

KOLESTAZA U TRUDNOĆI

Žižić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:405966>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-24**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Ana Žižić

KOLESTAZA U TRUDNOĆI

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVA

Ana Žižić

KOLESTAZA U TRUDNOĆI

Završni rad

Mentor:

Doc. dr. sc. Marko Vulić

Split, 2014.

KAZALO:

1. UVOD	1
1.1. Definicija	3
1.2. Etiologija i epidemiologija	3
1.2.1. Etiologija	3
1.2.2. Epidemiologija	4
1.3. Kliničke manifestacije	4
1.4. Dijagnoza	5
1.5. Prognoza	5
1.5.1. Majčinski ishod	5
1.5.2. Fetalni ishod	6
1.6. Nadzor trudnoće	6
1.7. Liječenje	7
1.8. Porod	8
1.9. Zdravstvena njega	8
2. CILJ RADA	10
3. PRIKAZ PRIMALJSKE SKRBI.....	11
3.1. Uloga primalje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	11

3.2. Uloga primalje u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti	13
3.3. Plan zdravstvene njege kod trudnice s kolestazom	15
3.3.1. Primaljske dijagnoze kod trudnica s kolestazom	16
3.3.2. Primaljske intervencije kod trudnica s kolestazom	17
3.3.3. Žučna dijeta	18
4. RASPRAVA	20
5. ZAKLJUČAK	23
6. SAŽETAK	24
7. SUMMARY	25
8. LITERATURA	26
9. ŽIVOTOPIS	28

Rad je ostvaren na Katedri za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta u Splitu

.Voditelj rada: doc. dr. sc. Marko Vulić, dr. med.

Rad sadrži :

28 stranica

2 tablice

1 sliku

Zahvaljujem svima koji su mi pomogli u izradi ovog rada:
mentoru doc. dr. sc. Marku Vuliću na strpljenju, pomoći i usmjeravanju kod pisanja rada,
mojoj obitelji te prijateljima i kolegama na podršci i razumijevanju.

1. UVOD

Jetrene bolesti koje se javljaju u trudnoći mogu biti uzrokovane trudnoćom ili nastati kao posljedica bolesti jetre koja je postojala i prije. Najveći broj jetrenih bolesti se javljaju u kasnom drugom ili trećem tromjesečju trudnoće. Za vrijeme trudnoće dolazi do porasta intravaskularnog volumena plazme (40-50%) s vrhuncem u 34. tjednu trudnoće. Protok krvi kroz jetru je normalan, a veličina jetre se u trudnoći ne mijenja. Zbog povećanog volumena krvi, hematokrit, urea, albumini i ukupna razina proteina se smanjuju. Jetreni enzimi aspartat aminotransferaza (AST), alanin aminotransferaza (ALT), gamaglutamil transferaza (GGT), laktat-dehidrogenaza (LDH) i bilirubin ostaju isti ili su oko 20% niži od normalnih vrijednosti, a alkalna fosfataza (ALP) raste do tri puta više od normalne zbog funkcije posteljice. Kolesterol i trigliceridi povećavaju se u urednoj trudnoći, a nakon poroda se vraćaju na normalne vrijednosti.

Tablica 1. Jetrene funkcije i trudnoća

(Preuzeto iz Dražančić, A. i sur. Porodništvo. Školska knjiga. Zagreb.1999.)

	Izvan trudnoće	U trudnoći
bilirubin	2-17 mmol/L	ne mijenja se
transaminaze	7-40 IJ/L	ne mijenja se
protrombinsko vrijeme	12-14 s	ne mijenja se
ukupni proteini	65-80 g/L	smanjeni
albumini	35-55 g/L	smanjeni
globulini	30-50 g/L	povišeni
fibrinogen	2-4 g/L	povišen
kolesterol	4-6,5mmol/L	povišen
trigliceridi	1,5 mmol/L	povišeni
alkalna fosfataza	30-130 IJ/L	povišena

Trudnoća i porod su prirodni procesi koji u oko 80% slučajeva proteknu bez, a ostatak s komplikacijama. Rizična trudnoća je ona u kojoj postoje okolnosti koje remete njen prirodan tijek. U rizičnim trudnoćama očekuje se veća mogućnost nastanka ozbiljnih komplikacija pa takve trudnoće zahtijevaju poseban režim opstetričkih kontrola s obzirom na učestalost, opseg i specifičnost pretraga(2). Svaka trudnoća komplicirana kolestazom smatra se rizičnom trudnoćom jer je povezana s većom učestalošću prijevremenog porođaja, fetalnog distresa (CTG zapis koji upućuje na moguću fetalnu patnju), smrti i povećanom sklonosti krvarenjima u trećem i četvrtom porođajno doba. Te trudnice treba obraditi, uzeti temeljitu anamnezu, učiniti fizikalni pregled, provjeriti je li uzimala kakve lijekove ili bila izložena otrovima te utvrditi trajanje trudnoće. Treba učiniti laboratorijske testove uključujući nalaz kompletne krvne slike, testova jetrene funkcije, zgrušavanja krvi, ureje, kreatinina, urata i biokemijsku analizu urina.

1.1 Definicija

Intrahepatička kolestaza je poremećaj funkcije jetre u trudnoći. Sindrom intarhepatičke kolestaze u trudnoći prvi put je opisan u 19. stoljeću (1). Prvi je opisao Ahlfeld 1883. godine kao svrbež i žuticu u zadnjem tromjesečju trudnoće koja je nestala nakon porođaja. Naziva se još i opstetrička kolestaza, ponavljana žutica, svrbež, žutica te idiopatska žutica u trudnoći(3). Neki autori su je opisali čak i u samom početku trudnoće, od 6. do 10. tjedna, i to uglavnom kod višeplođnih trudnoća(3).

Javlja se najčešće u drugom i trećem tromjesečju trudnoće, i simptomi spontano nestaju tijekom babinja, najčešće u prva dva ili tri tjedna nakon porođaja. Laboratorijske pretrage kojima se dokazuje kolestaza su povišene aminotransferaze i bilirubin, te razina žučnih soli u serumu (4).

1.2 Etiologija i epidemiologija

1.2.1 Etiologija

Etiologija intrahepatičke kolestaze u trudnoći je još uvijek nerazjašnjena. Učestalost je 1-2 na 1000 trudnoća, a češće se javlja u višeplođovim trudnoćama i kod žena s već utvrđenim bolestima jetre. Postoje brojne teorije koje povezuju poremećen metabolizam žuči s hormonima, prije svega estrogena i progesterona, kao i s genetskim mutacijama. Mnoga istraživanja su došla do istog zaključka da je genska mutacija zaslužna za disfunkciju membrana bilijarnog sustava i hepatocita jetre. Ove promjene utječu na protok žuči kroz bilijarni sustav kanalića rezultirajući zastojem i povećanim laboratorijskim vrijednostima u serumu trudnice (4). Uzimajući u obzir rezultate brojnih istraživanja, može se doći do zaključka da su takve žene osjetljive na hormonalne i

okolišne okidače. Ovakav zaključak bi mogao objasniti veću pojavnost kolestaze u drugom i trećem tromjesečju trudnoće, kada su vrijednosti estrogena i progesterona visoke, kao i pojavnost u višeplođovih trudnoća (3).

1.2.2 Epidemiologija

Udio oboljelih u populaciji (prevalencija) je uvjetovana i geografskim položajima, veća prevalencija je u skandinavskim zemljama i Južnoj Americi. Najviša stopa je zabilježena u Boliviji i Čileu, posebno kod Araucanos Indijanaca gdje je učestalost kolestaze u trudnoći 28% i kod Aimara Indijanaca 14% (3).

1.3 Kliničke manifestacije

Svrbež je klinički simptom intrahepatičke kolestaze u trudnoći (3). Jačina svrbeža varira za pojedine trudnice, pa tako može biti blag ili izražen u toj mjeri da uvelike umanjuje kvalitetu života. Izražen je noću najčešće po stopalima i dlanovima. Svrbež je proporcionalan vrijednostima žučnih kiselina (6).

Klinička žutica je rijetka, a javlja se u približno 10-15% trudnica s kolestazom, a ako se i pojavi, bude blaga s razinama bilirubina koje rijetko prelaze 100 $\mu\text{mol/l}$ (6).

Mogu se javiti, iako rijetko, i simptomi kao anoreksija, slabost i bol u trbuhu. U težim slučajevima kolestaze znaju se javiti mučnina i nelagoda pod desnim rebrenim lukom. Također jedan od rjeđih simptoma je steatoreja koja je teoretski povezana s većim rizikom pojačanog postpartalnog krvarenja. Steatoreja dovodi do smanjene apsorpcije masnoća što rezultira deficijencijom vitamina K i posljedično poremećajem zgrušavanja krvi.

1.4 Dijagnoza

Svakoj trudnici koja se javi liječniku sa svrbežom, postavlja se sumnja na kolestazu. Sumnja se potvrđuje laboratorijskim testovima funkcije jetre, razinom žučnih kiselina i bilirubina u krvi. Razina žučnih kiselina može biti povišena čak i ako su testovi jetrene funkcije uredni. Također je poželjno napraviti ultrazvuk jetre, te serološke pretrage na citomegalovirus i Epstein-Barr virus, te markere hepatitisa. Konačna dijagnoza se postavlja na temelju povišenih vrijednosti žučnih kiselina, naravno uz isključenje drugih uzroka svrbeža i neurednih jetrenih funkcija (5).

Diferencijalna dijagnoza uključuje kožne bolesti, alergijske reakcije, svrbež vezan za trbušne strije, preeklampsiju, HELLP sindrom (multisistemna bolest, a obilježava je hemoliza, povišeni jetreni enzimi te niski trombociti), virusne hepatitise, koledokolitijazu, kronične bolesti jetre i hematološke poremećaje kao Hodginov limfom i policitemija rubra vera (3).

1.5 Prognoza

1.5.1 Majčinski ishod

Majčinska prognoza je dobra i simptomi se spontano povlače nakon poroda. U slučaju da se simptomi nastave i nakon poroda trebalo bi se razmisliti o drugim jetrenim bolestima, kao što su primarna bilijarna ciroza, primarni sklerozirajući kolangitis ili kronični hepatitis C koji mogu biti povezani s razvojem svrbeža u kasnoj trudnoći.

Vjerojatnost da se kolestaza ponovi u idućoj trudnoći je 45-70%, a ozbiljnost simptoma su raznoliki od slučaja do slučaja (4).

1.5.2 Fetalni ishod

Još uvijek je nejasan učinak kolestaze na zdravlje djeteta, pa tako studije dolaze do različitih zaključaka. Većina studija ipak pokazuje da je povećan rizik za prijevremeni porođaj (60%), mekonij u amnijskoj tekućini (do 27%), fetalnu bradikardiju (do 14%), distres (do 41%), te smrt (od 0,4-4,1%) posebno kad je povezana sa brzim rastom žučnih kiselina u serumu (8,9). Perinatalna smrt je povezana s akutnom akutnom letalnom anoksijom i petehijalnim krvarenjima u pleuri, perikardu i potrbušnici. Razlog ovome je najvjerojatnije toksičnost žučnih kiselina i njenih metabolita. Utvrđeno je da se pasaja mekonija povećava s višom razinom žučnih kiselina u serumu majke. Ovaj fenomen je uzrokovan laksativnim učinkom žučnih soli koji potiče aktivnost fetalnih crijeva, što rezultirala prolazom mekonija (3).

1.6 Nadzor trudnoće

U našim rodilištima je praksa trudnicu odmah hospitalizirati radi stalnog nadzora do porođaja. Nadzor stanja fetusa i liječenje trudnice s kolestazom uključuje sljedeće metode praćenja, i to po shemi:

- kontrola razine žučnih kiselina, aminotransferaza i bilirubina jednom tjedno
- praćenje fetalnog stanja putem metoda nadzora:

- o kardiokardigrafija svaki dan
- o ultrazvuk i obojani dopler jednom tjedno
- terapija lijekovima kako bi ublažili simptome kolestaze
- dijetalne preporuke u vidu žučne dijetete

Iako se pojava mekonija u amnijskoj tekućini, u svjetskoj literaturi opisuje kao moguća opasnost za dijete, kasna amniocenteza kod nas se radi rijetko, čak i u svrhu procjene zrelosti fetalnih pluća (10). Nadzor se sastoji u važnosti procjene rizika od preranog porođaja naspram rizika od iznenadne smrti in utero. Treba razmotriti i činjenicu da je indukcija porođaja povezana s većom učestalošću komplikacija kao što su operativno dovršenje trudnoće u odnosu na vaginalni porođaj (5).

1.7 Liječenje

Glavni cilj liječenja je ublažavanje majčinih simptoma i poboljšanje fetalnog ishoda, tj. snižavanje razine žučnih kiselina u serumu majke (3). Najučinkovitijom terapijom se smatra peroralna upotreba ursodeoksiholne kiseline uz primjenu vitamina K koji se u crijevu smanjeno resorbira, te kortikosteroida (deksametazon) koji normaliziraju biokemijske parametre jetrene funkcije, smanjuju svrbež te povoljno djeluju na ubrzano sazrijevanje fetalnih pluća. U prošlosti je korišten kolestiramin za liječenje ovog stanja, ali je dokazano da kolestiramin nije učinkovit kao drugi tretmani i potencijalno ima nuspojave kao što su blokiranje resorpcije vitamina K. Topikalna primjena sredstava s učinkom hlađenja, na bazi mentola i aloe vere, također znatno ublažuju svrbež. Ipak jedini način liječenja, do danas, je porođaj (6).

1.8 Porod

Svaku kolestatsku trudnoću se preporuča dovršiti u 37.-38. tjednu trudnoće (8,9,10,11). Indukciju porođaja u 36. tjednu, ili ranije treba uzeti u obzir kod težih slučajeva kolestaze, te sumnje na fetalni distres. Nedostatak indukcije poroda je veća učestalost dovršenja poroda operativnim putem. U smjernicama za opstetričku kolestazu za Veliku Britaniju 2006. navedeno je: "Ne postoji dovoljno podataka za podržati ili opovrgnuti popularnu praksu 'rane' (37.tj. gestacije) indukcije porođaja usmjerene na smanjivanje kasne intrauterine smrtnosti. Vrijeme i rizici porođaja trebali bi biti raspravljani na individualnoj osnovi "(11).

1.9 Zdravstvena njega

Zdravstvena njega trudnice s kolestazom provodi se kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite. Započinje dolaskom trudnice u ambulantu kod pojavljivanja prvih simptoma kolestaze, a nastavlja se potpunom dijagnostičkom obradom kroz specijalističko-konzilijarnu djelatnost. U slučaju potvrđivanja kolestaze trudnica se hospitalizira radi stalnog nadzora do porođaja. Nakon porođaja skrb o djetetu preuzima neonatolog.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti je važna uloga primalje u pravovremenom prepoznavanju rizične trudnoće te pružanju potrebnih informacija. Najopširnija je zdravstvena njega u kliničkom odjelu. Zdravstvena njega je prilagođena specifičnim potrebama trudnica s kolestazom. Zahtijeva poznavanje i razumijevanje bolesti, komplikacija i poteškoća. Specifična primaljska skrb kod trudnice s kolestazom

usmjerena je ublažavanju i rješavanju problema, te temelj je za ostvarenje cilja, ublažavanje simptoma i rađanje donešenog, živog i zdravoga novorođenčeta. Svakako je potrebno naglasiti važnost komplementarnog odnosa liječenja i zdravstvene njege. Primalja je samostalan član zdravstvenog tima, ima područje svog rada ali suradnja s ostalim članovima tima je neophodna.

2. CILJ RADA

Ciljevi rada su pokazati:

1. Definiciju kolestaze u trudnoći
2. Kliničku manifestaciju bolesti
3. Dijagnozu i prognozu bolesti
4. Nadzor i metode liječenja
5. Odnos između medicine i zdravstvene njege
6. Cjelovit pristup trudnici s kolestazom u trudnoći
7. Specifičnosti zdravstvene njege

3. PRIKAZ PRIMALJSKE SKRBI

Perinatalna zaštita obuhvaća razdoblje tijekom trudnoće, porođaja te 7 dana nakon porođaja, a dijeli se na antenatalnu, intrapartalnu i neonatalnu zaštitu. Osim redovnih kontrola, obavlja se i psihička priprema trudnice za porođaj. Trudnicu je potrebno upoznati s osnovnim znanjima o fiziologiji trudnoće i porođaja kao i o potencijalnim komplikacijama trudnoće. U perinatalnoj zaštiti najveće značenje pripada pružanju stručne pomoći, dobroj komunikaciji s roditeljima te uzajamnom povjerenju.

Antenatalna zaštita obuhvaća razdoblje od začeća do porođaja. Cilj antenatalne zaštite je obuhvaćanje svih trudnica dovoljnim brojem kvalitetnih pregleda. Provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite.

Intrapartalna zaštita obuhvaća razdoblje tijekom porođaja.

Neonatalna zaštita je razdoblje babinja, uspostavlja se laktacija i započinje proces involucije maternice i vraćanja cijelog organizma u prvobitno stanje.

3.1 Uloga primalje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Antenatalna zaštita na primarnoj razini se provodi u ginekološkim ambulantama te djelovanjem patронаžne službe. Uspjeh ovisi o osvještenosti stanovništva i mogućnostima zdravstvene zaštite. Zdravstveni odgoj ima presudno značenje te tom pitanju primalja treba pridati osobitu važnost. Važno je uputiti ženu na pregled čim posumnja na trudnoću. Prvi je pregled važan jer o njemu ovise svi planovi o daljnjoj

kontroli trudnice. U ovom razdoblju znatno bi pomogli materijali o trudnoći u obliku letaka i brošura (12).

Uloga primalje je vrlo važna. Nažalost, u našim prilikama još uvijek posao primalje svodi samo na pripremu trudnice za pregled.

Anamneza i fizikalni pregled su temelj pristupa trudnici. Uzimanjem osobnih podataka i anamneze dobivaju se podaci o zdravstvenom stanju žene, preboljelim ili postojećim bolestima, njezinoj obiteljskoj, socijalnoj i ekonomskoj situaciji. Navedeni podatci usmjerit će daljnje laboratorijske pretrage, s ciljem postizanja točne dijagnoze, koja je uvijek preduvjet za ispravno liječenje. Anamneza se može podijeliti na obiteljsku, osobnu i reproduksijsku. Pri uzimanju podataka primalja, kao i liječnik, mora pridobiti povjerenje trudnice. Anamneza nikako ne smije nalikovati na ispitivanje, već na miran i opušten razgovor bez obzira na opseg posla i žurbu u svakodnevnom radu. Bitno je da kontakt s trudnicom protječe u ugodnoj atmosferi, što nije teško postići, jer je trudnica najčešće vrlo motivirana da dobije potrebne upute.

Informacije koje primalja želi dobiti su važne informacije o obiteljskim uvjetima života, kao što su ekonomske i stambene prilike te o odnosima unutar obitelji. Ostali dio informacija odnosi se na prehranu trudnice, osobnu i higijenu okoline te načinu života, posebno ako je izložena pretjeranim fizičkim naporima.

Prije svakog pregleda primalja trudnici mjeri krvni tlak i tjelesnu masu, te kontrolira albumen u urinu. Priprema je za ginekološki i ultrazvučni pregled te je motivira da obavi i ostale pretrage koje predvidi liječnik. Sve dobivene vrijednosti se upisuju u trudničku knjižicu i karton. Preporuka je da trudnica tijekom uredne trudnoće obavlja

preglede prema sljedećem rasporedu: 1. pregled do 8. tj., nakon toga u 12., 16., 20., 24., 28., 32., 35., 37. i 39. tjednu trudnoće(2).

Kad primalja dobije cjelovit uvid u stanje i prilike trudnice, može dati potrebne zdravstveno-odgojne upute. Primalja nastoji na trudnicu djelovati smirujuće, da međusobni kontakt rezultira povjerenjem, da ocjeni koji je dio uputa važniji, jer previše informacija i uputa u jednom razgovoru neće imati puni učinak. Zato je stalna suradnja primalje iz ginekološke ambulante sa patronažnom sestrom izuzetno važna, i to ne samo u smislu komunikacije nego i u zajedničkom utjecaju na negativne činitelje ili stavove. Patronažna sestra u zdravstvenoj zaštiti trudnica u cjelosti može djelovati samo ako njen rad započinje već u suradnji sa stručnim timom iz ginekološke ambulante. S jedne strane, patronažna sestra dobiva upute iz ambulante, a s druge sama daje povratne informacije koje se odnose na bolesti u obitelji, socio-ekonomske prilike, te ponašanje i reakcije obitelji. Današnje stanje je takvo da patronažne sestre posjećuju trudnice svega 30%, dok babinjače posjećuju 95%. Prema dostupnim informacijama i iskustvu, gotovo je zaboravljena praksa prijave trudnica patronažnoj sestri od strane ginekoloških ambulanti(15).

3.2 Uloga primalje u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti

Primalja je dio tima u kojem se liječnik i primalja međusobno nadopunjuju u stvaranju međuljudskih odnosa s pacijenticom, koji će je motivirati da se redovito obraća zdravstvenoj službi, da surađuje u nadzoru i liječenju bolesti i da se pridržava zdravstvenih savjeta i uputa. Bitno je naglasiti da je iznimno važna dobra komunikacija unutar tima, kao i dobra uvježbanost i koordiniranost tima. Primalja je osoba od koje se

očekuje posredništvo i kojoj će se povjeriti. Znajući koliko je važno pridržavati se dobivenih savjeta i uputa, nakon što je trudnici određena dijagnoza i terapija, primalja može najbolje objasniti kako treba provoditi liječenje i propisanu terapiju, imajući u vidu sposobnost komunikacije (jezik, osobe s umanjenim sposobnostima, s tjelesnim oštećenjem, specifična stanja). Za uspješnu komunikaciju potrebna je obostrana motiviranost, otvorenost i iskrenost te međusobno poštovanje i povjerenje. Trudnici se treba obraćati s poštovanjem, naći dovoljno vremena, posvetiti joj pažnju, govoriti razumljivim jezikom. Bitno je da se liječnik i primalja dogovore i da se trudnici ne daju suprotne obavijesti.

Pacijentice često izjavljuju da su dobile premalo obavijesti o svojoj bolesti, da su te obavijesti nerazumljive i nejasne, da se njihove probleme ne shvaća ozbiljno, da se komunicira nerazumljivim govorom. Pacijentica primjećuje kako je primljena i pozdravljena od strane medicinskog osoblja. Ljubazan nastup veoma je važan u postupku ozdravljenja, kao i lijekovi i potrebni zahvati. Ponekad se, zbog nedostatka vremena, pri manjem broju zaposlenika, u lošim uvjetima prostora i opreme, pri velikom broju pacijentica i opterećenosti poslom, ne može pružiti onakva usluga kakvu bi zdravstveni djelatnici željeli pružiti pacijenticama i kojom bi one bile savršeno zadovoljne.

Obrazovanje trudnica s kolestazom važna je kako bi se, uz pomoć primalje, naučile nositi s problemima koji prate kolestazu (13). Primalja mora biti kompletna osoba kako bi mogla zadovoljiti visoke zahtjeve u procesu pomaganja i u uspostavljanju dobrih međuljudskih odnosa, što znači da mora poštivati svoju, ali i pacijentičinu osobu i to tako da ona to osjeti (14). Međusobni odnosi primalje i trudnice moraju se zasnivati na povjerenju, poštovanju, uvažavanju, usaglašavanju i dogovaranju. Primalja

pokazivanjem svoga znanja, samostalnosti, sigurnosti, smislom za zajedničko djelovanje s timom, s pojedincem i s okolinom stvara ozračje u kojem vlada povjerenje. Takvim pristupom potaknut će trudnicu da aktivno sudjeluje u procesu učenja, zdravstvenog odgoja i samoaktivacije u liječenju.

3.3 Plan zdravstvene njege kod trudnice s kolestazom

Svi problemi koje primalja tretira moraju biti donešeni zajedno i u suradnji s pacijenticom i prilagođeni njenim potrebama i motivacijom, a isto tako moraju biti provedeni u suradnji s timom. Ako su primarne intervencije savjetovanje i zdravstveno obrazovanje, onda ono mora biti prilagođeno pacijentici i njezinim potrebama kako bi obrazovanje bila učinkovito. Pri tom treba voditi računa o pacijentičnim spoznajnim sposobnostima i načinu učenja koji na nju ostavlja djelotvorniji dojam. Jednostavni, atraktivni i ilustrirani materijal, koji sadrži ključne obavijesti uveliko će pridonijeti obrazovanju trudnice i njezine obitelji. Proces primaljske skrbi je, kako u primarnoj tako i u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti logičan i sustavan pristup rješavanju pacijentičnih problema. Individualno i holistički se prolazi kroz četiri faze procesa zdravstvene skrbi:

- utvrđivanje potreba za zdravstvenom negom
- planiranje zdravstvene njege
- provođenje zdravstvene njege
- evaluacija učinjenog

Sve ovo zahtijeva školovanu i educiranu primalju spremnu da u svakom trenutku prihvati i odgovori na sve izazove u pružanju najkvalitetnije zdravstvene njege (15).

Tablica 2. Primjer plana zdravstvene njege

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Nesanica u/s noćnim svrbežom što se očituje izjavom pacijentice da se osjeća umorno i neispavano	Pacijentica će spavati svaku noć osam sati i biti odmorna i naspavana tijekom hospitalizacije.	- omogućiti pacijentici uobičajene postupke prije spavanja - omogućiti joj mirnu sobu - omogućiti joj sredstva koja je umiruju (novine, knjiga) - preporučiti pacijentici tuširanje prije spavanja - preporučiti joj korištenje losiona za tijelo s efektom hlađenja prije spavanja	Cilj postignut: Pacijentica je spavala cijelu noć i osjeća se odmorno i naspavano.

3.3.1. Primaljske dijagnoze kod trudnice s kolestazom

Najčešće dijagnoze su:

- Neupućenost u/s pomanjkanja znanja o bolesti

- Neupućenost u/s pomanjkanja znanja o dijagnostičkim pretragama
- Strah u/s neizvjesnim ishodom trudnoće
- Nedostatak znanja o žučnoj dijeti u/s neupućenosti o važnosti dijetalne prehrane
- Nesanica u/s noćnim svrbežom
- Poremećaj integriteta kože u/s odlaganjem žučnih soli u kožu

3.3.2. Primaljske intervencije

Najčešće intervencije su:

- ✓ pridobiti povjerenje pacijentice
- ✓ organizirati mjesto za razgovor i savjetovanje
- ✓ osigurati dovoljno vremena za razgovor
- ✓ omogućiti prostor za obrazovanje u bolničkim uvjetima
- ✓ podučiti trudnicu o bolesti
- ✓ dati joj pisani materijal o bolesti
- ✓ podučiti je da prepozna simptome kolestaze
- ✓ pojasniti joj postupke kod dijagnostičkih pretraga
- ✓ poticati pacijenticu na verbalizaciju tjeskobe
- ✓ iskreno i sigurno odgovarati na postavljena pitanja
- ✓ ukazati obitelji na pacijentičine strahove
- ✓ osigurati prisustvo supruga tijekom razgovora
- ✓ osigurati pacijentici emocionalnu podršku obitelji
- ✓ po potrebi osigurati razgovor sa psihologom ili svećenikom

- ✓ educirati pacijenticu o važnosti pridržavanja dijetalne ishrane
 - ✓ osigurati adekvatne pisane upute o pravilnoj prehrani i žučnoj dijeti
 - ✓ ispitati pacijentičine prehrambene navike
 - ✓ zajedno s pacijenticom sastaviti jelovnik
 - ✓ poticati je na disciplinu pri provođenju dijetetskih mjera
-
- ✓ omogućiti pacijentici uobičajene postupke prije spavanja
 - ✓ omogućiti joj mirnu sobu
 - ✓ omogućiti joj sredstva koja je umiruju (novine, knjiga)
 - ✓ preporučiti pacijentici tuširanje prije spavanja
 - ✓ preporučiti joj korištenje losiona za tijelo s efektom hlađenja prije spavanja
 - ✓ često procjenjivati stanje kože, posebno ugroženih mjesta
 - ✓ savjetovati unos tekućine u dozvoljenim količinama
 - ✓ preporučiti joj podrezivanje noktiju
 - ✓ prilagoditi postupke prema pacijentici

3.3.3. Žučna dijeta

U pravilnoj se prehrani preporučuje konzumacija ne više od 30% masnoća po dnevnom kalorijskom unosu., no, postoji niz bolesti i stanja u kojima se teško podnose masnoće, te se tada treba koristiti dijeta sa niskim sadržajem masnoća.

Kod kolestaze u trudnoći preporučuje se prehrana s manje masnoća jer pomaže pri ublažavanju simptoma. Kod smanjenog unosa masti jetra izlučuje manje količine žuči, a samim time pogoduje ublažavanju svrbeža jer se žučne kiseline ne odlažu u kožu (13). Dijeta je lagana i lako probavljiva, provodi se dok se stanje ne poboljša. Prehranom se

moraju zadovoljiti nutritivne potrebe trudnice. Preporuča se bijelo meso, piletina i puretina, te riba. Treba voditi računa kako se hrana priprema - potrebno je odvojiti sve vidljive masnoće s mesa, a ono se priprema kuhanjem, parenjem ili pirjanjem. Voće i povrće se može jesti svježe ili kuhano. Mlijeko i mliječni proizvodi nisu zabranjeni ali trebali bi biti nemasni ili s minimalnim udjelom mliječne masti (0,1-0,9%), dok jaja treba izbjegavati. Rafinirani šećer i slatkiše također treba izbjegavati, kao i kofein i čokoladu. Treba jesti češće, ali da niti jedan obrok ne bude preobilan.

4. RASPRAVA

Prvotna ideja ovog završnog rada je bila istražiti pojavnost kolestaze u trudnoći, a potom i načine liječenja u SAD-u. Nakon istraženog, ideja je bila usporediti načine i ishode liječenja u SAD-u i Hrvatskoj. U tu svrhu sam se učlanila na facebook stranicu „ICP care/itchy mum“ koja pruža vrijedne informacije i podršku trudnicama koje boluju ili sumnjaju da boluju od kolestaze u trudnoći.

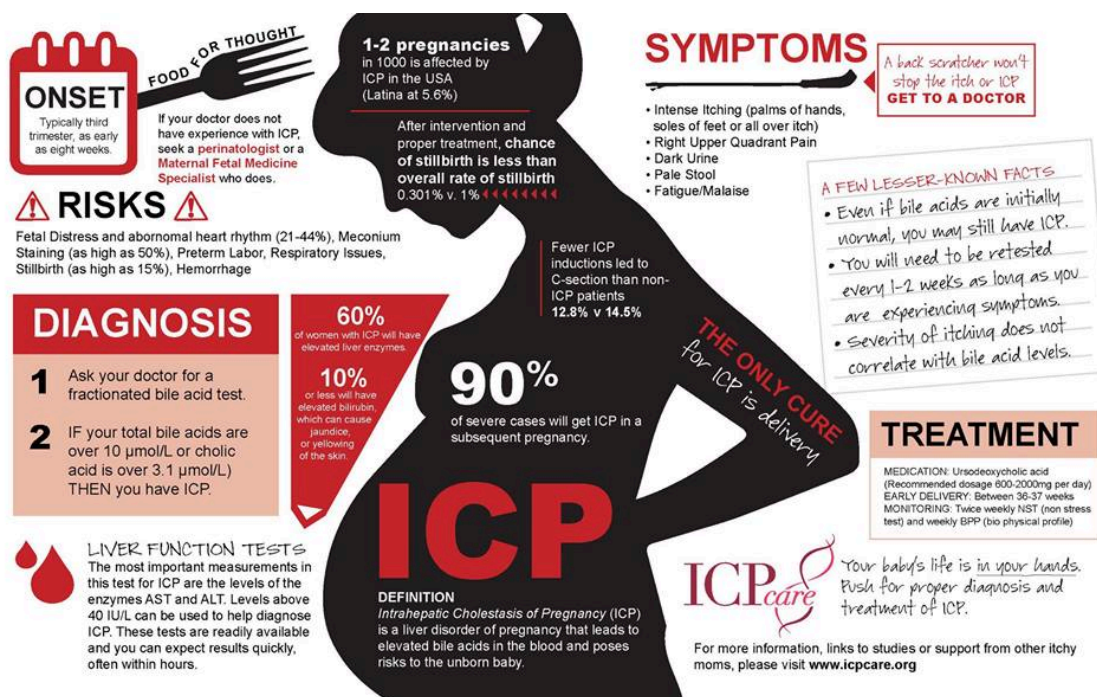
Istraživanje ovakvog tipa je zanimljiva ideja, ali zbog nedostatka podataka u ovoj raspravi ću navesti svoja zapažanja i zaključke do kojih sam došla prateći rad grupe.

Prvo što sam primjetila je da je pojavnost kolestaze veća nego u Europi, što u prilog ide podacima koji su već navedeni u ovome radu. Statistički podatci također navode veći morbiditet i mortalitet djece i trudnica. Smatram da je razlika uzrok drugačijeg funkcioniranja zdravstvenog sustava, gdje svaku trudnoću vodi i nadzire liječnik obiteljske medicine koji nije upućen u problematiku kolestaze. One trudnice kod kojih se postavi sumnja na kolestazu se upućuju kod perinatologa koji ih prati do poroda. Samo postavljanje dijagnoze se ne razlikuje previše od prakse u nas, uz izuzetak jedne laboratorijske pretrage, a to je ukupna žučna kiselina u serumu trudnice. Iako je pretraga jednostavna i jeftina, nije ekonomski isplativa u našim rodilištima radi male pojavnosti kolestaze u našim krajevima. Daljni tok poroda, tj. indukcije poroda se ne razlikuje previše od naše prakse, uz izuzetak indukcije Folley-im kateterom. Bez obzira što je razlika u tretiranju potvrđenih kolestatskih trudnoća veoma mala, ipak je velika razlika u fetalnom ishodu. Da li je to radi veće pojavnosti gdje se, statistički gledano, mora dogoditi veći broj lošijih fetalnih ishoda, ili radi same drugačije organiziranosti

zdravstvenog sustava? Odgovor na to pitanje nisam našla radi nejasnoće i nepotpunosti podataka koje su u grupi nude.

Zbog ovakvih razloga, u SAD-u se posvećuje velika pažnja obrazovanju i osvještenosti trudnica o postojanju i pravovremenom prepoznavanju kolestaze u trudnoći. Zanimljivo je da je 5. lipnja proglašen Danom osvještenosti za intrahepatičku kolestazu u trudnoći.

Na taj se dan organiziraju brojna predavanja i radionice koje imaju svrhu obrazovanja trudnica.



1. Letak grupe ICP care/itchy mum

(Preuzeto sa www.icpcare.org)

Može se zaključiti da je jako važno obrazovati trudnicu koja boluje od kolestaze o samoj dijagnozi, dijagnostičkim postupcima, liječenju i porodu. Primalja treba biti obrazovana da bi mogla pravovremeno prepoznati i reagirati na simptome bolesti, a ujedno i odgovoriti na sva pitanja trudnice.

Obveze primalje su redovito i trajno stručno usavršavanje, stjecanje novih znanja i vještina i čuvanje profesionalne tajne. Primalja se obvezala svojim zvanjem pružati zdravstvenu zaštitu, poštujući moralna i etička načela zdravstvene struke, na način da se nikada ne dovedu u pitanje život i zdravlje čovjeka.

5. ZAKLJUČAK

Intrahepatička kolestaza u trudnoći je bolest o kojoj se vrlo malo zna. S obzirom na takvo stanje trebalo bi djelovati u smjeru što ranijeg prepoznavanja bolesti i ublažavanju simptoma. Da bi se to uspjelo vrlo je važno da je zdravstveni tim, liječnik i primalja, obrazovan o činjenicama koje su poznate u svezi s spomenutom bolešću. Važno je naglasiti da nema utvrđenog protokola kojim bi se vodili u liječenju bolesti, stoga je važno da je trudnica upoznata sa svojim stanjem u smislu donošenja najbolje moguće odluke za dijete i nju.

Primalja je prva koja dolazi u kontakt s trudnicom i od velike je važnosti da uspostavi komunikaciju koja je otvorena i iskrena. Vrlo je važno da trudnica osjeća povjerenje i sigurnost u tom odnosu, te da se osjeća dovoljno opuštenom da postavlja pitanja o vlastitom stanju. Primalja mora znati odgovoriti na postavljena pitanja. Izuzev profesionalnosti, koja mora odlikovati svaku primalju, bitno je da bude empatična i osjetljiva na trudničine potrebe.

Sve navedeno se može postići jedino trajnom edukacijom. Primalja na taj način može ići u korak s vremenom prateći najnovije trendove pružanja primaljske skrbi, a sve u svrhu poboljšanja krajnjeg ishoda trudnoće. Redovito i trajno usavršavanje, kao i stjecanje novih znanja i vještina je obaveza svake primalje.

6. SAŽETAK

Intrahepatička kolestaza u trudnoći je poremećaj funkcije jetre u trudnoći. Osnovni simptom je generalizirani svrbež kože, kojeg prate povišene vrijednosti aminotransferaza, žučnih kiselina i bilirubina u serumu, a rijetko i žutica. To je poremećaj urednog toka žuči kroz bilijarni sustav najvjerojatnije uzrokovan hormonima; progesteronom i estrogenom. S obzirom da nema lijeka za ovo stanje od životne je važnosti stalni nadzor fetusa i trudnice. Liječenje se svodi na ublažavanje simptoma, a trudnoća se dovršava kada fetalna pluća dosegnu zrelost. U ovom radu je detaljno opisana problematika kolestaze u trudnoći te medicinske i primaljske intervencije za otklanjanje ili ublažavanje simptoma.

Oko 20% svih trudnoća spada u rizične trudnoće. Kolestatska trudnoća se smatra rizičnom. U takvim trudnoćama se očekuje veći postotak majčinskih i fetalnih komplikacija, stoga zahtijevaju učestaliju kontrolu nego uredne trudnoće. Trudnica treba biti upoznata u potpunosti sa svojim stanjem u svrhu donošenja najbolje moguće odluke za dijete i nju. Treba biti upoznata sa rizičnošću takve trudnoće kao i s pojačanim rizikom ponavljanja bolesti.

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 visokorizičnih trudnoća. *Medicina* 2005; 42: 37-48.
3. Pusch T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2007;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 više medicinske setre*. Klinička bolnica Split, Split, 1995.
13. Nichols A. Cholestasis of pregnancy. *Perinat Neonat Nurs* 2005; 19: 217-225.
14. Varoščić M. Izvori znanja u stjecanju zdravstvene kulture. Izdavački centar Rijeka, Rijeka, 1991.
15. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1994.

9. ŽIVOTOPIS

Ana Žižić rođena je 08.01.1985. g. u Splitu. Osnovnu školu završila je 1999. g. u Splitu, a 2003. g. srednju Zdravstvenu školu u Splitu, smjer primalja. Pripravnički staž je odradila 2004. - 2005. g. u KBC Split, te iste godine položila stručni ispit.

Od 2010.g. zaposlena u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split. Preddiplomski sveučilišni studij primaljstva upisala je pri Odsjeku zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu 2011. g. te nakon položenih ispita stekla pravo na pisanje i obranu završnog rada.