

YENİYETMƏ HAMİLƏLİKDƏ ANTENATAL QULLUQ VƏ DOĞUŞUN APARILMA TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİ

C.F. Gurbanova¹, A.F. Əmirova¹, M.N. Abdullayeva², E.K. Babayeva³

¹Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, ²4 saylı Qadın Məsləhətxanası, ³2 nömrəli Bakı Baza Tibb Kolleci, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *yeniyyətə hamiləlik, yüksək risk qrupu, antenatal qulluq, doğuş, ağırlaşmalar, proqnoz*

Yeniyyətə hamiləliyi təkcə tibbi problem deyil, həm də sosial problemdir. İnkişaf etmiş ölkələrdə onun yayılması hər 1000 yeniyyətə üçün 12 hadisəyə çatır; Rusiyada bu rəqəm 8-9 dəfə çoxdur. ÜST-nin məlumatına görə, hər il 15-19 yaşlı təxminən 16 milyon qız uşaq dünyaya gətirir ki, bu da dünya üzrə bütün doğuşların 11%-ni təşkil edir. Bu halların 95 faizi aşağı və orta gəlirli ölkələrdə baş verir. Milli və dini ənənələr yeniyyətlərin hamiləlik hallarına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərir; İslam ölkələrində əhəmiyyətli dərəcədə az yayılmışdır. Statistika göstərir ki, qızlarda hamiləliklərin 30%-ə qədər abortla, 14%-i abortla, 56%-i isə doğuşla başa çatır. Yetkinlik yaşına çatmayanların üçdə ikisi nikahdankənar uşaq dünyaya gətirir. Sosial vəziyyətinə görə xəstələrin 72%-i məktəbdə oxuyur, peşə məktəbində oxuyur və ya evdar qadındır [1,2].

Yeniyyətlərdə hamiləliyin səbəbləri. Qız uşağında mayalanma üçün fizioloji qabiliyyəti ilk menstruasiyadan (menarxe) sonra başlayır. Ancaq erkən hamiləliyin əsl səbəbləri bioloji deyil, sosialdır. Təhlükəli amillər ölkədən ölkəyə dəyişir və əsasən iqtisadi inkişaf səviyyəsi, təhsil və tibbi xidmət təcrübəsi, yerli norma və ənənələr ilə müəyyən edilir.

Yeniyyətlərin hamiləliyinə aşağıdakı amillər təsir göstərir: cinsi təhsil və maarifləndirmə yetərincə olmaması. Yeniyyətlər qorunmayan cinsi əlaqənin nəticələrini və kontrasepsiya ehtiyacı və qaydaları haqqında tam məlumatlı deyillər. Bu, məktəblilər üçün məqsədyönlü cinsi maarifləndirmə proqramlarının olmaması, valideynlərin antisosial həyat tərzi ilə bağlıdır. Cinsi azadlıq - 20 yaşından əvvəl ilk cinsi təcrübəni yaşanmasına spirtli içkilərin, narkotiklərin və mediada açıq cinsi səhnələrin mövcudluğu təsir edir. Araşdırmalara görə, cinsi səhnələri olan televiziya şoularına və filmlərə baxan yeniyyətlərin erkən hamiləlik riski ikiqat artır. Kontrasepsiya qərəzi - Cəmiyyətdə kişi baryer kontraseptivlərindən istifadənin həzzi azaldır və münasibətlərin romantik keyfiyyətinə təsir etdiyinə dair davamlı bir stereotip

davam edir. Nəticədə bəzi qızlar və gənc qadınlar partnyorlarını itirməkdən qorxaraq onlardan qoruyucu vasitə tələb etməkdən çəkinirlər. Cinsi zorakılıq -15 yaşından kiçik hamilə yeniyyətlərin təxminən 10%-i ilk cinsi əlaqənin məcbur edildiyini bildirir. Cinsi əlaqəyə məcbur etmək çox vaxt qızın mənfi sosial mühitə məruz qalmasından qaynaqlanır; daha az halda romantik bir əlaqəni bitirməklə təhdid edən bir tərəfdaş tərəfindən şantaj elementidir. Zəif sosial-iqtisadi vəziyyət - Bu amil aşağı gəlirli ölkələrdə ən mühüm amillərdən biridir. Bəzi yeniyyətlər üçün analıq müavinəti və uşaq müəyyən yaşa çatana qədər verilən sosial yardımlar erkən ana olmaq üçün əhəmiyyətli stimül, bəzən isə yeganə gəlir mənbəyinə çevrilir. Bu amillərdən bəziləri xüsusilə işsizliyin yüksək olduğu, təhsil və səhiyyə xidmətlərinin əlçatmaz olduğu və gəlirlərinin aşağı olduğu yoxsul ölkələrdə aktualdır. Bununla belə, inkişaf etmiş ölkələrdə erkən hamiləlik hallarının artması mövcud dövlət siyasətinin çatışmazlıqlarını və bu problemin həllinə yönəlmiş məqsədyönlü səylərin olmadığını nümayiş etdirir [3-5].

Yeniyyətə hamiləliyinin inkişafı ümumiyyətlə normal hamiləlik ilə eyni mexanizmlərə əsaslanarsa da, hamiləlik dövrünün və doğuşun gedişatına təsir edən bir sıra xüsusiyyətlərə malikdir. Bu xüsusiyyətlər ilk növbədə reproduktiv orqanların və endokrin sistemlərin funksional yetişməməsi ilə əlaqədardır. Hamiləliyin ağırlaşmaları daha çox yeniyyətləlik dövründə baş verir və doğuş travması riski artır. Yeniyyətlərdə hamiləliyin başlanması cinsi və somatik yetişmə proseslərini sürətləndirir - çanaq sümüyünün ölçüsü 16-18 yaşlı qızlar üçün xarakterik olana qədər artır. Bu, bağ aparatının kifayət qədər hidrofiliyi və elastikliyi ilə birlikdə sümük halqasını doğuş üçün daha uyğun edir.

Yeniyyətə hamiləliyin inkişafı proqnozlaşdırmaq və optimal idarəetmə strategiyalarını seçmək üçün bir sıra tibbi, fizioloji və sosial amilləri nəzərə alaraq yeniyyətə hamiləliyini sistemləşdirmək məsləhətdir. Bu təsnifat hamiləlik risklərini erkən müəyyən

etməyə, mümkün ağırlaşmaların qarşısını almağa və optimal doğuş variantını təyin etməyə imkan verir. Yeniyetmələrdə hamiləliyin təsnifatının əsas meyarları bunlardır [6,7]:

1. Menstruasiya yaşı (MY). Menarxenin vaxtından asılı olaraq hamilə yeniyetmələr menstruasiya yaşı 1 yaşa qədər, 2 yaşa və 3 yaşa qədər olan qruplara bölünür. MA nə qədər aşağı olsa, patoloji hamiləlik, doğuş və doğuşdan sonrakı dövr ehtimalı bir o qədər yüksəkdir.

2. Hamilə qadının yaşı. 9 yaşınadək yetkinlik dövrü sürətlənmiş qızlar "çox gənc primipar", 9-15 yaşlarında natamam cinsi yetkinlik dövründə olanlar "gənc primipar", 15-18 yaşlılar isə uşaq dünyaya gətirməyə hazır olan yeniyetmələr adlanır.

3. Sağlamlıq vəziyyəti. Yanaşı xəstəliklərin mövcudluğundan asılı olaraq kateqoriyalar fərqləndirilir: tamamilə sağlam hamilə yeniyetmələr, ekstragenital xəstəliklərdən əziyyət çəkən gənc hamilə qadınlar və hamiləlik fəsadları olan yeniyetmə qızlar.

4. Hamiləliyin yaranma halları. Sağlam və bütöv ailələrdən olan ilk dəfə hamiləlik arzusunda olan analar, disfunksiyalı və tək valideynli ailələrdən arzuolunmaz hamiləliyi olan gənc hamilə qadınlar və zorlama nəticəsində hamilə qalan yeniyetmələr arasında fərq qoyulur.

Yeniyetmələrdə Hamiləliyin Simptomları. Hamiləliyin əsas əlaməti menstruasiya dövrünün olmamasıdır, baxmayaraq ki, qeyri-müntəzəm menstrual dövrü olan qızlar bu simptomun əhəmiyyətini qeyridüzgün qiymətləndirə bilirlər. Mümkün hamiləliyin əlamətləri açıqlana bilməyən ürəkbulanma və qusma, dad və yemək seçimlərində dəyişikliklər, süd vəzilərin şişməsi və gilələrin həssaslığıdır. Uşaqlıq böyüdükcə sidiyə getmə istəyi artır, çəki artımı baş verir, qarın çevrəsi böyüyür. Yeniyetmə hamiləlikləri emosional qeyri-sabitlik, ağlağanlıq və isteriya daxil olmaqla, qəfil, kəskin əhval dəyişikliyi ilə xarakterizə olunur. Qızlar tez-tez yuxululuqdan, ümumi zəiflikdən və yorğunluqdan şikayət edirlər [8,9].

Yeniyetmə hamiləliyin fəsadları. Hamiləlik və doğuş yeniyetmələrin yetişməmiş bədənində ağırlıq stressini artırır. Bundan əlavə, son illərdə qızların fiziki və reproduktiv sağlamlığının əhəmiyyətli dərəcədə pisləşməsi müşahidə olunur: yeniyetmələrin 75-86% -i xroniki fiziki xəstəliklərdən əziyyət çəkir, 10-15%-i isə fertilliyə təsir edən genital patologiyalara malikdir. Nəticədə, yeniyetmə hamiləliklərində tez-tez ağırlaşmalar olur. Yetkinlik yaşına çatmayan hamilə qadınlar müalicəyə davamlı anemiyadan üç dəfə çox əziyyət çəkirlər. Hər iki qızdan birində

preeklampsiya inkişaf edir, bu, orta hesabla 12-14 gün əvvəl özünü göstərir və adətən orta və ya ağırdır. Eyni zamanda genital infeksiyaların olması səbəbindən yeniyetmələrdə ektopik hamiləlik riski də artır.

Menstruasiya yaşı 1-2 yaşa qədər olan hamilə qızlarda dölün hipoksiyası və dölün inkişaf ləngiməsi ilə müşayiət olunan fetoplasental çatışmazlıq daha çox rast edilir. Fetoplasental sistem tərəfindən qeyrikafi steroid ifrazı anormal doğuşa səbəb olur. Yeniyetmə hamiləliklərində spontan abort və vaxtından əvvəl doğuş riski artır. Hipoqlobulinemiya və faqositlərin qeyri-kafi ehtiyat qabiliyyəti immun çatışmazlığına səbəb olur ki, bu da hamiləlik və doğuşdan sonrakı dövrlərdə yoluxucu və iltihablı proseslərin artması ilə özünü göstərir [10].

Doğuşun gedişi birbaşa azyaşlının menstruasiya yaşından asılıdır. MY 1-2 yaşa qədər çanaq gəlişi halları ilə primipar qadınların 50-66%-də çanaq sümüyündə anatomik və ya funksional daralma müşahidə olunur; doğuş ilkin dövrdə spastik qeyri-müntəzəm sancılar, sürətli doğuş, doğuş fəaliyyətinin ilkin zəifliyi, yumşaq toxuma travması, ciftin patoloji yerləşməsi nəticəsində doğuşdan sonrakı hipotonik qanaxma ilə çətinləşir. MY 3 illik olan qızlarda tez və ya sürətli doğuş olur, doğuşun birincili zəifliyi və ya diskoordinasiyası, doğuş yollarının cırıqları, xüsusəndə aralıq və uşaqlıq boynunda olur. Yetkinlik yaşına çatmayanlarda doğuşdan sonrakı endometrit, uşaqlığın subinvolyusiya, hipoqalaktiya və aqalaktiya iki dəfə tez rast gəlinir [11].

Diaqnozun qoyulması yeniyetmə hamiləliyinin xarakterik xüsusiyyəti onun gec qoyulmasıdır, çünki qızların 35-55%-ə qədəri uşaq daşdığını bilmir və ya onu gizlədir. Yeniyetmələr tez-tez mama-ginekoloqa yalnız hamiləliyin sonuncu (3-cü trimestrdə) mərhələlərində müraciət edirlər və yetkinlik yaşına çatmayan hamilə qadınların 8-11%-i ümumiyyətlə qeydiyyatdan keçmir. Yeniyetmə qızda hamiləliyi qəti şəkildə təsdiqləmək üçün aparılır: ginekoloji kreslodə baxış, hamiləlik testi və USM. Sonoqrafiya, yeniyetmələrdə hamiləliyin etibarlı şəkildə təsdiqlənməsi üçün ən populyar və əlçatan üsuldur. Ultrasəs uşaqlıq boşluğunda olan döl, cift və membranları aşkar edir. Müntəzəm skrining hamiləliyin dinamik monitorinqə, fetometriya isə dölün inkişafının qiymətləndirilməsinə imkan verir. Genital traktın mümkün yoluxucu və iltihablı patologiyalarını istisna etmək üçün vaginal yaxmanın mikroskopiyası, bakterial mikrofloranın təyini, TORCH kompleksi, RIF, ELISA və PCR diaqnostikası aparılır. Sonradan, fetoplasental

çatışmazlıq əlamətlərinin erkən aşkarlanması üçün kardiotoqografiya (KTQ) tövsiyə olunur. Diferensial diaqnostikaya qarın boşluğunun və çanağın yenitörəmələri, uşaqlıq yolunun malformasiyaları, hipotalamo-hipofiz pozğunluqları, ilkin yumurtalıq çatışmazlığı, şəkərli diabet, hipotiroidizm və hipertiroidizmlə əlaqəli metabolik və endokrin pozğunluqlar və amenoreya ilə əlaqəli digər şərtlər daxildir. Göstərişlərdən asılı olaraq xəstəyə yeniyetmə pediatri, endokrinoloq, infeksiyolog, dermatoloq, nevropatoloq, neyrocərrah, psixoloq və psixiatr məsləhət verilir [12,13].

Yeniyetmə Hamiləliyində antenatal qulluq. Hamiləlik diaqnozu qoyulduqdan sonra yeniyetmə qız, onun ailəsi və tibb işçiləri uşağın doğuşunun müddətin məqsədəuyğunluğu, müvafiq idarəetmə planı və optimal doğuş metodu barədə qərar verməlidirlər. Bütün mümkün amilləri və hamilə qadının fikrini nəzərə alaraq mümkün həll yollarına bunlar daxildir: Hamiləliyin induksiya ilə dayandırılması. Qıza və onun ailəsinə məlumat verilməlidir ki, yeniyetməlik dövründə aparılan tibbi və ya cərrahi abort çox vaxt uşaqlıq yolunun travmatik zədələnməsi, reproduktiv orqanların iltihabı və reproduktiv dövrünün pozulması ilə çətinləşir. Belə xəstələrdə gələcəkdə düşük və sonsuzluq riski daha yüksəkdir. Yeniyetmə hamiləliyin dayandırılmasını israr edərsə, proseduru daha əvvəl yerinə yetirmək vacibdir. Təbii doğuşla hamiləliyin müddətinə qədər aparılması. Yeniyetmə hamilələrə qulluq standart protokollardan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmir və yaranan hər hansı bir ağırlaşmanın operativ şəkildə düzəldilməsini nəzərdə tutur. 90%-dən çox hallarda yeniyetmə qızlar uşaq dünyaya gətirə bilirlər. Hətta anatomik olaraq dar çanaq olsa belə, dölnün başının və ananın çanağının ölçüləri arasında klinik uyğunsuzluq xəstələrin yalnız 10% -də müşahidə olunur ki, bu da vaxtından əvvəl doğuşların tez-tez baş verməsi ilə əlaqələndirilir [14].

Yeniyetmə hamiləlik və Kesar kəsiyi əməliyyatı. Əməliyyatın aparılması qərarı hər bir hal üçün fərdi

olaraq qəbul edilir və xəstənin gənc yaşda olması vaxtında cərrahi müdaxiləyə maneə kimi qəbul edilməməlidir. Yeniyetmə qadınlarda operativ doğuş üçün göstərişlər yetkin qadınlarda olduğu kimidir. Konservativ terapiyaya davamlı doğuş anomaliyaları, kliniki dar çanaq və ya intrapartum dölnün hipoksiya əlamətləri aşkar edildikdə Kesar kəsiyi əməliyyatı aparılır.

Yeniyetmə hamiləyə antenatal qulluq edərkən, mama-ginekoloq həm hamiləliyin tibbi aspektlərinə, həm də həyat tərzinin dəyişdirilməsinə diqqət yetirir. Yeniyetmələr tez-tez qeyri-müntəzəm və balanssız qidalandıqları üçün balanslaşdırılmış qidalanma və qidalanma planının vacibliyi ilə bağlı maarifləndirmə işləri aparılır. Siqaret çəkmə, alkoqol və narkotik maddələrdən istifadə, cinsi yolla ötürülən infeksiyaların qarşısının alınması və qarşıdan gələn doğuşa psixoprofilaktik hazırlığın müzakirəsinə xüsusi diqqət yetirilir. Doğuş zamanı ağırlaşma riskinin artdığını nəzərə alaraq, hamilə yeniyetmələrin 37-39 həftəlik hamiləlik dövründə yüksək ixtisaslı məmərlik xəstəxanalarına yerləşdirilmələri tövsiyə olunur [15,16].

Yeniyetmə hamiləliyinin düzgün idarə edilməsi və optimal doğuş üsulunun seçilməsi ilə proqnoz əlverişlidir. Yeniyetmələrdə orta hamiləlik müddəti böyüklərdən daha qısadır, orta hesabla 37,9 həftədir. Adekvat tibbi yardımın göstərilməsi ağırlaşma riskini əhəmiyyətli dərəcədə azalda bilər. Profilaktik tədbirlər erkən cinsi fəaliyyətə, kontraseptiv vasitələrdən istifadəyə və məktəblilərə, xüsusən də risk qrupundan olan qızlara (asosial ailələrdə yaşayan və ya alkoqol və narkotik vasitələrdən istifadə edənlər) ünvanlı maarifləndirmə işinə yönəldilməlidir. Önemli məqamlarda biri odur ki, indiki uşaq və yeniyetmələrin reproduktiv sağlamlığı növbəti 10-15 il ərzində demografik proseslərə birbaşa təsir göstərəcəkdir. Bütövlükdə xalqın sağlamlığı və ölkənin demografik vəziyyətinin yaxşılaşması qızların və yeniyetmələrin reproduktiv potensialından asılıdır.

SUMMARY

Antenatal care and selection of delivery tactics in teenage pregnancy

J.F. Gurbanova¹, A.F. Amirova¹,
M.N. Abdullayeva², E.K. Babayeva³

¹Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, ²Women's Clinic No. 4, ³Baku Basic Medical College No. 2, Baku, Azerbaijan

РЕЗЮМЕ

Дородовое наблюдение и выбор тактики родоразрешения при подростковой беременности

Дж.Ф. Курбанова¹, А.Ф. Амирова¹,
М.Н. Абдуллаева², Э.К. Бабаева³

¹Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, ²Женская консультация № 4, ³Бакинский базовый медицинский колледж № 2, Баку, Азербайджан

Keywords: *teenage pregnancy, high-risk group, antenatal care, childbirth, complications, prognosis*

Ключевые слова: *подростковая беременность, группа высокого риска, дородовое наблюдение, роды, осложнения, прогноз*

With proper management of teenage pregnancy and the choice of the optimal method of delivery, the prognosis is favorable. The average gestational age in adolescents is shorter than in adults, averaging 37.9 weeks. Providing adequate medical care can significantly reduce the risk of complications. Preventive measures should be aimed at early sexual activity, the use of contraceptives, and targeted education of schoolchildren, especially girls from risk groups (those living in antisocial families or using alcohol and drugs). One of the important points is that the reproductive health of today's children and adolescents will directly affect demographic processes over the next 10-15 years. The health of the population as a whole and the improvement of the country's demographic situation depend on the reproductive potential of girls and adolescents.

При правильном ведении подростковой беременности и выборе оптимального метода родоразрешения прогноз благоприятный. Средний срок беременности у подростков короче, чем у взрослых, и составляет в среднем 37,9 недель. Оказание адекватной медицинской помощи позволяет значительно снизить риск осложнений. Профилактические меры должны быть направлены на раннее начало половой жизни, использование контрацептивов и целевое просвещение школьников, особенно девочек из групп риска (воспитавшихся в неблагополучных семьях, употребляющих алкоголь и наркотики). Важным моментом является то, что репродуктивное здоровье современных детей и подростков напрямую повлияет на демографические процессы в ближайшие 10–15 лет. От репродуктивного потенциала девочек и подростков зависит здоровье населения в целом и улучшение демографической ситуации в стране.

ƏDƏBİYYAT

1. WHO. Geneva: WHO; 2024. Adolescent pregnancy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *Am J Public Health*. 2002; 92:125–8. doi: 10.2105/ajph.92.1.125.
3. Maharaj NR. Adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa - a cause for concern. *Front Reprod Health*. 2022; 4:984303. doi: 10.3389/frph.2022.984303.
4. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018; 15:15. doi: 10.1186/s12978-018-0460-4.
5. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.
6. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Adolesc*. 2018; 69:180–8. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.10.007.
7. <https://www.stat.gov.az/source/healthcare/>
8. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022 - Special Aggregates, Online Edition; 2022.
10. Zambia Statistics Agency, Ministry of Health (MOH) Zambia, and ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka, Zambia, and Rockville, Maryland, USA: Zambia Statistics Agency, Ministry; 2018.
11. Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. Philippines National Demographic and Health Survey 2017. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and CF; 2018.

12. Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018; 69: 180-188.
13. Zholondziovskaya OE, Putilova NV, Shakirov RT, Kinzhalova SV. Pregnancy and childbirth in young women: risk factors and course features. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2021; 21(5):84-89. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush20212105184>
14. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud P-A. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013; 52: 517–22. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.002.
15. <https://volgograd.medsu.ru/spravochnik-zabolevaniy/podrostkovaya-beremennost/>
16. Qurbanova C.F., Əmirova A.F., Abdullayeva M.N., Babayeva E.K. Yeniyetmə hamiləliyin əsas faktları. Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Cild 12, №4, 2025, səh. 39-43.