



**UNIVERSITETI GJAKOVË  
“FEHMI AGANI”  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
DREJTIMI: MAMI**

**PUNIM DIPLOME**

**TEMA: KOLESTAZA NË SHTATZËNI**

**Mentori:**

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

**Kandidati-ja**

*Rina Dreshaj*

Gjakovë, 2017

Punimi i temës së diplomës: “**KOLESTAZA NË SHTATZËNI**”, i kandidates: *Rina Dreshaj*, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

**MENTOR I PUNIMIT:**

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

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

Punimi përmban: 34 faqe

2 tabelë

6 figura

## DEKLARATA E KANDIDATES

Unë, **Rina Dreshaj**, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**Kolestaza në shtatzëni**”, është punim i im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

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

## FALËNDERIMET

Fillimisht dua të falenderoj personat më të afërt për mua, familjen time që me mirëkuptimin e tyre më kanë ndihmuar në realizimin e këtij punimi.

Mirënjohje dhe falenderim te vecantë për udhëheqësin e temës *Prof.Ass.*

*Selami Sylejmani* i cili me kontributin , profesionalizmin dhe përkushtimin e tij më ka dhënë të gjithë suportin e nevojshëm për përfundimin e këtij punimi.

## PËRMBAJTJA

1. Hyrje-----	6
1.1.Definicioni-----	7
1.2.Etiologjia dhe epidemiologjia-----	7
1.3.Shfaqjet klinike-----	8
1.4.Diagnoza-----	9
1.5.Parashikimi i rezultatit të fetusit-----	10
1.6.Rezultati i fetusit-----	10
1.7.Monitorimi i shtatzënis-----	10
1.8.Trajtim-----	11
1.9.Lindja e fëmiut-----	11
1.10. Kujdesi shëndetësor-----	12
2. Qëllimi i punimit-----	13
3. Paraqitja e kujdesit nga mamia-----	14
3.1.Roli i mamisë në kujdesin shëndetësor parësor-----	14
3.2.Roli i mamive në kujdesin shëndetësor sekondar dhe terciar-----	16
3.3.Plani i kujdesit shëndetësor për gratë shtatzëna me kolestazë-----	17
3.3.1. Diagnozat fillestare në gratë shtatzëna me kolestazë---	18
3.3.2. Ndërhyrjet paraprake-----	18
3.3.3. Një dietë e mundshme në fshikëzën e tëmthit-----	19
4. Diskutimi-----	21
5. Përfundimi-----	23
6. Rezyme-----	24
7. Summary-----	25
8. Literatura-----	26
9. Shtojcë-----	27
10. Biografia-----	33

## 1. HYRJE

Sëmundjet e mëlçisë që ndodhin gjatë shtatzënisë mund të shkaktohen nga shtatzënia ose ndodhin si pasojë e mëlçisë së sëmurë para shtatzënisë. Numri më i madh i sëmundjeve të mëlçisë ndodhin në fundin e muajit të dytë ose të tretë të shtatzënisë. Rrjedha e gjakut përmes mëlçisë është normale dhe madhësia e mëlçisë nuk ndryshon gjatë shtatzënisë. Për shkak të vëllimit të rritur të gjakut, hematokriti, urea, albumina dhe nivelet totale të proteinave janë zvogëluar. Enzimat e mëlçisë aspartataminotransferazë (AST), aminotransferaza alanine (ALT), gamaglutamil transferaza (GGT), dehidrogjeneza laktate (LDH) dhe bilirubina mbeten të njëjta ose janë rreth 20% më të ulëta se vlerat normale dhe fosfata alkaline (ALP) rritet deri në tre herë më shumë se që është normale për shkak të funksionit të placentës. Kolesterolit dhe trigliceridet rriten në shtatzëninë normale dhe pas lindjes ato kthehen në vlerat normale.

**Tabela 1.** *Funksioni i mëlçisë dhe shtatzënia*

	<b>JASHTA SHATZËNISË</b>	<b>NË SHATZËNI</b>
<b>Bilirubina</b>	<i>2-17 mmol/L</i>	<i>nuk ndryshon</i>
<b>Transaminazave</b>	<i>7-40 IJ/L</i>	<i>nuk ndryshon</i>
<b>Koha në protrombinë</b>	<i>12-14 s</i>	<i>nuk ndryshon</i>
<b>Proteina totale</b>	<i>65-80 g/L</i>	<i>e reduktuar</i>
<b>Albuminat</b>	<i>35-55 g/L</i>	<i>e reduktuar</i>
<b>Globulinat</b>	<i>30-50 g/L</i>	<i>e rritur</i>
<b>Fibrinogjeni</b>	<i>2-4 g/L</i>	<i>e rritur</i>
<b>Kolesteroli</b>	<i>4-6,5mmol/L</i>	<i>e rritur</i>
<b>Trigliceridet</b>	<i>1,5 mmol/L</i>	<i>e rritur</i>
<b>Fosfataze alkaline</b>	<i>30-130 IJ/L</i>	<i>e rritur</i>

Shtatzënia dhe lindja janë procese natyrore që në rreth 80% të rasteve shkojnë pa probleme, dhe pjesa tjetër me komplikime. Shtatzënia e rrezikshme është ajo në të cilën ekzistojnë rrethana që shqetësojnë natyrën e saj. Në shtatzëni të rrezikshme, pritet një shans më i madh i komplikimeve serioze, dhe kjo shtatzëni kërkon një regjim të veçantë të kontrollit obstetrik, duke marrë parasysh frekuencën, hapësirën dhe specifikat e kërkimit në shtatzëni.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Prodan M, Brnčić-Fischer A, Finderle A, Petrović O. Klinički značaj i nadzor visokorizičnih trudnoća. *Medicina* 2005; 42: 37-48.

Çdo shtatzëni e komplikuar nga kolestaza konsiderohet të jetë shtatzëni e rrezikshme, sepse ajo shoqërohet me një incidencë më të lartë të lindjes së parakohshme, shqetësim fetal (shënim CTG që tregojnë vuajtjet e mundshme fetale), vdekjen dhe rritjen e preferencës për gjakderdhje në lindjen e tretë ose katërt. Këto gra shtatzëna duhet te trajtohen , të kryhet një anamnezë e plotë, të bëjë një ekzaminim fizik, të kontrollojë nëse ajo po merr ndonjë ilaç apo është ekspozuar ndaj helmevedhe përtë përcaktuar kohëzgjatjen e shtatzënisë. Duhet të kryhen teste laboratorike duke përfshirë zbulimet e plota të testeve të gjakut, testet e funksioneve të mëlçisë, koagulimin e gjakut, ure, kreatininën, uratin dhe analizën e urinës biokimike.

### ***1.1. Definicioni***

Kolestaza intrahepatike është një mosfunksionim i mëlçisë në shtatzëni. Sindromi i kolestazës intrahepatike në shtatzëni u përshkrua për herë të parë në shekullin e 19-të.<sup>2</sup> I pari Alfeld në vitin 1883 përshkroi si kruarje dhe verdhëz në tremujorin e fundit të shtatzënisë që u zhduk pas lindjes. Quajtur edhe cholestasis obstetrik, verdhëz e përsëritur, kruarje, verdhëz dhe verdhëz idiopatike në shtatzëni.<sup>3</sup> Disa autorë e kanë përshkruar atë edhe në fillim të shtatzënisë, nga 6 deri në 10 javë, kryesisht në shtatzënitë me shumë faza.<sup>4</sup> Kjo është më e zakonshme në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzënisë dhe simptomat zhduken spontanisht gjatë fazes së lehonisë, më së shpeshti në dy ose tre javët e para, pas lindjes. Testet laboratorike për të provuar kolestazën, janë të ngritura amino-transferaza dhe bilirubina, dhe nivelin e kripërave biliare ne serum.<sup>5</sup>

### ***1.2. Etiologjia dhe epidemiologjia***

Etiologjia e kolestazës intrahepatike, gjatë shtatzënisë është ende e paqartë. Frekuencat variojnë nga 1-2 deri në 1000 shtatzëni dhe është më e zakonshme në shtatzënitë të shumta (multiple) dhe në gratë me sëmundje të paracaktuara të mëlçisë. Ka shumë teori që lidhen me çrregullimet hormonale të dëmtuara nga hormonet, kryesisht estrogjeni dhe progesteroni, si dhe mutacionet gjenetike. Shumë studime kanë ardhur në të njëjtin përfundim se mutacioni i gjenit, është përgjegjës për mosfunksionimin e membranës dhe hepatocitet e mëlçisë.

---

<sup>2</sup>Dražančić A i sur. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1999.

<sup>3</sup>Pusl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

<sup>4</sup>Po aty.

<sup>5</sup>Mays K. J. The active managment if intrahepatic cholestasis of pregnancy. Current opinion in opstetrics and gynecology, 2010; 100, 101-102.

Këto ndryshime ndikojnë në rrjedhën e biles përmes sistemit të kanalit biljar që rezultojnë në ndërprerje dhe në rritje të vlerave laboratorike në serum të shtatzënës.<sup>6</sup>

Duke marrë parasysh rezultatet e shumë studimeve, mund të konkludohet se gratë e tilla janë të ndjeshme ndaj shkakut hormonal dhe mjedisor. Një përfundim i tillë mund të shpjegojë incidencën më të lartë të kolestazës në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzënisë, kur vlerat e estrogenit dhe progesteronit janë të larta, si dhe shfaqja e shtatzënisë së shumëfishtë.<sup>7</sup>

Pjesa e popullsisë në vendet ku prevalenca varet gjithashtu nga pozicionet gjeografike, me një prevalencë më të lartë kjo gjendet në vendet skandinave dhe në Amerikën e Jugut. Norma më e lartë u regjistrua në Bolivi dhe Kili, veçanërisht në Araucanos të Indisë ku incidenca e kolestazës në shtatzëni ishte 28% dhe në Aymara e indianëve 14%.<sup>8</sup>

### ***1.3. Shfaqjet klinike***

Kruarja është një simptomë klinike e kolestazës intrahepatike në shtatzëni. Forca shëruese ndryshon për disa gra shtatzëna, kështu që mund të jetë e butë ose e theksuar në atë masë sa e zvogëlon në masë të madhe cilësinë e jetës. Kjo më së shumti shprehet natën nga këmbët dhe pëllëmbët. Qafa është proporcionale me vlerat e acideve biliare.<sup>9</sup>

Verdhëzja klinike është e rrallë dhe ndodh në afërsisht 10 deri në 15% të shtatzënive kolestatike dhe nëse shfaqet, është e butë me nivele të bilirubinës që rrallë tejkalojnë 100  $\mu\text{mol} / \text{l}$ .<sup>10</sup>

Simptoma të tilla si anorexia, dobësia dhe dhimbja e barkut mund të ndodhin, edhe pse shumë rrallë. Në rastet më të rënda të kolestazës, mund të ndodhin nauze dhe sikle të gjatë në gjatë të djathtë. Gjithashtu një nga simptomat e pakta është vjellja, që është teorikisht e lidhur me një rrezik më të lartë të hemorragjisë postpartum. Stacioni çon në thithjen e yndyrës së reduktuar që rezultojnë në mungesë të vitaminës K dhe çrregullim konsekuent të mpiksjes së gjakut.

Kruajtjet e lëkurës janë shumë normale gjatë shtatzënisë duke qënë se fluksi i gjakut në shtresat e lëkurës rritet ndjeshëm, por jo vetëm pasi një situatë të tillë e shkakton edhe tërheqja e lëkurës si pasojë e hapjes që ajo pëson. Kjo kruajje është e ndryshme nga ajo që

---

<sup>6</sup>Mays K. J. The active management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Current opinion in obstetrics and gynecology, 2010; 100, 101-102.

<sup>7</sup>Pusl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

<sup>8</sup>Pusl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

<sup>9</sup>Geens V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. World Journal of Gastroenterology. 2009;2050-2051; 2058-2060.

<sup>10</sup>Geens V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. World Journal of Gastroenterology. 2009;2050-2051; 2058-2060.



shkakton kolestaza obstetrike, të cilat në këtë rast do të jenë shumë intensive dhe zakonisht fillojnë në javën 25-28 të shtatëzënisë. Situata mund të përkeqësohet kryesisht gjatë natës, duke prekur më shumë krahët, këmbët, dhe pëllëmbët e duarve, pa harruar të përmendim se në disa raste mund të shfaqen kruarje intensive edhe në fytyrë, në gjoks dhe në pjesën e pasme të trupit. Shpesh gruaja mund të paraqitet me dëmtime dhe gërvishtje në lëkurë si pasojë e kruarjeve të saj, të cilat mund të komplikohen duke u prekur nga infeksione bakteriale. Si pasojë e kruarjes intensive edhe thonjtë e gruas mund të paraqiten të shndritshme dhe të lëmuara. Simptomat mund të jenë prezente për disa ditë ose disa javë dhe në këtë rast duhet bërë një test që bën diagnostifikimin e mosfunksionimit korrekt ose jo të mëlçisë. Situata shpesh zgjidhet pas lindjes.

#### **1.4.Diagnoza**

Çdo grua shtatzënë e që i paraqitet kruarja, duhet konsultohet me mjekun dhe kjo gjendje është e dyshimtë për kolestazën. Dyshimi konfirmohet nga testet laboratorike të funksionit të mëlçisë, nivelit të acidit biliar dhe bilirubinës në gjak. Niveli i acideve biliare mund të rritet edhe nëse testet e funksionit të mëlçisë janë të pastërta. Është gjithashtu e dëshirueshme për të bërë ultratinguj të mëlçisë, dhe teste serologjike për cytomegalovirus dhe Epstein-Barr virus, dhe shënuesve të hepatitit. Diagnoza përfundimtare bazohet në vlerat e ngritura të acideve biliare, natyrisht duke përjashtuar shkaqet e tjera të kruarjes dhe funksionimin jofunksional të mëlçisë.<sup>11</sup> Shkaqet që e shkaktojnë këtë problem mendohet se janë hormonet e nënës të cilët ndikojnë edhe në aftësinë e mëlçisë për të transportuar disa substanca të caktuara kimike si për shembull bilën. Këto substanca kimike akumulohen në gjak duke shkaktuar stimulimin e nervave që ndodhen poshtë lëkurës, gjendje e cila shkakton kruarje të mëdha tek gruaja. Diagnoza diferenciale përfshin sëmundjet e lëkurës, reaksionet alergjike, kruarje në lidhje me abdomenin, preeklampsia, sindromën HELLP (sëmundje multisistemike të karakterizuara nga hemoliza, enzima të mëlçisë të ngritura dhe trombocitet të ulëta), hepatiti viral, kolekokititi, sëmundje kronike të mëlçisë dhe çrregullime hematologjike të tilla si Limfoma e Hodginit dhe polycythaemiae rubra vera.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup>Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Guideline No. 46. 2006; 2-5.

<sup>12</sup>Puul T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

### ***1.5.Parashikimi i rezultatit të fetusit***

Parashikimi i nënës është i mirë atëherë kur edhe simptomat tërhiqen spontanisht pas lindjes.Nëse simptomat vazhdojnë edhe pas lindjes, duhet të merren parasysh sëmundje të tjera të mëlçisë, të tilla si cirroza bilirale primare, kolangiti primar sklerozues ose hepatiti C kronik që mund të shoqërohet me zhvillimin e kruarjes në shtatzëninë e vonshme.Mundësia e përsëritjes së kolestazës në shtatzëninë e ardhshme është 45-70%, dhe ashpërsia e simptomave ndryshon nga rasti në rast.<sup>13</sup>

### ***1.6.Rezultati i fetusit***

Ka ende një efekt të paqartë të kolestazes në shëndetin e një fëmije, kështu që studimet vijnë në përfundime të ndryshme.Shumica e studimeve megjithatë tregojnë se rritja e rrezikut për lindje të parakohshme (60%), komat në lëngun amniotik (deri në 27%), bradikardia fetale (deri në 14%), ankthi (deri në 41%) dhe vdekja (nga 0.4-4 , 1%), sidomos kur lidhet me rritjen e shpejtë të acideve biliare në serum.<sup>14</sup>

Vdekja perinatale shoqërohet me anoksinë vdekjeprurëse akute dhe gjakderdhje petekiale në pleurë, perikardi dhe vjellje.Arsyeja për këtë është ndoshta toksiciteti i acideve biliare dhe metabolitëve të saj. Është gjetur se pasonija mekonija rritet me një nivel më të lartë të acideve biliare në serum të nënave.Ky fenomen shkaktohet nga efekti laksativ i kripërave biliare që promovon aktivitetin e zorrëve fetale, duke rezultuar në kalimin e mekonit.<sup>15</sup>

### ***1.7.Monitorimi i shtatzënisë***

Në klinikat tona të lindjes, praktika është që menjëherë të shtrihet në spital gruaja shtatzënë për qëllim të mbikëqyrjes së përhershme deri në lindje.Mbikëqyrja e statusit të fetusit dhe trajtimi i shtatzënave kolestatike, përfshin metodat vijuese të monitorimit, sipas skemës:

- acidet biliare, aminotransferasat dhe bilirubina një herë në javë,

---

<sup>13</sup>Mays K. J. The active management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. Current opinion in obstetrics and gynecology, 2010; 100, 101-102.

<sup>14</sup>Lee RH, Kwok KM, Ingles S, Wilson ML, Mullin P. Pregnancy outcomes during an era of aggressive management for intrahepatic cholestasis of pregnancy. American Journal of Perinatology 2008; 25: 341-5. 9. Zecca E, De Luca D, Marra M, Caruso A, Bernardini T. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy and Neonatal Respiratory Distress Syndrome. Pediatrics; 2006; 117: 1669-1671.

<sup>15</sup>Pusl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

- Monitorimi i gjendjes fetale me anë të metodës së monitorimit:
  - kardiogram çdo ditë
  - ultratinguj dhe ngjyrosje dy herë në javë
- Terapi të medikamenteve për të lehtësuar simptomat kolesterase
- Rekomandimet dietike në formën e një fshikëze të tëmthit.

Megjithëse lëngu i butë në amniotik, paraqitet në literaturën botërore si një rrezik potencial për fëmijën, amniocenteza e vonuar përdoret rrallë në pacientë, madje edhe për të vlerësuar pjekurinë e mushkërive të fetusit.<sup>16</sup>

Monitorimi është i rëndësishëm në vlerësimin e rrezikut të punës së parakohshme për rrezikun e vdekjes së fetusit, të papritur në mitër. Duhet t'i kushtohet gjithashtu vëmendje faktit se induksioni i punës lidhet me ndërlikime më të shpeshta siç është përfundimi operacional i shtatzënisë kundrejt ofrimit të vaginës.<sup>17</sup>

### ***1.8.Trajtim***

Qëllimi kryesor i trajtimit është lehtësimi i simptomave të nënës dhe përmirësimi i rezultatit fetal, përkatësisht ulja e niveleve të acidit bilial në serum të nënës.<sup>18</sup> Terapia më efektive konsiderohet përdorimi oral i acidit ursodeoxycholic me absorbimin e reduktuar të vitaminës K dhe kortikosteroid (dexamethasone) që normalizojnë parametrat biokimik të funksionit të mëlçisë, zvogëlojnë kuarjen dhe përshpejtojnë në mënyrë të favorshme maturimin e mushkërive të fetusit. Në të kaluarën, kolestyramina është përdorur për të trajtuar këtë gjendje, por është treguar se kolestyramina nuk është aq efektive sa trajtimet e tjera dhe potencialisht ka efekte anësore të tilla si bllokimi i resorbimit të vitaminës K. Aplikimi topik i agjentëve të efektit të ftohjes, bazuar në mentol dhe aloe vera, gjithashtu lehtëson dukshëm kuarjen. Megjithatë e vetmja mënyrë për tu kuruar, deri më sot, është lindja e fëmijës.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup>Bokić S, Komadina Z, Ivanišević M i sur. Intrahepatička kolestaza u trudnoći. XIX.perinatalni dani: knjiga predavanja i sažetaka/Đelmiš J. Pfeifer D. Zagreb 2002.

<sup>17</sup>Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Guideline No. 46. 2006; 2-5.

<sup>18</sup>Puśl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

<sup>19</sup>Geens V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. World Journal of Gastroenterology. 2009;2050-2051; 2058-2060.

### **1.9.Lindja e fëmiut**

Çdo shtatzënime kolestazi, rekomandohet të përfundojë në javën e 37-38 të shtatzënisë.<sup>20</sup>Induksioni i 36 javëve të lindjes ose më herët duhet të merret parasysh në rastet më të rënda të kolestazës dhe kur paraqitet dyshimi për shqetësimin e fetusit.Mungesa e induksionit të lindjes është një incidencë më e madhe e kryerjes së lindjes me rrugë operative.Në udhëzimet për Shoqatën e Obstetërve të Kombeve të Bashkuara për vitin 2006, thuhet: Nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të mbështetur ose mohuar në praktikën popullore të induksionit “të hershëm”(shtatzëninë në javën 37-të) të punës me qëllim reduktimin e vdekshmërisë së vonshme intrauterine.Koha dhe rreziku i lindjes duhet të diskutohet në baza individuale.<sup>21</sup>Një nga rreziqet që ky problem shkakton tek fëmija është lindja parakohe, vuajtje fetale gjatë lindjes dhe një rrezik i vogël për të lindur një fëmijë pa jetë.Nëse mendoni se keni një nga simptomat e kolestazës obstetike, duhet të kontaktoni në mënyrë të menjëhershme me mjekun tuaj gjinekolog, i cili do t’ju udhëzojë të bëni një analizë gjaku me anën e së cilës do të shikojë nëse mëlçia po kryen funksionin e saj në mënyrën e duhur. Kjo do të bëhet nga matja e sasisë së kripërave të bilës në gjak. Gjithashtu mund të jetë e nevojshme edhe një ekografi, me anën e së cilës do të bëhet i mundur diagnostifikimi i ndonjë problemi tjetër në mëlçi, duke vëzhguar edhe gjendjen e fëmijës.

### **1.10. Kujdesi shëndetësor**

Kujdesi shëndetësor ndaj shtatzënës me kolestazë, kryhet përmes nivelit primar, sekondar dhe terciar të kujdesit shëndetësor.Ajo fillon me ardhjen e një gruaje shtatzënë në një klinikë ambulatore kur shfaqen simptomat e para të kolestazës dhe vazhdon me trajtim të plotë diagnostikues me anë të specialistit-konsulent.Në rastin e konfirmimit të kolestazës, gruaje shtatzënë shtrohet në spital për mbikëqyrje të përhershme deri në lindje. Pas lindjes, kujdesi për fëmijën merret nga një neonatolog.Kujdesi primar shëndetësor është një rol i rëndësishëm për mamitë në njohjen në kohë të shtatzënisë së rrezikshme dhe sigurimin e informacionit të nevojshëm.Kujdesi më i plotë shëndetësor gjendet në departamentin klinik.Kujdesi shëndetësor është i përshtatur për nevojat specifike të grave shtatzëna me kolestazë. Ajo kërkon njohuri dhe kuptim të sëmundjeve, komplikimeve dhe vështirësive.Kujdesi specifik i

---

<sup>20</sup>Zecca E, De Luca D, Marra M, Caruso A, Bernardini T. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy and Neonatal Respiratory Distress Syndrome. Pediatrics; 2006; 117: 1669-1671.

<sup>21</sup>Kondrackiene J, Beuers U, Zalinkevicius R, Tauschel HD, Gintautas V, Kupcinskas L. Predictors of premature delivery in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. World J Gastroenterol 2007; 13: 6226-6230.

mamive në gratë shtatzëna me kolestazë synon zbutjen dhe zgjidhjen e problemit dhe është baza për arritjen e qëllimit, zbutjen e simptomave dhe lindjen e porsalindurit të gjallë, dhe të shëndetshëm. Sigurisht, rëndësia e trajtimit plotësues dhe kujdesit shëndetësor duhet të theksohet. Mamia është një anëtar i pavarur i ekipit shëndetësor, ka një fushë të punës së saj , por bashkëpunimi me anëtarët e tjerë të ekipit është i domosdoshëm.

## 2. QELLIMI I PUNIMIT

Qellimi i punimit është:

- Të paraqesim definicionin e kolestazës në shtatzëni
- Manifestimin klinik të sëmundjes
- Vënia e diagnozës dhe prognoza e sëmundjes
- Mbikëqyrja – kujdesi dhe mjekimi
- Marrëdhëniet në mes të mjekësisë dhe kujdesit shëndetësor
- Përkujdesje gjithëpërfshirëse ndaj shtatzënës me kolestazë
- Specifikat e kujdesit shëndetësor të shtatzënës me kolestazë

### **3. PARAQITJA E KUJDESIT NGA MAMIA**

Mbrojtja perinatale mbulon periudhën gjatë shtatzënisë, paralindjes dhe 7 ditë pas lindjes, dhe është e ndarë në mbrojtje antenatale, intrapartale dhe neonatale. Përveç kontrolleve të rregullta, kryhet edhe përgatitje psikike gjatë shtatzënisë. Gratë shtatzëna duhet të njihen me njohuritë themelore rreth fiziologjisë së shtatzënisë dhe periudhës së lindjes, si dhe komplikimeve potenciale të shtatzënisë. Në kujdesin perinatal, gjëja më e rëndësishme është të ofrojë ndihmë profesionale, komunikim të mirë me maternitetin dhe besimin reciprok. Konceptimi dhe mbrojtja antenatale mbulon periudhën nga periudhat e para të shtatzënisë e deri në lindjen e fëmijës. Qëllimi i mbrojtjes antenatale është që të përfshijë të gjitha gratë shtatzëna me një numër të mjaftueshëm ekzaminimesh cilësore. Ajo kryhet në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor. Mbrojtja intrapartale mbulon periudhën gjatë lindjes.

Mbrojtja neonatale është një periudhë e lehonisë, krijohet laktacioni dhe fillon procesi i involucionit të mitrës dhe i tërë organizmi është rikthyer në gjendjen e tij origjinale.

#### ***3.1. Roli i mamisë në kujdesin shëndetësor parësor***

Mbrojtja antenatale në nivelin primar kryhet në klinikat ambulatorë gjinekologjike dhe duke vepruar si shërbim i klientëve. Suksesi varet nga ndërgjegjësimi i popullatës dhe nga mundësitë e kujdesit shëndetësor. Edukimi shëndetësor është me rëndësi vendimtare dhe kjo çështje e veçantë duhet të jetë e një rëndësie të veçantë. Është e rëndësishme t'i referohet gruas me një provim sapo dyshon për shtatzëni. Pamja e parë është e rëndësishme sepse varet nga të gjitha planet për kontroll të mëtejshëm të gruas shtatzënë. Në këtë periudhë, do të ishte e dobishme për të ndihmuar me ndonjë fletëpalosje apo broshura.<sup>22</sup>

Roli i mamisë është shumë i rëndësishëm. Për fat të keq, në rastin tonë, puna e mamisë reduktohet vetëm në përgatitjen e gruas shtatzënë për ekzaminim. Anamneza dhe ekzaminimi fizik janë themeli i grave shtatzëna. Duke marrë të dhënat personale dhe historin, merren të dhënat për gjendjen shëndetësore të grave, sëmundjet e fituara ose ato ekzistuese, gjendja e tyre familjare, sociale dhe ekonomike. Të dhënat e lartpërmendura do të përqëndrohen në testet e mëtejshme laboratorike, me qëllim të arritjes së diagnozës së saktë, e cila është gjithmonë një parakusht për trajtimin e duhur. Anamneza mund të ndahet në familje,

---

<sup>22</sup>Franičević J. Nadzor u trudnoći u Juretić M, Balarin L. i sur. Pedijatrija za više medicinske setre. Klinička bolnica Split, Split, 1995.

personale dhe riprodhuese. Kur merr informacionin e mamia, si dhe një mjek, ajo duhet të fitojë besimin e një gruaje shtatzënë. Anamneza nuk duhet të duket si një marrje në pyetje, por një bisedë e qetë dhe e relaksuar, pa marrë parasysh qëllimin e punës dhe nxitimin e punës së përditshme. Është e rëndësishme që kontakti me gruan shtatzënë të jetë në një atmosferë të këndshme, e cila nuk është e vështirë për t'u arritur, sepse gruaje shtatzënë është më së shumti e motivuar për të marrë udhëzimet e nevojshme. Informacioni që mamia dëshiron të marrë është informacion i rëndësishëm për kushtet e jetesës familjare, siç janë kushtet ekonomike dhe të strehimit me një fjalë, marrëdhëniet familjare. Pjesa tjetër e informacionit i referohet dietës së grave shtatzëna, higjenes personale dhe mjedisit, si dhe mënyrës së jetesës, veçanërisht nëse ekspozohet ndaj përpjekjeve të tepërta fizike. Para çdo ekzaminimi, gruaje shtatzënë mat presionin e gjakut dhe masën e trupit, dhe kontrollon albuminen e urinës. Përgatitet për një ekzaminim gjinekologjik dhe ultratinguj, dhe është e motivuar për të kryer teste të tjera të përshkruara nga mjeku. Të gjitha vlerat e fituara futen në broshurën dhe kartolinën e shtatzënisë. Rekomandohet që gratë shtatzëna gjatë shtatzënisë normale të kontrollohen sipas orarit të mëposhtëm: në javën 8, pastaj në 12, 16, 20, 24, 28, 32, 35, 37 dhe 39 javë të shtatzënisë.<sup>23</sup>

Kur mami merr një pasqyrë të plotë në gjendjen dhe rrethanat e gruas shtatzënë, ajo mund të japë udhëzimet e nevojshme për kujdesin shëndetësor. Mamia përpriqet për gratë shtatzëna, për të vepruar qetësisht, të kontaktoni në mënyrë reciproke duke rezultuar në besim, në vlersimin se cila pjesë e udhëzimit është më e rëndësishme, sepse shumë informacion dhe udhëzime në një bisedë nuk do të kenë efekt të plotë. Prandaj, bashkëpunimi i vazhdueshëm i mamive nga Klinika Gjinekologjike me vizitor shëndetësor është shumë e rëndësishme, jo vetëm në aspektin e komunikimit, por edhe në ndikimin e përbashkët të faktorëve negative apo në qëndrime. Një infermiere në kujdesin shëndetësor të një gruaje shtatzënë mund të veprojë vetëm nëse puna e saj fillon tashmë në bashkëpunim me një ekip profesional nga një klinikë ambulatorie gjinekologjike. Nga njëra anë, infermierja merr udhëzime nga ambulanta dhe nga ana tjetra jepë informatat kthye në lidhje me semundjet në familje, kushtet socio-ekonomike, si dhe sjelljen dhe reagimet e familjes. Gjendja e sotme është e tillë që infermieret vizitojnë gratë shtatzëna vetëm 30%, ndërsa mamia vizitonë 95%. Sipas informatave dhe përvojës së disponueshme, praktikisht praktika e aplikimit të grave shtatzëna tek një infermiere nga klinikat gjinekologjike pothuajse është harruar.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup>Prodan M, Brnčić-Fischer A, Finderle A, Petrović O. Klinički značaj i nadzor visokorizičnih trudnoća. *Medicina* 2005; 42: 37-48.

<sup>24</sup>Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1994.



### **3.2. Roli i mamive në kujdesin shëndetësor sekondar dhe terciar**

Mamia është pjesë e një ekipi ku mjeku dhe motra medicinale, plotësojnë njëri-tjetrin në krijimin, marrëdhëniet ndërpersonale me një pacient i cili do të jetë i motivuar për të marrë rregullisht shërbimet shëndetësore, për të bashkëpunuar në monitorimin dhe trajtimin e sëmundjes dhe për t'iu përmbajtur udhëzimeve dhe këshillave shëndetësore. Është e rëndësishme të theksohet se komunikimi i mirë brenda ekipit është jashtëzakonisht i rëndësishëm, si dhe puna e mirë në ekip dhe bashkërendimi i ekipit. Mamia është personi nga i cili ndërhyrjet ti besohet. Duke ditur se sa e rëndësishme është t'i përmbahen këshillave dhe udhëzimeve të ofruara, pas diagnozës dhe terapisë së grave shtatzëna, mami mund të shpjegojë më së miri se si të ndërmarrë trajtimin dhe terapine përshkruar, duke marrë parasysh aftësinë për të komunikuar (gjuhën, personat me aftësi të kufizuara, dëmtim fizik, gjendje fizike). Për komunikim të suksesshëm nevojiten motivime reciproke, hapje dhe ndershmëri, respekt reciprok dhe besim. Gratë shtatzëna duhet të trajtohen kështu lloji, me respekt. Kini kohë të mjaftueshme, kushtojini vëmendje, flisni në një gjuhë të kuptueshme. Është e rëndësishme që mjeku dhe mamia të bien dakord dhe se gratë shtatzëna nuk japin njoftim tjetër. Pacientët shpesh deklarojnë se kanë marrë pak informacion rreth sëmundjes së tyre, se janë të pakuptueshme dhe të paqarta, se problemet e tyre nuk kuptohen seriozisht dhe se komunikojnë me një fjalim të paprekshëm. Pacienti vëren se si ai u prit dhe u përshëndet nga personeli mjekësor. Një shfaqje e dashur është shumë e rëndësishme në procesin e shërimit, si dhe medikamentet dhe ndërhyrjet e nevojshme. Ndonjëherë, për shkak të mungesës së kohës, për një numër të vogël punonjësish, në kushte të këqija të hapësirës dhe pajisjeve, me një numër të madh të pacientëve dhe ngarkesën e punës, nuk mund të ofrojnë shërbime që profesionistët shëndetësor dëshirojnë t'u sigurojnë pacientëve dhe të cilët do të ishin të kënaqur plotësisht. Edukimi i grave shtatzëna me kolestazë është e rëndësishme se si me ndihmën e mamive mësohen për t'u marrë me problemet që shoqërojnë kolesterazën.<sup>25</sup>

Një mami duhet të jetë një person i plotë për të përmbushur kërkesat e larta në procesin e ndihmës dhe vendosjes së marrëdhënieve të mira ndërpersonale, që do të thotë se ajo duhet të respektojë personalitetin e saj, por që e ndjen atë edhe të pacientit. Marrëdhënia reciproke midis mavisë dhe gruas shtatzënë duhet të bazohet në besim, respekt, vlerësim, harmonizim dhe negociim. Një shembull duke treguar njohurinë e tij, pavarësinë, sigurinë dhe ndjenjën e

---

<sup>25</sup>Nichols A. Cholestasis of pregnancy. Perinat Neonat Nurs 2005; 19: 217-225.

ndarjes me ekipin, me individin dhe me mjedisin, krijon një atmosferë besimi. Me këtë qasje, gratë shtatzëna do të përfshihen në mënyrë aktive në procesin e mësimin, edukimit shëndetësor dhe vetë-aktivizimit në trajtim.

### ***3.3. Plani i kujdesit shëndetësor për gratë shtatzëna me kolestazë***

Të gjitha problemet që trajtojnë, mamit duhet të bashkohen dhe të bashkëpunojnë me pacientin dhe të përshtaten me nevojat dhe motivimin e saj dhe duhet të kryhen edhe në bashkëpunim me ekipin. Nëse ndërhyrjet parësore janë këshillimi dhe edukimi shëndetësor, atëherë ajo duhet të përshtatet me pacientin dhe nevojat e tij në mënyrë që arsimimi të jetë efektiv. Është e rëndësishme të merret parasysh se pacientët janë duke bërë aftësitë njohëse dhe mënyrën e të mësuarit që u jep atyre një përshtypje më efektive. Materiali i thjeshtë, atraktiv dhe i ilustruar që përmban njoftime kyçe do të kontribuojë shumë në edukimin e grave shtatzëna dhe familjes së saj. Procesi i kujdesit të mamive është një qasje logjike dhe sistematike për zgjidhjen e problemeve të pacientit, si në kujdesin parësor, ashtu edhe në atë sekondar dhe terciar. Individualisht kalojnë nëpër katër faza të procesit të kujdesit shëndetësor:

- Identifikimin e nevojave për kujdes shëndetësor,
- Planifikimi i kujdesit shëndetësor,
- Kryerja e kujdesit shëndetësor,
- Vlerësimi i bërë.

E gjithë kjo kërkon një mami të trajnuar dhe të arsimuar mirë, gati për të pranuar edhe për t'iu përgjigjur të gjitha sfidave në sigurimin e kujdesit shëndetësor më cilësor në çdo kohë.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup>Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1994.

**Tabela 2.***Një shembull i një plani të kujdesit shëndetësor.*

DIAGNOZAT E NDJESHME	OBJEKTIVI	INTERVENIMI/REAGIMI	VLERËSIMI
Pagjumësi dhe kruarje gjatë natës, manifestohet nga deklarata e pacientit se ndihet i lodhur dhe përgjumur.	Pacienti do të flejë të paktën tetë orë çdo natë dhe do të pushojë edhe gjatë gjithë kohës, dhe do të pushojësa gjendet gjatë shtrimit në spital.	- për t'i dhënë pacientit procedurat e zakonshme para gjumit; - për të lejuar atë në një dhomë të qetë dhe për t'ia lejuar mjetet e saj qetësuese (gazeta, libri); - rekomandoheni dushin (larjen e trupit) para gjumit; - të rekomandojë përdorimin e loshionit të trupit bimor para gjumit (për lyerje).	Qëllimi i arritur: Pacienti ka fjetur gjatë gjithë natës dhe ndihet i pushuar dhe i përgjumur.

### 3.3.1. *Diagnozat fillestare në gratë shtatzëna me kolestazë*

Diagnoza më të zakonshme janë:

- Pakënaqësi në / me mungesë njohurish rreth sëmundjes
- Diferenca në mungesën e njohurive të testeve diagnostifikuese
- Frikë në / me rezultatin e pasigurt të shtatzënisë
- Mungesa e njohurive mbi dietën e fshikëzës së tëmthit me mungesën e vetëdijes për rëndësinë e të ushqyerit dietik
- Pagjumësia në kruarjen gjatë natës
- Çrregullimi i integritetit të lëkurës duke ruajtur kripërat biliare në lëkurë.

### 3.3.2. *Ndërhyrjet paraprake*

Ndërhyrjet më të zakonshme janë:

- ✓ të fitojë besimin e pacientit,
- ✓ të organizojë një vend për të folur dhe këshilluar shtatëzënat,
- ✓ të ofrojnë kohë të mjaftueshme për të folur/biseduar me shtatëzënat,
- ✓ të sigurojë hapësirë për arsimimin dhe edukimin në kushte spitalore,
- ✓ të mësoni një grua shtatëzënë rreth sëmundjes,
- ✓ jepni material të shkruar për sëmundjen,
- ✓ mësojeni të njohin simptomat e kolestazës,
- ✓ shpjegoni veprimet asaj në testet diagnostike,
- ✓ të inkurajoni pacientin të verbalizojë ankthin,
- ✓ me sinqeritet dhe siguri i përgjigjeni pyetjeve të bëra,
- ✓ tregoni/informoni familjet rreth frikës së pacientit,
- ✓ të jetë i pranishëm burri gjatë bisedës,
- ✓ të sigurojë pacientin me mbështetje emocionale të familjes,
- ✓ nëse është e nevojshme, të sigurojë një bisedë me një psikolog ose një udhëheqës shpirtëror,
- ✓ edukimi i pacientit për rëndësinë e respektimit të të ushqyerit dietik,
- ✓ jepni udhëzime të duhura me shkrim mbi ushqimin e duhur dhe lëngun biliar,
- ✓ të shqyrtoni zakonet e të ushqyerit pediatrik,
- ✓ së bashku me pacientin, përgatisni një meny ushqimesh,
- ✓ për të inkurajuar disiplinë në zbatimin e masave ushqimore,
- ✓ për t'i dhënë pacientit procedurat e zakonshme para gjumit,
- ✓ të lejojë atë të qendrojë në një dhomë të qetë,
- ✓ për të siguruar atë me burime qetësuese (gazeta, libra),
- ✓ rekomandojeni dushin para gjumit,
- ✓ të rekomandojë përdorimin e loshionit të trupit bimor para gjumit,
- ✓ Shpesh vlerësoni gjendjen e lëkurës, veçanërisht në vendet e cënueshme,
- ✓ këshilloni marrjen e lëngut në sasi të lejuara,
- ✓ të rekomandojmë prerjen e thonjëve,
- ✓ rregulloni procedurat tek pacienti.

### 3.3.3. *Një dietë e mundshme përkolecistën - fshikëzën e tëmthit*

Dieta e duhur rekomandohet të konsumojë jo më shumë se 30% të yndyrës për konsum ditor kalori, por ekzistojnë një sërë sëmundjesh dhe kushtesh që janë të vështira për t'u toleruar dhe dietat me yndyrë të ulët duhet të përdoren. Për kolestatën, në shtatzëni rekomandohet një dietë me më pak yndyrë, sepse ndihmon në lehtësimin e simptomave. Reduktimi i marrjes së yndyrës së mëtejshme ul sasinë më të vogël të barkut dhe kështu zvogëlon kuarjen sepse acidet biliare nuk depozitohen në lëkurë.<sup>27</sup>

Dieta është e lehtë dhe lehtësisht e tretur, ajo përfundon deri në përmirësimin e gjendjes. Gratë shtatzëna duhet të plotësojnë nevojat ushqyese. Rekomandohet: mish të bardhë, pulë, peshk dhe gjeldeti. Frutat dhe perimet mund të hahen të freskëta ose të gatuar (ziera). Qumështi dhe produktet e qumështit nuk janë të ndaluara, por duhet të jenë me më pak yndyrë ose me përmbajtje minimale të yndyrës së qumështit (0.1-0.9%), ndërsa vezët duhet të shmangen. Gjithashtu duhet të shmangen sheqeri i rafinuar dhe ëmbëlsirat, si dhe kafeina dhe çokollata. Duhet të hahet më shpesh, por jo vetëm në një vakt e që duhet të mbipeshohet.

---

<sup>27</sup>Nichols A. Cholestasis of pregnancy. *Perinat Neonat Nurs* 2005; 19: 217-225.

#### 4. DISKUTIMI

Ideja fillestare e kësaj pune përfundimtare ishte të hetonte incidencën e kolestazës në shtatzëni dhe pastaj trajtimin në Shtetet e Bashkuara. Për këtë qëllim, i cili siguron informacione vlefshme dhe mbështetje për gratë shtatzëna që kanë ose dyshojnë se ato vuajnë nga kolestaza në shtatzëni. Hulumtimi i këtij lloji është një ide interesante, por për shkak të mungesës së të dhënave në këtë diskutim unë do të përvijoj vëzhgimet e mia dhe konkluzionet që kam dalë pas punës së grupit. Gjëja e parë që vura re, ishte se shfaqja e kolestazës është më e lartë se në Evropë, e cila është në përputhje me të dhënat e përmendura tashmë në këtë dokument. Të dhënat statistikore gjithashtu tregojnë morbiditet dhe vdekshmëri më të lartë të fëmijëve dhe grave shtatzëna. Konsideroj se dallimi është shkak i një funksionimi të ndryshëm të sistemit shëndetësor, ku çdo shtatzëni menaxhohet dhe kontrollohet nga një mjek i mjekësisë familjare, i cili nuk është referuar problemit të kolestazës. Një grua shtatzënë e dyshuar për kolestazi tregohet nga një perinatolog që e ndjek atë deri në lindje e fëmijës. Vetëm diagnostikimi nuk është shumë e ndryshme nga praktika në ne, me përjashtim të një testi laboratorik, i cili është acid total biliar në serum dhe gruas shtatzënë. Edhe pse kërkimi është i thjeshtë dhe i lirë, nuk është ekonomikisht i zbatueshëm në klinikat tona të lindjes për shkak të fenomeneve të vogla të kolestazës në zonën tonë. Kursi i mëtejshëm i punës, që është, induksioni i punës nuk është ndryshe nga praktika jonë, me përjashtim të induksionit me kateterin Folley. Cilado qoftë ndryshimi në trajtimin e shtatzënisë kolestatike të konfirmuar është shumë e vogël, megjithatë, është një ndryshim i madh në rezultatin e fetusit. A është një fenomen më i madh ku statistikisht flitet, a ka një numër më të lartë të rezultateve më të këqija të fetusit apo sistemeve të ndryshme shëndetësore të organizuara? Unë nuk gjeta përgjigjen për këtë pyetje për shkak të paqartësisë dhe pakompletetit të informacionit që ofron grupi. Për këto arsye, në Shtetet e Bashkuara, vëmendje e madhe i kushtohet edukimit dhe ndërgjegjësimit të grave shtatzëna për ekzistencën dhe njohjen në kohë të kolestazës në shtatzëni. Është interesante që 5 qersori është shpallur dita e ndërgjegjësimit për kolestazën intrahepatike në shtatzëni. Në atë ditë për gratë shtatzëna organizohen leksione dhe seminare të shumta për qëllime arsimore.

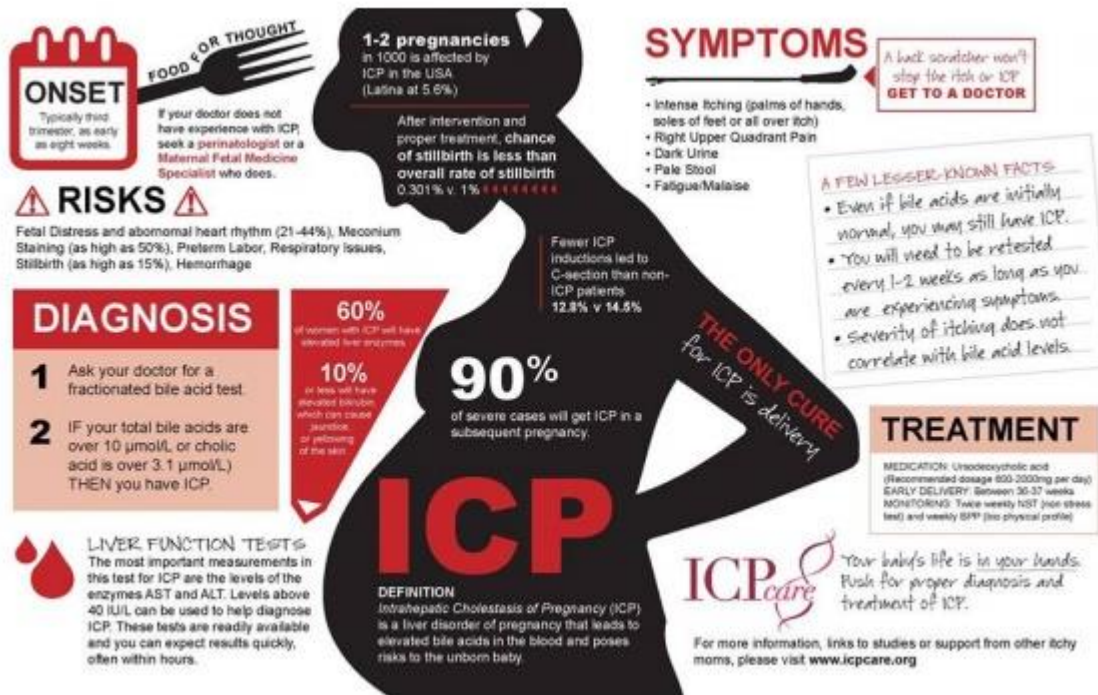


Figura 1. Fletëpalosja e kujdesit të IÇP-së<sup>28</sup>

Mund të konkludohet se është shumë e rëndësishme të edukohet një grua shtatzënë e cila ka një histori të diagnostikimit të kolestazës, procedurave diagnostikuese, trajtimit dhe lindjes. Një mami duhet të trajnohet që të jetë në gjendje të identifikojë dhe t'i përgjigjet simptomave të sëmundjes në kohën e duhur dhe t'i përgjigjet të gjitha çështjeve të shtatzënisë. Detyrimet e mamive janë trajnimi i rregullt dhe i përhershëm profesional, përvetësimi i njohurive dhe aftësive të reja dhe ruajtja e sekretit profesional. Angazhimi i Mamisë për të siguruar kujdesin shëndetësor, duke respektuar parimet morale dhe etike të kujdesit shëndetësor, nuk është kurrë një çështje e jetës dhe e shëndetit të njeriut.

<sup>28</sup> [www.icpcare.org](http://www.icpcare.org)

## 5. PËRFUNDIM

Kolestaza intrahepatike në shtatzëni është një sëmundje që është shumë pak e njohur. Duke pasur parasysh këtë gjendje duhet të veprojë në drejtim të identifikimit të hershëm të sëmundjes dhe zbutjen e simptomave. Për ta bërë këtë, është shumë e rëndësishme që një ekip shëndetësor, një mjek dhe një mami të edukohet për faktet e njohura për sëmundjen e lartpërmendur. Është e rëndësishme të theksohet se nuk ka protokoll të përcaktuar për trajtimin e sëmundjes, prandaj është e rëndësishme që gruaja shtatzënë të njihet me gjendjen e saj për të marrë vendimin më të mirë për vetën dhe fëmijën e saj. Mamia është e para që vjen në kontakt me gruan shtatzënë dhe është me rëndësi të madhe për të vendosur komunikimin që është i hapur dhe i sinqertë. Është shumë e rëndësishme që gruaja shtatzënë të ndjej besimin në atë marrëdhënie dhe të ndihet e qetë sa të bëjë pyetje rreth gjendjes së saj. Mamia duhet të dijë si t'u përgjigjet pyetjeve të parashtruara. Me përjashtim të profesionalizmit, i cili duhet të dallohet nga çdo apel, është e domosdoshme të jesh empatik dhe i ndjeshëm ndaj nevojave të grave shtatzëna. E gjithë kjo mund të arrihet vetëm përmes edukimit të përhershëm e të vazhdueshëm. Zonja mund të shkojë së bashku me tendencat e fundit në sigurimin e kujdesit të mamive, të gjitha në mënyrë që të përmirësojë rezultatin përfundimtar të shtatzënisë. Trajnimi i rregullt dhe i përhershëm si dhe përvetësimi i njohurive dhe aftësive të reja është përgjegjësi e çdo mamie.



## 6. Rezyme

Kolestaza intrahepatike në shtatzëni është një çrregullim i funksionit të mëlçisë në shtatzëni. Simptoma kryesore është kruarja e përgjithshme e lëkurës, e ndjekur nga vlerat e ngritura të aminotransferazës, acideve biliare dhe bilirubinës në serum, dhe rrallë verdhëzës. Ky është një çrregullim i rrjedhjes së bilës përmes sistemit të bilijar që ka të ngjarë të shkaktohet nga hormonet; progesterone dhe estrogjene. Duke pasur parasysh se nuk ka ilaçe për këtë gjendje, është me rëndësi jetike për të monitoruar fetusin dhe gruan shtatzënë. Trajtimi reduktohet në zbutjen e simptomave, dhe shtatzënia përfundon kur mushkëritë fetale arrijnë pjekurinë. Në këtë studim, në mënyrë të detajuar përshkruhen problemet e kolestazës në shtatzëni dhe ndërhyrjet mjekësore të mamisë për eliminimin ose zbutjen e simptomave. Rreth 20% e të gjitha shtatzënive bëjnë pjesë në shtatzënitë me risk të lart. Shtatzënia kolestatike konsiderohet shtatzëni me risk të lart. Në këto shtatzëni, pritet një përqindje më e lartë e ndërlikimeve të nënës dhe fetusit, prandaj kërkohet kontroll më i shpeshtë sesa shtatzënia e rregullt. Gruaja shtatzënë me kolestazi, duhet të jetë plotësisht e njohur me gjendjen e saj me qëllim që të marrë vendimin më të mirë për veten dhe fëmijën e saj. Ajo duhet të jetë e vetëdijshme për riskun e një shtatzënie të tillë si dhe mundësin që kjo gjendje të përsëritet edhe në shtatzënitë e tjera.

## **7. Summary**

Intrahepatic cholestasis of pregnancy is abnormality of the liver function during pregnancy. The main symptom is a generalized itching, accompanied by elevated levels of aminotransferase, bile acids and bilirubin in serum and rarely jaundice. It is a disorder of the orderly flow of bile through the biliary system most likely provoked by the hormones progesterone and estrogen. Since there is no cure for this condition it is vital to regularly monitor fetus and pregnant women. Healing comes down to relieve the symptoms, and the pregnancy is completed when the fetal lungs reach maturity. This study shows in details the problems of cholestasis in pregnancy and medical and midwifery interventions to eliminate or alleviate symptoms. About 20% of all pregnancies are in group of risk pregnancies. Cholestatic pregnancy is considered risk pregnancy. In such pregnancies are expected higher percentage of maternal and fetal complications, so these pregnancies require more frequent control than regular pregnancy. Pregnant women should be fully informed about their condition in order to making the best possible decisions for the child and her. She should be familiar with high risk of such pregnancy and increased risk for recurrence in subsequent pregnancies.

## 8. LITERATURA

1. Dražančić A i sur. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1999.
2. Prodan M, Brnčić-Fischer A, Finderle A, Petrović O. Klinički značaj i nadzor visokorizične trudnoća. *Medicina* 2005; 42: 37-48.
3. Puhl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2007; 2: 2-6.
4. Mays K. J. The active management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, 2010; 100, 101-102.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline No. 46. 2006; 2-5.
6. Geens V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World Journal of Gastroenterology*. 2009; 2050-2051; 2058-2060.
7. Kenyon AP, Nelson-Piercy C, Girling J, Williamson C, Tribe RM. Obstetric cholestasis, outcome with active management: a series of 70 cases. *BJOG* 2002; 109: 282-88.
8. Lee RH, Kwok KM, Ingles S, Wilson ML, Mullin P. Pregnancy outcomes during an era of aggressive management for intrahepatic cholestasis of pregnancy. *American Journal of Perinatology* 2008; 25: 341-5.
9. Zecca E, De Luca D, Marra M, Caruso A, Bernardini T. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy and Neonatal Respiratory Distress Syndrome. *Pediatrics*; 2006; 117: 1669-1671.
10. Bokić S, Komadina Z, Ivanišević M i sur. Intrahepatička kolestaza u trudnoći. XIX. perinatalni dani: knjiga predavanja i sažetaka / Đelmiš J. Pfeifer D. Zagreb 2002.
11. Kondrackiene J, Beuers U, Zalinkevicius R, Tauschel HD, Gintautas V, Kupcinskas L. Predictors of premature delivery in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 6226-6230.
12. Franičević J. Nadzor u trudnoći u Juretić M, Balarin L. i sur. *Pedijatrija za višemedicinske sestre*. Klinička bolnica Split, Split, 1995.
13. Nichols A. Cholestasis of pregnancy. *Perinat Neonat Nurs* 2005; 19: 217-225.
14. Varoščić M. Izvoriznanja u stjecanju zdravstvene kulture. Izdavački centar Rijeka, Rijeka, 1991.
15. Fučkar, G. Proces zdravstvenijege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1994..

Shtojcë



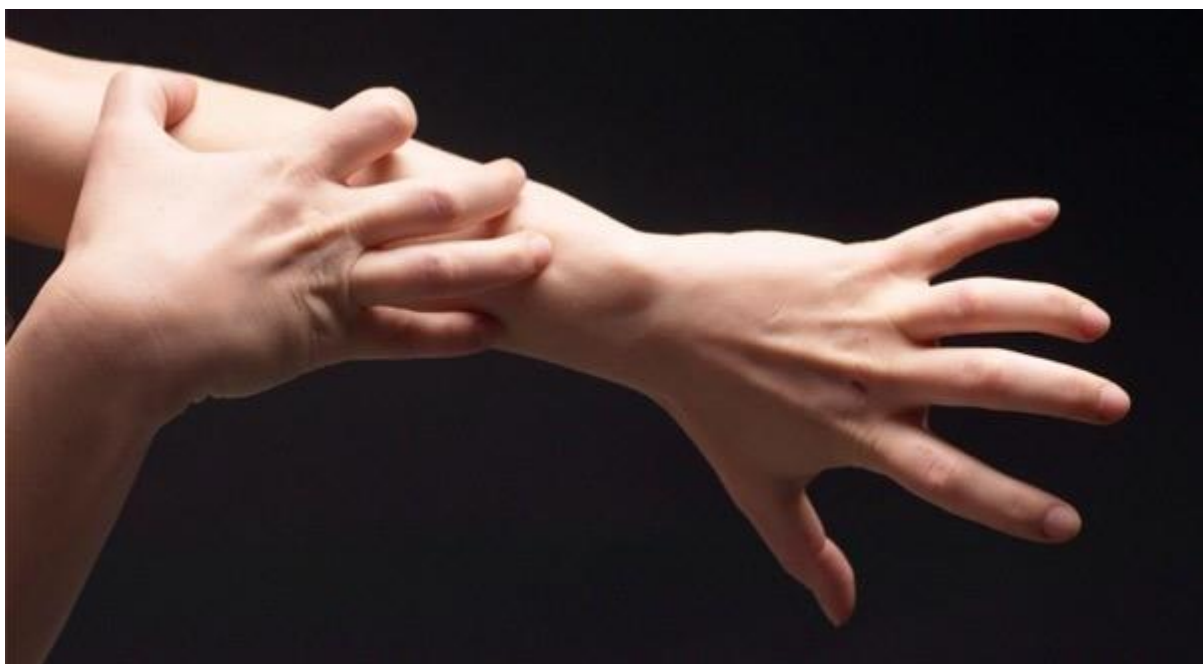
**Figura 2.***Kolestaza zakonisht ndodh në shtatzëninë e vonshme.*



**Figura 3.***Kolestaza në shtatëzani.*



**Figura 4.** *Shkaqet e kolestazave të kuqe në qafë.*



**Figura 5.***Kolestaza-nxit prurituset në shtatzëni.*





**Figura 6.***Provoni të përdorni kremrat qetësues me calendula dhe kamomil.*

## 10.BIOGRAFI E SHKURTËR E KANDIDATES

<b><i>Informatat personale:</i></b>	
Emri dhe mbiemri	<b>Rina Dreshaj</b>
Ditëlindja	<b>02.07.1996</b>
Gjinia	<b>Femër</b>
Nr. personal	<b>1241546051</b>
<b>Të dhënat kontaktuese</b>	
Telefoni	<b>049/172-344</b>
Adresa	<b>Rr. “Sali Jaha” Pejë</b>
Emaili	<a href="mailto:rina.d2796@gmail.com"><u>rina.d2796@gmail.com</u></a>
<b>Të dhënat e kualifikimit</b>	
	<b>Shkolla e mesme e Mjekësisë-Pejë Dega: Mami</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>140305031</b>