

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”**  
**FAKULTETI I MJEKËSISË**  
**PROGRAMI: MAMI**



**PUNIM DIPLOME**

**Tema: Kujdesi perinatal për shtatzënitë me rrezik të lartë**

Kandidatja:

**Enkela Ukshini**

Mentori:

**Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD**

**Gjakovë, Shkurt 2018**

Punimi i temës së diplomës: **“KUJDESI PRENATAL PËR SHITATZËNITË ME RREZIK TË LARTË”**, i kandidatës : **Enkela Ukshini**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

**MENTORI I PUNIMIT:**

**Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, Phd**

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

**Punimi përmban:** 39 Faqe

6 Tabela

4 Figura

## **DEKLARATA E KANDIDATES**

Unë **Enkela Ukshini**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, **“KUJDESI PRENATAL PËR SHTATZËNTË ME RREZIK TË LARTË”** është punim i im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

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

## **FALENDERIMET**

*Për rezultatet e arritura deri me tani:*

*Falënderoj familjen time për mbështetjen dhe përkrahjen që më dhanë në çdo aspekt dhe pa asnjë kushtë.*

*Mirënjohje e thellë dhe shumë falenderime i drejtohen udhëheqesit – mentorit tim, Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD , për ndihmën, këshillat dhe mbështetjen që më ka dhënë gjatë gjithë kohës.*

*Gjithashtu falënderoj shoqërin time për përkrahjen e pa fundme, Profesorët dhe stafin udhëheqës të Universitetit të Gjakovës. Me shpresën që mundi i tyre për të na edukuar dhe për të na bërë infermier të përkushtuar të shpërblehet nga ne.*

## **PËRMBAJTJA**

<b>1. HYRJE</b> .....	<b>6</b>
1.1. Shtatzënia dhe periudhat .....	7
1.2. Diagnoza e shtatzënisë .....	10
1.3. Manifestimet e supozuara .....	11
1.3.1. Manifestimet e mundshme .....	13
1.3.2. Manifestimet e sigurta.....	14
1.4. Shtatzënitë me rrezik të lartë dhe faktorët .....	16
1.5. Vlerësimi i gjendjes amëtare.....	20
1.5.1. Testet speciale gjatë shtatzënisë: .....	20
1.6. Kujdesi prenatal për shtatzënitë me rrezik të lartë.....	21
1.6.1. Këshillimi prekonceptional .....	22
1.6.2. Vizita e parë ambulatorë .....	23
1.7. Anamneza .....	23
1.8. Ekzaminimi fizik.....	25
1.9. Testet laboratorike .....	27
1.10. Përgatitja për lindje .....	28
1.11. Ushqyerja në shtatzëni .....	28
1.12. Ankesat dhe çrregullimet e zakonshme gjatë shtatzënisë .....	31
1.12.1. Medikamentet, pirja e duhanit dhe alkoolit gjatë shtatzënisë .....	33
<b>2. QËLLIMI I PUNIMIT</b> .....	<b>34</b>
<b>3. PËRFUNDIMI</b> .....	<b>35</b>
<b>4. REZYME</b> .....	<b>36</b>
<b>5. SUMMARY</b> .....	<b>37</b>
<b>6. REFERENCAT</b> .....	<b>38</b>
<b>7. Biografi e shkurtër e kandidatës – cv (curriculum vitae)</b> .....	<b>39</b>

## 1. HYRJJE

Një nga arritjet e lavdërueshme të obstetrikës moderne ka të bëjë me zhvillimin e të ashtu quajturit: “Kujdesi para lindjes”.<sup>1</sup> Ky term ka një aplikim më të gjerë sesa tregojnë fjalët dhe mund të përcaktohet si një mbikqyrje dhe kujdes ndaj grave shtatzëna dhe lehona, që ato të jenë në gjendje të kalojnë rreziqet e shtatzënisë dhe dhimbjet e lindjes me sa më pak rrezik. Akademia Amerikane e Pediatërve dhe Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve (ACOG 1997) e kanë përcaktuar kujdesin para lindjes si: “Një program i plotë i kujdesit që përfshin një mënyrë të kordinuar të kujdesit mjekësor dhe mbështetjen psiko-sociale që fillon para mbetjes shtatzënë dhe shtrihet deri në periudhën para shpërthimit të aktivitetit të lindjes”. Ky kujdes përfshin llogaritje (diskutime, vlerësime) në fillim të kujdesit ndaj shtatzënisë dhe në vazhdimësi me vizitat para lindjes. Kujdesi prenatal siç e njohim në ditët e sotme, është një zhvillim realtivisht i ri në mjekësi. Pacientet të cilat mendonin se ishin shtatzënë mund të vizitoheshin tek një mjek për të konfirmuar shtatzëninë, por nuk vizitoheshin përsëri deri në fund të shtatzënisë kur fillonte aktiviteti i lindjes.

Shtatzënia është një ngjarje fiziologjike normale që vetëm në 5-20% të rasteve komplikohet nga procese patologjike të rrezikshme për shëndetin e nënës dhe të fetusit. Mjeku që kujdeset për shëndetin e pacientës shtatzënë duhet të jetë i familjarizuar me ndryshimet normale që ndodhin gjatë shtatzënisë, duke bërë të mundur dallimin e pa rregullsive të rëndësishme dhe minimizimin e efektve të tyre. Kujdesi prenatal duhet të ketë si qëllim kryesor identifikimin dhe trajtimin e veçantë të pacienteve me risk të lartë, shtatzënia e të cilave për shkak të disa faktorëve në historinë e tyre mjekësore ose të një problemi që mund të zhvillohet gjatë shtatzënisë, ka gjasa të ketë përfundim të varfër.

Qëllimi i kujdesit prenatal është të sigurojë sa më shumë të jetë e mundur një shtatzëni të pa komplikuar dhe lindjen e një fryti të gjallë dhe të shëndetshëm. Të dhënat tregojnë se nënat dhe të porsalindurit nën kujdes prenatal kanë rrezik më të ulët për komplikacione.

---

<sup>1</sup> Abrams B, Altman SL, Pickett KE: *Pregnancy weight gain: still controversial. Am J Clin Nutr* 2000;71 (Suppl):1233S.

## 1.1. Shtatzënia dhe periudhat

Ka përkufizime të ndryshme përsa i përket krijimit të një regjistrimi të saktë para lindjes.<sup>2</sup> Shkolla shqiptare e obstetrikë-gjinekologjisë është mbështetur përgjatë viteve pothuajse në të gjithë shkollat botërore. Kjo e bën të vështirë gjetjen e një gjuhe të njëjtë. Gjithsesi, do të mundohemi të përkufizojmë terminologjinë e përdorur rëndom duke e përshtatur edhe me konceptet e reja të obstetrikë - gjinekologjisë.

Shtatzënia është një gjendje e veçantë e nënës gjatë të cilës, në trupin e saj, është duke u zhvilluar një fetus. Produkti human i konceptimit nga momenti i fertilizimit deri në javën e tetë të shtatzënisë quhet **embrion**; nga java e tetë e shtatzënisë deri në lindje quhet **fetus**. Për qëllime obstetrikale, kohëzgjatja e shtatzënisë bazohet në **moshën e shtatzënisë**. Moshë e vlerësuar e fetusit llogaritet nga dita e parë e menstruacioneve të fundit (LMP – last menstrual period), duke pranuar një cikël menstrual 28 ditor. Moshë e shtatzënisë shprehet në javë të plota. Kjo bie ndesh me **moshën fetale**, që është mosha e frutit e llogaritur nga momenti i implantimit.

**Gravide** është një grua që është shtatzënë, pavarësisht nga rezultati i shtatzënisë. Me krijimin e shtatzënisë së parë ajo bëhet primigravide, dhe me shtatzënitë në vazhdim një multigravide. **Graviditeti** është numri total i shtatzënive (normale ose jonormale). **Nuligravide** është një grua që nuk është dhe nuk ka qenë shtatzënë. **Pariteti** është lindja e një fetusit gjallë apo vdekur, i cili peshon 500 gr ose më shumë. **Nulipare** është një grua që nuk ka realizuar kurrë një shtazëni përveç abortit. Ajo mund të ketë qenë shtatzënë ose jo, ose ka pasur abort(e) spontan jo të detyrueshëm. **Primipare** konsiderohet një grua, e cila ka pasur vetëm një fetus ose fetuse që kanë arritur të lindin pas javës së 24-t të shtatzënisë ose mbi 500 gr. Përfundimi i një shtazënie pas fazës së abortit i jep paritet nënës. **Multipare** është një grua e cila ka realizuar dy ose më shumë shtazëni. Është numri i shtazënive të realizuara, dhe jo numri i fetuseve ai që përcakton paritetin. Kur nuk njihet pesha mund të përdoret vlerësimi i kohëzgjatjes së shtazënisë 20 javë të plota ose më shumë (e llogaritur nga dita e parë e menstruacionit të fundit).

---

<sup>2</sup> ACOG Committee Opinion No. 267: Exercise during pregnancy and the postpartum period. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99:171.

Nga një këndvështrim klinik praktik, një fetus konsiderohet i jetueshëm kur ka arritur një moshë shtatzënie 23-24 javë dhe një peshë 500-600 gr ose më shumë.<sup>3</sup>

Megjithatë, mbijetesja e një fetusit 20-23 javë që peshon 500 gr ose më pak është shumë e rrallë, qoftë edhe me një përkujdesje optimale. Lindja gjallë është ekspulSIONI I plotë i produktit të konceptimit nga nëna, pavarësisht nga kohëzgjatja e shtatzënisë, pas së cilës fetusit merr frymë ose tregon të dhëna të tjera të jetës (p.sh rrahje zemre, pulsacione të kordonit umbilikal, ose lëvizje të përcaktuara të muskujve të pavullnetshëm), pavarësisht prerjes së kordonit umbilikal ose shkollitjes së placentës. Një individ i lindur gjallë nga momenti i lindjes deri në 1 vjeç quhet foshnje. Në nomenklaturën më të fundit, një i porsalindur para kohe (**preterm**) përcaktohet kur ai lind para javës së 37-të të shtatzënisë (259 ditë). Ky përcaktim, për fat të keq, nuk specifikon dallimet e shumta midis fetuseve të këtij grupi për qëllime statistikore. Prandaj, është e dobishme që të ruhet klasifikimi sipas peshës dhe kohëzgjatjes së shtatzënisë, që përdoret shumë edhe në ditët e sotme (Fig. 6.1).

Duke përdorur sistemin më të fundit, **abort** quhet ekspulSIONI ose nxjerrja e të gjithë (e plotë) ose ndonjë pjese (jo e plotë) të placentës ose të membranave pa fetus të identifikueshëm, ose e një fetusit (gjallë ose vdekur) që peshon më pak se 500 gr. Kur nuk njihet pesha, mund të përdoret vlerësimi i kohëzgjatjes së shtatzënisë nën 20 javë të plota (139 ditë), e llogaritur nga dita e parë e menstruacioneve të fundit.

Një **i porsalindur imatur (i papjekur)** peshon 500-1000 gr, i lindur midis javës së 20- të dhe 28-të të shtatzënisë. Një **i porsalindur prematur** është ai që peshon 1000-2500gr<sup>4</sup> dhe kohëzgjatja e shtatzënisë është 28 deri në 37 javë.

**I porsalinduri me peshë të vogël lindje** është ai fryt i lindur gjallë që peshon 2500 gr ose më pak. Një **i porsalindur i vogël për moshën e shtatzënisë** (Small for Gestational Age – **SGA**) është ai që ka përmasa më të vogla për moshën e shtatzënisë (< 2 SD). **I porsalinduri i pjekur** është një bebe e lindur gjallë që ka plotësuar 37 javë të shtatzënisë (dhe zakonisht peshon më shumë se 2500 g). **I porsalinduri postmatur (serotin)** është ai që ka plotësuar 42 javë ose më shumë të shtatzënisë. Një shtatzëni e zgjatur (serotine) tradicionalisht është përcaktuar si shtatzëni që ka zgjatur dy javë më tepër se fundi i afatit të përcaktuar (294 ditë).

---

<sup>3</sup> ACOG Committee Opinion No. 267: Exercise during pregnancy and the postpartum period. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99:171.



Parashikimi i lindjes përbën një problem madhor të kujdesit prenatal.<sup>5</sup> Faktorët që çojnë në shpërthimin e aktivitetit të lindjes dhe përfundimin e shtatzënisë mbeten të panjohur. Përcaktimi i kohës së lindjes mbetet një problem për lindjet para kohe dhe shtatzënitë serotine. Përqindja e lindjeve shprehet zakonisht si numri i të lindurve gjallë në 1000 banorë.

Intervali neonatal është nga lindja deri në ditën e 28-të të jetës. Gjatë këtij intervali, fryti referohet si një i porsalindur.

*Intervali mund të ndahet në tre periudha:*

- ❖ Periudha neonatale I: nga lindja deri në 23 orë e 59 minuta.
- ❖ Periudha neonatale II: nga ora e 24-t e jetës deri në ditën e 6-të e 23 orë e 59 minuta.
- ❖ Periudha neonatale III: nga dita e 7-të e jetës deri në ditën e 27-të e 23 orë e 59 minuta.

Periudha perinatale është periudha e shtrirë në intervalin fetal dhe neonatal të hershëm, nga java e 28-të e shtatzënisë deri në 7 ditët e para të jetës.

Rreziku më i madh se sa në çdo kohë tjetër të jetës është gjatë periudhës perinatale. Është një periudhë ku shfaqen të gjitha defektet e një sistemi shëndetësor të një shoqërie në zhvillim. Në vendin tonë, vdekshmëria në këtë periudhë është mjaft e lartë, krahasuar edhe me vendet e rajonit dhe një pjesë mjaft emadhe e rasteve janë vdekje fetale in utero që mund të parashikohen. Vdekshmëria në peshë nën 1000 gram vazhdon të mbetet gati 100%, ndërsa po preken shifra shpresëdhënëse për një zhvillim të shpejtë për peshat 1000-1499 gram. Përveç kësaj, përqindja e vdekjeve të vitit të parë të jetës ndodhin në 28 ditët e para të jetës (periudha neonatale).

Kështu, në qoftëse mbledhim përqindjen e vdekjeve neonatale me përqindjen e vdekjeve fetale, kjo është periudha me rrezikun më të lartë të jetës për një interval të dhënë. Në përqindjen e vdekshmërisë ka dallime racash dhe gjinie dhe gjatë periudhës perinatale shkaqet e vdekjeve janë të shumta.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> ACOG Committee Opinion No. 282: Immunization during pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 101:207.

<sup>6</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.

## 1.2. Diagnoza e shtatzënisë

Diagnoza e hershme e shtatzënisë sot konsiderohet si një tregues i rëndësishëm për shëndetin publik, që reflekton efikasitetin e kujdesit të paralindjes të ofruar nga sistemet shëndetësore. Ky element ka rëndësi të madhe klinike pasi diagnostikimi i hershëm i shtatzënisë i lejon gruas dhe mjekut të saj, të përfitojnë maksimumin nga kujdesi për shtatzëninë që ka filluar. Në gratë e shëndetshme (pa gjendje të tjera patologjike të palidhura me shtatzëninë apo me riprodhimin), në ato që kërkojnë kujdes prekonceptual dhe në gratë që frekuentojnë shpesh shërbimet shëndetësore, diagnoza e shtatzënisë është shpesh e lehtë për t'u përcaktuar dhe përfitimet e tyre janë të lidhura kryesisht me masat e përgjithshme që merren në fillim të shtatzënisë, që nënkupton vlerësimin e rrezikut për shtatzëninë apo lidhur me shtatzëninë, vlerësimin sa më të shpejtë të gjendjes shëndetësore të përgjithshme të pacientes dhe plotësimin e të dhënave klinike me ekzaminimet laboratorike të nevojshme. Këshillimi në lidhje me shmangjen e marrjes së medikamenteve, higjienën dhe regjimin ushqimor, si dhe njohja me skenën e kujdesit prenatal janë “receta” që mjeku duhet të lëshojë tek këto gra në shtatzëninë e hershme. Rëndësia e diagnostikimit të shpejtë dhe të saktë të shtatzënisë është shumë e rëndësishme në komunitete të veçanta grash, bazuar në nivelet e rrezikut.

Shtatzënia është një gjendje fiziologjike, por rëndësia e diagnostikimit sa më të hershëm të saj është mjaft e rëndësishme. Çdo mjek, i cili merr përsipër kujdesin shëndetësor të grave në moshë riprodhuese, pavarësisht nga specialiteti apo nga natyra e punës së tij, duhet ta vlerësojë shtatzëninë në të gjitha hapat diagnostikë apo terapeutikë. Diagnoza e shtatzënisë, në përgjithësi, është e lehtë për t'u vendosur, por fatkeqësisht jo gjithmonë. Ekzistojnë edhe procese të tjera fizpatologjike apo edhe gjendje farmakologjike që “imitojnë” sfondin endokrin të një shtatzënie apo ndryshimet anatomike që shkakton ajo, duke shkaktuar kështu konfondim për pacientet dhe nganjëherë edhe për personelin shëndetësor.

Në kushte të mundësisë gjithmonë e në rritje të ekzaminimit ekografik gabimet në diagnostikimin e shtatzënisë janë gjithmonë e më të rralla edhe në javët e para të saj kur uterusu është akoma një organ pelvik. Ndryshimet endokrinologjike, fiziologjike dhe anatomiketë shtatzënisë zakonisht shkaktojnë shfaqjen e *simptomave* klinike që tregojnë se shtatzënia ekziston. Këto simptoma manifestohen në tre grupetë mëdha, që klasifikojnë në vetvete diagnozë shtatzënisë: në *manifestime të supozuara, të mundshme* dhe *të sigurta*.

### 1.3. Manifestimet e supozuara

#### *Amenorea*

Ndërprerja e menstruacioneve shkaktohet nga rritja e niveleve të estrogenëve dhe progesteronit të prodhuara nga trupi i verdhë (corpus luteum).<sup>7</sup> Kështu, amenorea është një shenjë e besueshme e konceptimit tek gratë të cilat kanë një cikël menstrual të rregullt. Vonesa e menstruacioneve mund të shkaktohet dhe nga faktorë të tjerë siç janë: tensioni, emocional, sëmundjet kronike, medikamentet opioide dhe dopaminergjike, çrregullimet endokrine dhe disa tumore gjenitourinare. Në shumë gra, duke filluar nga momenti i implantimit (rreth 6 ditë pas fertilizimit) deri në ditën e 29-35 pas ditës së parë të menstruacioneve të fundit mund të ndodhë spotting i shkaktuar nga gjakrrjedhja në vendin e implantimit. Disa gra kanë gjakrrjedhje ciklike të pashpjegueshme gjatë gjithë shtatzënisë.

#### *Të përzierat dhe të vjellat*

Ndodh afërsisht në 50% të shtatzënive dhe është më e theksuar nga java e dytë deri në javën e 12-të të shtatzënisë. Zakonisht është më e theksuar në mëngjes por mund të ndodhë në çdo kohë dhe mund të nxitet nga aromat e të gatuarit dhe erërat e këqija. Të përzierat dhe të vjellat e theksuara mund të jenë shenja të shtatzënisë multiple ose molare. Të vjellat e zgjatura, të shoqëruara me dehidrim dhe ketonuri (**hiperemesis gravidarum**) mund të kërkojnë hospitalizim dhe lehtësimin e simptomave me terapi kundër të vjellave. Trajtimi konsiston në ushqyerje të lehta, në përdorimin e ushqimeve të thata, vaktet e vogla dhe të shpeshta dhe në mbështetjen emocionale.

#### *Ndijimi i lëvizjeve të para fetale*

Perceptimi i lëvizjeve të para fetale ndodh në javën e 18-20-të tek gratë shtatzëna për herë të parë, dhe në javën e 14-16-të tek multigravidet.

---

<sup>7</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.

### **Trakti urinar:**

Irritabilitet i vezikës urinare, urinim i shpeshtë dhe nikturia (urinimi natën) ndodhin për shkak të rritjes së qarkullimit nëvëshka, uljes së tonusit të muskulaturës së lëmuarsit dhe nga presioni që ushtron uterusit shtatzënëmbi vezikën dhe ureteret. Kanë shumë mundësi të kenë bakteriuri të rëndësishme që mund të jetë asimptomatike (7% kundrejt 3%). Bakteriuria asimptomatike mund të çojë në pielonefrit, që mund të shkaktojë aborte, lindje parakohe dhe vdekje fetale in utero.<sup>8</sup>

### **Shenjat:**

**Rritja e temperaturës bazale trupore:** zakonisht është treguese e shtatzënisë në një periudhë 3 javore, nëse është matur dhe shënuar me kujdes.

**Lëkura:** Kloazma ose **maska e shtatzënisë** është ngjyrosja e lëkurës në kafe të errët në pjesën e ballit, hundës, harkut zigomatik dhe është më e theksuar në ato gra të cilat kanë ngjyrë të errët të lëkurës. Zakonisht ndodh pas javës së 16-tëtë shtatzënisë dhe theksohet nga ekspozimi ndaj rrezeve të diellit.

**Linea nigra :** është ngjyrosja në ngjyrë kafe të errët e thumbave të gjinjve dhe pjesës së poshtme të vijës së mesit të abdomenit, nga umbilikusi deri në pubis (ngjyrosja kafe e errëte linea alba). Baza e këtyre ndryshimeve është stimulimi i melanoforeve nga rritja e hormonit stimulues të melanociteve. **Strijet e shtatzënisë:** (të gjinjve dhe të abdomenit) shkaktohen nga ndarja e indit të kolagenit dhe duken si cikatrice të çrregullta. Kjo mund të jetë një përgjigje adrenokortikosteroide. Këto strije në përgjithësishtfaqen vonë në shtatzëni, kur lëkura është nën një tendosje më të madhe. **Telangiektazitë:** janë leziona të zakonshme të lëkurës që rezultojnë nga nivelet e larta të estrogenëve qarkulluese. Këto shenja vaskulare në formë ylli zbehen kur shtypen. Një shenjë shoqëruese është gjithashtu eritema palmare. Të dyja këto shenja shihen dhe tek pacientet me dëmtime të heparit.

---

<sup>8</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. ACOG Committee Opinion No. 234, May 2000.

### 1.3.1. Manifestimet e mundshme

#### *Organet pelvike*

Në ndryshimet e shumta të organeve pelvike të perceptuara nga mjekët me eksperiencë përfshihen **shenja e Chadëick**(kongjestiononi i vaskulaturës së pelvisit që shkakton ngjyrosje në vjollcë të vaginës dhe kolumit),**leukorea** (si pasojë e stimulimit hormonal ndodh një rritje e sekrecioneve vaginale që përmbajnë qeliza epiteliale dhe mukus cervikal), **shenja e Hegar** (zgjerimi i zonës së butë të istmusit që rezulton në ngjeshjen e istmusit në ekzaminimin bimanual në javën e 6-8-të të shtatzënisë) dhe ndryshime në **kockat dhe ligamentet e pelvisit**(struktura kockore dhe ligamentoze e pelvisit pëson një relaksim të lehtë, por të qartë).

#### *Zmadhimi abdominal dhe uterin*

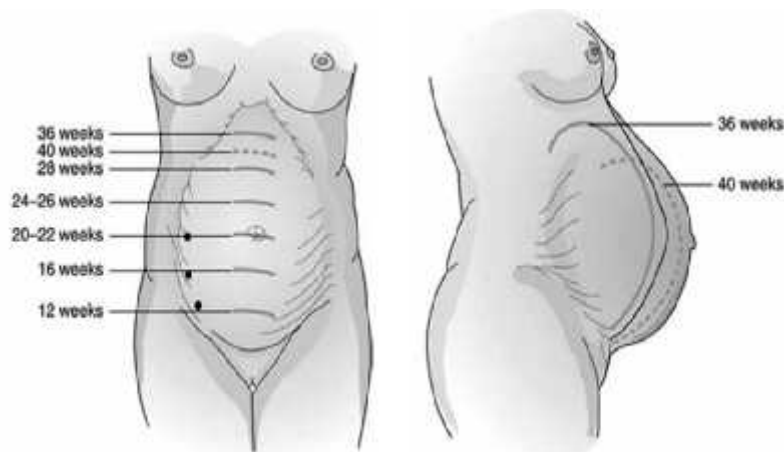
Në javën e 12-të të shtatzënisë, uterusu zakonisht palpohehet nëpërmjet paretit abdominal mbi simfizën pubike<sup>9</sup>. Ai ngjason me një tumor të butë, të rregullt (përveç rasteve kur një grua me fibromiomë apo një tumor tjetër uterin është shtatzënë), që rritet në mënyrë progresive deri në fund të shtatzënisë.

#### *Kontraksionet uterine*

Ndërkohë që uterusu zmadhohet, ai bëhet globular dhe shpesh pëson një rrotullim në të djathtë. Kontraksionet uterine të padhimshme (kontraksionet Braxton Hicks) ndihen si shtrëngime ose shtypje. Ato zakonisht fillojnë rreth javës së 28-të të shtatzënisë dhe rriten në mënyrë konstante. Këto kontraksione zakonisht zhduken gjatë ecjes ose gjatë ushtrimeve fizike, ndërsa kontraksionet e lindjes bëhen më të forta.

---

<sup>9</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. ACOG Committee Opinion No. 234, May 2000.



**Figura 2.1.** Lartësia e fundusit uterin në kohë të ndryshme të shtatzënisë

### 1.3.2. Manifestimet e sigurta

Shenjat dhe simptomat e ndryshme të shtatzënisë shpesh janë të besueshme, por asnjëra prej tyre nuk është diagnostikuese. Diagnoza e saktë duhet bërë duke u bazuar në rezultatet objektive, shumë prej të cilave nuk shfaqen deri pas tremujorit të parë të shtatzënisë. Megjithatë, për të diagnostikuar shtatzëninë në një stad të hershëm të saj, numri i metodave në dispozicion është në rritje.

#### *Rrahjet e zemrës fetale (RZF)*

Të rrahurat e zemrës fetale mund të zbulohen në javën e 10 të shtatzënisë me anë të Dopplerit fetal manual.<sup>10</sup> Shpeshtësia e rrahjeve të zemrës fetale është 120 –160 rrahje në minute.

#### *Balotimi dhe palpimi i fetusit*

Balotimi është një simptomë që konstatohet në mes të shtatzënisë, atëherë kur raporti midis fetusit dhe sasisë së likidit amniotik është në favor të këtij të fundit. Ky fenomen dallohet kur dora e ekzaminuesit, duke ushtruar presion të menjëhershëm mbi uterus, e “fundos” fetusin në likidin amniotik dhe ky i fundit rikthehet pastaj menjëherë në pozicionin fillestar, rikthim që mund të ndjehet nga dora e ekzaminuesit. Në gjysmën e dytë të shtatzënisë, vendosja e trupit fetal mund të palpohet nëpërmjet paretit abdominal të nënës. Sa më afër termit të jetë një shtatzëni, aq më i lehtë dhe më i detajuar është palpimi i fetusit. Dobia klinike e kësaj shenje shtohet edhe më tepër në manovrat e Leopoldit.

<sup>10</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. ACOG Committee Opinion No. 234, May 2000.

### ***Ekzaminimi ekografik i fetusit***

Ekografia është një nga teknikat më të përdorshme të diagnostikimit dhe monitorimit të shtatzënisë. Aktiviteti kardiak bëhet i dallueshëm në javën e 5-6-të, zgjatimet e gjymtyrëve në javën e 7-8-të, gishtat dhe lëvizjet e gjymtyrëve në javën e 9-10-të të shtatzënisë. Në fund të periudhës embrionale (10 javë nga dita e parë e menstruacioneve të fundit) embrioni ka një pamje humane. Ndërkohë që shtatzënia përparon, mirëqënia fetale mund të monitorohet me anë të ekografisë.

### ***Testet e shtatzënisë***

Testet e hershme, sensitive të shtatzënisë masin ndryshimet e niveleve të **hCG-së**. Kur matet nën njësi e hCG-së ka më pak reaksione të kryqëzuara me hormonin luteinizues (LH), hormonin folikulo stimulus (FSH), dhe tireotropinën, që ndaj në një nën njësitë përbashkët me hCG-në.

HCG-ja prodhohet nga sincitiotrofoblasti 8 ditë pas fertilizimit dhe mund të zbulohet në serum të nënës pasi ndodhim plantimi, 8-11-të ditë pas konceptimit. Nivelet e hCG-së arrijnë kulmin afërsisht rreth javës së 10-12-të të shtatzënisë. Nivelet ulen gradualisht në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzënisë, dhe rriten lehtësisht pas javës së 34-të të shtatzënisë. Gjysmë jeta e hCG-së është 1.5 ditë. Pas përfundimit të shtatzënisë, nivelet e hCG-së zbrësin në mënyrë eksponenciale. Normalisht, nivelet serike dhe urinare të hCG-së kthehen në vlerat normale (< 5 mUI/ml) 21-24 ditë pas lindjes.

**Testi i urinës:** është metoda më e zakonshme përdorur për të konfirmuar shtatzëninë. Duke përdorur antitruapat, testi identifikon nën njësinë të hCG-së, duke minimizuar reaksionet e kryqëzuara me hormonet e tjera me strukturë të ngjashme

**Vlerësimi i moshës së shtatzënisë dhe i ditës së lindjes** Kalendar i shtatzënisë – Normalisht, shtatzënia humane zgjat 280 ditë ose 40 javë (9 muaj kalendarikë ose 10 muaj hënorë) nga dita e parë e menstruacioneve të ciklit të fundit menstrual normal (LMP - last menstrual period). Kjo gjithashtu mund të llogaritet 266 ditë ose 38 javë nga ovulacioni i fundit në një cikël normal prej 28 ditësh.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: *Fetal macrosomia*. ACOG Practice Bulletin No. 22, November 2000.

#### 1.4. Shtatzënitë me rrezik të lartë dhe faktorët

Shtatzënia me rrezik të lartë është përkufizuar si shtatzënia ku, fetusi ose i porsalinduri janë ose mund të jenë me rrezik të lartë për sëmundshmëri dhe vdekshmëri, përpara, gjatë ose pas lindjes. Këtu përfshihen shumë faktorë si: shëndeti i nënës, historia obstetrikale dhe sëmundjet e fetusit. Çrregullimet obstetrikale mund t'i shkaktojnë shumë probleme nënës ose fetusit: shkolitje e placentës të vendosur normalisht (distakoplacentare), prematuritet, preeklampsi-eklampsi, kufizim të rritjes intrauterine (IUGR).

Incidenca e shtatzënive me rrezik të lartë varion sipas kriterëve që përdoren për t'i përkufizuar. Këtu përfshihen shumë faktorë dhe efektet e secilit ndryshojnë nga një grua shtatzënë në një tjetër. Shpesh faktorët e rrezikut identifikohen vetëm në retrospektivë. Si pasojë, nga kjo mund të përfitojnë vetëm shtatzënitë në vijim. Shkaqet kryesore të vdekjeve amëtare përfshijnë: sëmundjet trombo-embolike, ato hipertensive, hemorragjitë, infeksionet dhe shtatzënitë ektopike. Gjatë vlerësimit të shtatzënive, për të përcaktuar rrezikun, disa koncepte bazë mund të na ndihmojnë për të parë më qartë problemet që na rrethojnë.

Riprodhimi njerëzor është një proces i ndërlikuar social, biokimik dhe fiziologjik, që nuk është aq i suksesshëm sa mendohej në të kaluarën.

***Mosha amëtare.*** Moshat ekstreme të nënës rritin rrezikun për sëmundshmëri dhe vdekshmëri amëtare ose fetale.<sup>12</sup> Adolehentet janë të ekspozuara ndaj një rreziku të lartë për preeklampsi/eklampsi dhe kufizim të rritjes intrauterine. Gratë mbi moshën 35 vjeç gjatë lindjes janë të ekspozuara ndaj një rreziku më të lartë për hipertension, diabet dhe obezitet si dhe ndaj problemeve të tjera shëndetësore. Po ashtu, këto gra janë të ekspozuara ndaj një rreziku më të lartë për preeklampsi, placenta previa dhe lindje me operacion cezarian.

---

<sup>12</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: *Fetal macrosomia*. ACOG Practice Bulletin No. 22, November 2000.



**Tabela 1.1.**Faktorët e rrezikut të lidhur me probleme specifike të shtatzënisë:

- Moshë e nënës nën 16 ose mbi 35 vjeç
- Gjendje e varfër social-ekonomike
- Kequshqyerja dhe pesha e nënës nën 50 kg
- Shtatzëni të mëparshme premature
- Beancat cerviko-istmike (BCI) dhe anomalitë uterine
- Duhani dhe varësia ndaj drogave dhe alkoolit
- Pielonefriti, pneumonia, anemia dhe hemoglobinopatitë
- Pozicionet jonormale të fetusit
- Ruptura premature e membranave dhe ruptura e zgjatur e membranave
- Anomalia e placentës dhe insuficienca placentare
- Infeksionet
- Diabeti mellitus dhe diabeti amëtar me sëmundje vaskulare
- Shtatzënitë multiple
- Izoimunizimi Rh ose ABO dhe hidropsi joimun
- Sëmundjet kongenitale kardiake amëtare
- Sëmundjet hipertensive të shtatzënisë
- Prapambetja në rritje in utero (IUGR)
- Aborti fetal in utero
- Hipoksia dhe acidoza perinatale
- Infeksioni fetal
- Anomalitë fetale kongenitale (anomalitë kardiovaskulare fetale, agenezia renale, anencefalia)

**Tabela 1.2.** Disa sëmundje dhe çrregullime që mund të komplikojnë shtatzëninë.

- Hipertensioni kronik
- Sëmundjet e veshkave
- Diabeti mellitus
- Sëmundjet e zemrës
- Operacione të kaluara të tiroidës (thiroidektomi)
- Sëmundje malinje të nënës
- Anemia drepanocitare
- Sëmundjet e mushkërive
- Çrregullimet e tiroidës
- Sëmundjet gastrointestinale dhe ato të heparit
- Epilepsia
- Sëmundjet e gjakut (anemia, koagulopatitë)

#### *Anamneza e kaluar obstetrikale*

**Aborti habitual.**<sup>13</sup> Diagnoza e abortit habitual mund të bëhet vetëm pas tri ose më tepër humbjeve të njëpasnjëshme të fetuseve. Aborti habitual mund të investigohet më mirë para se të ndodhë shtatzënia e mëpasme.

**Nëse pacientja është aktualisht shtatzënë,duhen bërë ekzaminimet e mëposhtme.**

- kariotipi i materialit histologjik të përftuar nga fetusi i abortuar
- kariotipi prindëror
- kontroll për anomali cervikale dhe uterine
- kontroll për sëmundje të indit lidhor
- monitorim për patologji hormonale
- sëmundje infeksioze të traktit gjenital
- trombofili

---

<sup>13</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: *Fetal macrosomia*. ACOG Practice Bulletin No. 22, November 2000.

*Lindje në të kaluarën e një fëmije të vdekur ose vdekja neonatale:* <sup>14</sup>Anamneza për fëmijë të lindur të vdekur në të kaluarën ose për vdekje neonatale duhet të stimulojë një ekzaminim të menjëhershëm, në lidhje me kushtet në të cilat ndodhi ngjarja.

*Lindja premature:* Sa më i madh të jetë numri i lindjeve premature si dhe shkalla e prematuritetit, aq më i madh është rreziku aktual për lindje premature në shtatzëninë aktuale. Me gjithë kërkimet intensive, incidenca e lindjes premature nuk ka ndryshuar. Rreth 2/3 e lindjeve premature ndodhin afër termit (34-37 javë) dhe kjo mbart sëmundshmëri dhe vdekshmëri më të ulët fetale osoneonatale. Rreth 1/3 e mbetur e lindjeve premature përmbledh sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e hershme. Monitorimi për lindje premature nëpatientet me rrezik të lartë mund të përfshijë matjen e gjatësisë së kolumit uterin përmes ekzaminimit ekografik transvaginal, fibronektinën fetale të sekrecioneve cerviko-vaginale dhe estriolin epështymës.

*Izoimunizimi Rh:* Analiza për grupet e gjakut të prindërve dhe monitorimi i antitropave amëtarë duhet të kryhen që në vizitën e parë prenatale. Gratë me rrezik për izoimunizim Rh duhet të monitorohen për antitropa anti-Rh në vizitën e parë dhe më pas në javën e 28-të të shtatzënisë dhe gjatë lindjes. Një grua që ka lindur një fëmijë të sëmurë në të kaluarën, duhet t'i nënshtrohet këshillimit gjenetik. Ekzistojnë protokolle monitorimi ose testimi gjenetik për disa defekte me anë të kontrollit të gjakut të nënës (alfa-fetoproteina), ekografia, amniocenteza, analiza e ADN-së, analiza e vileve koriale.

Quhet teratogjene çdo substancë, agjent ose faktor ambjental që ka një efekt të dëmshëm mbi fetusin në zhvillim.

*Medikamentet:* Alkooli, antiepileptiket, lithiumi, zhiva, thalidomodi, kumadina, isotretinoina, etj.

*Agjentët infeksiozë:* mycoplasma, listeria, rubeola, toksoplazma, varicella, CMV etj.

*Radiacioni.* Mendohet se rrezatimi diagnostik mjekësor në më pak se 0.05 Gy ndaj fetusit nuk ka rrezik teratogjen. Për menaxhimin e grave dhe çifteve me rrezik të lartë, do të ishte ideal aplikimi i një metode të thjeshtë për ruajtjen e të dhënave, e cila të jetë e kuptueshme nga mjeku në mjek dhe nga vendi në vend. Çdo vizitë prenatale është një mundësi jo vetëm për të monitoruar problemet që mund të komplikojnë vazhdimin e shtatzënisë, por edhe për t'i dalë përpara çdo problemi para se ai të shfaqet.

---

<sup>14</sup> Centers for Disease Control and Prevention: Update: Trends in fetal alcohol syndrome - United States, 1979-1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:13.

## 1.5. Vlerësimi i gjendjes amëtare

**Temperatura** më shumë se 37°C edhe pa ankesa të tjera subjektive mund të ketë shkak infeksioz.<sup>15</sup> Duhet marrë në konsideratë shkaqet urinare, pulmonare dhe hematologjike të temperaturës. Temperatura më të larta se 37.5°C mund të stimulojnë lindjen premature dhe mund të kenë një efekt të dëmshëm në zhvillimin e hershëm të SNQsë fetal. Antipiretikët mund të jenë të nevojshëm për të ulur temperaturën kur kjo e fundit është mbi 38° C.

**Pulsi.** Takikardia amëtare mund të jetë një shenjë infeksioni, anemie, ose të dyja bashkë.

Takikardia e moderuar e izoluar >100 rrahje në minutë duhet vlerësuar dhe ndjekur. Takikardia mesatare deri e rëndë, mbi 120 rrahje në minutë krijon nevojën për vlerësim të menjëhershëm, përfshi edhe ECG-në.

**Presioni arterial.** Gjatë tremujorit të parë vlerat normale të TA amëtar janë në rënie; arrin minimumin në tremujorin e dytë dhe rritet lehtësisht në tremujorin e tretë, por pa arritur nivelet bazë.

**Analiza e urinës.** Gjatë vizitës së parë prenatale duhet të kryhet kultura dhe antibiograma urinare. Çdo rritje mikrobike duhet trajtuar me antibiotikët e duhur. Në vizitat e mëpashme urina duhet monitoruar për proteina, glukozë, eritrocite, esterazën leukocitare, ose për çdo kombinim markuesish që do të ishte i dobishëm në identifikimin e pacienteve me ndryshime në përbërjen bazë të urinës.

### 1.5.1. Testet speciale gjatë shtatzënisë:

**-Vlerësimi FASTER,** (vlerësimi gjatë tremujorit të parë e të dytë i rrezikut të aneuploidisë).

**-Eko-transvaginale,** midis javëve 10 3/7 dhe 13 6/7 për të parë dhe matur transparencën nukale.

**-Tri-testi.** Ky testim, i njohur shpesh si monitorimi 3-fish përfshin a-fetoproteinën (AFP), b-hCG dhe estriolin amëtar. Në disa institucione matet vetëm AFP, ndërsa në disa të tjera përfshihet edhe inhibina, duke e bërë kështu testin 4-fish. Ky monitorim ndihmon në identifikimin e shtatzënive që kanë një rrezik të lartë për defektet e tubit neural si dhe për anomali të caktuara kromozomike, veçanërisht trizominë 21 (sensitiviteti për dedektimin e sindromës Doën është 75%).

Ky test është efektiv në javën e 15-19 të shtatzënisë dhe kështu mund të identifikojë në kohë një shtatzëni me rrezik, duke u hapur rrugën ekzaminimeve të tjera më specifike.

---

<sup>15</sup> Centers for Disease Control and Prevention: Update: Trends in fetal alcohol syndrome - United States, 1979-1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:13.

## 1.6. Kujdesi prenatal për shtatzënitë me rrezik të lartë

Një nga arritjet e lavdërueshme të obstetrikës moderne ka të bëjë me zhvillimin e të ashtuquajturit: "Kujdesi para lindjes".<sup>16</sup> Ky term ka një aplikim më të gjerë sesa tregojnë fjalët dhe mund të përcaktohet si një mbikqyrje dhe kujdes ndaj grave shtatzëna dhe lehona, që ato të jenë në gjendje të kalojnë rreziqet e shtatzënisë dhe dhimbjet e lindjes me sa më pak rrezik.

Akademia Amerikane e Peditërve dhe Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve (ACOG1997) e kanë përcaktuar kujdesin para lindjes si: "*Një program i plotë i kujdesit që përfshin njëmënyrë të koordinuar të kujdesit mjekësor dhe mbështetjen psiko-sociale që fillon para mbetjesshtatzënë dhe shtrihet deri në periudhën parashpërthimit të aktivitetit të lindjes*". Ky kujdes përfshin llogaritje (diskutime, vlerësime) në fillim të kujdesit ndaj shtatzënisë dhe në vazhdimësi me vizitat para lindjes. Kujdesi prenatal siç e njohim në ditët e sotme, është një zhvillim realtivisht i ri në mjekësi. Para kësaj kohe, pacientet të cilat mendonin se ishin shtatzënë mund të vizitoheshin tek një mjek për të konfirmuar shtatzëninë, por nuk vizitoheshin përsëri deri në fund të shtatzënisë kur fillonte aktiviteti i lindjes. Shtatzënia është një ngjarje fiziologjike normale që vetëm në 5-20% të rasteve komplikohet nga procese patologjike të rrezikshme për shëndetin e nënës dhe të fetusit. Mjeku që kujdeset për shëndetin e pacientes shtatzënë duhet të jetë i familjarizuar me ndryshimet normale që ndodhin gjatë shtatzënisë, duke bërë të mundur dallimin e parregullsive të rëndësishme dhe minimizimin e efektve të tyre.

Kujdesi prenatal duhet të ketë si qëllim kryesor identifikimin dhe trajtimin e veçantë të pacienteve me risk të lartë, shtatzënia e të cilave për shkak të disa faktorëve në historinë e tyre mjekësore ose të një problemi që mund të zhvillohet gjatë shtatzënisë, ka gjasa të ketë përfundim të varfër. Qëllimi i kujdesit prenatal është të sigurojë sa më shumë të jetë e mundur një shtazëni të pa komplikuar dhe lindjen e një fryti të gjallë dhe të shëndetshëm. Të dhënat tregojnë se nënat dhe të porsalindurit nën kujdes prenatal kanë rrezik më të ulët për komplikacione. Gjithashtu, të dhënat tregojnë se gjendja emocionale e nënës gjatë shtatzënisë mund të ketë efekt të drejtpërdrejtë tek fetusit. Në mënyrë ideale, një grua që planifikon të ketë një fëmijë duhet t'i nënshtrohet një vlerësimi mjekësor para se ajo të mbetet shtatzënë.

---

<sup>16</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: *Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities*. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.

Kjo i jep mundësi mjekut të vendosë me anë të anamnezës, ekzaminimit fizik dhe analizave laboratorike gjendjen e përgjithshme të pacientes për të marrë përsipër një shtatzëni.<sup>17</sup> Kjo është koha ideale për të theksuar rreziqet që vijnë nga duhanpirja, përdorimi i alkoolit e drogave, si dhe ekspozimi ndaj agjentëve teratogjenë. Gruaja shtatzënë udhëzohet për dietën dhe ushtrime të përshtatshme fizike. Vitaminat, në mënyrë të veçantë acidi folik, i marrë tre muaj para konceptimit mund të jetë i dobishëm (ulën incidencën e defekteve të tubit neural). Për fat të keq, shumë paciente nuk kërkojnë kujdes para konceptimit dhe vizita fillestare prenatale programohet ndërkohë që gruaja është shtatzënë.

**Arsyet e zakonshme që gratë shtatzëna mund të mos marrin kujdesin e duhur prenatal janë:**

- Pamundësia për të paguar për kujdesin shëndetësor
- Frika ose mungesa e besimit tek profesionistët e kujdesit shëndetësor
- Mungesa e vetëvlerësimit
- Vonesa në kohë nga dyshimi nëse është apojo shtatzënë
- Perceptimet e ndryshme individuale dhe kulturore për rëndësinë e kujdesit prenatal, ndjenja
- Fillestare e një shtatzënie të padëshiruar
- Ndalimet kulturore ose fetare.

### **1.6.1. Këshillimi prekonceptional**

Këshillimi prekonceptional ofron një mundësi për të edukuar idenë e përparësisë së shtatzënive të planifikuara.

Komponentët e këshillimit prekonceptional: Identifikimi sistematik i rreziqeve prekonceptionale nëpërmjet vlerësimit të anamnezës riprodhuese, familjare dhe mjekësore, gjendjes së ushqyerjes, diskutimi i patologjive gjenetike dhe referimi i çiftit për ekzaminime të mëtejshme, nëse ai e kërkon. Testet laboratorike që indikohen nga gjendja e gruas dhe situata shëndetësore në të cilën ajo ndodhet. Këshillimi për ushqyerjen dhe shtesën në peshë, burimet e acidit folik dhe shtesat në vitamina, nëse janë të indikuara, diskutimi për gjendjen sociale dhe financiare dhe vlerësimet psikologjike në përgatitje për shtatzëninë e ardhme, për të ardhmen, kontracepsionin dhe planifikimin familiar.

---

<sup>17</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.

## 1.6.2. Vizita e parë ambulatorore

Qëllimi i vizitës së parë tek mjeku është identifikimi i faktorëve të rrezikut të nënës dhe fetusit. Shtatzënitë me rrezik të lartë, sapo identifikohen, kërkojnë kujdes individual të specializuar. Diagnoza e shtatzënisë bëhet në bazë të shenjave fizike, simptomave dhe rezultateve të analizave laboratorike të diskutuara pak më sipër në këtë kapitull. Shtatzënitë në rrezik të lartë, që me rritjen e moshës së nënave shtatzënë në tri dekadat e fundit janë rritur në mënyrë të ndjeshme, u është kushtuar një kapitull i veçantë. Gjatë vizitës së parë të gruas shtatzënë në qendra të specializuara shëndetësore (spital, qendër shëndetësore, shërbim ambulator privat), dokumentimi i anamnezës bëhet nga një mjek specialist, mjek familje ose mami. Një vizitë e mëtejshme me obstetrin mund të caktohet nëse në anamnezë ka të dhëna që konsiderohen me rrezik të lartë.

## 1.7. Anamneza

Marrja e anamnezës dhe kryerja e ekzaminimit në obstetrikë ndryshon nga ato tipike medikale dhe kirurgjikale.<sup>18</sup>Fusha e mjekësisë riprodhuese është mjaft komplekse dhe përfshin komponentë psikologjike, patologjike dhe fiziologjike. Kjo do të thotë se në disa raste pyetjet gjatë anamnezës duhet të drejtohen në mënyrë diskrete dhe ekzaminimi obstetrikal duhet të kryhet me kujdes.

### *Shtatzënia aktuale*

Një histori obstetrikale e detajuar dhe e kujdesshme është e rëndësishme jo vetëm për vlerësimin e nënës dhe fetusit, por dhe për të përcaktuar mënyrat se si duhet menaxhuar kujdesi i një gruaje gjatë shtatzënisë dhe çfarë niveli rreziku vlerësohet për të. Intervista duhet të fillojë me një diskutim të plotë të simptomave. Tek pacientja me cikël të rregullt menstrual, dita e vlerësuar e lindjes mund të llogaritet në mënyrë të sigurt duke përdorur ditën e parë të menseve të fundit (LMP), ose me anë të rregullit të Nägel-it. Në qoftëse pacientja e mban mend saktë datën e mundshme të konceptimit mund të përcaktohet gjithashtu dhe data e përafërt e lindjes.

---

<sup>18</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.

### ***Shtatzënitë e mëparshme***

Përfundimi i shtatzënive të mëparshme siguron të dhëna të rëndësishme për ndonjë problem të mundshëm në shtatzëninë aktuale.<sup>19</sup> Duhet të merret gjithë informacioni i mëposhtëm: kohëzgjatja e shtatzënive, pesha e lindjeve, ecuria fetale, kohëzgjatja e secilës lindje, prezantimi i fetusit, mënyra e lindjeve dhe komplikacionet (para, gjatë dhe pas lindjes). Raporti mbi operacionin duhet të përshkruajë në mënyrë të detajuar llojin e incizionit uterin që është kryer në qoftë se është kryer operacion cezarian (SC), me qëllim që të lejojë mjekun të vlerësojë rrezikun e mëvonshëm të pacientes për dehishencë uterine.

### ***Anamneza mjekësore***

Shtatzënia përkeqëson shumë gjendje patologjike. Shumë çrregullime kardiovaskulare, gastrointestinale dhe endokrine kërkojnë vlerësim të kujdesshëm dhe këshillim përsa i përket efekteve të dëmshme tek nëna. Një anamnezë për transfuzionin e gjakut mund të sugjerojë mundësinë e rrallë të një sëmundjeje hemolitike tek i porsalinduri për shkak të antitropave të nënës. Reaksioni ndaj medikamenteve është gjithashtu i rëndësishëm. Duhet të merret një anamnezë e infeksioneve të nënës gjatë shtatzënisë. Njohuritë e pacientes rreth shmangies së rreziqeve infeksioze dhe teratogjenike duhet të rishikohen me kujdes. Historia prenatale duhet të përfshijë: numri i partnerëve seksualë, historia e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme dhe mundësia e kontaktit me përdoruesit e drogave intravenoze. Tek të gjitha pacientet duhet të ofrohet testi i HIV (human immunodeficiency virus).

### ***Anamneza kirurgjikale***

Një rëndësi të veçantë ka anamneza kirurgjikale gjinekologjike. Kirurgjia uterine e mëparshme mund të kërkojë nevojën e përfundimit të lindjes me operacion cezarian. Një anamnezë me aborte të shumta ose me humbje të tremujorit të dytë mund të sugjerojë një kolum jo kompetent.

### ***Anamneza familjare***

Një histori familjare me diabet mellitus duhet të alarmojë mjekun përmundësinë e diabetit të shtatzënisë. Për të përcaktuar funksionin aktual endokrin duhet të kryhet testi i tolerancës së glukozës. Edhe vetëdija e çrregullimeve familjare është e rëndësishme. Kështu, është e dobishme analiza prej tre brezash e linjës së trashëgimisë. Një anamnezë për shtatzëni binjake është e rëndësishme, sepse binjakët bizigotë (poliovulacion) mund të jenë tipar i trashëguar nga nëna.

---

<sup>19</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities



## 1.8. Ekzaminimi fizik

Ekzaminimi obstetrikal është unik në mjekësi dhe duhet të kemi parasysh disa teknika të veçanta që nuk kërkohen në specialitetet e tjera.<sup>20</sup> Vlerësimi obstetrikal fillon në mënyrë të përgjithshme dhe përfundon në mënyrë speciale. Kjo do të thotë që vlerësimi i gruas shtatzënë bëhet në momentin që ajo hyn në dhomën e ekzaminimit duke përcaktuar gjendjen e saj emocionale, ankthin etj. Gruaja pritët ngrohtë, pyetet për emrin, personeli mjekësor prezantohet. Ekzaminimi obstetrikal duhet të jetë i përgjithshëm dhe specifik, nëse gjatë këtij ekzaminimi identifikohet ndonjë faktor risku. Tek çdo paciente e re duhet të kryhet një ekzaminimi plotë fizik. Tek një paciente e shëndetshme, në moshe të re, ky mund të jetë ekzaminimi i parë i plotë që ajo mund të ketë pasur gjatë jetës së saj. Kontrolli i mirëqënies amëtaresi shenjë e mirëqënies fetale. Shëndeti i nënës është qartësisht vendimtar për zhvillimin fetal dhe duhet të vlerësohet në mënyrë të vazhdueshme gjatë gjithë shtatzënisë. Gjatësia dhe pesha e nënës. Gjatësia dhe pesha duhet të përcaktohen në vizitën e parë, për të vlerësuar Indeksin e Masës Trupore (BMI - Body Mass Index) =  $\frac{\text{Pesha (kg)}}{\text{Gjatësinë në katror (m}^2\text{)}}$ . Në Tabelën e mësipërme paraqiten kategoritë e BMI-së. Gjatësia dhe pesha para shtatzënisë së bashku me përqindjen dhe sasinë e shtimit në peshë gjatë shtatzënisë janë faktorë të rëndësishëm në zhvillimin fetal. Gratë, të cilat janë nën peshë ose janë të shkurtra priren të kenë fëmijë më të vegjël dhe kanë rrezik të lartë për të pasur fëmijë me peshë të vogël në lindje dhe lindje parakohe. Një nënë adoleshente kompromenton shëndetin në qoftëse ka një dietë ushqimore të papërshtatshme për të plotësuar kërkesat e organizmit të saj për rritje si dhe ato të fetusit. Shtimi progresivi papërshtatshëm në peshë mund të reflektojë defiçite ushqyese, sëmundje të nënës, ose një terren hormonal që nuk nxit rritjen e duhur të vëllimit dhe gjendjes anabolike.

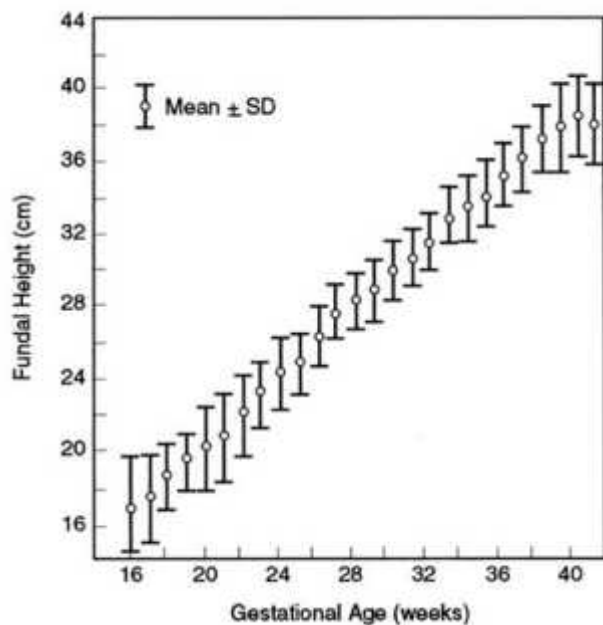
	Indeksi i masës trupore (BMI)
Nënpeshë	< 18.5
Normë	18.5 – 24.9
Mbipeshë	25 – 29.9
Obezë	≥ 30

**Tabela 1.3.**Kategoritë e indeksit të masës trupore (BMI)

<sup>20</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001

Nivelet e tensionit arterial (TA) mund të sigurojnë të dhëna të rëndësishme për kompromentimin e qarkullimit.<sup>21</sup> Normalisht, tensioni arterial mesatar ulet gjatë tremujorit të parë dhe të dytë të shtatzënisë. Në tremujorin e tretë, tensioni arterial i gjakut i matur në pozicion shtrirë në kurriz mund të jetë më i lartë sesa ai i matur në pozicion ndenjor. Kjo situatë mund të tregojë vendosjen e hipertensionit.

Normalisht pacientet mund të kenë një rënie të dukshme të tensionit arterial të gjakut në pozicionin shtrirë në shpinë (sindromi i hipotensionit nga qëndrimi shtrirë në shpinë), që korrigohet kur pacientja vendoset në pozicionin lateral të majtë. TA më i lartë se 120/80 mmHg në tremujorin e parë ose të dytë nuk është normal dhe shoqërohet me risk të rritur të vonshëm për preeklampsi. Lartësia e fundusit uterin duhet matur dhe dokumentuar çdo vizitë pas javës së 20-të të shtatzënisë.



**Figura 1.1.** Lartësia fundike sipas moshës së shtatzënisë

<sup>21</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001

## 1.9. Testet laboratorike

Në shtatzëni duhet të kryhen sa më shpejt të jetë e mundur vlerësimet laboratorike të mëposhtme, dhe disa prej tyre duhet të përsëriten të paktën një herë midis javëve 24 dhe 36 të shtatzënisë.<sup>22</sup>

### *Ekzaminimet e gjakut*

Në vizitën e parë, janë të nevojshme të kryhen analizat e mëposhtme: hematokriti, hemoglobina, leukocitet dhe formula leukocitare, grupi i gjakut, faktori Rh, antitruapat kundër antigjenëve të grupit të gjakut; gjithashtu edhe testet serologjike për rubeolën, hepatitin B dhe HIV. Për pacientet në risk mund të nevojitet testi për toksoplazmozën. Grave me diabet të mëparshëm, gjatë shtatzënisë duhet t'u matet niveli i glukozës një orë pas buke. Niveli i glukozës kontrollohet pas dhënies nga goja të 50 gr glukozë. Tek një grua me rrezik të ulët, ky ekzaminim kryhet në javën e 24 - 28-të të shtatzënisë. Nëse testi është jonormal, kryhet testi i tolerancës së glukozës për 3 orë. Në tremujorin e tretë të shtatzënisë duhet të përsëritet hematokriti. Ekzaminimi i hCG-së, estriolit të pakonjuguar, fetoproteinave (AFP) dhe inhibinës (testi i katërfishtë) në serumit të nënës për të depistuar rdefektet e tubit neural dhe anomalitë kromozomike, kryesisht trizominë 21 dhe 18-të, duhet të ofrohet midis javës së 15-të dhe 20-të të shtatzënisë (nëmënyrë ideale në javët 16-18 të shtatzënisë), kryesisht te gratë pas të tridhjetave. Metoda më e përdorur për të zbuluar sa më herët të tilla anomali kromozomike, po bëhet ekzaminimi në tremujorin e parë duke përdorur kombinimin e analitëve të serumit të nënës (proteina A e plazmës e lidhur me shtatzëninë [PAPP-A] dhe hCG e lirë), si dhe matjen ekografike të trashësisë nukale të fetusit (TN – translucenca nuchale).

Testet gjenetike-Grave me moshë më të madhe se 35 vjeç dhe atyre me anomali të trashëguara të linjës së gjakut ose me faktorë të tjerë rreziku për sëmundje të trashëguara duhet t'u ofrohen testet gjenetike. Marrja e vilave kororiale (CVS – corial vilus sampling) bëhet në javën e 10-14-të të shtatzënisë me anë të teknikës transabdominale ose transcervikale. Amniocenteza zakonisht ofrohet në javën e 16-20-të të shtatzënisë. Kryhet analiza e urinës dhe testet depistuese të urinës (p.sh. testi për nitrate), si dhe kultura për infeksionet e traktit urinar. Antibioگرامa kryhet nëse numri i bakterieve është mbi 105/ml në një porcion të zbrazur të urinës ose nëse në një porcion urine të marrë me kateter vërehen bakterie.

---

<sup>22</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001

Ekzaminimet për proteinat në urinë, glukozë dhe ketone duhet të kryhen në çdo vizitë prenatale. Pap testi-Testi i Papanikolaut (paptest) kryhet kur nuk kemi në dispozicion ndonjë rezultat të kohëve të fundit. Testi në lëkurë i tuberkulinës (nën produkt iproteinës së purifikuar [PPD]) është i nevojshëm për pacientet me rrezik të lartë.

## 1.10. Përgatitja për lindje

Ndërkohë që afrohet termi, pacientja duhet të sqarohet mbi ndryshimet fiziologjike që lidhen me lindjen.<sup>23</sup> Ajo zakonisht pranohet në spital kur kontraksionet ndodhin në intervale çdo 5-10 minuta. Pacientes duhet t'i shpjegohet paraprakisht që të kërkojë këshilla mjekësore për secilën nga këto shenja të rrezikshme: plasja e membranave, gjakrrjedhje vaginale, ulje e lëvizjeve fetale (më pak se 20 në 24 orë), shenja të pre eklampsisë (p.sh edema të fytyrës dhe të duarve, turbullime të shikimit, dhimbje koke, dhimbje epigastrike, konvulsione), të dridhura dhe temperaturë, dhimbje barku ose mesi të pazakonta, të forta, ose ndonjë problem i rëndë mjekësor.

## 1.11. Ushqyerja në shtatzëni

Ushqyerja e nënës që nga momenti i konceptimit është një faktor i rëndësishëm në zhvillimin e rrugës së metabolizmit dhe mirëqënies së ardhme të frytit. Gruaja shtatzënë duhet të inkurajohet të përdorë një dietë ushqimore të balancuar dhe duhet të ndërgjegjësohet për nevojat e veçanta që ka për hekur, acid folik, kalçium dhe zink. Një grua që peshon 58 kg merr me anë të një dietë ushqimore normale 2300 kcal/ditë. Gjatë shtatzënisë nevojitet një shtesë prej 300 kcal/ditë dhe gjatë ushqyerjes me gji të fëmijës nevojitet një shtesë prej 500 kcal/ditë (Tabela 6.2). Konsumimi i më pak kalorive mund të rezultojë në marrje të papërshtatshme të lëndëve ushqyese bazë.

**Dietë e ekuilibruar:** Shtatzënia nuk duhet të shkaktojë ndryshime të mëdha në sjelljen e të ushqyerit dhe nuk duhet të detyrojë askënd të ushqehet me diçka që nuk i pëlqen. Nëse para mbetjes shtatzënë gruaja është me një dietë dobësuese ose rregjime të veçanta ushqyese (vegjetariane), ajo duhet të këshillohet me mjekun për të bërë ndryshimet e nevojshme.

---

<sup>23</sup> Owen J et al: *Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth.* JAMA 2001; 286:1340. [PMID: 11560539]

Nëse mjeku do të këshillojë një dietë hipokalorike, sepse ju konsideron mbipeshë, eliminimi i urisë nëpërmjet medikamenteve, diuretikëve apo hormoneve tiroidale është krejtësisht i ndaluar, për shkak të veprimeve teratogjene që kanë mbi frytin.

	Gratë jo shtatzëna (vitet)				Gratë shtatzëna	Gratë në laktacion
	15-18	19-24	25-50	50+		
<b>Energjitë (kcal)</b>	2100	2100	2100	2000	+300	+ 500
<b>Proteinat (gr)</b>	48	46	46	46	+30	+ 20
<b>Vitaminat e tretshme në yndyrna</b>						
Vitamina A (UI)	800	800	800	800	800	1300
Vitamina D (UI)	400	400	200	200	400	400
Vitamina E (UI)	8	8	8	8	10	12
<b>Vitaminat e tretshme në ujë</b>						
Vitamina C (mg)	60	60	60	60	70	95
Folate (µg)	180	180	180	180	400	280
Niacin (mg)	15	15	15	13	17	20
Riboflavin (mg)	1.3	1.3	1.3	1.2	1.6	1.8
Thiamina (mg)	1.1	1.1	1.1	1.0	1.5	1.6
Vitamina B6 (mg)	1.5	1.6	1.6	1.6	2.2	2.1
Vitamina B <sub>12</sub> (µg)	2	2	2	2	2.2	2.6
<b>Mineralet</b>						
Kalçiumi (mg)	1300	1000	1000	1200	1000	1000
Jodí (µg)	150	150	150	150	175	200
Hekuri (mg)	15	15	15	10	30	15
Magnezi (mg)	300	280	280	280	300	355
Fosfori (mg)	1200	800	800	800	1200	1200
Zinku (mg)	12	12	12	12	15	19

**Tabela 1.4.** Dieta ditore e rekomanduar për gratë jashtë shtatzënisë, shtatzëna dhe gratë në laktacion.

**Proteinat.** Janë materia e parë e të gjitha qenieve të gjalla, elementë thelbësorë për ekzistencën dhe funksionimin normal të organizmit njerëzor.<sup>24</sup> Ato sigurojnë ndërtimin, nga indet dhe organet deri në antikorpet, hormonet, enzimat etj. Në shtatzëni proteinat e të dy llojeve duhet të jenë 15-20 % të kalorive të marranë dietën ditore. Proteinat që nevojiten në gjysmën e dytë të shtatzënisë janë 1 gr/kg plus 20 gr/ditë (afërsisht 80gr/ditë për një grua mesatare). Marrja e proteinave është thelbësore për zhvillimin embrional.

<sup>24</sup> Owen J et al: Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA 2001; 286:1340. [PMID: 11560539]

**Yndyrat.** Edhe lipidet, ashtu si dhe proteinat janë përbërës thelbësorë të çdo qelize dhe kanë funksione të ndryshme e mjaft të rëndësishme.<sup>25</sup>Në shtatzëni yndyrat duhet të përbëjnë 25-30% të kalorive ditore dhe më pak se gjysma e tyre duhet të jenë me origjinë shtazore.

**Karbohidratet.** Në shtatzëni karbohidratet duhet të përfaqësojnë rreth 60% të kalorive ditore, duke i dhënë përparësi amidonit që gjendet zakonisht i shoqëruar me vitamina, kripëra minerale dhe fibra ushqimore.

**Kalciumi.** Marrja e kalçiumit duhet të rritet deri në 1,5 gr/ditë në muajt e fundit të shtatzënisë dhe gjatë laktacionit.

**Hekuri.** Për të shmangur aneminë nga mungesa e hekurit, ACOG-ja rekomandon shtimin në dietën e çdo gruaje shtatzënë 30 mg/ditë hekurelementar gjatë tremujorit të dytë dhe të tretë tështatzënisë.

**Vitaminat dhe mineralet.** Preparatetme vitamina dhe minerale jepen në mënyrë të zakonshme gjatë shtatzënisë, por ato nuk duhet tëzëvendësojnë marrjen e sasisë së duhur të ushqimit.Është treguar që acidi folik ul në mënyrë efektiverrezikun e defekteve të tubit neural (NTD – neuraltube defects). Tek pacientet, të cilat kanë pasur defekte të tubit neural në shtatzënitë e mëparshme rekomandohet një dozë prej 4 mg/ditë acid folik.Marrja e acidit folik duhet të fillojë më shumë se 1 muaj para konceptonit (preferohet 3 muaj para konceptonit) dhe vazhdohet gjatë 6-12 javëve të para të shtatzënisë. Studimet kanë treguar se kjo dozë ul 70% rrezikun e rekurencave. Për të gjitha gratë e tjera rekomandohet një marrje ditore prej të paktën 0,4 mg e filluar para konceptonit edhe që vazhdon në 6 javët e para të shtatzënisë.

**Kufizimi i kripës.** Sasi të moderuara të ushqimeve që përmbajnë kripë nuk janë të dëmshme gjatë një shtatzënie normale. Në fakt,kufizimi i kripës mund të jetë potencialisht i rrezikshëm. Nuk ka të dhëna që shtimi i shpejtë në peshë gjatë pre eklampsisë mund të kontrollohet me anë të kufizimit të kripës.

---

<sup>25</sup> Owen J et al: *Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth.* JAMA 2001; 286:1340. [PMID: 11560539]

## 1.12. Ankesat dhe çrregullimet e zakonshme gjatë shtatzënisë

Gjatë shtatzënisë tek grua ja ndodhin shumë ndryshime që janë të lidhura me shtatzëninë. Është detyra e personelit shëndetësor, që merret me kujdesin para lindjes, të sqarojë gruan për ndryshimet që pëson organizmi i saj.<sup>26</sup> Shumica e ankesave të vogla gjatë shtatzënisë mund të minimizohen me anë të edukimit të pacienteve dhe trajtimit të menjëhershëm të tyre.

***Të përzierat dhe të vjellat gjatë shtatzënisë.*** Të përzierat dhe të vjellat gjatë shtatzënisë nuk dihet mirë pse ndodhin, por mendohet se janë pasojë e uljes së nivelit të vitaminës B në gjak, ndryshimeve hormonale gjatë kësaj kohe apo ndryshimit të presionit të gjakut.

***Ptializmi.*** Shtimi i pështymës ose *ptializmi* është një ankesë jo shumë e shpeshtë, por shqetësuese në gratë shtatzëna. Shkaku është i panjohur por shoqërohet fortësisht me të përzierat dhe të vjella te rënda të shtatzënisë.

***Konstipacioni.*** Gjatë shtatzënisë jashtëqitja tenton të çrregullohet, si pasojë e rilashimit të muskulaturës së lëmuar dhe e komprimimit të pjesës fundore të rektumit, nga uterus i fillim të shtatzënisë dhe nga pjesa paraqitëse në fund të saj. Në këto raste, grua ja duhet të këshillohet përshtim të lëngjeve në dietë, të konsumit të perimeve të gjelbërta dhe kompostove me kumbulla. Ajo këshillohet të shtojë ecjet në këmbë, pasi ecja tonizon muskulaturën e zorrëve.

***Urthi (djegja e stomakut).*** Është pasojë e kthimit të ushqimit nga stomaku në ezofag. Ai prek rreth 50% të grave shtatzënë dhe shtohet me moshën e shtatzënisë.

***Urinimi i shpeshtë.*** Shpeshtësia e urinimit është një ankesë e zakonshme gjatë gjithë shtatzënisë. Kongjestioni vaskular i pelvisit dhe ndryshimet hormonale janë përgjegjëse për ndryshimin e funksionit të vezikës urinare.

***Venat varikoze.*** Venat varikoze ose siç quhen ndryshe variçet, mund të zhvillohen në këmbë ose në vulvë. Shpesh është prezent një histori familjare me probleme të venave varikoze. Faktori kryesor në zhvillimin e venave varikoze është presioni që ushtron uterus i zmadhuar mbi sistemin e kthimit venoz të këmbëve.

---

<sup>26</sup> Centers for Disease Control and Prevention: Update: Trends in fetal alcohol syndrome - United States, 1979–1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:13.

***Dhimbjet e kyçeve, shpinës dhe shtypja pelvike.*** Megjithëse përbërësit kryesorë të kocka vetë pelvisit konsistojnë në tre kocka të ndara, artikulationet simfiziale dhe sakroiliake nuk lejojnë lëvizje kur gruaja nuk është shtatzënë.<sup>27</sup> Në shtatzëni, shtendosja endokrine e këtyre artikulationeve lejon disa lëvizje. Tek gruaja shtatzënë mund të zhvillohet një pelvis i paqëndrueshëm, që shkakton dhimbje. Një rrip i vendosur rreth kërbishtës, së bashku me shtrirjet dhe shplodhjet e shpeshta në shtrat, mund të lehtësojnë dhimbjen, megjithatë ndonjëherë është i nevojshëm shtrimi në spital. Rritja e abdomenit bën që gruaja shtatzënë të drejtojë shpatullat mbrapa për të ruajtur ekuilibrin trupit; kjo bën që ajo të shtyjë me forcë kokën e saj përpara për të qëndruar drejt.

***Ngërçet e këmbëve.*** Shkaku i ngërçeve të këmbëve në shtatzëni është i panjohur, por mund të jetë rezultat i një niveli të ulët të kalçiumit në serum ose rritjes së niveleve të fosforit. Trajtimi përfshin pakësimin e marrjeve të fosfateve (më pak qumësht dhe shtesa që përmbajnë fosfat kalçiumi) dhe rritjen e marrjes së kalçiumit (kalçiumit pafosfor), në formën e tabletave të karbonatit të kalçiumit ose laktatit të kalçiumit.

***Dhimbja e gjinjve.*** Kongjestioni fiziologjik i gjinjve shkakton diskomfort, veçanërisht në fillim dhe në fund të shtatzënisë. Veshja e sutjenave të përshtatshme 24 orë në ditë mund të sigurojë një lehtësim të dhimbjeve.

***Diskomforti i duarve.*** Akrodisestezia e duarve konsiston në mpirjen e tyre dhe ndjesinë si shpim gjilpërash (këmbët nuk përfshihen asnjëherë nga këto ndjesi). Prek të paktën 5 % të grave shtatzëna. Në disa raste është menduar për sindromin e tërheqjes së pleksit brakial që shkaktohet nga shtyrja e shpatullave mbrapa gjatë shtatzënisë; sindromi i tunelit karpal është një shkak i zakonshëm me simptoma të ngjashme. Kjo gjendje nuk është serioze por mund të persistojë edhe pas lindjes, me pasoja në ngritjen dhe mbajtjen e bebit.

***Tensioni i ulët gjatë shtatzënisë.*** Tensioni i ulët gjatë shtatzënisë është më i shpeshtë në tremujorin e parë të saj, si pasojë e komprimimit që u bën uterusit gravidik vazave abdominale të regjionit lumbar. Gruaja shtatzënë këshillohet të qëndrojë në krahun e majtë, për të evituar komprimimin dhe uljen e tensionit. Komprimimi gjatë aktit të lindjes do të ulte shkëmbimet feti-amëtare dhe do të kompromentonte gjendjen fetale.

---

<sup>27</sup> Centers for Disease Control and Prevention: Update: Trends in fetal alcohol syndrome - United States, 1979-1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:13.



**Vështirësia në frymëmarrje gjatë shtatzënisë.** Vështirësia në frymëmarrje gjatë shtatzënisë fillon në tremujorin e parë, si pasojë e veprimit të progesteronit në qendrën e frymëmarrjes dhe në fund të shtatzënisë është rezultat i zvogëlimit të hapësirës pulmonare në kafazin e krahërorit.

**Lodhja dhe pagjumësia gjatë shtatzënisë.** Lodhja dhe pagjumësia gjatë shtatzënisë janë karakteristike për tremujorin e tretë.<sup>28</sup> Lodhja është pasojë e zmadhimit të uterusit, zmadhim që e pengon gruan të bëjë gjumë të rehatshëm. Lëvizje te fëmijës janë më të shpeshta natën dhe e zgjojnë gruan nga gjumi, urinimet e shpeshta natën dhe ankthi për lindjen janë faktorë të tjerë që prishin gjumin dhe, njëkohësisht, e lodhin gruan shtatzënë. Si pasojë e vështirësisë në frymëmarrje dhe e pagjumësisë gruaja tenton të kufizojë aktivitetin e përditshëm dhe qëndron më gjatë në shtrat, gjëqë favorizon pagjumësinë. Ajo këshillohet të mospërdorë somniferë për gjumë, por një gotë çaj ose qumësht të nxehtë para gjumit.

### 1.12.1. Medikamentet, pirja e duhanit dhe alkoolit gjatë shtatzënisë

**Medikamentet.** Teratogjeniciteti është vërtetuar vetëm për disa medikamente. Mjeku duhet të ketë një arsye të qartë për të përshkruar ndonjë medikament në shtatzëninë e hershme apo gjatë gjysmës së dytë të ciklit menstrual kur një grua fertile dhe seksualisht aktive mund të mbetet shtatzënë. Efekti i marihanes tek fetusi njihet pak, por nuk janë raportuar dëmtime madhore. Nga ana tjetër, përdorimi i heroinës dhe metadonit është i lidhur me probleme madhore tek i porsalinduri, në mënyrë të veçantë me simptomat fatale të varësisë.

**Duhanpirja.** Rritja e incidencës të të porsalindurve me peshë të vogël lindje i atribuohet pirjes së cigares nga gratë shtatzëna. Pirja e duhanit gjatë shtatzënisë është e lidhur me një rrezik më të lartë për kufizim të rritjes intrauterine, placenta previa, placenta akreta, lindje parakohe, fëmijë me peshë të vogël lindje dhe vdekshmëri perinatale.

**Pirja e alkoolit.** Në të kaluarën, mendohej që pirja e një sasive të moderuar alkooli nuk shkaktonte efekte të dëmshme tek fetusi pavarësisht kalimit me lehtësi të alkoolit nëpërmjet placentës. Janë raportuar raste të të porsalindurve të cilët tregojnë simptoma të varësisë nga alkooli, por zakonisht këta të porsalindur ishin lindur nga alkooliste kronike, të cilat kishin pirë sasi të mëdha alkooli gjatë shtatzënisë.

---

<sup>28</sup> *Koren G et al: Fetal alcohol spectrum disorder. CMAJ2003;169:1181. [PMID: 14638655]*

## **2. QËLLIMI I PUNIMIT**

Punimi im është rishikim i literaturës që ka për qëllim kryesor identifikimin dhe trajtimin e veçantë të pacienteve me risk të lartë.

Informimi sa më i mirë për sa i përket identifikimit të faktorëve të rrezikut të nënës dhe fetusit tek shtatzënitë me rrezik të lartë, të cilat sapo identifikohen, kërkojnë kujdes individual të specializuar.

Gjithashtu ka për qëllim edhe të eksplorojë emocionet dhe ndjenjat e gruas që përjeton, pozicionin e saj në familje dhe arsytet që e çojnë të ndërmarrë këtë veprim. Këto perceptime dhe përvoja janë të lidhura ngushtë me kushtet ekonomike, sociale dhe kulturore nëpër të cilën po kalon familja dhe shoqëria kosovare.

### 3. PËRFUNDIMI

Shëndeti i nënës është qartësisht vendimtar për zhvillimin fetal dhe duhet të vlerësohet në mënyrë të vazhdueshme gjatë gjithë shtatzënisë.

Riprodhimi njerëzor është një proces i ndërlikuar social, biokimik dhe fiziologjik, në mënyrë ideale, një grua që planifikon të ketë një fëmijë duhet t'i nënshtrohet një vlerësimi mjekësor para se ajo të mbetet shtatzënë. Këshillimi i cili ofron një mundësi për të edukuar idenë e përparësisë së shtatzënive të planifikuara, disa nga komponentët e këshillimit si identifikimi sistematik i rreziqeve e nëpërmjet vlerësimit të anamnezës riprodhuese, familjare dhe mjekësore, gjendjes së ushqyerjes, diskutimi i patologjive gjenetike dhe referimi i çiftit për ekzaminime të mëtejshme. Shtatzënia me rrezik të lartë është përkufizuar si shtatzënia ku, fetusit ose i porsalinduri janë ose mund të jenë me rrezik të lartë për sëmundshmëri dhe vdekshmëri, përpara, gjatë ose pas lindjes. Këtu përfshihen shumë faktorë, si: shëndeti i nënës, historia obstetrikale dhe sëmundjet e fetusit. Gjatë vlerësimit të shtatzënive, për të përcaktuar rrezikun, disa koncepte bazë mund të na ndihmojnë për të parë më qartë problemet që na rrethojnë.

Rëndësia e diagnostikimit të shpejtë dhe të saktë të shtatzënisë është shumë e rëndësishme në komunitete të veçanta grash, bazuar në nivelet e rrezikut, si një mbikqyrje dhe kujdes ndaj grave shtatzëna dhe lehona, që ato të jenë në gjendje të kalojnë rreziqet e shtatzënisë dhe dhimbjet e lindjes me sa më pak rrezik.

#### 4. REZYME

Kohët e fundit në shumë shoqëri të paturit të një fëmije vlerësohet si një përcaktues i rëndësishëm në jetën e një familje. Për rrjedhojë, pamundësia për të sjellë në jetë një fëmijë të çfarëdo gjinie (mashkull apo femër), vë gruan para një presioni të vazhdueshëm. Kjo procedurë e cila ndryshe njihet si “tenxhere me presion” me përzgjedhje është praktika e ndërprerjes së shtatëzansisë me rrezik të lartë pas javës së 12-të të shtatëzansisë.

Në këtë kontekst, bazuar në rezultatet e studimit vërehet se pasojat e shtatëzansisë, përfshijnë pasoja në: jetën dhe shëndetin e gruas; të mbijetuarit e fëmijëve të padëshiruar; si dhe në shoqëri. Konkluzionet e studimit tregojnë se Kosova kategorizohet në profilin e atyre vendeve ku është përhapur me ritme të shpejta pas uljes së nivelit të lindshmërisë. Vendi karakterizohet nga një sistem familjar patriarkal, i organizuar përgjatë linjës atërore. Si rrjedhojë, jemi të nevojshëm për të përjetësuar familjen.

Gjithashtu, punimi ofron një sërë rekomandimesh që janë të lidhura ngushtë me nevojën për një koordinim rajonal, monitorim cilësor të tendencave dhe një analizim të mëtejshëm të faktorëve social dhe ekonomik dhe kushteve për sjelljen që çon në përzgjedhje në lindje.

*Fjalët kyçe: Shtatëzania, Rreziku, Lindja, Kujdesi, Fetusi*

## 5. SUMMARY

Recently in many societies having a child is regarded as an important determinant in a family's life. Consequently, the inability to bring about a child of any gender (male or female), puts the woman in constant pressure. This procedure, which is otherwise known as a "pressure cooker" with selection, is the practice of terminating high-risk pregnancy after the 12th of pregnancy.

In this context, based on the results of the study it is noted that the consequences of pregnancy include consequences on: the life and health of women; survivors of unwanted children; as well as in society. Conclusions of the study shoë that Kosovo is categorized in the profile of those countries where it has spread rapidly at a lower level of fertility. The country is characterized by a patriarchal family system, organized along the fatherly line. Consequently, we are needed to perpetuate the family.

In addition, the paper provides a set of recommendations that are closely related to the need for regional coordination, quality monitoring of trends and a further analysis of social and economic factors and conditions for conduct leading to selection at birth.

*Keywords: Pregnancy, Risk, - Birth, - Care, Fetus*

## 6. REFERENCAT

1. Abrams B, Altman SL, Pickett KE: Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr* 2000;71 (Suppl):1233S.
2. ACOG Committee Opinion No. 267: Exercise during pregnancy and the postpartum period. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002;99:171.
3. ACOG Committee Opinion No. 282: Immunization during pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 101:207.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists: Fetal macrosomia. ACOG Practice Bulletin No. 22, November 2000.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists: Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. ACOG Practice Bulletin No. 27, May 2001.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. ACOG Committee Opinion No. 234, May 2000.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists: Smoking cessation during pregnancy. ACOG Educational Bulletin No. 260, September 2000.
8. Centers for Disease Control and Prevention: HIV/AIDS update: A glance at the HIV epidemic. 2004.
9. Centers for Disease Control and Prevention: Update: Trends in fetal alcohol syndrome. United States, 1979–1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:13.
10. Koren G et al: Fetal alcohol spectrum disorder. *CMAJ* 2003;169:1181. [PMID: 14638655]

## 7. Biografi e shkurtër e kandidatës – cv (curriculum vitae)

<b>Informatat personale:</b>	
Emri dhe mbiemri	<b>Enkela Ukshini</b>
Ditëlindja	<b>13.07.1993</b>
Gjinia	<b>Femër</b>
<b>Të dhënat kontaktuese</b>	
Adresa	<b>Rr. “Enver Hoxha”</b>
Emaili	<a href="mailto:enkela.ukshini1@outlook.com"><u>enkela.ukshini1@outlook.com</u></a>
<b>Të dhënat e kualifikimit</b>	
	<b>Shkolla e mesme “Hysni Zajmi” Gjakovë</b> <b>Dega: Mjekësi e përgjithshme</b>
Universiteti	<b>Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë</b>
Fakulteti	<b>Fakulteti i Mjekësisë</b>
Programi	<b>Mami</b>
Statusi	<b>E rregullt</b>
Nr. ID	<b>140305002</b>