

СМЕНА ПАРАДИГМЫ:
ВЛИЯНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить влияние субклинического повышения концентрации тиреотропного гормона (2,5–4,0 мМЕ/л) у женщин на исходы ЭКО, проанализировав параметры контролируемой овариальной стимуляции и эмбриологические показатели её эффективности, а также частоту наступления беременности и репродуктивных потерь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: сформировано **две группы** в зависимости от концентрации ТТГ:
→ **1-ю группу** составили **94** женщины, у которых данный показатель составил 2,5–4,2 мМЕ/л,
→ **во 2-ю группу** была включена **101** женщина, у которой исходный уровень ТТГ до начала овариальной стимуляции не превышал 2,5 мМЕ/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

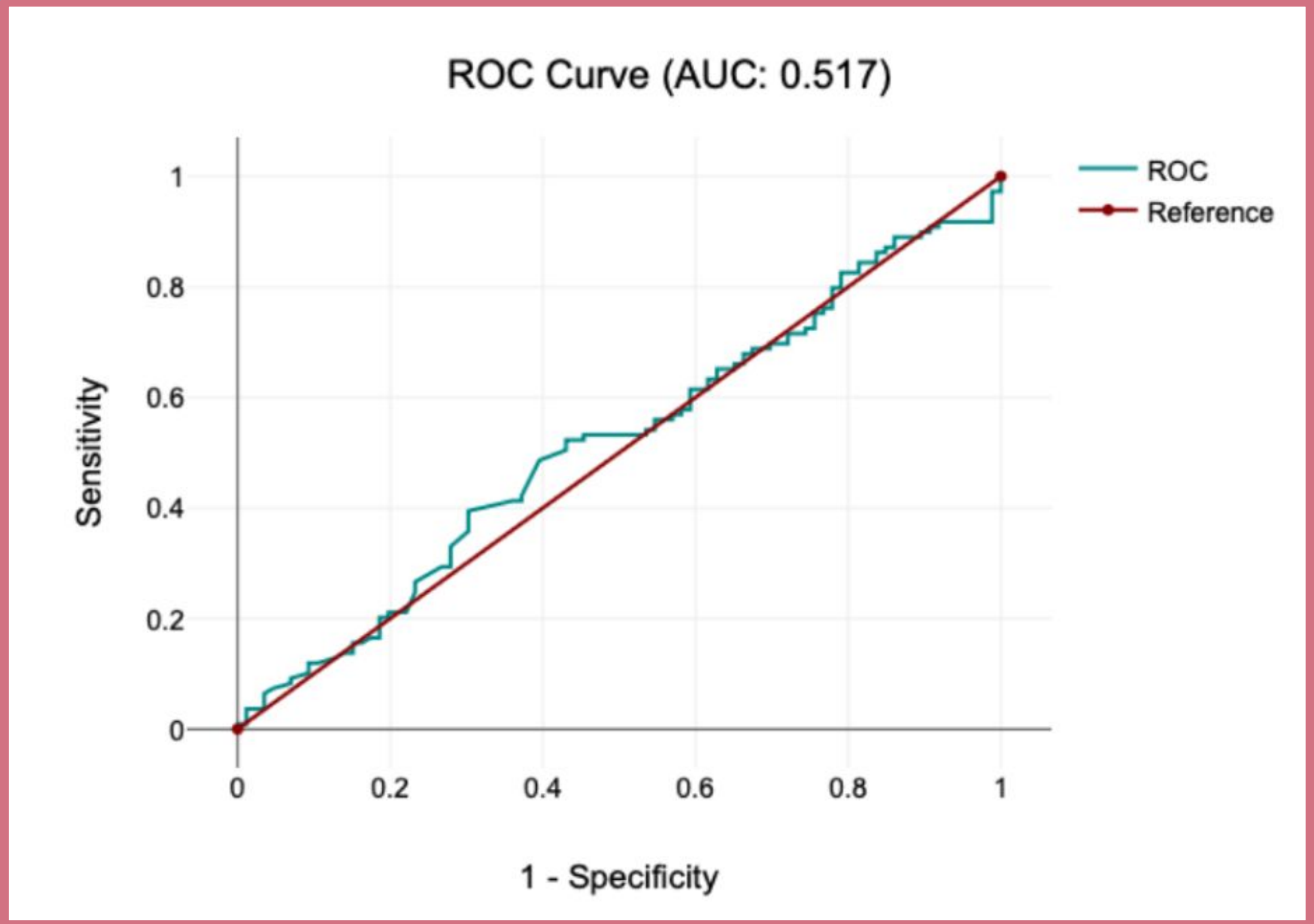
Табл. 1 – Эмбриологические показатели эффективности контролируемой овариальной стимуляции

Показатель	Группа 1 (n = 94)	Группа 2 (n = 101)	Статистическая значимость различий	
	Me [LQ; UQ]	Me [LQ; UQ]	p	U
Количество фолликулов в день трансвагинальной пункции	11,00 [10,00; 12,00]	11,00 [10,00; 12,00]	0,710	4600,00
Количество полученных ооцитов	11,00 [10,00; 12,00]	10,00 [10,00; 11,00]	0,290	4329,50
Количество blastocysts	5,00 [3,00; 6,00]	4,00 [4,00; 5,00]	0,505	4483,50

Табл. 2 – Исходы экстракорпорального оплодотворения у пациентов исследуемых групп

Показатель	Группа 1 (n = 94)		Группа 2 (n = 101)		Статистическая значимость различий	
	Всего	%	Всего	%	$\chi^2_{1,2}$	$p_{1,2}$
Частота наступления беременности	57	60,64	52	51,49	1,304	0,254
Эктопические беременности	0	–	1	0,99	–	–
Синдром гиперстимуляции яичников	18	19,15	14	13,86	0,644	0,423
Отмена переноса эмбрионов	5	5,32	10	9,90	0,867	0,352
Самопроизвольное прерывание беременности до 12 недель	9	15,79	5	9,62	0,457	0,500
Прерывание беременности в сроке 12–22 недели гестации	2	3,51	6	11,54	0,14	0,709
Срочные роды	38	66,67	34	65,38	0,004	0,952
Преждевременные роды	8	14,04	6	15,54	0,011	0,919

У женщин с концентрацией **ТТГ 2,5–4,0 мМЕ/л при условии эутиреоидного статуса**
→ **эмбриологические параметры эффективности КОС** показали сравнимое качество роста фолликулов, созревания яйцеклеток, процент фертилизации и образования blastocysts в обеих группах;
→ установлено **отсутствие зависимости эффективности программ ЭКО от прекоцепционного уровня ТТГ, если данный показатель находился в диапазоне 2,5–4,0 мМЕ/л:** отмечена сопоставимая частота наступления беременности (60,64 % и 51,49 %; $p=0,254$), частота самопроизвольного прерывания беременности в 1-м триместре (15,79 % и 9,62 %; $p=0,500$), частота поздних самопроизвольных выкидышей (в сроке гестации 12–22 недели) – 3,51 % и 11,54 %; $p=0,709$.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: снижение ТТГ до «целевого уровня» 2,5 мМЕ/л на данный момент не рекомендуется, т.к. не позволяет достоверно оптимизировать исходы программ ЭКО.