

порушення, які проявляються підвищенням гонадотропної функції гіпофіза, відносною гіпоестрогенемією, гіперпрогестеронемією, а також тенденцією до дисфункції тиреоїдної системи у вигляді дисбалансу тиреоїдних гормонів.

УДК: 618.1:615.849.19618.256

ДОСВІД ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІДРОЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ХІРУРГІЧНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ОВУЛЯЦІЇ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ І НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Чайка В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
м. Київ

Сучасні хірургічні методи індукції овуляції у резистентних до гормональної стимуляції овуляції пацієнток довели свою ефективність при тривалому спостереженні за оперованими хворими. Одним з найбільш успішних із запропонованих за останні роки методів подолання резистентності полікістозних яєчників до медикаментозної терапії є каутеризація яєчників. Однак, основними обмеженнями для широкого застосування лапароскопічного доступу у жінок з надлишковою масою тіла та ожирінням залишаються його інвазивність і труднощі при проведенні ендотрахеального наркозу. Тому, ряд авторів для каутеризації яєчників запропонували трансвагінальну гідролапароскопію.

Метою дослідження стало вивчення досвіду проведення хірургічної стимуляції овуляції у жінок з СПКЯ і надлишковою масою тіла методом трансвагінальної гідролапароскопії.

Матеріал і методи дослідження. Проведено вивчення результатів 31 трансвагінальної гідролапароскопії у жінок з СПКЯ і надлишковою масою тіла та ожирінням.

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведення трансвагінальної гідролапароскопії овуляція реєструвалася у 61,29 % пацієнток, самостійне настання вагітності відбулося у 32,26 %. У однієї жінки з масою тіла 132 кг проведена конверсія на лапаротомію внаслідок фіксованої ретрофлексії матки і технічних утруднень, пов'язаних з ожирінням.

Накопичений досвід проведення трансвагінальної гідролапароскопії у жінок з надлишковою масою тіла та СПКЯ дозволив сформулювати ряд практичних рекомендацій. Зважаючи на відсутність панорамного зображення і обмеження огляду позаматкового простору, певний порядок виконання трансвагінальної гідролапароскопії дозволяє правильно орієнтуватися в області дугласова простору. При цьому трансвагінальна гідролапароскопія дає досить цінне уявлення про стан репродуктивної системи пацієнтки і може розглядатися як скринінг-метод в обстеженні хворих з СПКЯ та надлишковою масою тіла. Наявність оперативних втручань не є протипоказанням для трансвагінальної гідролапароскопії. Трансвагінальна гідролапароскопія недоцільна у пацієнток зі сполученням СПКЯ з глибоким інфільтративним ендометріозом та вираженим злуковим процесом в дугласовому просторі, фіксованій ретрофлексії матки, генітальній інфекції і кровотечі у черевну порожнину. Для профілактики пошкодження сусідніх органів пункцію заднього склепіння піхви необхідно виконувати на 15 мм нижче перехідної складки слизової заднього склепіння піхви. Глибина проникнення в малий таз пункційної голки не повинна перевищувати 10-15 мм. При цьому вісь напрямку голки залежить від положення матки: при ретрофлексії – паралельно ложці дзеркала, при антефлексії – вгору, під кутом 45°. З метою полегшення діагностичних заходів і зменшення тривалості процедури, основним орієнтиром в малому тазі повинна розглядатися задня стінка матки. Після її ідентифікації крок за кроком обстежуються інші анатомічні структури. Кількість каутерізаційних отворів на кожному яєчнику не повинна перевищувати чотири.