

Svetlana Jubîrcă

REZULTATELE MATERNE ŞI FETALE ALE EVOLUŢIEI SARCINII ŞI NAŞTERII LA ADOLESCENTE

Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
(Director general- dr.med. conf. univ. Șt.Gațcan)

SUMMARY

THE RESULTS OF MATERNAL AND FETAL OUTCOMES AT ADOLESCENTS, PREGNANCY AND DELIVERY.

Key words: pregnancy in adolescents; young mothers; social factors of early pregnancy; maternal and fetal outcomes.

Actuality: Teenage pregnancy is a global problem and is considered a high-risk group, in spite of conflicting evidence.

The aim of the study: was to compare obstetric outcomes of pregnancy in teenagers and older women.

Materials and methods. This was a prospective study of case records of pregnancies in 2013. Girls aged ≤ 18 years were compared with pregnancy outcomes in older women (19–25 years) in the same maternity. The study took place in the Institute of Mother and Child Care, Chishinau, Republic of Moldova. A total of 159 teenage pregnancies were compared with pregnancies in 290 older women. Socioeconomic data, age, number of pregnancies, antenatal care and complications, mode of delivery, and neonatal outcomes were considered.

Results. Mean age of teenage pregnant mothers was 17,04 years. A significant proportion of teenage pregnant mothers were in their first pregnancies. The teenage mothers were high risk of developing mothers' depression ($OR=0,2$ ($0,1<OR<0,3$), $RR=0,2$ ($0,2<RR<0,4$), $p<0,0001$), anaemia ($OR=12,8$ ($6,6<OR<27,4$); $RR=71$ ($3,9<RR<12,4$); $p<0,001$) and delivering pre-term ($OR=1,9$ ($1<OR<3,8$), $RR=1,5$ ($1,06<RR<2,05$), $p<0,05$). Teenage mothers were more likely to deliver vaginally with no significant increase in the risk of assisted vaginal delivery or caesarean section. Young mothers were at risk of delivering low birth weight babies ($OR=2,4$ ($1,2<OR<4,8$), $RR=1,6$ ($1,2<RR<2,2$), $p<0,05$).

Conclusions. The incidence of teenage pregnancy was found to be 57,4% at the Republic of Moldova. Teenage mothers had lower levels of education and higher levels of inadequate antenatal care, and more likely of developing the mother's depression during pregnancy. Anemia, preterm labour, were the obstetric complications in the teenage pregnancy. The higher incidence of maternal septic complications was observed in the teenage pregnancy. Low birth weight was the neonatal complication in teenage.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ МАТЕРИНСКИХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ

Ключевые слова: беременность у несовершеннолетних; юные матери; социальные факторы ранней беременности; акушерские осложнения.

Резюме. Подростковая беременность и роды до сих пор остаются мировой проблемой и относятся к категории беременностей высокого риска, несмотря на противоречивые данные.

Цель данного проспективного исследования - проведение сравнительного анализа акушерских исходов у подростков и женщин более старшего возраста, родивших в Институте Матери и Ребенка в течение 2013 года. В исследование были включены 159 беременных подростков ≤ 18 лет и 290 беременных в возрасте 19–25 лет. Произведен анализ методов родоразрешения и неонатальных исходов в зависимости от возраста, дородового наблюдения и социальных факторов.

Результаты. Средний возраст беременных подростков – 17,04 лет, в большинстве случаев первородки. Беременные подростки подвержены большему риску развития таких осложнений, как депрессия ($OR=0,2$ ($0,1<OR<0,3$) $RR=0,2$ ($0,2<RR<0,4$), $p<0,0001$), анемия ($OR=12,8$ ($6,6<OR<27,4$); $RR=71$ ($3,9<RR<12,4$); $p<0,001$) и преждевременные роды ($OR=1,9$ ($1<OR<3,8$), $RR=1,5$ ($1,06<RR<2,05$), $p<0,05$), в сравнении с женщинами более старшего возраста. Отмечен риск рождения детей с низкой массой тела ($OR=2,4$ ($1,2<OR<4,8$), $RR=1,6$ ($1,2<RR<2,2$), $p<0,05$) у юных матерей. Вместе с тем, роды у большинства подростков закончились через естественные родовые пути, с меньшим риском оперативного родоразрешения.

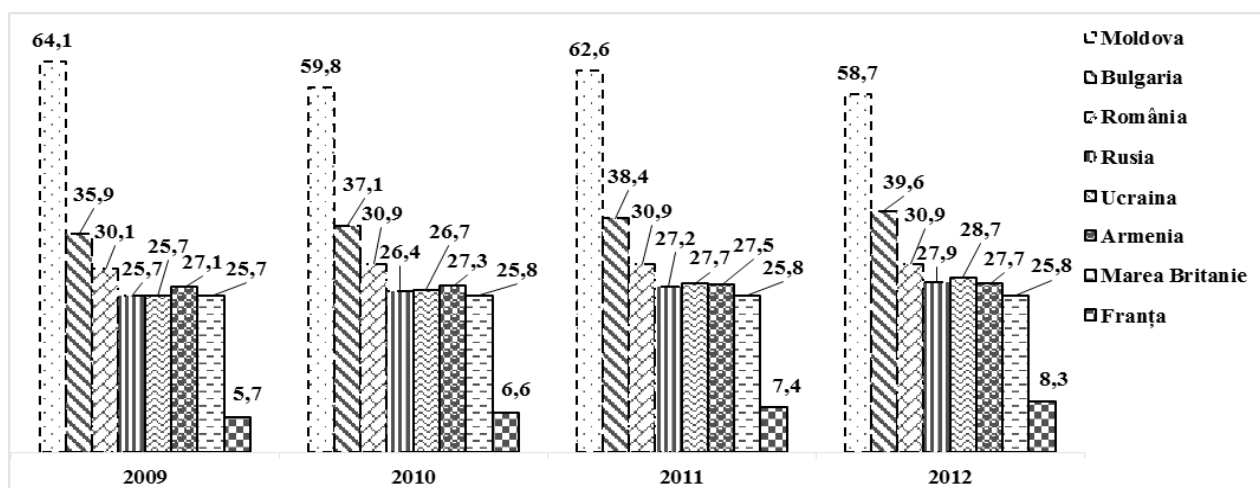
Выводы. Частота подростковой беременности составила 57,4%. Следует отметить, что беременные подростки, чаще с низким уровнем образования, недостаточным дородовым наблюдением, предрасположены к развитию депрессивных состояний во время беременности. Подростковый возраст является фактором риска возникновения таких осложнений беременности, как анемия, преждевременные роды и септических состояний в послеродовом периоде, а также рождения детей с низкой массой тела.

Actualitate. Sarcina la adolescente reprezintă în continuare un motiv de îngrijorare și obiectul multor programe sociale, punând în discuție cel puțin două aspecte: vârsta precoce a debutului vieții sexuale și creșterea riscului de survenire a unor sarcini soldate cu complicații. Majoritatea tinerelor care ajung în această situație nu au vârsta potrivită pentru a se angaja în câmpul de muncă și au nevoie de ajutor social.

De asemenea, din cauza sarcinii, cele mai multe dintre acestea mamele adolescente își abandonează studiile, neavând posibilitatea de a primi educația de care au nevoie. Statisticile arată că la nivel global, zilnic, circa 20000 de fete sub vârsta de 18 ani devin mame, acest fenomen manifestându-se preponderant în țările în curs de dezvoltare. Fetele cu vârsta sub 15 ani reprezintă 2 milioane din totalul anual de 7,3 milioane

de mame adolescente. Dacă tendințele menționate vor continua, numărul nașterilor la fetele cu vârsta sub 15 ani ar putea crește până la 3 milioane către anul 2030, aceste date fiind oferite de raportul realizat de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA, 2013) privind populația mondială pentru anul 2013.

Această problemă este prezentă și în Republica Moldova (RM). Astfel, s-a constatat un nivel stabil ridicat al nașterilor la adolescente pe parcursul anilor 2009 - 2012, în țara noastră (figura 1). Conform datelor statistice IMSP IM și C nașterile în rândul adolescentelor au fost consemnate în 2339 (58,7%) de cazuri în anul 2012 și în 2225 (57,4%) de cazuri în anul 2013 din totalul nașterilor în RM. Ponderea în lume a nașterilor la adolescente la 1000 de nașteri este prezentată în figura 1.



Figural. Ponderea nașterilor la adolescente în Europa, anii 2009-2012.

În ultimii ani, frecvența sarcinilor timpurii are un nivel stabil ridicat, pentru că activitatea sexuală în rândul tinerilor necăsătoriți este în creștere. Studiile de specialitate arată că un număr substanțial de tineri se angajează în actul sexual premarital, de regulă neprotejați (Gurchin Iu. 2000). Ca urmare, riscul apariției unei sarcini nedorite, a bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, a crescut semnificativ în rândul adolescenților și al tinerilor.

Chein X.K. și alții (2008) au relevat faptul că adolescentele sunt predispuse la o serie de complicații medicale materne: anemie, pielonefrită, preeclampsie, ruperea prematură a membranelor amniotice, infecții [6]. Alți cercetători au constatat că la mamele adolescente se atestă o rată mai înaltă a deceselor perinatale, prin comparație cu mamele adulte [28]. În situațiile date, există riscul de apariție a complicațiilor și în perioada post-partum.

Conform datelor lui Chapman M.V. (2008), se înregistrează o rată crescută a depresiei post-partum, o probabilitate mai mare de moarte prematură și un risc crescut pentru utilizarea de substanțe nocive (alcool, tu-

tun, etc.) în viitor [5, 8, 22]. Există de asemenea riscuri sporite pentru nou-născuți: prematuritate, greutatea mică la naștere, retardul de dezvoltare intrauterină al fătului (RDIU), traumatismul obstetrical, mortalitatea neonatală și postnatală ridicate, precum și probleme legate de nutriție [5, 8, 15, 20]. Totuși studii care ar indica în mod clar pericolul sarcinii pentru adolescente nu au fost încă suficient de multe efectuate. Pornind de la aceste constatări, am stabilit scopul studiului prezent: de a determina incidența sarcinilor la adolescente și de a evalua rata complicațiilor materno-fetale specifice ale sarcinii în comparație cu grupul de femei adulte.

Materiale și metode. În vederea realizării acestui scop a fost realizat studiul prospectiv, descriptiv; după volumul eșantionului-integral și selectiv. Grupul de cercetare l-au constituit femeile gravide cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani, care au născut în incinta Institutului Mamei și Copilului, pe parcursul perioadei 01.01.2013-31.12.2013. Au fost apreciate: vârsta, nivelul de educație, paritatea, timpul luării în evidență, morbiditatea

maternă, modalitatea nașterii, complicațiile obstetricale (RDIU, RPPM, prezentații incorecte), complicații neonatale (greutatea mică la naștere, asfixia, prematuritatea). Din studiu au fost excluse multiparele, cazurile cu duplex, epilepsie. Astfel, toate cazurile (N = 449) au fost divizate în 2 grupuri de studiu în funcție de vârstă: grupul I – 159 de paciente cu vârsta de 13-18 ani, grupul II de control – 290 de paciente cu vârsta de 19-25 ani.

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

Pentru crearea și administrarea bazei de date, precum și pentru importul și exportul de date cum ar fi Excel am utilizat programul Microsoft Office Access. Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive, fiind exprimată în termeni medii, deviație standardă, Student Test, Epi Info7 (Stat Calc) și au fost analizați conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

Rezultate. Vârsta medie a adolescentelor din grupul de studiu constituie $17,04 \pm 1,05$ ani, și $21,75 \pm 1,95$ de ani a pacientelor din grupul de control, $p < 0,0001$. Analiza statistică a datelor demografice prezintă importanța comparativă a indicilor caracteristici ai grupuri de studiu, ceea ce arată influența factorilor analizați asupra nașterilor la adolescente. În urma analizei datelor socio-economice, am stabilit că adolescentele gravide provin din mediul rural în 155 ($97,5 \pm 1,2\%$) de cazuri vs. 245 ($84,5 \pm 2,1\%$) de cazuri în cazul femeilor de vârstă mai mare (OR=7,1 ($2,5 < OR < 20,0$), RR=4,7 ($1,8 < RR < 12,2$), $p < 0,001$, $\chi^2=16,5$), ceea ce se explică prin specificul de acordare a asistenței medicale în cadrul IMSP IM și C [23]. În acest grup apar mult mai frecvent probleme de abandon școlar, șomaj și sărăcie, iar nașterea unui copil de către o mamă adolescentă are loc adesea într-un context cu resurse limitate din punct de vedere economic și social [17, 22].

Cota adolescentelor care erau necăsătorite, a constituit 101 ($63,5 \pm 3,8\%$) cazuri vs. 82 ($28,3 \pm 2,7\%$), în $24,5 \pm 3,4\%$ cazuri adolescentele care nu aveau studii primare complete, nefiind încadrate în câmpul muncii în $60,1 \pm 3,9\%$ vs. $34,6 \pm 2,8\%$ ($p < 0,001$, $\chi^2=25,6$), afirmație confirmată și în literatura de specialitate [18,24].

Unii cercetători asociază creșterea numărului de adolescente gravide în ultimii ani cu „liberalizarea sexuală” a relațiilor din societate în prezent [7,17,19,25].

Vârsta medie de debut al vieții sexuale în studiul efectuat de noi a fost de $15,9 \pm 1,2$ de ani, vs $19,4 \pm 1,5$ ani. Conform datelor unor autori, în relațiile sexuale până la 15 ani întră 20-25% din minorele gravide [30]. Un factor esențial este debutul împotriva voinței adolescenței a vieții sexuale atestat în $34,6 \pm 3,8\%$ cazuri în comparație cu $5,2 \pm 1,3\%$ cazuri la femeile de vârstă fertilă (OR=9,6 ($5,1 < OR < 19,2$), RR=2,8 ($2,3 < RR < 3,5$), $p < 0,0001$, $\chi^2=67,5$).

Quinlivan J. (2001) indică faptul că 29,2% dintre adolescentele gravide sunt victime ale violenței [16]. În studiul de față, în urma violului au devenit gravide $7,6 \pm 2,1\%$ adolescente în comparație cu $0,3 \pm 0,3\%$ femei de vârstă adultă, $p < 0,001$. Cele expuse mai sus, denotă lipsa utilizării metodelor de contracepție din cauza neinformării – $67,9 \pm 3,7\%$ vs $20,3 \pm 2,4\%$ ($p < 0,0001$), nedorința de a folosi metodele de contracepție – $51,6 \pm 4,1\%$ vs $29,3 \pm 2,7\%$, și, ca rezultat, apariția sarcinilor nedorite în $40,9 \pm 4,1\%$ cazuri vs $3,5 \pm 1,1\%$. A fost apreciată și lipsa susținerii din partea familiei în $52,8 \pm 4,1\%$ de cazuri vs $4,1 \pm 1,2\%$ de cazuri și, ca rezultat, apariția depresiei legate de graviditate – $78 \pm 3,3\%$ vs $36,2 \pm 2,8\%$ (OR=0,2 ($0,1 < OR < 0,3$), RR=0,2 ($0,2 < RR < 0,4$), $p < 0,0001$, $\chi^2=70$).

Aspectul psihoemoțional al sarcinilor juvenile prin influența extrem de nefavorabilă a debutului timpuriu al vieții sexuale și a sarcinii asupra psihicului și statutului psihoemoțional al adolescentelor, crește riscul apariției stresului, stărilor psihoneurotice, depresiilor, anxietății, care sunt favorizate de imaturitatea sistemului neurovegetativ și psihic al tinerelor [14].

Rata avorturilor, în studiul efectuat, este mai mare în rândul femeilor de vârstă mai avansată – 45 ($15,5 \pm 2,1$) cazuri vs 7 ($4,4 \pm 1,6\%$) cazuri, (OR=0,3 ($0,1 < OR < 0,6$), RR=0,4 ($0,2 < RR < 0,7$), $p < 0,001$, $\chi^2=11,3$) în comparație cu grupul adolescentelor, dintre care avorturi spontane au avut loc în 30 ($10,3 \pm 1,8\%$) cazuri în grupul martor și în 5 ($3,1 \pm 1,4\%$) cazuri în grupul adolescentelor, avorturi medicale în 15 ($5,2 \pm 0,7\%$) cazuri vs 2 ($1,3 \pm 1,8\%$) ($p < 0,05$) cazuri în grupul adolescentelor.

Reieșind din cele expuse anterior, adolescentele sunt mult mai predispuse pentru evidența prenatală precară, în studiul nostru: în grupul adolescentelor în $59,1 \pm 4,1$ de cazuri, în grupul femeilor adulte - în $29,3 \pm 2,8\%$ de cazuri (OR=3.5 ($2,3 < OR < 5,3$), RR=2,2 ($1,7 < RR < 2,8$), $p < 0,001$, $\chi^2=36,8$). Caracteristica generală în funcție de vârstă este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica generală a gravidelor investigate în funcție de vârstă

Situația socială	13-18 ani n = 159		19-25 ani n = 290		OR		p
	N	% ± m	N	% ± m	OR	95%CI	
Starea civilă							
Căsătorite	54	34,0±3,7	207	71,3±2,7	0,2	0,1-0,3	<0,001
Căsătorie neînregistrată	64	40,3±3,9	73	25,2±2,6	2,0	1,3-3,1	<0,01
Nacăsătorită	37	23,3±3,4	9	3,1±1,0	9,4	4,3-22,8	<0,001
Celibatară	4	25,0±3,4	-	-			<0,001
Studii primare incomplete (elevă)							
Primare complete	39	24,5±3,4	-	-	-	-	-
	95	60,1±3,9	100	34,5±2,9	2,8	1,9-4,3	<0,001
Studii medii	25	15,7±2,9	150	51,7±2,9	0,2	0,1-0,3	<0,001
Studii superioare	-		40	13,8±2,0	-	-	-
Nu lucrează	98	61,6±3,9	83	28,6±2,7	4	2,6-6,2	<0,001
Casnice	54	34,0±3,8	101	38,0±2,9	0,9	0,6-1,4	>0,05
Încadrată în câmpul muncii	2	1,3±0,9	82	28,3±2,6	0,003	0,0003-0,1	<0,001
Studentă	6	3,8±1,5	24	8,3±1,6	0,4	0,1-1,1	<0,05
Nu cunoaște metoda de contracepție	108	67,9±3,7	59	20,3±2,4	8,2	5,2-13,1	<0,001
Lipsa contracepției	82	51,6±4,1	85	29,3±2,7	2,5	1,7-3,9	<0,001
Sarcina nedorită, dar în evoluție (păstrată)	65	40,9±3,9	10	3,5±1,1	2,6	1,7-3,8	<0,001
Depresie legată de sarcină	124	78,0±3,3	105	36,2±2,8	12,3	5,4-30,9	<0,001
Luată în evidență							
<12 s.a	53	33,3±3,7	183	63,1±2,8	1,3	0,2-0,4	<0,001
12-20 s.a	76	46,7±4,1	72	24,8±2,5	2,6	1,7-4,0	<0,001
>21 s.a	18	11,3±2,5	13	4,9±1,3	2,7	1,2-6,2	<0,05
Neexaminată	13	3,3±1,4	22	7,6±1,6	1,1	0,5-2,3	<0,05

cazuri vs 16 (5,5±1,3%), p<0,001.

De obicei, evoluția clinică a sarcinii, nașterii și stării intrauterine a fătului la adolescente are anumite particularități, determinate de gradul de imaturitate biologică a organismului. La vârstă foarte tânără, sub 18 ani, maturizarea organismului este insuficientă, atât în ceea ce privește sistemul nervos, starea psihică, cât și starea de infantilism genital în ansamblu, care influențează defavorabil evoluția sarcinii și nașterii. Din aceste considerente, prima sarcină la femeile foarte tinere prezintă diverse complicații, de la incidența crescută a gestozelor până la iminența de naștere prematură. Evoluția sarcinii în studiul efectuat de noi s-a complicat cu iminența de naștere prematură la diferite termene de gestație la 70 (44,3±1,6%) gravide în grupul adolescentelor și în 52 (17,6±2,2%) cazuri în grupul de control, (OR=3,6 (2,4<OR<5,7); RR=2,1 (1,7<RR<2,7), p <0,001; $\chi^2=35,1$), iminența de naștere prematură mai frecvent s-a manifestat între 32-36 s.a în 27 (17±3,1%)

Repartizând pacientele corespunzător termenelor de sarcină, am stabilit că vârsta gestațională medie la naștere în grupul adolescentelor a fost de 38,3±2,6 săptămâni de amenoree, vs 39,1±1,9 săptămâni de amenoree în grupul de comparație (p<0,01).

Mai multe studii au identificat vârsta tânără maternă ca un factor de risc important pentru nașterea pretermen [3, 27], comparativ cu femeile de vârstă reproductivă [15]. Incidență mare a nașterilor premature duce la creșterea numărului noi-născuților imaturi. Mulți autori au raportat o asocierie între sarcină, adolescență și nașterea prematură [8]. În studiul prezent nașterea prematură la pacientele din grupul studiat are o frecvență de 13,8±2,7% vs 7,6±1,6% de cazuri (OR =1,9 (1<OR<3,8), RR=1,5 (1,06<RR<2,05), p<0,05, $\chi^2=3,9$). Repartizând pacientele după termenul de gestație, am constatat că rata nașterii premature are o frecvență mai mare la 32-36 de săptămâni - 27 (17±3,1%) vs 16 (5,5±1,3%) (OR=3,5 (1,7<OR<7,1), RR= 1,93 (1,5<RR<2,5), p<0,001, $\chi^2=14,3$) (fig. 2).

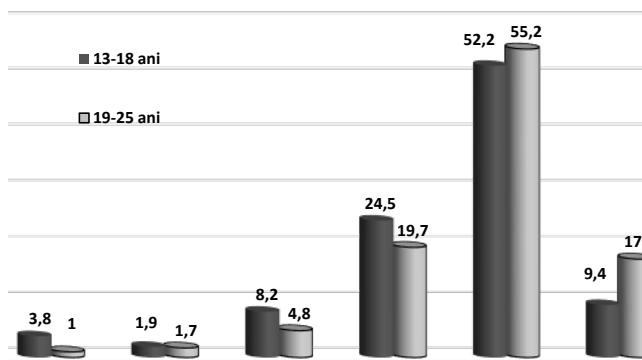


Figura 2. Repartizarea după termenul de gestație.

În urma analizei efectuate s-a observat că ponderea patologiilor extragenitale asociate sarcinii are o frecvență mai mare în grupul adolescentelor [15, 28]. Anemia s-a atestat în trimestrul al III-lea al sarcinii în 93,8±1,9% cazuri în grupul între 13-18 ani și 51,3±2,9% cazuri în grupul între 19-25 ani (OR=12,8 (6,6<OR<27,4); RR=71 (3,9<RR<12,4); p <0,001; $\chi^2=79$). Repartizând cazurile după gradul de severitate, am observat că anemia de gr I (77,3±3,3% vs 44,4±2,9%; p<0,001; $\chi^2=42,9$) și de gr II (14,8±2,8% vs 5,9±1,4%; p<0,01; $\chi^2=8,3$) are o frecvență mai vădită în rândul adolescentelor. În urma analizei cazurilor cu anemie, au fost constatate următoarele valori medii ale hemoglobinei – 104,9±14,7g/l în grupul de 13-18 ani și respectiv 109,5±15,6 g/l în grupul de 19-20 ani. Riscul crescut de anemie este și în conformitate cu concluziile mai multor studii recente [4, 15, 26].

Gestozele precoce au fost stabilite în 72 (45,3±3,9%) cazuri vs 90 (31,0 ± 2,7%) (OR=1,8 (1,2<OR<2,8), RR=1,5 (1,2<RR<1,9), p<0,01, $\chi^2=8,4$), dintre care cele grave au fost constatate în 15 (9,4±2,3%) vs 9 (2,1±0,8%) cazuri p<0,01. Gestozele tardive au fost determinate în 10 (6,3±1,9%) cazuri vs 16 (5,5±1,3%) cazuri, (p>0,05).

Hipertensiunea indusă de sarcină (HTAIS) în studiul nostru a fost prezentă în 7 (4,4±1,6%) cazuri în lotul de bază și în 18 (6,2±1,4%) cazuri în grupul martor.

Preeclampsie s-a atestat în 9 (5,7%±1,8) cazuri în grupul adolescentelor și în 12 (4,1±1,2%) cazuri în grupul de control. De menționat că în grupul adolescentelor, din 9 cazuri de preeclampsie diagnosticate, în 5 (3,1±1,4%) cazuri vs 10 (3,5±1,1%) cazuri, în grupul de control, au avut forma ușoară și în 4 (2,5±1,2%) cazuri forma severă vs 2 (0,7±0,7%) cazuri în grupul de control. Mai multe studii de specialitate nu relevă un risc crescut pentru dezvoltarea preeclampsiei în rândul adolescentelor [9,10, 12, 13].

În studiul de față stările hipertensive nu au avut o influență vădită asupra variabilității evoluției sarcinii la adolescente în comparație cu femeile de vârstă mai înaintată, loturile de studiu încadrându-se în același interval, calculele de diferențiere statistică fiind ne semnificative, (p>0,05). Lipsa diferenței statistice în grupurile studiate se explică prin neefectuarea analizei mai detaliate după vârstă.

În grupurile studiate s-a observat persistența unui substrat infecțios, care precedă nașterea. Se atestă o tendință de creștere a frecvenței antecedentelor infecțioase atât ale tractului urinar: pielonefrită în 44,7±3,9% vs 27,2±2,6% cazuri (OR=2,2 (1,4<OR<3,3), RR=1,6 (1,3<RR<2,1), $\chi^2=13,2$, p<0,001); ale tractului respirator (IRVA/bronșită) 12,6±2,6% vs 6,2±1,4 (OR=2,2 (1,1<OR<4,2), RR=1,5 (1,1<RR<2,2), p<0,05, $\chi^2=4,6$), cât și ale căilor genitale 51,6±4,1% vs 28,6±2,7% (OR=2,6 (1,8<OR<4,0), RR=1,8 (1,4<RR<2,3), p<0,001, $\chi^2=23,2$). Corioamnionita s-a observat în 18(11,3±2,5%) cazuri în grupul adolescentelor gravide și în 13 (4,5±1,2%) cazuri în grupul femeilor mature (OR=2,7 (1,3<OR<5,7), RR=1,7 (1,2<RR<2,4), p<0,05, $\chi^2=6,4$). Infecțiile căilor genitale în rândul adolescentelor însărcinate au un aport considerabil în apariția complicațiilor pe parcursul sarcinii (RPPM, nașterea prematură) și perioadei postpartum (complicațiile septico-purulente), ceea ce impune necesitatea atenției sporite asupra sănății oportune a căilor de naștere. Caracteristica patologiilor asociate sarcinii este prezentată în figura 3.

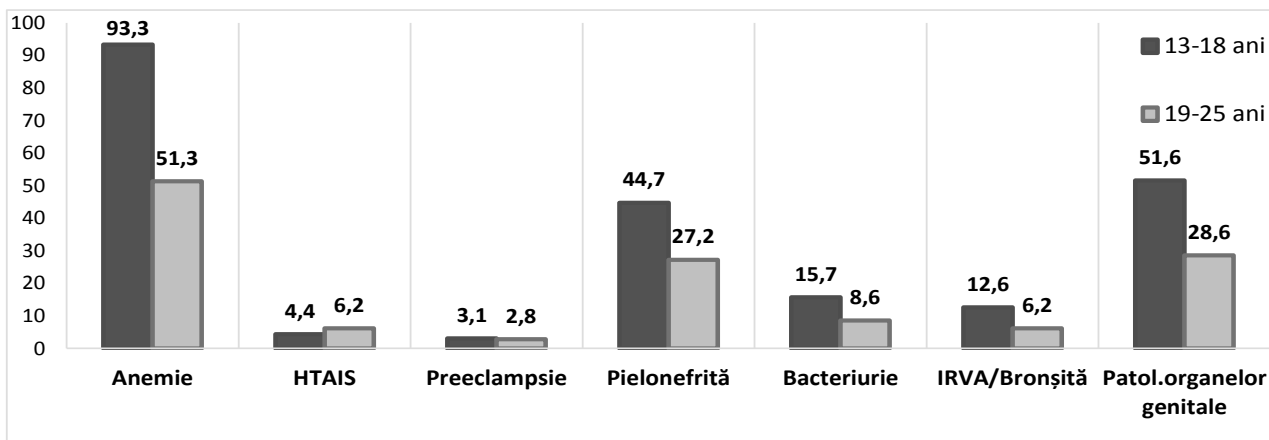


Figura 3. Datele privind patologia asociată sarcinii.

Datele unor savanți cu privire la modul de naștere diferă în mod vădit. Conform studiilor recente, adolescente le au mai multe șanse de a avea o naștere vaginală normală [11, 12, 15]. Nașterea în studiu efectuat s-a produs fiziologic, pe cale vaginală în 134 (84,3%±2,9) cazuri vs 245 (84,5±2,1%), dintre care asistate au fost 13 (9,7± 2,6%) vs 26 (10,6±2,1%), $p>0,05$), ce nu are semnificație în pivița modalității de a naște, dar totuși unii autori au raportat o rată mai mare de nașteri asistate în cazul adolescentelor [1, 11]. Durata medie a travaliului în grupul adolescentelor a fost 7 h 59 min ± 4h 28 min., ceea ce nu diferă de la durata medie a nașterilor la femeile mature, care a constituit respectiv 7 h 50 min ± 4 h 25 min.

Distribuirea cazurilor în funcție de complicațiile materne a evidențiat următoarele aspecte: având în vedere imaturitatea biologică a organismului tânăr, și că dimensiunile bazinului osos nu întotdeauna ating mărimile finale (la 10-15% se constată bazin strâmtat [29]), în studiul efectuat de noi bazinul anatomic strâmtat s-a constatat în 12 (7,6±2,1%) cazuri vs 3 (1,0±0,6%), $p<0,05$. Hipochinezia uterină a avut loc în 57 (35,9±3,8%) cazuri vs 93 (32,1±2,7%) de cazuri

și, ca urmare, stimularea travaliului a fost efectuată în 39 (24,5±3,4%) vs 79 (27,2±2,6%) cazuri, $p>0,05$. Traumatismul obstetrical matern s-a înregistrat în 141 (88,7±2,5%) vs 269 (92,8±1,5%) cazuri, ($p>0,05$), datele analizate nu au avut diferență semnificativă.

Analizând frecvența operațiilor cezariene în rândul adolescentelor, am observat că operația cezariană a fost efectuată în 25 (15,7±2,9%) cazuri la adolescente și, respectiv, în 45 (15,5±2,1%) cazuri la femeile mature, fiind condiționată de următorii factori: bazin anatomic strâmtat în (5 (3,1±1,4%) vs 1 (0,3±0,3%)), decolarea prematură a placentei normal inserate (2 (1,2%) vs 1 (0,3%) cazuri), hipoxie acută intrauterină a fătului (5 (3,1±1,4%)) vs 7 (2,4±0,9%)), insuficiența forțelor de contracție (5 (3,1±1,4%) vs 11 (3,7±1,1%)), prezența pelviană (5 (3,1±1,4%) vs 12 (4,1±1,2%)) cazuri și în 2 cazuri prezența transversă a fătului în grupul adolescentelor. Datele din studiul nostru sunt în conformitate cu datele unor savanți, care explică procentul mic al operațiilor cezariene prin incidența mai mare a nou-născuților cu greutatea mai mică la naștere [15] în rândul adolescentelor. Alți autori au arătat riscul crescut al terminării sarcinii prin operație cezariană în rândul acestui grup de gravide [1, 2, 11] (fig.4).

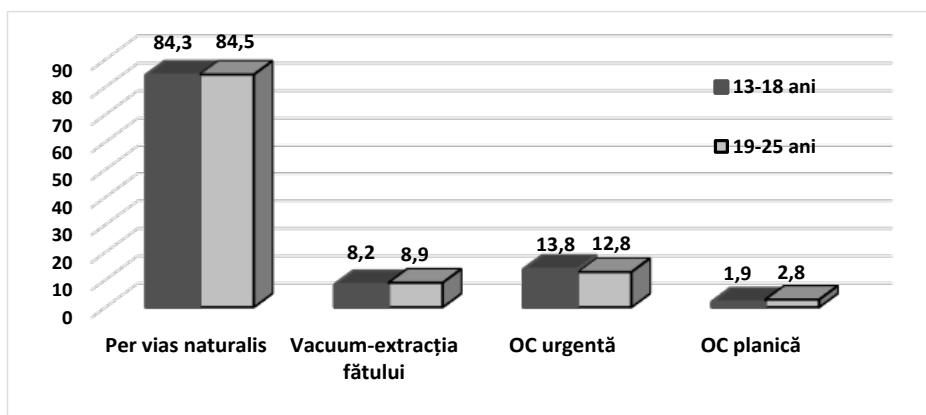


Figura 4. Datele privind modalitatea nașterii la grupurile investigate.

Numărul total de copii născuți de adolescente a fost de 159 și, respectiv, în lotul martor de 290 nou-născuți. Nou-născuții au fost înregistrați cu greutate medie la naștere de 3027 ± 638,9 g, masa minimală fiind de 586 g, în grupul adolescentelor și de 3285 ± 522,8 g, masa minimală fiind 1385 g în grupul martor ($p<0,01$). Este cunoscut faptul că mamele adolescente (în special acele sub 14 ani) prezintă un risc mai mare de a naște un copil subponderal. În studiul de față masa mică a nou-născuților (<2500 g) a fost prezentă în 24 (15,1±2,85%) vs 20 (6,9±1,5%) cazuri (OR=2,4 (1,2<OR<4,8), RR=1,6 (1,2<RR<2,2), $p<0,05$, $x_2=6,9$), ceea ce coincide cu datele din literatura de specialitate [15].

S-a observat, că adolescentele au un risc redus de a

naște copii cu greutatea sporită la naștere: 5 (3,1±1,4%) vs 21 (7,2±1,5%), (OR=0,4 (0,1<OR<1,1), RR=0,5 (0,2<RR<1,2), $p<0,05$, $x_2=2,5$).

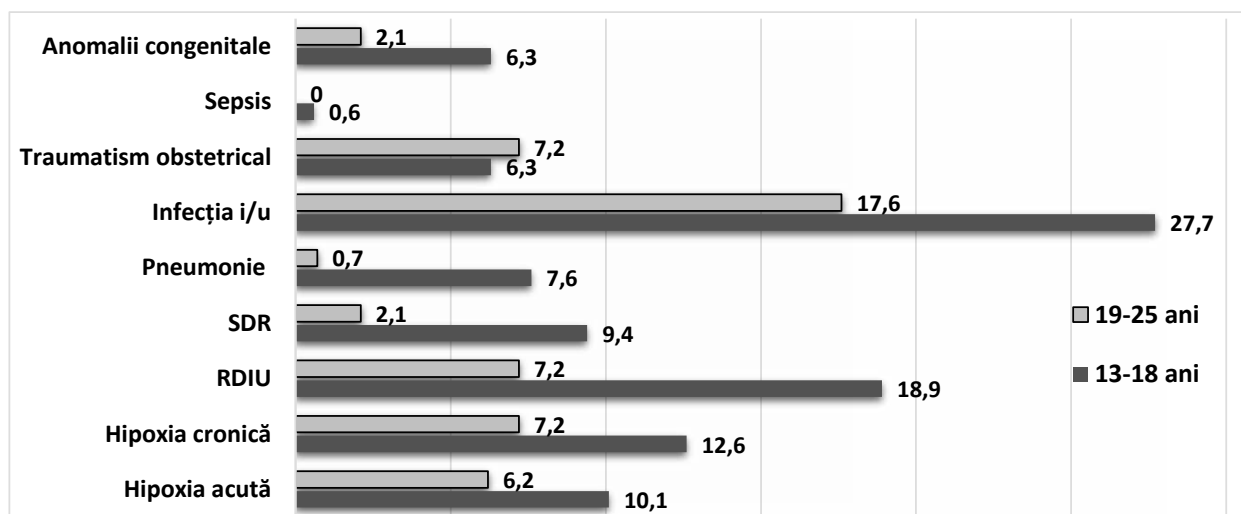
Aprecierea stării nou-născuților în perioada neonatală imediată s-a efectuat cu ajutorul scorului Apgar. Astfel, copiii născuți de adolescente au fost apreciați cu un scor Apgar, la 1 minut de viață, de 7 puncte și mai mic în 73 (45,9±4,1%) de cazuri vs 99 (34,1±2,8%) de cazuri (OR=1,6 (1,1<OR<2,3), RR=1,4 (1,1<RR<1,8), $p<0,01$, $x_2=5,5$); și la al 5-lea minut în 14 (8,8±2,2%) vs 6 (2,1±0,8%) cazuri (OR=4,6 (1,6<OR<14,8), RR=2,1 (1,5<RR<2,8), $p<0,001$, $x_2=9,4$).

Printre complicațiile depistate la nou-născuți a fost prezentă hipoxia intrauterină a fătului, RDIU, traumatismul obstetrical și anomaliile de dezvoltare.

Nivelul scăzut al secreției de estrogeni și progesteron

în perioada preconcepțională, determină formarea hipoxiei și RDIU al fătului [29]. Noi am stabilit că hipoxia intrauterină a fătului a fost prezentă în 36 (22,6±3,3%) cazuri în grupul de studiu și în 39 (13,5±2,0%) cazuri în grupul martor (OR=1,9 (1,1<OR<3,1), RR=1,5 (1,1<RR<1,9), p<0,05, x²=5,6). S-a observat o pondere frecventă a RDIU în rândul adolescentelor – 30

(18,9±3,1%) cazuri și respectiv 21 (7,2±1,5%) cazuri la femeile mature (OR=3,1 (1,6<OR<5,4), RR=1,8 (1,4<RR<2,4), p<0,001, x²=12,7). Având în vedere evidența prenatală precară a adolescentelor, s-a atestat un număr crescut de anomalii congenitale la acest grup de paciente – 10 (6,3±1,9%) vs 6 (2,1±0,8%), (OR=3,2 (1,0<OR<10,8), RR=1,8 (1,2<RR<2,7), p<0,05, x²=4,2)

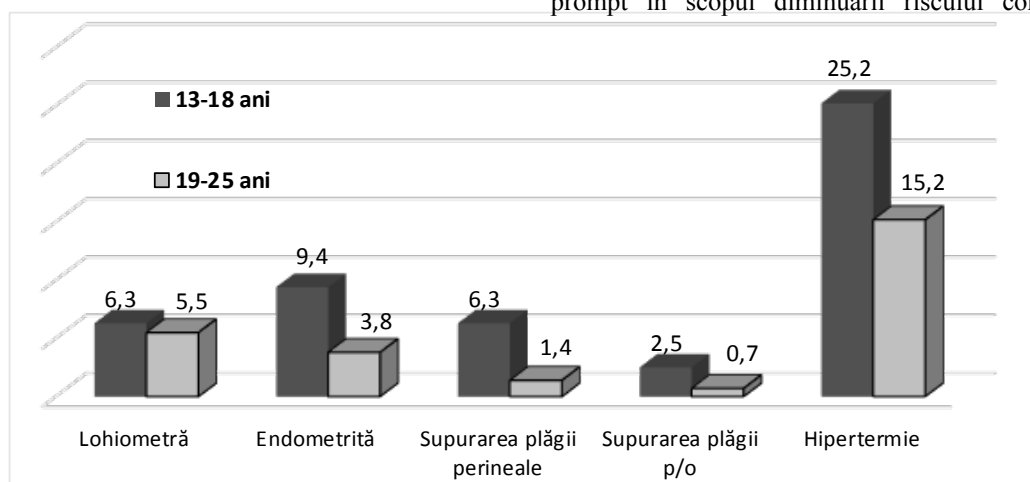


(fig.5).

Figura 5. Complicațiile neonatale.

Având în vedere frecvența infecției puerperale în rândul adolescentelor, am observat că, printre lăuzele adolescente s-a constatat de 2 ori mai frecvent hipertermie – 40 (25,2±3,4%) cazuri în comparație cu lăuzele de vârstă adultă – 44 (15,2±2,1%) cazuri, (OR=1,9 (1,2<OR<3,0), RR=1,5 (1,1<RR<1,9), p<0,05, x²=6,1). Complicațiile septico-purulente au fost diagnosticate în

28(17,6±3%) de cazuri vs 17(5,9±1,4%) cazuri, (OR=3,4 (1,8<OR<6,5), RR=1,9 (1,5<RR<2,5), p<0,001, x²=14,4), dintre care endometrita – în 15 (9,4±2,3%) vs 11 (3,8±1,1%) cazuri, (OR=2,6 (1,2<OR<5,9), RR=1,7 (1,2<RR<2,4), p<0,05, x²=5,0). Într-un caz, la o parturientă în vârstă de 16 ani, nașterea s-a complicat cu peritonită cu stare septică și extirparea uterului. Aceste date impun necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc ai apariției infecțiilor puerperale pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului complicațiilor



septice în rândul adolescentelor (fig.6).

Figura 6. Complicațiile postnatale la grupurile studiate.

Adolescență este o fază distinctă și dinamică în dezvoltarea individului. Este o perioadă de tranziție

de la copilărie la perioada de adult fiind caracterizată de o creștere a schimbărilor fizice, mentale, emoționale și sociale. Sarcina are consecințe majore asupra sănătății fetei deoarece problemele de sănătate sunt mult mai

probabile în cazul în care concepția apare la adolescență prea curând după atingerea pubertății, are loc apariția așa numitei sarcini neașteptate sau aleatorii. Termenul „sarcină aleatorie”, subliniază caracteristici esențiale: neplanificată, nedorită, lipsa pregătirii psihoemoționale către maternitate, schimbarea bruscă a statutului social și planurilor de viitor.

În ceea ce privește sarcina și nașterea în adolescență trebuie subliniat faptul că aspectele psihologice și sociale legate de sarcină la această vârstă reprezintă o problemă de sănătate publică mai importantă decât eventualele complicații obstetricale.

De aceea adolescența este o perioadă critică a cărei influență se va răsfrânge pe tot parcursul vieții în privința sănătății reproductive și bunăstării individului [21].

Concluzii:

Datele studiului ne arată că în republica Moldova, până în prezent este un nivel stabil ridicat a nașterilor la adolescente, constituind 57,4% în anul 2013.

Analizând nașterile la adolescente în studiul dat, s-a constatat că vârsta medie a fost 17,04 de ani, având un risc crescut de dezvoltare a complicațiilor materne ca: anemie (RR=71; p<0,001), gestoza precoce (RR=1,5; p<0,01), naștere prematură la 32-36 de s.a (RR=1,93; p<0,001), și complicații neonatale, ca: RDIU (RR=1,8; p<0,001) și masa mică la naștere (RR=1,6; p<0,05), în comparație cu femeile adulte.

Menționăm frecvența crescută a complicațiilor septico-purulente în perioada post-partum în rândul adolescentelor - 17,6% vs 5,9% cazuri (RR=1,9, p<0,001), dintre care endometrită în 9,4% vs 3,8% cazuri (RR=1,7, p<0,05). Astfel, se impune necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc în apariția infecțiilor puerperale pentru a acționa prompt în scopul diminuării riscului complicațiilor septice în rândul adolescentelor

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. **Berghella V., Baxter J.K., Hendrix N.W.** Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3):CD007235.
4. **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.
5. **Chapman M.V. & Shepherd L.** (2008, October). Study on the incidence of teen pregnancy and childbearing in West Virginia. Charleston, WV: WV Perinatal Partnership.

6. **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.
7. **Darroch J.E., Landry D.J., Oslak S.** Age differences between sexual partners in the United States. *Fam Plann Perspect.* 1999; 31: 160–167.
8. **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.
9. **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]
10. **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]
11. **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]
12. **Gupta N., Kiran U., Bhal K.** Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137:165–71. [Medline]
13. **Hamilton B.E., Ventura S.J.** 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.
14. **Hudson D.B., Elek S.M., & Campbell-Grossman C.** (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35, 445 – 453.
15. **Jolly M.C., 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].
16. **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.
17. **Kirby D.** Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
18. **Lehana T.V. & van Rhyn L.** (2003). A phenomenological investigation of experiences of pregnancy by unmarried adolescents in Maseru. *Health SA Gesondheid*, 8 (1), 26 – 38.
19. **Manzini N.** Sexual initiation and child-bearing

- among adolescent girls in Kwa Zulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters* 2001; 9 (17): 44–52.
20. **Maryam K., Ali S.** Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc.* 2008; 58:541-4.
 21. **Mehta S., Groenen R., Roque F.** United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). *Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region.* Retrieved July 7, 2006.
 22. **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.
 23. **Munteanu I.** *Tratat de obstetrică, ediția a II-a,* Editura Academiei Române; 2006. p. 913-914.
 24. **Olausson P., Haglund B., Weitoft G.R., Cnattin-gius S.** Teenage childbearing and long-term socio-economic consequences: a case study in Sweden. *Fam Plann Perspect.* 2001 Mar-Apr; 33 (2):70-4.
 25. **Okpani A., Okpani J.** Sexual activity and contraceptive use among female adolescents – a report from Port Harcourt, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2000; 4 (1): 40–7.
 26. **Raatikainen K., Heiskanen N., Verkasalo P.K., et al.** Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J. Public Health* 2006; 16:157–61. [Abstract/FREE Full text]
 27. **Shennan A. H., Bewley S.** Why should preterm births be rising? *BMJ.* 2006;332:924-925.
 28. **Smith G. CS.** Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184:489–496. [PubMed]
 29. **Van der Klis K. A., Westenberg L., Chan A., Dekker G., Keane R.J.** Teenage pregnancy: trends, characteristics and outcomes in South Australia and Australia. *Aust NZJ Public Health* 2002 Apr. 26 (2):125-131.
 30. **Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдукова И.Р.** К вопросу о родах у юных первородящих. Материалы и тезисы докладов 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии». СПб., 1998; 180–2.