

UNIVERISTETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TEK
PACIENTËT ME KOLIT ULÇEROZ

Kandidatja:
Mirlinda Batusha

Mentori:
Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, Nëntor 2017

UNIVERISTETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË

DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TEK
PACIENTËT ME KOLIT ULÇEROZ**

Kandidatja:
Mirlinda Batusha

Mentori :
Prof.Ass.Dr. Idriz Berisha

Gjakovë, Nëntor 2017

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani “ ,Fakulteti i Mjekësisë,
Drejtimi Infermieri e përgjithshme .

Mentori i kësaj teme është Prof. Ass .Dr . Idriz Berisha .

Punimi përfshin;

- 45 faqe,
- 4 tabela,
- 3 figura ,
- 1 grafikon.

DEKLARATA

“Deklaroj se kjo Temë e Diplomës - “Kujdesi infermieror tek pacientet me kolit ulçeroz” është punimi im .E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara”

Kam respektuar rregullorën për Hartimin e Temës së Diplomës të përcaktuar nga Universiteti i Gjakovës“Fehmi Agani”.

FALËNDERIME:

Falënderoj të gjithë profesorët dhe stafin akademik të Universitetit të Gjakovës .

Falënderoj mentorin e këtij punimi Prof. Ass .Dr. Idriz Berisha , për punën e pa lodhshme dhe ndihmën e pakursyer gjatë përgaditjes së këtij punimi.

Falënderoj familjen time për përkrahjen dhe mbështetjen e dhënë gjatë studimeve ,si dhe për të gjitha aspektet e tjera jetësore.

PËRMBAJTJA ;

1. ABSTRAKTI.....	9
2. HYRJA.....	10
3. QËLLIMI.....	11
4. METODOLOGJIA (Materialet dhe Metodat).....	11
KAPITULLI I	12
1.1 Anatomia dhe fiziologjia e kolonit.....	12
1.2 Koliti ulçeroz.....	13
1.3 Epidemiologjia.....	14
1.4 Etiologjia.....	16
1.5 Patofiziologjia	16
1.6 Simptomatologjia	17
1.7 Paraqitja klinike	18
1.8 Si vihet diagnoza e kolitit ulçeroz?	23
1.9 Diagnoza diferenciale.....	24
1.10 Koliti ulçeroz gjatë shtatëzaniës.....	26
1.11 Koliti ulçeroz gjatë fëmijerisë.....	26
1.12 Tajtimi medikamentoz.....	26
1.13 Trajtimi i sëmundjes aktive.....	27
1.14 Aminosalacilatet.....	27
1.15 Kortikosteroidet.....	28
1.16 Terapia mbajtëse.....	28
1.17 Trajtimi kirurgjikal.....	29

1.18 Ndërlikimet e kolitit ulçeroz.....	29
1.19 Ndërlikimet lokale.....	29
1.20 Komplikacionet sistemike.....	32
1.21 Gjenetika.....	32
KAPITULLI II KUJDESI INFERMIEROR	33
2.1 Vlerësimet infermiere.....	33
2.2 Diagnoza infermiere.....	33
2.3 Qëllimi dhe planifikimi i kujdesit.....	34
2.4 Veprimet infermiere.....	34
2.5 Edukimi i pacientit dhe kujdesi në shtëpi.....	37
2.6 Vlerësimi dhe rezultatet e pritshme.....	39
5.PËRFUNDIMI.....	41
6.a)REZYME.....	42
b) SUMMARY.....	43
6. LITERATURA.....	44
7. CV E KANDIDATES.....	45

Shkurtesat:

Acidi 5-aminosalacilik (5ASA) .

Lista e figurave:

Fig.1 Zorra e trashë dhe pjesët përbërëse të saj.

Fig.2 Koliti ulçeroz .

Fig.3 Prezantimi i kolitit ulçeroz bazuar në shkallën e përhapjes së sëmundjes.

Lista e tabelave :

Tabela.1 Incidenca e kolitit ulçeroz.

Tabela.2 Shkalla e rëndesës së kolitit ulçeroz bazuar në manifestimet e sëmundjes.

Tabela.3 Krahasimi i të dhënave anatompatologjike të kolitit ulçeroz dhe Morbus Crohn.

Tabela.4 Indikacionet për ndërhyrjet kirurgjikale.

Lista e grafikonëve:

Grafikoni.1 Paraqitja grafike e formave të kolitit ulçeroz sipas shpeshtësisë.

1. ABSTRAKTI

Realizimi i këtij punimi përfshinë informacione rreth sëmundjes së njohur me emrin koliti ulçeroz, me qëllim të zgjerimit të njohurive ndaj sëmundjes ,respektivisht ofrimit të kujdesit infermieror.

Koliti ulçeroz është një sëmundje kronike që shkakton inflamacion dhe plagë të quajtura ulçera, në mukozën e rektumit dhe zorrës.

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës ,Fakulteti i Mjekësisë , Programi Infermieri.

Mentori i kësaj teme është Prof.Ass. Dr. Idriz Berisha .

Punimi përfshinë ; 45 faqe , 4 tabela, 3 figura dhe 1 grafikon.

2. HYRJA

Sëmundjet inflamatore kronike të zorrëve janë sëmundje kronike me etiologji të panjohur . Në këtë grup bëjnë pjesë :Koliti ulçeroz dhe Sëmundja Crohn.Shkaktarët e këtyre sëmundjeve nuk janë të njohur .Egziston predispozita familjare,por krahas kësaj rëndësi të madhe në paraqitjen e tyre ka edhe autoimuniteti .¹

Koliti ulçeroz është një sëmundje inflamatore kronike e kolonit .

Ajo prek gjithmonë rektumin dhe shtrihet proksimalisht ,duke prekur në shkallë të ndryshme kolonin. Ajo karakterizohet nga një ecuri me relapse dhe reminsione.

Sëmundja është përshkruar për herë të parë në vitin 1859 nga Samual Wilks një mjek në Guy's Hospital i cili vuri re se “ Koliti i thjeshtë ideopatik” mund të ishte ndryshe nga format e tjera të kolitit,kryesisht nga dizenteria bakteriale .

U deshën shumë vite që të pranohej ky koncept , por më në fund në vitin 1931, Sir Arthur Hurst arriti të jap një përshkrim të plotë të sëmundjes ,duke përfshirë këtu pamjet sigmoidoskopike.²

¹ Azemi M, Ismaili-Jaha V, Pediatria dhe kujdesi infermieror.Prishtinë.2016:163

² David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth , Edward J,Benz,Jr .Traktati i Oksfordit për Mjekësinë. 620

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi i këtij punimi qëndron në ofrimin e njohurive rreth sëmundjes së kolitit ulçeroz dhe asaj se si të ofrojmë kujdes infermieror ndaj këtyre pacientëve.

- Etiologjinë,
- Patologjinë,
- Paraqitjen klinike ,
- Diagnostikimin,
- Trajtimin dhe kujdesin infermieror tek pacientet me kolit ulçeroz.

3. METODOLOGJIA

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literaturës.

Burimi kryesor i materialit është marrë nga Biblioteka e Fakultetit të Mjekësisë nga Biblioteka Ibrahim Rugova në qytetin e Gjakovës, si dhe nga interneti.

KAPITULLI I

1.1 ANATOMIA DHE FIZIOLOGJIA E KOLONIT

Zorra e trashë është vendi ku përthithet uji prej mbetjeve të patretshme të lëngut të kimes ,duke e shëndërruar atë në feçe të formuara ose gjysmë solide që rezervohen përkohësisht dhe lejohen të grumbullohen derisa ndodh defekimi.³

Koloni i një të rrituri është 1.5-1.8 m i gjatë⁴ ,segmentet e tij përbërëse janë: cekumi,apendiksi, koloni ascendent,koloni transversal,descendent , sigmoidi,rektumi dhe kanali anal.⁵

Koloni ka katër pjesë ,ascendente,transverzale,descendente dhe sigmoidale që vendosen njëra pas tjetrës në formë harku.

Koloni rrethon zorrën e hollë,ku koloni ascendent ndodhet në të djathtë të zorrës së hollë ,koloni transversal sipër dhe ose përpara saj,koloni descendent në të majtë dhe koloni sigmoid poshtë saj.⁶

Në një kuptim të gjerë ,funksionimi i kolonit është riciklimi i lëndëve ushqimore, kurse funksioni rektumit është eliminimi i mbetjeve .Riciklimi i lëndëve ushqimore varet nga aktiviteti metabolik i florës së kolonit,lëvizshmëria e kolonit nga përthithja dhe sekretimi i mukozës .Eliminimi i mbetjeve përfshin dehidratimin e përmbajtjes së kolonit dhe defekimin.⁷

³ Townsed Beauchamp Evers Mattox. Traktati i Kirurgjisë.Sabiston : 249

⁴ Stephen J,McPhee,William F ,Ganong . Fiziopatologjia e Sëmundjeve.2014: 363

⁵Keith L.Moore ,Arthur F.Dalley,Anne M.R.Agur. Anatomia me Orientim Klinik 2014: 262

⁶ Keith L.Moore ,Arthur F.Dalley,Anne M.R.Agur .Anatomia me Orientim Klinik2014 :249

⁷Townsed Beauchamp Evers Mattox . Traktati i Kirurgjisë.Sabiston. :1358

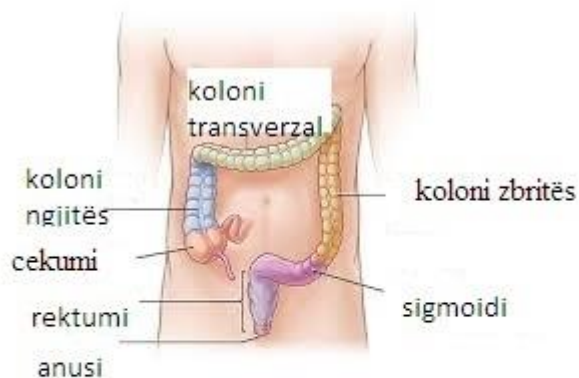


Fig .1. Zorra e trashë dhe pjesët përbërëse të saj.

Burimi:<https://www.google.com>

1.2 KOLITI ULÇEROZ

Koliti uçleroz është një sëmundje inflamatore që prekë kryesisht mukozën e rektumit dhe të kolonit të majtë,por ndonjëherë edhe të gjithë kolonin.Është sëmundje kronike, me reminsione ,të karakterizuara nga hemoragji rektale dhe diare.Ai shfaqet kryesisht në moshë të re dhe të mesme.Shkakton komplikacione të rënda lokale dhe sistemike.⁸

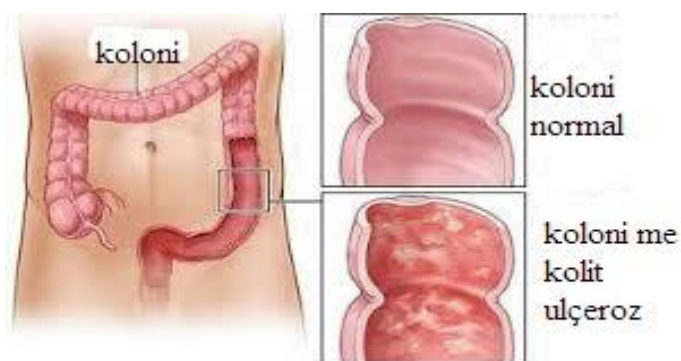


Foto .2 Koliti uçleroz.

Burimi:<https://www.google.com>

⁸ Resuli B,Skardi Prifti, Bibolli I, Kajo I, Basho J,Babameto A. Gastroenterologjia2000: 302

1.3 EPIDEMIOLOGJIA

Koliti ulçeroz është një sëmundje e përhapur në të gjithë botën megjithëse mund të jetë i vështirë për t'u diagnostikuar në zonat në të cilat është prevalent koliti infektiv.⁹ Studimet më të mëdha epidemiologjike janë kryer në Oksford, Baltimore Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe Kopenhag.¹⁰

Vlerat e sakta të incidences dhe të prevalences nuk disponohen kudo .

Në tabelën 1 rënditen të dhënat për zonat me incidenc të lartë dhe tregon se nuk ka ndryshime që flasin për rritjen e incidences më të ulët përfshijnë Evropën Lindore ,Azinë ,Japoninë dhe Amerikën Jugore, në të cilat vlerat e incidences janë të paktën dhjetë herë më të ulëta .

Mosha më e shpeshtë e fillimit të sëmundjes është ndërmjet moshës 20-40 vjeçare, por sëmundja mund të shfaqet në të gjitha moshat, që nga muajt e parë të jetës deri në të tridhjetat .

Studimet më të hershme kanë sugjeruar një mbizotërim të sëmundjes tek femrat por gjatë viteve të fundit ka pasur një ndryshim të vogël ndërmjet meshkujve dhe femrave.¹¹

Haset më shpesh në zonat urbane se në ato rurale.Është më e dendur në popullsitë me nivel më të lartë social-ekonomik.

Ndër popullsitë që prekën më shpeshë janë Hebrenjtë, me një incidence 3,66 për 100 000 banorë ,me prevalencë 37,4 për 100 000 banorë.¹²

⁹ David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr.Traktati i Oksfordit për Mjekësinë.

¹⁰Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I,Basho J, Babameto A. Gastroenterologjia 2000: 302

¹¹David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Ward J,Benz,Jr .Traktati i Oksfordit për Mjekësinë.

¹²Resuli B, PriftiS, Bibolli I, Kajo I, Basho J, Babameto A. Gastroenterologjia 2000: 302

Tabela 1. Incidenca e kolitit uçleroz

	Periudha e studimit	Incidenca (për 100 000) Individë
Shtetet e Bashkuara të Amerikës		
Minisora	1935-1964	7,2
Balltimore	1960-1963	4,6
Britani e Madhe		
Oksford	1951-1960	6,5
Wales	1968-1977	7,2
Aberden	1967-1976	11,3
Danimark		
Kopenhag	1962-1978 1981-1988	8,1 9,5
Holland		
Leiden	1979-1983	6,8
Suedi		
Stockholm Country	1975-1979	4,3
Izrael		
Tel a viv	1861-1970	3,6

Burimi:David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr . Traktati i Oksfordit për Mjekësinë.

1.4 ETIOLOGJIA

Shkaku i sëmundjes mbetet i panjohur .

Hipotezat kryesore që janë propozuar përfshijnë infeksionin,alergjinë ndaj përbërësve dietetik,përgjigjiet imunitare ndaj agjentëve bakterial ose ndaj agjentëve të vetës dhe teorinë psikosomatike.

Faktorët psikosomatik mund të luajnë një rol në përcaktimin e modelit të simptomave ku duhet të merren gjithnjë në konsideratë gjatë trajtimit të pacientëve të veçantë.

Faktorët mjedisor ,ashtu si infeksioni dhe dieta ,duhanpirja dhe përdorimi i kontraceptiveve oral mund të ndikojnë në sëmundjen .

Gratë që marrin kontraktiv orale mund të kenë një risk lehtësishtë të lartë për të shfaqur këtë sëmundje .¹³

1.5 PATOFIZIOLOGJIA

Diagnoza mbështetet mbi kombinimin e të dhënave histologjike dhe klinike,anamnezen e sëmundjes,shtrirjen e lezioneve dhe përjashtimin e formave të tjera të kolitëve të shkaktuar nga agjentë infeksioz.

Në shumicën e rasteve sëmundja inflamatore kufizohet në mukozë dhe në submukozën nën të.Shtresat më të thella, muskulozja dhe seroza,zakonisht nuk preken dhe procesi nuk shtrihet në limfonodulat rajonale,përveç ndonjë rasti me hiperplazi reaktive jospecifike. Lezioni primarë mendohet se është abcesi kriptik, që prek kriptin e Lieberkuhn-it.

Në majën e kriptit grumbullohen polimorfonukleare,ndërsa qelizat epiteliale kriptike fillojnë të shfaqin ndryshime degjenerative.

Në egzaminimin mikroskopik qelizat epiteliale paraqesin shkurtim të mikrovileve epiteliale,dilatacion të retikulumit endoplazmatik ,fryerje të mitokondrive, rritje të lizosomeve dhe zgjërime të hapsirave intraqelizore. Abceset kriptike nuk shihen me sy të lirë,por me avancimin e sëmundjes ato zmadhohen,duke shkaktuar ulçeracione të dukshme në sigmoidoskopi apo kolonoskopi.Abceset mund të bashkohen me njëri-tjetrin në mukozë,duke germuar nën të në tri drejtime,e duke e lënë një anë,një

¹³David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Ward J,Benz,Jr. Traktati i Oksfordit për Mjekësinë.

fragment të mukozës të varet mbi ulçeracion. Këto zgjatime të mukozës, të rrethuara nga ulçeracione, mund të shihen në radiologji dhe endoskopi si pseudopolipe. Paralelisht me zhvillimin e këtyre proceseve shkatërruese, fillojnë edhe ato rigjeneruese. Në zonat ku mukozja është e dendur zhvillohet ind granulacioni shumë i vaskularizuar. Ndonëse shumica e këtyre proceseve hasen edhe në sëmundje të tjera inflamatore apo infeksioze të kolonit, disa fenomene si infeksioni kronik, shtrirja e theksuar e abceseve dhe zhvillimi profuz i indit të granulacionit, janë karakteristika për kolitin ulçeroz.

Në format më të rënda të kolitit ulçeroz, procesi patologjik mund të depërtojë në shtresat e thella të murit të kolonit; muskuloren bile edhe serozën. Nëse sëmundja vazhdon në thellësi dhe prek serozën, mund të ndodhë perforacioni i kolonit. Po që se sëmundja ndalon dhe perforacioni nuk ndodh, shërimi zhvillohet nëpërmjet proceseve fibrotike të shtresave të thella të murit të kolonit.¹⁴

1.6 SIMPTOMATOLOGJIA

Simptomat më të shpeshta të kolitit ulçeroz janë .

- Dhimbje barku dhe diare me përmbajtje hemoragjike,
- Dhimbja mund të fillojë nga format më të lehta deri tek ato më të rënduarat,
- Anemia si rrjedhojë e daljeve të shpeshta me gjak,
- Humbja në peshë (si rrjedhojë e daljeve të shpeshta),
- Lodhje e vazhdueshme si rezultat i pranisë së anemisë,
- Probleme me oreksin dhe dëshirën për të ngrënë,
- Dobësi trupore si rrjedhojë e humbjes së lëngjeve dhe mikroelementeve,
- Dhimbje të kyçeve, probleme me lëkurën,
- Gazra në aparatit tretës dhe kapsllëk,
- Dhimbje koke, dhimbje muskujsh, të rrahura të shpeshta të zemrës,

¹⁴ Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I, Basho J, Babameto A. Gastroenterologjia 2000:302-303

Prishje të gjumit dhe humorit etj.¹⁵

Shumica e pacientëve shfaqin atake intermitente të sëmundjes me reminsione të plota midis tyre. Të sëmurë të tjerë kanë vetëm një atak të sëmundjes, me reminsion që mund të shkojë edhe deri në 15 vjet¹⁶.

1.7 PARAQITJA KLINIKE

Gjaku në feçe dhe diarea janë manifestime tipike të kolitit ulçeroz. Konstipacioni mund të shihet në ata me proktit. Simptomat si ,urgjencat për të defekuar, dhimbja abdominale në formë krampesh (veçanërisht me lëvizjet e zorrës) janë të zakonshme.¹⁷

Koliti ulçeroz zakonisht ndjek një ecure kronike, me ecure të herëpashershme të aktivitetit të sëmundjes.

- 18% e pacientëve kanë vetëm një episod të kolitit ndërsa,
- 7 % kanë një aktivitet kronik të sëmundjes pa reminsione.

Të pacientët nën moshën 50 vjeçare, koha mesatare e relapsit pas episodit të parë është 2 vjet, ku shkalla e relapsit të pacientet më të moshuar është më e ulët.¹⁸

Element kyq në vlerësimin e pacientëve me kolit ulçeroz janë përcaktimi i shkallës së rëndesës së sëmundjes dhe përhapja e sëmundjes, meqenëse këta dy faktorë do të ndikojnë në prezantimin klinik, menaxhimin dhe prognozën.

Shkalla e rëndesës së sëmundjes përcaktohet kryesisht me anë të vlerësimit klinik të shpeshtësisë së diares sasisë së dukshme të gjakut në feçe, ndjeshmërisë apo tendosjes abdominale dhe pranisë apo mungesës së manifestimeve sistemike të sëmundjes (ethe, takikardi, hypotension, lodhje, anemi, hipoalbuminemi, çrregullime elektrolite, sidomos hipokalemi).

¹⁵ <http://www.tiranaobserver.al/koliti-moshat-e-rrezikuara-faktoret-simptomat-dhe-kurimi/>

¹⁶ Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I, Basho J, Babameto A. Gastroenterologjia. 2000:303

¹⁷ Robert M, Klegman, Hal B, Jeneson, Richard E, Behrman, Bonita I, Stanton. Traktati Nelson i Pediatri së 2013.

¹⁸ John Noble, Herry L, Greene, II Wendy Levinson, Geoffrey A, Modest, Cynthia D, Mulrow, Joseph E, Scherger, Mark J, Young. Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor: 983

Shkalla e prekjes nga sëmundja shpeshë përshkruhet nga termat:

- **PROKTIT ULÇEROZ** (vetëm rektumi)
- **DISTAL APO I ANËS SË MAJTË** dhe
- **KOLITI I GJERË APO PANKOLITI**

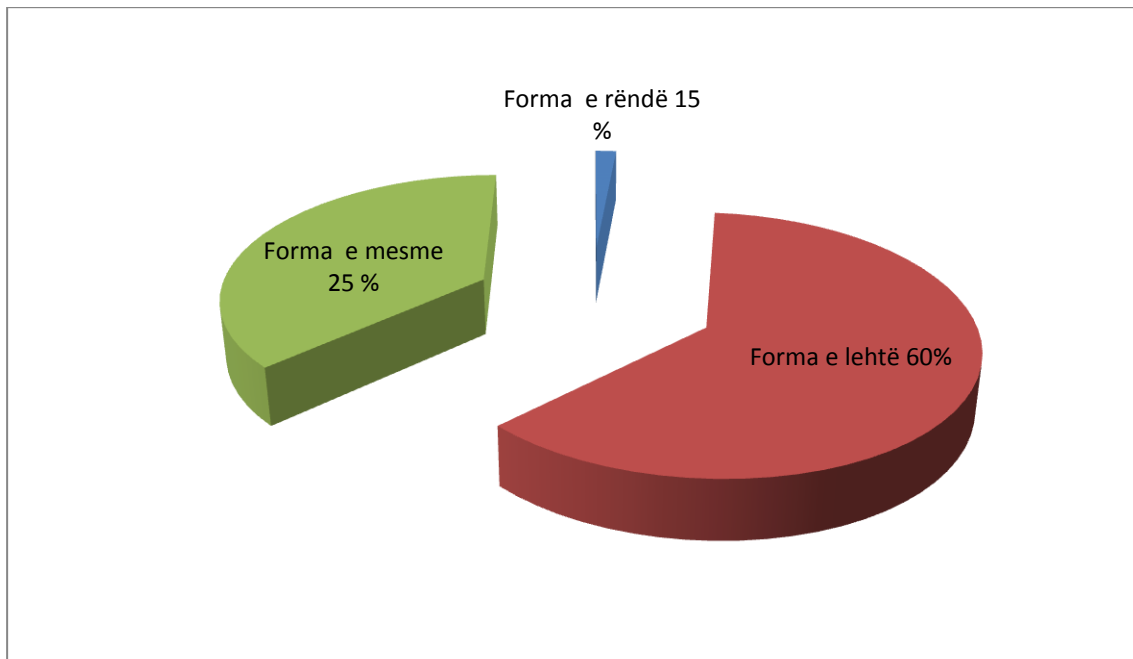
Vetëm ¼ e pacientëve me kolit ulçeroz kanë sëmundje të gjerë ; ky nëngrup ka një risk më të lartë për sëmundje të rëndë që ka nevojë për kolektomi.Shkalla e prekjes nga sëmundja te pacientet individual,mbetet konstante, për rreth 10 % e atyre që fillimisht paraqiten me proktit apo kolit distal zhvillojnë sëmundjen më të përhapur.As shkalla e rëndesës së sëmundjes dhe as shkalla e përhapjes së sëmundjes nuk ndikojnë në riskun e relapsit.¹⁹



Foto.3 Prezantimi i kolitit ulçeroz ,bazuar në shkallën e përhapjes së sëmundjes.

Burimi: <https://www.google>

¹⁹ John Noble, Herry L, Greene, II Wendy Levinson, Geoffrey A, Modest, Cynthia D, Mulw ,Joseph E, Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor:983



Grafikoni 1.Paraqitja grafike e formave të kolitit ulçeroz sipas shpeshhtësisë.

- Forma e lehtë 60 %,
- Forma e mesme 25 %,
- Forma e rëndë 15 %,

▪ **Forma e lehtë**

Koloni më shpeshë preket vetëm në segmentin rekto-sigmoidien,më rallë në të gjithë gjatësin e tij . Tiparet e përgjithshme klinike,si mosha e fillimit të sëmundjes,shpeshhtësia e atakeve,komplikacionet ekstrakolonike, janë të ngjashme me format e tjera më të rënda . Kjo formë karakterizohet nga diare dhe hemoragji e lehtë dhe gjendje e përgjithshme e mirë.Rrallë pacientët mund të ankojnë për anoreksi ,dobësi të përgjithshme dhe dhimbje të lehta abdominale,në formë krampesh , por që nuk e bëjnë të nevojshme shtrimin në spital dhe nuk i pengojnë pacientët në aktivitetin e përditshëm . Ka pacientë që ankojnë vetëm për episode të shkurtëra rektoragjie që gabimisht interpretohen si probleme hemoroidale. Pacientë të tjerë ankojnë vetëm për jashtëqitje të shpeshta , në sasi të pakëta ,pa hemoragji problematike. Diagnoza vendoset me radiologji me kontrast (irrigoskopi) si dhe me sigmoidoskopi ose kolonoskopi.

Koliti ulçeroz i formës së lehtë e ka mortalitetin praktikisht zero, prognoza është shumë e mirë dhe rreziku i zhvillimit të kancerit kolorektal është shumë i ulët.

▪ **Forma e mesme**

Shenjat klinike janë më të shprehura se në format e lehta .Në fillim të sëmundjes,diareja është simptomë madhore.I sëmuari defekon katër deri në pesë herë në ditë feçe të qullëta dhe me gjakë.Dhimbjet abdominale mund të jenë shqetësuese dhe ta zgjojnë të sëmuarin nga gjumi i natës,ato qetësohen nga jashtëqitja.I sëmuari paraqet dobësi të përgjithshme, temperaturë subfebrile,lodhet shpejtë dhe nuk merr pjesë normalisht në aktivitete të përditshme.Ai mund të ankojë për anoreksi dhe rënie në peshë .Në një pjesë të rasteve mund të shfaqen edhe simptoma të ndërlikimeve ekstrakolonike.Kjo formë mund të shfaqet me simptomatolgji më të rëndë në ataket e para të saj,kur diareja është e rëndë, temperaturë e lartë dhe hemoragji masive. Koliti ulçeroz i formës së mesme i përgjigjet përgjithësisht mirë mjekimit.²⁰

▪ **Forma e rëndë**

Sëmundja,zakonisht fillonë paparitur,me simptoma që përparojnë duke rënduar gjendjen e të sëmuaritë.²¹

Koliti ulçeroz i rëndë,sidomos nëse është i përhapur mund të kërkoj shtrim në spital për mbushje me elektrolitë dhe lëngje intravenoze (IV) dhe për terapinë me dozë të lartë të kortikosteroidëve (hidrokortizon ,300 mg/në ditë ,apo metilprednizolon,48-80mg /në ditë).Duke qenë se diareja përkeqësohet nga administrimi oral,pacientët duhet të qëndrojnë esëll deri sa koliti të jetë nën kontroll. Një tubë nazogastrik mund të jetë i nevojshëm për dekomompensim,nëse egziston ileusi.Transfuzioni i gjakut , gjithashtu mund të jetë i nevojshëm për anemin e theksuar apo hemoragjinë e rëndë akute. Nëse gjëndja esëll zgjatet më shumë se 4-5 ditë,nëse pacienti tashmë është i kequshqyer nga sëmundja,ushqyerja parenterale duhet të administrohet.

²⁰ Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I, Basho J, Babameto A .Gastroenterologjia.2000:304

²¹ Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I,Basho J,Babameto A. Gastroenterologjia. 2000

Nëse pacientet nuk kanë dhënë përgjigje 7-10 ditë pas terapisë intravenoze me kortikosteroide, duhet konsideruar kolektomia.

Ciklosporina intravenoze është përdorur në raste të tilla dhe mund të jetë efi­kase në shmangien e kolektomisë urgjente të më shumë se 50% të pacientëve.²²

MANIFESTIMI	I LEHTË	MESATAR	I RËNDË
Shpeshtësia e defekimeve	<4	4-9	>9*
Gjaku në feçe	+/-	+	++
Ethja	-	+	+
Takikardia	-	+/-	++
Ndjeshmëria abdominale	-	+/-	+
Anemia	-	+/-	++
Shkalla e sedimentacionit	Normale	E rritur	E rritur
Çrregullime elektrolitike	-	+/-	+
Hipoalbuminuria	-	+/-§	+

*Diareja mund të pakësohet në megakolonin toksik ,

+Frekuenca kardiake mund të bjerë në kolitin fulminant,

++ Mund të ketë nevojë për transfuzione gjaku ,

§ Mund të zhvillohet në kolitin e zgjatur ,mesatarisht aktiv dhe të gjerë .

Burimi ; John Noble, Herry L,Greene,II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest ,Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor:

²² John Noble, Herry L,Greene,II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest, Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young.Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor.

1.8 SI VIHET DIAGNOZA E KOLITI ULÇEROZ ?

Përveç shenjave klinike dhe egzaminimit objektiv, për vënien e diagnozës së kësaj sëmundjeje bëhen një sërë ekzaminimesh si analizat e gjakut komplet, ekzaminimi i feçeve për parazitë të ndryshëm, sigmoidoskopia dhe kolonoskopia, të cilat ofrojnë të dhëna të vlefshme për këtë diagnozë. Me këtë ekzaminim shikohet një mukozë normale e zorrës pa ulçeracione, pa hemoragji apo masa tumorale.

Është karakteristik që këtë ekzaminim këta të sëmuarë e tolerojnë me vështirësi, pasi vetë futja e aparatit në zorrë shkakton spazma, kontraktime të zorrës e si pasojë dhimbje të forta. Kolonoskopia me biopsi është egzaminimi më i mirë diagnostik për kolitin ulçeroz.²³

Gjatë kolonoskopis, ashpërsia e inflamacionit dhe ulçeracionit të kolonit dhe përhapja proksimale e sëmundjes mund të vlerësohen me anë të pamjes endoskopike dhe nga ekzaminimi histologjik i biopsive mukozale.

Në sëmundjen aktive ,ekzaminimi histologjik zbulon një kolit akut me infiltrim të neutrofileve në gjendrat e kolonit, formim të abcesit në kripte dhe me emerziona sipërfaqësore.²⁴

Edhe ekzaminimi radiologjik i zorrës ndihmon në diagnozë. Ai vë në dukje spazmat e shumta në të gjithë trajektoren e zorrës apo në një pjesë të saj.

Së fundmi, në diagnozë ndihmojnë edhe disa të dhëna të veçanta si vjetërsia e shenjave klinike (periudha e gjatë e shfaqjes së tyre), shpërthimi i dukurive klinike nga faktorët emocionalë (stresi, emocionet e forta), dieta, disa ushqime si qumështi, qokollata, alkooli, kafeja, duhani, ngrënia e tepërt etj.²⁵

Vështirësia më e madhe diagnostike në kolitin ulçeroz është përjashtimi i kolitit infeksioz kjo ndodh sidomos me pacientët që paraqiten pas një kohëzgjatjeje të shkurtër të simptomave (më pak se 4 javë) dhe të pacientët me faktorë risku për sëmundje infektive enterike siç janë udhëtimet e kohëve të fundit në zonat endemike ,përdorimi i antibiotikëve ,marrëdhënia seksuale orale dhe imunosupresioni,përfshirë infeksionin nga virusi i imunodeficiencës humane(HIV). Një agjent infeksioz duhet të përjashtohet më anë të testimit të mostrave fekale për patogjenet enterik si, Shigella ,Yersinia,Clostridium difficile dhe Amoeba.

²³ <https://www.wikipedia.org/wiki/Koliti>

²⁴ John Noble, Herry L, Greene, II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest ,Cynthia D, Mulrow, Joseph E, Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor.:984

²⁵ <https://Wikipedia.org/Wiki/Koliti>

Të pacientet me një diagnozë të mërrparshme të kolutit ulçeroz,infeksioni enterik, gjithashtu duhet të merret në konsiderat si shkak i mundshëm i kolutit relapsues.²⁶

1.9 DIAGNOZA DIFERNCIALE

Për shumë vendime terapeutike nuk ka shumë rëndësi të dihet nëse pacienti ka kolut ulçeroz apo sëmundjen e Crohn-it.

Kur parashikohet të kryhet ndërhyrja kirurgjikale ndyshimi midis tyre është shumë i rëndësishëm,për shembull, nëse mjeku beson se pacienti nuk kishte kolut që lidhet me sëmundjen e Crohnit por kishte kolut ulçeroz,atëherë si procedurë kinse mund të sugjerohej kolektomia dhe anostomoza ileorenale.²⁷

Nëse pacienti ka anamnzë për fillim të ngadaltë të simptomave ,duke përfshirë këtu gjakun dhe mukusin ,dhe shfaq inflamacion difuz gjatë sigmoidoskopisë,është shumë e mundshme diagnoza e kolutit ulçeroz.²⁸

Diagnoza diferenciale kryesore bëhet me sëmundjen Crohn.Semundja Crohn dallon nga koluti ulçeroz për faktin se ajo prekë të gjitha pjesët e aparatit tretës duke filluar nga goja e deri në anus.²⁹

Nëse konsiderohet i gjithë informacioni klinik,radiologjik,endoskopik,dhe histolgjik ,më pak se 10 % e pacientëve futen në kategorinë e kolutit të papërcaktuar.

Koluti kolagjenoz ,në kolonoskopi ka vetëm një inflamacion të lehtë dhe diagnostikohet duke u mbështetur mbi të dhënat e një shtrese kolagjeni subepitelial të trashur në një mostër biopsie rektale.

Rrezatimi mund të shkaktojë dëmin e rektumit , veqanërisht te meshkujt që i janë nënshtruar radioterapisë së prostatës.

Rrallë mund të ndodh një kolut i indikuar nga medikamentet.Medikamentet që janë fajësuar janë medikamentet anti inflamatore josteroidë .³⁰

²⁶ John Noble, Herry L, Greene, II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest ,Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor:984

²⁷ Goldman,Ausiello.Traktati Mjekësor i Cecelit2013:1045

²⁸ David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr.Traktati i Oksfordit për Mjekësinë : 615

²⁹ RakeI E.Traktati i Mjekësisë së Familjes.2013

³⁰ David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr. Traktati i Oksfordit për Mjekësinë :615

**TABELA 3. KRAHASIMI I TË DHËNAVE ANATOMOPATOLOGJIKE TË
KOLITIT ULÇEROZ DHE MORBUS CROHN**

Anomalitë makroskopike	Koliti ulçeroz	Morbus Crohn
Trashja e murit të zorrës	+	+++
Ngushtimi i lumenit të zorrës	+	+++
Lezione fragmentare	0	+++
Ulçera lineare	0	++
Fisura dhe fistula	0	++
Anomalitë mikroskopike		
Inflamacioni transmural	+	+++
Infiltrim submukozal	+	+++
Fibrozë submukoze	0	+++
Fisura	+	+++
Granuloma fokale	0	++

Simbolet e mësipërme tregojnë shpeshtësinë e lezioneve përkatëse:

Shumë të rralla (0), të rralla (+), të shpeshta (++) , shumë të shpeshta (+++).

Burimi:Resuli B,Prifti S,Bibolli I,Kajo I,Basho J,Babameto A .Gastroenterologjia.2000

1.10 KOLITI ULÇEROZ GJATË SHTATËZANISË

Gratë me kolit ulçeroz kanë fertilitet normal,nuk ndodhen nën një risk më të madh për të pasur abort spontan dhe nuk ka të dhëna që flasin se shtatëzania është një faktorë risku për shfaqjen e relapseve .

Nëse mbetën shtatëzën, mundësia për të pasur një bebe normale është e njejtë me atë të

grave të shëndetshme. Veç kësaj nuk ka të dhëna të forta se kortikosteroidet, mediakamentet që përmbajnë acid aminosalicilik, madje edhe azatioprina të jenë të dëmshme. Si rrjedhojë terapia mbajtëse duhet të vazhdojë gjatë gjithë shtatëzisë.

1.11 KOLITI ULÇEROZ GJATË FËMIJËRISË

Koliti ulçeroz është më pak i shpeshtë te fëmijet, në krahasim me të rriturit ndërkohë që, në Britaninë e Madhe ,prevalenca është rreth 6-7 për çdo 100 000 individë.

Megjithatë ai mund të shfaqet brenda pak javëve të para të jetës, mosha mesatare e shfaqjes së sëmundjes është rreth 10 vjeç, simptomat janë hemoragjia rektale, dhimbja abdominale dhe dështimi i rritjes. Mundë të ketë të dhëna për prapambetje në rritje, por kjo shenjë është më e zakonshme për sëmundjen Crohn gjatë fëmijërisë.

Përqindja e fëmijëve me kolit total është rreth 50 % shifër e cila është më e lartë në krahasim me të rriturit, dhe ka mundësi që të jetë përgjegjëse për numrin më të madh të kolektomive të raportuara nga shumica e studimeve.

Trajtimi ndjekë të njëjtat kritere të trajtimit të të rriturve, megjithëse përshtaten sipas peshës së fëmijës. Veç kësaj një vëmendje e madhe duhet ti kushtohet ushqyerjes, në mënyrë që të bëhet e mundur rritje e përshtatshme. Nëse është e nevojshme që të kryhet kolektomia, duhet të kryhet një proktoloktomi rikonstruktuese.³¹

1.12 TRAJTIMI MEDIKAMENTOZ

Për shumë vjet ,sulfasalazina ishte shtylla e terapisë për kolitin ulçeroz të lehtë apo mesatar e të rëndë.

Kriteret kryesore të terapisë për trajtimin e kolitit ulçeroz janë; kontrolli i shpejtë i sëmundjes aktive, konservimi i fazës së remisioinit, përzgjedhja e pacientëve të cilët është e përshtatshme kryerja e ndërhyrjes kirurgjikale dhe sigurimi i një cilësie jetë sa më të mirë që është e mundur.³²

³¹ David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr.Traktati i Oksforditë për Mjekësinë:620

³² John Noble, Herry L,Green,II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest ,Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor:2013984

1.13 TRAJTIMI I SËMUNDJES AKTIVE

Medikamentet më të efektshme për kontrollin e sëmundjes aktive janë kortikosteroidet, të cilat mund të ipen në rrugë sistemike, lokale ose me të dyja këto rrugë.

Për të trajtuar një kolit të lehtë, shpesh herë janë përdorur medikamente me 5(ASA)(sulfasalazine, olsalazine, balsalazid, mesalazine), por është treguar se prednizoloni është më i efektshëm dhe i kontrollon më shpejtë simptomat, gjë që e bën atë medikamentin e zgjedhur. Doza dhe rruga e dhënies së tij përcaktohen gjerësisht nga shkalla e rëndesës së sëmundjes. Pasi të jetë kontrolluar inflamacioni aktiv dhe të jetë arritur remisioni, përdorimi i kortikosteroidëve duhet të ndërpritet, për shkak se ato janë të pa efektshme nëse përdoren si terapi mbajtëse dhe përdorimi i gjatë i tyre i vendos pacientët nën riskun e zhvillimit të efekteve anësore afatgjata, siç është osteoporozja.³³

1.14 AMINOSALACILATET

Agjentët që përmbajnë (5ASA) janë elementet kryesore të terapisë që përdoren për trajtimin e kolitit ulçeroz. 5ASA duket se vepron nga sipërfaqja luminale, ndaj dhe medikamentet orale janë krijuar për të parandaluar thithjen e 5ASA-s duke bërë të mundur që 5ASA të jetë e pranishme në lumen të sulfasalazina, olsalazina, dhe balsalazidi, 5ASA lidhet me lidhje kovalente, me një molekulë tjetër 5ASA (olsalazina ose me një agjentë tjetër (sulfasalazina dhe balsalazidi). Kur këto lidhje kovalente shkatërrohen nga bakteriet e kolonit, atëherë çlirohet 5-ASA.³⁴

³³ Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e Mjekësisë Interne Harrison. Prishtinë 2013:

³⁴ Goldman, Ausiello. Traktati Mjekësor i Cecelit. 2013 :

1.15 KORTIKOSTEROIDET

Kortikosteroidet oral janë efektiv për trajtimin e kolitit ulçeroz me shkallë të lehtë deri në shkallën mesatare .

Për sëmundjet mesatare deri në shkallën më të rëndë përdoret terapia parenterale.

Doza tipike fillestare e prednisonit për sëmundje mesatare deri në shkallë të rëndë , është 40 mg në ditë.Pacienti merrë doza të larta kortikosteroidesh deri sa simptomat fillojnë të zhduken dhe më pas doza ulet gradualisht .Në rast se në fillim përdoret një dozë fillestare e pamjaftueshme prednison, pasi pacinetet i druhen frikës së efekteve anësore që mund të shkaktojë ky preparat , atëherë gjasat për përgjigje pozitive zvogëlohen.

Të disa pacientë ,aktiviteti i sëmundjes shpërthen kur doza e prednisonit ulet më pak se një nivel i caktuar(varësia ndaj steroideve).Për shumicën e pacientëve marrja e një prednisoni në një dozë të vetme në mëngjes është po aq efektive sa marrja e tij në doza të ndara.

1.16 TERAPIA MBAJTËSE

Aminosalacilatet ulin incidencen e rishfaqjes së sëmundjes te pacientët me kolit ulçeroz. Kështu ,pothuaj të gjithë pacientët duhet të trajtohen me terapi mbajtëse .Efekti i Sulfasalazinës me dozë 2-9 gr/në ditë,është doza e zakonshme mbajtëse që rekomandohet të përdoret.³⁵

Tabela 4.Indikacionet për ndërhyrjet kirurgjikale.

Indikacionet për ndërhyrjet kirurgjikale
Refraktariteti
Displazia –Karcinoma
Gjakërrjedhje masive nga koloni
Megakoloni toksik

Burimi Townswed Beauchamp Evers Mattox.Traktati i Kirurgjisë. Sabiston.

³⁵ Goldman,Ausiello .Traktati Mjekësor i Cecelit.2013 :1048

1.17 TRAJTIMI KIRURGJIKAL

Më pak se 10 % e pacientëve i nënshtohen trajtimit kirurgjikal për kolitin ulçeroz. Indikacioni më i zakonshëm për kirurgjinë është sëmundja e vazhdueshme aktive me një përgjigje të papërshtatshme ndaj terapis medikamentoze apo me efekte anësore të ngjitura nga mejkime të papranueshme.

Kolektomia urgjente është në disa raste e nevojshme për kolitin fulminant, megakolonin toksik apo me hemoragjinë e vazhdueshme nga koloni.

Perforacioni i kolonit është një indikacion absolut për kirurgji në kolitin ulçeroz dhe shoqërohet me një vlerë të raportuar vdekshmërie prej 40 %.

Trajtimi kirurgjikal i kolitit ulçeroz konsiston në proktokolektomi, kolektomia e pjesëshme apo subtotale nuk rekomandohet, për shkak se koliti shpesh rishfaqet në kolonin e mbetur .

36

1.18 NDËRLIKIMET E KOLITIT ULÇEROZ

Ndërlikimet e kolitit ulçeroz mund të klasifikohen në dy grupe ; ato lokale ,pra që i përkasin zorrës së trashë dhe ato sistemike,të cilat zhvillohen larg kësaj zorre,bile edhe në oragane dhe sisteme tjera .

1.19 NDËRLIKIMET LOKALE

Megakoloni toksik . Komplikacioni më i rëndë i kolitit ulçeroz është megakoloni toksik ose zgjerimi i diametrit të kolonit në një diametër më të madh se 6 cm i lidhur me përkeqësimin e gjendjes klinike të pacientit .

Ky komplikacion shfaqet në rreth 1-2.5 % të të sëmururve .Shkaku kryesor është depërtimi i inflamacionit në shtresat e thella të murit të zorrës,deri në atë muskulore .Për pasojë zorra humbet masë të murit të saj dhe tonusin e muskulatures,gjë që shpie në dilatacion akut të saj.Nga ana tjetër ,prania e fenomeneve inflamatore dhe nekrotike në thellësi të murit të zorrës dëmton gjendjen e përgjithshme të pacientit duke e intoksikuar atë.Faktorë shpërthyes për dilatacionin e zorrës së sëmurë mund të shërbej rritja e presionit intraluminal për shkak të pranisë së sasive të mëdha gazi në zorrë,klizmave; ose uljes së tonusit të zorrës prej marrjes se opiateve ,si dhe nga hipokalemia .

³⁶John Noble, Herry L, Greene, II Wendy Levinson ,Geoffrey A, Modest ,Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor2013: 986

Klinikisht sëmundja shfaqet me gjendje të përgjithshme të rëndë ,temperaturë të lartë, takikardi, dhimbje e fryerje abdominale,humbje të theksuar lëngjesh .Në egzaminimin objektiv barku është i fryer, i dhëmsëm dhe mungojnë zhurmat e peristaltikes .Në egzaminimet laboratorike ,vërehet leukocitoze,anemi dhe hipoalbuminemi .Në radiografite direkte abdominale koloni paraqitet i dilatuar në një segment (më shpeshë koloni tranvers ose ngjitës)ose në të gjithë gjatësin.

Perforacioni i kolonit . Perforacioni i kolonit është nga ndërlikimet kryesore të megakolonit toksik,por mund të shfaqet edhe në munges të tij,në rastet me kolit ulçeroz të formës së rëndë.Shtrirja e inflamacionit në thellësi të murit të kolonit në një pikë të tij,mund të shkaktoj gjërryerjen në thellësi dhe perforacionin e plotë në këtë pikë.Perforacioni duhet të dyshohet në të sëmuarit me kolit ulçeroz të formës së rëndë, të cilët shfaqin në mënyre të paparitur dhimbje akute abdominale,takikardi,temperaturë të lartë ,fryerje të barkut, i cili është i dhimbshëm në palpim.Shenjat klinike abdominale mund të mungojnë në pacientët që janë nën trajtim me doza të larta kortizonësh. Diagnoza vendoset përfundimisht me anë të radiografisë direkte abdominale, e cila tregon praninë e ajrit të lirë nën diafragmë kur kryhet në pozicion në këmbë ose në dekubitus lateral të majtë .

Trajtimi i mundshëm është vetëm ndërhyrja operative.

Mortaliteti nëse nuk ndërhyhet është 80 %,ndërsa ai operator është 50 %.

Perforacioni i kolonit është përgjegjës i 1/3 së vdekjeve për shkak të kolitit ulçeroz.

Strikturat .Striktuat e kolonit janë një ndërlikim jo i shpeshtë i kolitit ulçeroz. Ato shfaqen si pasojë e hipertrofisë dhe trashjes së shtresës muskulore të mukozës në munges të fibrozës.Striktuat shfaqen vonë pas fillimit të sëmundjes , zakonisht pas 5 – 15 vjetësh dhe lokalizohen më shpeshë në sigem dhe rektum .

Shenjat klinike kryesore janë diareja dhe inkontinenca fekale .

Në rast se diagnostikohet një strikturë , rekomandohet rezeksioni kirurgjik i saj. ³⁷

Kanceri i kolonit. Pacientët me kolit ulçeroz për një kohë të gjatë janë në risk të rritur për zhvillimin e displazisë epiteliale të kolonit dhe karcinomës.

Pacientet me kolit të gjerë kanë një risk prej

- 5 % të kancerit të kolonit 20 vjet pas kolitit ,

³⁷ Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I,Basho J,Babameto A. Gastroenterologjia 2000:309

- 15 % pas 25 vitesh dhe 25 % pas 35 vitesh .³⁸

Dy janë faktorët kryesor që lidhen me shkallën e rrezikut për shfaqjen e kancerit

- a) kohëzgjatja e kolitit ;b) gjatësia e zorrës së sëmurë nga koliti.

Rreziku i kancerit është relativisht i ulët në dhjetë vitet e para të sëmundjes.Më pas ky rrezik rritet dhe shpeshtësia e tij mbas mbi 20 vjet zgjatje të sëmundjes arrin në 30 herë më shumë se në popullatën e përgjithshme.Kështu, në të sëmuarit me prekje vetëm të rektumit , shpeshtësia e zhvillimit të kancerit është shtatë herë më e vogël se në format me prekje totale të kolonit, praktikisht është njëjtë me popullatën e përgjithshme . Kanceri kolorektal i të sëmuarve me kolit ulçeroz është zakonisht adenokarcinomë. Diagnoza vendoset vetëm me anë të egzaminimit kolonoskopik,por fatkeqësisht në shumicën e rasteve tepër vonë .Në mënyrë që kanceri të zbulohet sa më herët , rekomandohet që në çdo rast me kolit ulçeroz të merrën biopsi të shumta gjatë kolonoskopisë .Nëse zbulohen ndryshime displazike të mesme ose të rënda , egzaminimi duhet të përsëritet çdo gjashtë muaj , kurse nëse displazia mungon ose është e lehtë ,rikontrolli mund të kryhet çdo dy tri vjet . Duke qenë se rreziku për kancer të kolonit është shumë i lartë dhe mundësit për të vendosur diagnozën në kohën e duhur janë të vogla ,në të sëmuarit që vuajnë nga pankoliti prej 10 vjetësh rekomandohet kolektomia , me anë të së cilës duhet hequr kolonin,parandalohet zhvillimi i një kanceri të mundshëm .³⁹

Kolonoskopia fillimisht kryhet çdo muaj pastaj çdo vit , pas 15 vitesh me kolit .

Hemoragjia masive.Hemoragjia masive nga koliti ulçeroz është një ngjarje e pazakontë, që ndodh në më pak se 5% të pacientëve që kërkojnë operacion . Është e qartë se pacientët kanë nevojë për rigjenerim të lëngjeve dhe stabilizim përpara ndërhyrjes kirurgjikale me plotësim të vëllimit jashtëqelizor dhe transfuzione sipas nevojës.Kolektomia subtotalë është procedura e zgjedhjes dhe zakonisht është e mjaftueshme.Megjithatë ,nëse gjakrrjedhja vazhdon nga mukoza e mbetur rektale,mund të jetë e nevojshme proktektomia urgjente. ⁴⁰

³⁸John Noble, Herry L,Greene,II Wendy Levinson, Geoffrey A, Modest ,Cynthia D,Mulrow,Joseph E,Scherger ,Mark J ,Young .Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor2013.: 989

³⁹ Resuli B,Prifti S,Bibolli I, Kajo I,Basho J,Babameto A .Gastroenterologjia. 2000: 312

⁴⁰ Keith L.Moore ,Arthur F.Dalley,Anne M.R.Agur .Anatomia me Orientim Klinik:2014

Hemoragjia në shumicën e të sëmuarve ndalon spontanisht .

Vdekjet nga hemoragjitë prej kolitit ulçeroz janë shumë të rralla .⁴¹

1.20 KOMPLIKACIONET SISTEMIKE TË KOLITIT UÇLEROZ

Komplikacionet sistemike të kolitit ulçeroz klasifikohen në tri grupe :

- Grupi i komplikacioneve që vijnë nga çrregullime sistemike ,nga “hipersensiviteti” prekin artikulationet ,sytë ,lëkurën dhe gojën,
- Grupi i komplikacioneve që vijnë nga bakteremia p.sh sëmundje të mëlqis dhe tromboemboli ,
- Grupi i komplikacioneve që vijnë nga çrregullimet fiziologjike të kolonit ,p.sh humbje të gjakut ,elektroliteve dhe lëndëve ushqimore .⁴²

1.21 GJENETIKA

Incidenca familjare e kolititi ulçeroz është e njohur prej shumë kohësh dhe 10 – 20 % e pacientëve kanë gjasa që të kenë të paktën një anëtarë të familjes me kolit ulçeroz . Shumica e këtyre lidhjeve familjare janë brenda të afërmëve të shakllës së parë , por ka ende diskutime për sa i përket lidhjes së saktë , pasi në Shtetet e Bashkuara te Amerikës vërehet një mbizotërim i trashëgimisë nga prindi të fëmija , ndërsa në Britanin e Madhe sëmundja është më e shpeshtë tek vëllezërit dhe motrat brenda një familjeje me disa anëtarë të sëmurë kanë një shkallë të lartë përputhshmërie .Sipas një studimi të kryer te binjakët në Suedi tregoi se 16 qiftet e binjakëve monozigotë,tek të cilët njeri prej binjakëve kishte kolit ulçeroz , vetëm një qift kishte përputhje me sëmundjen , ndërsa të gjithë binjakët dyzigotë kishin mospërputhje. Këto të dhëna nxorren në pah se niveli i mundësisë së përputhjes ishte 6,3 % shifër e cila është shumë më e ulët se sa mundësia 45 % në rastet me sëmundjen Crohn .Ky nivel mund të sugjerojë se shfaqja e sëmundjes brenda familjes reflekton ndikimin mjdisor dhe jo ndjeshmërin gjenetike të trashëguar ndaj sëmundjes .⁴³

⁴¹ Resuli B,Prifti S, Bibolli I, Kajo I,Basho J,Babameto A .Gastroenterologjia.2000

⁴² Resuli B,Prifti S,Bibolli I, Kajo I,Basho J,Babameto A .Gastroenterologjia. 2000

⁴³David A,Warrell,Timothy M,Cox,John D,Firth dhe Edward J,Benz,Jr.Traktati i Oksfordit për Mjekësinë.

KAPITULLI II KUJDESI INFERMIEROR

2.1 VLERËSIMET INFERMIERORE

Fillimisht infermierja merr një histori të plotë, e cila përfshinë probleme të tilla të pacientit si diareja, spazmat abdominale, nauzet, anoreksinë si dhe humbjen progresive në peshë. Gjithashtu shënohen edhe manifestimet emocionale të pacientit në lidhje me stresin por dhe me dietën e kufizuar dhe të indikuar .

Infermiera merr të dhëna të sakta reth një sëmundje të mundshme familjare të pacientit, me probleme inflamatore të zorrëve.

Gjithashtu infermierja shënon nëse pacienti manifeston shenja alergjike nga ushqime veqanërisht nga qumështi sepse dihet që intoleranca e laktozës është e zakonshme në enteritet regjionale. Shënohet sasia e kafeinës, alkoolit, nikotinës që ka përdorur pacienti kjo në periudha kohore krahasuese ditore ose javore, kjo për faktin se këto agjente stimulojnë peristaltiken e zorrëve dhe mund të nxisin diaren apo spazmat abdominale. Statusi ushqimor nevojitet të vlerësohet. Kequshqyeshmëria nuk është një fenomen i pazakonshëm, madje këta pacientë mund të humbasin deri në 10 kg për dy muaj. Për vet faktin se këta pacientë mund të kenë manifestime diareike deri në 20 herë në ditë, ka raste që ata ndihen anksiozë, të stresuar gjë që shpesh i çon në gjendje depresive, apo të veçohen nga shoqëria, familja dhe të afërmit e tyre. Prishja e ciklit të gjumit është e zakonshme tek këta pacientë. Vlerësimet infermierore gjithashtu përfshijnë dhe vlerësimin e gjëndjes psikosociale të pacientit.

2.2 DIAGNOZAT INFERMIERORE

Bazuar në mbledhjen e të dhënave, diagnozat infermierore mund të përfshijnë:

- Alternimet në eliminimin e zorrëve, diareja, si pasojë e procesit inflamator të ndodhur.
- Alternimet në komfort, spazmat abdominale të shoqëruara me dhëmbje si rrjedhojë e rritjes së peristaltikes së zorrëve.
- Defiçiti i likideve dhe elektrolitëve, si pasojë e anoreksie, nauzes, të vjellave dhe diarese.

- Alternimet në ushqime, më pak se nevojat e organizmit, kjo si rezultat i anoreksisë dhe diareisë. Intoleranca në aktivitetet ditore si pasojë e lodhjes shpejtë dhe këputjes që ndjen pacienti.
- Ankthi dhe stresi që ka pacienti lidhur me operacionin.
- Mungesa e njohurive që posedon pacienti, rreth procesit dhe menaxhimit të sëmundjes.⁴⁴

2.3 QËLLIMI DHE PLANIFIKIMI I KUJDESJEVE

- Qëllimi madhor i pacientit mund të përfshijë sigurimin e një eliminimi normal të zorrëve të pacientit ,
- reduktimin e dhimbjeve dhe spazmave abdominale,
- parandalimin e defiçitit të likideve dhe elektolitëve,
- mbajtja e një ushqimi optimal,
- shmangien e dobësive trupore të pacientit,
- të ankthit,
- dhënia e një informacioni të saktë pacientitë rreth sëmundjes dhe mënyrës së menaxhimit të saj, kjo për të plotësuar disi defiçitet e njohurive që ka pacienti.

2.4 VEPRIMET INFERMIERORE

- Eliminimi i feçeve. Për këtë infermiera shikon nëse ka një lidhje midis diareisë dhe inkontinences për feçet, aktivitetit dhe stresit emocional. Ndonjë nga faktorët përshpejtues duhet të kihet parasysh, ashtu siç duhet të kihet parasysh, frekuenca e defekimit , konsistenca e materieve fekale dhe sasia e tyre.
Kujdesemi që pacienti të defekoj në tualet, ose në pamundësi në uturak, por gjithmonë duke u kujdesur për të ruajtur një higjenë të lartë.
Antidiarrikët aplikohen sipas përshkrimit të mjekut dhe ndërkohë shënohet dhe raportohet me kujdes sasia dhe frekuenca e defekimit pas fillimit të terapisë. Pushimi në shtrat është i rekomanduar sepse ndihmon në rritjen e peristaltikës së zorrës .

⁴⁴ E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane. Infermieristika Në Specialitete. Tiranë 2005:413

- Lehtësimi i dhimbjeve. Infermiera shenonë karakterin e dhimbjes si një dhimbje djegëse, besdisëse apo e herpasëshme me staza abdominale. Gjithashtu ajo i bën pyetje të tilla për të evidentuar natyrën e dhimbjes si: nëse këto dhimbje fillojnë para apo pas ushqimit, gjatë natës apo para procesit të defekimit? Dhimbja është konstante apo e ndërprerë? A arrihet të qetësohet kjo dhimbje me marrjen e medikamenteve. Medikamentet antikolinergjike jepen sipas udhëzimeve të mjekut, 30 minuta para ushqimit për të ulur peristaltikën e zorrëve, kurse analgjezikët jepen sipas nevojave të pacientit dhe në varësi të intensitetit të dhimbjes. Dhimbja mund të reduktohet dhe duke ndryshuar vazhdimisht pozicionin, aplikimi lokal i të nxehtëve; nga aktivitete të ndryshme si dhe duke shmangur lodhjen.
- Sigurimi i likideve. Për të korrigjuar mungesën e likideve i jepen pacientit një sasi e mjaftueshme likidesh si në rrugë orale dhe në atë parenterale, por gjithmonë duke pasur parasysh dhe sasinë e likideve që pacienti eliminon (kjo nëpërmjet urinimit, feçeve të ujshme, të vjellave si dhe nga drenat e plagës). Peshat trupore e pacientit matet çdo ditë sepse nëpërmjet saj bëhet një kontroll i rregullt dhe i saktë i sasive që pacienti mund të humbas apo të fitojë.
- Infermiera bën vlerësimin për shenja të humbjes së likideve; si lëkurë dhe membrana të thata, rënie të elasticitetit të lëkurës, oliguri, lodhje, temperaturë të ulët trupore, rritje të nivelit të hematokritit, rritje të gravitetit të urinës së nxjerrë nga hypotensioni.
- Infermiera nxit dhe inkurajon pacientin në drejtim të shtimit të marrjes së likideve orale dhe ndërkohë regjistron sasinë e likideve të dhëna me rrugë parenterale. Në masat kryesore që përdor infermiera në parandalimin e diareisë janë: një dietë e rregullt dhe rigoroze: reduktimi i stresit: dhe administrimi i medikamenteve antidiareike.
- Menaxhimi i ushqimit. Nëpërmjet një ushqimi total parenteral, infermiera arrinë të sigurojë një marrje likidesh dhe eliminim të tyre në sasi normale, duke mbajtur ndërkohë në kontroll dhe peshën e pacientit.
- Pacienti gjatë terapisë duhet të shtojë deri në 0,5 kg për ditë. Gjatë kësaj terapie infermiera bën testimin e urines duke e parë për praninë e sheqerit, acetonit dhe vlerësimin e gravitetit specifik të saj për çdo ditë.

Elementet ushqimore të cilat janë të larta në përmbajtje proteine, dhe të varfër në yndyrna janë të këshillueshme të përdoren pas ndërprerjes së terapisë për faktin se këto janë produktet e para që thithen absorbohen në jejunum duke mos stimuluar sekrecionet intestinale dhe lejon në këtë mënyrë zorrët të jenë në pushim.

- Në qoftë se pacienti arrin ti toleroj ushqimet e marrra nga goja, atëherë i jepen sasi të vogla ushqimi dhe në interval kohe të shpeshta në mënyrë që të parandaloj mbingarkesën në stomak dhe të nxisin peristaltiken e zorrëve. Aktivitetet janë të limituara për arsye që të ruhen energjitë e pacientit, uljen e peristaltikës dhe limitimin e hargjimit të kalorive.
- Pushimi .Periodha të vazhdueshme pushimi gjatë ditës, janë të rekomanduara ndërkohë që aktivitetet e shumta janë të kufizuara për vet faktin sepse pacienti nuk duhet të hargjojë shumë energji. Aktivitetet brenda një limiti të caktuar sipas kapacitetit të mundësive të pacientit janë të lejuara dhe të inkurajuara sepse në këtë mënyrë ai nuk do ta ndjejë veten si një person i pavlerë apo si invalid.
- Pushimi apo qëndrimi në shtrat janë të këshilluara për pacientet që janë në gjendje febrile, që kanë diare të vazhdueshme ose/dhe hemoragji.
- Ushtrimet aktive janë të inkurajuara për ata persona që janë të detyruar të qëndrojnë në pushim shtarti dhe kjo për të ruajtur tonusin muskular dhe për të parandaluar komplikacionet tromboembolike, dekubituset etj. Limitimi i aktivitetit janë të vlerësuara nga personeli dhe modifikohen dite pas dite.
- Reduktimi i ankthit. Me pacientin krijohen raporte të tilla: duke qenë të këndshëm, të qetë dhe konfident. Gjenden moment të caktuara për pacientin që tu përgjigjemi pyetjeve të tyre dhe të lejojme që të shprehin ndjenjat që ata kanë. I dëgjojmë me vëmendje dhe mundohemi të jemi sensitive në shprehjet joverbale të ankthit (axhitim, shprehje faciale e tensionuar). Pacienti mund të jetë i deprimuar emocionalisht dhe kjo pikërisht për arsyet e vetë gjendjes së tij shëndetësore, kështu që informacionet rreth operacionit që ai do ti nënshtrohet duhet të jepen në varësi të nivelit të pacientit, pra sa mund të jetë ai në gjendje të kuptoj, por dhe njëkohësisht dhe nga dëshira që ka për të mësuar detajet. Disa persona dëshirojnë që të marrin një informacion shumë të detajuar, sepse në këtë mënyrë ata mund të lehtësojnë ankthin dhe gjëndjen e tyre shpirtërore, ndërsa të tjerë nuk kanë dëshirë në marrjen e informacioneve të tilla.

- Në disa raste pacienti mund të ndihet i braktisur apo i izoluar, pa shpresë, jashtë kontrollit për këtë arsye atij duhet ti ofrohet një mbështetje emocionale dhe mirëkuptim. Pacienti mund të paraqitet si një tip i vështirë dhe i nevrikosur duke manifestuar përgjigje jo normale kundrejt stresit si dhe të mbyllur në vetvete.
- Infermiera duhet të jetë e pëgaditur në vetvete dhe të kuptojë që sjelljet e pacientit mund të indukohen nga faktorë të shumtë të cilat vënë në pah ndryshimet emocionale të pacientit.
- Ndonjë pacient i cili mund të jetë duke vuajtur nga diskomforti i shkaktuar nga defekimet e shumta dhe të shpeshta apo dhe dhembje rektale (anale) është anksioz, i depresuar dhe mund të kalojë dhe në gjendje depressive. Kështu që është shumë e rëndësishme zhvillimi i marrëdhënieve të mira me pacientin në mënyrë që ai të kuptojë qartë që atij po i ofrohet një mbështetje emocional dhe në këtë mënyrë ai ta pranojë këtë mbështetje. Rekomandoheni pacientin masat apo teknikat për reduktimin e stresit : si teknikat relaksuese, ushtrimet e frymarrjes etj.⁴⁵

2.5 EDUKIMI I PACIENTIT DHE KUJDESI NË SHTËPI

- Vlerësoni njohuritë që posedon pacienti rreth sëmundjes dhe sidomos vlerësoni nevojën që ai ka për të marrë sa ma shumë njohuri të tjera rreth sëmundjes dhe menaxhimit medikal dhe intervenimit kirurgjikal. Kontrolli mental i pacientit është i domosdoshëm sidomos kur kemi të shfaqur shkakun e acarimit. Sigurojini pacientit informacion të saktë rreth menaxhimit të ushqimit. Një dietë e pasur me proteina, kalori dhe vitamina si dhe një ushqim i ushqyeshëm dhe i shijshëm, do të lehtësonte simptomat dhe do të pakësonte ritmin e diuresës. Pacientit i shpjegohet qëllimi i përdorimit të steroideve, agjentëve antiinflamator, medikamenteve antibakteriale dhe antidiareike si dhe antispazmatikët. Theksoni që medikamentet duhet të merren sipas përshkrimit dhe udhëzimit të mjekut dhe nuk duhet të ndërpriten menjëherë (veçanërisht steroidet, të cilat mund të shkaktojnë probleme serioze nëse ndërpriten në mënyrë të menjëhershme).

⁴⁵ E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dervishi, V. Zana, V. Mane. Infermieristika Në Specialitete. Tiranë 2005 :414

- Nëse ndërhyerja kirurgjikale është planifikuar për pacientin atëherë infermieria ja shpjegon atij procedurat e kujdesit pre dhe postoperator. Pacientët të cilët janë trajtuar ambulatorisht ,kanë nevojë të kuptojnë se sëmundja e tyre mund të jetë trajtuar apo kontrolluar dhe se ata mund të kenë një jetë të shëndetshme midis acarimeve. Gjatë periudhës së rekoaleshencës ,pacientet inkurajohen të pushojnë sipas nevojave të veta dhe të modifikojn apo alternojnë aktivitetet e tyre në varësi të energjive që posedon secili.
- Pacientët këshillohen të kufizojnë dhe përkujdesjet e tyre në shtëpi (sidomos pacienteve femra u këshillohet që të mos merren shumë me punët e shtëpisë) dhe sidomos të mos përdorin shumë fshesën me korent sepse pozicioni që merr trupi gjatë përdorimit të fshese me korent do të dëmtonte muskujt e poshtëm abdominal.Pacienti duhet të flejë në një dhomë e cila mundësisht duhet të jetë e pajisur me një taulet(ose ta ketë afër) për shkak të defekimeve të shpeshta (10-20 herë në ditë) që e shqetësojnë pacientin.
- Pacientët që trajtohen ambulatorisht kanë nevojë të marrin sa më shumë informacion rreth medikamenteve të cilat do ti përdorin(si emrin e ilaçit,dozën, efektet anësore,frekuencën e administrimit)si dhe rëndësinë e dhënies së tyre në orarin e duhur.
- Modifikimet dietetike mund të kontrollojnë por jo të kurojnë sëmundjen.Një dietë e pasur me kalori,vitamina dhe proteina është e rekomanduar,veçanërisht gjatë fazes akute.
Pacientët duhet të marrin një informacion të saktë rreth ushqimeve të cilat irritojnë zorrët dhe ti heqin ato nga dieta apo regjimi i tyre ushqimor.
- Vetë natyra e dekursit të sëmundjes shkakton ndryshime në familjen si dhe në rezervat financiare.Mbështetja familjare është vitale por, në disa raste disa familjarë paraqesin shenja të tilla si lodhje,nërvozizem,axhitim dhe madje në disa raste dhe shenja agresiviteti.Në këto raste nuk ndihen më në gjendje që të vazhdojnë më tej “luftën” kundër sëmundjes së tyre, gjë që është shumë e rëndësishme për pacientin.
- Shumë persona nuk do të donin të shoqëroheshin me njerëz të tjerë kjo për arsye të frikës apo të turpfit.Shumë preferojnë të hanë vetëm.Për faktin se ata e ndjejnë që e kanë humbur kontrollin mbi eliminimin ,mendojnë se njëkohesishtë kanë

humbur edhe kontrollin mbi të gjitha aspektete tjera të jetës së tyre. Ata kanë nevojë që të njohin dhe trajtojnë frikën dhe frustracionin e tyre.⁴⁶

2.6 VLERËSIMI DHE REZULTATET E PRITSHME

1. Pacientët raportojnë një ulje të frekuencës së manifestimeve diareike:

- a) Riorganizohet një lidhje bazike midis ushqimeve kryesore, aktivitetit ose stresit dhe eliminimit .
- b) Kryen aktivitete e këshilluara: aplikoni regjim/ pushim shtrati.
- c) Merr medikamentet sipas përshkrimit të mjekut.

2. Paraqet një eksperience dhembje më të pakët, pra e tolerueshme nga ana e pacientit

- a) Përdorimi i aktiviteteve diversionale për të ulur ankthin dhe dhimbjen.
- b) Merrn antikolinergjikët para ushqimit.
- c) Merrn analgjezikët sipas nevojave të pacientëve.

3. Ruajtja e balancit të likideve

- a) Merrn 1-2 litra likide oral çdo ditë.
- b) Temperatura trupore mbahet në shifra normale.
- c) Turgori i lëkurës është adekuat si dhe membranat mukoze.

4. Mbahet një ushqim optimal

- a) Pacienti toleron ushqime frekvente me sasi të vogël pa fenomene diareike.
- b) Shoqërimi me një terapi të plotë ushqyese në rrugë parenterale.
- c) Të eliminohen disa nga ushqimet dhe pse mund të jenë bazike, nëse është e nevojshme.

5. Shmangen manifestimet apo episodet e shënjavave të lodhjes

- a) Pacienti pushon periodikisht gjatë ditës.
- b) Kryen udhëzimet për një qëndrim të përshtatshëm në shtrat.

⁴⁶ E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane. Infermieristika Në Specialitete. Tiranë 2005: 115

- c) Kryen ushtrimet e nevojshme sipas përshkrimit.

6. Pacienti ndihet më i qetë dhe më pak ansioz.

- a) Diskuton shqetësimet dhe problemet që ka.
- b) Përshkruan procedurën kirurgjikale sipas mënyrës së vet.
- c) Pyet për tu lidhur me mjekun përkatës të stomive.

7. Pacienti arrinë të kuptojë qartë procesin e sëmundjes.⁴⁷

- a) Arrin të modifikojë dietën për të ulur ritmin e diarsës.
- b) Mban në rregull trajtimin medikamentoz,
- c) Përshkruan intervenimet e mundshme kirurgjikale.

⁴⁷ E, Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çela, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane. Infermieristika Në Specialitete . Tiranë 2005 :416

5. PËRFUNDIMI

Gjatë analizimit të këtij punimi kuptuam se sëmundja prek të gjitha grupmoshat , duke treguar kështu se mosha nuk luan ndonjë rol me rëndësi në shfaqjen e sëmundjes.

Studimet më të hershme kanë sugjeruar një mbizotërim të sëmundjes te femrat por gjatë viteve të fundit ka pasur një ndryshim të vogël ndërmjet meshkujve dhe femrave.

Shkaktarët nuk janë të njohur .Egziston predispozita familjare,por krahas kësaj rëndësi të madhe në paraqitjen e sëmundjes ka edhe autoimuniteti .

Haset më shpesh në zonat urbane se në ato rurale.

Është më e dendur në popullsitë me nivel më të larte social-ekonomik.

Sëmundja është e kontrollueshme , kërkon një terapi mbajtëse , kontrole periodike ndihmë dhe mbështetje familjare ,shoqërore dhe kujdes të mirfilltë shëndetësor duke mundësuar një jetë normale pa pengesa në aktivitet jetësore.

6. A) REZYME

Koliti ulçeroz është sëmundje ulçero-inflamatorë dhe hynë në kuadër të Sëmundjeve Inflamatorë Kronike të Zorrëve (IBD), kryesisht prekë rektumin por mund të shtrihet edhe proksimalisht duke përfshirë në shkallë të ndryshme edhe pjesët e tjera të kolonit. Trajtimi dhe mbikqyrja e tij e vazhdueshme parandalon shumë komplikime që rezultojnë nga vet natyra e sëmundjes, dhe koliti ulçeroz i pa trajtuar.

Përmes këtij punimi kam arritur të grumbullojë të dhëna në lidhje me karakteristikat epidemiologjike të sëmundjes siç janë gjinia, mosha, shtrirjen gjeografike, popullsinë, gjendjen socio –ekonomike duke përdorur metodën e rishikimit të literaturës.

Studimet më të hershme kanë sugjeruar një mbizotërim të sëmundjes tek femrat por gjatë viteve të fundit ka pasur një ndryshim të vogël ndërmjet meshkujve dhe femrave. Mosha më e shpeshtë e fillimit të sëmundjes është ndërmjet moshës 20-40 vjeçare, por sëmundja mund të shfaqet në të gjitha moshat, që nga muajt e parë të jetës deri në të tridhjetat .

Haset më shpesh në zonat urbane se në ato rurale. Është më e dendur në popullsitë me nivel më të lartë social-ekonomik.

Ndër popullsitë që preken më shpesh janë Hebrenjtë,, me një incidence 3,66 për 100 000 banorë , me prevalencë 37,4 për 100 000 .

Fjalët kyçe :Koliti ulçeroz ,epidemiologjia,gjinia,mosha.

B) SUMMARY

Ulcerative colitis is an ulcer-inflammatory disease and is part of the Chronic Inflammatory Bowel Syndrome (IBD). It affects the rectum but may extend proximally to varying degrees including the other parts of the colon. Its continuous treatment and monitoring prevent many complications that result from the very nature of the disease, and the untreated ulcerative colitis.

Through this paper I have managed to collect data on the epidemiological characteristics of the disease such as gender, age, geographic extent, population, socio-economic situation using the literature review method.

Earlier studies have suggested a prevalence of disease among women but in recent years there has been a slight difference between males and females. The most frequent age of the onset of the disease is between 20-40 years old, but the disease may appear at all ages, from the first months of life to the age of thirty. It is most common in urban areas than in rural areas. It is more densely populated with higher socio-economic populations. Among the most affected populations are the Jews, with an incidence of 3.66 per 100,000 inhabitants, with a prevalence of 37.4 per 100,000.

Key words: Ulcerative colitis, epidemiology, gender, age.

7. LITERATURA

Azemi M, Ismaili-Jaha V. Pediatria dhe kujdesi infermieror. Prishtinë. 2016

Townswed Beauchamp Evers Mattox. Traktati i Kirurgjisë. Sabiston.

David A, Warrell, Timothy M, Cox, John D, Firth dhe Edward J, Benz, Jr. Traktati i Oksfordit Për Mjekësinë.

Stephen J, McPhee, William F, Ganong “ Fiziopatologjia e semundjeve. Njohje me Mjekesine Klinike. 2014.

Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur. Anatomia me orientim klinik. 2014

Resuli B, Prifti S, Bibolli I, Kajo I, Jovan Basho, Babameto A. Gastroenterologjia. 2000

Robert M, Kliegman, Hal B, Jeneson, Richard E, Behrman, Bonita I, Stanton. Manuali Nelson i Pediatriisë. Tabernakul :2013

Kryeredaktor John Noble, Redaktor ne karrier Herry L, Greene, II Wendy Levinson, Geoffrey A, Modest, Cynthia D, Mulrow, Joseph E, Scherger, Mark J, Young. Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor. 2013

Goldman, Ausiello. Traktati Mjekësor i Cecelit. Tabernakul, 2013.

Rakel. Traktati Mjekësisë së Familjes. 2013.

Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Parimet e Mjekësisë Interne HARRISON. Prishtinë. 2013.

E, Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami, Lelçaj, M. Çela, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane. Infermieristika në Specialitete. Tiranë. 2005.

<https://www.wikipedia.org/wiki/Koliti>

<http://www.tiranaobserver.al/koliti-moshat-e-rrezikuara-faktoret-simptomat-dhe-kurimi/>

8. CV E KANDIDATES

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Mirlinda Batusha
Datëlindja	05.11 .1994
Gjinia	Femër
Nr.personal	1234269506
Të dhënat kontaktuese:	
Adresa	“Lagjja e dëshmorëve të kombit Baballoqë”
Emaili	mirlindabatusha3@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit :	
Shkolla e mesme e lartë	Shkolla e Mesme e Lartë “HYSNI Zajmi “ Gjakovë
Univesiteti	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Drejtimi	Infermieri e Përgjithshme
Statusi	E rregullt
Numri i ID Kartelës	140306030