

DR. IBRAHIM D. REXHAJ GJINEKOLOG-OBSTETER

LINDJET E PARAKOHSHME.

DEFINICIONI. SIPAS OBSH/SE EKSPULSIONI OSE EXTRAKSIONI I PLOTË NGA TRUPI I NËNES I PRODUKTIT TE KONCEPTIMIT ME PESË SE PAKU 500GR. I CILI PAS KESAJ SHKEPUTJE KRYEN LEVIZJE RESPIRATORE OSE SHFAQ SHENJA TJERA JETE ,QUHET LINDJE E PARAKOHSHME. NESE NUK NJIHET PESHA ,MERRET NE KONSIDERATË MOSHA E SHTATZËNSISË PREJ SE PAKU 22 JAVË AMENORRHEJE, OSE GJATESIA SË PAKU 25CM. NË MOMENTIN E LINDJES. DHE SI PERKUFIZIM MUNDË TA QUAJM SE LINDJE PARA KOHE, ËSHTË LINDJA QE NDODH PAS 22 JAVË SHTATËZENIE, TE NJË FEMIJE ME PESHË MBI 500GR. DHE PARA PLOTSIMIT 37 JAVË SHTATZËNSIE.

-VDEKSHMERIA TË LINDJET E PARAKOHSHME ËSHTË PER ME SE 40 HER ME E SHPESHTA SE TË LINDJET NË KOHË ,SI DHE DEMTIMET E SISTEMIT NERVOR JANË PER 10 HER ME TË SHPESHTA SE TË LINDJET NË KOHË, DHE PER KETE ARSYE DUHET TË I PERKUSHTOHET NJË RENDESI E VEOANT KESAJ PATOLOGJIE E SIDOMOS NE PERPILIMIN E PROTOKOLLIT TË TRAJTIMIT TË KESAJ KATEGORIE TË SHTATZËNAVE.

PREMATURITETI NE VARËSI TË MOSHES SE SHTATZËNSISE KLASIFIKOHET NË TRI KATEOGORI.

- KATEGORIA E PARË -22-27 JAVË
- KATEGORIA E DYTË -28-31 JAVË
- KATEGORIA E TRETË -32-36 JAV

ETIOPATOGJENEZA.

1.Faktoret sociale ekonomik

- Nena të pamartuara
- Shtatzënsi e padëshiruar
- Moshë e nënës nën 17 dhe mbi 35 vjeq
- Niveli i ulët kulturor

- Shtatzënsi shumë të afërta e të perseritura
- Femij të vegjel në shtëpi
- Kujdes i pamjaftueshëm mjekësor gjatë shtatzënsisë

2. RUPTURA E PARAKOHËSHME E MEMBRANAVE AMNIOTIKE

Është veqori që përmbledh disa faktorë të mundshëm etiologjik, dhe mund të ndeshet në rrethana të ndryshme.

- Shtazansia me shumë fetuse
- Placenta previa
- Polihidramnioni
- Sindromet vaskulare/preeklampsia/indukuar nga mjeku
- Diabeti i sheqerit
- Hipotrofia fetale

PROCESET INFLAMATORE

KONSIDEROHEN FAKTOR ME RENDESI TË VEQANT NË FILLIMIN E LINDJEVE TË PARAKOHSHME

- Inflammacionet e organeve të ndryshme me rritje të temperaturës trupore
- Inflammacionet e rrugëve urinare, qoftë simptomatike apo asimptomatike
- Inflammacionet e aparatit gjenital, si streptokoku i grupit B, Mykoplasma hominis, ureoplasma urealyticum, neiseria gonorrhoea, bacteroides fragilis e tjera.

KEQFORMIMET E UTERUSIT

Perbëjnë faktorë shkakësorë për lindjet e parakohshme, qoftë në ndertimin e trupit të mitres apo pjesës cervikale

- Hipolasit e uterusit, uteruset septale, uteruset bicornë apo unikorne

•Faktoret me origjinë cervikale-insufficenca cervikoishtrike,ose beanca isthmike/BCI/ MUND TË JETË TRE TIPASH

•Kongjentale,traumatike dhe funksionale

•Faktoret me origjinë të fituar-fibromet intrakavitare,sinehit e mukozes uterine e tjera.

FISPATOLOGJIA

Viteve te fundit janë zbuluar shumë substance mediatore qe marrin pjesë në mekanizmat e lindjeve parakohëshme.

•Renja e nivelit normal të progesteronit

•Estrogjeni-shtimin e receptorve te steroideve në shtatzëni ndikon në pakesimin e progesteronit në plazme

•Prostoglandinat/laboratory kryesor i sintezave të tyre është amnion

•Corticotropin relasing hormone/CRH/i rritur në trimestrin e tret,por shumë i lartë në plazmë te lindja parakohe.peptid i prodhuar nga placenta.

KLINIKA E FILLIMIT TË LINDJES SE PARAKOHSHME

Kuadri klinik i fillimit të lindjes se parakohshme kerkon 4 kritere bazë.

•Shtatzënsia ka zhvillimin mbi 22 javë dhe me pakë se 37 javë,

•Kontraksionet uterine të dhimbshme që zgjatin 40-60seconda dhe mund të regjistrohen në monitor,se paku 2 her në 10 minuta mbrenda 30 minutash.

•Konstatohet zbutja ,hollimi ose dillatacioni i columit uterin

•Si rregullë,membranat janë ende të paplasura

TË tjera simptome janë

•Hemorrhagia nga rruget e lindjes

- Shtimi i sekrecioneve vaginale
- Ndjenja e presionit në pjeset e poshtme të abdomentit e tj.

PARA FILLIMIT TË TRAJTIMIT REKOMANDOHET

- TË merret anamneza
- Egzaminimi i pergjithshem i gruas

TË DHËNAT LABORATORIKE

Ndër egzaminimet e domosdoshme konsiderohen:

Analizat complete të gjakut,elektrolitet në serum,glikemia,analiza e urinës dhe urokultura.ekografia për moshën dhe vendosjen e frytit,si dhe lokalizimi i placentes,dhe kultura e sekrecioneve vagjinale.

PARANDALIMI I LINDJEVE TË PARAKOHËSHME

Ka të bëje me parandalimin e faktorve rendues si shkakëtar të lindjeve parakohëshme.Perdoren shumë tregues,per percaktimin e faktorve parandalues,per shmangje të lindjeve parakohe.Një tregues i till është edhe treguesi Papierenik,qe vleron efektin rendues të disa gjendje:

- Lindje te parakohëshme në anamnezë
- Shtatzënit multiple
- Uteruset e keqformuara
- Hemorragjit në tremujorin e dytë të shtatzënsisë
- Preeclampsia
- Anomalit të kolumit uterin/beanca cervikoisthmike/

Vlersohet gjithashtu :

- Hemorragji pas javes se 32
- Pielonefriti

- Dy aborte ne tremujorin e pare
- Një abort ne tremujorin e dytë

VLERSIMI I PAFTËSISË FUNKCIONALE TË KOLUMIT UTERIN DHE RREZIKU PER LINDJE TË PARAKOHËSHME

- Gjatesia e kolumit uterin me shkute se 1cm
- Dillatacioni mbi 1cm
- Pjesa paraqitse nen nivelin e spinave iskiatike
- Kontraksionet uterine të dhimbshme mbi 35 sec.

EKOGRAFIA

Disa shenja ekografike parashikojnë lindjen e parakohëshme si:

- Gjatësia e kolumit uterin nën 30mm.nga orificiumi i mbrendshem
- Dillatacioni mbi 1cm.
- Dalje e konusit të membranave në endokolum.
- Segmenti inferior me trashësi nën 0.6cm

TRAJTIMI I RREZIKUT PËR LINDJE TË PARAKOHSHME

PRINCIPET.

- Regjimi i shtratit
- Tokoliza
- Trajtimi i patologjive shoqëruese

Fillimi i aktivitetit shprehet me shfaqjen e kontraksioneve intermitente dhe të dhembshme,sinkronizimin e tyre dhe maturimin e kolumit uterin.Per frenimin e tyre fillojm me therapy si.

Beta simapatikomimetiket

- Ritodrina
- Salbutamoli
- Fenoteroli/partusistm/
- Terbutalin/bricanyl/
- Hexoprenalin/gynipral/

RITODRINA/PRE-PAR/

- Dozimi:2 amp.50mg.në 500ccm.tretje fiziologjike ose 5% glykozë.shpejtesia fillon me 0.05-0.1mg/min.ose 8 pika në minut,me mundesi të rritjes në çdo 10 min.nga 0,05 mg. Deri të relaksimi i mitres.maksimumi o,35mg/min ose 25 pika në min.
- Terapia perorale fillon një orë para se perfundon ajo i.v, dhe jepet 40 gjër në 60mg.në ditë d.m.th.4gjër 6 tab.nga 10mg.

HEKSOPRENALINA/GYNIPRALI/

- Dozimi:3ampula gynipral në tretje izotonike nacl.ose glykozë 5%.fillon me 0,15mcg/min.ose6 pika në min.maximumi 0,75mcg/min ,ose 30 pika min.deri te relaksimi i mitres,kurse doza mbjtse o.50mcg/min.ose 20 gjër 25 pika në min.
- Th.perorale fillon një orë para nderprejes asaj i.v. duke filluar çdo tri orë e me vonë çdo 4 orë nga një tab.0.5mg
- Disa shkolla preferojnë kombinim me propanolol/isoptin 5mg/per shkak të takikardisë të shtatzenat

ALKOHOLI-ka një aplikim të rrall sotë/

INHIBITORET E PROSTOGLANDINAVE

- Indometacina qoft per orale apo formë suposti.Doza fillestare është 100mg aplikuar në rrugë rektale ,pastaj per os në 6 orë nga 25mg.
- Mundesia e mbylljes se ductus arteriosus me heret dhe ndryshime hipertrofike në mushkrit fetale-hipertenzion pulmonary.si dhe zvoglim të likidit amnial

SULFATI I MAGNEZIUMIT

Konsiderohet tokolitik mjaftë i rekomanduar dhe mjaftë i diskutushem për efektet e tij tokolitike.

Dozimi:

- Fillimisht jepet bollus 4-6gram I.V,
- Pason pastaj infusion intravenoz 2gr.në orë për 6-8 orë,i rekomanduar me lengje nga goja.

Perdorimi i magenezit të sulfatit kerkon.

- Reflekset tendinoze
- Diureza
- Realizimi i njëEKG.

Efektet anësore të sulfatit të magnezit:

- Hipotensioni ose blloku sinoatrial

ANTIDOTI:

- Calcium glukonati në rrugë intravenoze

KALCIBLOKUESIT

- Nifedipina doze 60m. Në ditë.Rekomandohet pas javës se 24.
- Efekti me i dobet se betasimpamimetiket

PROGESTATIVET

- Uterogestani ose progesteroni sintetik i mikronizuar,i dozuar sipas mosh[s se shtatzënsisë.Doza me e madhe 600mg 24 orë
- Efekti me i dobet se betasimatikomimetiket

KORTIKOSTEROIDET:

- Perdozet betametaqsoni dy her nga 12 mg. në 24 orë, nga java e 24, në të 28 dhe 32 të shtatzënsisë- të shtatzënsia multiple çdo 10 ditë

VEREJTJE

Duhet pasur parasysh se, pavarisht nga terapia e përdorur, jo gjithëmonë mund të parandalohet lindja e parakohëshme.

REKOMANDIMET PËR LINDJEN E FRYTEVE PREMATURE.

- Nëse paraqitja është cefalike, pa vujtje fetale/neseritmi kardiak nuk tregon shenja të vuajtjes fetale/
- Nëse dillatacioni i kolumit uterin kryhet me shpejtesi
- Dhe ekspulsioni nuk është i vonuar

Lindja të kryhet për vija natyrale /vaginale, me episiotomy, që fryti të ketë hapsirë të mjaftueshme në dalje pa trauma.

- Nëse paraqitja është podalike atëher vendimi merret sipas evolucionit:
- Podaliku i plot i panderlikuar, pa shenja të asfiksionit mund të lind për rrugë vaginale, format prezentuese tjera, preferohet lindja me prerje cesarjane.

NË PERGJITHËSI REKOMANDIMET KRYESORE GJATË LINDJEVE TË PARAKOHËSHME KONSIDEROHEN:

- Shmangja e hipoksisë fetale
- Parandalimi i infeksioneve feto-neonatale që rëndojnë prognozën
- Kufizimi në minimum i traumave të të porsalindurit
- Plasja e membranave mundësisht në dillatacion të plotë
- Realizimi i një ekspulsioni sa më delikat, duke vendosur të porsalindurin në ambient të ngrohetë dhe të thatë.

Dr. Ibrahim D. Rexhaj gjinekolog obsteter

RUPTURA PREMATURE E MEMBRANAVE

Çka është thelbësore për diagnozën?

- Historia e një derdhje të vrullshme likidi nga vagina dhe rrjedhje vaginale të ujshme.
- Shfaqja e rrjedhjes së likidit amniotik nga kolumni uterin.

Ruptura e membranave mund të ndodhë në çdo moment të shtatzënisë, por ajo bëhet problem nëse fëmija është preterm. RPM ndodhë në 10% në të gjitha shtatzënitë.

- Në 94% të rasteve fëmijet janë të maturuar. 20% të këtij grupi janë me rupturë të zgjatur.
- Fëmijet me peshë trupore 1000-2500gr. marrin pjesë me 5% të RPM

Ku 50% të rasteve janë të zgjatura.

- Fëmijet immature nën 1000gr. marrin pjesë me 0.55/rrreth 75% të rasteve janë të zgjatura

SEMUNDJET DHE QRREGULLIMET QE LIDHEN ME RPM.

- Infeksion amtar-urinar dhe i pjesës së poshtme gjenerale
- Infeksion intrauterin
- Insuficiencë cervikale
- Shtatzëni të më shumë herë
- Polihidramnion
- Deficit në ushqyerje
- Histori familjare të RPM

Vlersimi diagnostik duhet të jetë efektiv dhe duhet të i përmbahemi rregullave

- Anamneza-pacientja tregon rrjedhjen e likidit amniotik.

•Egzaminimi me spekulum steril/qelsi i dg.dif.RPM.nga hydrorrhoea graviarum,colpitis sekrecione vaginale,dhe incontinecia urinae.]

Egzaminuesi duhet të vlersoj tri shenja konfirmuese në lidhje me RPM:

- Pëllgëzimi-grumbullimi i likidit amniotik në fornixsin e pasem.
- Testi i nitrazines –letra në praninë e likidit amniotik bëhet blu,ph.alakalin 7.0-7.25
- Fierëzimi.merret një pike lengut amniotik nga fornixsi i pasem dhe vendoset në një pjatë,pas tharjes ajo formon njëllloj kristalizimi në formë fieri.
- Shpesh keto teste mund të japin rezultate të rrejshme pozitive,prandaj duhet të dërgohen sekretet në culture,dhe vendosja e pecetes se terur për percjellje të me tejshme.

Studimet laboratorike

- Hemogrami komplet
- Urina me kateeter për analizë,culture dhe sensitivitet
- Ekografi për permasat fetale dhe indeksit të likidit amniotik.
- Amnionocenteza për përcaktimin e maturitetit të shtatzënsisë pretrme

Nderlikimet të RPM

- Koroamniomiti/sterptokokuB dhe D dhe anarobët

Shenjat:

- Temperatura e lartë-monitorim çdo 4 orë
- Leukocitoza amniotike –monitorohet çdo ditë.Mbi 16.000 alarmante.
- Ndishmeria uterine monitorohet çdo 4 orë
- Takikardia-pulsi amtar me shumë se 100/min.RZF.mbi 160 min.
- Likidi amniotik me erë të rëndë

TRAJTIMI.

- Menaxhimi i RPM. varet nga faktoret të ndryshëm, duke përfshirë moshën e shtatzënsisë dhe koplifikimet.
- Nëse pacientja ka infeksion të përshkruar me lartë, pacientja duhet të lind pa marrë parasysh moshën e shtatzënsisë.
- Antibiotikët me spekter të gjërë duhet nisur për trajtim të amnionitit/bollus pastaj çdo 6 orë./

Shtatzënsia jo në term me RPM.

- Parimet e menagjimit të pacientës me R.h.PM/janç të ngjajshme me ato të lindjes para kohe.
- Thelbi i diferencimit është rreziku më i lartë për të u zhvillua amnioniti të R.h.p.m.
- Shtatzënsia pas javës 33-34 duhet të menagjohet si një shtatzënsi në termë, sepse nuk ka ndonjë e dhenë që antibiotikët, kortikosteroidet ose tokolitikët përmirsojnë dukshëm përfundimin fetal. Për aq kohë sa keto paciente nuk tregojnë shenja të amnioniti mund të observohen.
- Shtatzënsit në mes 24 dhe 32 të javës me RhPM. nderhyrjet e ndyshme mund të përmirsojnë përfundimin fetal, derisa të shfaqen shenja të amnionitit
- Dhenja e antibiotikëve dhe kortikosteroidëve në pacientet me R.h.P.M. para 32 javësh/në mungesë të infeksionit/kanë ulur përqindjen e distresit respirator, eneterokolitit nekrotizant, dhe hemorragjisë intraventrikulare.
- Dhenja e tokolitikëve në pacientet RPM. preterm është i diskutueshëm/asnjë studim nuk ka vërtetuar se tokolitikët e ordinuar vetëm përmirsojnë përfundimin fetal. Në përgjithësi tokolitikët të RPM. Preterm duhet të kufizohen në 48 orë për të lejuar administrimin e kortikosteroidëve dhe antibiotikëve.

Shtatzënsia në term pa korioamnionit të RPM.

- Shtatzënsia në term >37 javë me RPM. mund të menagjohet me observim ose në mënyrë aktive.
- Nëse pas 6 gjër në 12 orë pas RPM. pacientja nuk është drejt lindjes, atëherë lindja duhet të nxitet për të ulur rrezikun e infeksionit, me oksitocinë apo prostoglandina. Të ky grup nuk ordinohen antibiotikët, por lindja duhet kryer ashtu siq u cek me lartë/