

Юхнович А.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель: ст. преп. Королева Е.В.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, примерно каждая шестая из всех пар сталкивается с трудностями в зачатии (первичное бесплодие) или в зачатии желаемого количества детей (вторичное бесплодие). Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) является наиболее распространенной формой вспомогательных технологий. Риск тромбозов появляется в достаточно ранние сроки после индукции овуляции и сохраняется фактически до окончания беременности.

Цель: изучить взаимосвязь проводимого ЭКО на возникновение тромбоэмболии легочной артерии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни пациентов с ТЭЛА Кардиохирургического отделения №3 РНПЦ Кардиология г. Минска за 2024-2025 гг., из которых 16 женщин прошли процедуру ЭКО, средний возраст которых составил 42,5 лет [ДИ 36,73; 56,29]. Статистическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики. Для описания распространенности признаков указана частота в процентах с определением 95% доверительного интервала [95% ДИ], вычисленного с помощью скорректированного метода Вальда.

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезни, было выявлено, что из 55 женщин с ТЭЛА 16 пациентов совершали процедуру ЭКО (29,09% [ДИ 28,11; 30,07]), у 9 пациентов не было родов (16,36% [ДИ 15,38; 17,34]), из которых 8 пациентов не было беременности (88,89% [ДИ 86,93; 90,85]), у 1 пациентки совершен аборт (11,11% [ДИ 9,15; 13,07]), самостоятельная беременность (без применения репродуктивных технологий) с родоразрешением наступила у 30 пациенток (54,55% [ДИ 53,57; 55,53]).

Из 16 пациенток, которые совершили ЭКО, успешно (рождение здорового ребенка) завершили программу 10 пациенток (62,5% [ДИ 61,52; 63,48]), неуспешно (выход женщины из программы) - 6 (10,09% [ДИ 9,11; 11,07]). 1 подсадка произведена у 2 пациенток (12,5% [ДИ 11,52; 13,48]), из которых 2 (100%) успешны; 2 подсадки - 6 пациенток (10,09% [ДИ 9,11; 11,07]), из которых 6 (100%) успешно; 3 и более подсадки - 8 (50% [ДИ 49,02; 50,98]), из которых 2 (25% [ДИ 24,02; 25,98]), 6 неуспешно (97% [ДИ 74,02; 75,98]).

Количество эмбрионов, подсаженных и выношенных: 1-1 пациентка (10% ДИ [9,02; 10,98]), 2- 7 пациенток (70% [ДИ 69,02; 70,98]), 3- 2 пациентки (20% ДИ [19,02; 20,98]).

После проведения 1 гормональной терапии (подсадки) из 2 пациенток : у 1 пациентки (50% [ДИ 48,04; 51,96]) ТЭЛА возникла через 5 лет, у 1 пациентки (50% [ДИ 48,04; 51,96]) ТЭЛА возникла более чем через 5 лет. После 2 нормальных терапий (подсадок) у 2 пациенток ТЭЛА возникла через 3 года, у 3 пациенток через 5 лет, у 1 пациентки более 5 лет после терапии. После проведения 3 и более гормональных терапий у 2 пациенток (25% [ДИ 23,04; 26,96]) ТЭЛА возникла через год после терапии; у 4 пациенток (50% [ДИ 48,04; 51,96]) ТЭЛА развилась через 3 года ; у 1 пациентки (12,5% [ДИ 10,54; 14,46]) ТЭЛА возникла через 5 лет; у 1 пациентки (12,5% [ДИ 10,54; 14,46]) ТЭЛА возникла более чем через 5 лет после терапии.

Вывод. В проведенном исследовании ЭКО является фактором риска в возникновении ТЭЛА. При увеличении гормональной нагрузки, сокращается время возникновения ТЭЛА после проведенной процедуры ЭКО.