

The material of the study was the results of prospective observation of 127 pregnant women, which addressed the issues of social and material conditions, family status, professional characteristics, obstetric and gynecological and somatic history. All examined were divided into two groups. The main group consisted of 97 women diagnosed with preeclampsia on the background of iron deficiency anemia. The control group consisted of 30 women whose pregnancy was not complicated by the development of preeclampsia and iron deficiency anemia. The study did not include pregnant women with cancer, HIV infection, severe somatic disease, mental illness.

**Results.** The study made it possible to present the medical and social characteristics of pregnant women with preeclampsia. The analysis of the age parameters of the examined patients revealed that the average age of pregnant women with preeclampsia was statistically higher and amounted to  $28.1 \pm 0.95$  years [95% CI 27.91-28.29], and in women of the control group –  $25.3 \pm 0.82$  years [95% CI 25.01-25.59] ( $p < 0.05$ ). In the group with preeclampsia, women under 20 years were 15.5% ( $n=15$ ), at the age of 21-25 years – 24.7% ( $n=24$ ), 26-30 years – 19.6% ( $n=19$ ), 31-35 years – 25.8% ( $n=25$ ), 36-43 years – 14.4% ( $n=14$ ).

Women with preeclampsia were statistically significantly more likely to be legally married. According to the results of the data obtained, 88 (90.7%) women with preeclampsia were found to be married, compared to 23 (76.7%) in the control group ( $p < 0.05$ ).

When determining the place of residence, it was found that 64 (66.0%) women live in urban areas, 33 (34.0%) patients live in rural areas. Among the women of the control group lived in the city 27 (90.0%), in rural areas – 3 (10.0%) people. At the time of the study 34 (35.0%) women of the main group indicated financial difficulties, in the control group – 11 (36.7%). 48 (49.5%) patients with preeclampsia assessed their financial situation as an average, 14 (46.7%) in the control group. 15 (15.4%) women of the main group and 5 (16.6%) women of the control group indicated material prosperity in the family.

There were no significant differences in the level of formations between the patients of the main and control groups ( $p > 0.05$ ). Carried out researches have allowed to establish that in the primary group secondary education had to 60.8% of women ( $n=59$ ), the highest was 25.8% ( $n=25$ ), elementary education and 13.4% ( $n=13$ ). Among pregnant women with higher education, the number of women with preeclampsia was significantly lower compared to women with secondary and primary education (25.8% and 74.2%, respectively,  $p < 0.05$ ). Probably, low socio-economic status is associated with chronic diseases, which is a risk factor for preeclampsia. In the control group, secondary education had 36.7% ( $n=11$ ), higher education – 56.6% ( $n=17$ ), primary education – 6.7% ( $n=2$ ).

**Conclusion.** Somatic history in pregnant women with preeclampsia was burdened with chronic hypertension, obesity and chronic inflammatory diseases of the urinary tract. There was a high incidence of gynecological diseases: inflammatory diseases of the pelvic organs and fibroids. The obstetric history of women with preeclampsia recorded a history of preterm and complicated labor, caesarean section, infertility and previous preeclampsia.

**Key words:** preeclampsia, social status, somatic pathology, obstetric and gynecological history.

Рецензент – д. мед. н. Тарасенко К. В.

Стаття надійшла 24.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-92-95

УДК 618.2-082+618.414.8

Басюга І. О.

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ЖІНОК ІЗ ОЛІГОГІДРАМНІОНОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (м. Івано-Франківськ)

iirusja\_b@ukr.net

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дана стаття є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового «Клініко-патогенетичні шляхи зниження частоти порушень репродуктивного здоров'я та перинатальних ускладнень жінок Прикарпаття» (державний реєстраційний № 0114U004747).

**Вступ.** Плід оточує цілісний морфофункціональний комплекс, який включає в себе плідні (амніальні) оболонки, плаценту, пуповину, які, в свою чергу, залежні від готовності материнського організму до настання вагітності.

Навколоплідні води протягом вагітності є середовищем існування зародка, відіграючи при цьому виняткову роль у захисті плода від несприятливих мікро- та макроекологічних впливів. Амніотична рідина виконує ряд життєво важливих функцій: захищає плід від механічних впливів, перешкоджає перетисненню пуповини, є звукопровідним середовищем, що необхідне для розвитку слухового апарату

плода, забезпечує вільні рухи плода, є необхідним компонентом для формування дихальної та сечовидільної, скелетно-м'язової систем, бере участь в обміні речовин і терморегуляції, газообміні, запобігає розвитку інфекції [1,2,3,4,5,6].

Співвідношення зменшеної кількості навколоплідних вод та несприятливих перинатальних результатів, визначило «об'єм амніотичної рідини» (АР), як інтегральний критерій антенатального спостереження за плодом [7,8,9,10]. Навколоплідні води є середовищем із складною біологічною активністю, яке знаходиться у постійному обміні між організмом матері та плоду.

**Мета дослідження:** вивчення частоти перинатальної захворюваності при зменшеній кількості амніотичної рідини.

**Об'єкт і методи дослідження.** На базі міського клінічного перинатального центру проведено обстеження 150 вагітних жінок, з них 120 з маловоддям в терміні гестації 27-29 тижнів (основна група) та 30 –

контрольна група (жінки із фізіологічним перебігом вагітності). Діагноз маловоддя встановлено на основі комплексного обстеження вагітних жінок в 27-30 тижнів за допомогою стандартного визначення індексу амніотичної рідини (IAP) на апараті «Aloka SSD 1700», «Voluson 730» (Японія), з датчиком з частотою 3,5 МГц і 5 МГц за загальноприйнятою методикою. Критерії виключення з групи дослідження: наявність вроджених вад розвитку плоду, тяжкої екстрагенітальної патології у жінки, передчасний розрив амніона.

Збір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження проводили із стандартних точок. Бактеріологічне дослідження вмісту цервікального каналу та заднього склепіння піхви проводили за методикою секторального посіву на щільні середовища, що дозволяє визначити ступінь мікробного обсіменіння та виявити максимально можливий спектр аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори.

Для визначення антигенів хламідій, уреоплазми, мікоплазми, вірусу генітального герпесу, цитомегаловірусу в цервікальному каналі використовували набори реагентів для полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) до перелічених вище видів інфекцій (відповідно “Амплиценс Chlamidia tr.-FL”, “Амплиценс Ureaplasma spp.-FL”, “Амплиценс Micoplasma gom. ген-FL”, “Амплиценс HSV I, II-FL”, “Амплиценс CMV-FL”).

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0. На підставі кількісних даних вираховували середню арифметичну величину, середнє стандартне відхилення. На основі комп'ютерних програм в Microsoft Excel для категорійних (або якісних) даних проводили розрахунок відносних величин (частоти ознаки на 100 обстежених), їх похибок, достовірність різниці перевіряли за критерієм Хі квадрат. Різницю між величинами, які порівнювали вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік між жінками досліджуваних груп статистично не відрізнявся та становив в контрольній –  $27,23 \pm 0,76$  роки, в основній –  $27,12 \pm 0,44$  роки. Слід відмітити, що половина осіб у двох групах були вагітні віком 25-30 років, практично однакову частку становили жінки віком до 25 та старше 30 років.

Аналізуючи гінекологічну патологію пацієнтів основної групи звертає на себе увагу значна частка перенесених запальних захворювань репродуктивної системи як верхніх, так і нижніх відділів генітального тракту. Так, хронічний аднексит в анамнезі мали в 2,49 більше жінок з маловоддям відносно здорових вагітних ( $p < 0,05$ ). Також у них констатовано в 1,93 частіше запальні процеси нижніх відділів статевого тракту порівняно з особами із фізіологічною вагітністю ( $p < 0,01$ ). Крім того, у цієї категорії пацієнтів патологія шийки матки (цервіцити, ерозії та ін.) зустрічалась в 1,92 більше рази відносно контролю ( $OR = 2,49$ ,  $95\%CI = 0,95-6,54$ ). Кожна п'ята вагітна з маловоддям ( $20,83 \pm 3,71$  %) мала непліддя проти незначної частки таких жінок в контрольній групі ( $10,00 \pm 5,48$  %). Операції на органах малого тазу з приводу позаматкової вагітності, кист, апоплексії яйників, непліддя перенесли 18 обстежених ( $15,00 \pm 3,26$  %) в основній групі, тоді як таких втручань у жодної жінки з фізіологічною гестацією не було ( $\chi^2 = 3,79$ ,  $p = 0,05$ ,  $OR = 11,01$ ,  $95\%CI = 0,64-188,07$ ).

Звертає на себе увагу підвищена кількість абортів у пацієнтів з маловоддям – 32 хворі (26,67 %). З них ранні самовільні викидні – 18 випадків (15,00 %), ( $p < 0,01$ ), артифіціальний аборт – 14 вагітних (11,67 %) в основній групі. Серед жінок, які мали штучне переривання вагітності, у п'яти обстежених (4,17 %) основної групи показом до нього був аборт, що не відбувся, тоді як таких випадків у здорових пацієнтів не було ( $p < 0,05$ ).

При оцінці стану мікробіоценозу статевих шляхів у кожної четвертої вагітної з маловоддям діагностовано уреоплазмоз – 34 пацієнтів ( $28,33 \pm 4,11$  %),  $\chi^2 = 9,43$ ,  $p < 0,01$ ), у 19 ( $15,83 \pm 3,33$  %),  $\chi^2 = 4,10$ ,  $p < 0,05$ ) – гарднерельоз. З однаковою частотою в цих групах констатовано хламідіоз та трихомоніаз – по 10 випадків ( $8,33 \pm 2,52$  %),  $p < 0,01$ ). Половина вагітних основної групи ( $51,67 \pm 4,56$  %) були інфіковані грибами роду *Candida*. Також у пацієнтів з маловоддям достовірно частіше спостерігалися випадки інфікування умовно патогенною мікрофлорою та вірусами. Так, більш, ніж у половини з них 72 пацієнтів (60,00 %), ( $p < 0,01$ ) констатовано підвищену концентрацію умовно патогенних бактерій (стафілокок епідермальний, сапрофітний, золотистий, кишкова паличка, ентерокок фекальний), генітальний герпес – відповідно у 22 ( $18,33 \pm 3,53$  %),  $\chi^2 = 5,06$ ,  $p < 0,05$ ) обстежених, цитомегаловірус – у 15 ( $12,50 \pm 3,02$  %),  $p < 0,01$ ).

Аналізуючи частоту інфікування обстежених вагітних встановлено, що у переважній більшості осіб основної групи виявлено бактеріальну інфекцію статевих шляхів – у 83 жінок ( $69,17 \pm 4,22$  %) та змішану бактеріально-вірусну – у 37 ( $30,83 \pm 4,22$  %).

Поєднання двох та більше збудників у однієї вагітної констатовано у більшій частині обстежених основної групи. Так, 94 жінки ( $78,33 \pm 3,76$  %) були інфіковані більш, ніж двома мікроорганізмами, з них у кожної п'ятої пацієнтки ( $22,50 \pm 3,81$  %) було виявлено три чинники.

Перебіг вагітності у осіб основної групи був ускладнений рядом патологічних станів: загроза мимовільного викидня встановлено у кожної четвертої жінки (25,00 %) основної групи проти двох осіб (6,67 %) контролю ( $\chi^2 = 3,78$ ,  $p = 0,05$ ). Достовірно значущі відмінності відмічено і щодо кількості загрози передчасних пологів, які відмічались тільки у вагітних з маловоддям – у 10 осіб (8,33 %), ( $p < 0,01$ ).

У кожної третьої обстеженої основної групи друга половина вагітності перебігала на фоні анемії I ст. – 36 пацієнтів (30,00 %), тоді як при фізіологічній гестації ми встановили тільки один (3,33 %) випадок такого захворювання ( $\chi^2 = 7,81$ ,  $p < 0,01$ ).

Про достовірну відмінність акушерських ускладнень перебігу вагітності ми можемо констатувати наявність таких патологій ФПК як плацентарна дисфункція, затримка розвитку плоду, маловаговий плід та дві судини пуповини, які діагностовано тільки в основній групі – відповідно у 17 (14,17 %,  $p < 0,01$ ), п'яти (4,17 %,  $p < 0,05$ ), 10 (8,33 %,  $p < 0,01$ ) та семи жінок (5,83 %,  $p < 0,01$ ).

Проведений аналіз пологорозрішення показав, що у всіх жінок досліджуваних груп пологи були терміновими. У 25 (83,33 %) обстежених контрольної групи вони були фізіологічними, у п'яти осіб (16,67 %) проведено операцію кесаревого розтину. В основній групі відмічено меншу частку хворих з фізіоло-

гічним перебігом пологів – 95 вагітних (79,17 %), у 25 жінок (20,83 %) пологи були патологічними, а саме: у 24 пацієнтів (20,00 %) вони завершилися операцією кесаревого розтину в однієї (0,83 %) – операцією ручної ревізії порожнини матки з приводу дефекту плацентарної тканини.

В контрольній групі у п'яти вагітних (16,67 %) пологи відбувались на фоні передчасного розриву амніону та у однієї (3,33 %) – на фоні слабкості пологової діяльності, у кожній четвертій жінки (8 вагітних (26,67 %) проведено операцію епізіотомії.

Перебіг пологів у пацієнтів основної групи супроводжувався більшою частотою ускладнень. Так, передчасний розрив амніону констатовано у 20 пацієнток (16,67 %), слабкість пологової діяльності – у 15 роділь (12,50 %), операцію епізіотомії проведено у кожній третій жінки 38 осіб (31,67 %).

В структурі показань до операції кесаревого розтину у жінок основної групи переважають дистрес плода в I періоді пологів та аномалії пологової діяльності без успішної медикаментозної корекції.

У всіх жінок з маловоддям та здорових вагітних народились доношені діти. В основній групі частіше відмічались випадки інтранатальної асфіксії. Тільки 94 новонароджені (78,33 %) народились без ознак асфіксії з оцінкою за шкалою Апгар 8-10 балів проти 28 немовлят (93,33 %) в контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Помірну асфіксію мали двоє дітей (6,67 %) народжених від здорових роділь та 22 (18,33 %) – народжених від жінок з маловоддям ( $p < 0,05$ ), тяжку – четверо немовлят (3,33 %) основної групи ( $p < 0,05$ ).

Середня маса тіла новонароджених в основній групі була дещо меншою відносно контрольної та становила відповідно  $3189,95 \pm 267,13$  г проти  $3375,42 \pm 161,12$  г.

В ранньому неонатальному періоді тільки по двоє немовлят (6,67 %), народжених від здорових вагітних, мали патологічну втрату ваги та гіпербіліру-

бінемію. У 10 дітей (8,33 %), народжених від матерів, вагітність яких ускладнилась маловоддям, відмічалась патологічна втрата ваги, а у п'яти немовлят (4,17 %) діагностовано ЗРП I ст. ( $p < 0,05$ ), у семи (5,83 %) – морфофункціональну незрілість ( $p < 0,01$ ), шести (5,00 %) – набряковий синдром ( $p < 0,05$ ) та 12 (10,00 %) – гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС ( $p < 0,001$ ), по вісім дітей (6,67 %) мали ознаки внутрішньоутробного інфікування та гіпербілірубінемію. З метою подальшого лікування четверо немовлят (3,33 %), народжених від вагітних жінок з маловоддям, були переведені в обласну клінічну дитячу лікарню для корекції ознак інфікування та розладів ЦНС.

Ускладнення в післяпологовому періоді також були більш характерними для жінок, вагітність яких супроводжувалась маловоддям. Так, субінволюція матки констатовано у 20 жінок (16,67 %) основної групи та трьох (10,00 %) – контрольної. Звертає на себе увагу факт підвищення частки осіб з порушенням лактації в основній групі – 25 обстежених (20,83 %) проти чотирьох роділь (13,33 %) – в контрольній.

**Висновки.** В розвитку олігогідрамніона при вагітності сприяючим є інфекційний фактор, що проявляється у підвищеній частоті запальних захворювань статевого тракту, наявністю патологічної бактеріальної та вірусної флори геніталій.

Перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду у вагітних з маловоддям характеризується підвищеною частотою ускладнень, що приводить до зростання випадків перинатальної патології.

**Перспективи подальших досліджень.** Формування групи ризику жінок, вивчення сприяючих чинників та факторів у розвитку патологічної кількості навколоплідних вод – дозволить знизити частоту перинатальної захворюваності у жінок із маловоддям.

### Література

1. Milovanov AP, Radzinskij VE, Boltrovskaja MN. Rol microocruzhenija v shuzneobespechenii embriona cheloveca. Akusherstvo i ginecologija. 2004;(4):15-8. [in Russian].
2. Smur OV. Biotop statevuch shljachiv vagitnuch ta jogo vzaemozvjazok iz perunatalnumu naslidkamu. Problemu klin. pediatrii. 2011;(3):15-9. [in Ukrainian].
3. Cchaj VB, Volkov NA, Golubnov PS. Vozmozhnosti ultrazvucovuch metodov issledovanij v diagnostike vnutritrobnogo infichurovanija. Ultrazvucovaja diagnostika v akusherstve, ginecologii i pediatrii. 2000;(2):89-93. [in Russian].
4. Aralla M, Mobasheri A, Groppetti D, Cremonesi F, Arrighi S. Expression of aquaporin water channels in canine fetal adnexa in respect to the regulation of amniotic fluid production and absorption. Placenta. 2012 Jun;33(6):502-10.
5. Kostjuk VM. Peruferuchnij cutotrofoblast placenta ta jogo rol u perebigu vagitnosti. Archiv klin. meducunu. 2013;(1):13-6. [in Ukrainian].
6. Medvedev MV. Ultrazvucovaja fetometrija: spravocnue tablicu i normogramu. Izd. 7-e, pererab. M.: Real Tajm; 2007. 60 s. [in Russian].
7. Cchaj VB, Nabereshnev JJ, Dudina AJ, Golovchenko OV. Vozmozhnosti i perspective primenenija transabdominalnoj amnioinfuzii dlja prolongirovanija beremennosti pri prezdevremennom razruve plodnuch plodnuch obolochec i malovodii. Akusherstvo i ginecologija. 2016;(11):5-10. [in Russian].
8. Malar VV. Monitorungovi prenatalni chunnuku ruzuku i jch znachennja v prognozi patologii obemu navcoloplodovogo seredovusha. Nauk. visn. Uzgorod. un-tu. Ser. Meducuna. 2014;(1):204-7. [in Ukrainian].
9. Akin I, Uysal A, Uysal F, Oztekin O, Sancı M, Gungor AC, et al. Applicability of fetal renal artery Doppler values in determining pregnancy outcome and type of delivery in idiopathic oligohydramnios and polyhydramnios pregnancies. Ginekol Pol. 2013 Nov;84(11):950-4.
10. Ashwal E, Hiersch L, Melamed N, Aviram A, Wiznitzer A, Yogeve Y. The association between isolated oligohydramnios at term and pregnancy outcome. Arch Gynecol Obstet. 2014 Nov;290(5):875-81.

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ЖІНОК ІЗ ОЛІГОГІДРАМНІОНОМ

Басюга І. О.

**Резюме.** З анамнезу відомо, що запальні процеси нижніх відділів статевого тракту в 1,93 рази частіше зустрічались у жінок основної групи ( $p < 0,01$ ): патологія шийки матки (цервіцити, ерозії та ін.) та кожна п'ята вагітна – непліддя, операції на органах малого тазу з приводу позаматкової вагітності, кист, апоплексії яйників. При оцінці стану мікробіоценозу статевих шляхів виявлено: уреоплазмоз, гарднерельоз, хламідіоз, трихо-

моніаз, гриби роду *Candida*, умовно патогенні бактерії (стафілокок епідермальний, сапрофітний, золотистий, кишкова паличка, ентерокок фекальний) у 60,00 %, ( $p < 0,01$ ) також генітальний герпес та цитомегаловірус ( $p < 0,01$ ), бактеріальну інфекція статевих шляхів – у 69,17 % та змішану бактеріально-вірусну – 30,83 %. Перебіг вагітності був ускладнений: загрозою мимовільного викидня, анемії I ст. у 30,00 %, ( $p < 0,01$ ), плацентарною дисфункцією, затримкою розвитку плоду, маловаговим плодом та два судинами пуповини, ( $p < 0,01$ ). Фізіологічний перебіг пологів в основній групі був у 79,17 % жінок, у решти – патологічні. У всіх жінок з маловоддям та здорових вагітних народились доношені діти, лише помірну асфіксію мали 18,33 % – народжених від жінок з маловоддям ( $p < 0,05$ ), тяжку – четверо немовлят, ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** вагітні із олігогідрамніоном, перебіг вагітності, розродження, перинатальні наслідки.

### ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ОЛИГОГИДРАМНИОМ

**Басюга И. О.**

**Резюме.** С анамнеза известно, что воспалительные процессы нижних отделов полового тракта в 1,93 раза чаще встречались у женщин основной группы ( $p < 0,01$ ): патология шейки матки (цервициты, эрозии и др.) у каждой пятой бесплодие, операции на органах малого таза по поводу внематочной беременности, кист, апоплексии яичников. При оценке микробиоциноза половых путей обнаружено: уреоплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, трихомониаз, грибы рода *Candida*, условно патогенные бактерии (стафилококк эпидермальний, сапрофітний, золотистий, кишечная палочка, энтерококк фекальний) у 60,00 %, ( $p < 0,01$ ) также генитальный герпес и цитомегаловирус ( $p < 0,01$ ), бактериальная инфекция половых путей – у 69,17 % и смешанную бактериально-вирусную – 30,83 %. Осложнения при протекании беременности: угроза аборта, анемии I ст. у 30,00 %, ( $p < 0,01$ ), плацентарной дисфункцией, задержкой развития плода, мало-весомым плодом и два сосуда пуповины, ( $p < 0,01$ ). Физиологическое протекание родов в основной группе было у 79,17 % женщин, у остальных – патологические. У всех женщин с маловодием и здоровых беременных родились доношенные дети, только умеренная асфиксия у 18,33 % – рожденных от женщин с маловодием ( $p < 0,05$ ), тяжелая – четыре младенца, ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** беременные с олигогидрамнионом, протекание беременности, родоразрешение, перинатальные последствия.

### FEATURES OF PREGNANCY, LABOR AND POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS

**Basiuha I. O.**

**Abstract.** During the pregnancy amniotic fluid is the space for fetal being which protects the fetus from unfavorable micro- and macroinfluences. Amniotic fluid performs the vital functions such as the protection of the fetus from mechanic impact, prevention of umbilical cord squeeze, provides free fetal movements, also it is the sound conductive space for development of fetal hearing apparatus, and it is a necessary component for the forming of respiratory, urinary, bone and muscle systems, it takes part in metabolism and thermoregulation, gas exchange processes, prevents the spreading of infection.

*Aim of the research:* to study the frequency of perinatal morbidity in women with oligohydramnios.

*Object and method:* we examined 150 pregnant women, 120 of them in the gestation period 27-29 weeks had oligohydramnios (basic group), 30 persons were controls (pregnant women without oligohydramnios).

*Results.* The women of basic group had chronic inflammatory diseases of reproductive system (chronic adnexitis ( $p < 0,05$ ), chronic processes of low reproductive tract ( $p < 0,05$ )), pathology of cervix (cervicitis, erosions), infertility, abortions, operations on organs of pelvic cavity by ectopic pregnancy, cysts, ovarian apoplexy more often than in control group. In pregnant women with oligohydramnios by assessment the state of microbiocenosis of the genital tract ureaplasmosis, *Gardnerella vaginalis*, chlamydiosis, trichomoniasis, *Candida*, increased concentration of conditionally pathogenic bacteria (*Staphylococcus epidermidis*, *S. saprophyticus*, *S. aureus*, *Escherichia Coli*, *Enterococcus faecalis*), genital herpes, cytomegalovirus were determined. In such persons there were complications during pregnancy – threatened of spontaneous abortions and premature labor. In every third of women in basic group the second half of pregnancy accompanied by anemia I degree, placental dysfunction, fetal growth retardation, fetus small for gestational age and the presence of two vessels in the umbilical cord.

The analysis of labor demonstrated that all women in both groups delivered in the term, the majority of them had physiological labor, every fifth person – cesarean section. Childbirth in women with oligohydramnios was complicated by premature amnion rupture (20 (16.67 %) subjects), weakness of labor contractions (15 (12.50 %) persons), episiotomy (38 (31.67 %)). In basic group there were some cases of intranatal asphyxia. Only 94 (78.33 %) babies were born without signs of asphyxia with estimation of 8-10 points by Apgar score. Moderate asphyxia had 22 (18.33 %) of newborns in basic groups ( $p < 0,05$ ), severe one – 4 (3.33 %) babies ( $p < 0,05$ ).

*Conclusions.* Infectious factor such as the increase of the frequency of inflammatory diseases of the female reproductive tract, the presence of bacterial and viral flora in genitalia promotes the development of oligohydramnios. Increase rate of complications that lead to the growth of incidences of perinatal pathology is typical for the pregnancy, labor and postpartum period in women with oligohydramnios.

**Key words:** women with oligohydramnios, features of pregnancy, labor, perinatal consequences.

*Рецензент – проф. Громова А. М.*

*Стаття надійшла 13.01.2019 року*