

*Пинчук Е. В.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКО У ЖЕНЩИН С КОНСЕРВАТИВНОЙ  
МИОМЭКТОМИЕЙ В АНАМНЕЗЕ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Кириллова Е. Н.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Цель:** оценка результатов экстракорпорального оплодотворения у женщин, перенесших консервативную миомэктомию.

**Материал и методы.** Было проведено обследование 72 женщин, перенесших органосохраняющую операцию по поводу миомы матки и процедуре экстракорпорального оплодотворения в РНПЦ «Мать и дитя» г. Минска, изучена их медицинская документация, проведен анализ результатов ЭКО. Обследованные пациентки были разделены на 2 основные группы: 1я – женщины, которые не смогли забеременеть после процедуры ЭКО; 2я группа – женщины, у которых состоялась беременность. Статистическая обработка данных была проведена с помощью программы Microsoft Excel 2010.

**Выводы:**

1. Распространенность данной патологии, миомы матки, варьирует в довольно широких пределах. Однако в последнее время наблюдается тенденция к «комоложению» данного заболевания. Кроме того, на увеличение частоты встречаемости миомы матки оказывает влияние основные физиологические параметры (в частности ИМТ), акушерско-гинекологический анамнез, сопутствующие заболевания.

2. Лапароскопическая миомэктомия повышает эффективность реализации программы ЭКО, в сравнении с лапаротомической и гистерорезектэктомической операциями.

3. Учитывая сроки восстановления структуры миометрия после удаления субсерозных и небольших (до 3 см) единичных интерстициальных миоматозных узлов наступление беременности рекомендуется спустя 4-6 месяцев после операции. При удалении больших, множественных или субмукозных узлов рекомендуется планировать беременность через год после миомэктомии.

4. Продолжительность выжидательного периода после консервативной миомэктомии необходимо ограничить одним годом, поскольку по окончании этого периода увеличивается частота рецидива миомы. Рецидив миомы матки является неблагоприятным фактором для реализации терапевтического потенциала процедуры ЭКО.

5. Необходимо проводить миомэктомию перед программой ЭКО при субмукозной локализации узлов независимо от их количества и размеров.