

Svetlana Jubîrcă
UNELE ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE SARCINILOR ŞI NAŞTERILOR JUVENILE
ÎN REPUBLICA MOLDOVA 2008-2012.

Instituția Medico-Sanitară Institutul Mamei și Copilului
(director general – dr.med. Șt.Gațcan)

SUMMARY

SOME MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF JUVENILE PREGNANCIES AND BIRTHS IN MOLDOVA IN THE LAST FIVE YEARS.

Keywords: *teenage pregnancy, obstetrical complications*

Introduction. *Teenage pregnancy is considered a high risk pregnancy because of the high incidence of complications. Objective: The purpose of this study was to determine the trend of increase frequency (5,9%) of teenage pregnancy in the Republic of Moldova during 2005-2012.*

Materials and methods: *selective retrospective study included analysis of 798 (2,9±0,1%) of teenagers delivered who were given birth in our clinic Institute of Mother and Child Care in the same time period. Lot of research was divided into three subgroups according to age: 13-15 years old (n = 56), 16 years old (n = 110) and 17-18 years old (n = 632).*

Results: *we found that adolescents are at high risk of associated obstetrical complications: anemia 617 (77,3±1,48%) cases, mostly aged 13-15 years old, HTAS 40 (5,01±0,77%) cases, preeclampsia in 49 (6,1±0,85%) cases in the group at the age of 17-18 years old. High risk of preterm birth was at the age of 17-18 years old (16,2 ± 1,3%). However, teenagers (adolescents) were more predisposed to have traditional vaginal birth 82.8% without any serious complications.*

Conclusions, *over the past few years, it has been found the increasing trend of pregnancy among teenagers at the age of 13-15 years old. At the earlier age, complications in pregnancy and childbirth have a seldom effect due to increased attention from medical institutions. Most pregnant teenagers and those who are giving birth are socially vulnerable, from low income families, in most cases solitary and psychological unstable.*

РЕЗЮМЕ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА 2008-2012

Ключевые слова: *подростковая беременность, акушерские осложнения*

Резюме: *Беременность и роды у подростков относятся к категории беременностей высокого риска, это связано с высокой частотой осложнений. Актуальность данного исследования определена тенденцией увеличения частоты подростковой беременности в Республике Молдова до 5,9% на протяжении 2005-2012 годов.*

Материалы и методы. *При ретроспективном исследовании было проанализировано 798 родов у девочек-подростков, родивших в Центре Матери и Ребенка за этот промежуток времени. Исследуемая группа была разделена на три подгруппы в зависимости от возраста: 13-15 лет (n = 56), 16 лет (n = 110) и 17-18 лет (n = 632).*

Результаты. *В ходе исследования мы обнаружили, что подростки подвержены высокому риску, связанному с большинством акушерских осложнений: анемия в 617 случаях (77,3±1,48%), преимущественно в возрасте 13-15 лет, гипертония во время беременности в 40 случаях (5,01±0,77%), преэклампсия в 49 случаях (6,1±0,85%), в группе 17-18 лет. Отмечен высокий риск преждевременных родов в возрасте 17-18 лет 16,2%. Вместе с тем, роды у большинства подростков закончились через естественные родовые пути в 658 случаях (82,5±1,35%), без тяжелых осложнений.*

Заключение. *В течение последних 5 лет отмечается тенденция роста беременностей и родов у подростков 13-15 лет. Осложнения во время беременности и родов у подростков более раннего возраста встречаются реже в связи с более пристальным вниманием со стороны медицинских учреждений. Также нами установлено, что забеременевшие и родившие подростки в основном из социально неблагополучных, материально необеспеченных семей, в большинстве случаев матери одиночки, находящиеся в психологически неблагоприятной среде.*

Introducere. *Sarcina și nașterea la adolescente continuă să fie o problemă socială complexă, care are atât consecințe economice cât și medicale. În fiecare*

an, 73 milioane de fete sub 18 ani, devin mame (UN-FPA, 2013).

Există numeroase inconsistente în terminologia

utilizată pentru a descrie o mamă adolescentă. Stabilirea unui interval clar în care să încadrăm aceste mame este dificil de realizat datorită inconsistențelor legate de ceea ce înseamnă o persoană tânără/adolescentă, în diferite țări și chiar la nivelul aceleiași țări, dar în domenii diferite (din punct de vedere legislativ, educațional, al sistemului sanitar sau al protecției sociale).

Analizând situația în Moldova, vârsta majoratului este de 18 ani, ceea ce presupune dobândirea capacității depline de exercițiu, conform articolului 20 din Codul Civil. Prin căsătorie minorul dobândește capacitatea de exercițiu la vârsta de 16 ani, când există avizul Direcției generale de asistență socială și protecția copilului din respectiva unitate administrativ-teritorială, conform articolului 14 care prevede că "pentru motive temeinice, se poate încuviința încheierea căsătoriei cu reducerea vârstei matrimoniale, dar nu mai mult decât cu doi ani. Reducerea vârstei matrimoniale va fi încuviințată de autoritatea administrației publice, în baza cererii acestora și acordului părinților minorului. Conform definiției date de Organizația Mondială a Sănătății, prin adolescentă se înțelege orice tânără cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, această definiție fiind cea luată în considerare în acest studiu, în ceea ce privește mamele adolescente.

Cazurile de sarcini juvenile apar în țări dezvoltate și mai puțin dezvoltate, în zone urbane și rurale, la orice nivel social, indiferent de vârstă și venit. Cu toate acestea, în general pentru toate regiunile, este specific faptul că adolescentele cu nivel de școlarizare mai redus, analfabete, sărace, cele care trăiesc în mediul rural sunt expuse la un risc mai mare de a rămâne însărcinate, decât colegele lor cu studii medii și din familii cu venituri, care locuiesc în orașe [4].

Graviditatea la adolescente a fost de multe ori raportată ca fiind asociată cu rezultatele negative ale ei [10, 14, 26, 33]. Datele unor cercetători indică coraportul nașteri/avorturi la adolescente ca 1/5 (16,4%/69,1%) în favoarea avortului [40]. În același timp, rata sarcinilor repetate cu antecedente de avort medical constituie 40%, de nașteri repetate 17,9% (Semark C., 2001). Structura întreruperii de sarcină în Republica Moldova pe parcursul anilor 2008-2012 este majorată în grupele de vârstă 15-19 ani constituind 98,0-99,3%, comparativ cu adolescentele până la 15 ani 0,4-0,9%.

Conform datelor din literatura mondială, adolescentele gravide sunt predispuse la o serie de probleme medicale materne: anemie, pielonefrită, preeclampsie, RPPM, infecțiile TORCH, nașterea prematură [9], RDIU [27], hemoragia postnatală, iar rata mortalității în urma complicațiilor la naștere este mult mai mare la adolescente, decât la femeile mature [7, 9, 11].

În al doilea rând, mamele adolescente au probleme și în perioada post-partum. Există o rată crescută de depresie post-partum, o probabilitate mai mare de o

moarte prematură și o amenințare mai mare pentru abuzul, pe viitor, de substanțe nocive (alcool, tutun etc.) [7, 11, 28].

În al treilea rând, mai există și riscuri sporite pentru nou-născuții mamei adolescente, și anume: prematuritatea, greutatea mică la naștere, retard de dezvoltare intrauterină a fătului (RDIU), traumatism obstetrical, mortalitatea neonatală și postnatală ridicată, precum și sănătatea nutrițională slabă [7, 11, 23, 27].

Există relativ puține cercetări despre impactul pe care îl are neglijarea timpurie a copilului asupra vieții sale de mai târziu. Legătura dintre abuz, neglijare și maternitatea adolescentă este cercetată în câteva studii (Lanctot & Smith, 2001). Potrivit lor copiii născuți de mame adolescente sunt mult mai predispuși de a avea tulburări cognitive și de sănătate. Acești copii, de asemenea, au un risc mai înalt pentru a se confrunța cu neglijare și abuz de-a lungul vieții lor, în special pentru copiii care sunt născuți prematur [28]. Dar cercetările lui Jonathan D. Klin (2005) sugerează că rezultatele sociale negative pe termen lung nu sunt inevitabile [24]. Mai mult decât atât, fetele născute de mame adolescente sunt mult mai predispuse de a deveni gravide în adolescență [11].

Din punct de vedere economic, sarcinile la femeile minore sunt conjugate cu cheltuieli enorme pentru realizarea programelor de susținere socială, crearea fondurilor pentru asigurarea cetățeanului tânăr, care temporar nu este apt de muncă și întrerupe procesul educațional (Lehana și Rhyn, 2003; Olausson, Cnattingius, Halund și Weitoft, 2001).

Costurile de îngrijire a sănătății mamei adolescente și copiilor lor sunt mai ridicate din cauza existenței a numeroase riscuri pentru sănătate, asociate cu sarcina juvenilă. Deși există riscuri potențiale asociate cu sarcina, indiferent de vârsta mamei, totuși adolescentele se confruntă cu aceste riscuri mai des. Un motiv pentru acest fapt este, că adolescentele sunt mult mai predispuse de a avea un stres psihologic când devin gravide, de a nega sarcina și, ulterior, de a întârzia să se prezinte la medic pentru a fi luate la evidență și pentru asistență prenatală (Dawley, 2009; Guttmacher, 2010) [21, 37].

Actualitatea studiului prezent este determinată de tendința creșterii numărului de sarcini la adolescente, la care imaturitatea sistemelor de adaptare, labilitatea psiho-emoțională, indexul de sănătate scăzut conduc la dezvoltarea complicațiilor pe parcursul gravidității, nașterii și perioadei de lăuzie atât la mame, cât și la nou-născuți.

Astfel în RM pe parcursul anilor 2003-2012 s-a înregistrat oscilații mari în numărul nașterilor juvenile, cu minima ce a constituit 2,9% în 2003 și maxima creșterii în 2006 până la 10%, și indici stabil ridicați până în prezent 5,9% (Figura 1).

Scopul studiului. Având în vedere importanța acestei probleme sociale, atât la nivel internațional

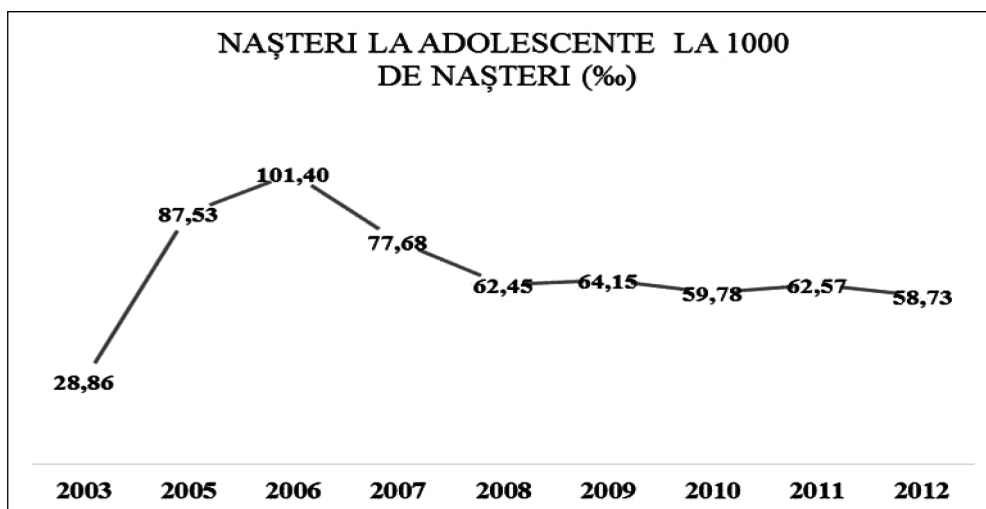


Fig.1 Frecvența nașterilor la adolescente în RM, a. 2003 - 2012.

cât și în țara noastră, ne-am propus de a efectua un studiu retrospectiv al nașterilor la adolescente înregistrate pe parcursul anilor 2008 - 2012 în republică. Scopul studiului a fost de a analiza situația socială, particularitățile conduitei sarcinii, nașterii și perioadei post-partum, la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani, care au născut în IMSP IM și C pe parcursul anilor 2008-2012.

Material și metode. Este realizat un studiu retrospectiv, descriptiv după volumul eșantionului integral și selectiv. Studiul integral s-a realizat în baza datelor statisticii oficiale ale sarcinilor și nașterilor juvenile în Republica Moldova, a. 2008-2012. Studiul selectiv a inclus analiza a 798 de nașteri la adolescentele care au născut în IMSP Iși C în aceeași perioadă de timp. Lotul de cercetare a fost divizat în trei subloturi în funcție de vârstă: 13-15 ani (n=56), 16 ani (n=110) și 17-18 ani (n=632). Pentru analiză au fost utilizați indicatorii de frecvență, de structură, valorile medii.

Veridicitatea rezultatelor obținute s-a determinat prin calcularea erorilor standard, testului și pragului de semnificație.

Rezultatele obținute. Pe parcursul perioadei de evaluare în IMSP IM și C au avut loc în total 27307 de nașteri, dintre care nașterile la adolescente au constituit 798 de cazuri ($2,9 \pm 0,1\%$). Distribuția pe grupe de vârstă relevă ponderea cea mai mare a nașterilor la vârsta de 17-18 ani - 632 ($79,1 \pm 1,44\%$) cazuri, pentru vârsta 13-15 ani - 56 ($7 \pm 0,90\%$) cazuri și 16 ani - 110 ($13,8 \pm 1,22\%$) cazuri.

În urma analizei datelor socio-economice, grupul adolescentelor gravide este caracterizat prin preponderența provenienței din mediul rural ($93,8 \pm 0,85\%$), în majoritatea cazurilor din zona economico-geografică centrală (Figura 2), unde activează centrele pentru susținerea adolescentelor, și sunt disponibile mai multe surse de informații.

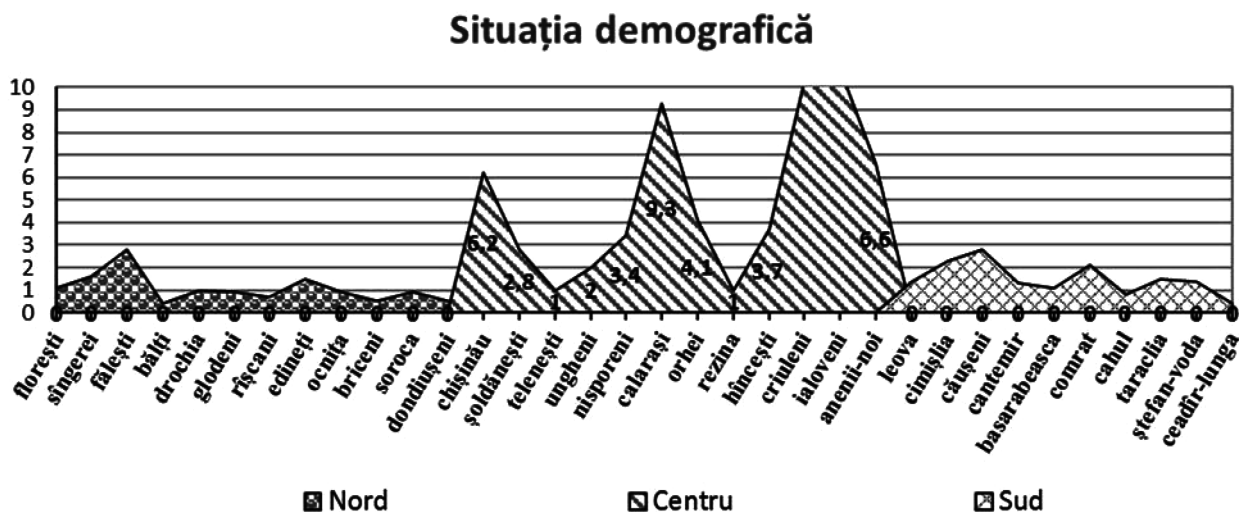


Fig. 2 Distribuția sarcinilor la adolescente în funcție de regiuni.

Cota adolescentelor care erau necăsătorite a constituit $94,5 \pm 0,81\%$. Ele aveau studii gimnaziale ($49,2 \pm 17,7\%$), nefiind încadrate în câmpul muncii ($43 \pm 17,5\%$), cu condiții familiale nefavorabile în majoritatea cazurilor. Ca urmare, în $50 \pm 17,7\%$ din cazuri sarcina era nedorită, ca rezultat fiind avorturile medi-

cale care au avut loc în 33 ($4,1 \pm 0,70\%$) de cazuri și avorturile spontane în 23 ($2,8 \pm 0,58\%$) de cazuri, punerea întârziată în evidență a sarcinii – $89,9 \pm 1,07\%$ cazuri [4]. Caracteristica generală în funcție de vârstă este prezentată pe larg în Tabelul 1.

Tabelul.1

Caracteristica generală a adolescentelor incluse în cercetare (%)

Situația demografică	13-15 ani n=56	16 ani n=110	17-18 ani n=632	Veridicitatea P1.3	Veridicitatea P2.3
	1	2	3		
Starea civilă					
Căsătorie neînregistrată	23,2±5,64	60,9±4,65	30,4±1,83	> 0,05	< 0,001
Căsătorită	0	16,4±3,53	56,2±1,97	<0,001	< 0,001
Celibatară	76,8±5,64	22,7±3,99	13,5±1,36	< 0,001	< 0,05
Lucrează	0	0	7,8±1,07	<0,001	0,001
Elevă, studentă	32,1±6,23	10,9±2,97	6,2±0,96	< 0,001	> 0,05
Nu lucrează/ nu învață	67,9±6,23	89,1±2,97	13,9±1,38	< 0,001	< 0,001
Condiții familiale nefavorabile	80,4±5,30	37,3±4,61	13,5±1,36	< 0,001	< 0,001
Sarcină nedorită	76,8±5,64	22,7±3,99	13,5±1,36	< 0,001	< 0,05
Sarcină neexaminată	44,6±6,64	28,2±4,29	17,1±1,50	< 0,001	< 0,05

Din punct de vedere obstetrical, marea majoritate din adolescente au fost primipare – 722 ($90,5 \pm 1,04\%$). Patologia cel mai des diagnosticată pe parcursul sarcinii a fost anemie în 617 ($77,3 \pm 1,48\%$) cazuri, preponderent în grupul de 13-15 ani 50 ($89,3 \pm 4,13\%$), respectiv 16 ani - 84 ($76,3 \pm 4,05\%$) și 17-18 ani - 483 ($76,4 \pm 1,69\%$) cazuri. Repartizând datele după gradul de severitate, obținem: anemie de Gr I – 447 ($56 \pm 1,76\%$); Gr II – 147 ($18,4 \pm 1,37\%$); Gr III – 23 ($2,9 \pm 2,9\%$). Dintre patologiile extragenitale, cea cardiovasculară este depestată mai frecvent la vârsta mai fragedă 13-15 ani – 9 ($16,1 \pm 4,91\%$) cazuri, respectiv la 16 ani – 10 ($9,1 \pm 2,74\%$) cazuri, 17-18 ani – 51 ($8,1 \pm 1,9\%$) cazuri, HTAIS a fost depistată în 40 ($5,01 \pm 0,77\%$) cazuri, respectiv în grupa de 17-18 ani – 37 ($5,85 \pm 0,9\%$) de cazuri, preeclampsia – în 49 ($6,1 \pm 0,85\%$) de cazuri, respectiv în grupa de 13-15 ani – în 6 ($10,7 \pm 4,13\%$), 16 ani – 7 ($6,4 \pm 2,33\%$), 17-18 ani – 36 ($5,6 \pm 9,1\%$), și 3 ($0,4 \pm 0,22\%$) cazuri de eclampsie – toate în grupa de vârstă 17-18 ani. Aceste date ne relevă frecvența majoră a stărilor hipertensive la adolescentele înărcinate.

Analizând indicii de masă corporală, am observat că adaosul ponderal patologic, legat de dereglările de alimentație, la acest grup de paciente are o frecvență mai mare la vârsta de 13-15 ani – 6 ($10,7 \pm 4,13\%$) cazuri, comparativ cu 16 ani – 4 ($6,4 \pm 2,33\%$) și 17-18 ani – 56 ($8,8 \pm 1,13\%$).

Patologia tractului urinar diagnosticată pe parcursul sarcinii a fost: pielonefrită în 271 ($34 \pm 1,68\%$) de cazuri, respectiv 13-15 ani – 28 ($46,1 \pm 6,66\%$) cazuri; 16 ani – 50 ($45,4 \pm 4,75\%$) cazuri, 17-18 ani – 193 ($30,5 \pm 1,83\%$) cazuri; bacteriurie în 12 ($1,5 \pm 0,43\%$) cazuri. Infecțiile căilor genitale (colpită, vaginoză

bacteriană, candidomatoză) au fost depistate în 561 ($70,3 \pm 1,62\%$) din cazuri; sifilis – în 20 ($2,5 \pm 0,55\%$) de cazuri, SIDA – în 5 ($0,63 \pm 0,28\%$) cazuri, în majoritatea cazurilor la adolescentele din grupul de 17-18 ani. La rândul lor infecțiile TORCH au avut un nivel mai înalt – 11 ($19,7 \pm 1,58\%$) cazuri în grupul de 13-15 ani ($\chi^2=6,4$ gl=2, $p<0,05$), **relevând faptul că adolescentele la care debutul vieții sexuale este precoce sunt expuse la bolile cu transmitere sexuală.**

Patologia neurologică a fost prezentată de epilepsie – 15 ($1,9 \pm 0,48\%$) cazuri și DNC – în 12 ($1,5 \pm 0,43\%$) cazuri, respectiv la 13-15 ani – 3 ($5,4 \pm 3,02\%$), 16 ani – 2 ($1,8 \pm 1,27\%$), 17-18 ani – 7 ($1,1 \pm 0,41\%$) cazuri; TBC a fost depistată în 12 ($1,5 \pm 0,43\%$) cazuri.

Nașterea s-a produs fiziologic, pe cale vaginală în 658 ($82,5 \pm 1,35\%$) de cazuri, dintre care au fost asistate, prin aplicarea vacuum-extractorului în 36 ($14,3 \pm 1,24\%$) de cazuri, a forcepsului obstetrical – 5 ($0,7 \pm 0,29\%$) cazuri.

Travaliul a fost indus în 17 ($2,1 \pm 0,51\%$) din numărul total de cazuri, ca indicații servind: perioada alichidiană îndelungată, preeclampsia severă, sarcina supramatură. Mai frecvent travaliul a fost indus în grupul de 13-15 ani ($5,4 \pm 3,02\%$). Stimularea travaliului în legătură cu anomalia forțelor de contracție, s-a efectuat în 133 ($16,7 \pm 1,32\%$) din numărul total de cazuri, prevalând cazurile adolescentelor din grupul de 13-15 ani – 11 ($19,6 \pm 5,31\%$) cazuri, cauzată de imaturitatea organismului tânăr.

Nașterea prin operație cezariană (OC) a fost necesară în 140 ($17,5 \pm 1,35\%$) de cazuri, și a fost condiționată de următorii factori disproporția fetopelvină, poziția incorectă a fătului (oblică – 8

Structura nașterilor per vias naturalis (PVN)

Vârsta, ani	n=658		PVN fiziologică n=617		PVN asistată n=41			
	n	%±m	n	%±m	Vacuum N=36		Forceps N=5	
					n	%±m	n	%±m
13-15	49	87,5±4,41	46	82,1±5,12	3	5,4±3,02	0	–
16	96	87,3±3,18	91	82,7±3,61	5	4,5±1,98	0	–
17-18	513	81,2±1,55	480	75,9±1,70	28	4,4±0,82	5	0,7±0,33

(1,0±1,35%) cazuri), discoordonarea și insuficiența II a forțelor de contracție, decolarea prematură a placentei normal inserate, cele 15 (2,4±0,61%) cazuri din grupul de 17-18 ani, sarcina multiplă 13 (1,63±0,45) cazuri, uter cicatricial în 6 cazuri (1,0±0,40%) (toate din grupul de 17-18 ani). Atrage o atenție deosebită frecvența apariției prolăbării de cordon ombilical – 14 (1,9±0,50%) cazuri (în grupul de 16 și 17-18ani).

Tabelul. 3

Structura nașterilor prin operație cezariană

Vârsta, ani	n=140		Urgentă n=108		Programată n=32	
	n	%±m	n	%±m	n	%±m
13-15	7	12,5±4,42	7	12,5±4,42	0	0
16	14	12,7±3,18	13	11,8±3,08	1	0,9±0,90
17-18	119	18,8±1,55	88	13,9± 1,38	31	4,9±0,86

Analizând rata nașterilor premature, ca factor de risc, menționăm că ele s-au atestat în 129 (16,2 ± 1,30%) cazuri cu frecvența cea mai mare în grupa 17-18 ani – 108 (17,8±1,52%) cazuri. În ceea ce privește RDIU au fost în total 262 (32,3±1,66%) de cazuri, cu un nivel mai înalt în grupul 17-18 ani – 108 (17,8±1,52%) cazuri.

Distribuirea cazurilor în funcție de complicațiile materne, a evidențiat următoarele aspecte: anomalia forțelor de contracție a avut loc în 174 (21,8±52,3%) de cazuri, discoordonarea forțelor de contracție – în 7 (0,9±0,33%) cazuri, insuficiența I forțelor de contracție – 45 (5,6±0,81) de cazuri, fiind mai frecvent observată în lotul de 17-18 ani (6,3±0,97%, $p^2<0,01$), insuficiența II a forțelor de contracție – în 94 (11,8±1,14%) de cazuri, insuficiența perioadei de expulzie – în 28 (3,5±0,65%) de cazuri. Traumatism obstetrical matern s-a înregistrat în 559 (70,0±1,62%) din cazuri, dintre care ruptura adâncă a vaginului a avut loc în 33 (4,1±0,7%) de cazuri, ruptura perineului a constituit 120 (15±1,26%) de cazuri, mai frecvent în rândul adolescentelor de 17-18 ani (16,5±3,6, $p^2<0,05$), luând în vedere în unele cazuri comportamentul neadecvat al parturientelor tinere și totuși, în 182 (22,8±1,49%) a fost efectuată perineotomia, mai frecvent la cele mai tenere parturiente.

S-a observat că frecvența hemoragiei hipotonice la naștere a fost prezentă în 23 (2,9±0,59%) de cazuri, nesemnificativ mai frecvent la tinerele de 13-15 ani (7,1±3,43%). Incidența chiuretajului uterin în perioada postpartum precoce a fost nesemnificativă în rândul tuturor adolescentelor 21 (2,6±0,56%), controlul manual al cavității uterine a fost efectuat în 18 (2,3±0,53%) de cazuri.

Luând în considerare frecvența infecției puerperale în rândul adolescentelor, am observat că în total s-au diagnosticat 83 (10,4±1,08%) de cazuri de endometrită, mai frecvent la adolescentele de 13-15 ani – 12 (21,4±5,48%, $p<0,05$), retenția fragmentelor placentare a fost diagnosticată în 62 (7,77±0,95%) de cazuri. Frecvența complicațiilor materne în naștere este prezentată în tabelul 4.

Numărul total de copii născuți de adolescente a fost de 811. Nou-născuții au fost înregistrați cu o greutate medie la naștere de 3124,5±58,2 grame (cea minimă fiind de 900 g și cea maximă de 4500 g), greutatea extrem de mică <1000 g a fost înregistrată în grupul de 17-18 ani, ceea ce a constituit 23 (3,6±0,74%) de cazuri. Scorul Apgar mediu la naștere a fost 6,2 ±0,19 (a fost cuprins între 4 și 9 puncte), în 2 cazuri nou-născuții au fost evaluați cu 1 punct (prezența pelvină și înșeria velamentoasă a cordonului ombilical, infecția i/u). Rata complicațiilor la nou-născuți a fost prezentată de hipoxia intrauterină cronică și acută, RDIU, traumatismul obstetrical (cefalohematom, hemoragie subarahnoidală, hemoragie intraventriculară) și anomaliile de dezvoltare (spina bifida, hernia diafragmală, anomalia sistemului osos, urinar, SNC). Caracteristicile complicațiilor nou-născuților sunt prezentate mai jos (Figura 3).

Copiii născuți prematur au fost în total în 128 (15,8±3,2%) cazuri, dintre care prematuritate de gr. III s-a depistat la 13 (10,2±8,7%) nou-născuți în grupul de 13-15ani (2,7±1,55% în grupul de 16 ani, și 1,6±0,49% în grupul de 17-18 ani), prematuritate de gr. IV s-a depistat la 16 (12,5±8,5%) nou-născuți în grupul de 13-15 ani, respectiv (1,8±1,27% și 2,2±0,58%) de cazuri; SDR a fost constatat în 20 (2,5±0,55%) cazuri. Cauza nașterii premature este imaturitatea sistemelor de adaptare a gravidelor, infecțiile căilor urogenitale și intrauterine, ce se constată mai frecvent la adolescentele de 17–18ani.

Frecvența complicațiilor materne în naștere

Complicațiile materne	13-15ani		16ani		17-18ani		Veridicitatea	Veridicitatea
	1		2		3			
	n	%±m	n	%±m	n	%±m	P1.3	P2.3
Anomalia f/c	14	25,1±5,8	18	16,3±3,5	142	22,4±1,66	>0,05	>0,05
Insuficiența I f/c	3	5,4±3,02	2	1,8±1,27	40	6,3±0,97	>0,05	<0,01
Insuficiența II f/c	8	14,3±4,68	12	10,9±3,0	74	11,7±1,28	>0,05	>0,05
Insuficiența perioadei de expulzie	1	1,79±1,77	3	2,7±1,55	24	3,8±0,76	>0,05	>0,05
Discoordonarea f/c	2	3,57±2,48	1	0,9±0,91	4	0,6±0,32	>0,05	>0,05
Ruptura c/u	23	41,1±6,58	38	34,6±4,5	216	34,1±1,9	>0,05	>0,05
gr I	15	26,8±5,92	38	34,6±4,5	157	24,8±1,7	>0,05	>0,05
gr II	8	14,3±4,68	–	–	59	9,3±1,16	>0,05	>0,05
Ruptura vaginului	11	19,6±5,31	20	18,2±3,7	131	20,8±1,6	>0,05	>0,05
Ruptura perineului	5	8,9±3,81	11	10±2,86	104	16,5±3,6	>0,05	<0,05
Perineotomie	18	32,1±6,24	24	21,8±3,94	140	22,2±1,6	>0,05	>0,05
Hemoragii	4	7,1±3,43	3	2,7±1,55	16	2,5±0,62	>0,05	>0,05
Endometrită	12	21,4±5,48	11	10±2,86	60	9,5±1,16	<0,05	>0,05

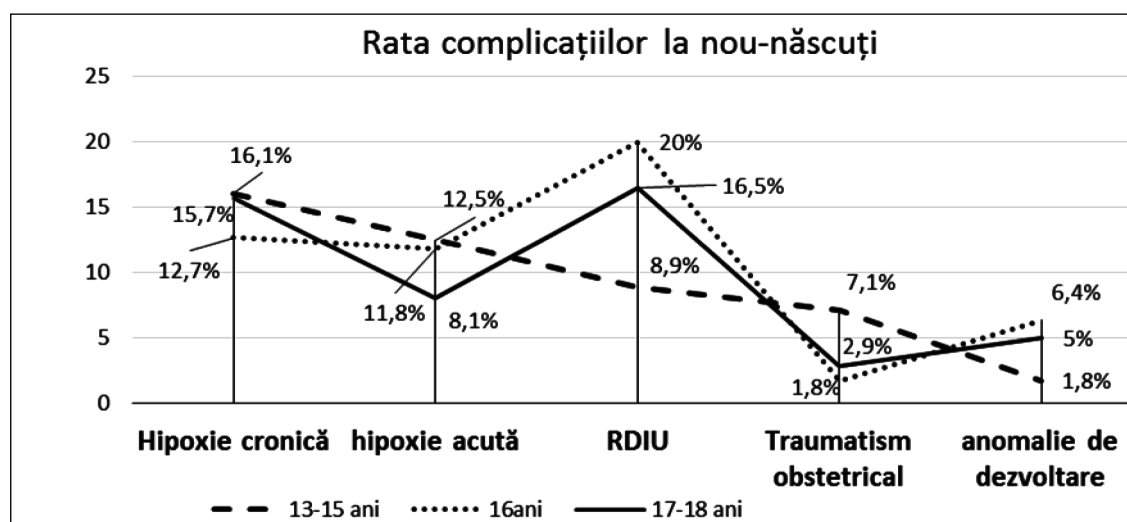


Figura 3. Rata complicațiilor la nou-născuți

Discuții

Incidența nașterii la adolescente în Republica Moldova a marcat un nivel stabil înalt pe parcursul a 5 ani (2008-2012) – de 5,9%, față de incidența globală publicată. Conform datelor OMS (2000-2007), sarcina la adolescente constituia în România – 3,5%, în Rusia – 2,8%, SUA – 4,1%, Canada, Australia – 1,4%–1,5%, Japonia – 0,5%, Germania – 1,0%, Franța – 0,8%, Marea Britanie, Italia – 2,6%. Gravidele adolescente din lotul studiat provin dintr-un mediu cu nivel socioeconomic scăzut, afirmație ce se regăsește și în literatura de specialitate [29].

Adolescența este o perioadă de creștere fizică rapidă, cu necesități nutriționale crescute pentru

creștere și dezvoltare. Dacă la aceasta se suprapun și necesitățile energetice și nutriționale adiționale sarcinii, gravidele adolescente se plasează într-un grup cu risc crescut și din punct de vedere nutrițional [25]. Studiul efectuat a evidențiat adaos ponderal patologic legat de alimentația neadecvată a adolescentelor, în grupul de 17-18 ani – 8,8±1,13%.

Trebuie menționat faptul că adolescentele gravide au un risc crescut pentru patologia extragenitală adică, anemie, pielonefrită, preeclampsie. Riscul crescut de anemie raportat în rândul adolescentelor este în conformitate cu concluziile a mai multor studii recente. [5, 23, 30]. Creșterea fizică și apariția ciclului menstrual implică creșterea necesității de

fier, cantitatea necesară a căruia de multe ori nu este suplinită de nutriție. Aceasta duce la un nivel scăzut de fier și, ca rezultat adolescentele devin mai sensibile la anemie în timpul gravidității [3]. În cazurile când gravida suferă de anemie severă sau anemia apare în trimestrul I, ne putem confrunta cu rezultate fetale mai slabe [3, 32]. În studiul nostru, anemia s-a depistat preponderent în grupul de 13-15 ani ($89,3 \pm 4,1\%$), (respectiv 16 ani ($76,3 \pm 4,05\%$) și 17-18 ani ($76,4 \pm 1,69\%$). Repartizând anemia după gradul de severitate, obținem că un risc mai mare de anemie severă au avut cele mai tinere adolescente – 3 ($5,4 \pm 3,02\%$) cazuri și adolescentele de 17-18 ani – 20 ($3,2 \pm 0,7\%$) cazuri. În studiul nostru, anemia a fost unul dintre factorii de risc pentru nașterea prematură.

Parcursul sarcinii și nașterii la adolescente pe fundal de imaturitate biologică, psihologică și socială are caracteristici distincte. Nu există încă o opinie comună referitor la frecvența complicațiilor care apar la adolescentele însărcinate.

Dacă luăm în considerare frecvența stărilor hipertensive și preeclampsia, conform studiilor efectuate în țările industrial dezvoltate, nu se relevă risc crescut pentru dezvoltarea preeclampsiei sau proteinuriei în rândul adolescentelor [12, 14, 17, 18, 23, 30], în timp ce cercetările efectuate în țările în curs de dezvoltare au raportat riscuri crescute pentru această patologie la adolescentele însărcinate [31, 35]. Rezultatele obținute în studiul efectuat au arătat un risc crescut al acestei patologii pentru adolescentele însărcinate: HTAIS – 40 ($5,01 \pm 0,77\%$) cazuri, preeclampsie – 49 ($6,1 \pm 0,85\%$) cazuri, și eclampsie – în 3 ($0,4 \pm 0,22\%$) cazuri, date ce coincid cu cele din literatura contemporană de profil [13, 34]. Totodată un studiu francez a relevat un risc mai scăzut în rândul adolescentelor [12].

E de menționat că cei mai mulți cercetători, în mod tradițional, indică un risc mai înalt de complicații obstetricale la o vârstă juvenilă [39, 42, 43]. În studiul de față majoritatea complicațiilor au fost evidențiate în grupul de vârstă 17-18 ani. Cu toate acestea, conform altor studii, adolescentele au mai multe șanse de a avea o naștere vaginală normală [20]. În studiul nostru nașterea pe cale vaginală a avut loc în $82,5 \pm 1,35\%$ de cazuri, ceea ce coincide cu datele din literatura de specialitate. Nașterea prematură s-a atestat mai frecvent în grupul de 17-18 ani ($17,8 \pm 1,52\%$), ca rezultat al frecvenței mai înalte a infecțiilor la acest grup de paciente.

Opinia unor specialiști cu privire la modul de naștere asistată la adolescente diferă în mod vădit. Unii autori au raportat o rată mai mare de nașteri asistate în cazul sarcinii la adolescente [1, 15]. Posibil, acest fenomen îl putem explica prin faptul că dimensiunile bazinului osos nu întotdeauna ating mărimile finale (la 10-15% se constată bazin îngust) și, ca rezultat, crește numărul de nașteri asistate și de

operații cezariene executate. Alți autori au raportat o rată mai mică, iar unele date contrazic acest punct de vedere [19, 22]. Unele cercetări au arătat că riscul terminării sarcinii prin O/C este crescut în rândul adolescentelor [1, 2, 15] în timp ce alții au altă opinie [23]. Riscul scăzut se explică prin incidența mai mare a nou-născuților cu greutate mai mică în rândul adolescentelor, iar acest fapt ar fi asociat cu o șansă mai mare de a naște vaginal, cu succes [23]. Incidența nașterii prin operație cezariană în studiul efectuat de noi a fost de $17,5\%$, semnificativ mai frecvent decât în literatură de specialitate ($7,2\%$), totuși în majoritatea cazurilor a avut loc nașterea vaginală – 658 ($82,5 \pm 1,35\%$, $p < 0,001$) cazuri, ceea ce coincide cu datele din literatură.

Unii savanți raportează că un număr semnificativ mai mare de nașteri premature în rândul adolescentelor [23], comparativ cu femeile de vârstă reproductivă. De asemenea este mare numărul de sarcini suprapurtate la acest grup de paciente. Rata nașterilor premature în studiul nostru, a fost de 129 cazuri ($16,2\%$) cu un nivel mai înalt în grupul 17-18 ani – 108 ($17,8\%$) cazuri, iar nașterea suprapurtată – de $11,8 \pm 1,14\%$ cazuri. Această incidență mare de nașteri premature duce la creșterea riscurilor și pentru nou-născuți. Mulți autori din țările economic dezvoltate au raportat o asociere între sarcini, adolescență și naștere prematură [9, 16]. Rezultate similare se atestă și în India [7, 8].

Reacțiile homeostatice la adolescente sunt nestabile, fapt ce agravează prognoza pentru mamă și făt. Nivelul scăzut al secreției de estrogeni și progesteron, în perioada preconcepțională, determină formarea insuficienței feto-placentare, hipoxiei și hipotrofiei la făt [36]. Hipoxia intrauterină acută a fost mai semnificativă în grupul adolescentelor de 13-15 ani – în 7 ($12,5 \pm 4,42\%$) cazuri, RDIU în 160 ($20,1 \pm 1,42\%$) cazuri ceea ce coincide cu datele din literatura de specialitate. Anomaliile de dezvoltare intrauterine ale fătului s-au depistat mai des în grupul de 16 ani – $6,4 \pm 2,33\%$ cazuri. Luarea precoce a adolescentelor în evidența prenatală ar putea reduce numărul crescut al anomaliilor congenitale, ca rezultat ele vor fi identificate mai timpuriu. (Reefhuis și Honein, 2004) [38]. În pofida incidenței mari a complicațiilor perinatale în sarcina juvenilă, în grupul de minorese atestă și copii clinic sănătoși, cu perioadă perinatală favorabilă [41].

Sarcina la adolescente este deseori asociată cu consecințele sociale și psihologice nefavorabile pe termen lung pentru mamă și făt. Ca urmare, sunt necesare eforturi pentru a reduce ratele de sarcină la adolescente, pentru a schimba atitudinea lor față de debutul timpuriu al vieții sexuale și poate aceasta va fi un factor-cheie. **Sarcină neașteptată, nedorită, conform datelor unor savanți, are un impact negativ asupra stării psiho-emoționale a adolescentei în $58,0\%$**

cazuri [44]. În baza evaluărilor efectuate ne-am confruntat cu dificultăți ce țin de studierea statutului psihologic și impactului lui asupra riscului sporit de sarcini și nașteri patologice, nedispunând de date ale statutului psihologic al adolescentelor. „Maternitatea timpurie”, astfel, nu are nici un impact pozitiv asupra stării de sănătate a nou-născutului și a mamei.

Concluzii

Pe parcursul ultimilor ani numărul de sarcini și nașteri la adolescente a rămas relativ constant - în limitele a 5,9% de cazuri, dar cu tendința creșterii cotei adolescentelor însărcinate cu vârsta cuprinsă între 13-15 ani.

Un număr înalt de complicații ale sarcinii și nașterii se înregistrează în toate grupele de vârstă juvenilă, comparativ cu femeile de vârstă mai avansată. În același timp, la vârsta mai fragedă complicațiile în sarcină și naștere au o frecvență mai rară datorită atenției sporite din partea instituțiilor medicale, din momentul diagnosticării gravidității.

Toate adolescentele însărcinate și care nasc provin din familii social vulnerabile, cu stare materială precară, în majoritatea cazurilor fiind solitare și trăind într-un mediu psihologic nefavorabil.

Bibliografie

1. Al-Ramahi M., Saleh S. Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 273:207–10. [PubMed]

2. Bacci A, Manhica G.M., Machungo F., et al. Outcome of teenage pregnancy in Maputo. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993;40:19–23. [PubMed]

3. Beard J.L. Iron requirements in adolescent females. *J. Nutr* 2000; 130 (Suppl 2S):440S–2S.

4. Boderscova L., „Aspectele medico-sociale ale sarcinii și nașterii la adolescente în Republica Moldova”, Avtoreferat, Chișinău 2005.

5. Briggs M.M., Hopman W.M., Jamieson M.A. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29: 546–55.

6. Chahande M.S., Jadhoo A.R., Wadhwa S.K., Ud-hade S. Study of some epidemiological factors in teenage pregnancy hospital based case comparison study. *Indian J Community Med.* 2002; 27 :106–9.

7. Chapman M.V. & Shepherd L. (2008, October). Study on the incidence of teen pregnancy and childbearing in West Virginia. Charleston, WV: WV Perinatal Partnership.

8. Chen X.K., Wen S.W., Fleming N., et al. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:688–94.

9. Chen X.K., Wen S.W., Fleming N., Demissie K., Rhoads G.G., Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int. J. Epidemiol.* 2007; 36 :368–73.

10. Conde-Agudelo A, Belizan J.M, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J. Obstet Gynecol* 2005; 192: 342–9. [CrossRef][Medline][Web of Science]

11. Dawley B. (2009, February). The adolescent pregnancy-risk and complications. Retrieved from http://www.wvperinatal.org/unplanned_preg.htm Guttmacher Institute. (2010, January). Facts on American teens' sexual and reproductive health. Washington, DC: Guttmacher Institute.

12. De Vienne C.M., 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;147:151–6. [CrossRef][Medline]

13. Eure C.R., Lindsay M.K., Graves W.Le. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186 :918–20

14. Fleming N., Ng N., Osborne C., et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2013; 35:234–45. [Medline]

15. Geist R.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; 19:189–93. [PubMed]

16. Gilbert W., Jandial D., Field N., Bigelow P., Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004; 16 :265–70

17. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137:165–71. [Medline]

18. Hamilton BE, Ventura SJ. Birth rates for U.S. teenagers reach historic lows for all age and ethnic groups. NCHS data brief, no 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2012. Search Google Scholar

19. <http://www.avort.md/ro/avortul/informatii-pentru-medici/146-situatia-actuala-a-sanatatii-reproducerii-in-republica-moldova>

20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11084186>.

21. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2007; 17: 630–6. [Abstract/FREE Full text]

22. Jewkes R, Vundule C, Mafarah F, Jordaan E. Women's health research unit. Medical Research Council, Pretoria, South Africa. *Soc Sci Med* 2001; 52 (5): 733–44

23. Jolly MC, Sebire N, Harris J, et al. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000;96:962–6. [CrossRef][Medline][Web of Science]

24. Jonathan D. Klein, MD, MPH, and the Committee on Adolescence. *Pediatrics*, 2005, p. 281–286.

25. Lammi-Keefe CJ, Couch SC, Philipson EH. Handbook of nutrition and pregnancy, Humana Press;

2008. p. 101–114. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, et al. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health* 2006; 16: 157–61.
26. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, et al. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012;25:98–102. [Medline]
27. Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc* 2008; 58:541–4.
28. Mc Cave, E.L. (2008). Best practices to prevent teen pregnancy. In C. Petr (Ed.), *Multidimensional evidence based practice: Synthesizing knowledge, research, and values* (pp. 62–82). New York, NY: Haworth Press.
29. Munteanu I. *Tratat de obstetrică, ediția a II-a*, Editura Academiei Române; 2006. p. 913–914.
30. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, et al. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health* 2006;16:157–61. [Abstract/FREE Full text]
31. Rasheed S, Abdelmonem A, Amin M. Adolescent pregnancy in Upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112:21–4. [Medline]
32. Scanlon KS, Yip R, Schieve LA, et al. High and low hemoglobin levels during pregnancy: differential risks for preterm birth and small for gestational age. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 741–8.
33. SW, Fleming N, et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 368–73. [Abstract/FREE Full text]
34. Tebeu PM, Halle G, Lemogoum D, et al. Risk factors for eclampsia among patients with pregnancy-related hypertension at Maroua Regional Hospital, Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118:254–6.
35. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, et al. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:178–83. [Medline].
36. Van der Klis KA, Westenberg L, Chan A, Dekker G, Keane RJ. Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. *Aust NZJ Public Health* 2002 Apr. 26 (2):125–131
37. Vikat A, Rimpela A, Kosunen E, et al. Sociodemographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1998: a follow up study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 659–68.
38. Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen, Nathalie Fleming, Qiuying Yang and Mark C.Walker. Teenage pregnancy and congenital anomalies: which system is vulnerable? *Human Reproduction* 2007, Vol.22, No.6 pp. 1730–1735
39. Башмакова Н.В., Чистякова Г.Н., Черданцева Г.А., Кучумова О.Ю. Проблемы беременности у пациенток подросткового возраста / – Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004. – Т.3. – № 2. – С. 88–93.
40. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб б.: Фолиант, 2001.
41. Захаров С.В. Медико-социальные аспекты подросткового материнства как фактора риска заболеваемости новорожденных: автореф. дис. на соискание учёной степени канд. мед. наук: 14.00.33 / С.В.Захаров. – 2005. – 143с.
42. Можейко, Л.Ф. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих / Л.Ф. Можейко, Г.Л. Литвак. – Здравоохранение Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2005. – № 3. – С 33–34.
43. Петрова Я.А. Исходы беременности и родов у юных женщин, профилактика осложнений / Петрова Я.А., Милов И.М. – М.: Мать и дитя: материалы VI Рос. форума, 2004. – С. 159–160.
44. Ткаченко, Л.В. Состояние центральной и вегетативной нервной системы при беременности у юных женщин / Л.В. Ткаченко, А.В.Мухина. – М.: Материалы VII Российского Форума «Мать и Дитя», 2005. – С. 256–257.