

УДК 618.3-071.1:575.113:577.115:616-07

© Коллектив авторов, 2011.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У СУРРОГАТНОЙ МАТЕРИ 55 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Н. К. Рубан, В. Г. Спорыш, Т. А. Лоскутова, О. О. Авксентьев, Ю. Ф. Кравченко**

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. кафедрой – проф. В. А. Потапов),  
Днепропетровская государственная медицинская академия;  
Областная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск.*

### THE PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN THE SURROGATE MOTHER AGED 55 (THE CLINICAL CASE)

**N. K. Ruban, V. G. Sporysh, T. A. Loskutova, O. O. Avksentyev, U. F. Kravchenko**

#### SUMMARY

The article says about the clinical case of the observation under the pregnancy and labor in the surrogate mother aged 55. Dynamic monitoring of maternal and fetal allowed to make and successfully complete the pregnancy. Keep in mind that pregnant women in this age group form a group of temple risk of development of hypotonic bleeding that requires the willingness of medical staff.

### ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У СУРОГАТНОЇ МАТЕРІ 55 РОКІВ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

**Н. К. Рубан, В. Г. Спориш, Т. О. Лоскутова, О. О. Авксентьев, Ю. Ф. Кравченко**

#### РЕЗЮМЕ

У статті відображено клінічний випадок спостереження за перебігом вагітності, пологів у сурогатної матері 55 років. Динамічне спостереження за станом матері та плодів дозволили виносити й успішно завершити вагітність. Слід пам'ятати, що вагітні даної вікової групи формують групу високого ризику по виникненню гіпотонічних кровотеч, що вимагає готовності медичного персоналу.

**Ключевые слова:** беременность, двойня, суррогатное материнство, осложнения беременности.

Вынашивание беременности и родовой акт требуют мобилизации работы всех органов и систем женского организма. В последнее время появились сообщения о беременности и родах у пациенток в возрасте старше 50 лет, которые наступают в результате применения программ ЭКО, чаще данные женщины становятся суррогатными матерями для своих детей. Беременные данной возрастной группы являются большой редкостью и составляют группу высокого риска по акушерским и перинатальным потерям [1]. Особенности течения, осложнения беременности и родов определяют не возраст, а сопутствующая патология, которая может быть у них в данном возрасте.

Клинический случай. Беременная Ш., 1954 года рождения. Данная беременность IX, в анамнезе 3 родов физиологических, 5 медицинских аборт. Данная беременность (двойней) наступила после программы ЭКО с оводонацией, которое было выполнено в г. Харьков. Течение первой половины беременности осложнилось возникшим нарушением ритма сердца по типу суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии, по поводу чего находилась на стационарном лечении в отделении гинекологии ОКБМ, со стороны течения беременности – без особенностей. Беременная была обследована, проводился динамический контроль в соответствии с приказами МОЗ Украины №620 и №503.

В 27 недель беременности появились жалобы на боль в правой подколенной ямке, и с подозрением на тромбоз глубоких вен правой нижней конечности была госпитализирована в отделение патологии беременных. В последующем, после консультации ангиохирурга, ультразвукового сканирования сосудов нижних конечностей, лабораторных исследований диагноз подтвержден не был. Была консультирована травматологом. Установлен диагноз: правосторонний гоноартроз I-II степени с болевым синдромом. В дальнейшем течение беременности осложнилось анемией легкой степени (Hb – 95 г/л), кандидозным вульвовагинитом. Проводилась санация влагалища, антианемическая терапия. В 27 недель с учетом высокого риска по невынашиванию беременной был поставлен разгружающий акушерский пессарий.

В 36 недель для дальнейшего ведения и родоразрешения повторная госпитализация в ОПБ областной клинической больницы имени И. И. Мечникова. Диагноз при поступлении: IX беременность 37 недель. Двойня. ЭКО с оводонацией. Нарушение сердечного ритма по типу суправентрикулярной тахикардии. Двусторонний гоноартроз с болевым синдромом.

Жалобы при поступлении на невозможность передвижения, отсутствие движения в коленных суставах. Шевеление плодов ощущает хорошо. Объективно при поступлении: состояние удовлетворитель-

ное, кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Язык чистый, влажный. Головной боли нет. Зрение ясное. Околоплодные воды целы. Акушерский статус: положение плодов продольное, предлежащая часть первого плода – тазовый конец. Предлежащая часть над входом в малый таз. Сердцебиение плодов ритмичное, приглушенное 140 уд/мин и 143 уд/мин.

Осмотр шейки матки в зеркалах: во влагалище – разгружающий акушерский пессарий, стоит правильно. Выделения слизистые.

Диагноз клинический: IX беременность, 37 недель, двойня. ЭКО с оводонацией. Нарушение сердечного ритма по типу суправентрикулярной тахикардии, двусторонний гоноартроз с болевым синдромом. Носитель акушерского пессария. Группа очень высокого риска – 11 баллов по шкале А. Coorland.

План ведения родов – оперативный.

Осмотрена терапевтом – диагноз: IX беременность, 35 недель. Двойня. ЭКО. Нарушение сердечного ритма по типу суправентрикулярной тахикардии. СН I ст. Двусторонний гоноартроз с болевым синдромом. Осмотрена ортопедом: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с артралгией коленных суставов.

УЗИ плода: беременность 36 недель. Двойня. I плод – тазовое, вторая позиция, передний вид. СБ+ (по биопараметрам соответствует 37 неделям), II плод – тазовое, первая позиция, передний вид (меньший из двойни). Плацента по передней стенке, толщина 37 мм, зрелость III. Количество вод обычное. ВВС=60 мм.

В анализе от 17.03.10. Общий анализ крови: Нв – 128 г/л, Нт – 0,38 г/л, эритроциты –  $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты –  $236 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 68%, моноциты – 7%, лимфоциты – 21%, СОЭ – 33 мм/ч. Биохимический анализ крови – глюкоза – 3,4 ммоль/л, общий белок – 59 г/л, альбумин – 24 г/л, общий билирубин – 10 мкмоль/л, прямой – 2 мкмоль/л, непрямой – 8 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, мочевины – 5,5 ммоль/л. Гемостазиограмма – протромбиновый индекс – 85%, АВР – 59 сек., фибриноген – 4,9 г/л, фибринолитическая активность – 6,6%, степень рефракции – 50%, собственно рефракция – 43,4%. Общий анализ мочи – желтая, слабо мутная, кислая, белок – н/о, сахар – н/о, эпителий – единичные в поле зрения, лейкоциты – 0-1-2 в поле зрения, эритроциты свежие – единичные.

Накануне операции осмотрена консилиумом, методом обезболивания выбрана комбинированная

СМА/ЭПА. С учетом того, что женщина относится к группе риска по возникновению тромбоэмболических осложнений (возраст более 35 лет, длительный малоподвижный образ жизни, многоорожавшая, предполагаемое кесарево сечение) была назначена профилактика тромбоэмболических осложнений – фраксипарин 0,3 мг/сут. подкожно до операции и после в течение 7 суток.

Диагноз до операции: IX беременность, 37 недель. Двойня, тазовое предлежание I плода. ЭКО. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. СН I ст. Двусторонний гоноартроз с болевым синдромом.

Название операции: 18.03.10. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Дренирование брюшной полости.

Родилось два плода мужского пола в ножном предлежании, весом – 2760 г, длиной – 56 см и 3080 г и 52 см; с оценкой по шкале Апгар – 7/8 баллов и 7/8 баллов.

С целью профилактики послеродового гипотонического кровотечения с учетом факторов риска (многоорожавшая, многоплодие, возраст, 5 медицинских аборт, оперативное родоразрешение) во время операции после рождения плодов в/в введен Карбетоцин 100 мкг – 1,0, матка сократилась, плотная. Кровопотеря во время операции составила 460 мл. В послеродовом периоде проводилось однократное переливание альбумина 10% – 200,0 с учетом имевшей место гипопротейнемии (общий белок – 48 г/л, альбумин – 24 г/л).

В послеродовом периоде была выполнена рентгенограмма коленных суставов, где был обнаружен асептический некроз. Послеродовый период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением, лактация подавлена медикаментозными средствами.

Выписана на 8 сутки в удовлетворительном состоянии.

#### ВЫВОДЫ

Динамическое наблюдение за состоянием матери и плодов позволили выносить и успешно завершить беременность. Следует помнить, что беременные данной возрастной группы формируют группу высокого риска по возникновению гипотонических кровотечений, что требует готовности медицинского персонала.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исакова Э. В. Опыт реализации программы «Суррогатное материнство» / Э. В. Исакова, В. С. Корсаков, Ю. Л. Громыко // Проблемы репродукции. – 2001. – № 3. – С. 35–39.