

11. Managementul calității. Suport de curs. Universitatea de Vest "Vasile Goldiș", Arad. Facultatea de științe economice. 2016. România.
12. Managementul spitalului. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. București : Public H Press, 2006. ISBN (10) 973-87776-2-3.
13. Moeller J, Breinlinger-O'Reilly J, Elser J. Quality management in German health care--the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;13:254-258.
14. Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *European Foundation for Quality Management. Int J Qual Health Care* 2000;12:191-201.
15. Owens PL, Zodet MW, Berdahl T, et al. Annual report on health care for children and youth in the United States: focus on injury-related emergency department utilization and expenditures. *Ambul Pediatr* 2008;8:219-240
16. Pasini E, Opasich C, Scherillo M. ISO 9000: guidelines for a total quality system in health. *G Ital Cardiol* 1998;28:397-404.
17. Proiectul REPEMOL referitor la Regionalizarea serviciilor medicale pediatrice de urgență și terapie intensivă. Web site oficial: www.repemol.md.
18. Simon HK, Hirsh DA, Rogers AJ, Massey R, Deguzman MA. Pediatric emergency department overcrowding: electronic medical record for identification of frequent, lower acuity visitors. Can we effectively identify patients for enhanced resource utilization? *J Emerg Med* 2009;36:311-316
19. Stanciu I. Managementul calității totale - Editura Cartea universitară, 2004.
20. The EFQM Excellence Model. Web site: <http://www.efqm.org/>.
21. Wick K, Leeger-Aschmann CS, Monn ND, et al. Interventions to Promote Fundamental Movement Skills in Childcare and Kindergarten: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med* 2017;doi: 10.1007/s40279-40017-40723-40271
22. Zatic T. Optimizarea și modernizarea serviciului de asistență medicală spitalicească. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Direcția politici în asistență medicală. 2010.



© Olga Cernețchi, Svetlana Jubîrcă, Corina Iliadi-Tulbure

Olga Cernețchi¹, Svetlana Jubîrcă², Corina Iliadi-Tulbure¹

PARTICULARITĂȚILE DE EVOLUȚIE A GESTAȚIEI ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENTE

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

(Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernețchi)

²*Laboratorul Obstetrică, IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)*

SUMMARY

PARTICULARITIES OF EVOLUTION OF GESTATION AND DELIVERY IN ADOLESCENT GIRLS

Key words: adolescent pregnancy, maternal and fetal complications

Pregnancy in adolescence is an important and complex problem. The incidence of teenage pregnancies in Republic of Moldova, is about 1,5-4,0%, cases recorded between 2009-2012. The evolution of teenage pregnancy has some particularities, characterized by an increased number of complications during pregnancy and delivery. We have done the study to evaluate particularities of gestation and delivery in adolescent girls. 261 cases, managed in the Institute of Mother and Child, Chisinau, Republic of Moldova, between 2013-2015, have been evaluated. The total number of cases were divided, according to maternal age, in two main groups: the first group includes 126 (48,3%) patients aged 13-18 years old, and the other 135 (51,7%) pregnant women, aged between 19-25 years, were included in the second group. In conclusion, we mention that pregnancy and delivery in adolescent girls need to be evaluated carefully and to appreciate risk factors for some complications as: intrauterine growth restriction of the fetus, premature birth, and other obstetric complications.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: подростковая беременность, осложнения беременности у матери и плода

Подростковая беременность до сих пор остается одной из важных проблем. Частота подростковой беременности в Молдове на протяжении 2009-2012 годов составила 1,5-4,0%. Подростковой беременности имеют некоторые особенности и ведет к увеличению числа осложнений во время беременности и родов. В статье были проанализированы особенности эволюции беременности и родов у подростков. Нами было проведено исследование, включавшее 261 беременную, которые наблюдались в Перинатальном Центре третьего уровня Центре Матери и Ребенка в течение 2013-2015 годов. Общее число случаев было разделено на 2 группы в зависимости от возраста: I группа - 126 (48,3%) беременных в возрасте от 13-18 лет, II группа - 135 (51,7%) беременных в возрасте от 19 до 25 лет. На основании данных исследования можно сделать вывод, что при подростковой беременности следует учитывать факторы риска развития перинатальных осложнений: задержка внутриутробного развития плода, преждевременных родов и других осложнений.

Actualitate. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) (2011), aproximativ 16 mln. de adolescente, cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani, nasc anual. Copiii născuți de mamele adolescente, reprezintă aproximativ 11% din numărul total de nașteri la nivel mondial, în țările în curs de dezvoltare rata fiind de 95%. Adolescentele cu vârsta sub 15 ani reprezintă

2 mln. din numărul total anual de 7.3 mln. de mame adolescente. Conform datelor Statisticii Naționale, în Republica Moldova (RM), pe parcursul anilor 2003-2016, s-a înregistrat o incidență minimă de nașteri la adolescente în anul 2008, nivelul maxim fiind atins în anul 2006, valorile menținându-se crescute până în prezent (fig.1).

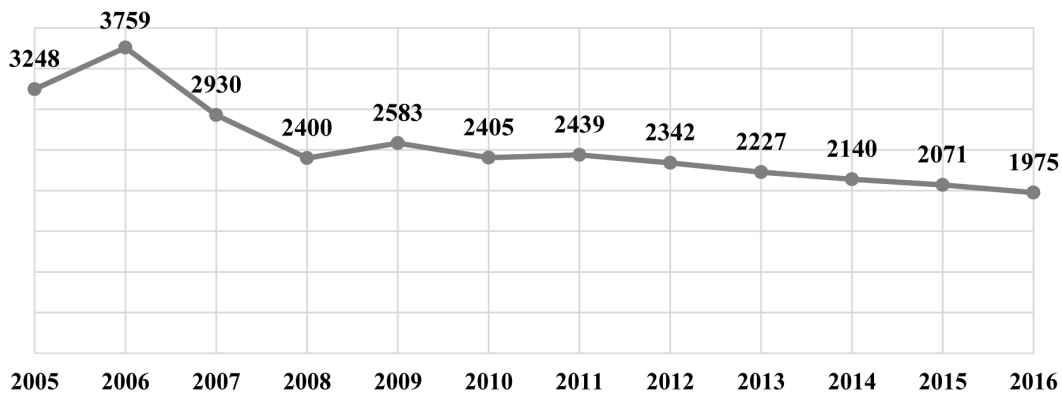


Fig. 1. Frecvența nașterilor la adolescente în RM între anii 2005-2016 (număr absolut)

Conform datelor OMS, „adolescentă” se consideră a fi orice tânără femeie, cu vârsta până la 19 ani, iar sarcinile la adolescente pot surveni atât în țările dezvoltate socio-economic, cât și în țările în curs de dezvoltare, în mod egal în zonele urbane și rurale, la orice nivel social și indiferent de venitul individual [4,5,17,21]. Datele din literatura de specialitate sugerează că doar ¼ din adolescentele gravide sunt somatic sănătoase, fiind apreciată o frecvență mai înaltă a patologiilor cardiovasculare, ale tractului urogenital și digestiv [12,20].

Evoluția sarcinii și a stării intrauterine a fătului la adolescentele gravide, de obicei se caracterizează prin anumite particularități, determinate de gradul de imaturitate biologică al organismului gestantei. La vârstă sub 18 ani, maturizarea organismului este insuficientă, atât în aspect neurologic, cât și psihic, starea de infantilism genital per total influențând nefavorabil evolu-

ția sarcinii și nașterii [2,7,8,10,16]. **Scopul studiului** a constat în aprecierea particularităților de evoluție a sarcinii și nașterii la adolescentele gravide.

Material și metode. Studiul a inclus cercetarea unui număr de 261 gestante, nașterea cărora a fost monitorizată în IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe parcursul anilor 2013-2015. Gestantele au fost divizate în două grupuri în funcție de vârstă: grupul de cercetare a inclus 126 gravide adolescente cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani 11 luni și 29 de zile și grupul de comparație – 135 gestante cu vârsta de 19-24 ani. Ca instrument pentru cercetare a servit un chestionar special elaborat, care a inclus compartimente medico-sociale de evaluare.

Rezultate și discuții. Până în prezent, nu există o opinie unică referitor la frecvența complicațiilor în sarcină ce apar la adolescente. Totuși, un număr considerabil de cercetători sugerează că sarcina și nașterea

în adolescență este asociată cu o multitudine de complicații (46,8-84,6%), comparativ cu femeile adulte [12,13]. Unii autori apreciază o incidență crescută a complicațiilor în special la adolescentele sub 15 ani [12].

În cadrul studiului multe adolescente cercetate au prezentat un risc crescut de alimentație precară, fie din cauza obiceiurilor alimentare nesănătoase, inclusiv a încercării de a pierde în greutate prin dieta utilizată

pe parcursul gestației, fie din cauza sărăciei, aspecte relatate și de datele literaturii de specialitate [12, 16]. Noi am constatat că adolescentele incluse în studiu în 9,5±2,6% cazuri aveau greutatea subponderală ($p<0,05$, $\chi^2=2,7$). Totodată la ele sporul ponderal a fost în medie cu 2,5 kg mai mic decât la gravidele adulte, astfel încât în 38,1±4,32% cazuri ele au adăugat în greutate sub 10 kg (tab. 1).

Tabelul 1.

Adaosul ponderal în sarcină în grupurile studiate

Adaos ponderal	Vârsta		Vârsta	
	13-18 ani		19-25 ani	
	n	%±m	n	%±m
sub10 kg	48	38,1±4,3***	16	11,8±2,9
10-12 kg	30	23,8±3,8	29	21,5±3,5
peste12 kg	48	38,1±4,3***	90	66,7±4,1

Diferența statistică între grupurile de studiu: *** - $p<0,001$

La adolescentele gravide cu deficit al masei corporale în perioada pregestațională, adaosul ponderal în sarcină a fost mai mic, comparativ cu femeile adulte. Acest fapt era cauzat de un regim alimentar incorect și de stările depresive. Efectuând corelația dintre adaosul ponderal și complicațiile sarcinii, am observat că la adolescentele gravide cu adaos ponderal sub 10 kg, în 13 (27,1±4,33%) cazuri, a fost prezentă restricția de creștere intrauterină (RCIU) a fătului, iar în 32 (66,6±4,2%) cazuri – anemia feriprivă. Unii cercetători indică o legătură directă dintre greutatea mică a mamei și adaosul insuficient în greutate în timpul sarcinii, cu masa mică a nou-născutului [6,7,12]. În cadrul cercetării, am constatat că la adolescentele gravide subponderale și cu adaos ponderal până la 10 kg greutatea nou-născuților a constituit 2543,6 ±758,3 g ($p<0,05$). Astfel, IMC la adolescentele gravide, poate fi un criteriu de apreciere a evoluției patologice a sarcinii, îndeosebi a manifestării RCIU a fătului și anemiei.

În sarcina la adolescente, gestoza precoce apare în 15,2-29,9% cazuri, iminența de avort spontan – în 4,7-49% cazuri, insuficiența placentară cronică – în 11-76% cazuri [4,12,21]. În cadrul propriului studiu, am stabilit prezența semnificativ mai înaltă a gestozei precoce la adolescente (OR=1,6 (1,0<OR<2,7), $p<0,05$, $\chi^2=3,4$), îndeosebi la vârsta ginecologică (Vgi) >3 ani ($p<0,001$), care s-a asociat cu depresia prenatală în 54 (57,5±5,1%) cazuri și anxietate în 38 (60,3±6,1%) cazuri (OR=2,4, (1,1<OR<5,2), $p<0,05$, $\chi^2=4,5$).

Multiple studii au identificat vârsta tânără maternă ca un factor de risc important pentru nașterea prematură [1,3,5,12,15,21]. Iminența de naștere prematură la diferite termene de gestație a fost stabilită mai frecvent în grupul de cercetare (OR=2,8(21,7<OR<4,7); $p<0,001$, $\chi^2=15,3$), ceea ce depășește de 1,6 ori grupul de comparație, în special la termenul 32-36 săptămâni

($p<0,001$, $\chi^2=7,1$). Infecția intrauterină, patologia lichidului amniotic au avut o frecvență nesemnificativ mai înaltă în lotul de adolescente ($p>0,05$). Rata nașterii premature la adolescentele gravide a avut o frecvență de 11,9±2,9% cazuri ($p>0,05$), fiind apreciată mai frecvent sub 31 săptămâni ($p<0,05$, $\chi^2=2,1$).

Analizând prezența bolilor somatice, în grupul de cercetare am evidențiat o frecvență de 67 (53,2±4,5%) cazuri, 1/3 dintre femei având mai mult de două patologii. În structura bolilor somatice, frecvența cea mai înaltă au avut-o: patologia tractului urinar (în special pielonefrita), cea respiratorie (preponderent bronșita), anemia feriprivă (fig. 2).

Conform datelor din literatura de specialitate, anemia este o complicație frecvent întâlnită printre gravidele adolescente, prevalența acesteia fiind de 50-66%, cu riscul relativ crescut până la 1.27 (95% CI 1.15 până la 1.4), fiind atribuită preponderent nutriției inadecvate [3,4]. Datele studiului au arătat că frecvența anemiei a constituit 80,2±3,56% cazuri, cu rata mai mare pentru gradul II (OR=2,7(1,0<OR<7,3), $p<0,05$, $\chi^2=3,3$) și gradul III în lotul de cercetare, îndeosebi la adolescentele de 17-18 ani ($p<0,01$) [5,9,20].

Cercetările sugerează influența patologiei urinare de origine infecțioasă asupra statutului imun al gestantei adolescente, frecvența acesteia fiind crescută [8,12]. Există studii care arată cert corelația dintre patologia dată și ruperea prematură de membrane amniotice, nașterea prematură, complicațiile septicopurulente și rezultatele neonatale negative [8,12,21]. În asemenea situații modificările patologice materne duc la scăderea capacităților adaptive ale fătului și perturbază echilibrul în complexul placentar [8,11,20]. În studiul prezent a fost constatată o frecvență semnificativ mai înaltă a pielonefritei la adolescentele gravide – 50,8±4,5% vs. 33,3±4,1% (OR=2,1 (1,3<OR<3,4), $p<0,001$, $\chi^2=7,5$).

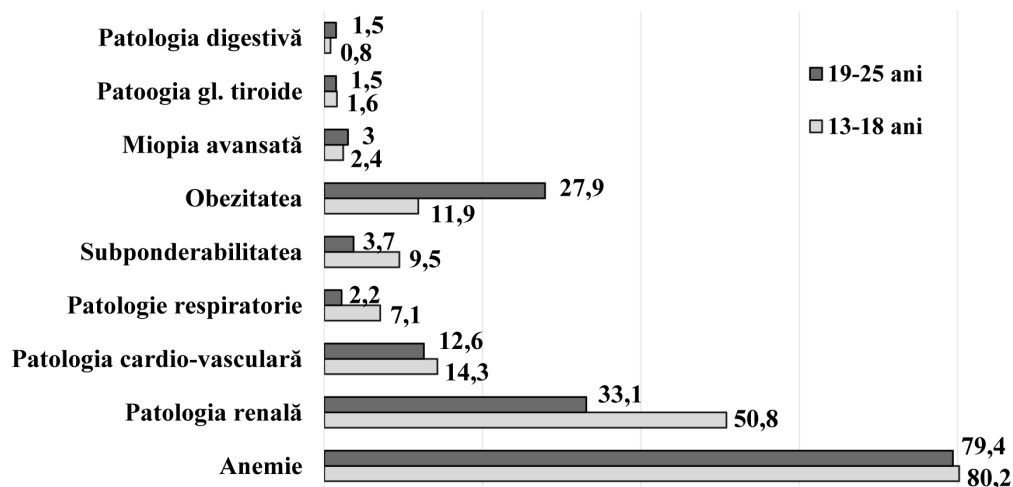


Fig. 2. Frecvența patologiilor somatice în grupul de cercetare (%)

O altă categorie de complicații infecțioase apreciate, cu diferențe statistic semnificative între grupurile de studiu, sunt infecțiile căilor genitale (colpită, vaginoză bacteriană), atestată cu o frecvență mai înaltă în lotul de cercetare – $60,3 \pm 4,3\%$ cazuri, comparativ cu $44,4 \pm 4,2\%$ cazuri din grupul de comparație ($OR=1,9$ ($1,6 < OR < 3,1$), $p < 0,01$, $\chi^2=5,9$); condilomatoză ($p < 0,05$, $\chi^2=3,0$). Aceste rezultate concindecu datele literaturii de specialitate, care atestă că adolescenții reprezintă un grup de risc crescut pentru apariția infecțiilor sexual-transmisibile, prin parteneri sexuali multipli, contacte neprotejate, vulnerabilitate biologică crescută [13,16]. În studiul prezent, infecțiile sexual-transmisibile nu au avut o diferență statistic semnificativă între loturile studiate ($p > 0,05$).

Știind că adolescentele gravide sunt predispușe pentru dezvoltarea stărilor hipertensive în sarcină [1,6,8,12,14,21], am constatat că în studiul prezent stările hipertensive nu au avut o influență vădită asupra evoluției sarcinii la adolescente, în comparație cu gravide la adulte ($p > 0,05$). Cu toate acestea, preeclampsia a fost diagnosticată nesemnificativ mai frecvent în grupul de cercetare ($9,2 \pm 2,6\%$) și a avut o asocieră semnificativă cu depresia prenatală în $12,7 \pm 3,4\%$ cazuri printre adolescente ($p < 0,05$). Datele studiului arată că la adolescentele gravide cu $VGi > 3$ ani sarcina statistic semnificativ se complică cu preeclampsie ($p < 0,05$), comparativ cu adolescentele gravide cu $VGi \leq 3$ ani și femeile gravide adulte. Vom menționa că ponderea mai mare a preeclampsiei la adolescentele gravide în raport cu incidența mai mică a hipertensiunii arteriale esențiale sugerează faptul că aceste paciente sunt insuficient monitorizate, având dereglări psihovegetative în perioada prenatală. [2,4,5,8,15].

Conform studiilor recente, adolescentele mai frecvent nasc pe cale vaginală, deși nu există un consens în această privință. Multiple studii retrospective au demonstrat o frecvență mai mare a nașterilor per vias naturalis la adolescente, prin comparație cu femeile adulte, o fază activă a nașterii mai scurtă, o rată mai joasă

de nașteri asistate, iar operația cezariană (OC) variind între 2-14% [4,5,8,11]. Unii autori au sugerat un număr mai mare de nașteri asistate, acest fenomen fiind explicat prin faptul că dimensiunile bazinului osos la adolescente nu întotdeauna ating mărimile corespunzătoare (la 10-15% se constată bazin anatomic strâmtat) și, ca urmare, crește numărul de nașteri asistate și OC [7]. În studiul prezent, nașterea la adolescente s-a produs per vias naturalis în majoritatea cazurilor – $83,3 \pm 3,3\%$. Durata medie a travaliului a fost cu o oră mai mare decât la gravidele adulte ($p < 0,05$), s-a observat prelungirea fazei active în evoluția primei perioade de naștere cu 2 ore, ajungând până la 7 ore 56 min. Acest aspect poate fi explicat prin faptul că la adolescentele gravide conduita nașterii a fost mai frecvent expectativă.

Frecvența nașterii asistate și a OC în lotul de cercetare nu au prezentat diferențe statistic semnificative ($p > 0,05$). Am observat o rată mai mare a nașterilor prin OC și a celor asistate la adolescentele cu $VGi > 3$ ani, comparativ cu adolescentele cu $VGi \leq 3$ ani și nesemnificativ mai frecvent, comparativ cu gravidele adulte ($p < 0,05$). Acest fapt poate fi explicat prin funcția mai bună a miometrului, elasticitatea înaltă a țesuturilor și rezistența cervicală redusă [5,12].

Pentru majoritatea gravidelor, nașterea în mod inevitabil este asociată cu durere severă și stres [4,6,12,18,19]. Conform datelor din literatura de specialitate, anestezia regională combinată este folosită semnificativ mai frecvent la adolescente de diferită vârstă, comparativ cu gravidele adulte [1,12,19]. În studiul prezent, analgezia epidurală a fost efectuată semnificativ mai rar ($43,6 \pm 5,1\%$ cazuri) la gravidele adolescente ($OR=0,49$ ($0,27 < OR < 0,92$), $p < 0,05$, $\chi^2=4,23$). S-a constatat o frecvență înaltă a efectuării analgeziei epidurale la pacientele cu indici înalți de depresie ($p < 0,01$), neexistând o corelație cu vârsta gravidelor, date ce concindecu rezultatele altor cercetători [4,5,19].

Dacă e să ne referim la complicațiile survenite în naștere, adolescentele gravide, în special cu vârsta în-

tre 12-15 ani, au risc crescut de a dezvolta complicații, din cauza pelvisului anatomic strâmtat. Distocia de obstacol care survine este, în mod normal, rezolvată prin OC. Printre alte complicații ale nașterii la adolescente se observă: anomalia forțelor de contracție, hemoragia post-partum, traumatismul obstetrical, apoplexia placentei, infecțiile puerperale [7,8]. Evaluând structura complicațiilor în timpul nașterii în grupul adolescentelor gravide, am observat o frecvență semnificativ mai înaltă a insuficienței secundare a forțelor de contracție ($OR=1,79(1,0<OR<3,4)$, $p<0,05$, $x^2=2,9$) și insuficienței primare a forțelor de contracție, în special la adolescentele de 17-18 ani – $57,97\pm 4,4\%$ cazuri ($p<0,05$). Traumatismul obstetrical matern a fost prezent mai frecvent la adolescentele de 13-15 ani ($42,1\pm 11,6\%$ cazuri, $p_{1,2}<0,05$, $x^2=2,5$, $p_{1,3}<0,05$, $x^2=3,9$). Traumatismul obstetrical matern s-a manifestat mai frecvent la gestantele diagnosticate cu depresie ($OR=4,8$ ($0,96<OR<23,9$), $p<0,05$, $x^2=3,1$), aspect confirmat și de datele literaturii [12, 19].

În perioada de lăuzie, în grupul de cercetare, mai frecvent s-au atestat: hipertermia (de 1,2 ori mai frecvent, $p<0,05$, $x^2=3,5$), resturi de țesut placentar ($p<0,05$), lactostaza ($p<0,05$, $x^2=3,5$), complicațiile septico-purulente ($OR=2,5$ ($1,1<OR<5,5$), $p<0,05$, $x^2=4,49$), endometrita ($10,3\pm 2,7\%$, $p<0,05$, $x^2=3,4$), supurarea plăgii postoperatorii ($2,3\pm 1,3\%$ cazuri), dehiscenta plăgii perineale ($4,0\pm 1,8\%$ cazuri), rezultate confirmate de datele literaturii [18]. În $1,6\pm 1,1\%$ cazuri s-a manifestat peritonită, starea septică, iar într-un caz, la o parturientă de 16 ani, fiind efectuată extirparea uterului.

Durata medie de spitalizare a adolescentelor a fost mai prelungită ($p<0,05$), starea nou-născuților a impus transferarea lor la etapa a doua pentru îngrijiri suplimentare ($OR=5,81$ ($2,13<OR<15,8$), $p<0,0001$, $x^2=12,93$). În $2,4\pm 1,4\%$ cazuri, adolescentele au fost transferate la centrele de plasament, neavând sprijinul familial, sau din cauza condițiilor precare de trai, astfel fiind supravegheate mai riguros.

Concluzii

Datele prezentate confirmă necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc ai apariției complicațiilor sarcinii și stării de depresie printre adolescentele gravide, pentru a acționa prompt în scopul diminuării acestora. Este evidentă necesitatea screeningului și tratamentului infecțiilor urogenitale și stărilor hipertensive. Din cauza riscurilor apariției unor complicații ca rupere prematură a membranelor amniotice, restricția de creștere intrauterină a fătului, nașterea prematură, sarcina survenită în perioada de adolescență trebuie abordată ca o sarcină cu risc sporit.

Bibliografie

1. Beyer D., Amari F., Diedrich K. și coaut. Teenage deliveries in Northern Germany: always a risk factor for higher surgical delivery rates? *Arch Gynecol Obstet.*, 2011, nr. 284, p. 535-538.

2. Cernetchi O., Jubircă S., Iliadi-Tulbure C. Influența vârstei ginecologice asupra dezvoltării complicațiilor materno-fetale la adolescentele gravide. *Buletin AȘM*, 2017, nr. 22(54), p. 291-298.

3. Chen X., Wen S., Fleming N. și coaut. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol.*, 2008, nr. 61, p.688-694.

4. De Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 2009, nr.147, p. 151-156.

5. Fleming N., Tu X., Black A. Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: a matched cohort study. *J Obstet Gynaecol Can.*, 2012, nr. 34, p. 1134-1140.

6. Gavin A., Lindhorst T., Lohr M. The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: results from a 17-year longitudinal study. *Women Health*, 2011, nr. 51, p. 525-545.

7. Geist R., Beyth Y., Shashar D., Beller U., Samueloff A. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2006, nr.19, p. 189-193.

8. Gupta N., Kiran U., Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 2008, nr. 137, p. 165-171.

9. Jivraj S., Nazzal Z., Davies P.și coaut. Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008: the Sheffield experience. *J Obstet Gynaecol.*, 2010, nr. 30, p. 253-256.

10. Kawakita T., Wilson K. și coaut. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2016, vol. 29, issue 2, p. 130-136.

11. Lao T., Suen S. și coaut. Has improved health care provision impacted on the obstetric outcome in teenage women? *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 2012, nr. 25, p. 1358-1362.

12. Leppälahti S. și coaut. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011 *BMJ*, 2013, nr. 3(8), p. e003225.

13. Malabarey O., Balayla J., Klam S.și coaut. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 2012, nr. 25, p. 98-102.

14. McClanahan K. Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 2009, nr. 22, p. 59-64.

15. Raatikainen K., Heiskanen N., Verkasalo P. și coaut. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*, 2006, nr. 16, p. 157-161.

16. Rădulescu L. Munteanu O., Rădulescu M., Monica M. Implicații și consecințe ale sarcinii la adolescente. *revista ginecologia ro.*, anul II, nr. 4 (2/2014), p. 6-11.

17. Shrim A., Ates S., Mallozzi A.și coaut. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy

outcome in a Canadian tertiary referral hospital? J Pediatr Adolesc Gynecol., 2011, nr. 24, p. 218-222.

18. SOGC. Clinical Practice Guideline. Adolescent Pregnancy Guidelines J. Obstet Gynaecol Can., 2015, nr. 37(8), p. 740-756.

19. Ting D. și coaut. Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study Luke B, Brown MB Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. Hum Reprod., 2007, nr. 22, p. 1264-1272.

20. Михайлин Е., Иванова Л., Савицкий А. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у подростков и женщин среднего репродуктивного возраста. Журнал акушерства и женских болезней, 2014, том LXIII, выпуск 4, стр. 47-51.

21. Синчихин С., Коколина В., Мамиев О., Синчихина М. Социальные и медицинские аспекты беременности у несовершеннолетних // Consilium Medicum, Гинекология, 2208, №4, том 10.

© Gh.Paladi, Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica

Gh.Paladi, Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica

INFECȚIA CA FACTOR ETIOPATOGENETIC ÎN NAȘTEREA PREMATURĂ

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

(Șef catedră – prof.univ., dr. hab. med. Olga Cernețchi)

SUMMARY

THE INFECTION AS ETIOPATOGENETIC FACTOR IN PREMATURE BIRTHS

Premature birth is the leading cause of perinatal morbidity and mortality in the world. The effectiveness of prognosis and prevention of preterm labor remains low, despite the huge amount of research and work in this area. Premature birth can be considered as a polyethiologic syndrome with clinical manifestations as regular uterine contractions, cervical dilatation, or premature rupture of membranes. Trigger factors of preterm labor are infection of the lower pole of amniotic membranes and, as a consequence, ischemic-cervical insufficiency and premature discharge of amniotic fluid, uterine overgrowth and immune aggression. If the aforementioned etiopathogenetic factors are predicted and prevented, then the threat of premature birth will not lead to termination of pregnancy. It follows that in the delivery mechanism there can be a potentially reversible and another irreversible phase that leads to premature labor. In addition, persistent infection of the mother causes the appearance of a syndrome of an inflammatory response in the fetus, which is the cause of severe intrauterine and neonatal morbidity, leading to cerebral palsy and other chronic pathologies or mortality.

РЕЗЮМЕ

ИНФЕКЦИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Преждевременные роды являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности в мире. Эффективность прогнозирования и профилактики преждевременных родов остается невысокой, несмотря на огромное количество исследований и работ в этой области. Преждевременные роды можно рассматривать как полиэтиологичный синдром с клиническими проявлениями в виде регулярных маточных сокращений, раскрытием маточного зева или разрывом мембран. Триггерными факторами преждевременных родов является инфекция нижнего полюса амниотических мембран и, как следствие, истмико-цервикальная недостаточность и преждевременное отхождение околоплодных вод, перерастяжение матки и иммунная агрессия. Если вышеуказанные этиопатогенетические факторы будут прогнозированы и профилактированы, то состояние угрозы преждевременных родов, не приведет к прекращению беременности. Из этого следует, что в механизме родов может быть потенциально обратимая и другая необратимая фаза, которая ведет к завершению беременности и родов как таковым. Помимо этого, персистирующая инфекция матери вызывает формирование синдрома воспалительного ответа у плода, что является причиной тяжелой внутриутробной и неонатальной заболеваемости, приводящей к церебральному параличу и другим хроническим патологиям или смертности.