

M. Rotaru, Maria Manceva, Svelana. Jubîrcă

SARCINA LA ADOLESCENTE ASOCIATĂ CU RETARD DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ AL FĂTULUI

IMSP Institutul Mamei și Copilului Laboratorul științific Obstetrică,

(Director general - dr. med. conf. univ. Ștefan Gațcan)

SUMMARY

THE ADOLESCENTS PREGNANCY ACCOMPANIED BY INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME

Key words: syndrome intrauterine growth retardation, pregnancy in adolescents, maternal and fetal outcomes.

Objective: This was a comparative study of case of pregnancies associated with a syndrome of intrauterine growth retardation on pregnancy adolescents and older women (19-25 years).

Study design: The study included 449 cases of pregnancies women who gave birth in the Institute of Mather and Child Care, Chishinau, Republic of Moldova during 2013. All cases were divided by age into 2 groups: I-159 cases of pregnancies among adolescents (13-18 years), II-290 cases of pregnancies older women (19-25 years). From each group were selected to compare all cases of the syndrome intrauterine growth retardation (IUGRS), which accounted for 26 cases in group I and 21 cases in group II.

Results: The study found that pregnant adolescents with typical SIUGRS later take on the medical record ($RR = 1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR = 3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t = 2,78$, $p < 0,01$). Pregnancy is often complicated by anemia ($RR = 4,1$ ($1,1 < RR < 14,8$), $p < 0,01$), more likely to develop early preeclampsia ($RR = 1,8$ ($1,2 < RR < 2,8$), $OR = 5,9$ ($1,1 < OR < 31,1$), $t = 2,5$, $p < 0,05$) and delivering preterm ($RR = 1,8$ ($1,1 < RR < 3,1$), $OR = 4,4$ ($1,2 < OR < 15,5$), $t = 2,6$, $p < 0,05$).

Conclusions: The risk of developing the syndrome intrauterine growth retardation in pregnant adolescents is higher than among pregnant women (19-25 years) ($RR = 1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR = 3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t = 2,78$, $p < 0,01$). Anemia, infection of the urogenital tract are risk factors for the syndrome of intrauterine growth retardation of the fetus in pregnant adolescents and infectious complications in the newborn.

РЕЗЮМЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ключевые слова: синдром задержки внутриутробного развития плода, беременность у подростков, осложнения у матери и новорожденного.

Цель: Сравнительный анализ беременностей сопровождающихся синдромом задержки внутриутробного развития плода у подростков и беременных в возрасте 19-25 лет.

Дизайн исследования: В исследование вошли 449 случаев беременностей у женщин родивших в Центре Матери и ребенка в течении 2013 года. Все случаи по возрастному критерию были разделены на 2 группы: I-159 случаев беременностей у подростков 13-18 лет, II-290 случаев беременных в возрасте 19-25 лет. Из каждой группы для сравнения были выбраны все случаи синдрома задержки внутриутробного развития плода (СЗВУРП), что составило: 26 случаев в I группе и 21 случай во II группе.

Результаты: В ходе исследования было обнаружено что для беременных подростков с СЗВУРП характерно позднее взятие на медицинский учет ($RR=1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR=3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t=2,78$, $p < 0,01$). Беременность чаще всего осложняется анемией ($RR=4,1$ ($1,1 < RR < 14,8$), $p < 0,01$), чаще развивается ранний гестоз ($RR=1,8$ ($1,2 < RR < 2,8$), $OR=5,9$ ($1,1 < OR < 31,1$), $t=2,5$, $p < 0,05$) и угроза преждевременных родов ($RR=1,8$ ($1,1 < RR < 3,1$), $OR=4,4$ ($1,2 < OR < 15,5$), $t=2,6$, $p < 0,05$).

Выводы: Риск развития синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных подростков выше чем у беременных в возрасте 19-25 лет ($RR=1,8$ ($1,4 < RR < 2,4$), $OR=3,0$ ($1,6 < OR < 5,4$), $t=2,78$, $p < 0,01$). Анемия, инфекции уrogenитального тракта относятся к факторам риска развития синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных подростков и инфекционных осложнений у новорожденного.

Introducere. În pofida faptului că majoritatea femeilor nasc primul copil după 20 ani, în multe țări numărul nașterilor la adolescente rămâne la nivel înalt, 10% din copii se nasc la paciente cu vârsta sub 20 ani. Sarcina la adolescente are un risc crescut. Organismul tânăr nu este pregătit pentru naștere, din cauza detitivării proceselor biologice de dezvoltare. În cazul adolescentelor prezintă un risc crescut faptul că îngrijirea medicală este insufici-

entă din cauza că ele mai târziu se iau în evidență, comunicarea cu ele este mai dificilă, de asemenea este dificilă recomandarea unui regim de viață adecvat. Adolescențele tot mai des pe parcursul sarcinii folosesc alcoolul, fumatul și drogurile. Sarcina la adolescente este asociată cu multiple complicații, printre care des se întâlnește RDIUF, care este asociată cu imaturitatea organismului tânăr a mamei. În perioada de maturizare nivelul pro-

gesteronului și al estrogenului sunt insuficiente, ceea ce poate crea probleme în formarea placentei și dezvoltarea ulterioară a fătului [1, 4].

„Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului” (RDIUF) reprezintă totalitatea tulburărilor stării morfologice și funcționale a fătului în urma schimbării proceselor metabolice în sistemul ”mama-placentă-făt”, care duce la nașterea unui copil cu parametri de masă și talie mai mici decât 10 percentila după termenul dat al sarcinii și risc sporit de morbiditate și mortalitate perinatală. RDIUF se caracterizează prin frecvența sporită a cazurilor, reprezentând (conform datelor a mai mulți autori) de la 4% la 18% [5,11], în structura pierderilor perinatale. Frecvența retardului de dezvoltare intrauterină al fătului la copiii prematuri este, de regulă, mai înaltă și constituie de la 15, 7% pînă la 42% [12].

În Republica Moldova a fost raportată incidența de 5,5% în 2002 și de 6,3% în 2006 [7], ponderea copiilor cu RDIUF printre copiii cu afecțiuni în perioada perinatală este în creștere: 1701 (21%) în anul 2001 și 2142 (30%) în anul 2005 [9].

Mortalitatea perinatală în urma RDIUF constituie de la 19 până la 287% în funcție de termenele apariției patologiei, bolile de bază existente și complicațiile apărute în timpul sarcinii [3,10].

Majoritatea factorilor considerați ca fiind factori de risc, sunt studiați activ de către cercetătorii din toată lumea, însă, cu toate acestea, realizarea RDIU, deocamdată, nu poate fi evitată, frecvența acestei patologii rămânând stabilă pe parcursul a mai mulți ani. Totodată, la 8-10% din paciente, întârzierea creșterii intrauterine a fătului este diagnosticată în prezența unei sarcini care decurge normal și absența factorilor somatici și sociali [12]. Consecințele dezvoltării intrauterine insuficiente nu dispar odată cu nașterea copilului sau în perioada neonatală și, adesea, influențează dezvoltarea ulterioară a copilului și a persoanei mature. Barber și Osmond au constatat o corelație dintre greutatea la naștere mai mică de a 10-a percentilă și hipertensiune arterială, hipercolesterolemie, insuficiența cardiacă coronară, tulburări ale toleranței la glucoză și diabetul zaharat, care apar pe parcursul vieții. Ca rezultat, RDIUF dăunează enorm atât personalității în particular, cât și întregii societăți [2].

Pornind de la aceste constatări am formulat **scopul studiului** dat: de a efectua analiza comparativă a sarcinilor cu RDIUF la adolescente și la gravide cu vârsta mai înaintată.

Material și metode. În vederea realizării acestui scop a fost realizat un studiu prospectiv, descriptiv după volumul eșantionului, integral și selectiv. Grupul de cercetare - 449 de cazuri – 1-au constituit femeile gravide care au născut în clinica Institutului Mamei și Copilului pe parcursul anului 2013. Criteriile de includere în studiu: vârsta, datele socio-economice, morbiditatea maternă, modalitatea nașterii, prezența RDIUF, complicațiile obstetricale și neonatale (greutatea mică la naștere, asfizia, prematuritatea).

Astfel cazurile (N=449) au fost eșalonate în 2 grupuri în funcție de vârstă . Grupul I a inclus 159 de paciente adolescente cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani, grupul II, de comparație, a constat din 290 de paciente cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani.

Pentru a efectua analiza evoluției sarcinii, nașterii și perioadei neonatale la gravidele incluse în studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical, examenul instrumental.

Indicii statistici au fost calculați utilizând Baza de date Access 2013, SPSS computer software (SPSS Version 13 for Microsoft Windows, SPSS Inc.). Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive: exprimată în termeni medii, deviație standardă, Student Test, EpiInfo7 (Stat Calc) și analizați conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultate. Din totalul nașterilor (N=449) care au fost incluse în studiu în 159 de cazuri au avut loc nașteri la adolescente și în 290 de cazuri au fost nașteri la femeile de 19-25 de ani. Repartizând cazurile după prezența RDIU al fătului, am obținut că în grupul adolescentelor în 26 (16,4 ± 2,9%) de cazuri s-au născut copii cu o greutate sub percentila a 10-lea, vs în 21 (7,24± 1,5 %) de cazuri paciente din lotul cu vârsta mai înaintată (RR=1,8 (1,4<RR<2,4), OR=3,0 (1,6<OR<5,4), t=2,78, p<0,01). Aceste date ne arată că adolescentele sunt mult mai predispuse de a naște copii cu RDIUF, având în vedere imaturitatea biologică a organismului tânăr ceea ce coraspunde cu datele din literatura mondială [4]. Datele frecvenței RDIUF sunt prezente în figura 1.

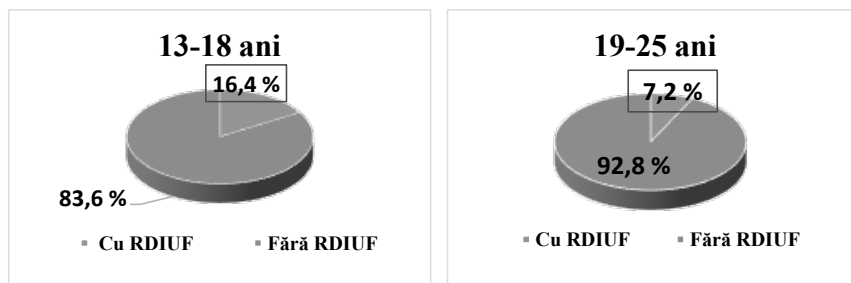


Figura 1. Datele privind frecvența RDIUF

Adolescentele mai des nu beneficiază de examene prenatale necesare, fapt constatat și în studiul efectuat de noi. Luarea în evidență prenatală după 12 s.a. a avut loc în 21 (81,8±7,7%) de cazuri în lotul I vs în 8 (38,1±10,8%) cazuri în lotul de comparație (RR=2,6 (2,0<RR<5,7), t=3,2, p<0,01), Analizând datele evidenței prenatale mai detaliat, am stabilit că în 6 (23±%) cazuri adolescentele s-au prezentat inițial la medic după 28 de s.a. vs 1(4,8±%) în lotul de comparație.

Patologia cea mai frecvent diagnosticată pe parcursul sarcinii a fost anemia în 24 (92,3±5,3%) cazuri în

lotul de bază, vs 11 (52,4±11,2%) cazuri în lotul de comparație (RR=4,1 (1,1<RR<14,8), p<0,01), date ce coincid cu cele din literatura de specialitate [3, 32]. În ambele loturi de studiu s-a depistat persistența unui substrat infecțios în timpul sarcinii. Se atestă o creștere semnificativă a frecvenței antecedentelor infecțioase ale căilor urogenitale, adică a pielonefritei (RR=1,7 (1,03<RR<2,8), p<0,05), a infecțiilor organelor genitale (RR=3,08 (1,6<RR<5,9), p<0,01), în lotul de bază. Mai detaliat datele sunt prezentate în figura 2.

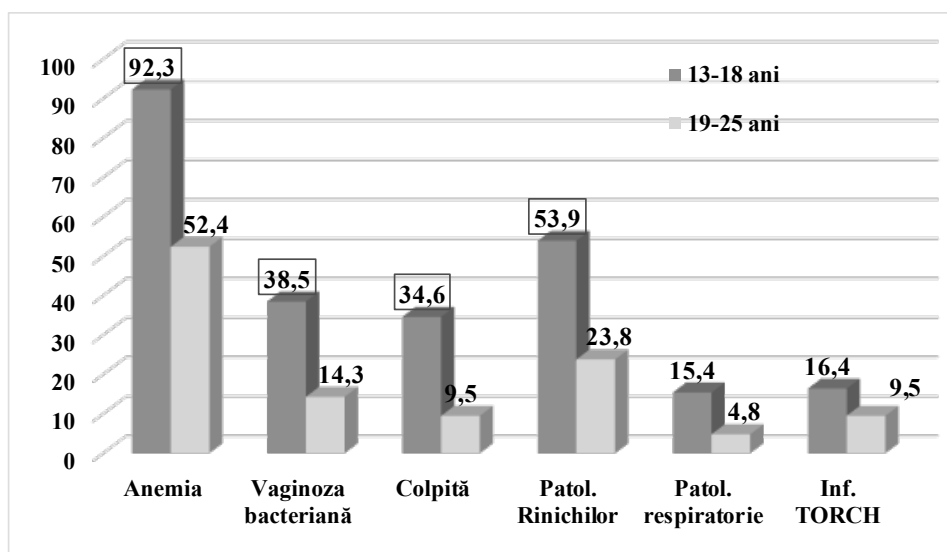


Figura 2. Maladiile depistate în timpul sarcinii

Conform datelor obținute la gravidele adolescente semnificativ mai des sarcina se complică cu disgravidie precoce - 10 (38,5±9,7%) cazuri vs 2 (9,5±6,6%) la gravidele cu vârsta mai înaintată (RR=1,8 (1,2<RR<2,8), OR=5,9 (1,1<OR<31,1), t=2,5, p<0,05). Mai des apare și iminența de întrerupere a sarcinii. La analiza mai detaliată am stabilit predominanța iminenței

de naștere prematură în trimestrul III de sarcină 15 (57,7±9%), vs 5 (23,8±9,5%) în lotul de control (RR=1,8 (1,1<RR<3,1), OR=4,4(1,2<OR<15,5), t=2, 6 p<0,05). Insuficiența fetoplacentală cronică a fost diagnosticată în 11 (42,3±9%) cazuri la gravidele adolescente vs 3 (14,3±7,8%) la gravidele cu vârsta mai înaintată (RR=1,7 (1,1<RR<2,7), t=2,3, p<0,05) (tab. 1).

Tabelul 1. Complicații ale sarcinii actuale

Criteriu	Lotul de bază (n ₁ =26)		Lotul de comparație (n ₂ =21)		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	abs.	%	abs.	%		t	p
Disgravidie precoce	10	38,5±9,7	2	9,5±6,6	RR=1,8 (1,2<RR<2,8)	2,5	<0,05
Iminența de întrerup. sarc.	17	65,3±8,7	10	47,6±11,2	RR=0,7(0,36<RR<1,3)	1,25	>0,05
Trim.I	1	3,8±3,5	4	19±8,8	RR=0,3(0,06<RR<2,0)	1,6	>0,05
Trim.II	1	3,8±3,5	1	4,8±4,8	RR=0,9 (0,2<RR<3,7)	0,17	>0,05
Trim.III	15	57,7±9	5	23,8±9,5	RR=1,8 (1,1<RR<3,1)	2,6	<0,05
HTAIS	2	7,7±4,9	0	-	-	1,6	>0,05
Preeclampsie	4	15,4±6,6	1	4,8±4,8	RR=1,5(0,9<RR<2,6)	1,3	>0,05
Hipoxie i/u a fătului	7	26,9±8	4	19±8,8	RR=1,2 (0,7<RR<2,1)	0,66	>0,05
IFPI cronică	11	42,3±9	3	14,3±7,8	RR=1,7 (1,1<RR<2,7)	2,3	<0,05
Infecție i/uterină	21	80,8±7,1	12	57,1±11,1	RR=1,8 (0,8<RR<3,8)	1,79	>0,05
Polihidramnios	0	-	3	14,3±7,8	-	1,8	>0,05
Oligoamnios	7	26,9±8	4	19±8,8	RR=1,2 (0,7<RR<2,1)		>0,05

Distribuirea cazurilor în funcție de complicațiile nașterii a evidențiat că la parturientele adolescente crește nesemnificativ frecvența insuficienței forțelor de contracție 5 (19,2±7,2%) cazuri vs 1 (4,8±4,8%) la parturientele din lotul II (RR=1,6 (1,0<RR<2,6), t=1,66, p>0,05).

Conduita nașterii pe cale vaginală la adolescente s-a

atestat în 18 (69,2±8,4%) cazuri vs 16 (76,2±9,5%) cazuri în lotul de comparație (RR=0,9 (0,5<RR<1,5), t=0,6, p>0,05). Nu sa observat creșterea semnificativă a ratei operațiilor cezariene la adolescente: 8 (30,8±8,4%) vs 5 (23,8±9,5%) la parturiente cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani (RR=1,2 (0,7<RR<2,0), t=0,55, p>0,05. (tab.2)

Tabelul 2. Evoluția și complicațiile nașterii în loturile de studiu

Criteriu	Lotul de bază		Lotul de comparație		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	(n ₁ =26)		(n ₂ =21)			RR	t
	abs.	%	abs.	%			
Insuf. contr. uterine	5	19,2±7,2	1	4,8±4,8	RR=1,6 (1,0<RR<2,6)	1,66	>0,05
Primară	2	7,7±4,9	0	-	-	1,58	>0,05
Secundară	3	11,5±5,8	1	4,8±4,8	RR=1,4 (0,7<RR<2,6)	0,89	>0,05
Insuf. scremetelor	4	15,4±6,6	1	4,8±4,8	RR=1,5 (0,9<RR<2,6)	1,3	>0,05
Activarea cu oxitocină	6	23,1±7,7	2	9,5±6,6	RR=1,5 (0,9<RR<2,4)	1,34	>0,05
Hipoxia acută a fătului	2	7,7±4,9	1	4,8±4,8	RR=1,2 (0,5<RR<2,8)	0,42	>0,05
Conduita PVN	18	69,2±8,4	16	76,2±9,5	RR=0,9 (0,5<RR<1,5)	0,55	>0,05
O/c urgentă	8	30,8±8,4	5	23,8±9,5	RR=1,2 (0,7<RR<2,0)	0,55	>0,05

Rata nașterilor premature a constituit 9 (34,6±9,5%) în lotul de bază vs 3 (14,3 ±7,8%) în lotul de comparație (RR = 1,5 (1,0<RR<2,5), p>0,05). Prin operație cezariană nașterea prematură s-a rezolvat în 3 (11,5±6,4%) cazuri în lotul de bază și 1 (4,8 ± 4,7%) în lotul de control (RR= 1,4 (0,7<RR<2,6), p>0,05).

Copiii s-au născut cu o greutate medie la naștere de 2130,3 ± 608,3 grame, talia 45 ±4,6 cm în lotul de bază și 2544,1 ± 259,2 grame, talia 48,1 ± 2,6 cm în lotul de comparație. Scorul Apgar mediu la primul minut a fost 6,7 ±0,3 în lotul de bază și 7,5±0,1 în lotul de comparație, și

la al 5-lea minut, corespunzător, de 7,4 ±0,3 vs 7,6 ±0,1.

Analizând rata complicațiilor la nou-născuți am observat frecvența înaltă a următoarelor stări patologice: asfixie ușoară și grav medie, hiperbilirubinemie, SDR, pneumonie, sepsis, infecție intrauterină, datele fiind prezentate în tabelul 3. Nou-născuții din mame adolescente semnificativ mai des sunt născuți în stare de asfixie: 7 (26,9±8,8%) cazuri vs 1 (4,8±4,8%) cazuri la mamele cu vârsta mai înaintată (RR=1,8(1,2<RR<2,7), t=2,2, p<0,05).

Starea copiilor din lotul de bază mai des se complică cu pneumonie - 11(42,3±9,8%), infecție intrauterină - 17 (65,4±9,5%) (RR=2,1(1,4<RR<3,3), t=3,4, p<0,01).

Tabelul 3. Complicațiile nou-născuților

Criteriu	Lotul de bază		Lotul de comparație		Riscul relativ (RR)	Semnificația	
	(n ₁ =26)		(n ₂ =21)			RR	T
	abs.	%	abs.	%			
Asfixie	7	26,9±8,8	1	4,8±4,8	RR=1,8(1,2<RR<2,7)	2,2	<0,05
Hiperbilirubinemie	11	42,3±9,8	4	19,1±8,7	RR=0,9(0,5<RR<1,5)	1,8	>0,05
SDR	8	30,8±9,2	2	9,5±6,5	RR=1,6(1,0<RR<2,5)	1,9	>0,05
Pneumonie	11	42,3±9,8	1	4,8±4,7	RR=2,1(1,4<RR<3,3)	3,4	<0,01
Sepsis	1	3,9±3,8	0	-	-	1,0	>0,05
Infecție intrauterină	17	65,4±9,5	7	33,3±10,5	RR=1,8(1,0<RR<3,2)	2,3	<0,05

Concluzii:

La gravide adolescente crește riscul de dezvoltare a RDIUF în timpul sarcinii (RR=1,8 (1,4<RR<2,4), OR=3,0 (1,6<OR<5,4), t=2,78, p<0,01)

Infecțiile urogenitale: pielonefrita (RR=1,7 (1,03<RR<2,8), p<0,05), infecțiile organelor genitale (RR=3,08 (1,6<RR<5,9), p<0,01) și anemia (RR=4,1

(1,1<RR<14,8), p<0,01) au un aport considerabil ca factori de risc pentru dezvoltarea RDIUF la adolescente.

Rata operațiilor cezariene la adolescente nu crește vădit în comparație cu pacientele cu vârsta cuprinsă între 19-25 de ani.

Rata înaltă a complicațiilor infecțioase ale nou-născuților de la mame adolescente este o consecință a infecțiilor urogenitale ale mamei.

Bibliografie

1. Beard J.L. Iron requirements in adolescent females. *J Nutr* 2000; 130 (Supl 2S):440S-2S
2. Giancarlo Mari, Farhan Hanif. Intrauterine Growth Restriction: How to Manage and When to Deliver. *Clinical obstetrics and gynecology* Volume 50, Number 2, 497–509
3. GRIT Study Group: A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. *BJOG* 2003, 110(1):27-32.
4. Jacqueline M. Wallace, Raymond P. Aitken, John S. Milne, William W. Hay, Jr. Nutritionally Mediated Placental Growth Restriction in the Growing Adolescent: Consequences for the Fetus. *Biology Of Reproduction*, 2004; 71: p.1052-1062
5. Manning FA. Intrauterine growth retardation. In: Manning FA, ed. *Fetal Medicine: Principles and Practice*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1995.
6. Naseem Saba, M. Hamayun, M. Bilal. Out Come Of Teen Age Pregnancy *Biomedica* 2013; Vol. 29: p.27-31
7. Paladi Gh; Iliadi C.. Retardul de dezvoltare intrauterină al fătului și influența lui asupra indicilor perinatali. *Analele Universității* 2005.
8. Scanlon K.S., Yip R., Schieve L.A. et al. High end low hemoglobin levels during pregnancy: differential risks for preterm birth and small for gestational age. *Obstet Gynecol* 2000; 96:741-8
9. Stratulat P., Jitarciuc A., Cruteanu A., Carauș T., Incidența retardului de dezvoltare intrauterină în Centrul perinatologie de nivelul III - IMSP ICȘDOSMșiC. *Buletin de perinatologie* N 3 2006 p.128-131
10. Малахова М.Я., Материалы II научно-практической Конференции врачей по применению препаратов ENRICH INTERNATIONAL в клинической практике, Москва. 1998. с. 12-15
11. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. М. РАВУЗДПГ, 1998. - 208 с.
12. Чуб В.В., Чибисова И.В., Сергиенко С.Н. Синдром задержки внутриутробного развития плода: патогенез и диагностика, профилактика и лечение Луганск – 2003. 246.