

COMPARATIVE ANALYSIS OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS AND WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

F.F.Mukhammedova¹ 

1. Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

Abstract.

Relevance: The problem of teenage pregnancy retains its medical and social significance on a global scale. The gestational process in adolescence occurs against the background of physiological and psychosocial immaturity, which predisposes to the development of a wide range of obstetric and perinatal complications. A comparative analysis of the features of the course of pregnancy and childbirth in this age cohort is necessary for the development of targeted preventive measures. **The aim of the study** was to conduct a comparative assessment of the structure, frequency and nature of obstetric and perinatal complications in pregnant adolescents in comparison with women of optimal reproductive age. **Materials and methods:** A retrospective cohort study was conducted at the maternity hospital No. 3 in Samarkand. 190 medical records of women in labor were analyzed, which formed two groups: the main group (n=95) – patients aged 13-19 years and the control group (n=95) – women 20-30 years. Clinical and statistical methods of analysis were used to assess the significance of the differences (criterion χ^2 , Student's t-test at $p<0.05$). **Results:** A statistically significant prevalence of gestosis in the main group (33.7% vs. 18.9%; $p<0.05$), anemia of pregnant women (56.8% vs. 34.7%; $p<0.01$), premature birth (22.1% vs. 9.5%; $p<0.05$) and surgical delivery by cesarean section (37.9% vs. 22.1%; $p<0.05$). Perinatal outcomes in adolescents were characterized by a higher birth rate of children with low body weight (<2500 g) – 27.3% versus 9.5% ($p<0.01$) and reduced Apgar scores at 1 minute (36.8% versus 18.9%; $p<0.05$). **Conclusions:** Pregnancy in adolescence is a model of high reproductive risk, which is confirmed by a significant increase in the frequency of major obstetric and perinatal complications. The data obtained dictate the need to introduce differentiated protocols for follow-up of young pregnant women, providing for a multidisciplinary approach, enhanced monitoring of the fetoplacental system and active prevention of alimentary-dependent conditions.

Key words: teenage pregnancy, obstetric complications, perinatal outcomes, gestosis, anemia, premature birth, cesarean section, juvenile age.

Введение. Репродуктивное здоровье подросткового населения представляет собой стратегически важный ресурс и индикатор социального благополучия общества [1]. Согласно позиции Всемирной организации здравоохранения, оптимальным периодом для реализации детородной функции является возрастной диапазон 20–30 лет, когда организм женщины достигает физиологической и психологической зрелости [2]. Отклонение от данных биологических норм, в частности наступление беременности в ювенильном периоде, ассоциировано с повышенными рисками для здоровья как матери, так и плода.

Этиопатогенез осложнений гестации у подростков носит мультифакториальный характер. Ключевыми предрасполагающими элементами выступают физиологическая незрелость гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, незавершенность процессов роста и развития организма матери, конкурентные взаимоотношения между метаболическими потребностями растущего организма подростка и развивающейся фетоплацентарной единицы [3]. Значительный вклад вносят социально-экономические детерминанты: низкий уровень образования, недостаточная медицинская грамотность, ограниченный доступ к средствам контрацепции и дородовому наблюдению, а также распространенность практики ранних браков в ряде регионов [4].

Несмотря на признание данной проблемы на международном уровне, актуальность проведения локальных популяционных исследований сохраняется, что обусловлено вариабельностью социально-гигиенических условий, этнокультуральных особенностей и организации системы здравоохранения.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ частоты и структуры акушерских и перинатальных осложнений у беременных подростков г. Самарканда в сравнении с женщинами оптимального репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретроспективный когортный анализ. Исследование выполнено на клинической базе родильного комплекса №3 г. Самарканда. Путем сплошной выборки за 2023–2024 гг. были отобраны истории родов 190 пациенток, которые в зависимости от возраста были распределены на две группы:

Основная группа ($n=95$): беременные ювенильного возраста (13–19 лет). Средний возраст в группе составил $18,2 \pm 0,2$ года.

Группа контроля ($n=95$): женщины оптимального репродуктивного возраста (20–30 лет). Средний возраст – $25,4 \pm 1,3$ года.

Критерии включения в исследование: одноплодная беременность, наличие информированного согласия на обработку персональных данных. Критерии исключения: многоплодная беременность, тяжелая экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, врожденные аномалии развития матки.

Для достижения цели работы проводился анализ частоты и структуры следующих параметров:

1. Акушерские осложнения: гестоз (и его тяжелые формы), анемия беременных (легкой, средней и тяжелой степени), угроза прерывания беременности, преждевременные и запоздалые роды, патология прелиминарного периода, аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация).

2. Показатели родоразрешения: метод родоразрешения (своевременные роды через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение – кесарево сечение).

3. Перинатальные исходы: масса тела новорожденного, частота рождения детей с низкой массой тела (<2500 г) и очень низкой массой тела (<1500 г), оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах.

Результаты и их обсуждение.

Социально-демографическая характеристика исследуемых групп

Анализ социального статуса пациенток выявил существенные межгрупповые различия. В основной группе преобладали подростки без определенного вида деятельности (90%), в то время как учащиеся средних учебных заведений составили 10%. В группе контроля социальная структура была диверсифицирована: домохозяйки – 56,67%, студентки средних и высших учебных заведений – 26,67%, рабочие – 16,67%. Выявленные социальные характеристики коррелируют с данными литературы, указывая на связь подростковой беременности с низким социально-экономическим статусом и ограниченными образовательными перспективами [4].

Сравнительный анализ акушерских осложнений

Структура и частота акушерской патологии имела достоверные различия между группами.

Гестоз был диагностирован у 32 (33,7%) пациенток основной группы, при этом тяжелая форма (преэклампсия) наблюдалась у 9 (9,5%). В группе контроля гестозы зафиксированы у 18 (18,9%) женщин, с тяжелым течением – у 4 (4,2%).

Полученная разница статистически значима ($p<0,05$). Патофизиологической основой более высокой частоты гестозов у подростков считается морфофункциональная неготовность эндотелия сосудов и несовершенство процессов адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузкам гестационного периода [3].

Анемия беременных была ведущим экстрагенитальным осложнением в основной группе, выявлена у 54 (56,8%) подростков, из них анемия средней и тяжелой степени – у 27 (28,4%). В контрольной группе анемия диагностирована у 33 (34,7%) женщин, при этом лишь у 10 (10,5%)

– средней и тяжелой степени ($p<0,01$). Высокая распространенность анемии у юных беременных объясняется сочетанием алиментарного дефицита железа, фолиевой кислоты на фоне нерационального питания и повышенной потребности в микронутриентах в связи с продолжающимся ростом организма матери [5].

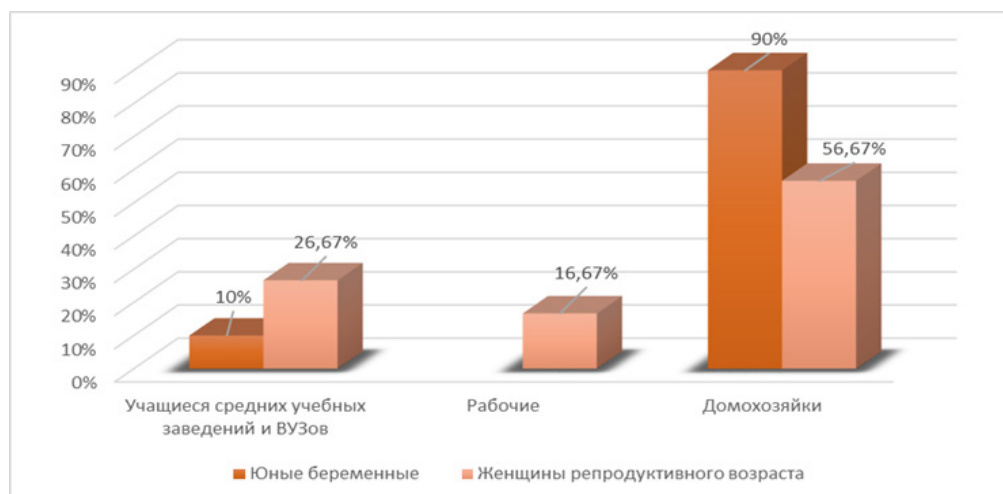


Рисунок-1.1. Социальная структура женщин основной и контрольной групп

Преждевременные роды зарегистрированы у 21 (22,1%) подростка и у 9 (9,5%) женщин контрольной группы ($p<0,05$). Повышенный риск досрочного прерывания беременности связывают с незрелостью рецепторного аппарата матки, частыми инфекциями мочеполовой системы и высокой стрессовой нагрузкой.

Нарушения объема околоплодных вод (маловодие) встречались у подростков в 2,3 раза чаще (14,7% против 6,3% в контроле), что может служить маркером хронической плацентарной недостаточности.

Анализ показателей родоразрешения

Сравнительный анализ интранатального периода также выявил ряд значимых отличий.

Слабость родовой деятельности была диагностирована у 28 (29,5%) юных рожениц против 14 (14,7%) в группе контроля.

Частота оперативного родоразрешения (кесарево сечение) в основной группе была достоверно выше: 36 случаев (37,9%) против 21 (22,1%) в контрольной группе ($p<0,05$). Рост числа абдоминальных родоразрешений в подростковой когорте обусловлен как объективными акушерскими показаниями (тяжелый гестоз, гипоксия плода, клинически узкий таз), так и субъективными факторами, включая функциональную незрелость миометрия и низкую толерантность к болевому стрессу.

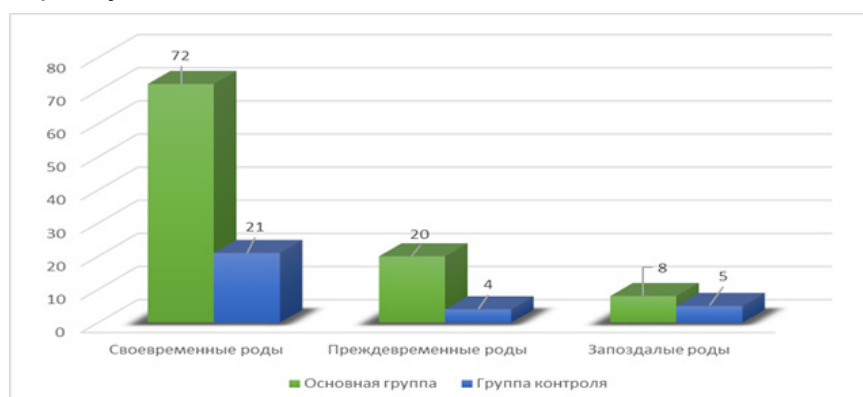


Рисунок-1.2. Сроки родоразрешения у юных беременных

Оценка перинатальных исходов

Перинатальные результаты были менее благоприятными в группе подростков.

Средняя масса новорожденных, рожденных юными матерями, составила 2700 ± 400 г, что было достоверно ниже ($p<0,01$), чем в контрольной группе (3100 ± 350 г).

Низкая масса тела при рождении (<2500 г) зафиксирована у 26 (27,3%) новорожденных от подростков, в то время как в контроле данный показатель составил 9 (9,5%) ($p<0,01$).

Оценка по шкале Апгар ≤ 7 баллов на 1-й минуте констатирована у 35 (36,8%) новорожденных в основной группе и у 18 (18,9%) – в группе контроля ($p<0,05$). Указанные данные отражают кумулятивное влияние осложненного течения беременности и родов на состояние плода и адаптационный потенциал новорожденного.

Вывод. Проведенное сравнительное исследование убедительно демонстрирует, что беременность и роды в подростковом возрасте сопряжены со значительным увеличением риска развития широкого спектра акушерских и перинатальных осложнений. У пациенток ювенильной группы достоверно чаще регистрируются гестозы, анемия, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности и необходимость в оперативном родоразрешении. Перинатальные исходы характеризуются более высокой частотой задержки роста плода и рождения детей в состоянии асфиксии.

List of references

- [1] WHO. Adolescent pregnancy. Factsheet. Geneva: World Health Organization; 2023.
- [2] Bearak J., Popinchalk A., Alkema L., Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in adolescent pregnancy 1990 to 2020: a systematic analysis // The Lancet Global Health. – 2022. – Vol. 10(4). – P. e529–e539.
- [3] Поляков А.А., Соловьева И.Н. Акушерские осложнения при беременности у подростков // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 4. – С. 23–27.
- [4] Зияева Ш.М., Расулова Д.М. Перинатальные исходы у беременных подростков // Журнал репродуктивной медицины. – 2022. – Т. 3(7). – С. 45–48.
- [5] Алимова Д.Ф., Исломова Г.М. Особенности течения беременности у подростков // Медицинский вестник Узбекистана. – 2020. – № 1(89). – С. 61–65.