

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: MAMI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KONTRAKSIONET E RREGULLTA
DHE TË PARREGULLTA TË LINDJES**

Punoi:
Albulena Dana

Mentor:
Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

Gjakovë, Janar 2017

Punimi i temës së diplomës: “**KONTRAKSIONET E RREGULLTA DHE TË PARREGULLTA TË LINDJES**”, i kandidatës: **Albulena Dana**, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD

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

Punimi përmban: 33 faqe

2 tabela

4 figura

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë Albulena Dana, deklaroj se kjo temë e Diplomës, **“KONTRAKSIONET E RREGULLTA DHE TË PARREGULLTA TË LINDJES”**, e llojit të studimit: **Rishikim i literaturës**, është punim i im origjinal.

E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

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

FALËNDERIMET

Në rrugëtimin e gjatë të përfundimit të studimeve të mia kam pasur fatin të kem përkrah shumë persona që më kanë ndihmuar, mbështetur dhe këshilluar.

Falenderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

Prof. Asist. Selami Sylejmani, MD, PhD, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili me korrektësi maksimale, në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

U jam mirënjohës të gjithëve, që në çfarëdo mënyre kontribuan në kryerjen dhe përfundimin e këtij punimi e sidomos:

- **Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit** të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.
- **Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falenderoj familjen time**, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim në përfundimin e këtij synimi.
Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mia, për çka për jetë u jam mirënjohëse dhe falenderuese.

PËRMBAJTJA

Abstrakt	5
Abstract.....	6
1 Hyrje.....	7
2 Vlerësimi klinik i kontraksioneve të mitrës	9
3 Kontraksionet e parregullta të mitrës	14
4 Lindja normale	15
5 Matja – vlerësimi e progresit të lindjes	16
5.1 Kontraksionet e mitrës	16
5.2 Lindja vagjinale	16
5.3 Dilatimi i qafës së mitrës dhe fazat e lindjes	17
5.3.1 Faza 1: Faza latente	18
5.3.2 Faza 2: Faza e përshpejtimit	18
5.3.3 Faza 3: Faza e ngritjes maksimale	18
5.3.4 Faza 4: Faza e ngadalësimit.....	18
6 Lindja e çrregulluar	20
6.1 Faza latente e prolonguar	22
6.1.1 Kujdesi ndaj fazës latente të prolonguar.....	22
6.2 Faza aktive e prolonguar e lindjes	23
6.2.1 Kujdesi gjatë fazës aktive të prolonguar.....	24
6.2.2 Rreziqet nga përdorimi i oksitocinit	25
6.2.3 Strategjitë preventive	27
6.2.4 Pozita e gruas dhe kujdesi	28
7 Konstatimet dhe rekomandimet	31
8 Referencat.....	32
Biografi e shkurtër e kandidatës – CV (Curriculum Vitae).....	33

Abstrakt

Hyrje: Rrjedhën e lindjes normale e përcaktojnë tre faktorë kryesorë: Foshnja si objekt i lindjes, kanali – rrugët e lindjes, dhe forcat e lindjes – kontraksionet e mitrës.

Qellimi i punimit: është të paraqesim të dhënat mbi kontraksionet e rregullta dhe të parregullta të lindjes dhe ndikimin e tyre në ecurinë e lindjes normale duke bërë rishikimin e literaturës.

Të dhëna të përgjithëshme: Mitra qysh gjatë shtatzënisë përgatitet për lindje. Për fillimin dhe mbajtjen e kontraksioneve në mënyrë të rregullt është i domosdoshëm kontraktiviteti i indit muskular. Tufat muskulare në murin uterin e rrisin vëllimin e vet gjatë shtatzënisë nëpërmes procesit të hipertrofimit dhe hiperplazisë, të fijeve muskulore të mitrës, krahas elasticitetit natyral të fijeve muskulare, i mundëson që deri në fund të shtatzënisë të rritet edhe deri në rreth 20 herë. Forcat e lindjes janë kontraksionet e fijeve muskulare të mitrës që e shtojnë objektin e lindjes – foshnjën nëpër rruget e lindjes. Fijet muskulare, sipas Görttlerit, janë të organizuara si dy sisteme spirale ashtu që secili prej tyre fillon në fundusin e mitrës – në kënde dhe lëshohet në drejtim të qafës së mitrës. Dihet se ekzistojnë disa lloje të kontraksioneve dhe atë: Kontraksionet gjatë shtatzënisë, kontraksionet e hapjes ose dilatimit, kontraksionet e shtyrjes në fund të stadi të dytë të lindjes, dhe kontraksionet pas lindjes. Aktiviteti i muskulaturës së mitrës shprehet në Montevideo-njësi, dhe fitohet me shumëzimin e amplitudës së kontraksionit në mmHg me numrin e kontraksioneve në 10 minuta.

Përfundim: Kontraksionet e rregullta të mitrës kanë një gradient të trefishtë nga lart – poshtë. Ato fillojnë lart nga këndet e mitrës dhe zbresin poshtë, janë më të fuqishme në fundusin e mitrës dhe zbresin duke u dobësuar dhe kontraksionet e rregullta të mitrës më shumë zgjasin në fundusin e mitrës dhe më pak në segmentin e poshtëm uterin. Prishja e këtij gradienti quhet distocion, dhe shoqërohet me kontraksione të parregullta, e për pasojë çrregullim të procesit të lindjes normale.

Fjalët kyç: Lindja, kontraksionet e lindjes

Abstract

Introduction: The process of normal labor is determined by three major factors: Baby as the object of birth, Canal – passageway of birth, and Forces of labor – uterine contractions.

The purpose of this paper: is to present data on regular and irregular labor contractions and their influence on the process of normal birth by reviewing the literature.

General information: During the pregnancy, the uterus gets prepared for the delivery. For beginning and maintenance of the contractions in orderly manner, contractility of muscular tissue is necessary. Muscle fibers in uterine wall expand their volume during the pregnancy through the process of hypertrophy and hyperplasia, of uterine the muscular fibers, along with the natural elasticity of muscular fibers, which enables to grow 20-fold by the end of the pregnancy.

Forces of labor are contractions of uterine muscular fibers which push the object of delivery – baby through canals of birth. Muscular fibers, according to Görttler, are organized in two spiral systems so that each of them start in uterine horn – in angles and descend towards the cervix. There are several types of contractions: contractions during the pregnancy, contractions of opening or dilation, contraction of expulsion and by the end of the second stage of labor, contractions after the delivery.

The activity of uterine muscles is expressed in Montevideo units, and is calculated by multiplication of the amplitude of contraction in mmHg and the number of contractions in 10 minutes.

Conclusion: Regular uterine contractions have three-fold gradient up-down. They start above from the uterine angles and descend down, they are strong in uterine horns and descent getting weaker and regular uterine contraction last longer in uterine horn and less in lower uterine segment. Disarrangement of this gradient is called dystocia and is associated with irregular contractions, and as consequence – Disarrangement of the process of labor.

Keyword: Labor, labor contractions

1 Hyrje

Gjatë shtatzënisë, mitra përgatitet për lindje dhe të gjitha indet e saj i nënshtrohen ndryshimeve biokimike dhe hormonale. Nga ndryshimet hormonale që ndodhin kah fundi i shtatzënisë, gjithmonë ceken ato më të rëndësishmet sepse ato janë kornizë e ndryshimeve edhe më subtile siç janë veprimet e citokinave të ndryshime, endotelinës, relaksinës dhe faktorit të rritjes.

Progesteroni, gjatë shtatzënisë ka ndikim stabilizues në miometër dhe membranën korioamniale. Pas javës së 38-të gestative, përqendrimi i proteinave që lidhin progesteronin në amnion rritet në mënyrë të konsiderueshme. Megjithatë, mungesa e progesteronit, e aktivizimi i estrogeneve në shtatzëninë në termin nuk është e ndërmjetësuar me ndryshimet në nivelet e progesteronit dhe estrogeneve. Lindja lehtësohet me ndryshimet në reaktivitetin e miometrit ndaj progesteronit dhe estrogeneve nëpërmes ndryshimeve në ekspresivitetin e receptorëve për progesteron dhe estrogen (PR dhe ER). Zvogëlimi funksional i progesteronit ndodh për shkak të ekspresionit të zvogëluar të tipit B të receptorëve të progesteronit (PR-A), veprimet e të cilëve manifestohen me reaktivitet të zvogëluar të miometrit ndaj progesteronit¹.

Aktivizimi funksional estrogenik ndodh për shkak të ekspresionit të përforcuar të receptorëve për estrogen α dhe/ose β (ER α dhe/ose ER β). RNA lajmëtare e receptorëve për estrogen α ka korrelacion pozitiv me ciklooksigenazën e tipit 2 dhe nivelin e RNA lajmëtare për receptorin oksitocinik në miometrin që nuk është në lindje. Në bazë të kësaj dukurie, konstatohet se ekspresioni i përforcuar i ER α është drejtpërsëdrejti i lodhur me aktivizimin e gjeneve që kanë të bëjnë me shfaqjen e kontraksioneve dhe përgjigjen ndaj estrogeneve. Kjo situatë shkon në favor të ekspresionit të aktivitetit të fosfolipazave A₂ lizosomale në membranën korioamniale, rritet sinteza e prostaglandinës, që në moment të caktuar mund ta shkaktojë edhe lindjen. Deri te rritja e përqendrimit të prostaglandinës në mitër vjen edhe për shkak të aktivizimit të gjenit për H-sintazën 2 prostaglandinike (PGHS2) para lindjes në amnion dhe si rrjedhojë krijimin e sasive të mëdha të RNA lajmëtare stabile e cila akumulohet në membranat fetale gjatë procesit të lindjes. Hormoni që i pari është i lidhur me lindjen është oksitocini. Niveli i oksitocinit është vështirë i matshëm në trupin e shtatzënës, kështu që pothuajse gjithmonë matet ndijshmëria e mitrës ndaj oksitocinit. Sot është plotësisht e sigurtë se veprimi i oksitocinit është i dyfishtë. Së pari, ai nxit sintezën e prostaglandinës nëpërmes receptorëve të vet në decidua dhe prostaglandinat e krijuara kështu kalojnë në miometër në të cilin shkaktohen kontraksionet. Së dyti, oksitocini me lidhjen në receptorët e membranave të miometrit sjell deri te lirimi i depozitave ndërqelizore të

kalciomit, duke e rritur përqendrimin e kalciomit në qeliza dhe duke shkaktuar një zinxhir të kontraksioneve të mitës. Oksitocini merr pjesë në shkaktimin e kontraksioneve tek lindjet tashmë të filluara, por vetë nuk mund ta iniciojë pa prostaglandin².

Mitra qysh gjatë shtatzënisë përgatitet për lindje. Për fillimin dhe mbajtjen e kontraksioneve në mënyrë të rregullt është i domosdoshëm kontraktiviteti i indit muskular. Tufat muskulare në murin uterin e rrisin vëllimin e vet gjatë shtatzënisë nëpërmes procesit të hipertrofimit dhe hiperplazisë, që mitrës, krahas elasticitetit natyral të fijeve muskulare, i mundëson që deri në fund të shtatzënisë të rritet edhe deri 20 herë. Fijet muskulare, sipas Goerttlerit, janë të organizuara si dy sisteme spirale ashtu që secili prej tyre fillon në bririn e mitrës (cornu uteri) dhe lëshohet në qafën e mitrës. Spiralet në pjesën e sipërme janë të vendosura vertikalisht, ndërsa në segmentin e poshtëm të mitrës dhe më tutje kah qafa e mitrës - horizontalisht, kështu që në gjysmën e poshtme të mitrës ato gërshetohen. Shtesa e jashtme e miometrit përbëhet nga fije longitudinale dhe ekziston edhe shtresa e brendshme që është e vendosur rreth hyrjeve të tubae uterinae dhe ostium uteri internum në formë sfinkteresh. Gjatë lindjes marrin pjesë edhe kapëset ose lidhëset ndërqelizore (gap junctions) të cilat mundësojnë përhapjen e thjeshtë e të shpejtë të aktivitetit elektrik nëpër miometër, që rezulton në aktivitet sinkron muskular. Garfield dhe Hayashi kanë dëshmuar se sipërfaqja në të cilën janë krijuar *gap junctions* rritet me rritjen e frekuencës së kontraksioneve dhe maturitetit të qafës së mitrës. Deri vonë, qafa e mitrës është konsideruar si organ pasiv i cili kontraksioneve uterine i përgjigjet me zgjerimin e vet. Studime të shumta që kanë hulumtuar dinamikën e ndryshimeve në indin lidhor të cerviksit e kanë ndryshuar përshtypjen mbi pasivitetin e qafës së mitrës. Edhe qafa e mitrës gjatë shtatzënisë përgatitet për lindje. Në gjysmën e dytë të shtatzënisë vjen deri te zbutja e qafës së mitrës si rezultat i ndarjes së fijeve kolagjene për shkak të ndryshimeve të glikozaminoglikanit brenda indit të qafës së mitrës. Vjen deri te rritja e acidit hialuronik, e zvogëlim të përqendrimit të dermatanit dhe hondroitin-sulfatit në indin cervical. Edhe këtu është i saktë konstatimi se sasia e zvogëluar e progesteronit dhe përqendrimi i rritur i prostaglandinës janë përgjegjëse për riorganizimin e kolagjenit. Kah fundi i shtatzënisë, kontraksionet e Braxton-Hicks-it (kontraksionet sporadike të mitrës) marrin pjesë në përgatitjen e qafës së mitrës për lindje, e gjatë lindjes kontraksionet bëjnë që të vie deri te retraksioni ose shkurtimi i përhershëm i indit cervical³.

2 Vlerësimi klinik i kontraksioneve të mitrës

Pas gjithë ndryshimeve që kanë ndodhur në mitrës dhe qafën e mitrës, duhet të fillojë rrjedha karakteristike e lindjes spontane. Vlerësimi klinik i fillimit dhe avancimit të lindjes tash bazohet në vlerësimin e pelvikut, gjendjes, madhësisë dhe pozitës së foshnjës dhe forcave të lindjes apo kontraksioneve.

Vlerësimi i kontraksioneve uterine me palpim lejon orientimin mbi frekuencën dhe kohëzgjatjen e kontraksioneve. Për dallim nga muskujt terthoro-vijor në të cilët kontraksionet shkaktohen me veprim të vullnetshëm të sistemit nervor qendror, kontraksionet uterine të muskulaturës së lëmuar janë të pavullnetshme dhe nën kontrollin e sistemit nervor vejetativ. Aftësia kontraktile dhe elasticiteti i muskujve të mitrës janë karakteristika nga të cilat varet cilësia e kontraksioneve. Në kushtet normale të lindjes spontane, kontraksionet nisen nga qendrat autonome që gjinden në fundusin e mitrës. Ato pjesë të mitrës prandaj dhe quhen qendrat e emisionit apo qendra për dërgimin e kontraksioneve (pacemakers). Nga briri tubar i djathtë dhe i majtë i mitrës, vala e kontraksioneve përhapet nëpër fundus, e më pas në trupin e mitrës deri te qafa e mitrës. Shpejtësia e përhapjes së valës së kontraksionit është 2 cm/s dhe është përlogaritur se, për ta aktivizuar tërë sistemin muskular të mitrës, nevojiten 10-20 sekonda. Kontraksioni më i fortë ndodh në fundus (dominimi i fundusit), më e dobët në pjesën istmike të mitrës (me rëndësi është sasia më e vogël e indit muskular), dhe krejt më i dobët në qafën e mitrës. Për të arritur te kontraksionet që janë të rregullta, uniforme dhe efektive nevojitet që qendrat autonome nga të cilat nisen impulset të funksionojnë në mënyrë të koordinuar dhe sinkronizuar. Kontraksioni duhet të përcillet nga brirët tubarë nëpër trupin e mitrës në mënyrë uniforme gjer tek qafa e mitrës dhe, nëse ky shteg i bartjes nuk ndiqet në mënyrën e përshkruar, do të paraqiten kontraksione të parregullta. Procesi i bartjes të valës së kontraksionit mund të jetë edhe nga ana e qafës së mitrës kah fundusi ose, nëse humbet koordinimi i kontraksioneve, atëherë kemi të bëjë me diskinezën e mitrës, kontraksionet e anulojnë njëri-tjetrin, nuk ka efekt në hapjen e qafës së mitrës ose efekti është minimal, ndërsa lindja tejzgjatet ose vie deri te frenimi i lindjes⁴.

Kuantifikimi (vlerësimi kuantitativ/sasior) i rregullshmërisë së kontraksioneve gjatë lindjes është i mundur me anë të shënimit të tensionit intraamniak. Effer me koautorë dhe Krapohl, e kanë përshkruar vetëm vlerësimin kualitativ/cilësor të rregullshmërisë së kontraksioneve. Kontraksionet e mitrës gjatë shtatzënisë dhe lindjes, në praktikën rutinore klinike maten me tokografi të jashtme, por gjatë lindjes kuantifikimi më së miri matet sipas metodës Caldeyro-Barcia dhe Alvarez. Kateteri i mbushur me lëng me hapje në fund, në të cilin nuk guxon të

ketë ajër, vendoset brenda kavitetit amnial. Muskuli i mitrës edhe jashtë kontraksioneve ka tonus të caktuar që quhet tonusi në qetësi ose tonusi bazal, dhe paraqet tendosjen natyrale të fijeve dhe tufave muskulare nga të cilat është i ndërtuar muri i mitrës. Pozita fillestare për matjen e kontraksioneve realizohet me shënimin e tonusit të mitrës në qetësi tek gratë të shtrira në shpinë, ndërkaq që sonda është e vendosur në lëkurën e gruas në pjesën e fundusit të mitrës. Me sondë intraamniale te restet kur ujori është i plasur, gjatë lindjes mund të evidentohen edhe tonusi bazal, intensiteti ose amplituda e kontraksionit, intervali ndërmjet kontraksioneve, frekuenca e kontraksioneve dhe në fund mund të përlogaritet edhe aktiviteti i mitrës në Montevideo-njësi⁵.

Tonusi apo **tensioni** i mitrës definohet si tensioni më i ultë i matur që shprehet në mm Hg. Në termin, tonusi bazal i mitrës është 8-10 mm Hg.

Amplituda apo **intensiteti** i kontraksionit është diferenca ndërmjet tensionit më të lartë intraamnial dhe tonusit që i ka paraprirë kontraksionit, shprehur në mm Hg. Amplituda të caktuara të kontraksionit mund të ndihen nga ana e gruas në lindje, por në ato raste nuk ndien edhe dhimbje. Kontraksioni, amplituda e të cilit është rreth 15 mm Hg, te shumica e grave në lindje nuk shkakton dhimbje. Pragu i dhimbjes është te tensioni prej 25 mm Hg. Gjatë lindjes, amplituda varion nga 30 mm Hg në fillim të kontraksionit deri 50 mm Hg në fund të fazës së parë të lindjes, ndërsa në fazën e dytë të lindjes është 60-80 mm Hg. Që kontraksionet të jenë efikase, duhet që të fillojnë nga fundusi kah qafa e mitrës me forcën karakteristike të trefishtë rënëse (dominimi i fundusit). Shprehja gradienti i trefishtë rënës (triple descending gradient) përshkruan përhapjen, kohëzgjatjen dhe intensitetin e kontraksioneve normale të mitrës dhe është e dobishme në praktikën klinike për përcjelljen e kontraksioneve.

Kontraksioni i paraqitur grafikisht ka formën e lakores në të cilën dallohen:

- Ngritja e shpejtë (*stadium incrementi*),
- Rrafshnalta në kulminacionin e kontraksionit (*stadium acmes*), dhe
- Rënia graduale (*stadium decrementi*).

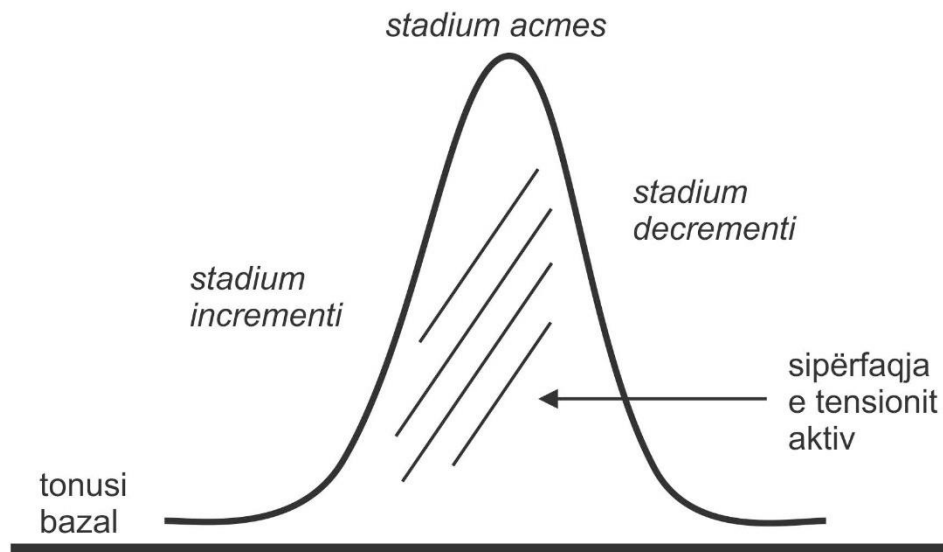


Fig. 1: Paraqitja grafike e kontraksionit

Sipërfaqja nën lakore dhe mbi vijën bazale të tonusit është sipërfaqja e tensionit aktiv.

Frekuenca apo **shpeshtësia** e kontraksioneve shprehet si numri i kontraksioneve në 10 minuta.

Aktiviteti i mitrës shprehet në Montevideo-njësi, dhe fitohet me shumëzimin e amplitudës së kontraksionit në mm Hg me numrin e kontraksioneve në 10 minuta.

Kohëzgjatja e kontraksionit matet me metodë grafike ashtu që këndi i letres së futur në shtypës është $11^{\circ}30'$, ndërsa letra futet nën cepin e lëshuar të ciklit kontraksional. Pika që shënon kalimin e pjesës horizontale të lakores në pjesën e saj ngritëse shënohet si pikë fillestare apo fillim i kontraksionit, ndërsa në mënyrë të pasqyruar në fund të cepit rënës është pika përfundimtare apo fundi i kontraksionit.

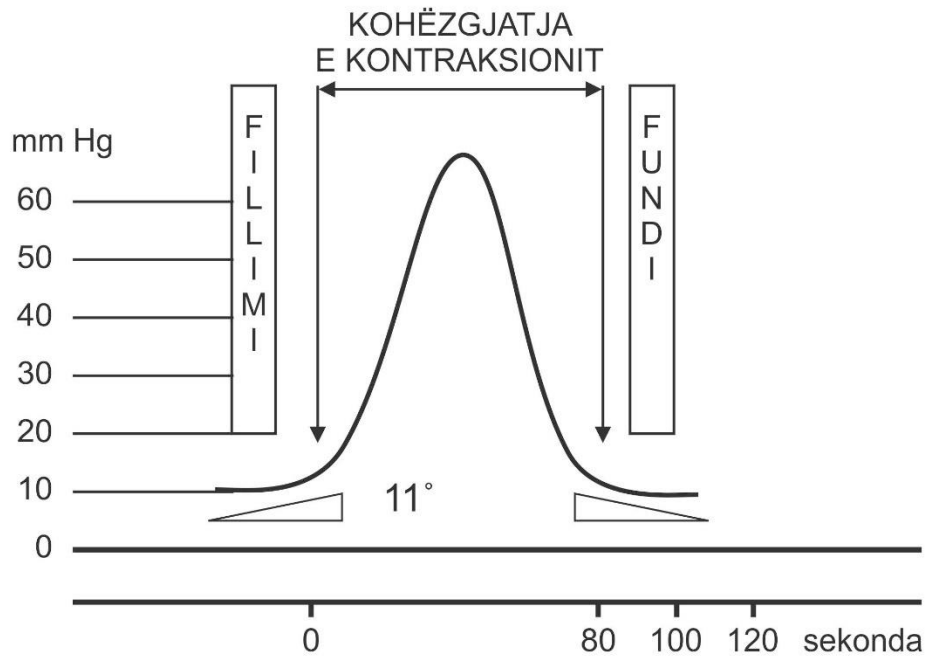


Fig. 2: Paraqitja grafike e kohëzgjatjes së kontraksionit

Kohëzgjatja e kontraksionit është koha nga pika fillestare deri në pikën përfundimtar dhe shprehet në sekonda.

Dihet se ekzistojnë disa lloje të kontraksioneve:

- Kontraksionet gjatë shtatzënisë,
- Kontraksionet e hapjes,
- Kontraksionet e shtyrjes në fund të stadi të dytë të lindjes, dhe
- Kontraksionet pas lindjes.

Gjatë lindjes dallojmë kontraksionet e hapje nga kontraksionet e shtyrjes apo tensionit. Në fillim të lindjes, kontraksionet e mitrës janë të dobëta dhe zgjasin pak. Paraqiten së pari çdo 30 minuta, pastaj çdo 20 minuta dhe në fund zgjasin ndërmjet 10 dhe 15 sekonda. Gruaja në lindje këto kontraksione i ndien si tkurrje të lehtë të mitrës që kalon nga kryqëzat - ijet, skajet laterale të mitrës dhe përfundon përpara në simfizë. Me avancimin e lindjes, kontraksionet janë më të shpeshta dhe zgjasin më tepër. Në fund të kohës së lindjes, kontraksionet kanë intensitet të fortë në kohëzgjatje prej 50-60 sekondash, dhe paraqiten nga 2-3 në 10 minuta. Gjatë kësaj kohe, gruaja në lindje ndien dhimbjet më të forta pas të cilave paraqiten shtërzimet. Tensionet janë karakteristike për stadin e dytë të lindjes, dhe definoen si kontraksione të pavullnetshme, para së gjithash të diafragmës dhe muskujve të barkut të gruas në lindje. Ky tip i kontraksioneve shkaktohet në mënyrë refleksive, me shtypjen e pjesës

prezantuese të frytit në rektum dhe ganglioneve nervore uterocervikale. Në stadin e dytë të lindjes me kontraksionet ndërlidhet tensioni. Gjatë kontraksionit pjesa prezantuese lëshohet nëpër kanalin e lindjes – pjesës me indet e buta e cila është tërësisht e hapur kah dalja e tij. Me shtypjen në ganglionet cervikale dhe rektum, në mënyrë refleksive vie deri te kontraksioni i muskujve të barkut dhe diafragmës dhe kështu rritet tensioni intraabdominal dhe intrauterin, rezultat i çkahit është shtyrja e frytit. Gruaja mund të marrë pjesë në mënyrë aktive në stadin e dytë të lindjes ashtu që nëpërmes teknikave të frymëmarrjes e përforcon intensitetin e tensionit. Tensionet zgjasin edhe pas lindjes së foshnjës deri në fund të etapës së tretë të periudhës së lindjes, respektivisht derisa nuk dalin placenta dhe membranat⁶.

3 Kontraksionet e parregullta të mitrës

Fillimi i kontraksioneve munde të rezultojë në kontraksione që do të jenë të intensitetit të kënaqshëm, por pa dominim të fundusit të mitrës nuk do të vie deri te hapja e rregullt e qafës së mitrës. Moskoordinimi i mitrës paraqitet kur janë të përfshirë më tepër se një *pacemaker* apo burime të potencialit veprues. Dy *pacemaker* kanë ritme të ndryshme, aktiviteti i tyre është asinkron dhe mund të shkaktojnë kontraksionet të intensitetit më të vogël që kanë pamje të rregullt ose të parregullt. Disfunksioni hipertonic i mitrës mund të rezultojë me kontraksione të pakoordinuara nëse paraqiten *pacemaker* të shumëfishtë. Gruaja në këto raste të çrregullimit të mitrës ndien dhimbje, por kontraksionet joefikase nuk shkaktojnë ndryshim të pozitës lokale dhe pjesa prezantuese nuk lëshohet.

Disfunksioni hipertonic paraqitet kur kemi sipërfaqe të pamjaftueshme të muskujve të aktivizuar të mitrës apo përgjigjes joadekuate të fijeve muskulare ndaj potencialeve vepruese të gjeneruara. Një çrregullim i këtillë mund të shfaqet edhe te nuliparet edhe te multiparet dhe jo rrallë sinjalizon se është zhvilluar disproporcion cefalopelvin ose pozicion patologjik.

Hiperaktiviteti i mitrës definohet si frekuencë abnormale e kontraksioneve (mbi 5 kontraksione në 10 minuta – tahisistolia) ose kontraksioneve intensiteti i të cilave është shumë i lartë. Rezultat i hiperaktivitetit të mitrës mund të jetë lindja e përshpejtuar (*partus praecipitatus*). Me anë të sedativëve dhe/ose anestezion të aplikuar segmental epidural në masë të konsiderueshme mund të zbutet ky çrregullim i aktivitetit të mitrës gjatë lindjes⁷.

4 Lindja normale

Lindja definohet si prezencë e kontraksioneve të rregullta të mitrës, përcjellur me dilatim progresiv dhe shkurtim të qafës së mitrës, si dhe lëshimin e fetusit. Koha e saktë e fillimit të lindjes nuk është gjithmonë e ditur në tërësi dhe mund të përcaktohet në mënyrë retrospektive tek gratë që kanë pasur ekzaminime vagjinale në periudhat para vetë lindjes, si dhe gjatë kohës së lindjes. Koha e ekzaminimit të parë të qafës së mitrës pas fillimit të kontraksioneve të rregullta shërben praktikisht si pikë fillestare e fillimit të lindjes. Kjo pikë rëndomë përputhet me kohën në të cilën gruaja arrin në spital⁸.

Lindja normale mund të përshkruhet me kohëzgjatjen e lindjes dhe avancimin e dilatimit të qafës së mitrës. Ka variacione individuale gjatë lindjes, ndërsa diapazoni statistikor i normalitetit nuk është patjetër të ketë relevancë klinike për gra të caktuara apo grupe grash të caktuara. Këto diapazone duhet të përdoren me kujdes në mënyrë që të shmangen intervenimet e panevojshme si dhe për t'i aplikuar ato ashtu si duhet.

Në mënyrë që të dhënat statistikore mbi fillimin dhe kohëzgjatjen e lindjes të kenë kuptim, lindja e vërtetë duhet saktësisht të dallohet nga lindja e rrejshme. Studimet e O'Driscoll me bashkëpunëtorë mbi fillimin aktiv të lindjes flasin mbi vështirësitë në dallimin e lindjes së vërtetë prej asaj të rrejshme. Personeli i spitalit vlerëson se në mbi 10% të rasteve të grave që pranohen me diagnozë të lindjes së filluar e të cilën e kanë vendosur vetë, ka qenë në pyetje lindja e rrejshme. Pothuajse të gjitha gratë për të cilat është vlerësuar se kanë lindje të rrejshme, dhe që kanë pasur gjakderdhje apo rupturë të placentës, kanë hyrë në fazën aktive të lindjes brenda 24 orëve. Është e qartë se ato gra kanë qenë në fazën latente të lindjes.

Kohëzgjatja e përgjithshme e lindjes mund të konstatohet vetëm në mënyrë retrospektive dhe ka pak rëndësi klinike në vlerësimin e lindjeve të kontinuuara. Të kuptuarit e diferencës relative në kohëzgjatjen e lindjeve të primigravideve në krahasim me multigravidet dhe efektin e anestezionit epidural në kohëzgjatjen e lindjes, ndihmon në interpretimin e normave të publikuara mbi kohëzgjatjen e lindjes dhe shpejtësinë e dilatimit të qafës së mitrës. Ato pika janë ilustruar në studimin e Kilpatrick dhe Laros⁹. Në atë studim, kohëzgjatja mesatare e lindjes dhe kufijtë e saj (të definuar me percentilin 95) janë përcaktuar për rreth 7000 gra të cilat nuk kanë marrë oksitocin e as nuk janë trajtuar në mënyrë kirurgjike. Kohëzgjatja mesatare e stadi të parë të lindjes dhe kufijtë e saj kanë qenë 8.1 orë dhe 16.6 orë për primigravidet, ndërsa 5.7 orë dhe 12.5 për multigravidet. Përdorimi i anestezionit epidural rrit kohëzgjatjen mesatare të lindjes për primigravidet për rreth 2.5 orë, ndërsa për multigravidet për rreth 2 orë. Këto rezultate tregojnë se normat e pranuar normalisht të dilatimit të qafës së mitrës duhet të ndryshohen te gratë që i nënshtrohen anestezionit epidural¹⁰.

5 Matja – vlerësimi e progresit të lindjes

5.1 Kontraksionet e mitrës

Frekuencën e kontraksioneve të mitrës, gratë mund ta vlerësojnë saktë dhe thjesht ta vërtetojnë me palpim abdominal të mitrës. As palpimi, as kardiokografia eksterne nuk mund ta kuantifikojnë saktë tensionin apo forcën e cila gjenerohet me kontraksionet e mitrës.

Nëse është ngadalësuar progresi i lindjes, mund të vendosen kateterë intrauterinë për ta matur saktë tensionin që gjenerohet me çdo kontraksion. Këto aparatura tregojnë se tensioni i rëndomtë intrauterin që gjenerohet, pëson ndryshime gjatë rrjedhës së lindjes, ashtu që në fillim të vetë lindjes është tensioni është i ultë dhe rritet me avancimin e lindjes. Edhe pse për kuantifikimin e aktivitetit të mitrës janë zbatuar metoda të ndryshme, duket se aktiviteti i mitrës i shprehur në terminin e kontraksionit aktiv është në korrelacion me dilatimin e qafës së mitrës. Matja e forcës ndërmjet kokës fetale dhe qafës së mitrës të nënës mund të mundësojë prognoza edhe më të mira të avancimit të lindjes.

Kontraksionet efektive të mitrës mund të vlerësohen me frekuencën, kohëzgjatjen dhe intensitetin e kontraksioneve. Për shumicën e lindjeve, vlen se progresi adekuat i lindjes është prezent nëse kontraksionet e mitrës paraqiten çdo 3 minuta dhe zgjasin nga 60 sekonda, ndërsa shtypja vepruese është 50 mm Hg. Edhe pse kateteri intrauterin mund të sigurojë informata të dobishme lidhur me përcjelljen e progresit të lindjeve të ngadalshme, dobia e tyre e vërtetë nuk është dëshmuar në hulumtimet klinike.

5.2 Lindja vagjinale

Informatat më të dobishme në lidhje me avancimin e lindjes mund të merren me ekzaminim vaginal, i cili mundëson konstatimin e shkallës së dilatimit të qafës së mitrës, angazhimit cervical si dhe gjendjes dhe pozitës së pjesës prezantuese të fetusit. Frekuenca e dilatimit të qafës së mitrës është matja më e dobishme dhe më e saktë e avancimit të lindjes. Variacionet më të rëndësishme paraqiten kur dilatimin e qafës së mitrës e vlerësojnë ekzaminues të ndryshëm, gjë që diagnozën e lindjes disfunktionale e bën të vështirë, nëse lindjet serike vagjinale e kryejnë më tepër se një person.

Angazhimi dhe pozita e kokës fetale siguron informata të dobishme për vlerësimin e avancimit të lindjes. Ngecja e kokës fetale është tregues i sigurtë e disproporcionit

cefalopelvik. Shfaqja e *caput succedaneum* nuk është treguar si tregues i sigurtë i disproporcionit cefalopelvik.



Fig. 3: Caput succedaneum

Përvojat personale tregojnë se mungesa e lëshimit të kokës fetale është tregues i disproporcionit cefalopelvik vetëm nëse një mungesë e tillë e lëshimit ndodh pas dilatimit të plotë. Ekzaminimet vagjinale mund të kryhen mjaft shpesh që të mundësojnë vlerësimin përkatës të avancimit të lindjes, që me siguri, pjesërisht do të varet nga gjendja klinike dhe preferencat e vetë gruas, edhe pse intervali i rëndomtë i rekomanduar është 1-4 orë.

5.3 Dilatimi i qafës së mitrës dhe fazat e lindjes

Shënimi grafik i matjeve serike të dilatimit të qafës së mitrës në raport me kohën, mundëson vlerësimin vizual të avancimit të lindjes. Shënimet e tilla kanë qenë bazë e lakores klasike të Friedman-it, e që janë paraqitje grafike e dilatimit të qafës së mitrës dhe lëshimit të kokës fetale gjatë lindjes së primiparave dhe multiparave. Këto lakore janë përshkruar në një seri të artikujve që janë publikuar gjatë vitit 1050. Lakoret bazohen në të dhënat nga studimi mbi lindjet të rreth 1000 grave e me këtë rast nuk ka pasur kritere rigorozë për përjashtim nga studimi. Përkundër joobjektivitetit të identifikuar të lakoreve të Friedman-it dhe modifikimit konsekuent të saj, ato mund të zbatohen me sukses në dhomat e lindjes për ta identifikuar lindjen abnormale¹¹.

Dy janë dobitë kryesore të lakoreve të Friedman-it. E para, lakorja identifikon në mënyrë të qartë dy komponentat kryesore të fazës së parë të lindjes, fazën latente dhe fazën aktive. Faza latente shtrihet nga fillimi i kontraksioneve të rregullta të mitrës e deri te përshpejtimi i

zgjërimit cervikal. Pjesa tjetër e fazës së parë është faza aktive që Friedman-i e ndan në 3 nënstade¹².

5.3.1 Faza 1: Faza latente

Faza latente është koha nga fillimi i kontraksioneve të rregullta të mitrës deri në fazën e përshpejtimit. Avancimi i dilatimit është i ngadalshëm me kohëzgjatje mesatare prej 6 deri 7.3 orë dhe kufirin 95 percentil prej 15 orë nga fillimi i kontraksioneve deri te dilatimi i qafës së mitrës prej 2-2.5 cm. Në atë fazë ndodh shkurtrim i konsiderueshëm i qafës së mitrës. Faza latente kish dallohet nga faza aktive dhe lehtë inhibohet me përdorimin përkatës të mjeteve për qetësim dhe analgjetikëve¹³.

5.3.2 Faza 2: Faza e përshpejtimit

Është faza e dilatimit progresive dhe të vazhdueshëm të qafës së mitrës që zakonisht zgjat 2-3.5 orë me kohëzgjatje mesatare prej 2 orësh.

5.3.3 Faza 3: Faza e ngritjes maksimale

Në këtë fazë, dilatimi i qafës së mitrës është më i shpejti dhe progresi i dilatimit është linear. I përgjigjet dilatimit të qafës së mitrës prej 3.5-8.5 ose 9 cm. Shpejtësia mesatare e dilatimit të qafës së mitrës në këtë fazë është 3 cm/orë për primigravidet, ndërsa 5.2 cm/orë për multigravidet. Precentili 95 që Friedmani e quan “kufiri statistikor” është 1.2 cm/orë për primigravidet, ndërsa 1.5 cm/orë për multigravidet.

5.3.4 Faza 4: Faza e ngadalësimit

Kjo është faza në të cilën shpejtësia e dilatimit të qafës së mitrës ngadalësohet në 8.5-9 cm deri në dilatimin e plotë dhe zgjat përafërsisht 1 orë. Disa autorë vënë në dyshim ekzistencën e fazës së ngadalësimit.

Aplikimi i dytë i rëndësishëm i lakoreve të Friedman-it është partogrami, i cili bën krahasimin e avancimit të lindjes për çdo grua individualisht me lakore normale. Përdorimi i partogramit mundëson identifikimin e shpejtë të mungesës së progresit të lindjes dhe shkëmbimin e dobishëm të informatave ndërmjet personelit që përkujdeset për gruan. Edhe pse partogramët kanë pamje të njëjtë të përgjithshme, në përdorim janë edhe lakore të modifikuara të Friedman-it sepse autorë të tjerë kanë konstatuar se “kufiri statistikor” i dilatimit normal të qafës së mitrës diç më i ngadalshëm krahasuar me atë që e ka përshkruar Friedman-i. Si kufi ndërmjet lindjes normale dhe abnormale zakonisht konsiderohet dilatimi i

qafës së mitrës nga 0.75 deri 1 cm/orë. Disa partogramë e definojnë kufirin ndërmjet lindjes normale dhe abnormale me dilatimin cervical që i shmanget intervalit kohor të definuar në raport me vijën normale. Shembuj janë cervikografët e Philipott-it dhe Castle-s, që përbëhen nga vijat e vërejtjes dhe vijat e veprimit. Vija e vërejtjes tregon shpejtësinë mesatare të dilatimit të qafës së mitrës për 10% të nuliparave më të ngadalshme në lindjen aktive. Lakoret e dilatimit të qafës së mitrës të cilat e kanë kaluar vijën e veprimit, e bien 4 orë pas vijave të vërejtjes, janë indikacion për aplikimin e preparateve farmakologjike për terapinë e lindjes së zgjatur. Të tjerët udhëzojnë në atë se zgjatja e kohës së lindjes kërkon aplikimin e preparateve farmakologjike nëse shpejtësia e dilatimit të qafës së mitrës vonohet 2 apo më tepër orë pas kohëzgjatjes së pritur të progresit.

Edhe pse Friedman-i ka konstatuar se shpejtësia e dilatimit të qafës së mitrës gjatë lindjes aktive është më e madhe tek multiparet dhe primiparet, autorë të tjerë nuk kanë arritur ta vërtetojnë këtë dallim.

6 Lindja e çrregulluar

Lindja përfshin interaksion kompleks të veprimeve biokimike, fiziologjike, psikologjike dhe emocionale. Në shoqërinë bashkëkohore shpesh hasim në avancim jonormalisht të ngadalshëm të lindjes. Mostrat e lindjes dallohen nga një grua te tjera, duke e bërë diagnostikimin e lindjes së zgjatur individuale dhe të vështirë. Intervenimi adekuat është i rëndësishëm për shkak se lindja jonormalisht e prolonguar mund të shkaktojë rraskapitjen e gruas, asfiksione perinatale dhe përfundimin kirurgjik të shtatzënisë. Kujdesi ndaj lindjes së prolonguar përfshin ndihmën që i jepet gruas për t'u ballafaquar me dhimbjet e forta dhe stresin, gjersa në të njëjtën kohë bëhen përpjekje për zvogëlimin maksimalisht të mundur të rrezikut për të dhe foshnjën e saj. Kujdesi adekuat përfshin zhvillimin e strategjive me të cilat mund të parandalohet lindja e prolonguar dhe përdorimin e drejtë të intervenimeve bihejviorale, mjekësore dhe farmakologjike, nëse vie deri te ato.

Nuk ka udhëzime përgjithësisht të pranuar për kategorizimin dhe shërimin e lindjeve jonormale. Ndoshta më së miri është të përshkruhet konfuzioni duke numëruar disa emërtime të ndryshme që përdoren për lindjen jonormale: distocia, lindja disfunktionale, inercioni i mitrës, ngecja e lindjes dhe ngecka në avancimin e lindjes.

Klasifikimi i çrregullimeve në lindje mundëson përpunimin e shkaktarit të caktuar, strategjinë për parandalim dhe intervenimet terapeutike për secilën kategori.

Tab. 1: Klasifikimi i lindjes së çrregulluar

I. Faza latente e prolonguar
II. Faza aktive e prolonguar
<ul style="list-style-type: none">A. Lindja disfunktionale primare – hapje më e ngadalshme se normale e qafës së mitrës, rëndomë 0.75 deri 1 cm/orë në fazën aktive të lindjes.
<ul style="list-style-type: none">B. Ngecje sekondare në lindje – ndërprerja e plotë e hapjes së qafës së mitrës gjatë periudhës së caktuar, zakonisht 3 orë e më tepër, pas fazës paraprake të rregullt aktive.

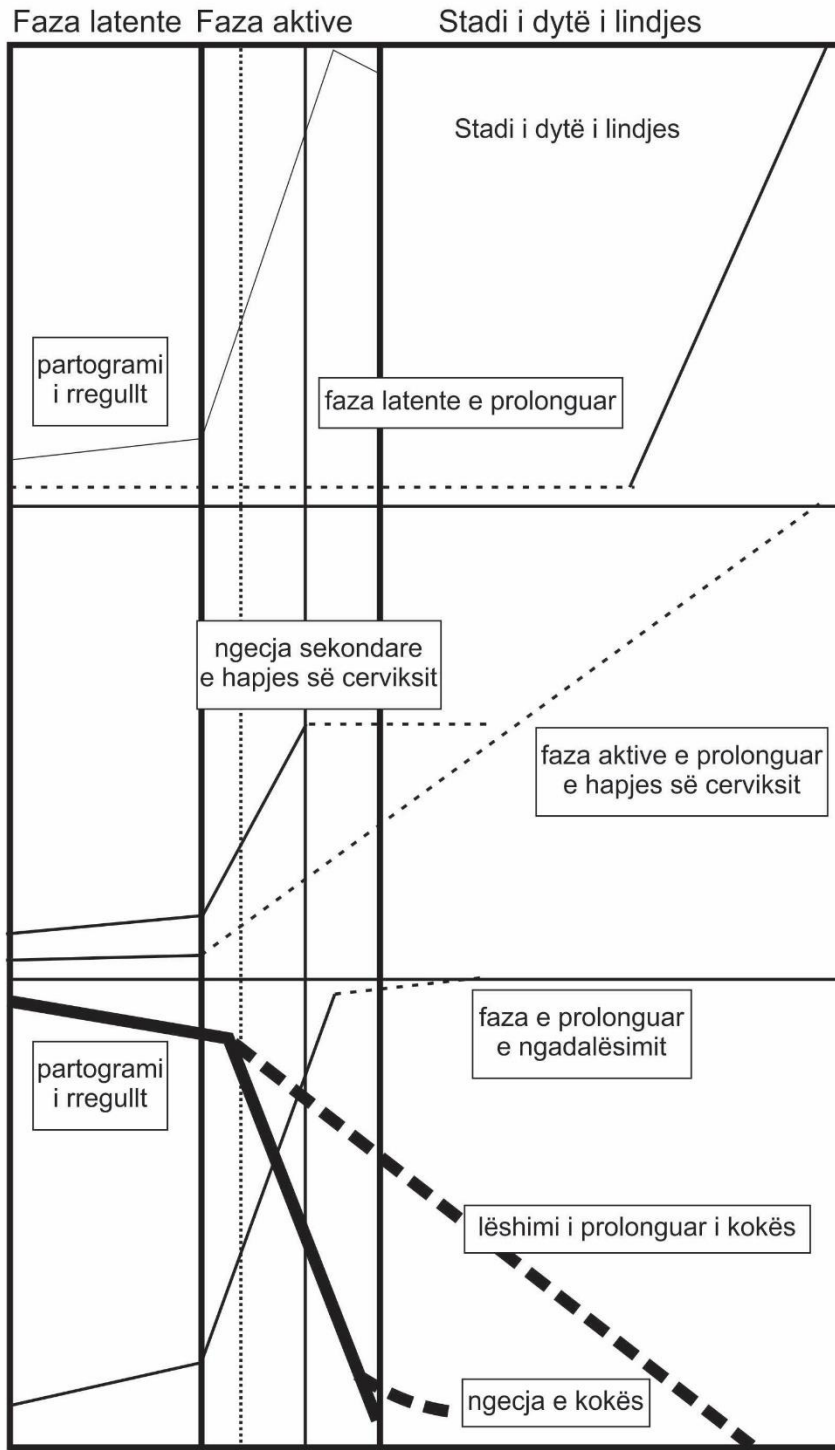


Fig. 4: Paraqitja grafike e stadi të dytë të lindjes

Për shkak të diferencave të mëdha në definimin e lindjes së çrregulluar, është vështirë të përcaktohet incidenca e saj. Lindja disfunktionale primare konsiderohet si çrregullimi më i shpeshtë i lindjes, me incidencë prej 26% te primiparet. Autorë të tjerë përmendim incidencë të çrregullimeve të fazës së parë të lindjes nga 8 deri 11%.

Me rëndësi është të identifikohet lindja jonormale e prolonguar sepse mund të rezultojë me rezultate të ndryshme të padëshiruara. Lindja e prolonguar mund të shkaktojë rraskapitje të gruas me numër më të madh të lindjeve të përfunduara në mënyrë kirurgjike, deri te numri i rritur i infeksioneve fetale dhe maternale që ndërlihen me plasjen e parakohshme të placentës dhe morbiditetin dhe mortalitetin e rritur perinatal.

Po ashtu është me rëndësi të mbahet në mend se lindja që përparon ngadalë nuk është e domosdoshme të jetë e çrregulluar e as që duhet të jetë problem. Mjeku në këto raste duhet me kujdes t'i shqyrtojë shkaqet e mundshme të avancimit të ngadalshëm si dhe mundësinë e mënyrave të ndryshme të intervenimit për ta përshpejtuar avancimin e lindjes.

6.1 Faza latente e prolonguar

Kohëzgjatja e fazës latente të lindjes është mjaft variabile dhe nuk mund të përcaktohet intervali relevant normal. Kjo fazë rëndomë zgjat disa orë dhe dallimin ndërmjet fazës latente dhe kontraksioneve të rrejshme mund ta bëjmë vetëm në mënyrë retrospektive. Faza latente normale zgjat deri 20 orë te nuliparet dhe 16 orë te multiparat.

Nuk është dëshmuar me siguri nëse faza latente e prolonguar mund të shkaktojë rezultate të padëshiruara. Friedman-i dhe Sachtleben-i kanë konstatuar se përdorimi i rregullt i sedativëve, narkotikëve dhe medikamenteve të tjera analgjetike janë shkaktari më i shpeshtë i fazës latente të prolonguar të lindjes. Kur përjashtohen kontraksionet e rrejshme, nuk është dëshmuar asnjë shkaktar tjetër i fazës latente të prolonguar të lindjes. Studjuesit e cekur po ashtu kanë gjetur se numri i njëjtë i grave (rreth 85%) do të hyjnë në fazën aktive të lindjes, qoftë nëse faza latente e prolonguar është shëruar me oksitocin, qoftë me pushim terapeutik. Nuk është dëshmuar nëse amniotomia ka ndikim në fazën latente. Ka njohuri të pakta mbi atë se çka ndodh në fazën latente dhe nevojiten studime për shkaktarët e saj dhe ndikimin në fazën aktive të lindjes dhe rezultatet e pavolitshme të mundshme.

6.1.1 Kujdesi ndaj fazës latente të prolonguar

Duke u bazuar në të dhënat e pakta në dispozicion, kujdesi më efikas i fazës latente përfshin si vijon:

1. Gruan duhet vëzhguar mjaft gjatë për ta dalluar fazën latente të lindjes prej kontraksioneve të rrejshme. Më së miri është që vëzhgim të bëhet jashtë spitalit.
2. Nuk është e domosdoshme të përdoren analgjetikët narkotikë apo sedativët.

3. Gruaja duhet të nxitet në aktivitet fizik dhe në përgjithësi t'i mundësohet kujdes ashtu siç dëshiron ajo.
4. Gruan duhet bindur mbi gjendjen e mirë të foshnjës dhe t'i sqarohet se faza latente e prolonguar nuk është e pazakonshme.
5. Nëse vie deri të faza latente e prolonguar, duhet të merret parasysh mundësia e pushimit terapeutik.
6. Duhet të shmanget amniotomia dhe përdorimi i hershëm i oksitocinit.

6.2 Faza aktive e prolonguar e lindjes

Prolongimi jonormal i fazës aktive të lindjes është rezultat i dy shkaktarëve të definuar saktë, disproporcionit fetopelvin dhe veprimit joefikas të mitrës.

Disproporcioni fetopelvin shkaktohet nga makrosomia fetale apo abnormalitetet e indeve ashtërore dhe të buta të kombikut të gruas, që rezulton në madhësi joproportionale që janë kusht për lindje vagjinale. Në një numër të vogël të rasteve, disproporcioni fetopelvin absolut është i mundur të zbulohet me ekzaminim të përgjithshëm dhe lindja përfundon me prerje cesareske pa filluar fare me lindje vagjinale. Në shumicën dërrmuese të rasteve të disproporcionit fetopelvin, diagnostikimi bëhet tek pas fillimit të lindjes vagjinale¹⁴.

Veprimi joefikas i mitrës shkaktohet me zvogëlimin e kontraktilitetit të saj ose, ndoshta, koordinimin e dobët të kontraksioneve uterine. Kontraksionet e parregullta uterine ose kontraksionet uterine që rezultojnë me presion më të vogël intrauterin mund të ndërliidhen me lindjen e prolonguar. Siç është përmendur më parë, si avancim më i vogël i zgjerimit të qafës së mitrës të ndërliidhur me veprimin efikas të mitrës konsiderohet 0.75 deri 1 cm në orë gjatë periudhës së fazës aktive. Pozicionimet dhe prezantimet jonormale të fetusit mund të shkaktojnë veprime joefikase uterine apo edhe disproporcion fetopelvin absolut¹⁵.

Qoftë disproporcioni fetopelvin, qoftë veprimi joefikas uterin, mund të manifestohen si lindje primare disfunktionale ose ngecje sekondare e lindjes. Dikur është konsideruar se ngecja sekondare e lindjes më së shpeshti shkaktohet nga disproporcioni cefalopelvin dhe është e ëidhur me morbiditetin perinatal; megjithatë, studimet e reja tregojnë se ngecja sekondare më shpesh shkaktohet nga pozicionimi jonormal i fetusit apo asinklitizmin, që mund të zgjidhet me përdorimin e oksitocinit. Disproporcioni cefalopelvin absolut shkakton rreth 10% të ngecjeve sekondare, ndërsa morbiditetit perinatal është i ultë për të gjitha mostrat. Rezultati i lindjes disfunktionale primare, në anën tjetër, është më i disfavorshëm. Pacientet me këtë tip të çrregullimeve të avancimit të lindjes kanë përgjigje më të

disfavorshme ndaj terapisë me oksitocin dhe shkallë më të lartë të prerjeve cesareske për shkak të rrezikimit të fetusit nga gratë me ngecje sekondare¹⁶.

Kujdesi i pothuajse të gjitha rasteve të lindjeve jonormalisht të prolonguara përfshin intervenimet që nxisin dhe sigurojnë kontraksione optimale dhe efikase uterine. Ekzistojnë mendime të ndryshme mbi kohën, mënyrën dhe shkallën e agresivitetit të procedurave të zbatuara. Intervenimet më së shpeshti të zbatuara janë amniotomia dhe infuzioni intravenoz i oksitocinit.

6.2.1 Kujdesi gjatë fazës aktive të prolonguar

6.2.1.1 Amniotomia

Rezultati i shumë studimeve të randomizuara tregojnë se amniotomia në masë të konsiderueshme e shkurton fazën aktive të lindjes, deri në 2 orë. Dy studime që kanë hulumtuar ndikimin e amniotomisë në rezultatin fetal nuk kanë gjetur kurrfarë ndikim të disfavorshëm, ndonëse numri i pacienteve të përfshira në studim ka qenë tejet i vogël për të paraqitur rezultate me sinjifikancë klinike. Rezultatet e studimeve më të mëdha, që kanë pasur gabime të theksuara metodologjike, kanë sugjeruar në mundësinë e ndërlidhjes së amniotomisë me deformimet e kafkës fetale dhe acidozën fetale.

6.2.1.2 Oksitocini

Infuzioni i kontrolluar intravenoz i oksitocinit është terapi më së shpeshti e zbatuar tek lindjet e prolonguara. Te nuliparet, përqindja e kontraksioneve të induktuara me oksitocin përbën prej 5 deri mbi 50%.

Shumë studime të kontrolluara kanë hulumtuar ndikimin e infuzionit intravenoz të oksitocinit në avancimin e lindjes së prolonguar. Disa nga ato kanë treguar se tek gratë të cilat është aplikuar oksitocini vie më shpejtë deri te zgjerimi i qafës së mitrës se te grupi kontrollues. Studime të tjera kanë krahasuar veprimin e oksitocinit dhe lëvizshmërinë e gruas. Është gjetur se tek gratë që janë nxitur për të lëvizur ka ardhur deri te avancimi i njëjtë apo edhe më i shpejtë i lindjes se në grupin që ka marrë oksitocin.

Kur e krahasojmë grupin që ka pranuar oksitocin dhe grupin kontrollues, hulumtimet e cekura nuk kanë treguar diferenca në shkallën e shtatzënive të përfunduara me prerje cesareske për shkak të rrezikimit të fetusit, shkallës së lindjeve të kryera në mënyrë instrumentale, indeksit sipas apgarit dhe shkallës së fëmijëve të pranuar në njësinë e mjekimit intensiv.

Është dëshmuar se tek infuzionet e prolonguara me oksitocin vie deri në 300 herë më pak sensitivitet të receptorëve oksitocinik të miometrit, kështu që vëhet në dyshim efikasitetit i oksitocinit nëse nuk ka përgjigje adekuate ndaj tij. Kështu gjithsesi duhet të theksohet se nuk është vërejtur çrregullim në përmbajtjes së koneksinit 43 (proteinës më të rëndësishme të *gap junction*) të lindjet disfunktionale.

6.2.1.3 Drejtimi aktiv i lindjes

Aplikimi i hershëm dhe agresiv i oksitocinit për korrektimin e aktivitetit joefikas të mitrës te primiparet mund ta ulë numrin e prerjeve cesareske, por edhe, sipas studimeve të fundit, mund që më herët të lajmërojë në nevojën për prerje cesareske. Procedura, e quajtur drejtim aktiv i lindjes, qartë është paraqitur në një numër të madh të punimeve të O'Driscoll-it me bashkëpunëtorë, edhe pse vërejtja kryesore është se nuk kanë pasur grup kontrollues përkatës. Kjo procedurë përfshin diagnostikimin e saktë të lindjes sipas kritereve rigoroze, furnizimin dhe kujdesin e individualizuar dhe të vazhdueshëm të pacientes, amniotominë e hershme dhe aplikimin e infuzionit oksitocinik kur qafa e mitrës zgjerohet me shpejtësi më të vogël se 1 cm/orë në fazën aktive të lindjes. Qëllimi i procedurës është të arrihet aktivitet efikas i mitrës me përfundim të lindjes brenda 12 orëve nga pranimi. Në periudhën prej 20 vitesh, me një procedurë e këtillë, shkalla e prerjeve cesareske është mbajtur në shkallën prej rreth 5%, mortaliteti perinatal është zvogëluar në suazat që janë karakteristike për botën e industrializuar, ndërsa mbi 90% e grave kanë lindur brenda 12 orëve.

6.2.2 Rreziqet nga përdorimi i oksitocinit

Përdorimi i oksitocinit gjatë lindjes aktive bart rreziqe që mund të parandalohen me përdorimin racional dhe përcjelljen e kujdesshme (monitorim). Komplikimi më i shpeshtë është hiperstimulimi i mitrës, që ndonjëherë mund të shkaktojë rrezikim të fetusit. Për shkak të protokolleve të ndryshme të aplikimit të oksitocinit dhe definimit jouniform, nuk është e njohur incidenca e vërtetë e hiperstimulimit të mitrës. Hulumtimet klinike kanë raportuar se incidenca sillet prej 0% deri 58%. Ky ndërlikim mund të shmanget duke i zbatuar në mënyrë të përpiktë udhëzimet për përdorimin e oksitocinit.

Ndërlikimet potenciale të lidhura e oksitocinin, që kuantifikohen më rrallë dhe më vështirë, janë përdorimi i tepruar i analgjetikëve, infuzioni intravenoz dhe monitorimi elektronik që e pamundësojnë lëvizjen e gruas dhe kështu, bën veprim të kundërt, duke e ngadalësuar avancimin e lindjes.

Rreziku për rupturën e mitrës të shkaktuar me infuzionin oksitocinik është i papërfillshëm dhe oksitocini mund të përdoret në mënyrë të sigurt edhe tek gratë të cilat në shtatzënitë e kaluara kanë lindur me prerje cesareske me incizion të segmentit të poshtëm të mitrës.

6.2.2.1 Aplikimi i oksitocinit

Shikuar historikisht, protokolet për aplikimin e oksitocinit kanë kërkuar fillimin e infuzionit me doza relativisht të larta (4 njësi/min. apo më tepër) me rritje të shpejtë të dozës çdo 10 deri 15 minuta deri të mos arrihen kontraksione efikase. Protokole të tilla mund të shkaktojnë frekuencë të madhe të hiperstimulimit të mitrës dhe rrjedhimisht duke e rrezikuar fetusin. Dozat më të ulta dhe në intervale më të gjata kohore ndërliken me avancim adekuat të lindjes dhe me sigurinë më të lartë. Duke u bazuar në rezultatet e këtyre studimeve, Kolegji Amerikan i Obstetristëve dhe Gjinekologëve ka dhënë udhëzimet vijuese për aplikimin intravenoz të oksitocinit:

1. Infuzion duhet të përbëhet prej oksitocinit të holluar, rëndomë 10 njësi në 1000 ml të tretësirës fiziologjike.
2. Doza fillestare duhet të jetë nga 0.5 deri 1.0 njësi/min.
3. Në intervalet prej 30 deri 60 minuta, doza duhet gradualisht të rritet për 1 deri 2 njësi/min, deri të mos arrihet frekuencë dhe intensitet adekuat i kontraksioneve.
4. Duhet të përcillet veprimin i zemrës fetale, tonusi bazal i mitrës, frekuenca dhe kohëzgjatja e kontraksioneve.

Shumica dërrmuese e grave do ta arrijë kontraktilitetin adekuat të mitrës me doza nga 16 njësi/min ose më pak. Po ashtu, aplikimi intravenoz pulsativ i oksitocinit në intervale 8 minutëshe jep rezultate premtuese në induktimin efikas dhe të sigurtë të kontraksioneve me përdorimin e dozave shumë më të vogla të oksitocinit.

6.2.2.2 Stimulimi i gjinjve

Përsheptimi i shtatzënisë që përparon ngadalë me anë të stimulimit të thimthit të gjirit dhe areolës është teknikë që zbatohet një kohë të gjatë¹⁷. Efikasiteti i stimulimit të gjirit në lindjen e prolonguar nuk është dëshmuar në studimet klinike, por megjithatë, hulumtimet tregojnë se stimulimi i gjinjve nxit zgjerimin e qafës së mitrës dhe induktimin e lindjeve. Është treguar se edhe stimulimi i lehtë i gjinjve shkakton kontraksione më të hershme e më të shpeshta se sa me oksitocin, por të një intensiteti më të vogël.

Ekziston mundësia që stimulimi i gjinjve shkakton kontraksione hipertonsike të mitrës, që mund të rezultojnë në bradikardi fetale. Shmangia e hipertonusit të mitrës në studimet e randomizuara është rezultat i formës më të butë të stimulimit, qoftë me leckë të nxehtë e të lagtë, qoftë me stimulimin e lehtë të alternuar të të dy gjinjve ose me cikle të shkurtëra të stimulimit prej 2 minutash, pas së cilëve vazhdohet me 5 minuta pushim.

Të dhënat që janë në dispozicion tregojnë se stimulimi i lehtë i thimthave, me përcjellje të kujdesshme të kontraksioneve të mitrës, mund të jetë efikas në rritjen e kontraktilitetit të mitrës në lindjet me avancim të ngadalshëm.

6.2.2.3 Zvogëlimi i rezistencës së indit të butë

Kohëzgjatja e gjithmbarshme e lindjes te multiparet është shumë më e shkurtër se te primiparet. Është supozuar dhe vërtetuar në mënyrë direkte se rezistenca e indit të butë të gruas është më e vogël te multiparat për shkak të ngrehjes të indit në lindjen e mëparshme. Janë bërë përpjekje për përshpejtimin e avancimit të lindjes duke e ulur rezistencën e indit të butë me mjete farmakologjike dhe mekanike.

Relaksini, hormoni që në mënyrë natyrore prodhohet në vezore dhe që relakson ligamentet e indin e butë të komblikut, mund të përshpejtojë maturimin e qafës së mitrës para fillimit të lindjes. Studimet e reja tregojnë se relaksini ka në tërësi veprim antagonist ndaj oksitocinit, kur aplikohet gjatë lindjes.

6.2.3 Strategjitë preventive

Strategjitë preventive në përgjithësi përfshijnë identifikimin e popullatës me risk të lartë si dhe zbatimin e masave përkatëse preventive. Karakteristika të caktuara, siç janë nulipariteti apo papjekuria e qafës së mitrës, mund të identifikohen si faktorë të riskut, e kështu gratë e tilla e përbëjnë risk grupin për lindje të prolonguar. Çdo lindje mund të jetë disfunktionale, kështu që strategjitë preventive duhet të zbatohen përgjithësisht. Për shkak të rëndësisë të vet të madhe, veçohen dy strategji preventive: suporti i vazhdueshëm social dhe emocional gjatë lindjes dhe pozita dhe shtrirja e gruas gjatë lindjes.

6.2.3.1 Suporti emocional dhe social

Mundësimi i suportit emocional dhe social gruas në lindje mund të ketë ndikim të rëndësishëm në rrjedhën e lindjes. Suporti optimal përfshin interaksionin me partnerin që i ofron përkrahje dhe ambientin adekuat ku kryhet lindja. Karakteristikat e përkrahjes efektive të partnerit përfshijnë:

- kontaktin e shpeshtë fizik, siç është masazha e qafës dhe mbajtja e dorës së gruas,
- bisedat, sqarimet dhe inkurajimi,
- ecja e përbashkët,
- mbajtja e kontaktit me sy,
- përfaqësimi, dhe
- mundësimi i komfortit fizik.

Karakteristikë themelore e kujdesit ndaj gruas në lindje është që ajo kurrë mos të ngelë vetëm. Përveç kësaj, ambienti ku do të kryhet lindja duhet të jetë relaksuese dhe e pacenueshme. Mekanizmat me të cilat intervenimet bihejvoriale ndikojnë në rrjedhën e lindjes nuk janë të sqaruara në tërësi. Te njerëzit dhe kafshët është dëshmuar lidhshmëria ndërmjet ankthit të gruas dhe çrregullimeve gjatë lindjes. Ankthi i gruas mund ta rrisë nivelin e katekolaminave qarkulluese që shkaktojnë zvogëlim të kontraktilitetit të mitrës.

Edhe intervenimet tjera bihejvoriale, përveç partnerit që bashkëpunon, po ashtu mund të jenë efikase. Në tabelë është paraqitur se edhe prania e partnerit joaktiv ka efekt shumë pozitiv në rezultatin e lindjes. Përdorimi i metodës së Leboyer-it për lindje dhe dhomës së veçantë të lindjes po ashtu ndërlikohet me shkurtrimin e kohës së lindjes kur e krahasojmë me kujdesin standard gjatë lindjes.

Nuk është ndërmarrë asnjë studim për hulumtimin e ndikimit të përkrahjes emocionale në lindjen tashmë të filluar tek e cila ka ardhur deri te ngecja, por supozohet se këto masa kanë rëndësinë më të madhe pikërisht për parandalimin e avancimit të ngadalshëm të lindjes.

6.2.4 Pozita e gruas dhe kujdesi

Aktiviteti dhe pozita e gruas mund të kenë ndikim të madh në avancimin e lindjes. Pozita e gruas mund të ndahet në dy kategori të përgjithshme: vertikale dhe shtrirë. Pozita vertikale përfshin uljen, qëndrimin në këmbë dhe shëtitjen. Pozita e shtrirë përfshin pozitën në shpinë dhe pozitën laterale. Historikisht pozita vertikale janë preferuar nga gratë që lindin. Pozita e shtrirë është popullarizuar prejse gratë kanë filluar të lindin në spital dhe prejse stafi profesional është përfshirë në vetë procesin e lindjes¹⁸.

Tab. 2

Rezultati	Grupi me suport (N = 212)	Grupi i vëzhguar kontrollues (N = 200)	Grupi kontrollues me kujdes standard të lindjes (N = 204)
Kohëzgjatja e lindjes (orë)*	7.4	8.4	9.4
Aplikimi i oksitocinit (%) ⁺	17.0	23.0	43.0
Anestezioni epidural (%) ⁺	7.8	22.6	55.3
Prerja cesariane (%) ⁺	8	13	18
Forceps (%) ^{ss}	8.2	21.3	26.3
Ethet e gruas (%) ^{ss}	1.4	7.0	10.3
Sepsa neonatale (%) ^{ss}	4.2	9.5	14.7

- *P < 0.05 ndërmjet grupit me suport dhe grupit të vëzhguar kontrollues; ndërmjet grupit me suport dhe grupit kontrollues me kujdes standard të lindjes; ndërmjet grupit të vëzhguar kontrollues dhe grupit me kujdes standard të lindjes.
- ⁺P < 0.05 ndërmjet grupit me suport dhe grupit me kujdes standard të lindjes; ndërmjet grupit të vëzhguar kontrollues dhe grupit me kujdes standard të lindjes.
- ⁺⁺P < 0.05 ndërmjet grupit me suport dhe grupit me kujdes standard të lindjes
- ^{ss}P M 0.05 ndërmjet grupit me suport dhe grupit të vëzhguar kontrollues; ndërmjet grupit me suport dhe grupit kontrollues me kujdes standard të lindjes;

Studimi i Roberts-it me bashkëpunëtorë sugjeron se pozita me qëndrim vertikal dhe anësor lateral në krahasim me pozitës me shpinë dhe pozitën ulur janë të shoqëruar me intensitetin dhe efikasitetin më të madh të kontraksioneve. Ndryshimi i pozitës siguron efikasitetin më të madh të lindjes. Në testet e randomizuara, pozita me qëndrim vertikal ka qenë shoqëruar me kohëzgjatje më të shkurtër të lindjes dhe intensitetin më të madh të kontraksioneve të mitrës. Në studimet që kanë bërë krahasimin e pozitës me qëndrim vertikal dhe atë anësor lateral nuk janë gjetur diferenca në kontraktilitetin e mitrës apo kohëzgjatjen e lindjes. Ekziston tendencë e përdorimit më të vogël të barnave në mënyrë që të ndihmohet lindja në pozitë me qëndrim vertikal, por nuk ka lidhje të fortë me përfundimin e lindjes me metodë instrumentale. Dy studime të randomizuara kanë treguar se lëvizja e udhëzuar është së paku aq efektive sa oksitocini në përsheptimin e lindjes abnormalisht të prolonguar.

Është e qartë se gratë që lindin preferojnë lirinë në vendimin mbi ndryshimin e pozitës gjatë vetë rrjedhës së lindjes. Nëse iu jepet një liri e këtillë, gratë lindjes gratë shpesh e ndërrojnë pozitën. Përveç kësaj, gratë kanë vështirësi të mëdha në mbajtjen e vetëm një pozite. Me avancimin e lindjes, gratë preferojnë të kalojnë kohë më të gjatë në pozitën e shtrirë, veçanërisht nëse qafa e mitrës ka arritur shkallën e dilatimit prej 5 deri 6 cm.

Për avancim optimal të lindjes, gruas duhet t'i lejohet të marrë pozitë që i përgjigjet me vërejtjen se duhet të nxitet ndërrimi periodik i pozitës dhe lëvizja. Me avancimin e lindjes, gratë duhet të kalojnë kohë më të gjatë në pozitë të shtrirë, në veçanti në pozitën e shtrirë anësore laterale.

7 Konstatimet dhe rekomandimet

Parandalimi, identifikimi dhe terapia e fazës aktive të lindjes së prolonguar do të rezultojë me uljen e morbiditetit të nënës dhe atë perinatal si dhe me kënaqësinë e gruas.

Masat për parandalimin e shfaqjes së lindjes së prologuar përfshijnë:

1. Përpunimin e fazës latente të lindjes duke iu shmangur amniotomisë dhe përdorimit të oksitocinit para fillimit të fazës aktive të lindjes,
2. Ofrimi i suportit të vazhdueshëm emocional dhe social çdo gruaje në lindje,
3. Nxitja e shtrirjes dhe ndërrimit të shpeshtë të pozitës sipas dëshirës së gruas në lindje,
4. Largimin nga politikat rutinore të lindjes që interferojnë me përkrahjen emocionale dhe që nuk sjellin kurrfarë dobie tjetër.

Paraqitja grafike e avancimit të lindjes është e rëndësishme në lehtësimin e shkëmbimit të informatave ndërmjet atyre që e ofrojnë kujdesin, si dhe në diagnostikimin e lindjes së prolonguar. Kur shpejtësia e dilatimit të qafës së mitrës është më e vogël se 0.75 deri 2.0 cm/orë ose bie 2 deri 4 orë pas lakores normale, mjeku duhet të jetë i përgatitur për mundësinë e lindjes së prolonguar dhe të marrë parasysh masat për përsheptimin e avancimit të lindjes. Avancimi i lindjes së prolonguar mund të përshejtohet me amniotomi dhe stimulim të lehtë të thimthave të gjirit, edhe pse zbatimi i këtyre masave kërkon vërtetim të mëtejshëm nëpër hulumtime. Dhënia intravenoze e oksitocinit është shumë e dobishme në terapinë e lindjes së prolonguar. Megjithatë, koha e saktë e aplikimit, doza fillestare, rritja e dozës dhe intervali ndërmjet dozave të veçanta ngelen kontraverse, edhe pse si e dobishme konsiderohet aplikimi i dozave të vogla dhe metoda pulsative e aplikimit.

8 Referencat

- 1 Mesiano C, Chan EC, Fitter JT, Kwek K, Yeo G, Smith R. *Progesterone withdrawal and estrogen activation in human parturition are coordinated by progesterone receptor expression in the myometrium*. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:2924-30.
- 2 Johnson RF, Mitchell CM, Giles WB, Walters WA, Zakar T. *The in vivo control of prostaglandin FI synthase-2 messenger ribo-nucleic acid expression in the human amnion at parturition*. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:2816-23.
- 3 Garfield RE, Hayashi RH. *Appearance of gap junctions in the myometrium of women during labor*. Am J Obstet Gynecol 1981;140:254-260.
- 4 Krapohl AJ, Myers GG, Caldeyro-Barcia R. *Uterine contractions in spontaneous labor*. Am J Obstet Gynecol 1970;106:378-387.
- 5 Effer SB, Bertola RP, Vrettos A, Caldeyro-Barcia R. *Quantitative study of the regularity of uterine contractile rhythm in labor*. Am J Obstet Gynecol 1969;105:909-915.
- 6 Caldeyro-Barcia R, Poseiro JJ. *Physiology of uterine contraction*. Clin Obstet Gynecol 1960;3:386-408.
- 7 Leighton B, Halpern S. (2002). *The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review*. Am J Obstet Gynecol 186 (5 Suppl Nat), S69-S77 .
- 8 Gould D. Normal labour: A concept analysis. (2000). J Adv Nurs 31, 418-427.
- 9 Kilpatrick SJ, Laros RK. *Characteristics of normal labor*. Obstet Gynecol 1989;74:85-87.
- 10 Laros RK, Work BA, Witting WC. *Amniotomy during active phase of labor*. Obstet Gynecol 1972;39:702-704.
- 11 Friedman EA. *The graphic analysis of labor*. Am J obstet gynecol 1954; 68:1568-1575.
- 12 Friedman E. (1978). *Labor: Clinical Evaluation and Management, 2nd edition*. New York, Appleton - Century - Crofts.
- 13 O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. *Active management of labor*. Br Med J 1973;3:135-137
- 14 Peisner D , Rossen M . (1985). *Latent phase of labor in normal patients: A reassessment* . Obstet Gynecol 66 (5), 644 – 648 .
- 15 O'Brien WF, Cefalo RC. *Abnormalities of the active phase: Recognition and treatment*. Clin Obstet Gynecol 1982;25:115-122.
- 16 Altman M, Lydon - Rochelle M. (2006). *Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review* . Birth 33 (4), 315-322.
- 17 Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. (2005). *Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour*. Cochrane Database Syst Rev (3) CD003392. doi:10.1002/14651858.CD003392.pub2.
- 18 Fenwick L, Simkin P. (1987). *Maternal position to prevent or alleviate dystocia in labor*. Clin Obstet Gynecol 30 (1), 83-89.

Biografi e shkurtër e kandidates – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Albulena Berberi Dana
Datëlindja	31.05.1985
Gjinia	Femër
Nr. Personal	1170243974
Të dhënat kontaktuese	
Telefoni	+377 44 902-792
Adresa	Gjakovë
Emaili	-
Të dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e lartë	Gjimnazi “Hajdar Dushi” Gjakovë
Universiteti	Universiteti “Fehmi Agani” Gjakovë
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	130305018