

## МАЛОВОДИЕ И АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Умарова Н. М., Неъматова Ю. Ш.

Узбекистан, г. Ташкент

Ташкентский городской филиал Республиканского  
специализированного научно-практического медицинского  
центра здоровья матери и ребенка

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17374752>

### **Актуальность.**

Одним из наиболее частых патологических состояний при беременности является маловодие, которое представляет собой снижение индекса околоплодных вод (ИАЖ) менее чем на 5 см или максимальной глубины вертикального кармана менее чем на 2 см. Для роста и развития плода, предотвращения пережатия пуповины и функционирования плаценты необходим нормальный объем околоплодных вод. Уменьшение объема околоплодных вод связано с высоким риском внутриутробной гипоксии, задержки роста плода, преждевременных и оперативных родов. Учитывая частоту перинатальных осложнений и кесарева сечения при беременности с маловодием, ранняя диагностика и эффективное лечение важны для минимизации материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

### **Материалы и методы.**

Исследование представляло собой ретроспективное обсервационное исследование, которое проводилось в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре охраны здоровья матери и ребенка с января 2023 по март 2025 года с участием 120 беременных женщин с диагнозом маловодие. В исследование были включены женщины со сроком беременности от 28 до 41 недели, а также женщины с многоплодной беременностью, значительными пороками развития плода, хроническими заболеваниями почек у матери и затыжным преждевременным разрывом плодных оболочек. Диагноз был поставлен путем ультразвукового определения индекса околоплодных вод (5 см) или самого глубокого вертикального кармана (<2 см), измеренного квалифицированными акушерскими сонографистами. Было проведено тщательное клиническое обследование всех пациенток, которое включало данные акушерского анамнеза, возраст матери, срок беременности на момент постановки диагноза и паритет, а затем было проведено наблюдение за состоянием плода с помощью нестрессового тестирования и доплеровской велосиметрии артерий пуповины и среднего мозга. Сопутствующими заболеваниями матери были артериальная гипертензия, преэклампсия, перенесенная беременность или плацентарная недостаточность. В качестве стратегий ведения использовались гестационный возраст, состояние шейки матки и плода. Пациенток с благоприятным состоянием плода на сроке беременности либо оставляли в покое, либо подталкивали к родоразрешению с помощью простагландинов или окситоцина, а кесарево сечение проводилось в случаях неблагоприятного сердечного ритма плода, неудачной индукции или отсутствия родов. За недоношенными беременностями велось тщательное наблюдение, и роды должны были проводиться в зависимости от состояния здоровья и зрелости плода. Неонатальные исходы оценивались по массе тела при рождении, показателям по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах, наличию ликвора, окрашенного

меконием, необходимости госпитализации в отделение интенсивной терапии новорожденных, ранним неонатальным осложнениям и перинатальной смертности. Статистический анализ был описательным; частоты и проценты использовались для выражения категориальных переменных, а среднее значение + стандартное отклонение - для выражения непрерывных переменных, что позволило оценить корреляцию между маловодием и акушерскими осложнениями.

### **Результаты и обсуждение.**

Средний возраст матерей составил 26,1 +4,8 года. Маловодие было обнаружено у 62,5% первородящих и у 37,5% многоплодных матерей. Уменьшение объема околоплодных вод было отмечено через 37 недель у 48% женщин и через 28-36 недель у 52%. Нерезактивные нестрессовые тесты были задокументированы у 27,5% пациентов, а патологические результаты доплерографии наблюдались у 21,6%.

Естественные роды произошли спонтанно в 31,6% случаев, а в 68,4% случаев потребовалось кесарево сечение. Дистресс плода (40,8%), неудачная стимуляция родов (18,5%) и отсутствие прогрессирования родов (14,2%) были основными признаками хирургического вмешательства.

Было установлено, что вес новорожденных при рождении (<2500 г) был низким (54,1%), а оценка по шкале Апгар, равная  $\leq 7$  на 1 минуте, была низкой (28,3%). Одна шестая часть (16,7) новорожденных была доставлена в отделение интенсивной терапии, в основном из-за нарушения дыхания и задержки внутриутробного роста. Коэффициент перинатальной смертности составил 8,3, что соответствует ранее зарегистрированным статистическим данным о негативных исходах, связанных с маловодием.

Эти результаты подтверждают тот факт, что маловодие тесно связано с более высокой частотой акушерских осложнений, включая оперативные роды, дистресс плода и низкий вес при рождении. За такими беременностями следует тщательно наблюдать с помощью ультразвукового исследования и методов наблюдения за состоянием плода и своевременно принимать роды при наличии признаков внутриутробного развития.

### **Список литературы.**

1. Bansal, S. &. (2018). Maternal and fetal outcome in cases of oligohydramnios. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.
2. Biradar, K. D. (2016). Maternal and fetal outcome in oligohydramnios: A prospective study. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.
3. Casey, B. M. (2000). Pregnancy outcomes after antepartum diagnosis of oligohydramnios at or beyond 34 weeks' gestation. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
4. Chauhan, S. P. (1999). Perinatal outcome and amniotic fluid index in the antepartum and intrapartum periods: A meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
5. Golan, A. L. (1989). Oligohydramnios: Maternal complications and fetal outcome in 145 cases. Obstetrics & Gynecology.
6. Jandial, C. G. (2007). Perinatal outcome after antepartum diagnosis of oligohydramnios at term. JK Science.
7. Locatelli, A. V. (2004). Perinatal outcome associated with oligohydramnios in uncomplicated term pregnancies. Archives of Gynecology and Obstetrics.

8. Magann, E. F. (2003). Predictability of adverse pregnancy outcome with assessment of amniotic fluid volume. *Obstetrics & Gynecology*.
9. Madhurya, R. M. (2022). A study on obstetric and perinatal outcome in a pregnancy complicated with oligohydramnios. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*.
10. Rahman, J. &. (2022). Maternal complications and neonatal outcomes in oligohydramnios. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*.