si dhe nuk dëshirojnë ose nuk kanë mundësi të përdorin kontraceptivë hormonalë, rekomandohet të përdorin gestagjene në mënyrë ciklike (së paku 10 ditë çdo muaj), për të sjellë menstruacionet dhe për ta mbrojtur endometrin.

Induktimi i ovulacionit. Induktimi i ovulacionit përdoret në gratë infertile me PCOS, që dëshirojnë të kenë një shtatzëni, nga se 70% e tyre kanë cikle anovulatore (Day, 2019.). Për këtë qëllim përdoret Letrozoli, Citrati i Clomifenit dhe Gonadotropinat menopauzale humane. Metformina është një tjetër medikament që përdoret shpesh në pacientet me PCOS, për të ulur nivelin e insulinës, por ajo nuk duhet përdorur si terapi e linjës së parë (first-line therapy) me përjashtim të pacienteve me Diabet Mellitus të Tipit 2. Ajo ndikon në uljen e peshës trupore, uljen e nivelit të androgjenëve qarkullues (por pa përmirësuar hirsutizmin) dhe rivendosjen e ciklit menstrual në gati 50% të grave me oligomenorrhe (por jo gjithmonë rivendos ovulacionin), (BJOG, 2017;124(12):e306.).

Induktimi kirurgjikal i ovulacionit - (ovarian drilling). Kjo teknikë konsiston në shpimin elektrik ose me laser të kapsulës ovariale, nëpërmjet laparoskopisë. (Fig. 5). Kjo është një teknikë invazive që ka edhe rreziqet e veta dhe përdoret si trajtim i linjës së tretë, kur metodat e tjera kanë dështuar ose si trajtim i linjës së parë ose të dytë në pacientet me PCOS që duhet të kryejnë një ndërhyrje kirurgjikale për arsye të tjera (uterine, tubare, ovariale ose pelvike).

Referencat:

1. Teede H, A. Deeks, L.Moran. PCOS: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations. *BMC Med*, 8(2010),p.41.
2. R.Azziz, E. Carmina, Z.Chen et al. Polycystic ovary syndrome. *Nature reviews Disease primers*, 2(2016), Article 16057.
3. International PCOS Network in Collaboration with Funding Partner and Collaborating Partners. *International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018*. https://www.monash.edu/_data/assets/pdf_file/0004/1412644/PCOS_Evidence-Based-guidelines_20181009.pdf. 2018.
4. Kumar R., Minerva S., Shah R., Bhat A., Verma S., Chander G., Bhat G.R., Thapa N., Bhat A., Wakhloo A., et al. Role of genetic, environmental, and hormonal factors in the progression of PCOS: A review. *J. Reprod. Healthc. Med*. 2022;3:3.
5. Khan M.J., Ullah A., Basit S. Genetic Basis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Current Perspectives. *Appl. Clin. Genet*. 2019;12:249-260.
6. Ajmal N., Khan S.Z., Shaikh R. Polycystic ovary syndrome (PCOS) and genetic predisposition: A review article. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. X*. 2019;3).
7. Yurtdaş G., Akdevelioğlu Y. A New Approach to Polycystic Ovary Syndrome: The Gut Microbiota. *J. Am. Coll. Nutr.* 2020;39:371-382. doi: 10.1080/07315724.2019.1657515. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Liu R., Zhang C., Shi Y., Zhang F., Li L., Wang X., Ling Y., Fu H., Dong W., Shen J., et al. Dysbiosis of gut microbiota associated with clinical parameters in polycystic ovary syndrome. *Front. Microbiol.* 2017;8:324. doi: 10.3389/fmicb.2017.00324. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
9. Rizk M.G., Thackray V.G. Intersection of Polycystic Ovary Syndrome and the Gut Microbiome. *J. Endocr. Soc.* 2020;5:bvaa177).

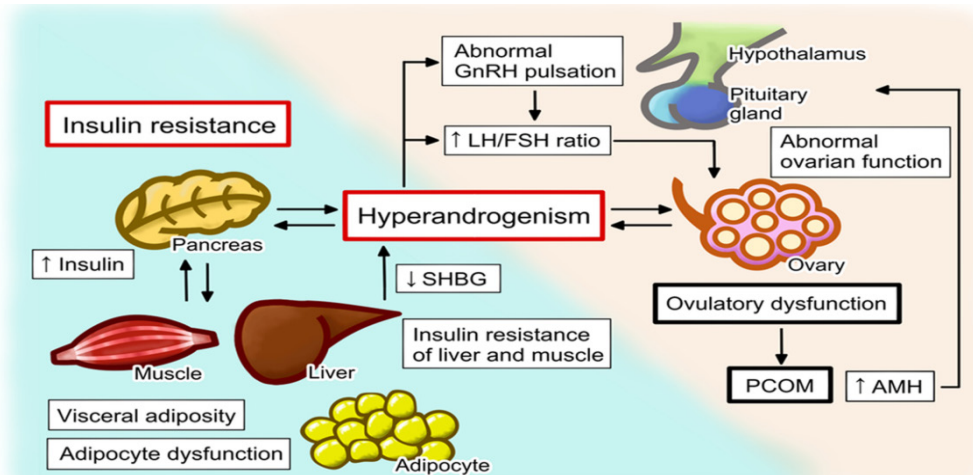


Figura 4. Fizpatologjia e PCOS. (https://www.researchgate.net/figure/Pathophysiology-of-polycystic-ovary-syndrome-PCOS-Hyperandrogenism-is-a-key-feature_fig2_364266582)

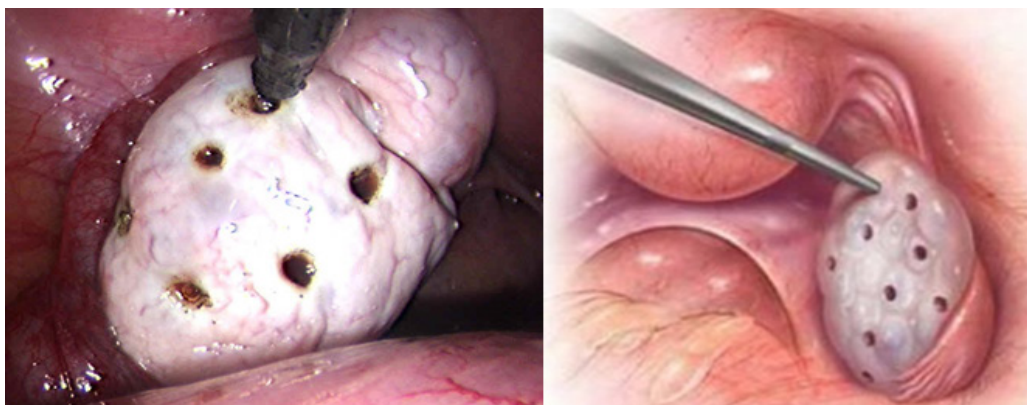


Figura 5. Pamje laparoskopike e ovarian drilling. (<https://www.gov.im/categories/health-and-wellbeing/clinics-and-hospital-outpatients/women-and-childrens-clinics/gynaecology-womens-health/fertility-services/treatments/laparoscopic-ovarian-drilling/>)

INFEKSIONET E TRAKTIT GJENITAL



Valmire Kuqi

Doktor i Mjekësisë

Mikroorganizmat vaginale ndryshojnë në varësi të moshës së gruas, statusit të saj hormonal, gjendjes imunitare, aktivitetit seksual, përdorimit të medikamenteve, pranisë së gjakut në vaginë, metodave kontraceptive si dhe ekspozimit ndaj një sërë produktesh vaginale.

Infeksionet vaginale

VAGINOZA BAKTERIALE - Përfaqëson një alterim të florës normale bakteriale vaginale që rezulton në humbjen e laktobacilieve H₂O₂ prodhuese, si dhe mbërritjen dhe predominimin e baktereve anaerobe. Gratë me vaginozë bakteriale kanë predispozitë për të zhvilluar sëmundje inflamatore pelvike dhe infeksione postoperatore.

- Etiologjia: duset vaginale, duhanpirja, seksi gjatë menstruacionit, IUD

- Diagnostikimi: vaginoza bakteriale diagnostikohet në bazë të gjetjeve në sekrecionin vaginal të shtuar me erë "peshku", sekrecionet vaginale gri, rritje të pH vaginale, vrotjimi mikroskopik i clue cells, Whiff test.

- Trajtimi: metronidazol, klindamicine

VAGINITI TRIKOMONIAL sëmundje seksualisht e transmetueshme nga Trichomonas Vaginalis që mund t'i infektojë edhe uretrën, endocervixin dhe vezikën.

- Etiologjia: trichomonas vaginalis

- Pasqyra klinike: dizuria, dispareunia, pruriti vulvar, eritemvaginale, formë të luleshtrydhes, dhimbje.

- Diagnostikimi: pH e lartë, ekzaminimi mikroskopik.

- Trajtimi: Metronidazol, Tinidazol.

KANDIDOZA VULVOVAGINALE infeksioni shfaqet më shpesh te gratë obeze, me klimë të ngrrohtë dhe mund të transmetohet seksualisht.

- Etiologjia: Candida Albicans, Candida Tropicalis

- Diagnostikimi: shenjat si pruriti, sekrecione vaginale homogjene në paraqitje të gjizës, pH vaginale normale, Whiff test negativ, ekzaminimi mikroskopik.

- Trajtimi: butokonazol, klotrimazol, flukonazol.

CERVICITI epiteli ektocervikal mund të inflamohet nga të njëjtat mikroorganizma të cilët janë përgjegjëse për vaginitin. Epiteli glandular cervical preket vetëm nga Chlamydia Trachomatis dhe Neisseria Gonorrhoeae. Faktorët jinfektiv mund të jenë të shoqëruar me alergji ndaj kondomeve, imbalance bacterial dhe hormonal, radio terapia dhe citostatike.

- Pasqyra klinike: sekrecione vaginale, dispareuni, dhimbje barku dhe shpine, gjakosje gjatë marrëdhënieve seksuale, dizuria, ethe dhe temperaturë.

- Diagnoza e cervicitit bazohet në gjetjen e sekrecioneve purulente endocervikale të verdha apo të gjelbra. Testet e përdorura janë testet me aplikim të acideve nukleike (NAAT).

- Trajtimi: NeisseriaGonorrhoeae-ciprofloksacine; Chlamydia Trachomatis - azitromicine

ENDOMETRITIS përkufizohet si inflamacion i endometrit.

- Etiologjia: lindjet spontane dhe cezariane, abortet spontane, CE, biposia endometriale, infeksionet seksualisht të transmetueshme, histeroskopia, PID.

- Pasqyra klinike: dismenorrhea, dhimbje në pelvis, rectum dhe abdomen, zmadhim i mitrës,



Figura 1. Vaginiti Trikomonial (trichomoniasis-infecio-trichomonas-vaginalis)

hemorragji nga mitra, opstipacione, ethe, temperaturë dhe plogështi.

- Diagnostikimi: kontrolli vaginal, bimanual, analizat laboratorike, ekzaminimi mikrobiologjik, biopsia endometriale dhe laparaskopia.

- Trajtimi: antibiotik, analgjetikë, hospitalizim, rehidrim.

ADNEXOPARAMETRITI inflamacion i tubave dhe i parametres, shkaktohet nga mikroorganizmat që konolizojnë endocervixin dhe ngjiten në endometër dhe tubat e fallopit. Adnexoparametrirti paraqet sinonim për sëmundjet inflamatore pelvike apo PID.

- Etiologjia: Neisseria Gonorrhoea, Chlamydia Trachomatis, Escherichia Coli, Mycoplasma Hominis, Ureoplasma Ureolyticum dhe bakteret anaerobe, promiskuiteti, marrëdhëniet seksuale, IUD.

- Pasqyra klinike: dhimbje barku, sekrecione vaginale, menometroragji, ethe, vomiting, dispareuni, dismenorrhea, dizuri, dhimbje shpine, anoreksia, tachycardia, dehidrim, tenezma.

- Diagnostikimi:

1. Uterusi dhe adnexa të tendosura në palpacion

2. Cervixi i tendosur dhe dhimbje gjatë kontrollimit

3. Rritja e numrit të leukociteve në sekrecione vaginale.

Tjera janë si temperatura febrile, rritjet e sedimentacionit dhe CRP.

- Ekzaminimi klinik: abdominal, bimanual dhe vaginal, mikrobiologjik, hemokultura, culdocentesi, laparaskopia, ECHO, CT, MRI.

- Trajtimi: hospitalizmi, antibiotikë parenteral, analgjetikë, rehidrim, intervenim kirurgjik dhe balenoterapia.

OOPHORITIS infeksion bakterial i ovaeve i shoqëruar me infeksionet e tubave të Fallopit, PID.

- Etiologjia: sëmundjet seksualisht të transmetueshme (Gonorrhea dhe Chlamydia), IUD, aborti artificial, intervenimet manual dhe instrumentale, CE, proceset inflamatore intraperitoneale.

- Pasqyra klinike: dhimbje pelvike anësore, hipermenorrhea, hemorragji intramenstruale, dispareuni, hemorragji gjatë marrëdhënieve seksuale, sekrecione vaginale, disuria, temperatura, ethe, dhimbje.

- Diagnostikimi: anamneza, ekzaminimi vaginal, USG, MRI, CT, laparaskopia, analizat laboratorike.

- Trajtimi: antibiotik dhe kirurgjikal.

Referencat:

1. Cerdá-López, E. E., Grana-dos-Rodríguez, J. D., Hernández-Ocampo, A. C., Herrera-Guzmán, K., Landín-Padilla, M. G., Rodríguez-Díaz, M. E., & Alva-Murillo, P. N. (Eds.). (s/f). *Conociendo a la tricomoniasis* (Vol. 10). XXVI Verano de la ciencia.

2. Sexually transmitted diseases (STDs). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std/general/default.htm>. Accessed Dec. 20, 2023.

3. Sexually transmitted infections. Office on Women's Health. <https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/sexually-transmitted-infections>. Accessed Dec. 20, 2023.

4. Gjinekologjia Dr. Leon Kaza.



Figura 2. Cervicitis (<https://step1.medbullets.com/reproductive/cervicitis>)



Figura 3. Vaginal Discharge (<https://www.sciencedirect.com/science/>)

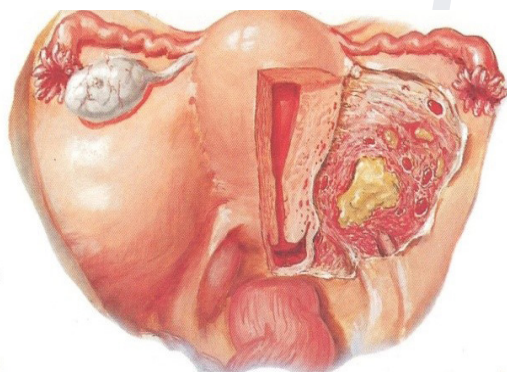


Figura 4. ADNEXOPARAMETRITI (<https://abdominalkey.com/>)

GJAKDERDHJET E ÇRREGULLTA NGA MITRA NË PREMENOPAUZË



Vlora Ademi- Ibishi

Profesor Asistent

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

Premenopauza është periudha disa vjeçare para menopauzës gjatë së cilës paraqiten shpesh çrregullimet e ciklit menstrual, gjakderdhjet e çrregullta nga mitra dhe çrregullimet vazomotorike.¹ Premenopauza fillon rreth moshës 45 vjeçare, zakonisht 4-5 vite para menopauzës dhe është imazhi i pasqyrës së adoleshencës që paraqet hyrjen në vitet reproduktive, përderisa premenopauza është dalja nga vitet reprodutive.² Në këtë periudhë jetësore të gruas ndodhin ndryshime biologjike, endokrinologjike dhe klinike, të cilat shpesh manifestohen me gjakderdhjet jo normale nga mitra.

Gjakderdhje e çrregullt nga mitra përkufizohet gjakderdhja e cila për nga vëllimi, kohëzgjatja apo frekuenca e paraqitjes dallon nga menstruacioni.³ Mund të paraqitet te femrat e të gjitha moshave por më e shpeshta është në premenopauzë. Këto gjakderdhje janë vetëm simptomë manifestuese e një çrregullimi apo sëmundje bazë. Gjakderdhjet e çrregullta nga mitra afektojnë negativisht kualitetin e jetës, zvogëlojnë produktivitetin dhe përdorim të shtuar të burimeve shëndetësore. Rreth 70% e vizitave te gjinekologu i femrave në premenopauzë janë për shkak të gjakderdhjeve jonormale nga mitra.

Shkaktarët e gjakderdhjeve jonormale nga mitra kategorizohen sipas akronimit PALM-COEIN. Në grupin PALM bëjnë pjesë shkaktarët struktural përkatësisht polipet endometrial, adenomioza, leiomioma, hiperplazia dhe malinjiteti. Ndërsa në grupin Coein bëjnë pjesë shkaktarët jo struktural - disfunksioni ovarial, koagulopatitë, shkaktarët endometrial, jatrogjen dhe të paklasifikuar.⁴

ndërsa format multiple hasen më rrallë (20%). Mund të jenë të palëvizshme ose me pedunkul, ndërsa madhësia varion nga disa milimetra në centimetra.⁶

Manifestimi kryesor klinik i polipit endometrial është gjakderdhja jonormale nga mitra, e cila raportohet në 3,7-65% të pacientëve të diagnostikuar me polip endometrial. Përndryshe, polipet endometrialë shpesh zbulohen rastësisht gjatë ekzaminimit me ultrazë edhe tek gratë asimptomatike. (Figura 1).

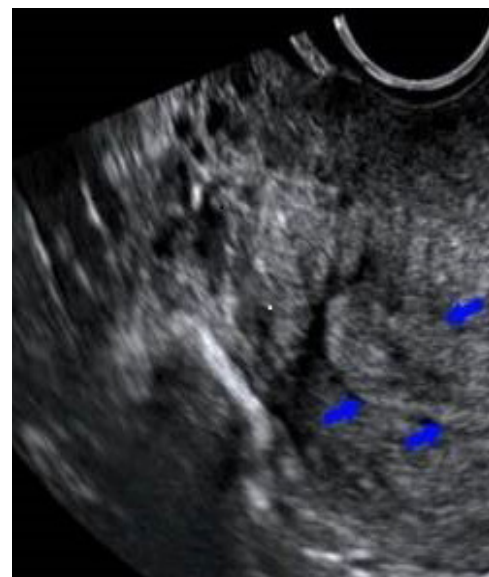
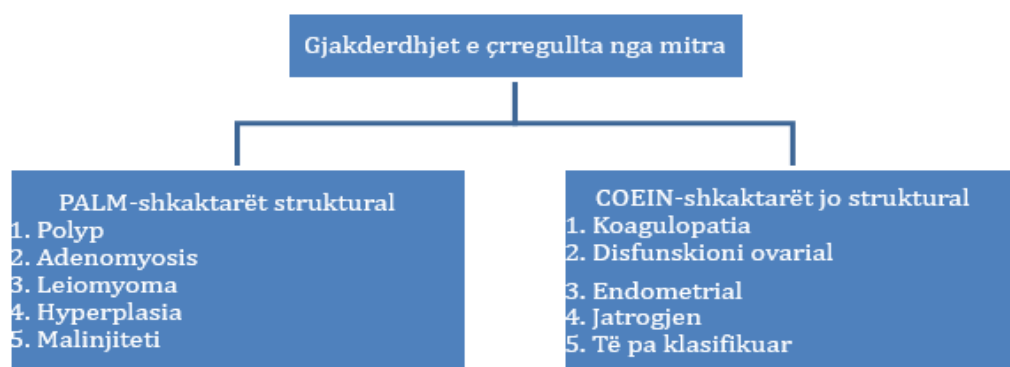


Figura 1. Pamja sonografike e polipit endometrial (16)



Polipi endometrial (Polypus endometrii) është formacion fokal i endometriumit që rezulton nga proliferimi hiperplastik i gjëndrave dhe stromës endometrialë rreth zonës vaskulare.

Këto formacione zakonisht janë proliferime beninje, megjithatë zona të hiperplazisë atipike ose karcinomës endometrialë mund të gjenden në 3.8% të pacientëve në postmenopauzë.⁵

Zakonisht paraqiten si formacione solitare (80%),

Adenomioza (Adenomyosis) ndryshe e njohur edhe si endometrioza e miometriumit është gjendje beninje që karakterizohet me invadim fokal të gjëndrave dhe stromës endometrialë në miometrium në një trashësi të paktën 2.5 mm nga shtresa bazale e endometriumit dhe me penetrim të enëve vaskulare në miometrium. Është një nga shkaktarët e gjakderdhjeve jonormale nga mitra e cila diagnostikohet me teknika imazherike si ultrazëri apo edhe rezonanca magnetike. (Figura 2). Adenomioza ka një ndikim negativ në cilësinë

e jetës së grave për shkak të gjakderdhjeve të çrregullta dhe të zgjatura nga mitra të cilat shpeshherë janë rezistente në terapi medikamentoze dhe të cilat indikohet edhe trajtimi kirurgjik - histerektomia.⁷

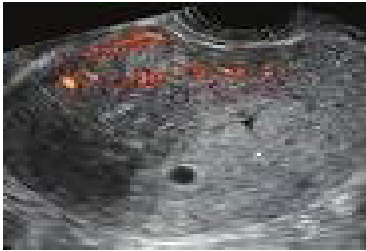


Figura 2. Miometriumi heterogjen, hiper vaskularizimi dhe humbja e kufirit mes endometriumi dhe miometriumi te adenomioza (17).

Leiomioma (Leiomyoma) - është tumori më i shpeshtë benignj i mitrës, manifestimi klinik i të cilit me gjakderdhje të çrregullta nga mitra bëhet i rëndësishëm në premenopauzë. Ndryshimet hormonale që ndodhin te gruaja në këtë moshë janë modulatorët kryesor të rritjes së këtyre tumoreve.⁸ Mimat e mitrës mund të paraqiten si formacione solitare apo multiple ndërsa madhësia e tyre varion nga milimetrike deri në formacione me përmasa gjigante që mbushin hapësirën e pelvikut dhe abdomenit. Masa miomatoze ka vaskularizim të dobët, mirëpo pseudokapsula që e rrethon dhe e cila furnizon me vaskularizim miomën karakterizohet nga rrjeta e shprehur e enëve të gjakut të cilat edhe janë shkaktarë të gjakderdhjeve të zgjatura dhe të shprehura nga mitra.⁹ Leiomiomat e vogla dhe asimptomatike nuk kanë nevojë për trajtim, për dallim nga ato simptomatike të cilat trajtimi definitiv është trajtimi kirurgjik. (Figura 3).



Figura 3. Pamja makroskopike e mitrës miomatoze pas histerektomisë (19).

Hiperplasia e endometriumi (Hyperplasia endometrii) - është proliferim abnormal i gjëndrave endometriale që karakterizohet me rritje të raportit gjëndra/stromë

krahasuar me endometriumi normal proliferativ. (Figura 4). Mund të jetë fokale dhe difuze, ndërsa manifestimi klinik kryesor është gjakderdhja e çrregullt nga mitra. Ndryshimet hormonale në premenopauzë me dominim të estrogjenit dhe mungesës së progesteronit janë faktorët inicues të kësaj patologjie.¹⁰



Figura 4. Pamje sonografike e hiperplazisë endometriale (18).

Malinjiteti - mund të jetë një nga shkaktarët e gjakderdhjeve të çrregullta nga mitra. Edhe pse prevalenca e kancerit të endometriumi rritet me moshën, më se një e katërta e rasteve të reja të diagnostikuara janë te pacientet më të reja se 55 vjet prej tyre një pjesë në premenopauzë.¹¹ (Figura 5).



Figura 5. Pamja makroskopike e kancerit endometrial pas histerektomisë (20).

Disfunksioni ovarial - është faktori më i shpeshtë jo struktural që shkakton gjakderdhje të çrregullt nga mitra në premenopauzë. Veprimi i zgjatur i estrogjenit, niveli i lartë i estradiolit në premenopauzë, anovulacioni, funksionimi i dobët i corpus luteum, niveli i ultë i progesteronit janë shkaktarët kryesor të gjakderdhjeve disfunktionale-jo

strukturale të gjakderdhjeve të çrregullta në premenopauzë.¹²

Faktorët jatrogjen - Një numër i barnave mund të shkaktojnë gjakderdhje të çrregullta nga mitra në premenopauzë. Kryesisht janë barnat të cilat ndikojnë në sintezën dhe funksionin e hormoneve steroide si tamoksifeni, antikoagulantët dhe antagonistët e dopaminës.

Faktorët e tjerë jo struktural si koagulopatitë (disfunksioni i trombociteve dhe sëmundja e Von Willbrand), disfunksioni i endometriumi (inflamacioni, vasokonstriksioni) dhe faktorët e paklasifikuar zakonisht hasen dhe diagnostikohen më herët në adoleshencë dhe në periudhën riproduktive, dhe nuk janë faktorë tipik që shkaktojnë gjakderdhje të çrregullt nga mitra në premenopauzë.¹³

Evaluimi diagnostik

Qasja ndaj pacienteve me gjakderdhje të çrregullt nga mitra përfshin vlerësimin e stabilitetit hemodinamik, vlerësimin e shkallës së anemisë, identifikimin e shkaktarit të gjakderdhjes dhe determinimin nëse indikohet evaluimi për kancerin e endometriumi.

Anemneza ka rëndësi të madhe në kuadër të evaluimit të pacientes me gjakderdhje të çrregullt nga mitra. Të dhënat për sasinë, frekuencën, rregullsinë dhe kohëzgjatjen e gjakderdhjes, historia e jetës dhe ajo familjare, përdorimi i barnave dhe faktorët e tjerë të rrezikut ndihmojnë në orientimin e përpunimit diagnostik.

Ekzaminimi fizikal i përgjithshëm dhe gjinekologjik duke përfshirë ekzaminimin me spekulum dhe ekzaminimin bimanual mundësojnë identifikimin e burimit të gjakderdhjes nga mitra e gjithashtu përjashtimin e proceseve tjera në qafën e mitrës, vaginë apo vulvë si shkaktarë të mundshëm të gjakderdhjes.

Përpunimi laboratorik

Te të gjitha pacientet me gjakderdhje të çrregullt nga mitra duhet të përjashtohet shtatzënia me një test të Bhcg-së, si dhe përcaktohet shkalla e anemisë dhe trombocitopenisë përmes pasqyrës së gjakut. Analizat hormonale duhet të bëhen te pacientet ku evaluimi inicial indikon faktorë hormonal të mundshëm të gjakderdhjes.

Në rastet ku dyshohet për gjakderdhje me faktorë të mundshëm etiologjik të koagulopatisë, analizat për faktorët e koagulimit dhe konsulta me hematologun janë esenciale.

Mosha e pacienteve në premenopauzë

është një faktor i rëndësishëm rreziku për kancerin e endometrit, prandaj te të gjitha pacientët me gjakderdhje të çrregullt nga mitra që janë 45 vjeç e lart duhet të bëhet biopsia endometriale ose kiretazha eksplorative. Te pacientet nën moshën 45 vjeç, biopsia endometriale duhet të bëhet nëse ekzistojnë faktorë rreziku për kancer endometrial dhe nëse trajtimi medikamentoz i gjakderdhjes dështon. Biopsia endometriale me histereskopi ka përparësi ndaj kiretazhës pasi mundëson identifikimin e lezioneve fokale.

Imazheria

Ultrasonografia transvaginale është qasja e linjës së parë imazherike për shumicën e pacientëve me gjakderdhje të çrregullt nga mitra në premenopauzë.

Rezonanca magnetike mund të konsiderohet vetëm në raste specifike nëse kërkohen të dhënat plotësuese imazherike pas sonografisë transvaginale.

Trajtimi

Një numër i faktorëve duhet të merren parasysh gjatë zgjedhjes midis opsioneve të trajtimit për gjakderdhjen e çrregullt nga mitra duke përfshirë shkaktarin dhe sasinë e gjakderdhjes, sëmundjet shoqëruese mjekësore, efektet anësore, koston dhe efektivitetin.

Në disa raste gjakderdhjet e çrregullta nga mitra në premenopuzë kërkojnë trajtim urgjent. Te pacientet me gjakderdhje të shprehur të cilat në aspektin hemodinamik janë jo stabile duhet të bëhet korrigjimi i anemisë me gjak dhe produkte gjaku, si dhe ndalja e gjakderdhjes me estrogjen të konjuguar apo me metoda kirurgjike si tamponada e mitrës dhe kiretazha e kavitetit uterin. Në raste të rralla indikohet edhe histerektomia.

Te pacientet me gjakderdhje të shprehur por të cilat janë hemodinamikisht stabile, terapia medikamentoze me preparate orale të estrogjenit, progesteronit, kontrceptiv oral dhe acid tranexamic është terapia e rekomanduar.¹⁴

Gjakderdhjet e moderuara dhe me natyrë disfunkcionale duhet të trajtohen me preparate medikamentoze. Prej terapive medikamentoze hormonale pesari intrauterin me lirim gradual të levonorgestrelit është trajtimi më efikas për të kontrolluar gjakderdhjet e çrregullta nga mitra në premenopuzë. Gjithashtu efikas janë edhe kontrceptivët orale dhe administrimi i preparateve të progesteronit. Trajtimi medikamentoz jo hormonal konsiston në administrimin e acidit tranexamic dhe barnave anti-inflamatore jo steroide. Metodatat kirurgjike si polipektomia, myomectomia, embolizimi i arterieve uterine janë metoda trajtimi të shkaktarëve struktural të gjakderdhjeve të çrregullta nga mitra.¹⁵ Histerektomia është metoda definitive dhe më efikase në trajtimin e gjakderdhjeve të çrregullta nga mitra në

premenopuzë.

Referencat:

1. Delamater L, Santoro N. Management of the Perimenopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 Sep;61(3):419-432. doi: 10.1097/GRF.0000000000000389. PMID: 29952797; PMCID: PMC6082400.
2. S. R. Goldstein & M. A. Lumsden (2017): Abnormal uterine bleeding in perimenopause, *Climacteric*, DOI: 10.1080/13697137.2017.1358921
3. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016 Jul;34:54-65. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012. Epub 2015 Nov 25. PMID: 26803558; PMCID: PMC4970656.
4. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COE-IN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Apr;113(1):3-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011. Epub 2011 Feb 22. PMID: 21345435.
5. Fagioli R, Vitagliano A, Carugno J, Castellano G, De Angelis MC, Di Spiezo Sardo A. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies. *Climacteric.* 2020; 23: 360-368.
6. Mariana De Cunha Vieira, Amerigo Vitagliano, Mariana Costa Rossette, Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto, Alessandra Gallo, Attilio Di Spiezo Sardo. Endometrial Polyps: Update Overview on Etiology, Diagnosis, Natural History and Treatment. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2022, 49(10), 232. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4910232>.
7. Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. *F1000Res.* 2019 Mar 13;8:F1000 Faculty Rev-283.
8. Flake GP, Andersen J, Dixon D. Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review. *Environ Health Perspect.* 2003 Jun;111(8):1037-54. doi: 10.1289/ehp.5787. PMID: 12826476; PMCID: PMC1241553.

METODAT AKTUALE TË SKRININGUT PËR TUMORËT OVARIAL DHE HULUMTIMET E REJA



Tefta Isufaj

Specialist i Gjinekologjisë dhe Obstetrikës

Hyrje

Tumorët adneksal përfshijnë masat në vezore, tubat e Fallopit dhe indin lidhor përreth, dhe janë në mesin e çrregullimeve më të shpeshta në praktikën e përditshme gjinekologjike (1). Masat adneksale të cilat lajmërohen si rritje asimptomatike adneksale mund të zbulohen rastësisht gjatë vizitave të rregullta gjinekologjike ose ekzaminimeve radiologjike (2). Tumorët adneksal paraqesin dilema jo të lehta diagnostike dhe shumica prej tyre janë cista të mbushura me lëng ose përmbajnë ne vete edhe masë solide që len përshtypjen e natyrës beninje, mirepo diagnoza përfundimtare përcaktohet vetëm pas ekzaminimit histopatologjik. Qasja kirurgjike vjen në konsiderim vetëm nëse tumorët adneksal rriten ose bëhen simptomatik, ose nese formacioni cistik shoqërohet me tipare të dyshimta të prezencës së komponentës solide (3). Masat adneksale atakojnë femrat e e të gjitha moshave dhe munden në mënyre sinjifikante të ndikojnë në shëndetin riprodiktiv, mirëqenien e përgjithshme dhe në disa raste edhe në mbijetesën e tyre.[4].

Diferencimi preoperativ ndërmjet tumorëve adneksal beninj dhe malinj është i rëndësishëm për zgjedhjen e mënyrës së menaxhimit të tyre meqë ato kërkojnë teknika të ndryshme kirurgjike (5). Diagnoza diferenciale është mjaft e gjerë duke filluar nga cistat e thjeshta funksionale, tumorët beninj, kufitarë (borderline) dhe malinj të vezoreve. Derisa cistat e thjeshta funksionale në vezore kërkojnë një menaxhim duke përcjellur ecurinë e tyre, trajtim konservativ të kombinuar me ndërhyrje laparoskopike, ndërhyrje këto që mund të realizohen nga gjinekologët e përgjithshëm(6) kurse për tumorët malinj është e domosdoshme të merren konsultime shtese nga operatorët e trajnuar mirë për këto ndërhyrje ose të referohen në qendrat e specializuara terciare , për klasifikimin përkatës kirurgjik si dhe realizimin e operacioneve radikale siç është 'debulking' (7,8,4). Përcaktimi i natyrës së një tumori adneksal është i rëndësishëm në përzgjedhjen e një strategjie optimale të menaxhimit (9, 10). Ndërhyrjet operatore të panevojshme ose intervenimet radikale kirurgjike me humbje të aftësisë riproduese të femrat e reja janë një rrezik i vazhdueshëm për pacientët me cista beninje të cilat në dukje lënë përshtypjen e natyrës malinje të tumorit, derisa në anën tjetër pasojat e dështimit të njohjes së cistave malinje pasqyrohen në prognozën e sëmundjes dhe cilësinë e jetës së pacientit (10,11). Vlerësimi preoperativ i saktë është shumë i rëndësishëm për pacientët në periudhën riprodutive ku ruajtja e fertilitetit është e domosdoshme dhe aplikimi i procedurave minimale invazive laparoskopike të patologjitë beninje me qëllim të ruajtjes së rezervës ovariale (11).

Sfidat në diagnostikimin e hershëm të kancerit të

vezoreve

Kanceri i vezoreve njihet edhe me emrin 'vrasës i heshtur' meqenëse në stadet e hershme të shfaqjes së tij, simptomat e kancerit të vezoreve janë shumë të paqarta Prandaj termi vrasës i heshtur është term i drejtë që sqaron natyrën tinëzore të paraqitjes së kancerit me një përparim të ngadalshëm dhe të fshehtë. Të gjitha këto kur shoqërohen me vështirësi në diagnostikim për shkak të mungesës së metodave efektive dhe mosekzistimit të një metode universale skringu për zbulimin e tumorëve malinjë e rrisin shkallën e mortalitetit në grupin e tumorëve malinjë gjinekologjike (12). Zbulimi i hershëm i sëmundjeve malinje të vezoreve është sfidues për tërë komunitetin mjekësor për shkak të variabilitetit klinik dhe simptomave jospesifikë edhe në stadet e avancuara të sëmundjes [13]. Zbulimi i hershëm lehtëson trajtimin më të suksesshëm dhe më pak agresiv duke reduktuar peshën emocionale, fizike dhe financiare në sistemet individuale dhe sistemin shëndetësor. Është e nevojshme të njihet rëndësia e metodave proaktive të skringut dhe mjeteve diagnostike të identifikimit të masave ovariale në stadet e tyre të hershme dhe të trajtueshme [4].

Nevoja për strategji të zbulimit të hershëm

Sigurimi se strategjitë e detektimit të hershëm dhe aplikimi i metodave me të përshtatshme bëhen me të qasshme për individët e të gjitha shtresave socio ekonomike. Qëllimi i këtyre strategjive është të jenë me kosto të pranueshme që të zvogëlojnë pabarazinë në sistemin shëndetësor. Zvogëlimi i shpenzimeve financiare të skringut mund të inkurajojë më shumë njerëzit që ti nënshtrohen testimit të rregullt. [14].

Strategjitë efektive të skringut për zbulimin e hershëm të kancerit të vezoreve janë ende në hulumtim e sipër, edhe pse kjo sëmundje përmbush kriteret e OBSH për mbijetesë të zgjatur nëse zbulohet në stadet e hershme. Këta individë kanë risk të elevuar sinjifikant dhe protokollet dhe strategjitë e përshtatura të skringut mund të përmirësojnë shkallën e detektimit të hershëm në këto grupe. [15].

Minimizimi i rrezatimit është vendimtar për sigurinë e individëve që i nënshtrohen skringjeve të përsëritura. Metodatat e reja të skringut duhet të fokusohen në teknika joinvazive dhe teknika të lira nga rrezatimi për popullatën me rrezik të lartë dhe monitorim afatgjatë [16].

Metodat e mundshme të skringut

Ekzistojnë qasje diagnostike të ndryshme duke përfshirë teknikat e bazuara në imazheri si ultrazëri transvaginal, rezonanca magnetike, tomografia e kompjuterizuar, biomarkerët e përcaktuar në serum si CA 125 së bashku

me biomarkerët e tjerë potencial si dhe teknologjitë e reja (Biopsia liquide dhe aplikimet e Inteligjencës Artificiale)

Metodat e skringut të bazuara në imazheri

Ultrazëri është një metodë imazherike e aplikuar shumë si mjet diagnostik dhe skringu në praktikën klinike (57, 71). Ultrazëri transvaginal është metode imazherike jo invazive e linjës së parë në identifikimin e patologjisë së pelvikut dhe diferencimin ndërmjet masave adneksale beninje dhe atyre malinje (35). Ky modalitet imazherik përfshin vendosjen e sondës në vaginë duke lejuar imazheri të rezolucionit të lartë të organeve të pelvikut. Përparimet në teknologjinë e ultrazërit duke përfshirë 3D dhe 4D ultrazërin me kontrast dhe elastografinë ka përmirësuar aftësinë e UTV. Këto inovacione sigurojnë më shumë informata në detaje për masat adneksale duke përmirësuar saktësinë e diagnozës. [18].

Në ditët e sotme ultrazëri konsiderohet si metodë e pazëvendësueshme në vlerësimin e patologjisë së tumorëve adneksal, e sidomos ultrazëri transvaginal gjatë realizimit të së cilit pacienti nuk rrezatohet, si dhe ka kosto të ulët ekonomike, krahasuar me CT dhe MRI (69, 70, 89)

Rezonanca magnetike është një mjet diagnostik i fuqishëm për vlerësimin e masave ovariale duke siguruar imazhe të detajuara të indit të butë të pelvikut. Procedura nënkupton përdorimin e fushave të forta magnetike dhe radio valëve për të gjeneruar imazhe të rezolucionit të lartë. Rezonanca magnetike është veçmas e rëndësishme kur rezultatet e UTV janë të papërcaktuara ose kur një vlerësim me gjithëpërfshirës i natyrës së masave ovariale është i domosdoshëm të sjellë një vendim klinik konsensual [19]

CT është një tjetër modalitet i cili aplikon rrezet X dhe përdor kompjuterin për procesimin e gjenerimit të imazheve të trupit, të cilat mund të na informojnë për vlerësimin e lokacionit dhe karakteristikave të masave ovariale. Një prej benefiteve primare të CT është gatishmëria e sigurimit të rezultateve të shpejta pas realizimit të CT. Një nga limitimet kryesore është ekspozimi në rrezatimin jonizues i cili mund të jetë brengosës veçmas për pacientet të cilët i nënshtrohen skringjeve të përsëritura. Një ekspozim i tillë në rrezatim mund të limiton CT si një mjet rutinor skringu veçmas kur alternativa më të sigurt si UTV janë në dispozicion.

Biomarkerët në serum

Biomarkerët përdoren shpesh në praktikën e përditshme për triazhimin e femrave me masa adneksale, edhe pse dëshmia për rolin

e tyre vazhdon të jetë e dobët (7). Deri më sot nuk ekziston asnjë biomarker specifik për detektimin e hershëm të kancerit të vezoreve. Një ndër tumor markerët i cili përdoret me së shpeshti për diferencimin e natyrës së tumorëve adneksale të pelvikut është CA 125, i cili konsiderohet si më i miri në diagnostikimin e kancerit të vezoreve (19). Vlera e rritur e CA 125 mund të zbulojë kancerin e vezoreve në vetëm 3% të femrave në popullatë, duke qenë se CA125 mund të rritet edhe në kushte tjera jokancerogjene si: cikli menstrual, shtatzënia, endometriozja, miomat, cistat beninje të vezoreve, sëmundjet e mëlçisë si dhe në sëmundjet tjera malinje, si p.sh. te kanceri i kolonit, mitrës, tubave të Fallopit, gastrik dhe pankreatik (5). Fatkeqësisht CA125 nuk ka sensitivitet dhe specifitet të mjaftueshëm si marker i vetëm në diagnostikimin dhe skringun e kancerit të vezoreve (8).

Biomarkerët tjerë potencial

HE4 është një protein e cila ka tërhequr vëmendje si një biomarker i vlefshëm për detektimin e kancerit të vezoreve. Është menduar se ka specifitet më të lartë se CA 125 mirëpo mund të rritet me moshën dhe te femrat me sëmundje të veshkave, si dhe te ato duhanpirëse. Aftësia e HE4 të rritet në stadet e hershme të sëmundjes malinje është veçanërisht e rëndësishme meqë detektimi i hershëm është i rëndësishëm për përparimin e rezultateve të trajtimit. Zakonisht i kombinuar me CA 125 do të përmirësojë sensitivitetin dhe specifitetin e diagnozës së kancerit të vezoreve, mirëpo popullariteti i HE 4 ka rënë me krijimin e modaliteteve të reja.

Kombinimi i biomarkerëve me modelet e reja të ultrazërit

Studime të shumta në vitet e fundit kanë provuar të hulumtojnë kombinimin e modaliteteve të ndryshme të biomarkerëve në mes veti dhe ultrazërit me biomarkerë. Hulumtimet janë koncentruar në zhvillimin e modeleve të reja për përdorim në praktiken klinike që do të jenë më efikas në diagnostikimin më kohë të natyrës së tumorëve adneksal (20). Biomarkerët në serum mendohet se ndihmojnë në diskriminimin e tumorëve adneksal malinj prej atyre beninj atëherë kur paraqiten tipare të dyshimta gjatë interpretimit ultrasonografik (9). Mirëpo, duke qenë se disa nga kancerët e vezoreve në stadet e hershme nuk prodhojnë CA125 mjaftueshëm për qëllime diagnostike, kurse CA125 si i vetëm ka performancë më të dobët se metodat ultrasonografike. Kjo nënkupton se nevojiten hulumtime shtesë për biomarkerë të rinj qarkullues në kombinim me modelet e reja dizajnuese për zbulimin e kancerit të vezoreve (17).

Algoritmi i riskut të malinjitetit ovarial (Risk of ovarian malignancy algorithm - ROMA) është një algoritm i sofistikuar që përdor CA125 dhe nivelet e HE4 së bashku me statusin e menopauzës për të përmirësuar saktësinë e detektimit të kancerit të vezoreve. Duke shfrytëzuar parametra multipël, ROMA ka përmirësuar besueshmërinë e vlerësimit të riskut të malinjitetit ovarial.

OVA1 është një multi marker test i cili shkon përtej CA 125 si i vetëm. Ai kombinon CA 125 me katër biomarker shtesë që të bëjnë një vlerësim gjithëpërfshirës të riskut të kancerit të vezoreve. OVA1 është testi i parë i aprovuar nga FDA për vlerësimin e riskut të kancerit të vezoreve në femrat të cilat paraprakisht janë diagnostikuar me masa ovariale dhe janë programuar për ndërhyrje operatore.

Indeksi i rikut të malinjitetit (Risk of Malignancy Index - RMI) është një sistem poentimi me një përdorim të gjerë për vlerësimin e masave adneksale. Ai integron gjetjet e UTV dhe nivelet e CA125 për të vlerësuar probabilitetin e malinjitetit.

Janë zhvilluar modele të ndryshme matematikore dhe sisteme të poentimit që realizojnë interpretimin e përshkrimeve ultrasonografike sa më lehtë dhe në mënyrë sa më praktike nga profesionistët me nivele të ndryshme të përvojës për kategorizimin e masave adneksale (7, 11).

O-RADS është një skice standarde e dizajnuar të raportoje dhe karakterizoj masat ovariale duke përdorë imazhet e ultrazërit. Ajo siguron një qasje të strukturuar për kategorizimin dhe vlerësimin e këtyre masave bazuar në tiparet specifike të ultrazërit dhe morfologjinë.[21]. O-RADS kategorizon masat ovariale në grupet e riskut të lartë sic është O-RADS 1 për lezionet beninje dhe O-RADS 5 për lezionet malinje ose lezionet shumë të dyshimta. Këto kategori bazohen në prezencën ose mungesën e tipareve të ndryshme të ultrazërit duke përfshirë madhësinë, formën, strukturën e brendshme dhe karakteristikat specifike të masës. [22].

International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group

Në vitin 2008 grupi International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) në një bashkëpunim multicentrik kishte për qëllim dizajnimin e modeleve të ndryshme për diagnostikimin preoperativ të tumorëve adneksal beninj dhe malinj. Modeli IOTA Simple Rules (SR) fitoi një popullaritet për shkak të thjeshtësisë së aplikimit, jo vetëm te ultrasonistët me eksperiencë por edhe te ata me më pak përvojë. IOTA SR sot është një metodë e validuar dhe e zbatuar nga shumë hulumtime multicentrike (9). IOTA

SR aplikohet në masa adneksale si një sistem poentimi preoperativ bazuar në prezencën ose mungesën e pesë tipareve beninjë dhe pesë tipareve malinjë te ultrazërit. Këto rregulla mund të aplikohen në 80% të masave adneksale të cilat me IOTA SR klasifikohen si beninjë ose malinjë, derisa pjesa tjetër që nuk mund të klasifikohet në këtë grup, kategorizohen si të papërcaktuara (31).

Teknologjite e reja

Biopsia likuide dhe ADN e tumorëve qarkullues

Biopsia likuide është një arritje e re e cila nënkupton analizën e fluideve biologjik siç është gjaku për të detektuar prezencën e ADN-së së tumorëve qarkullues (ctADN) dhe biomarkereve të tjerë të shpërndarë nga masa ovariale. [23].

Aplikimi i Inteligjencës Artificiale

Inteligjenca artificiale (IA) është algoritëm dhe model i zhvillimit i cili kontribuon në diagnostikimin dhe karakterizimin e masave të ovareve përmes ultrazërit [24]. Kjo teknologji mund të përmirësojë saktësinë e interpretimit të imazheve siç është analiza e ultrazërit, MRI dhe imazhet e CT.

Skriningu në popullacionet me risk të lartë

Popullacionet me risk të lartë përfshijnë individët me mutacione mirë të dokumentuara gjenetike, si BRCA 1 dhe BRCA 2. Këto mutacione janë të lidhura me sindromën trashëguese të kancerit të gjirit dhe atij të vezoreve (HBOC) të cilët në mënyrë sinjifikante rrisin rrezikun e zhvillimit të kancerit të vezoreve. Ato me mutacione BRCA1 ballafaqohen me riskun e lajmërimit të kancerit të vezoreve gjatë jetës 44 % kurse ato me mutacione BRCA2 me risk të lajmërimit të sëmundjes në 17% të rasteve. Individët bartës të këtyre mutacioneve llogariten pjesë e grupit të riskut të lartë [7].

Anamneza familjare është shume e rëndësishme në identifikimin e individëve me risk të lartë. Individët me familjare të afërt (si nëna, motra, vajza) të diagnostikuara me kancer të vezoreve në veçanti kur ballafaqohen me lloje të ndryshme të kancereve brenda familjes janë në një risk të shtuar nga zhvillimi i kancerit. Familjet e tilla kërkojnë një vigjilencë të shtuar si grup me status të riskut të lartë [23].

Përveç mutacioneve gjenetike dhe historisë familjare faktorë tjerë të riskut kontribuojnë në statusin e riskut të lartë. Sindromi Lynch i cili është i lidhur me risk të rritur për kancer kolorektal dhe endometrial, mund të rrisë riskun për kancer të vezoreve. Sindromi

Lynch dhe gjendjet e ngjashme janë të lidhura me predispozicionin gjenetik për kancer të shumëfishtë dhe mund t'i vendos individët e tillë në grupin me risk të lartë [25].

Udhërrëfyesit dhe rekomandimet aktuale

Organizatet e ndryshme profesionale duke përfshirë Kolegjin Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG), Rrjetin Nacional Gjithëpërfshirës për Kancer (National Comprehensive Cancer Network - NCCN), dhe Shoqatën e Onkologjisë Gjinekologjike (Society of Gynecologic Oncology - SGO), kanë zhvilluar udhërrëfyes klinik dhe rekomandime për skringun e popullatës me risk të lartë. Këta udhërrëfyes janë pika referente për sigurimet shëndetësore dhe në vazhdimësi përditësohen për të pasqyruar praktikën e fundit të bazuar në shkencë për skringun e masave ovariale.

Udhërrëfyesit e tanishëm më së shpeshti përfshijnë rekomandimet specifike bazuar në modalitetet e skringut të përshtatshme për individët me risk të lartë për të fituar kancerin e vezoreve. Ata përfshijnë UTV dhe matjen e CA 125 të dyja si më shpesh të përdorura. Këta udhërrëfyes duhet të përcaktojnë moshën optimale për skringun dhe intervalet ndërmjet sesioneve të skringut me qëllim që të maksimizojnë efektivitetin e detektimit të hershëm [72] [73].

Në individët me risk të lartë gjenetik, udhërrëfyesit duhet të mbështesin strategjitë për reduktimin e riskut. Një qasje e tillë është një intervenim kirurgjik i njohur si salpingo-oophorectomia, ku tubat e fallopit dhe ovaret janë larguar. Strategjia e tillë ka për qëllim të reduktojë riskun e zhvillimit të kancerit të vezoreve, megjithatë vendimi për ta përzgjedhur një procedurë të tillë bazohet në vlerësimin individual të riskut dhe preferencat personale [74].

Hulumtimet aktuale dhe në të ardhmen

Hulumtimet në vazhdimësi e përmirësojnë vlerësimin e riskut për popullacionet me risk të lartë duke identifikuar markerët gjenetik dhe faktorët e riskut. Krahas mutacioneve gjenetike ekzistuese si BRCA1 dhe BRCA2, studiuesit po eksplorojnë ndikimin e alterimeve të tjera gjenetike dhe faktorëve të ambientit për riskun e zhvillimit të kancerit të vezoreve [26].

E ardhmja e skringut në grupin me risk të lartë po zhvillohet drejt qasjes individuale. Jo të gjithë individët kanë profil gjenetik dhe familjar identik ashtu që kursi i personalizuar i skringut po bëhet shumë i rëndësishëm. Si rezultat, planet e skringut

hartohen për t'iu përshtatur profilit unik të riskut të çdo personi, duke rritur saktësinë dhe efektivitetin në detektimin e hershëm të tumorëve adneksal [27].

Integrimi i teknologjive të reja si biopsisë likuide që është një metode invazive minimale për monitorimin 'real time' të alterimeve gjenetike në ctADN për të përmirësuar sensitivitetin dhe specifikitetin e detektimit të masës ovariale. Njëjtë sikur edhe aplikimi i AI pritet të ketë një rol kyç në identifikimin delikat të mostrës së të dhënave imazherike [28].

Hulumtuesit në mënyre aktive duhet të skringun të reja të strategji të reduktimit të riskut në individët me risk të lartë për përmirësimin e detektimit të hershëm të natyrës së tumorëve ovarial në stadet kur është ende i trajtueshëm [79].

Orientimi në të ardhmen i skringut të masave ovariale për individët me risk të rritur duhet të kalojë aspektet klinike dhe teknike. Nevoja për mbështetje psikologjike dhe emocionale për të gjithë individët me risk të lartë është më se e domosdoshme [80].

Përfundimi

Është një nevojë urgjente që strategjitë të detektojnë kancerin e vezoreve sa më herët me qëllim të reduktimit të mortalitetit. Ekzistojnë dëshmi, qoftë në popullacionin me risk të lartë ose në atë me risk të ulët, se strategjitë multimodale bazuar në profilin e CA125 dhe UTV mund të ndihmojnë në diagnostikim më të hershëm. Avancimet premtuese përfshijnë teknikat e reja imazherike, si MRI dhe integrimin e teknologjive të reja si AI dhe biopsia likuide dhe sistemet e standardizuara të raportimit si O-RADS dhe udhërrëfyesit e IOTA-së. Të gjitha këto inovacione kanë potencial të përmirësojnë detektimin e hershëm, reduktojnë trajtimin invaziv dhe të përmirësojnë rezultatet e trajtimit. Të gjitha këto risi japin shpresë që të sigurojnë një përmirësim sinjifikant të mirëqenies së individëve të rrezikuar për zhvillim të kancerit të vezoreve.

Referencat:

1. Nazari Z, Rastegra A, Nasouhi M, Mostafavi EB, Montazer F. The Evaluation of Serum Levels of Erythrocyte Sedimentation Rate and C-reactive Protein with CA125 as Probable Predictive Factors of Malignancy in Adnexal Masses. *Journal of Young Pharmacists*. 2019; 11(3):304-308. doi:10.5530/jyp.2019.11.61
2. Moore RG, Khazan N, Coulter MA, Singh R, Miller MC, Sivagnalingam U, et al. Malignancy Assessment Using Gene Identification in Cap-tured Cells Algorithm for the Prediction of Ma-

NANOSISTEMET SHPËRNDARËSE NË SHËNDETIN RIPRODHUES



Toskë Kryeziu

Profesor Asistent dhe Postdok

Farmacist

Hyrje

Nanosistemet shpërndarëse kanë sjellë një revolucion në fushën e mjekësisë, duke ofruar mundësi të reja për trajtimin e sëmundjeve dhe çrregullimeve të ndryshme. Në kontekstin e shëndetit riprodhues, këto sisteme kanë treguar potencial të madh për përmirësimin e trajtimeve dhe rritjen e efektivitetit të medikamenteve/substancave bioaktive. Ky publikim do të shqyrtojë shfrytëzimin e liposomeve dhe nanoemulsioneve në shëndetin riprodhues, duke u fokusuar në avantazhet, aplikimet klinike dhe të ardhmen e këtyre teknologjive (1-4).

Liposomet

Liposomet (LS) janë një nga nanosistemet më të studiuara dhe të përdorura në shpërndarjen e medikamenteve (Figura 1). Ato përbëhen nga një apo më shumë shtresa lipidike që rrethojnë një bërthamë uji. Këto vezikula nanosferike (kryesisht 100-200 nm) mund të enkapsulohen me substanca aktive hidrofobike dhe hidroflike, duke i mbrojtur ato nga degradimi dhe duke rritur biodisponibilitetin e tyre. Avantazhet kryesore të LS përfshijnë (2,5-7):

- Biokompatibiliteti dhe biodisponibiliteti: LS janë biokompatibile, të biodegradueshme dhe jotoxike, gjë që i bën të përshtatshme për shfrytëzim në mjekësi e farmaci. Ato gjithashtu rrisin biodisponibilitetin e substancave bioaktive, duke mundësuar shpërndarjen e tyre në mënyrë të kontrolluar.
- Mbrojtja e substancave bioaktive: LS mbrojnë substancat aktive nga degradimi enzimatik dhe kimik, duke rritur qëndrueshmërinë e tyre.
- Përmirësimi i shpërndarjes së targetuar: Për shkak të madhësisë së tyre të vogël (nanometrike) dhe aftësisë për të inkorporuar ligande specifike në sipërfaqen e tyre, LS mund të targetojnë qelizat/inde specifike, duke përmirësuar efektivitetin e trajtimeve.

Aplikimet Klinike

Një nga aplikimet më premtuese të LS në shëndetin riprodhues është shpërndarja e hormoneve luteinizues dhe folikulo-stimulues që janë kritik në rregullimin e proceseve riprodhuese. Shfrytëzimi i nanosistemeve për shpërndarjen e këtyre hormoneve siguron një çlirim të qëndrueshëm dhe të kontrolluar, duke reduktuar efektet anësore dhe duke rritur suksesin e trajtimit (8).

Në publikimin tim të vitit 2022 (Figura 2), shqyrtoam nanoenkapsulimin e vajit esencial (VE) të bimës *Origanum vulgare* në LS dhe përmirësimin e veprimit antioksidant dhe citotoksik të VE. Nanoenkapsulimi i VE të *Origanum vulgare* në LS rezultoi në rritjen sinjifikante të veprimit citotoksik kundër linjave të qelizave kanceroze MCF-7 (kanceri i gjirit) dhe

atë antioksidant, duke sugjeruar një potencial për zhvillimin e agjentëve antikancer-citotoksik (3).

Nanoemulsionet

Nanoemulsionet (NE) janë emulsione të qëndrueshme me pika vajore shumë të vogla (kryesisht 10-200 nm) të shpërndara në ujë (Figura 1). Avantazhet kryesore të NE përfshijnë (2,9-12):

- Përmirësimi i biodisponibilitetit: NE përmirësojnë biodisponibilitetin e substancave aktive për shkak të madhësisë së vogël të pikave vajore dhe shpërndarjes së njëtrajtshme të tyre.
- Qëndrueshmëria e lartë: NE janë të qëndrueshme dhe kanë një jetëgjatësi të madhe, duke siguruar qëndrueshmërinë e substancave aktive.
- Mundësitë e gjera të shfrytëzimit: NE mund të përdoren për shpërndarjen e një game të gjerë substancash, duke përfshirë vitamina, substanca antioksidante dhe substanca terapeutike.

Aplikimet klinike të nanoemulsioneve

NE kanë treguar efektivitet në shpërndarjen e vitaminave dhe antioksidantëve që ndihmojnë në përmirësimin e shëndetit riprodhues. Për shembull, vitamina E dhe C, të cilat janë të njohura për rolin e tyre në mbrojtjen e qelizave nga dëmtimet oksidative, mund të shpërndahen në mënyrë efektive përmes këtyre nanosistemeve, duke rritur kështu efektivitetin e tyre.

Studime dhe zhvillime të reja

Zhvillimet e fundit në nanosisteme kanë treguar efektivitet në trajtimin e çrregullimeve të shëndetit riprodhues, duke rritur shpërndarjen e medikamenteve dhe reduktuar efektet anësore përmes shfrytëzimit të LS, NE dhe modifikimeve të sipërfaqes për targetimin specifik të qelizave. Këto përparime kanë përmirësuar gjithashtu trajtimet për fertilitetin duke shpërndarë antioksidant dhe substanca bioaktive (13).

Zhvillimet teknologjike në nanosistemet shpërndarëse

Përmirësimet në teknologjinë e përgatitjes dhe karakterizimit të nanosistemeve kanë çuar në zhvillimin e nanoformulimeve/nanosistemeve më të avancuara dhe efektive. Nanoteknologjia ka mundësuar krijimin e LS dhe NE me qëndrueshmëri të lartë dhe çlirim të kontrolluar të substancave aktive. Këto përparime kanë përmirësuar potencialin terapeutik të nanosistemeve, duke ofruar mundësi të reja për trajtimin e një numri të gjerë të çrregullimeve shëndetësore, duke përfshirë sëmundjet riprodhuese (2).

Në publikimin tim të vitit 2024, shqyrtoam veprimin citotoksik të VE të bimës *Thymus capitatus* të enkapsuluar në LS ndaj linjave të

qelizave kanceroze HT-29. Rezultatet treguan një përmirësim sinjifikant të veprimtarisë citotoksike kur vaji esencial u enkapsulua në LS, duke sugjeruar një potencial të madh për shfrytëzimin e këtyre nanosistemeve në trajtimin e këtij kanceri (4).

E ardhmja e nanosistemeve shpërndarëse në shëndetin riprodhues

E ardhmja e nanosistemeve në shëndetin riprodhues duket premtuese, me mundësi të reja për zbatimin e këtyre teknologjive në trajtimin e infertilitetit dhe sëmundjeve të tjera riprodhuese. Hulumtimet e ardhshme duhet të fokusohen në zhvillimin e nanoformulimeve të reja, përmirësimin e qëndrueshmërisë dhe biodisponibilitetit të substancave aktive, dhe testimin klinik të këtyre teknologjive për të siguruar efektivitetin dhe sigurinë e tyre.

Referencat:

1. Pérez-González C, Pérez-Ramos J, Méndez-Cuesta CA, Serrano-Vega R, Martell-Mendoza M, Pérez-Gutiérrez S. Cytotoxic activity of essential oils of some species from Lamiaceae family. *Cytotoxic Defin Identif Cytotoxic Compd Istifli ES IIa HB Eds.* 2019;29-43.

2. Taylor KM, Aulton ME. *Aulton's pharmaceuticals E-Book: The design and manufacture of medicines.* Elsevier Health Sciences; 2021.

3. Kryeziu T, Haloci E, Loshaj-Shala A, Bagci U, Oral A, Stefkov G, et al. Nanoencapsulation of *Origanum vulgare* essential oil into liposomes with anticancer potential. *Pharm-Int J Pharm Sci.* 2022;77(6):172-8.

4. Kryeziu T, Bagci U, Loshaj-Shala A, Oral A, Stefkov G, Zimmer A, et al. Cytotoxic Activity of Liposomal *Thymus Capitatus* Essential Oil on HT-298 Human Colorectal Cancer Cell Line. *Pharm- Int J Pharm Sci.* 2024;

5. Akbarzadeh A, Rezaei-Sadabady R, Davaran S, Joo SW, Zarghami N, Hanifehpour Y, et al. Liposome: classification, preparation, and applications. *Nanoscale Res Lett.* 2013;8:1-9.

6. Lu H, Zhang S, Wang J, Chen Q. A Review on Polymer and Lipid-Based Nanocarriers and Its Application to Nano-Pharmaceutical and Food-Based Systems. *Front Nutr.* 2021 Dec 1;8:783831.

7. DeMarino C, Schwab A, Pleet M, Mathiesen A, Friedman J, El-Hage N, et al. Biodegradable Nanoparticles for Delivery of Therapeutics in CNS Infection. *J Neuroimmune Pharmacol Off J Soc NeuroImmune Pharmacol.* 2017 Mar;12(1):31-50.

8. Tripathi R, Rahman M, Pathak P, Verma A. Effective Luteinizing Hormone Drug Delivery by Nanocarriers in Hormonal Cancer Treatment. In: *Hormone Related Cancer Mechanistic and Nanomedicines: Challenges and Prospects.* Springer; 2023. p. 311-24.

9. Gurpreet K, Singh S. Review of nanoemulsion formulation and characterization techniques. *Indian J Pharm Sci.* 2018;80(5):781-9.

LIGJI PËR SHËNDETIN RIPODHUES DHE LIGJI PËR MBROJTJEN E TË USHQYERIT ME QUMËSHT GJIRI



Betime Baftiu,

Zyrtare Ligjore,
Revista Mjeku

Ligji për Shëndetin Riprodhues

Kuvendi i Republikës së Kosovës, me 1 maj 2008, ka miratuar Ligjin për Shëndetin Riprodhues, përmes të cilit rregullohet organizimi, funksionimi dhe mbikëqyrja e të gjitha veprimtarive që zhvillohen në fushën e shëndetit riprodhues, në institucionet shëndetësore, mbron të drejtat riprodhuese të individit e të çiftit duke përfshirë të drejtën për tu informuar dhe për të pasur qasje në shërbime të duhura.

Sipas dispozitave të këtij ligji, Ministria e Shëndetësisë ka në kompetencë të organizojë dhe koordinojë veprimtaritë në këto fusha të shëndetit seksual dhe riprodhues: të sigurojë të drejtën riprodhuese; të sigurojë për informimin, edukimin dhe këshillimin mbi shëndetin seksual dhe riprodhues përgjatë gjithë ciklit jetësor; të sigurojë amësinë e sigurt; të asistoj dhe ofroj këshilla për planifikimin e familjes; të marrë veprime për parandalimin dhe trajtimin e përshtatshëm të infertilitetit; të siguroj ndërprerjen e sigurt të shtatzënisë; të ofroj shërbimet për parandalimin dhe trajtimin e infeksioneve seksualisht të transmetueshme, HIV/AIDS-it, si dhe infeksioneve dhe sëmundjeve të traktit riprodhues; dhe të ndërmarr veprime për parandalimin, zbulimin e hershëm dhe trajtimin e sëmundjeve malinje të sistemit riprodhues dhe karcinomës së gjirit.

Riprodhimi i asistuar i përgjigjet vullnetit dhe kërkesës prindore të çiftit për të pasur fëmijë duke trajtuar shkaqet mjekësore të infertilitetit ose për të penguar bartjen e sëmundjeve nga prindërit tek fëmija. Zbatimi i teknikave të riprodhimit të asistuar kryhet nga ekipi i profesionistëve shëndetësor të licencuar nga Oda e Mjekëve të Kosovës: kur çifti ka dështuar në përpjekjet për të pasur fëmijë për një periudhë prej së paku dy vjetësh deri në momentin kur kryhet riprodhimi i asistuar dhe kur merret pëlqimi me shkrim për çdo cikël procedurash mjekësore nga individët dhe çifti i interesuar.

Riprodhimi i asistuar përdoret në rastet kur: metodat tjera të trajtimit të infertilitetit të femrës, mashkullit ose partnerëve nuk janë produktive ose të përshtatshme dhe nuk garantojnë rezultatin e dëshiruar; rekomandohet parandalimi i bartjes së sëmundjeve gjenetike nga prindërit tek fëmija; rekomandohet parandalimi i bartjes së sëmundjeve tjera që do të rezultojnë në vdekje të parakohshme, prapambetje mendore dhe, ose, pa aftësi të rëndë të fëmijës; dhe kur konsiderohet si alternativë e vetme për të lindur fëmijë.

Riprodhimi i asistuar përfshin procedurat klinike dhe biologjike, të cilat mundësojnë: inseminimin

artificial, fertilizimi in vitro, transferimin e embrioneve dhe teknikat tjera të barasvlershme që lejojnë riprodhimin jashtë procesit natyror.

Ligji për Shëndetin Riprodhues poashtu rregullon edhe veprimtaritë e ndaluara në lëminë e riprodhimit të asistuar. Veprimtaritë e ndaluara konsiderohen si në vijim: keqpërdorimi i embrioneve për qëllime komerciale, industriale dhe eksperimentale; manipulimet gjenetike në embrione; donacionet ilegale të embrioneve; trafikimi i gameteve; përzjerja e gameteve; marrëveshjet e ndërmjetësimit për amësi substitutive; inseminimi post-mortem pa pëlqim me shkrim të partnerit; thyerja e të drejtës së konfidencës së të dhënave mbi dhuruesit e gameteve; aborti selektiv i embrioneve të gjinisë së caktuar; zgjedhja e gjinisë së fëmijës, me përjashtim të rasteve me indikacione shëndetësore me pasoja për nënën dhe frytin dhe, veprimtaritë shëndetësore konform Ligjit për Shëndetësi.

Ministria e Shëndetësisë ka obligim që të sigurojë qasje në shërbime shëndetësore seksuale dhe riprodhuese të nivelit më të lartë të mundshëm këtyre personave: adoleshentëve dhe të rinjve; personave në menopauzë, andropauzë dhe në pleqëri në nevojë; personave me aftësi të kufizuara; personave të trafikuar; dhe personave të marginalizuar.

Çështjet e frytnimit të asistuar rregullohen edhe përmes akteve nënligjore të nxjerra nga Ministria e Shëndetësisë.

Ligji për Mbrojtjen e të Ushqyerit me Qumësht Gjiri

Republika e Kosovës e ka të rregulluar me Ligj të veçantë çështjen e të ushqyerit me qumësht gjiri, pra me datë 24 tetor 2015 Kuvendi i Republikës ka miratuar Ligjin për Mbrojtjen e të Ushqyerit me Qumësht Gjiri, me të cilin mbrohet e drejta e të ushqyerit me qumësht gjiri përmes inkurajimit dhe promovimit të tij dhe kufizimeve në marketingun e produkteve të caktuara, të definuara sipas këtij ligji, për ushqim të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël. Ky ligj është i përafëruar edhe me Direktivën e Komisionit 2006/141 të datës 22 dhjetor 2006 mbi formulën qumështore dhe formulën pasuese që amendamenton Direktivën 1999/21/EC si dhe me Rregulloren (EU) Nr. 609/2013 të Parlamentit Evropian dhe Këshillit të datës 12 qershor 2013 mbi ushqimin e destinuar për foshnjat dhe fëmijët e rinj, ushqimin për përdorime të veçanta mjekësore dhe zëvendësimin e plotë dietal për kontrollin e peshës.

Ligji për Mbrojtjen e të Ushqyerit me Qumësht Gjiri, obligohen ta zbatojnë punëtorët shëndetësor, institucionet shëndetësore, shoqatat profesionale mjekësore, institucionet për përkujdesin e foshnjave dhe fëmijëve të

vegjël, prodhuesit, distributorët, personeli i marketingut të produkteve të caktuara për foshnje dhe fëmijë të vegjël dhe subjektet tjera të ligjit të definuara me këtë ligj.

Ministria e Shëndetësisë harton politika shëndetësore dhe koordinon aktivitetet për të mbrojtur të ushqyerit ekskluziv me qumësht gjiri për gjashtë (6) muajt e parë të jetës si dhe vazhdimin e të ushqyerit me të deri në moshën dy (2) vjeç e më tepër, përmes promovimit të përparësive të tij, inkurajimit dhe përkrahjes së nënave për të ushqyer foshnjat e tyre me qumësht gjiri.

Punëtorët shëndetësor duhet të mbrojnë të ushqyerit me qumësht të gjirit përmes promovimit dhe inkurajimit të tij në bazë të procedurave të përcaktuara me aktin nënligjor të nxjerrë nga Ministria e Shëndetësisë. Poashtu të gjitha format e promovimit dhe inkurajimit të të ushqyerit me qumësht të gjirit duhet të ofrojnë informacione të sakta dhe të bazuara në fakte për: përparësitë e të ushqyerit me qumësht gjiri, ushqimin e drejtë për nënat, përgatitjen e nënës dhe foshnjës për gjidhënie si dhe mangësitë e zëvendësimit të qumështit të gjirit.

Secilës grua të punësuar që ushqen foshnjën me qumësht gjiri i takojnë të gjitha të drejtat e garantuara me legjislacionin përkatës në fuqi në Kosovë. Poashtu, Ligji për Mbrojtjen e të Ushqyerit me Qumësht Gjiri, iu garanton të punësuarave që ushqejnë foshnjën me qumësht gjiri që nuk duhet, në asnjë rrethanë, të detyrohet të punojë në vende pune në të cilat i ekspozohet rrezikut për sigurinë ose shëndetin e saj dhe foshnjës së saj, të përcaktuara sipas dispozitave ligjore në fuqi.

Mbikqyrjen e zbatimit të këtij ligji e bën Ministria e Shëndetësisë-Divizioni i shëndetit të nënës, fëmijës dhe shëndetit riprodhues; Drejtori i institucionit shëndetësor; Koordinatori i cilësisë së institucionit shëndetësor; Organizatat e shoqërisë civile dhe organizatat tjera që merren me inkurajimin, mbrojtjen dhe promovimin e të ushqyerit të drejtë të foshnjave dhe fëmijëve, në bazë të marrëveshjes me Ministrinë e Shëndetësisë dhe institucionet.

Për më shumë informacion mund t'i referoheni ligjeve të mësipërme të cilat i gjeni në linkun si në vijim: -Ligji për shëndetin riprodhues-shqip.doc (rks-gov.net), ActDetail.aspx (rks-gov.net) Ligji për mbrojtjen e të ushqyerit me qumësht gjiri.

Prof. Dr. Binak Kastrati

Mjek, obstetër gjinekolog, doktor i shkencave, profesor.

Binak S. Kastrati u lind më 1938 në Dobërdol, të Pejës. Shkollën fillore e kreu në vendlindje, ndërsa gjimnazin në Pejë. Fillimisht punon mjek në Lugun e Baranit. Dr. Binaku ishte ndër mjekët e parë shqiptar të rajonit të Pejës.

Ka punuar në fshatrat e këtij rajoni ku ai përforcoi njohuritë prej eksperti të ri dhe, njëkohësisht, njihet me hallet dhe brengat e popullatës. Duke parë respektin dhe besimin që kishte fituar te populli, organet e atëhershme e cilësojnë të rrezikshme veprimtarinë e tij, andaj e kthejnë të punojë në Pejë dhe pas ca kohe e dërgojnë në specializim. Specializimin për gjinekologji me obtetrikë e kreu në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Zagrebit. Pas përfundimit të specializimit kthehet sërish në Pejë dhe ishte gjinekologu i parë shqiptar. Më pas angazhohet mësimdhënës në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë. Në vitin 1973 punësohet në repartin gjinekologjik (më vonë Klinika Gjinekologjike- Obstetrike e Universitetit të Prishtinës). Studimet postdiplomike i vijon në Universitetin e Beogradit dhe zgjidhet asistent i lëndës së Gjinekologjisë në Fakultetin e Mjekësisë të Prishtinës ku doktoroi në nëntor të vitit 1985, me temën: “Gestozat e hershme në Kosovë nga aspekti i faktorit etiologjik dhe i ndërrimeve patofiziologjike në gratë shtatzëna dhe në të porsalindurit.”

Më pas zgjidhet profesor inordinar i gjinekologjisë me obstetrikë. Ka qenë prodekan i Fakultetit të Mjekësisë (1991-1997). Ka qenë kryetar i Shoqatë së Mjekëve të Kosovës prej vitit 1990 e deri në vitin 1999. Prej vitit 1990 kur largohet me dhunë nga puna nga pushteti serb, ishte shumë aktiv në sensibilizimin e çështjes shqiptare duke e përfaqësuar Kosovën në forume të vendosjes në Evropë e më gjerë.

Në vitin 1990 kishte hapur poliklinikën Obstetrike Gjinekologjike dhe Anatomopatologjike “Besa” e cila u shndërrua në Institucion arsimor ku studentët shqiptar ushtronin gjinekologjinë dhe Anatominë Patologjike.

Ka marrë pjesë në shumë Kongrese dhe Simpoziume brenda dhe jashtë vendit dhe ka publikuar 24 punime profesionale shkencore si autor dhe bashkautor.



Literatura:

*Prof. Dr. Binak Kastrati
“Enciklopedia e doktorëve të shkencave të mjekësisë shqiptare gjithandej globit (1445-2019), dhe mjekëve që lanë gjurmë të pashlyera në historinë e mjekësisë shqiptare, OMK, Prishtinë 2019.*

