

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrusi

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**

**UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANË**

**DEPARTAMENTI I MORFOLOGJISE**

**DISERTACION**

NE MBROJTJEN E GRADES “DOKTOR I SHKENCAVE

MJEKESORE”

**TEMA**

**NDERLIDHJA MIDIS CRL DHE PESHES SE LINDJES**

**Doktoranti:**

**SONILA KAPAJ**

**Udheheqes shkencor:**

**Prof.Ass. Arben Mitrusi**

**Tirane, 2023**

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrush

Ndërlidhja midis CRL dhe Peshes se Lindjes

**REPUBLIKA E SHQIPERISE**  
**UNIVERSITETI I MJEKESISE TIRANE**  
**DEPARTAMENTI I MORFOLOGJISE**

# **DISERTACION**

*I PARAQITUR NGA*

**Znj. SONILA KAPAJ**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

# **DOKTOR**

**SPECIALITETI: OBSTETRIKË-GJINEKOLOGJI**

**TEMA: NDERLIDHJA MIDIS CRL DHE PESHES SE LINDJES**

MBROHET MË DATË 14 / 06 / 2023 PARA JURISË

1. Prof. Dr. Xheladin Çeka \_\_\_\_\_ KRYETAR
2. Prof. Dr. Drita Osmanlliu \_\_\_\_\_ OPONENTE
3. Prof. Asc. Mirela Risto \_\_\_\_\_ OPONENTE
4. Prof. Asc. Anila Kristo \_\_\_\_\_ ANETARE
5. Prof. Asc. Edite Sadiku \_\_\_\_\_ ANËTARE

## **I - PARATHËNIA**

Zhvillimi në teknologjinë imazherike ka mundësuar vlerësimin me detaje të fazave të ndryshme të hershme nëpër të cilat kalon embrioni dhe fetusit. Sa më shumë detaje të identifikohen, aq më e lartë është mundësia edhe e gjetjeve të anomalive të hershme strukturale në periudhën kohore nga javë e 11 deri e 14 e shtatzanisë.(1-5) Në disa raste edhe shenja më pak specifike, si translucënca nuchale mund të jetë shenja e parë e anomaliteteve strukturale ekzistuese, që indikojnë ekzaminime të mëtejshme me ultratinguj.(6)

Pacientet femra që e mirëpritën marrjen pjesë në studim, për të realizuar mbledhjen e të dhënave sipas qëllimit të studimit, u përfshinë në studim. Pas ekzaminimeve, pacientet femra u diagnostikuan mbi bazën e rrjedhës fiziologjike të shtatzanisë, duke u klasifikuar në bazë të statusit shëndetësor të përgjithshëm të nënës së ardhshme, si shtatzani normale dhe shtatzani patologjike (përcaktuar nga kriteret ndarëse përkatëse). Çdo ndryshim nga norma u shoqëruar me analiza shtesë me qëllim dokumentimi. Pacientet iu nënshtruan ndjekjes rutinë të shtatzanisë në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë, Fier. Në fund të shtatzanisë iu nënshtruan përsëri regjistrimit të të dhënave që kishin të bënin me mënyrën e lindjes dhe me peshën në lindje të bebit. Mostra e pacienteve ishte një pjesë nga pacientet që u paraqitën në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë, Fier, periudha kohore janar 2011 - janar 2018.

## **II – PËRMBAJTJA**

### **KAPITULLI 1 – PJESA E PËRGJITHSHME**

#### **PËRMBAJTJA**

<b>Kapitulli 1</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Hyrje</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Lënda dhe qëllimi i punimit</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1. Pesha e lindjes, faktorët që ndikojnë</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2. Lindjet prematurë, faktorët që ndikojnë</b>	<b>16</b>
<b>KAPITULLI 2 – PJESA SPECIFIKE</b>	
<b>Kapitulli 2</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Burimet e të dhënave dhe metodat e kërkimit</b>	<b>22</b>
<b>2.2. Analiza e të dhënave (dokumentimi)</b>	<b>24</b>
<b>Kapitulli 3 Metodika e studimit</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Informimi i Pacientit</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Statusi shëndetësor i pacienteve shtatzane, fletë analizat e nevojshme</b>	<b>26</b>
<b>3.3. Shtatzani normale/patologjike</b>	<b>28</b>
<b>3.4. Koncepti LGA ose SGA në varësi të matjeve CRL</b>	<b>29</b>
<b>3.5. Mënyra e lindjes dhe regjistrimi i peshës së lindjes</b>	<b>31</b>
<b>Kapitulli 4 Rezultatet dhe diskutimi</b>	<b>34</b>
<b>Kapitulli 5 Përfundime dhe rekomandime</b>	<b>62</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>63</b>

### **III- LISTA E FIGURAVE**

**Figura 1.** Diagrama e Venn-it mbi faktorët e lindjes prematurë dhe lindjes me peshë të ulët.

**Figura 2.** Grafiku që tregon limitet e rritjes së fetusit nën emërtesat e LGA ose SGA.

#### **IV - LISTA E TABELAVE**

**Tabela 1.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientët e sëmurë dhe të shëndetshëm, të paraqitur në Spitalin Gjinekologji-Obsetrik, periudha kohore nëntor 2011 - prill 2018.

**Tabela 2.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me shtatzani patologjike, ndarë sipas shkakut të patologjisë.

**Tabela 3.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientët e sëmurë nga kombinim 2 ose më shumë sisteme të prekura.

**Tabela 4.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e vlerësuara sipas SCL-90.

**Tabela 5.** Tabela përmbledh të dhënat e pacienteve sipas vlerësimit SCL-90 dhe shfaqës së lindjes së parakohshme dhe peshës së vogël të lindjes.

**Tabela 6.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e para CRL.

**Tabela 7.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e dyta CRL.

**Tabela 8.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e ndara sipas mënyrës së lindjes (natyrale, me operacion).

**Tabela 9.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me lindje me operacion, ndarë sipas shkakut të lindjes.

**Tabela 10.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje në lidhje me peshën e lindjes së bebit.

**Tabela 11.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 15-24 vjeç.

**Tabela 12.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 25-34 vjeç.

**Tabela 13.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 35 - vjeç.

**Tabela 15.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e dyta LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 25-34 vjeç.

**Tabela 16.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e dyta LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 35 - vjeç.

**Tabela 17.** Në këtë tabelë paraqiten artikujt e përzgjedhur, organizuar mbi bazën e vitit të botimit dhe llojit të artikullit.

**Tabela 18.** Në këtë tabelë paraqiten artikujt e përzgjedhur organizuar mbi bazën e vitit të botimit, llojit të artikullit dhe numrit të bashkëautorëve të përfshirë në artikull.

**Tabela 19.** Ndarja e artikujve të grumbulluar në varësi të elementit të marrë në analizë për tematikën e studimit.

**Tabela 20.** Tabela përmbledh artikujt në bazë të qëllimit, llojit të studimit dhe përfundimeve.



## V- LISTA E GRAFIKËVE

**Grafiku 1.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientët e sëmurë dhe të shëndetshëm, të paraqitur në Spitalin Gjinekologji-Obsetrik, periudha kohore nëntor 2011 - prill 2018, të dhënat e tabelës 1.

**Grafiku 2.** Në grafik paraqiten në përqindje pacientët e sëmurë pacientet me shtatzani patologjike, ndarë sipas shkakut të patologjisë.

**Grafiku 3.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e sëmurë pacientët e sëmurë nga kombinim 2 ose më shumë sisteme të prekura.

**Grafiku 4.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e vlerësuara sipas SCL-90.

**Grafiku 5.** Në grafikun 5 përmbledhen të dhënat e pacienteve e pacienteve sipas vlerësimit SCL-90 dhe shfaqes së lindjes së parakohshme dhe peshës së vogël të lindjes.

**Grafiku 6.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e para CRL, të dhënat e tabelës 6.

**Grafiku 7.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e dyta CRL, të dhënat e tabelës 7.

**Grafiku 8.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e ndara sipas mënyrës së lindjes (natyrale, me operacion), të dhënat e tabelës 8.

**Grafiku 9.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me lindje me operacion, ndarë sipas shkakut të lindjes, të dhënat e tabelës 9.

**Grafiku 10.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje në lidhje me peshën e lindjes së bebit, të dhënat e tabelës 10.

## ABSTRAKT

Studimi i kësaj teme përbëhet nga dy pjesë.

Në pjesën e parë është përfshirë përpunimi i të dhënave të mbledhura tek pacientet e dakortësuara për t'u përfshirë në studim. Pacientet e përfshira në studim ishin paciente të paraqitura në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë Fier, me qëllimin e ndjekjes rutinë të shtatzanisë, në peirudhën kohore janar 2011 - janar 2018. Studimi u realizua në total pacientesh 71, prej të cilave 13 paciente me shtatzani patologjike, dhe pjesa tjetër 58 paciente me shtatzani fiziologjike. Pacientet e përfshirë në studim janë ndarë sipas moshës, datës së fundit të ciklit, mënyrës së lindjes, matjeve CRL dhe peshës së lindjes.

Pjesa e dytë e studimit është review e të dhënave më të fundit të botuara mbi këtë temë. Kërkimi elektronik është kryer për gjetjen e artikujve duke përdorur *PubMed*, në periudhë kohore 1990 deri në vitin 2019.

Termet kryesorë në gjetjen e artikujve të aplikuar në *PubMed* ishin:

- CRL
- Pesha në lindje e bebit
- LBW.

Ky studim demonstron një lidhje të ngushtë midis CRL në tremujorin e parë dhe peshës së bebit në lindje, me risk për të patur LBW me shumë në bebe me CRL të vogla.

Pra Crl jep të dhëna mbi të ardhmen e të porsalindurit.

**Fjalët Kyçe:** CRL, pesha e lindjes, lindje e parakohshme, shtatzani patologjike

## Kapitulli 1

### 1.1. Hyrje

Mall dhe Streeter<sup>(1,2)</sup> ishin të parët që kryen matjen embrionike CRL ose *Crown-Rump Length*. Kjo matje e gjatësisë embriologjike e fetusit kryhet me pikësnymin për të paracaktuar sa më saktësisht stadin e zhvillimit embrional. CRL ose gjatësia nga kulmi i kurbaturës së kurorës embrionale deri tek maja fundore e kurbaturës, nga këndvështrimi histologjik mund të quhet edhe gjatësia maksimale e embrionit human në formën e gërmës C. Matjet fillestare nga dy autorët e përmendur më lartë, janë kryer respektivisht në vitet 1918,<sup>(1)</sup> 1920,<sup>(2)</sup> 1957,<sup>(3)</sup> me qëllimin për të ndërtuar kurbat e rritjes embrionale, që do të shërbenin më tej si elemente diagnostikuese. Aplikimi i teknologjisë së ultratingujve ka lehtësuar matjen e këtyre vlerave gjatë periudhës së javës së 7 deri të 13-të të shtatzanisë. Kjo matje ka për qëllim të paracakttojë moshën gestacionale të fetusit. CRL në këndvështrimin histologjik është edhe gjatësia më e madhe embriologjike.

Gjatësia e fetusit matet në centimetër si largësia midis kulmeve të kurbaturës C embrionike, jo si gjatësi nga maja e kokës dhe tek fundit i këmbëve.<sup>(4)</sup> Bazuar në të dhëna të literaturës mendohet CRL mund të përdoret edhe si mjet paracaktues për gjininë e fetusit.<sup>(5)</sup> Po nga ky burim i literaturës, flitet për një studim në mostra posthuajse të barabarta meshkujsh dhe femrash, gjini fetale e paracaktuar vetëm në lindje, u vu re se gjinia fetale mashkullore ishte me CRL sinjifikante ( $p = 0.011$ ) e pritshme më e lartë:  $CRL (mm) = -23.851 + GA (ditë) \times 0.621 + 0.334 \times Gjinia$  ( $F = 1$ ,  $M = 2$ ),  $R(2) = 0.512$ ,  $p < 0.001$ .<sup>(5)</sup>

Në trimesterin e parë të shtatzanisë CRL e gjinisë mashkullore është më e lartë se CRL e gjinisë femërore dhe meqënëse diferencimi i gonadeve nuk ka ndodhur në këtë periudhë kohore të shtatzanisë, po nga ky burim i literaturës thuhet se për këtë diferencim në masë duhet të kenë efekte faktorë të tjerë jo hormonal, akoma të painedentifikuar.<sup>(5)</sup>

Zhvillimi në teknologjinë imazherike ka mundësuar vlerësimin me detaje të fazave të ndryshme të hershme nëpër të cilat kalon embrioni dhe fetusit. Sa më shumë detaje të identifikohen, aq më e lartë është mundësia edhe e gjetjeve të anomalive të hershme strukturale në periudhën kohore nga java e 11 deri e 14 e shtatzanisë.(1-5) Në disa raste edhe shenja më pak specifike, si translucensa nuchale mund të jetë shenja e parë e anomaliteteve strukturale ekzistuese, që indikojnë ekzaminime të mëtejshme me ultratinguj.(6)

Rritja embrionale e trimesterit të parë indikon edhe mbarëvatjen e shtatzanisë, duke theksuar se disa faktorë si maternal edhe të dietës influencojnë në rritjen e trimesterit të parë. Teknika imazherike me ultratinguj mund të nxjerri rezultatet matëse edhe në lidhje me volumin e fetusit, të dhëna që nëse koordinohen matjen CRL mund të shfrytëzohen edhe për të dhëna mbi vazhdimësinë e shtatzanisë. Tashmë, dihet se CRL e reduktuar është parashikuesi primar klinik për anomalitete kromozomale sidomos trisomia e 18-tës, pengesës së rritjes fetale në trimesterin e dytë dhe të të tretë të shtatzanisë.(10, 16-19) Ndryshimet patofiziologjike në disa raste mund të influencojnë rritjen e hershme fetale embrionike. Lidhja ndërmjet pranisë së anomaliteteve kongenitale dhe pengesës në rritje të embrionit në trimesterin e dytë dhe të tretë është fakt i ditur. (22-24) CRL nuk është specifikisht më e vogël tek fetuset me anomalitet kongenital, CRL më e vogël haset tek fetuset hidropike dhe tek fetuset me anomalitete urogenitale.

Volumi embrionik është gjithmonë më i vogël tek grupi i fetuseve me anomalitete strukturale kongenitale. Tek nëngrupet anomalitetet skeletike/muskulare haset volum embrionik më i vogël sesa pritet. Çrregullimet neurologjike tregojnë volum embrionik më të reduktuar sesa CRL të reduktuar. Kjo shpjegohet me faktin se volumi embrionik është tridimensional dhe CRL është dy-dimensionale.

Kjo mbështetet nga Rousian et al që thekson kur CRL dyfishohet, volumi embrionik rritet me 6.5herë.(15) Në këtë gjë kontekte, dilet në përfundimin se volumi embrionik është parametri më i mirë për të dedektuar në trimesterin e parë pengesën në rritjen e shtatzanisë nëse krahasohet me CRL. Nga literaturë theksohet se skanimi anatomik që kryhet ndërmjet javës së 11 deri 14 të shtatzanisë, është elementi dedektues për anomalitetet kongenitale, që mund të paraprihen në diagnostikim nëpërmjet matjes së volumit embrionik që nga java e 6-të e shtatzanisë.(6-10) Me teknikat e zhvilluara imazherike mund të vlerësohet edhe veprimi i mekanizmave patologjikë që e shprehin efektin tek kombinimi i pengesës së hershme në rritje dhe pranisë së anomaliteteve kongenitale. Teknika me ultratingul 3D ose 4D janë të vlefshme për matjen e volumeve, në contrast me teknikën VR 3D *virtual Reality*.

Janë teknikat e ndryshme imazherike për të cilat nevojitet aplikim i saktë e ndoshta edhe vizatimi i kontureve embrionale me dorë, si në rastin e teknikës 3D, ku duhet rivizatimi në disa plane, për të arritur në konturimet sa më të sakta. Nga ana tjetër, teknika semiautomatike *I-Space* lejon perceptim më të thellë, që ndihmon në matjet sa më objektive të mundshme volumentrike, edhe për segmente të ndryshme të planit, por edhe të të gjithë planit të tërësi.

Në burime nga literatura<sup>(11)</sup> mbështetet fakti që matjet dy dimensionale CRL, edhe në rastet e vijëzimeve me dorë, nevojitin matjet volumetrike me qëllimin që të kuptohet në hapësirë tre dimensional perceptimi imazherik, për të dalë në rezultate të sakta vlerësimi. CRL e kombinuar me volumin e embrionik janë 2 parametra që dallojnë dukshëm në vlera sidomos në rastet e patologjive të shtatzanisë. Pengesa në rritje është elementi i parë patologjik i shtatzanisë, që mund të tregojë që në trimesterin e parë, rastet me anomalitete kongenitale.<sup>(12)</sup>

## **1.2. Lënda dhe qëllimi i punimit**

Foshnjët e lindura me peshë të ulët, bazuar edhe në të dhënat e literaturës, mund të jenë të shëndetshme, por me risk të lartë për sëmundje serioze të shëndetit. Pavarësisht këtij fakti, investimi në kohë në momentin e duhur, me shërbimet e nevojshme shëndetësore, mund të jenë elementet kyç në mbarëvajtjen dhe ndjekjen shëndetësore të bebit. Nëse mund të përlllogaritet ose të parashikohet së pari lindja e parakohshme dhe së dyti pesha e lindjes së bebit, bazuar në parametra klinik të matshëm dhe të ri-kontrollueshëm në kohë dhe momente të ndryshme të shtatzanisë, do të ishte element i shfrytëzueshëm për pritshmëritë klinike në shëndetin e bebit dhe në avancimin e mëtejshëm të zhvillimit mendor dhe fizik të tij.

Një tjetër element i rëndësishëm që ndikon tek shëndeti i bebit, tek pesha e lindjes dhe tek problematikat në lidhje me pengesën në rritje gjatë shtatzanisë, është edhe gjendja shëndetësore e nënës shtatzanë dhe prania ose jo e veseve.

Nëse mendohet në këtë kompleksitet e gjithë situata, të dhënat nga literatura mbështesin edhe faktin se shëndeti oral me ose pa praninë e sëmundjeve sistemike që ndikojnë në nivelin e ruajtjes së tij, është edhe një element tjetër që i bashkangjitet gjithë tablosë së situatës.

Qëllimi i këtij studimi është gjetja e një ndërlidhjeje të mundshme midis vlerave të CRL (gjatësisë kokë-këmbë) dhe peshës së lindjes, qoftë natyrale apo me operacion, qoftë prematurë apo matur në kohë.

Burime nga literatura që e mbështesin këtë fakt janë të pakta dhe janë në zhvillim. Studimi për këtë qëllim ndahet në dy pjesë, në pjesën e parë për analizim të rasteve klinike dhe në pjesën e dytë për analizim tip review të të dhënave të botuara nga literatura.

Të dhënat nga të dyja pjesët e studimit e kompletojnë tablonë e deritanishme mbi faktin e ndërlidhjes së matjeve CRL dhe peshës së lindjes.

### **1.2.1. Pesha e lindjes, faktorët që ndikojnë**

Pesha e ulët e lindjes i riskon infantët kundrejt vdekjes perinatale ose infantile. E dhënë kjo që mbështetet nga literatura, madje në shtete të ndryshme kjo prevalencë ka limite dhe vlera të ndryshme.<sup>(13)</sup> Infantët me peshë të ulët të lindjes janë në grupin e fëmijëve të ardhshëm të riskuar për probleme shëndetësore të mëvonshme në jetë.<sup>(14, 15)</sup> Ndoshta gjetja e shkakut të lindjes me peshë të ulët, paracaktimi i njërës apo i kombinimit të faktorëve që e shkaktojnë, janë në fokus të interesit klinik për vite me radhë.



Sugjerohet se variacionet në madhësinë fetale parapërcaktohen me shpesh në gjysmën e dytë të shtatzanisë, mesi i tremujorit të dytë.<sup>(8,9)</sup> Në 1994, bazuar në të dhënat e një studimi<sup>(22)</sup> tregoi lidhje mes CRL të trimeserit të parë dhe peshës së lindjes. Kjo gjetje është interpretuar për të indikuar që variablat në rritjen fetale fillojnë që në trimeserin e parë, e madje kjo do të ishte koha e duhur të bëhen edhe ndërhyrjet e nevojshme klinike të indikuara me siguri të lartë aplikimi. Bazuar në të dhënat e një studimi retrospektiv u demonstrua se fetuset me madhësi më të vogël seç pritet në trimeserin e parë, bazuar tek anamneza e ciklit menstrual, kanë mundësi më të mëdha për lindje me peshë të vogël dhe lindje të parakohshme.<sup>(16)</sup>

Lindja e parakohshme, si akt, indikon rrjedhimisht praninë e mundshme të pasojave dhe të pritshmërisë së lindjeve të parakohshme. Disa studime më të fundit kanë treguar se CRL e trimeserit të parë mund të parashikojë edhe nëse fetusi është më i madh, ose më i vogël, respektivisht për moshën gestacionale.<sup>(13,14,17)</sup> Megjithatë, të dhëna të këtyre studimeve duhet të analizohen bazuar tek ekzaminimi me ultratinguj i kryer në javën e 10-të gestacionale. Nuk është vlerësuar nëse CRL e matur para javës së 10-të gestacionale lidhet ose jo me peshën e lindjes. Ndërlidhja mes CRL dhe peshës së lindjes nuk është dokumentuar dhe kurrë e botuar.

Pengesa në rritjen intrauterine në sensin e të kuptuarit konvecional të rritjes fetale dhe të etapave në të cilat kalohet, është përcaktues i rëndësishëm i mortalitetit perinatal dhe i morbiditetit në obstetrikën moderne.<sup>(13)</sup> Të kuptuarit e etapave të rritjes lehtëson të kuptuarit e rrjedhsIndikatorët për procesin e rritjes fetale ekzistojnë që në trimeserin e parë, pyetja është sa më herët të jetë e mundur të kapen këta indikatorë, që me vlerësimin dhe balancimin e e analizave të kryera tek nëna shtatzanë, a mund të parashikohet më tej vazhdimësia e shtatzanisë.<sup>(15)</sup>

Nga i njëjti burim literature, thuhet se CRL më e vogël seç pritët dhe shoqërohet me peshë të ulët gestacionale.<sup>(15)</sup> Këta janë dy indikacionet, korelacioni i të cilëve do të vlerësohet më tej për të dalë edhe ndoshta në varësi të shfrytëzueshme klinikisht, kuptohet në moshë sa më të hershme të shtatzanisë.

Lindja me peshë të ulët është termi që përshkruar rastet klinike të lindjes me peshë nën 2500 gram.<sup>(3,5,16)</sup> Lindja me peshë të ulët nuk do të thotë patologji, nuk ka lidhje me shëndetin e foshnjës. Zakonisht është lindje para javës së 37<sup>-të</sup> shtatzanisë.<sup>(3,4,16,17)</sup> Një foshnje me peshë të ulët mund të jetë e shëndetshme, pavarësisht faktit që ka peshë të ulët të lindjes, por mbështetur në literaturë pesha e ulët e lindjes ka risqe për shfaqjen e problemeve serioze të shëndetit. Pesha e ulët e lindjes mund të jetë edhe vetë shkaku i lindjes prematurë.

### **1.2.2. Lindjet prematurë, faktorët që ndikojnë**

Kohëzgjatja e shtatzanisë ka si pikë fillestare ditën e ovulimit e cila më saktësisht dihet në rastet e fertilizimit in vitro. Shumica e studimeve të mëparshme e kalkulojnë moshës gestacionale në lidhje me anamnezën menstruale, ose e dinë saktësisht në rastin e femrave me inseminim intrauterin.<sup>(13,14,15)</sup>

Ovulimi ndodh 8 deri 40 orë pas rënies së hormonit luteinizues, në këtë mënyrë koha e ovulimit nuk mund të dokumentohet saktësisht madje edhe në ciklin e inseminimit intrauterin.<sup>(17, 18)</sup> Nga burimet e mbledhura në literaturë, nuk ka lidhje të drejtpërdrejta të dokumentuar ndaj CRL dhe kohëzgjatjes së shtatzanisë. Lindjet prematurë zakonisht është lindje para javës së 37<sup>-të</sup> shtatzanisë.<sup>(3,4,16,17)</sup>

Burimet e literaturës, të shumta në numër, flasin qartë për shkaqet e lindjes premature, të cilat renditen më poshtë. Shtimi në peshë i fetusit zakonisht kryhet gjatë javëve të fundit, prandaj lindja para javës së 37 të shtatzanisë, lindja premature, nuk i lë kohë fetusit të fitojë peshë.<sup>(19)</sup>

Shkaqet e lindjes premature:<sup>(19)</sup>

- Infeksioni gjatë shtatzanisë
- Mos fitimi i peshës së mjaftueshme gjatë shtatzanisë
- Shtatzani e mëparshme me peshë të ultë të lindjes
- Duhanpirje
- Alkooli dhe abuzimi me drogëra
- Mosha më e ulët se 17 vjeç dhe më e madhe se 35 vjeç
- Shtetësi afriko-amerikane.

Një tjetër shkak i peshës së ulët në lindje është kondicioni i quajtur pengesa e rritjes uterine ose shkurt *IUGR*, ku mund të jetë shkak placenta, shëndeti i nënës shtatzanë dhe shëndeti i bebit.<sup>(13, 19)</sup>

Ky lloj shkak, pengesa në rritje e bebit gjatë shtatzanisë, lidhet edhe me kohëzgjatjen e shtatzanisë. Në varësi të shtatzanisë, nëse ajo është e plotë, 37 deri 41 javë, foshnja e lindur është fizikisht i maturuar, por i vogël në peshë. Në kohëzgjatje më të reduktuar të shtatzanisë, shkaqe të tjera të shkaktimit të lindjes premature, bebi lind premature, është i vogël në peshë, fizikisht jo i maturuar dhe me rrezikshmëri të lartë mortaliteti, gjithshka varur nga kombinimi i shkaqeve që sillen pasojën dhe nga mundësia për të vazhduar më tej jetën, brenda limiteve që lënë po prapë shkaktarët e pasojës.<sup>(19)</sup>

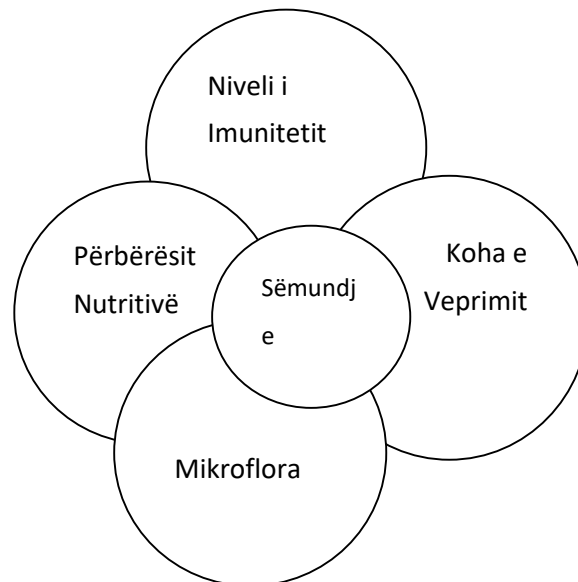
Niveli i prevalencës të peshës së ulët të lindjes në një studim ishte 22.9% me peshë të lindjes  $2.6 \pm 0.4$  kg. Studime të ndryshme kanë treguar se ndër faktorët më të rëndësishëm për këtë fenomen variojnë nga shtrirja dhe pozicioni gjeografik dhe nga popullata e marr në studim.<sup>(20)</sup> këtu gjendet një ndërlidhje e faktoërëve që shkaktojnë peshën e ulët të lindjes dhe faktorëve që shkaktojnë lindjen prematurë.<sup>(19,20)</sup> Të dhëna nga literaturë thekson se tek shkaku i lindjes prematurë është edhe shtetësia afriko-amerikane, tek shkaqet e lindjes me peshë të vogël ishte shtrirja gjeografike. Një studim prospektiv i kryer në disa zona rurale<sup>(20)</sup> mbështetur në analiza statistikore tregoi një ndërlidhje të rëndësishme mes peshës së bebit dhe moshës maternale, edukimit të nënës shtatzanë, të ardhurat ekonomike në familje, numri i vizitave dhe koha e vizitave gjatë shtatzanisë, puna fizike gjatë shtatzanisë, pesha dhe gjatësia gjatë shtatzanisë.<sup>(20)</sup> Ka një ndërlidhje të rëndësishme statistikore mes marrjes së kalorive dhe proteinave, me peshën e vogël të lindjes.<sup>(20)</sup>

Jeta e mëpasshme e foshnjës së porsalindur e merr fillesën nga rritja interuteine dhe zhvillimi intrauterin, ku efektin kryesor e kanë faktorët ambjentalë nutritional faktorët e veseve të nënës shtatzanë. Më tej procesi i rritjes së foshnjës së porsalindur do të ndikohet nga faktorët ambjentalë që veprojnë direct tek foshnja, që në fund të fundit janë individual, por që ndikojnë tek baza e zhvillimit mendor dhe fizik që foshnja ka marr gjatë shtatzanisë.

Përsëri mbështetur në literaturë<sup>(21,22)</sup> thuhet se pesha e lindjes është një variabël që duhet parë I veçuar nga procesi I rritjes uterine, pasi kjo e fundit luhetet në variabla që njihen nga literature, por që mund të stopojë apo të rritet nën efektin e veprimeve të faktorëve paracaktues në kohë të ndryshme të zhvillimit intrauterin të fetusit.

Pesha e lindjes së infantit është indeks i besueshëm për rritjen interuterine dhe gjithashtu indikator sensitiv për mundësinë e mbijetesës së infantit, rritjen dhe zhvillimin afatgjatë fizik dhe psikosocial.<sup>(21,22)</sup> Në shtetet në zhvillim hasen raporte të larta të prevalencës së lindjes prematurë, pasi mendohet se përtej veprimit të faktorëve individualë (me veprim indirekt tek fetusin, pasi veprojnë direkt tek nëna shtatzanë), janë edhe faktorët ambjantelaqë ndikohen nga zhvillimi i teknologjisë, ekonomisë, industrisë të shteteve në zhvillim. Ndjekur nga kjo logjikë e pastër, problem i pasojës së veprimit të faktorëve (lindja prematurë dhe lindja me peshë të ulët) prek disa dimensione në aplikimin e profesioneve të ndryshëm, përfshirë këtu mjekun, sociologun, mësuesin, duke e përkthyer të tërë tablonë në vlerësim ekonomik të gjendjes individuale dhe të grup-individëve të prekur nga fenomeni.<sup>(21,22)</sup> figura 1 jep një tablo në trajtë skice të prerjes së bashkësive të faktorëve që ndikojnë tek shfaqja e fenomenit të lindjes premature dhe fenomenit të lindjes me peshë të ulët.

**Figura 1.** Diagrama e Venn-it mbi faktorët e lindjes prematurë dhe lindjes me peshë të ulët.



Pesha e lindjes është elementi shprehës i veprimit dhe koordimit të faktorëve në kombinim ose jo, maternal dhe ambjentalë.<sup>(24)</sup> Shprehja e ndërveprimit të këtyre faktorëve është në nivele të ndryshme në varësi të kombinimit të këtyre faktorëve dhe të përqindjes së veprimit të secilit tek e tek. Sipas një burimi të literaturës<sup>(23)</sup> faktorët që ndikojnë në peshën e lindjes janë si mëposhtë:

1. Niveli i edukimit të nënës së ardhshme – duke e lidhur me faktin se arsimimi të jep mundësinë e njohjes dhe përjasjes ndaj procesit fiziologjik të shtatzanisë, duke e konsideruar si cikël jetësor, shëndet dhe jo proces patologjik.
2. Faktorët genetikë, sidomos pesha e nënës së ardhshme, pasi pesha e babait nuk është se ka ndikim esencial.
3. Intervali i shkurtër kohor më pak se 2 vjeçar midis dy lindjeve të njëpasnjëshme.
4. Mosha e prindit femër – element që mbështetet nga burime të ndryshme të literaturës (23,24), madje duke vendosur edhe moshën kufi limit 35 vjeçare, por kjo sdo të thotë që ska edhe shkalje të këtij limiti. Madje dis burimenga literature vënë theksin që ky limit moshor duhet të kalojë në nivelin e moshës 25 vjeçare.<sup>(23)</sup>
5. Binjakët – zakonisht kanë peshë të ulët me arsyen e vetme të “ndarjes” së uterusit.
6. Dieta gjatë shtatzanisë – fetusi merr ‘racionet’ e duhura nutricionalë, pavarësisht faktin sesa janë këto racione në dietën normale ditore të nëns së ardhshme.

Nëse racionet marrëse janë më të reduktuara, kutohet që vepimi primar është zbrazja e depozitave të organizmit të nënës, dhe në mungesë për të arritur tek pakësimi hyrës i sasive të elementeve nutritive përkatës.

7. Gjinia – edhe në kurbaturat e rritjes gjinia mashkullore ka vlera më të larta nëse krahasohet me gjininë femërore, kjo si shprehëse primare e efektit të hormoneve seksuale në kombinim me hormonin e rritjes, gjë që fillon që në javët gestacionale.<sup>(25)</sup>
8. Pesha e nënës së ardhshme – element që është I matshëm dhe që mund të shërbejë edhe si indikator I mëtejshëm në pritshmëritë e lindjes. Pesha e nënës së ardhshme më e vogël se 45 kg në javën e fundit të shtatzanisë.
9. Duhanpirja dhe alkoolizmi – reduktimi i peshës së bebit nën efektin e këtyre veseve lidhet ngushtësisht me efektin sistemik të duhanpirjes dhe alkoolit. Duhanpirja ka efektin e vazokonstriksionit periferik ndërsa aloli efektin në reduktimin e racioneve prurëse nutritive në organizmin e nënës së ardhshme.<sup>(24)</sup> Madje një burim literature vë theksin tek duhanpirja pasive si shkaku më primar, sesi duhanpirja aktive.<sup>(23)</sup>
10. Statusi shëndetësor i nënës shtatzan – çdo kondicion shëndetësor që prek nënën shtatzan
11. Kondicione mjekësore të trashëguara tek nëna shtatzan – fetusi mund të jetë mbartës I një sëmundjeje të trashëgueshme që mund të shkaktojë lindjen me peshë të ulët.
12. Hipertensioni gjatë shtatzanisë.

## Kapitulli 2

### 2.1. Burimet e të dhënave dhe metodat e kërkimit

Studimi i kësaj teme përbëhet nga dy pjesë.

Në pjesën e parë është përfshirë përpunimi i të dhënave të mbledhura tek pacientet e dakortësuara për tu përfshirë në studim. Pacientet e përfshira në studim ishin paciente të paraqitura në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë Fier, me qëllimin e ndjekjes rutinë të shtatzanisë, në peirudhën kohore janar 2011 - janar 2018.

Etapat e protokollit të punës:

- U regjistruan të dhënat demografike të pacienteve,
- U regjistrua anamneza shëndetësore, bashkangjitur fletë analizat përkatëse,
- U regjistrua datat e fundit e ciklit,
- U vendos diagnoza gjinekologjike, duke i ndarë pacientet, në paciente me shtatzani patologjike ose jo, shtatzani normale (kriteret e këtij përcaktimi),
- U klasifikuan si LGA ose SGA në varësi të matjeve CRL,
- U regjistrua numri i ekzaminimeve dhe matjeve të CRL duke vendosur kriter limit kohor nën 50 ditë dhe 50 ditë gestacionale e mbi,
- U regjistruan të dhënat rreth mënyrës së lindjes (natyrale ose jo), bashkangjitur edhe arsyeja patologjike ose jo që paracaktoi mënyrën e lindjes
- U regjistrua pesha në lindje e bebit me kriterin e LBW ose jo.

Të gjitha pacientet e përfshira në studim ishin në grupin e fertilizimit in vivo, duke mos dashur të përfshiheshin pacientet me fertilizim in vitro, pasi të dhënat e grupit të para dhe mënyra e mbledhjes së tyre, ndryshon shumë nga të dhënat e grupit të dytë. ky shërbeu edhe si kriter përfshirës në studim.



Në lidhje me statusin shëndetësor, pati edhe një nënndarje, pasi kishte paciente femra të cilat vuanin nga sëmundje sistemike para shtatzanisë, për ti ndarë nga grupi I pacienteve femra që paten shtatzani patologjike, shqetësim të shfaqura që në muajt e pare.

Mënyra e lindjes, natyrale ose jo, ishte një element i regjistruar në tabelën bazë të excel-it, me qëllimin edhe për të regjistruar të dhëna mbi statusin post-partum të pranisë ose jo të patologjive-komplikacioneve.

Pasi pacientet u informuan mbi protokollin e studimit, mbi qëllimin e studimit dhe procedurën në vazhdim, iu kërkua konsensusi verbal.

Studimi u realizua në total pacientesh 71, prej të cilave 13 paciente me shtatzani patologjike, dhe pjesa tjetër 58 paciente me shtatzani fiziologjike. Pacientet e përfshirë në studim janë ndarë sipas moshës, datës së fundit të ciklit.

Çdo paciente e përfshirë në studim është e mirë informuar, e më pas, i është marrë dakortësia verbale në konsensus të plotë për t'u bërë pjesë e studimit, e për të proceduar më pas me protokollin e vendosur.

Nevojitet zbatimi i saktë i protokollit për të grumbulluar të dhëna sa më të sakta, për përpunim të mëtejshëm statistikor.

Pjesa e dytë e studimit është review e të dhënave më të fundit të botuara mbi këtë temë.

Kërkimi elektronik është kryer për gjetjen e artikujve duke përdorur *PubMed*, në periudhë kohore 1990 deri në vitin 2019.

Termet kryesorë në gjetjen e artikujve të aplikuar në *PubMed* ishin:

- CRL
- Pesha në lindje e bebit
- LBW.

Në total u paraqitën **14** artikuj, që përfshinin termat e mësipërme.

## 2.2. Analiza e të dhënave (dokumentimi)

Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën në vlerë mesatare dhe në deviacion standard, ndërsa të dhënat diskrete u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje.

Për të paraqitur të dhënat u përdoren grafikë dhe tabela të tipeve të ndryshme (të thjeshta dhe të përbëra).

Është përdorur **Testi i Fisherit** për të bërë krahasimin në contingency table 2x2, të të dhënave të përmbledhura nga tabela qendrore në excel.

Vlerat e P më të vogla se 0.05 u konsideruan statikisht të rëndësishme. Analiza statistikore u realizua kryesisht me anë të programit SPSS version 15 dhe pjesërisht me anë të programit MS Excel.

Pas analizimit të abstrakteve dhe të artikujve të mbledhur deri në këtë etapë, u përzgjedhën kriteret e përfshirjes dhe të mospërfshirjes në analizim. Në këtë etapë u përzgjedhën **14** artikuj. Kriteria e përfshirjes në analizim ishin të gjithë artikujt që vlerësonin direkt ndikimin e peshës në lindje të bebit me matjet CRL, në periudhën kohore të paracaktuar sipas kriterëve të klasifikimit. Kriteret e mospërfshirjes ishin:

1. Studimet që nuk vlerësonin direkt relacionin midis matjeve CRL dhe peshës në lindje të bebit.
2. Studimet në formën e case – report (1-3 raste).
3. Studimet që ekzaminonin më pak se 10 raste.

### **Kapitulli 3 Metodika e studimit**

#### **3.1. Informimi i pacientit**

Pacientet femra që e mirëpritën marrjen pjesë në studim, për të realizuar mbledhjen e të dhënave sipas qëllimit të studimit, u përfshinë në studim. Pas ekzaminimeve, pacientet femra u diagnostikuan mbi bazën e rrjedhës fiziologjike të shtatzanisë, duke u klasifikuar në bazë të statusit shëndetësor të përgjithshëm të nënës së ardhshme, si shtatzani normale dhe shtatzani patologjike (përcaktuar nga kriteret ndarëse përkatëse). Çdo ndryshim nga norma u shoqëruar me analiza shtesë me qëllim dokumentimi. Pacientet iu nënshtruan ndjekjes rutinë të shtatzanisë në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë, Fier. Në fund të shtatzanisë iu nënshtruan përsëri regjistrimit të të dhënave që kishin të bënin me mënyrën e lindjes dhe me peshën në lindje të bebit. Mostra e pacienteve ishte një pjesë nga pacientet që u paraqitën në Spitalin Rajonal Gjinekologji-Obsetrikë, Fier, periudha kohore janar 2011 - janar 2018.

Pacientet u kategorizuan në bazë të moshës, në bazë të matjeve të regjistruara të CRL, ndarë këto të fundit sipas rradhës së ekzaminimeve dhe matjeve CRL.

Matjet CRL u kategorizuan në nëndarjet LGA dhe SGA, si *Large* ose *Small*, e madhe ose e vogël për moshën gestacionale. U indikua matja e CRL në periudha kohore nën 50 ditë gestacionale dhe 50 e mbi ditë gestacionale, duke ribërë përsëri ndarjen në LGA dhe SGA.

Të gjithë pacientet e përfshirë u informuan për protokollin dhe kohëzgjatjen e procedurës, për ekzaminimin dhe regjistrimin e të dhënave individuale dhe personale, duke u mbledhur edhe me ndihmën e një pyetësoi që përmbledhonte të dhëna rreth faktorëve që ndikojnë në peshë të vogël në lindje të bebit. Ky protokoll u sqarua edhe me pacientet, që kryhej vetëm për efekt studimi, pacienteve do t'i ruhej anonimiteti, dhe në rast indikacioni do të referohej për ekzaminime të mëtejshme.

### **3.2. Statusi shëndetësor i pacienteve shtatzane, fletë analizat e nevojshme**

Mbështetur në të dhënat e literaturës, dihet tashmë që statusi shëndetësor i përgjithshëm e nënës shtatzanë ndikon në mbarëvajtjen e shtatzanisë. Sipas një studimi të vitit 2005<sup>(26)</sup> prania e një patologjie ekstragenitale përbën elementin risk për pasoja, ku më madhorja është edhe mortaliteti matern. Sëmundjet sistemike më kryesoret që shërbejnë si faktor risk për vazhdimësinë e shtatzanisë janë problemet me systemin kardiovaskular, sëmundjet e sistemit urinar, ose edhe kombinimi i dy sëmundjeve së bashku. Këto sëmundje e shprehin ndikimin primar të tyre që në fillesat e shtatzanisë, duke ndikuar me veprimin sistematik ndërmjet markerave të inflamacionit apo receptorëve anatomikë. Po sipas këtij burimi<sup>(26)</sup> pjesa më e madhe e femrave rreth 90% vuanin njëkohësisht nga 2 ose më shumë patologji ekstragenitale, sistemike. Tek studimi ynë janë mbledhur të dhënat në rastet e patologjive gjatë shtatzanisë, është parë edhe kombinimi i patologjive për të gjetur ndonjë ndërlidhje të mundshme. Si faktor primar risk janë sëmundjet e traktit urogenital, ndjekur nga sëmundjet kardiovaskular me prioritet hipertensionin.

Këto janë arsyet përse gjinekologu duhet të jetë në kontakt me mjekun internist ose me specialist të fushës për patologjitë ekstragenitale. Me qëllimin e identifikimit të faktorëve risk me potencial të lartë ndikimi për patologji perinatale, për të arritur në prognozën e vazhdimësisë apo të ndërprerjes së shtatzanisë, lidhur kjo me kujdesin e nevojshëm prenatal.

Kujdesi mjekësor ndaj sëmundjeve sistemike prej të cilave vuan femra shtatzanë jepet nga mjekët specialist të fushës që mund të kenë njohuri të pakta për ndërlidhjet e mundshme të sëmundjes sistemike me vazhdimësinë e shtatzanisë. Prandaj ndjekja e nënës së ardhshme duhet të jenë në kombinim të dy mjekëve. Në raste të patologjive sistemike përpara fillimit të shtatzanisë kryesisht, është mëse e rëndësishme ndjekja e shtatzanisë në kombinim të mjekut të përgjithshëm, specialistit të patologjisë ekzistuese dhe gjinekologut, me prioritet karshi të parit. Në rastet e patologjive që shfaqen në fillimet e shtatzanisë, është mjeku gjinekolog ai që merr peshën kryesore të orientimit dhe ndjekjes së femrës shtatzan, mbi parimet dhe ndjekjen e mjekut specialist të fushës. Ky bashkëpunim ka rëndësi të jetë i ngushtë dhe i zbatuar me përpikmëri me nevojat adekuate dhe të momentin në fazat e ndryshme të vijëshmërisë së shtatzanisë. Në rastet e indikuara regjistrohen të dhënat e patologjisë me analizat e nevojshme, të kërkuara nga mjeku specialist i fushës, ose nga gjinekologu, kjo në varësi se cili prej tyre është primari në ndjekjen e shtatzanisë.<sup>(28,29)</sup> Janë politikat shëndetësore që thjeshtësojnë këtë ndërlidhje mes mjekut specialist dhe gjinekologut, që ndikojnë në shpërhapjen e informacionit që ka të bëjë me efektin e shtatzanisë në statusin shëndetësor të përgjithshëm të femrës shtatzanë dhe anasjelltas.

Nga patologjitë sistemike që shfaqen më shpesh gjatë shtatzanisë renditen insufiçensa kardiake, diabeti, infakti miokardiak, me shenja klinike të ngjashme me pacientët që vuajnë nga këto patologji pa qenë aktualisht shtatzanë.

Kjo pamje klinike e njëjtë e thjeshtëzon akoma më tepër ndjekjen e patologjisë gjatë shtatzanisë, duke patur vetëm peshën e efektit që këto patologji mund të kenë në mbarëvajtjen e shtatzanisë. Ndërsa patologji të tjera sistemike si infeksionet e traktit urogenital, problemet hematologjike janë patologji që ndikojnë kryesisht në kohëzgjatjen e shtatzanisë duke i paraprirë shfaqes së lindjeve të parakohshme, me reduktimi në këtë kohëzgjatje.<sup>(27, 30)</sup>

### 3.3 Shtatzani normale/patologjike

Shndërrimi i shkaqeve fiziologjike, organike dhe psikologjike në gradën e të qenit problematike në vazhdimësinë e shtatzanisë, shkakton shfaqen e komplikacioneve të cilat kërkojnë në raste të veçanta, jo vetëm trajtimin e sëmundjes bazë, por edhe trajtimin e komplikacioneve në veçanti me specifikat e tyre.<sup>(31)</sup> Si kriter të kategorizimit në shtatzani patologjike ose jo, për ta veçuar nga patologjitë sistemike të paraqiten gjatë shtatzanisë, shfaqen ose agravohen gjatë shtatzanisë, vendosëm nevojshmërinë e pacientes për t'u shtruar në spital, ose jo. Kjo nevojshmëri tregon arsyen e shtrimit dhe kohëzgjatjen e saj. Si kriter tjetër është edhe numri i shtrimeve, që u vlerësua më shumë se 3 shtrime spitalore me kohëzgjatje të shkurtër më pak se 3 ditore. Mbështetur në një studim<sup>(31)</sup> 87.8% e gjithë femrave shtatzane të hospitalizuara dhe me lindje të parakohshme vuanin nga çrregullime të hipertensionit, nga diabeti i shtatzanisë dhe nga hemorragjitë gjatë tremesterit të dytë dhe të tretë të shtatzanisë. Në vlerësimin e shtatzanisë patologjike apo normale aplikua si mjet të vetë-diagnostikimit SCL-90, një pyetësor që e rakon pacientin sipas një shkalle nga 0 deri në 4. SCL-90 vlerëson duke reflektuar simptomat psikologjike dhe psikiatrike të pacientin mjekësor, pra është kombinimi i tre aspekteve që reflektohen në patologjike klinike: psikologji, psikiatri dhe mjekësore.<sup>(32)</sup>

SCL-90 vlerëson 9 simptomat primare:

1. Somatizimi,
2. Obsesiv-compulsiv,
3. Sensitivitet interpersonal,
4. Depression,
5. Ankthi,
6. Hospitalizimi,
7. Ankthi fobik,
8. Idetë paranoide,
9. Psikotizim.

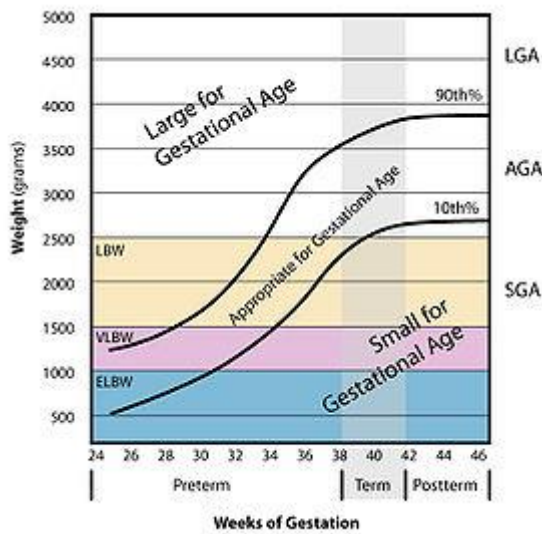
Femrat shtatzane me patologji gjatë shtatzanisë shfaqin më shumë simptoma psikologjike në krahasim me femrat shtatzane me shtatzani normale ( $p < 0.001$  deri  $p = 0.004$ ). Frekuenca dhe intensiteti i simptomave fizike janë më karakteristike tek shtatzanitë patologjike (61%/40.6%).<sup>(31)</sup>

#### **3.4. Konceptimi LGA ose SGA në varësi të matjeve CRL në intervale kohore**

Mosha gestacionale e matur në javë shtatzanie, është termi më i përdorur gjatë shtatzanisë për të treguar dhe matur kohëzgjatjen e saj. Kohëzgjatja normale e shtatzanisë është 38 deri 42 javë, matur kjo nga dita e ciklit të fundit të femrës. Mosha gestacionale paracaktohet nga zhvillimi i fëmijës, matur kjo edhe gjatë vlerësimit me anë të imazherisë, madhësia e kockave të gjata, dhe me lindjen e fëmijës ku mund të kryhen matjet e perimetrit të kokës, peshë, gjatësi, fortësi muskulare etj.<sup>(32,33)</sup>

Në varësi të grafikëve që vlerësojnë zhvillimin e fëmijës bazuar tek pesha, në lindje normale duhet të ketë peshë të fëmijës nga 2500gr deri 4000gr. Nën këtë limit peshe infantët konsiderohen si më të vegjël për moshën gestacionale ose më të mëdhenj se mosha gestacionale.<sup>(34,35,36)</sup>

Figura 2. Grafiku që tregon limitet e rritjes së fetusit nën emërtesat e LGA ose SGA.



Intervali kohor për matjet e CRL-ve u përcaktua nën 50 ditë dhe mbi 50 ditë gestacionale.

Mbështetur në një studim të vitit 2013 nga Jae-Yul Kang et al., koha limit e shfrytëzimit të ndërlidhjes midis CRL dhe peshës së lindjes, paracaktohet java e 10-të gestacionale. Madje po nga ky burim, të dhënat u konfirmuan edhe nga ultrasonografitë transvaginale të kryera në ditët e 46, 53, 67 dhe 74 gestacionale.<sup>(12)</sup>

Nga të dhënat e këtij burimi, paracaktuam pikërisht dy matje CRL nën 50 ditë gestacionale dhe mbi 50 ditë gestacionale, preferohet (70 ditëshi) ose 2.5 muaj kohëzgjatje shtatzanie.<sup>(12)</sup>



Kriteret e përfshirjes në studim të femrave shtatzane:

- In vivo fertilizim
- Shtatzani e ndjekur që në fillim me ekzaminim ultragrafik
- Shtatzani e vazhduar deri në 26 javë gestacionale
- Kujdesi antenatal i plotë dhe lindje, në të njëjtën qendër kontrolli
- Dy ose më shumë ekzaminimi ultrasonike intravaginale përpara 12 javëve të shtatzanisë
- Analiza të plota mjekësore dhe obstrike<sup>(12)</sup>

### 3.5. Mënyra e lindjes dhe regjistrimi i peshës së lindjes

Një ndër kriteret e përfshirjes në studim kishte të bënte me faktin që femra shtatzanë kujdesi antenatal të plotë dhe lindjen, ta kryente në të njëjtën qendër kontrolli, në rastin tonë, në Spitalin Gjinekologji-Obstrikë Fier. Literatura mbështet lindjen natyrale duke theksuar përfitimet në lidhje me shëndetin e bebit.<sup>(38)</sup>

Lindja si procedurë është më e shkurtër.

Lehtësohet ushqimi me qumësht gjiri.

Koha e ripërtëritjes.

Perceptimi i sfidës që e pret nënën shtatzanë për kujdesin ndaj bebit të porsalindur.

Lindja është procedurë normale fiziologjike që duhet të përballohet nga nëna shtatzanë, pasi është ajo që ndjen kohën e kontracionit dhe momentin kur duhet të ndihmojë procesin e lindjes normale. Dhënia e medikamenteve anti-dhimbje dhe kryerja e anestezisë epidurale e shpëton këtë ndjesi të nënës dhe kontraktimeve që ndodhin në trupin e saj, duke ndihmuar në zgjatjen e procesit të lindjes.<sup>(38)</sup>

Bebi i lindur me lindje natyrale është më i prirur dhe më i ndjeshëm për të kryer ushqyerjen me qumësht gjiri. Ky proces është akoma edhe më i rëndësishëm që të ndoshi sa më herët për të realizuar sa më herët edhe lidhjen e nënës me fëmijën. Nëse nëna merr medikamente anti-dhimbje, duhet parë metabolizmi i tyre, pasi mund të kalojnë qumështin e gjirit.

Koha e rikuperimit pas lindjes natyrale është më e shkurtër. Endomorfina e çliruara gjatë procesin natyral të lindjes e bëjnë nënën shtatzanë të aftë edhe për të lëvizur, për t'u ngritur nga krevati, shumë shpejtë pas procesit të lindjes.

Lidhja që kryhet midis nënës shtatzanë dhe bebit, në rastin kur nëna shtatzanë gjatë procesit të lindjes nuk ka marr medikamente anti-dhimbje, është më e shkathët në perceptimin dhe respektimin në kohë të kërkesave të bebit.<sup>(38)</sup>

Përballja e nënës shtatzanë që ka kryer lindje natyrale me sfidën e të paturit një bebe të vogël për ta ushqyer, është më natyrale dhe më e fortë sesa në rastin kur nënat i nënshtrohen medikamenteve anti-dhimbje për lindje me epidurale, për shembull, apo në rastin më të keq, kur edhe lindja është me operacion. Në rastin e lindjeve me operacion rikuperimi i nënës shtatzane është më i ngadaltë, pasi kryesisht është nën efektin e shfaqes së hipotensionit, si pasojë e humbjes së gjakut dhe prodhimit të endomorfinave pak më vonë në kohë, për të mposhtur dhimbjen post-operacion dhe jo atë ante-lindje.

Të dhëna për Shqipërinë tregojnë se:<sup>(39)</sup>

42% e lindjeve në Maternitetin Koço Gliozheni kryhen me operacion.<sup>(39)</sup>

Kjo e dhënë e përditësuar sipas burimeve zyrtare në këtë institucion. Një përqindje shumë e lartë, janë urgjenca që vijnë nga rrethet.<sup>(39)</sup>

Ndërkohë, sipas një të dhëne të hershme në maternitetin “Mbretëresha Geraldinë”, 37% e femrave lindin me operacion.<sup>(39)</sup>

Studimet tregojnë se ka një trefishim të lindjeve me operacion në nivel global, ndërsa ky fenomen është në rritje edhe në Shqipëri. Rezulton se përgjatë vitit 2017, 40% e lindjeve janë kryer me intervent, duke pësuar një rritje me afro 2% krahasuar me një vit më parë. Listën e kryeson Librazhdi, ku 67% grave aty kanë zgjedhur operacionin dhe jo lindjen natyrale pasuar nga Saranda dhe më pas Berati.<sup>(39)</sup>

0% e lindjeve në Shqipëri kryhen përmes operacionit. Trendi ka pësuar rritje me 2%, ndërsa listën e kryeson qyteti i Librazhdit ku 67% e grave shtatzënë kanë zgjedhur lindjen cezariane.<sup>(40)</sup>

Një në pesë fëmijë vjen në jetë përmes lindjes cezariane. Studimet tregojnë se ka një trefishim të lindjeve me operacion në nivel global, ndërsa ky fenomen është në rritje edhe në Shqipëri.<sup>(40)</sup>

Rezulton se përgjatë vitit 2017, 40% e lindjeve janë kryer me intervent, duke pësuar një rritje me afro 2% krahasuar me një vit më parë.<sup>(40)</sup>

Pesha e vogël e lindjes është termi i përdorur për bebat e lindur më pak se 2500gr. Pavarësisht peshës që është më e vogël, bebat me peshë të ulët të lindjes mund të jenë të shëndetshëm.

**Kapitulli 4 Rezultatet dhe diskutimi**

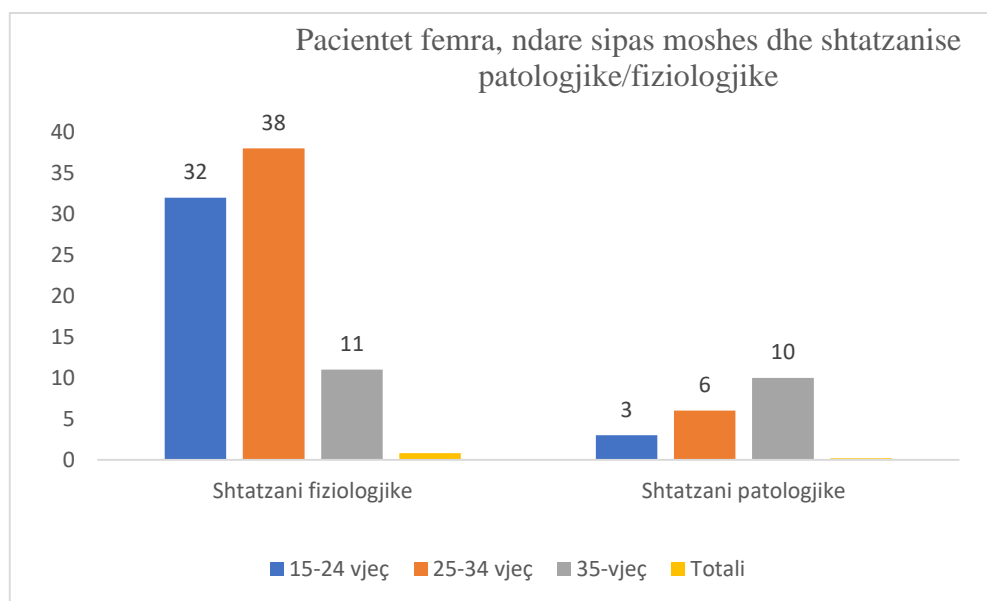
Pas mbledhjes së të dhënave në tabelën bazë të ekselit, u përpunuan ato me qëllimin e shfaqjes së rezultateve të studimit sipas tabelave më poshtë.

**Tabela 1.** Shpërndarja e subjektëve sipas shtatëzanisë (fiziologjike /patologjike)dhe grup moshës , të paraqitur në Spitalin Gjinekologji-Obsetrik, gjatë periudhës kohore nëntor 2011 - prill 2018.

<b>Mosha</b> <b>Pacientet</b>	<b>15-24 vjeç</b> <b>Nr(%)*</b>	<b>25-34 vjeç</b> <b>Nr(%)</b>	<b>35- vjeç</b> <b>Nr(%)</b>	<b>Totali</b> <b>Nr(%)</b>
Shtatzani fiziologjike	23(92.0)	27(87.1)	8(53.3)	58(82.0)
Shtatzani patologjike	2(8.0)	4(16.9)	7(46.7)	13(18.0)
Totali	25(100.0)	31(100.0)	15(100.0)	71(100.0)

\*përqindja në kollonë

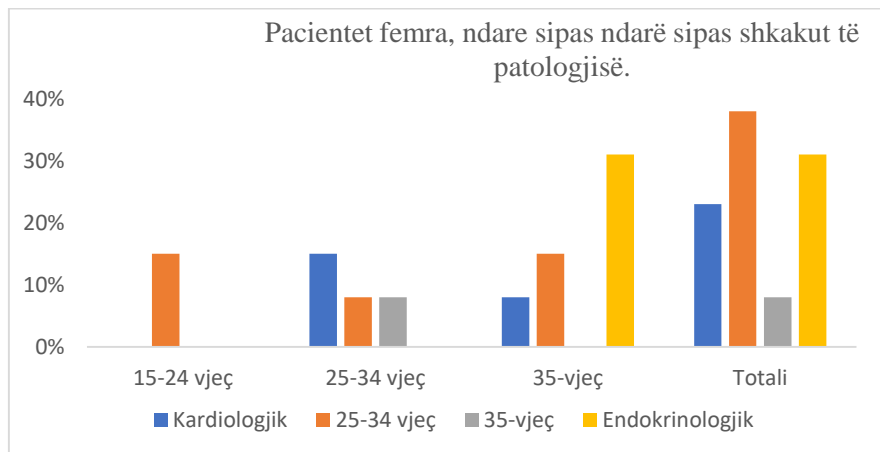
**Grafiku 1.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientët e sëmurë dhe të shëndetshëm, të paraqitur në Spitalin Gjinekologji-Obsetrik, periudha kohore nëntor 2011 - prill 2018, të dhënat e tabelës 1.



**Tabela 2.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me shtatzani patologjike, ndarë sipas shkakut të patologjisë.

Grup mosha	Kardiake Nr(%)	Urologjike Nr(%)	Hematolo-gjike Nr(%)	Endokrinologjike Nr(%)	Totali Nr(%)
15-24 vjeç	0(0.0)	2(15.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(15.0)
25-34 vjeç	2(15.0)	1(8.0)	1(8.0)	0(0.0)	4(31.0)
35- vjeç	1(8.0)	2(15.0)	0(0.0)	4(31.0)	7(54.0)
Totali	3(23.0)	5(38.0)	1(8.0)	4(31.0)	13(100.0)

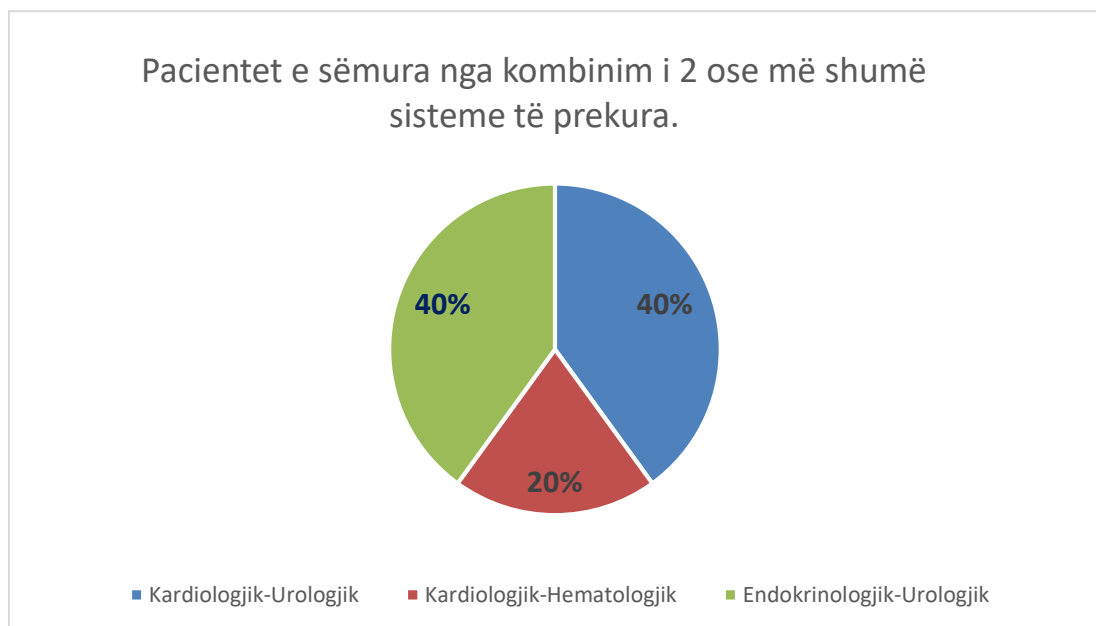
**Grafiku 2.** Në grafik paraqiten në përqindje pacientët e sëmurë pacientet me shtatzani patologjike, ndarë sipas shkakut të patologjisë.



**Tabela 3.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientët e sëmurë nga kombinim 2 ose më shumë sisteme të prekura.

Pacientet	15-24 vjeç Nr(%)	25-34 vjeç Nr(%)	35- vjeç Nr(%)	Totali Nr(%)
Kardiologjik- Urologjik	0(0.0)	1(20.0)	1(20.0)	2(40.0)
Kardiologjik- Hematologjik	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	1(40.0)
Endokrinologjik- Urologjik	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	2(40.0)
Totali	0(0.0)	2(40.0)	2(60.0)	5(100.0)

**Grafiku 3.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e sëmurë nga kombinim 2 ose më shumë sisteme të prekura.



Pyetorësi me 90 pyetje të ndara sipas kategorive: somatizim 12, obsesiv-konvulziv 10, sensitivitet interpersonal 9, depression 13, ankthi 10, hospitalizimi 6, ankthi fobik 7, idetë paranoide 6, psikotizmi 10 dhe 7 pyetje shtesë fundore. Nevojat rreth 12 deri 20 minuta plotësim individual (Derogatis 2000).

he instrument's three global indices of distress are: I. Global Severity Index (GSI) II. Positive Symptom Distress Index (PSDI) III. Positive Symptom Total (PST)

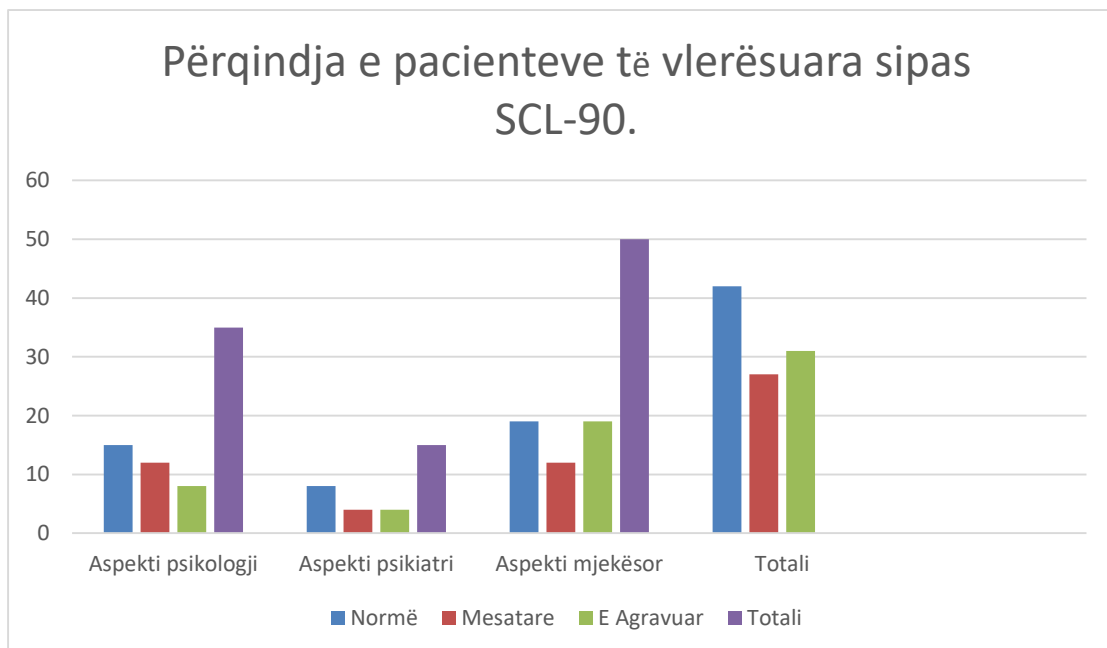
Somatization 12 pyetje: pyetje që reflektojnë ankesën kryesore nga një sëmundje ekzistuese sistemike zakonisht kardiovaskulare, gastrointestinale, respiratore etj. Obsesiv – konvulsiv 10 pyetje mbi eksperiencën rreth ekzistencës së mendimeve, implulseve dhe veprimeve që me përvojë si të parëzueshme nga individit por janë të një natyre egoiste ose të padëshiruar. Sensitiviteti interpersonal 9 pyetje – diskomforti personal rreth ndjenjave të pamjaftueshmërisë dhe inferioritetit karshi të tjerëve. Depresioni 13 pyetjesh mungesë e interesit, mungesë e motivimit, mungesë e energjisë vitale. Ankthi 10 pyetje, nervoziteti, tensioni, paniku. Hospitalizimit 6 pyetje mendime, ndjenja veprime me karakter negativ që ndikojnë në nevojshëminë për shtrim hospitalor. Ankthi fobik 7 pyetje frikë specifike karshi një personi, vendi, objekti, situatë që përfundon me ikjen shpërndarë të gjithë. Idetë paranoide 6 pyetje një mënyrë e çrregulluar e mendimit. Psikotizmi 10 pyetje tërheqjen, izolimin dhe mënyrën e jetesës skizoide, si dhe simptomat e skizofrenisë në radhë të parë të tilla si hallucina dhe transmetimi i mendimeve. 7 pyetjet e fundit rreth çrregullimeve në oreks dhe në gjumë.

**Tabela 4.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e vlerësuara sipas SCL-90.

<b>Pacientet</b>	Normë Nr(%)	Mesatare Nr(%)	E agravuar Nr(%)	Totali Nr(%)
Aspekti psikologji	4 (15.0)	3(11.5)	2(8.0)	9(35.0)
Aspekti psikiatri	2(8.0)	1(4.0)	1(4.0)	4(15.0)
Aspekti mjekësor	5(19.0)	3(11.5)	5(19.0)	13(50.0)
<b>Totali</b>	<b>11(42.0)</b>	<b>7(27.0)</b>	<b>8(31.0)</b>	<b>26(100.0)</b>

**Grafiku**

**4.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e vlerësuara sipas SCL-90.



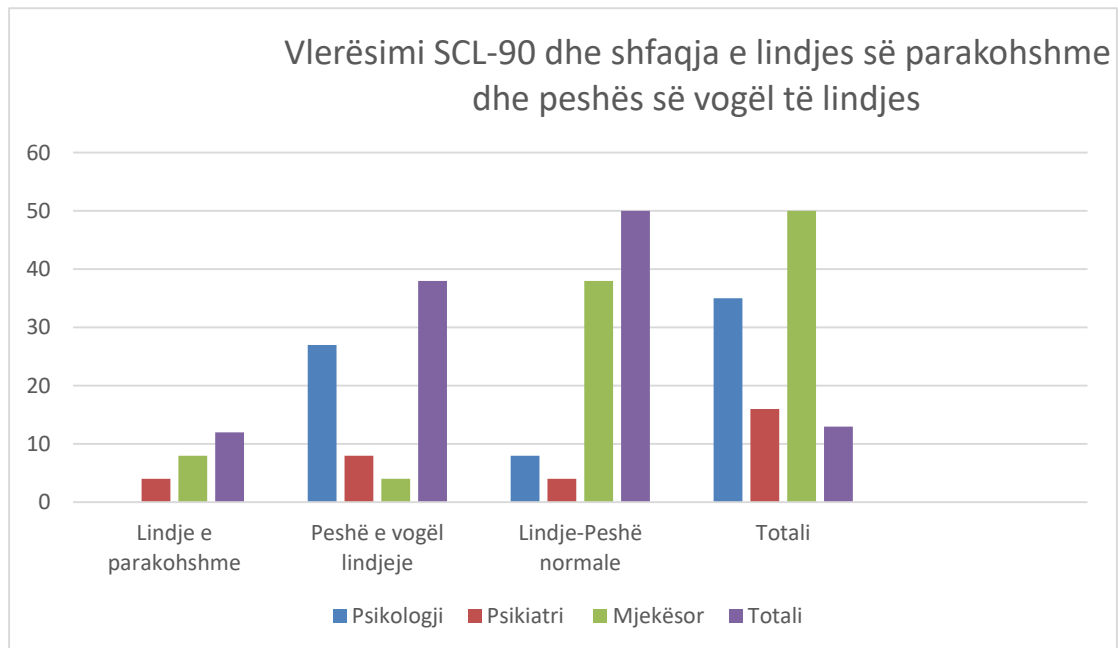


**Tabela 5.** Tabela përmbledh të dhënat e pacienteve sipas vlerësimit SCL-90 dhe shfaqës së lindjes së parakohshme dhe peshës së vogël të lindjes.

Format e lindjes	Psikologji Nr(%)	Psikiatri Nr(%)	Mjekësor Nr(%)	Totali Nr(%)
Lindje e parakohshme	0(0.0)	1(4.0)	2(8.0)	3(12.0)
Peshë e vogël lindjeje	7(27.0)	2(8.0)	1(4.0)	10(38.0)
Lindje-Peshë normale	2(8.0)	1(4.0)	10(38.0)	13(50.0)
Totali	9(35.0)	4(16.0)	13(50.0)	26(100.0)

### Grafiku

5. Në grafikun 5 përmbledhen të dhënat e pacienteve e pacienteve sipas vlerësimit SCL-90 dhe shfaqës së lindjes së parakohshme dhe peshës së vogël të lindjes.



## Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

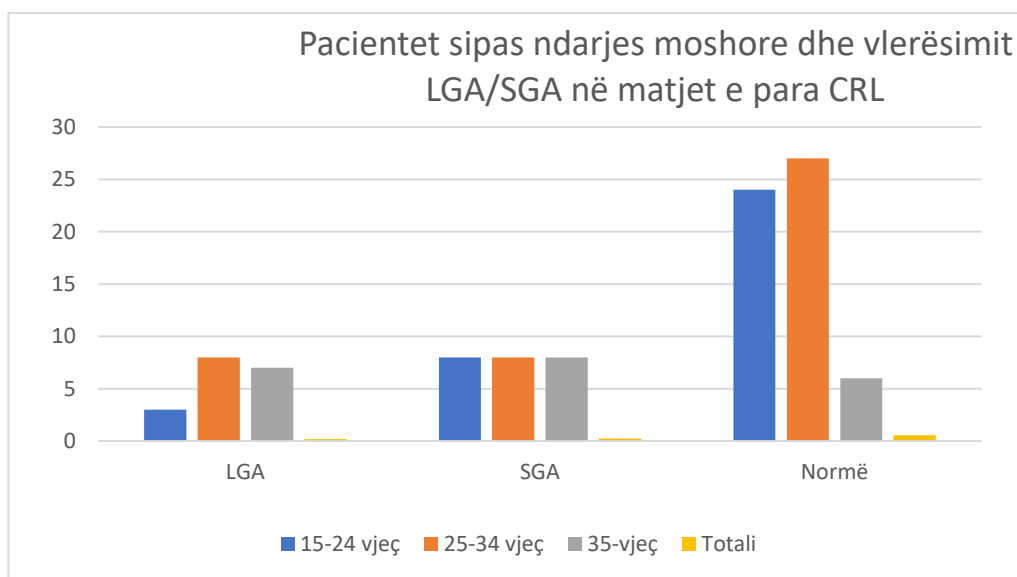
Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

**Tabela 6.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e para CRL.

Pacientet	15-24 vjeç Nr(%)	25-34 vjeçNr(%)	35- vjeç Nr(%)	Totali Nr(%)
LGA	2(3.0)	6(8.0)	5(7.0)	13(18.0)
SGA	6(8.0)	6(8.0)	6(8.0)	18(25.0)
Normë	17(24.0)	19(27.0)	4(6.0)	40(57.0)
Totali	25(35.0)	31(43.0)	15(21.0)	71(100.0)

**Grafiku 6.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e para CRL, të dhënat e tabelës

6.

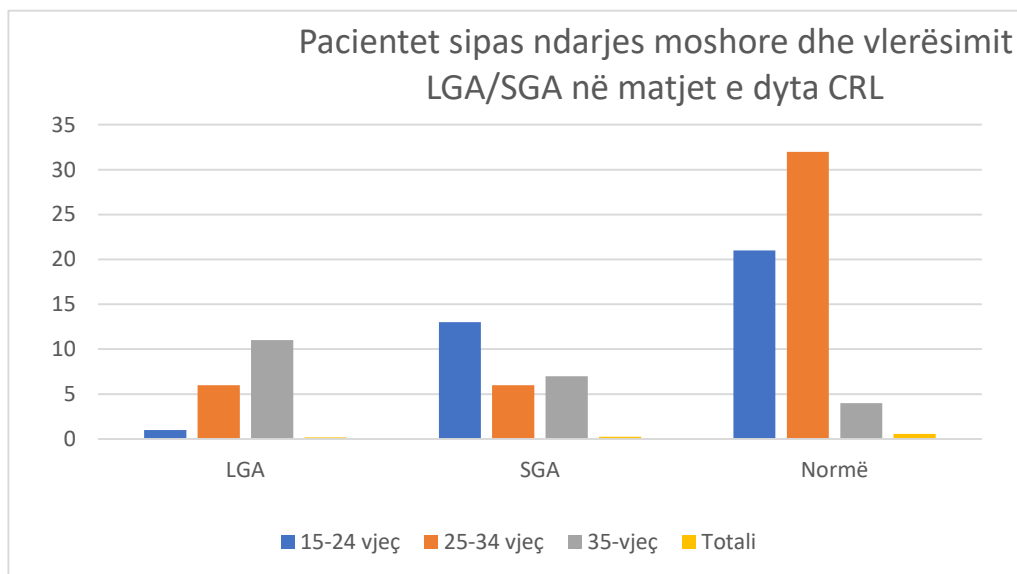


**Tabela 7.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e dyta CRL.

Pacientet	15-24 vjeçNr(%)	25-34 vjeçNr(%)	35- vjeç Nr(%)	Totali Nr(%)
LGA	1(1.0)	4(6.0)	8(11.0)	13(18.0)
SGA	9(13.0)	4(6.0)	4(7.0)	17(24.0)
Normë	15(21.0)	23(32.0)	3(4.0)	41(58.0)
Totali	25(35.0)	31(44.0)	15(22.0)	71(100.0)

**Grafiku 7.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet sipas ndarjes moshore dhe vlerësimit LGA/SGA në matjet e dyta CRL, të dhënat e tabelës

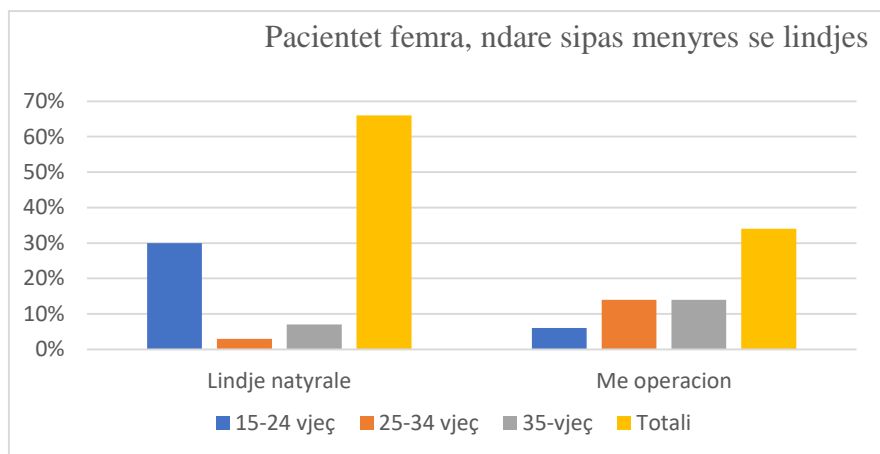
7.



**Tabela 8.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e ndara sipas mënyrës së lindjes (natyrale, me operacion).

Format e lindjes	15-24 vjeç Nr(%)	25-34 vjeç Nr(%)	35- vjeç Nr(%)	TotaliNr(%)
Lindje natyrale	21(30.0)	21(29.5)	5(7.0)	47(66.0)
Lindje me operacion	4(6.0)	10(14.0)	10(14.0)	24(34.0)
Totali (%)	25(36.0)	31(43.5)	15(21.0)	71(100.0)

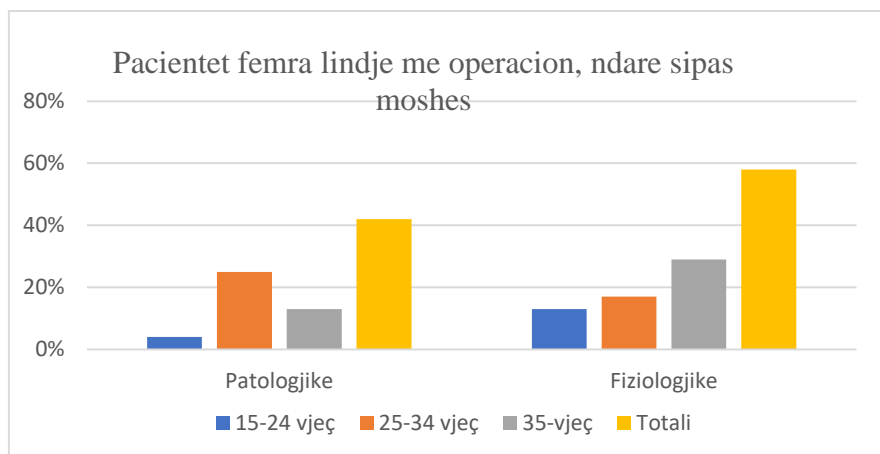
**Grafiku 8.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet e ndara sipas mënyrës së lindjes (natyrale, me operacion), të dhënat e tabelës 8.



**Tabela 9.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me lindje me operacion, ndarë sipas shkakut të lindjes.

Shtatëzania	15-24vjeçNr(%)	25-34 vjeçNr(%)	35- vjeç Nr(%)	Totali Nr(%)
Patologjike	1(4.0)	6(6.0)	3(13.0)	10(42.0)
Fiziologjike	3(13.0)	4(17.0)	7(29.0)	14(58.0)
Totali	4(17.0)	10(42.0)	10(42.0)	24(100.0)

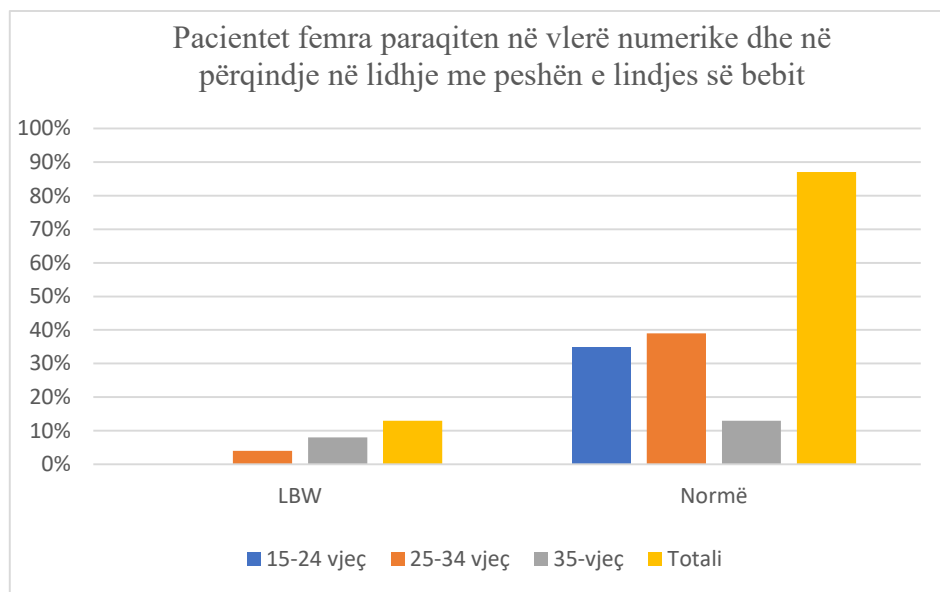
**Grafiku 9.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje pacientet me lindje me operacion, ndarë sipas shkakut të lindjes, të dhënat e tabelës 9.



**Tabela 10.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje në lidhje me peshën e lindjes së bebit.

Lindjet	15-24 vjeç Nr(%)	25-34 vjeç Nr(%)	35- vjeç Nr(%)	Totali Nr(%)
LBW	0(0.0)	3(4.0)	6(8.0)	9(13.0)
Normë	25(35.0)	28(39.0)	9(13.0)	62(87.0)
Totali	25(35.0)	31(44.0)	15(21.0)	71(100.0)

**Grafiku 10.** Në grafik paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje në lidhje me peshën e lindjes së bebit, të dhënat e tabelës 10.



**Tabela 11.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 15-24 vjeç.

Pacientet	Normë Nr(%)	LGA-SGA Nr(%)	Vlera p
LBW	0(0.0)	8(11.0)	The two-tailed P value equals 0.0040
Normë	25(35.0)	17(24.0)	
Totali Nr(%)	25(35.0)	25(35.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të të dhënave në kolona konsiderohet statistikisht shumë e rëndësishme.

**Tabela 12.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 25-34 vjeç.

Grupmosha 25-34 vjeç	Normë Nr(%)	LGA-SGA Nr(%)	Vlera p
LBW	3(4.0)	12(17.0)	The two-tailed P value equals 0.0159.
Normë	28(39.0)	19(27.0)	
Totali (%)	3(44.0))	31(44.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të të dhënave në kolona konsiderohet statistikisht shumë e rëndësishme.

**Tabela 13.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e para LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 35 - vjeç.

Grup mosha 35- vjeç	Normë Nr(%)	LGA-SGA Nr(%)	Vlera p
LBW	6(8.0)	11(15.0)	The two-tailed P value equals 0.1394
Normë	9(13.0)	4(6.0)	
Totali (%)	15(21.0)	15(21.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të dhënave në

kolona konsiderohet statistikiisht jo e rëndësishme.

**Tabela 14.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e dyta LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 15-24 vjeç.

Grup mosha . 15-24 vjeç	NormëNr(%)	LGA-SGANr(%)	Vlera p
LBW	0(0.0)	10(14.0)	The two-tailed P value equals 0.0006
Normë	25(35.0)	15(21.0)	
Totali	25(35.0)	25(35.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të

të dhënave në kolona konsiderohet statistikiisht shumë e rëndësishme.



**Tabela 15.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e dyta LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 25-34 vjeç.

Grupmosha 25-34 vjeç	Normë Nr(%)	LGS-SGANr(%)	Vlera p
LBW	3(4.2)	8(11.2)	The two-tailed P value equals 0.1822
Normë	28(39.4)	23(32.3)	
Totali (%)	31(44.0)	31(44.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të të dhënave në kolona konsiderohet statistikiisht jo e rëndësishme.

**Tabela 16.** Në tabelë paraqiten në vlerë numerike dhe në përqindje matjet e dyta LGS-SGA në lidhje me peshën e lindjes së bebit, intervali moshor 35 - vjeç.

Grupmosha 35- vjeç	Normë Nr(%)	LGS-SGA Nr(%)	Vlera p
LBW	6(8.0)	12(17.0)	The two-tailed P value equals 0.0604
Normë	9(12.6)	3(4.0)	
Totali	15(21.0)	15(21.0)	

Ndërlidhja midis grupeve të të dhënave në rreshta dhe grupeve të të të dhënave në kolona konsiderohet statistikiisht jo e rëndësishme.

**Pjesa e dytë e studimit është review** e të dhënave më të fundit të botuara mbi këtë temë. Kërkimi elektronik është kryer për gjetjen e artikujve duke përdorur *PubMed*, në periudhë kohore 1990 deri në vitin 2019.

Termat kryesorë në gjetjen e artikujve të aplikuar në *PubMed* ishin:

- CRL
- LGA, SGA
- LBW.

Në total u paraqitën **23** artikuj, që përfshinin termat e mësipërme.

Pas analizimit të abstrakteve dhe të artikujve të mbledhur deri në këtë etapë, u përzgjedhën kriteret e përfshirjes dhe të mospërfshirjes në analizim. Në këtë etapë u përzgjedhën **23** artikuj. Kriteria e përfshirjes në analizim ishin të gjithë artikujt që vlerësonin direkt ndikimin e peshës në lindje të bebit me matjet CRL, në periudhën kohore të paracaktuar sipas kriterëve të klasifikimit. Kriteret e mospërfshirjes ishin:

1. Studimet që nuk vlerësonin direkt relacionin midis matjeve CRL dhe peshës në lindje të bebit.
2. Studimet në formën e case – report (1-3 raste).
3. Studimet që ekzaminonin më pak se 10 raste.

Studimi është i llojit review, me qëllimin për të gjetur avantazhet dhe disavantazhet e kryerjes së matjeve CRL në periudha kohore të paracaktuara të vazhdimësisë së shtatzanisë, me qëllimin e parashikimit të peshës së lindjes së bebit.

Kërkimi elektronik është kryer për gjetjen e artikujve, duke përdorur kryesisht MEDLINE dhe PubMed, në periudhën kohore: 1990 deri në vitin 2018.

**Etapa e parë:** Përfshinte gjetjen e termave kryesorë, nxjerrë nga artikujt që kanë folur mbi rëndësinë e matjeve CRL. Këto terma, në database-n e MESH në Sitin e “PubMed”, ishin:

1. Crown-rump length (2499)
2. SGA-LGA (654)
3. LBW (108).

**Etapa e dytë:** Kur u tentua të flisnim specifikisht mbi ndërlidhjen e matjeve CRL dhe SGA/LGA, u vu re se ishin rreth 26 artikuj, edhe me mbulim e ripërsëritje, të ndarë specifikisht si më poshtë:

1. CRL dhe SGA (23)
2. CRL dhe SGA (11)
3. CRL dhe LWB (8)
4. LWB dhe SGA (447)
5. LWB dhe LGA (46).

**Etapa e tretë:** Termat specifikë të etapës së dytë u aplikuan në kombinim tresh për të substraktuar artikujt me lidhje direkte që mund tëpërdoren për tematikën e preferuar (në total 23).

Për t'i kategorizuar të dhënat, studimet e përfshira u analizuan në bazë të modelit të analizimit dhe vlerësimit si dhe në bazë të madhësisë së mostrës së pacientëve, duke përdorur këto të dhëna:

Të vlefshme dhe të bazuara shkencërisht dhe klinikisht:

- Review të mostrave klinike të randomizuara
- Dy ose më shumë mostra të randomizuara
- Një mostër e randomizuar dhe 2 ose më shumë studime prospektive.<sup>(33)</sup>

Rezultatet e përpunimit të të dhënave të mbledhura, paraqiten sipas tabelave më poshtë.

**Tabela 17.** Në këtë tabelë paraqiten artikujt e përzgjedhur, organizuar mbi bazën e vitit të botimit dhe llojit të artikullit.

Lloji i artikullit	Viti i botimi		Viti i botimit	
	1980-2000	2001-2010	2011-2019	
<b>Grup-Kontrolli</b>		2	4	
<b>Vlerësim klinik në pacientë</b>	2		6	
<b>Retrospektiv</b>		1	5	
<b>Review</b>			1	
<b>Prospektiv</b>			2	
<b>Total</b>	2	3	18	

Vlerësimi klinik në pacientë me mostra të mëdha, apo për tipin e case report, shprehet në bazën e metodologjikës së aplikuar dhe llojit të studimit me grup kontrolli, retrogradë, prospektiv, cross-seksional.

**Tabela 18.** Në këtë tabelë paraqiten artikujt e përzgjedhur organizuar mbi bazën e vitit të botimit, llojit të artikullit dhe numrit të bashkëautorëve të përfshirë në artikull.

Lloji i artikullit Nr. autorësh	Viti i botimi 1980-2000		Viti i botimit 2001-2010		Viti i botimit 2011-2019	
	≤5	>5	≤5	>5	≤5	>5
<b>Grup-Kontrolli</b>			1	1	3	1
<b>Vlerësim klinik në pacientë</b>	1	1			3	3
<b>Retrospektiv</b>			1		3	2
<b>Review</b>						1
<b>Prospektiv</b>					1	1
<b>Total</b>	1	1	2	1	10	8

**Tabela 19.** Ndarja e artikujve të grumbulluar në varësi të elementit të marrë në analizë për tematikën e studimit.

Lloji i studimit Matjet	Dita e kryerjes se CRL	Matje anto-pometike	SGA LGA	Fluksi i qarkullimit të gjakut arterie uterine	Restriksioni I rritjes fetale
<b>Grup-Kontrolli</b>	1			4	1
<b>Vlerësim klinik në pacientë</b>	1	1	4		2
<b>Retrospektiv</b>	1	1	2		2
<b>Review</b>		1			
<b>Prospektiv</b>			2		
<b>Total</b>	3	3	8	4	5

**Tabela 20.** Tabela përmbledh artikujt në bazë të qëllimit, llojit të studimit dhe përfundimeve.

Nr.	Autoret	Viti	nr. Autore	Qëllimi	Madhësia e mostrës	Lloji i Studimit	Përfundimi
1	Kang JY et al.	2013	5	Ndërlidhja e drejtpërdrejtë midis CRL dhe peshës së lindjes	316	Grup-kontrolli	CRL e matur në ditën e 67-të tregon vlera më të ulta tek grupi i LBW

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

2	Neela j et al.	1991	4	Midis perimetrit të kokës, krahëve tek LBW	256	Të dhëna në %	Perimetri i kokës shpreh nivel zhvillimi
3	Xiao S et al.	2019	6	Midis diskordancës së CRL dhe të dhënave perinatale	Mostër e pacaktuar	Retrospektiv shtatzani me binjakë	Nuk ka diferencë statistikisht të rëndësishme midis diskordancave të CRL dhe diskordancave të peshës së lindjes
4	Gasiorowska A et al.	2019	8	Përdorshmëria e të dhënave të analizimeve ultrasonike gjatë shtatzanisë dhe parashikimit të peshës së lindjes.	97 femra shtatzane të shëndetshme dhe 160 femra shtatzane diabetike tipi 1	Grup-kontrolli	Kontrollohen parametrat e fluksit të qarkullimit të gjakut në arterien uterine diagnostikimi LGA. Gjatë tremesterit të parë lejon selektimin dhe modifikimin e faktorëve risk për monitorimin e mëtejshëm në periudhën perinatale.

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

5	Salomon LJ et al.	2019	15	Vlerësimi i matjeve të sakta biometrike dhe diagnozës për çrregullime fetale të rritjes	Anamneza maternale, simptomat, vlerësimi i fluidit amnionit	Review	Ndërlidhja midis matjeve të CRL dhe perimetrit të kokës.
6	Kimyon Comert G et al.	2019	7	Ndërlidhja midis peshës së lindjes dhe faktorit të rritjes të ngjashëm me insulinën, volumit fetal.	142 femra shtatzane vlerësimi i mostrës së gjakut.	Mostër pacientësh	Faktori i rritjes është marker i mirë për rritjen fetale.
7	Mongelli M Et al.	2016	8	Rritjet jo normale të trimeserit të parë ndikojnë në peshën e lindjes.	415	Mostër pacientësh	Asnjë nga variablat që ndikojnë në peshën e lindjes ose në kategorinë e LGA ka efekt statistikisht të rëndësishëm gjatë tremesterit të parë tek kurba e rritjes embrionike të trimeserit të parë.
8	Ustunyurt E et al.	2015	4	Për të investiguar relacionin mes CRL dhe peshës së lindjes, gjatësisë,	12.000 shtatzani 999 nuk kishin	Retrospektiv grup krahasimi	Mënyra e rritjes në trimeserin e parë prek peshën

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

				perimetrit të kokës tek i sapolinduri.	probleme mjekësore.		neonatale të lindjes.
9	Kallen B et al.	2013	4	Të dhënat e shtatzanisë pas fertilizimit in vitro mund të përdoret për vlerësimin e studimeve fotometrike dhe për vlerësimin e variablave që mund të ndikojnë.	9543 shtatzani teke dhe 869 shtatzani me binjakë	Mostër pacientësh vlerësim me %	Fetometria rutinë parashikon moshën gestacionale, por devijimet ekzistojnë dhe indikojnë se mosha e fetusit që do të lindin të vegjël për moshën gestacionale dhe kur femra është obeze.
10	Mongelli M et al.	2012	5	Për të testuar hipotezën e LGA dhe SGA kanë vlera jonormale të CRL në trimeshterin e parë.	107 femra, moshe, peshë, gjatësi	Prospektiv studimi	Të sapolindurit me SGA dhe LGA në lindje, nuk kanë vlera CRL anormale në trimeshterin e parë.
11	Papastefanou I et al.	2012	6	Të identifikojë karakteristikat maternale dhe të shtatzanisë gjatë trimeshterit të parë	4702 lindje	Me % vlerësimi	Delta CRL dhe delta translucensa nuchale ishin parashikuesit



## Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

				dhe indeksset biokimike signifikante për LGA dhe SGA.			sinjifikante të pavarur për SGA dhe LGA.
12	Daouk M et al.	2012	3	Për të përcaktuar nëse CRL e trimeserit të parë shoqërohet me ekstremitete të peshës së lindjes.	121 neonate matje në %		Rritja fetale shfaqet herët në termat e vazhdimësisë së shtatzanisë.
13	Pardo J et al.	2010	5	Vlerësimi i ndërlidhjes mes CRL dhe LAG	521 pacientë	Studim retrospektiv	Shtatzanitë me LGA karakterizohen nga CRL më e madhe në javën 11-14.
14	Chiavazza F et al.	1985	7	Ndërlidhje midis CRL dhe peshës së lindjes.	Mostër e pacaktuar vlerësim në %		Parashikim jo sufiçent i parametrave, shkak i përgjigjeve pozitive dhe përgjigjeve false negative.
15	Bilagi A et al.	2017	6	CRL si faktor prognostik për efektet anësore të shtatzanisë.	12592 lindje vlerësim me %	Retrospektiv	CRL nuk është faktor independent për efekte anësore të shtatzanisë.

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

16	Nakamura M et al.	2015	7	CRL në javën 11-13 të shtatzanisë mund të parashikoj prognozë fatale.	Me grup kontrolli CRL e shkurtër me CRL normale	Prospektiv studimi	Matjet CRL përdoren për të parashikuar incidencën e trisomisë 18 si dhe SGA-në e vonë.
17	Hoopmann M et al.	2014	5	Për të përcaktuar nëse volumet fetale janë të ndryshme si rezultat i SGA krahasuar me mesataren e GA-së.	105 raste	Case kontroll studimi	Matjet 3D të trimesterit të parë për volumet e shtatzanisë nuk janë të ndryshme për SGA.
18	Demers S et al.	2014	5	Vlerësimi i rolit të Doppler të arteries uterine në trimesterin e parë për shfaqjen e pre-eklampsisë.	1810 femra	Analizim në nëngrupe	Analizat ultrasonike vlerësojnë faktin nëse priten efekte anësore të shtatzanisë.
19	Harper LM et al.	2013	4	Vlerësimi i ndërlidhjes së diskordancave në rritje gjatë trimesterit të parë dhe efekteve jo të dëshirueshme të shtatzanisë tek binjakët dikorionikë.	805 raste të binjakëve	Studim retrospektiv	Diskordanca të CRL duket se nuk shoqërohet me efekte anësore për vazhdimësinë e shtatzanisë.

Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrushi

20	Carbone JF et al.	2012	5	Për të vlerësuar efikasitetin e restriksionit të rritjes fetale për parandalimin e SGA	3269 raste	Studim retrospektiv	Restriksioni i rritjes fatale dhe nivei i proteinës A në plazmë mund të përdoren si elemente të rëndësishëm klinike për vlerësimin SGA.
21	Odeh M et al.	2011	5	Të vlerësojmë matjet e volumeve placentare dhe Doppler 3D për ndërlidhjen midis hipertensionit dhe SGA.	308 femra	Grup-kontrolli vlerësimi për indeksin e vaskularizimit, indeksin e rrjedhjes.	Volumi placentar nuk është parashikues për SGA.
22	Schwartz N et al.	2010	7	Vlerësimet volumetrike për parandalimin e efekteve anësore të vazhdimësisë së shtatzanisë.	135 femra shtatzane	Grup kontrolli	Sonografia 3 dimensionale lejon teknikën të masi karakteristikat e rritjes madhore placentare.
23	Infante - Rivard C	2010	1	Autorët hipotezojnë se modifikimi në lipoproteinat me densitet të ulët, rritin riskun për trombozë	448 lindje kundrejt 431 lindjeve	Grup kontrolli	Hipoteza ishte pozitive

				vaskulare, rrjedhojë SGA.			
--	--	--	--	------------------------------	--	--	--

Si rezultate të shprehura në shifra mund të themi se, të dokumentuara nga studimi ynë janë si më poshtë:

Sipas ndarjes shtatzani fiziologjike / shtatzani patologjike, mbështetur në të dhënat e studimit tonë, arritëm në përfundimin se sipas sipas intervalit moshor 15-24 vjeç ishte 35%, 25-34 vjeç ishte 44% dhe 35 vjeç- ishte 21%, në përputhje me referencën 23.

Në varësi se cili system ishte i prekur, që shprehte edhe efektin në shfaqen e shtatzanisë patologjike: për sistemin kardiak pavarësisht intervalit moshor ishte 23%, për sistemin urinar ishte 38%, sistemi hematologjik ishte 8%, sistemi endokrin 31%, pjesërisht përputhje me referencën 32.

Vlera më e lartë në % e prekshmërisë së organeve ishte sistemi endokrin në intervalin moshor 35 vjeç – në vlerën 31%, ndjekur nga sistemi kardiak, urinar, në vlerën 15% në intervalin moshor përkatësisht 25-34 vjeç, 15-24 vjeç dhe 35 vjeç-.

Sipas intervaleve moshore prekshmëria nga sëmundjet sistemike arrinte vlerën më të lartë në intervalin moshor 35 vjeç-, shkak ka për shfaqen e shtatzanisë patologjike.

Kombinimi i patologjive të sistemeve, baza për shfaqen e patologjisë së shtatzanisë ishte sistemi endokrin-urinar në vlerën 40% në intervalin moshor 35 vjeç-.

Shtatzania patologjike e shprehur në aspektin psikologjik shkaktonte në vlerën 35%, aspekti psikiatrik në vlerën 15% dhe aspekti mjekësor në vlerën 50%, në përputhje me referencën 39.

Lindjet e parakohshme arrijnë në vlerën 12% të rasteve të ndjekura dhe të përfshira në studim, në përputhje me referencën 39 dhe 40.

Lindjet me peshë të vogël arrijnë nivelin e 38% (referenca 39 dhe 40).

Vlerësimi sipas parametrave SGA/LGA këto të regjistruara gjatë matjeve të para CRL, i ndan pacientët sipas intervalit moshor 15-24vjeç, 25-34vjeç dhe 35 vjeç-vlerat maksimale për SGA në të gjitha intervalet moshore ishte 8%, LGA në vlerën 8% në intervalin moshor 25-34 vjeç.

Sipas matjeve sekondare CRL, SGA në vlerën 13% për intervalin moshor 15-24 vjeç dhe LGA në vlerën 11% në intervalin moshor 35vjeç-.

Matjet normale CRL % optimale arrinte në vlerën 27% në intervalin moshor 25-34vjeç. Lindjet natyrale arrijnë % 66% me vlerën më të lartë 30% në intervalin moshor 15-24vjeç dhe vlerën më të ulët 7% në intervalin moshor 35vjeç.

Lindjet me operacion arrijnë vlerën 34% ku vlera më e lartë arrin pas moshës 25 vjeç në të dy intervalet moshore në 14%, në përputhje me referencën 39 dhe 40.

Tek lindjet me operacion në përpjekje për të ndarë sipas kategorizimit patologji dhe fiziologji, vlerat më të larta arrijnë në intervalin moshor 25-34vjeç në vlerën 25% dhe fiziologjik në intervalin moshor 35vjeç- në vlerën 29%.

Lindjet me operacion kategorizuan si patologjik ku indikohet kryerja e operacionit, arrin vlerën 42% dhe atë fiziologjike në vlerën 58%, në përputhje me referencën 42.

Lindjet me peshë të ulët të lindjes në total arrinte nivelin 13% me % më të lartë në intervalin moshor 35vjeç- në nivelin 8%.

## Ndërlidhja midis CRL dhe peshës së lindjes

Kandidati: Sonila Kapaj (Robo)

Udhëheqësi: Prof.As. Arben Mitrush

Për pacientet e moshës 15-24vjeç, ndërlidhja e matjeve të para CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 17% konsiderohet statistikisht e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.004$ .

Për pacientet e moshës 25-34vjeç, ndërlidhja e matjeve të para CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 17% konsiderohet statistikisht e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.0159$ .

Për pacientet e moshës 35-vjeç, ndërlidhja e matjeve të para CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 15% konsiderohet statistikisht jo e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.1394$ , në përputhje me referencën 42.

Për pacientet e moshës 15-24vjeç, ndërlidhja e matjeve të dyta CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 14% konsiderohet statistikisht shumë e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.0006$ .

Për pacientet e moshës 25-34vjeç, ndërlidhja e matjeve të para CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 11.2% konsiderohet statistikisht jo e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.1822$ .

Për pacientet e moshës 35-vjeç, ndërlidhja e matjeve të para CRL dhe peshës së lindjes në vlerën 17% konsiderohet statistikisht jo e rëndësishme me vlerën  $p \leq 0.0604$ .

Pjesa e dytë e studimit:

Rezultate mes CRL dhe peshës së lindjes nga të dhënat e botuara në literaturëhaset një rritje e interesit shprehur në rritje në numër botimesh në intervalin kohor 2011-2019 (18 botime), ku peshën më të madhe e mbajnë studimet me vlerësim klinik të pacientëve (6 botime), ndjekur nga studimet retrospektive (5 botime) dhe ato me grup-kontrolli (4 botime).

Prania e një numri të konsiderueshëm autorësh për botim në lidhje me këtë ndërlidhje mes dy elementeve, shprehet në intervalin kohor 2011-2019 tek rastet e vlerësimeve klinike në pacientë (3 botime): në total 10 botime.

Për element vlerësimi këto botime ndahen: vlerësim sipas matjeve CRL 3 botime, matje antropologjike 3 botime, SGA/LGA 8 botime, fluksi i qarkullimit të gjakut në arterien uterine 4 botime, restriksioni i rritjes fetale 5 botime, në përputhje me referencën 42.

Vlera më e lartë e arrijnë botimet në studime me grup-kontrolli 4 botime dhe vlerësime me pacientë në lidhje me SGA/LGA 4 botime.

## **Kapitulli 5 Përfundime dhe rekomandime**

Bazuar në të dhënat e literaturës ndërlidhja mes CRL dhe peshës së lindjes është një element që ka tërhequr dhe tërheq vëmendjen shkencore mbi borimin e artikujve në lidhje me vlerësimet e mundshme paraprake.

Studimi demonstron lidhje ndërmjet peshes në fund të shtatzanise dhe CRLse matur në tremujorin e parë, me rrishtje të LBW me përqindje më të lartë kur CRL është më e vogël.

Kështu CRL mund të japë një vlerësim mbi peshën e bebit në lindje dhe kjo është statistikiqisht e rëndësishme. Shfaqja e shtatzanive patologjike rritet në frekuencë pas moshës 25 vjeçare. Si shkak të patologjive gjatë shtatzanisë kryesisht është kombinimi i sistemit endokrin me atë urinar, por nuk mbetet mbrapa as patologjia e sistemit kardiak. Prekshmëria ndaj sëmundjeve sistemike rritet me arritjen e moshës 35 vjeçare.

Ndërlidhja mes matjeve CRL dhe peshës së lindjes është statistikiqisht e rëndësishme, duke rekomanduar filtrimin e të dhënave të SGA/LGA, vlera që maten në mënyrë rutinë gjatë ekove specifike të shtatzanisë.

Ndërlidhja midis matjeve të para të CRL dhe peshës së lindjes panvaresisht moshës së nënes shtatzane konsiderohet statistikiqisht e rëndësishme.

Ndërlidhja midis matjeve të dyta të CRL dhe peshës së lindjes panvaresisht moshës së nënes shtatzane konsiderohet statistikiqisht e rëndësishme.



### **Rekomandime**

Ne baze të rezultateve të thëna më sipër rekomandojmë:

Ndjekën e shtatezanisë sipas protokolleve përkatëse. Vlerësimin e saktë të moshës së shtatezanisë dhe plotësimin e ekzaminimeve përkatëse për të patur një neonat të shëndetshëm.

Vlerësim të duhur të patologjive që bashkeshoqerojnë shtatezaninë.

Ngelet për tu vlerësuar lidhja midis CRL dhe barres gemelare

Lidhja CRL dhe fertilizim in vitro

Kryerja e tre matjeve të CRL do ndikonte në saktësinë e rezultatit

Lidhja midis CRL së gjinise dhe peshës së bebit.

## Bibliografia

1. Mall FP. On the age of human embryos. (1918) Amer. J Anat. 23: 397-422.
2. Streeter GL. Weight, sitting height, head size, foot length, and menstrual age of the human embryo. (1920) Contrib. Embryol., Carnegie Inst. Wash. Publ.,: 143-170.
3. Streeter GL. Developmental Horizons In Human Embryos Description Or Age Groups XIX, XX, XXI, XXII, And XXIII, Being The Fifth Issue Of A Survey Of The Carnegie Collection. (1957) Carnegie Instn. Wash. Publ. 611, Contrib. Embryol., 36: 167-196.
4. "Crown Rump Length (CRL) From the Ultrasound - Verywell Family; cite class="iUh30; <https://www.verywellfamily.com> › Pregnancy › Complications & Concerns.
5. Ben-Haroush A, Melamed N, Oron G, Meizner I, Fisch B, Glezerman M.;" Early first-trimester crown-rump length measurements in male and female singleton fetuses in IVF pregnancies"; J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Dec;25(12):2610-2. doi: 10.3109/14767058.2012.712563. Epub 2012 Aug 9.
6. J. Sonek, "First trimester ultrasonography in screening and detection of fetal anomalies," American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics, vol. 145, no. 1, pp. 45–61, 2007. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus

7. E. Katorza and R. Achiron, “Early pregnancy scanning for fetal anomalies-the new standard?” *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 55, no. 1, pp. 199–216, 2012. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
8. D. Iliescu, S. Tudorache, A. Comanescu et al., “Improved detection rate of structural abnormalities in the first trimester using an extended examination protocol,” *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, vol. 42, no. 3, pp. 300–309, 2013. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
9. J. C. Donnelly and F. D. Malone, “Early fetal anatomical sonography,” *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 26, no. 5, pp. 561–573, 2012. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#).
10. R. Becker and R.-D. Wegner, “Detailed screening for fetal anomalies and cardiac defects at the 11–13-week scan,” *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, vol. 27, no. 6, pp. 613–618, 2006. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
11. L. Baken, B. Benoit, A. H. J. Koning, P. J. van der Spek, E. A. P. Steegers, and N. Exalto; “First-Trimester Crown-Rump Length and Embryonic Volume of Fetuses with Structural Congenital Abnormalities Measured in Virtual Reality: An Observational Study”; *BioMed Research International*; Volume 2017, Article ID 1953076, 6 pages; <https://doi.org/10.1155/2017/1953076>.

12. Jae-Yul Kang, Eun-Ju Park, Yun-Suk Yang, Mira Park, and Won I. Park; “Crown-Rump Length Measured in the Early First Trimester as a Predictor of Low Birth Weight”; *Yonsei Med J.* 2013 Jul 1; 54(4): 1049–1052.; Published online 2013 May 14. doi: 10.3349/ymj.2013.54.4.1049; PMID: PMC3663218; PMID: 23709444.
13. M Kady, S, Gardosi, J. Perinatal mortality and fetal growth restriction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 18: 397– 410.
14. Gluckman, PD, Liggins, GC. Regulation of fetal growth. In *Fetal Physiology and Medicine*, RW Beard, PW Nathanielsz (eds). Dekker: New York, 1992; 511– 558.
15. Smith, GC. First trimester origins of fetal growth impairment. *Semin Perinatol* 2004; 28: 41– 50.
16. Smith, GC, Stenhouse, EJ, Crossley, JA, Aitken, DA, Cameron, AD, Connor, JM. Early pregnancy levels of pregnancy-associated plasma protein A and the risk of intrauterine growth restriction, premature birth, preeclampsia, and stillbirth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 1762– 1767.
17. Leung, TY, Spencer, K, Leung, TN, Fung, TY, Lau, TK. The Chinese ethnic group has a higher median level of free  $\beta$ -hCG and PAPP-A—implication on first trimester combined screening of Down syndrome in the Chinese population. *Fetal Diagn Ther* 2006; 21: 140– 143.

18. Fok, TF, So, HK, Wong, E, Ng, PC, Chang, A, Lau, J, Chow, CB, Lee, WH; Hong Kong Neonatal Measurements Working Group. Updated gestational age specific birth weight, crown-heel length, and head circumference of Chinese newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003; 88: F229– F236.
19. Sachar RK, Kaur N, Soni RK, Dhot R, Singh H (2000) Energy Consumption during Pregnancy & its relationship to Birth Weight – A Population based Study from Rural Punjab. *Indian Journal of Community Medicine* 25(4): 166–169.
20. Rao T, Aggarwal AK, Kumar R (2007) Dietary Intake in Third Trimester of Pregnancy and Prevalence of LBW: A Community-based Study in a Rural Area of Haryana. *Indian Journal of Community Medicine* 32(4): 272–276.
21. Leung, TY, Chan, LW, Leung, TN, Fung, TY, Sahota, DS, Lau, TK. First-trimester maternal serum levels of placental hormones are independent predictors of second-trimester fetal growth parameters. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 156– 161.
22. M. Lituania, U. Passamonti, and V. Esposito, “Genetic factors and fetal anomalies in intrauterine growth retardation,” *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 22, supplement 1, pp. 79–83, 1994. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus
23. <https://www.marsden-weighing.co.uk/WP/wp-content/uploads/2017/08/weighing-babies-650x253.png>

24. Metgud CS, Naik VA, Mallapur MD. Factors affecting birth weight of a newborn--a community based study in rural Karnataka, India. PLoS One.2012;7(7):e40040. doi: 10.1371/journal.pone.0040040. Epub 2012 Jul 5. PubMed PMID: 22792210; PubMed Central PMCID: PMC3390317.
25. Carranza – Clinical periodontology; Mosby 2009; Kapitulli Femrat dhe strukturat dhëmbëmbajtëse.
26. Jennifer S Haas, Rebecca A Jackson, Elena Fuentes-Afflick, Anita L Stewart, Mitzi L Dean, MHA, Phyllis Brawarsky, Gabriel J Escobar, MD; “Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy”; J Gen Intern Med. 2005 Jan; 20(1): 45–51.; doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x; PMCID: PMC1490030; PMID: 15693927
27. Filippova rd, Stepanova nr, Nikiforova vn; “Health status of pregnant women”; Wiad Lek. 2015;68(4):596-7.
28. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, NY: Oxford University Press; 1998. [Google Scholar]
29. Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans:putting the house in order. JAMA. 2002;288:889–93. [PubMed] [Google Scholar]
30. Smith K, Downs B, O'Connell M. Maternity Leave and Employment Patterns: 1961–1995. Vol. P70–79. Washington, DC: U.S. Census Bureau; 2001. Current Population Reports. [Google Scholar].

31. Bjelanović V, Babić D, Oresković S, Tomić V, Martinac M, Juras;  
”Pathological pregnancy and psychological symptoms in women”; J.Coll  
Antropol.; 2012 Sep;36(3):847-52.
32. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom  
Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), Handbook of  
psychological assessment in primary care settings (pp. 297-334). Mahwah, NJ,  
US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
33. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom  
status in pregnancy and the puerperium:what is normal? Obstet Gynecol.  
1999;94:935-41. [PubMed] [Google Scholar]
34. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related  
functional status in pregnancy:relationship to depression and social support in a  
multi-ethnic population. Obstet Gynecol. 2001;97:988-93. [PubMed] [Google  
Scholar]
35. Haas JS, Meneses V, McCormick MC. Outcomes and health status of socially  
disadvantaged women during pregnancy. J Womens Health Gend Based Med.  
1999;8:547-53. [PubMed] [Google Scholar]
36. Ware JE., Jr . SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston,  
MA: The Health Institute; 1993. [Google Scholar]

37. Gonzalez VM, Stewart A, Ritter PL, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum.* 1995;38:1429–46.  
[PubMed] [Google Scholar]
38. [https://en.wikipedia.org/wiki/File:Weight\\_vs\\_gestational\\_Age.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Weight_vs_gestational_Age.jpg).
39. <https://www.google.com/url; lindja-natyrale-avantazhet-per-shendetin-e-nenes-dhe-foshnjes>.
40. <https://www.google.com/url; Flindjet-cezariane-librazhdi-mban-rekordin-me-67-te-lindjeve-me-operacion>.
41. Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary Report.
42. Brian M. Casey; “Williams Obstetrics, 25<sup>th</sup> Edition”; Editor Jodi S. Dashe, April 12, 2018, ISBN: 9781259644320.



## **Abstract**

The study of this topic is made up of two parts.

The first part is the processing of the collected data on patients agreed to be included in the study. The patients included in the study were patients presented at the Regional Gynecology-Obstetric Hospital Fier, with the aim of routinely following up on pregnancy, in the time period January 2011 - January 2018.

The study was conducted in a total of 71 patients, of which 13 patients with pathological pregnancies, and the rest 58 patients with physiological pregnancies. The patients in the study are split by age, end-of-cycle date, delivery, CRL measurements and birth weight.

The second part of the study is a review of the latest published papers on this topic. Electronic research has been carried out to find items using PubMed, from 1990 to 2019.

The main terms of finding the items applied to PubMed were:

- CRL

Weight at birth of baby

- LBW.

This study demonstrates a close association between CRL in the first trimester and baby weight at birth, with the risk of having more LBW in babies with small CRLs.

So CRL gives the insight into the future of the newborn.

Keywords: CRL, birth weight, premature birth, pathological pregnancy