

NIEPŁODNOŚĆ cz. 3

Diagnostyka niepłodności żeńskiej:

Histerosalpingografia (HSG). U kobiety jako pierwsze wykonuje się badania oceniające budowę narządów płciowych wraz z oceną drożności jajowodów. Polega ona na podaniu pod ciśnieniem przez kanał szyjki macicy kontrastu (środka cieniującego) do macicy i jajowodów oraz jednoczesnym wykonywaniu zdjęć rentgenowskich w poszczególnych etapach badania. Wykonuje się je po zakończeniu krwawienia miesiączkowego, przed owulacją. Jest to bezpieczna metoda diagnostyczna pozwalająca na ocenę budowy macicy (kształt, wielkość) i wykrycie wad wrodzonych, zrostów wewnątrzmacicznych, polipów czy mięśniaków podśluzowych, jak również ocenę drożności jajowodów oraz istnienia zrostów okołojajowodowych i okołojajnikowych. Odmiana tego badania jest **sonohisterosalpingografia (HyCoSy)**. Badanie wykonuje się podobnie ale środek kontrastowy jest inny, ponieważ oceny dokonuje się pod kontrolą USG.

Laparoskopia. Więcej wiadomości na temat drożności i ruchomości jajowodów, z jednoczesną możliwością leczenia chirurgicznego daje laparoscopia. Przez niewielkie nacięcia w powłokach brzusznych wprowadza się powietrze i aparat optyczny (endoskop) wraz z oprzyrządowaniem chirurgicznym do jamy brzusznej. Jest to zabieg operacyjny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, stwarzający większe ryzyko zdrowotne. Dlatego też laparoskopię zwykle wykonuje się wtedy, gdy w HSG stwierdzi się nieprawidłowości w transporcie komórki jajowej. Za pomocą tej metody ocenia się także jajniki i miednicę mniejszą. Poza tym jest to jedyna uznana metoda umożliwiająca rozpoznawanie endometriozy. Odmianą laparoskopii jest **mikrolaparoscopia**, która staje się coraz bardziej powszechna w diagnostyce niepłodności.

Histeroskopia. W przypadku stwierdzenia zmian w macicy uzupełnieniem histerosalpingografii jest histeroskopia - badanie obrazujące wnętrze jamy macicy za pomocą optyki światłowodowej (endoskopia). Daje ona jednocześnie możliwość oceny endometrium i ujść macicznych jajowodów, a przy stwierdzeniu zmian patologicznych - ich chirurgiczne usunięcie. Ponieważ jest to również zabieg wymagający znieczulenia ogólnego, wykonuje się go po HSG.

Badania cykli miesiączkowych. Jedynym bezsprzecznym dowodem, że kobieta ma prawidłowe cykle miesiączkowe i że dokonała się u niej owulacja, jest ciąża. Jednak istnieją jeszcze inne możliwości zbadania kobiety pod tym kątem. Najprostszą metodą jest codzienny pomiar podstawowej porannej ciepłoty ciała (BBT - basal body temperature) dokonywany przez kobietę w pochwie lub pod językiem albo na błonie bębenkowej w uchu, przed wstaniem z łóżka (tak samo jak przy antykoncepcji naturalnej), wraz ze sporządzaniem wykresów. Wzrost temperatury w drugiej części cyklu miesiączkowego oraz utrzymywanie się jej na wyższym poziomie przez co najmniej 10-12 dni potwierdza występowanie jajeczkowania. Pewniejszym sposobem jest kilkakrotne wykonywanie jednoczesnych oznaczeń hormonalnych (poziomu progesteronu we krwi) i USG przezpochwowego (tzw. monitorowanie jajeczkowania).

Diagnostyka hormonalna. O braku jajeczkowania mogą świadczyć zaburzenia miesiączkowania, takie jak np. brak cyklicznych krwawień miesiączkowych. W zależności od rodzaju współistniejących zaburzeń podzielono je na VII grup (wg WHO), co pozwala na zastosowanie optymalnego leczenia i skrócenie drogi do osiągnięcia owulacji. Jeżeli stwierdzi się brak owulacji, można rozpocząć diagnostykę endokrynologiczną (hormonalną). Bezpośrednią przyczyną niewystępowania jajeczkowania jest nieprawidłowe dojrzewanie pęcherzyka jajnikowego, zależne od stymulacji hormonami podwzgórza i przysadki. Dlatego też w początkowej fazie cyklu miesiączkowego (fazie folikularnej) ocenia się stężenia gonadotropin przysadkowych (hormonów produkowanych przez przysadkę): FSH - folikulostymuliny, odpowiedzialnej min. za wzrost i dojrzewanie komórki jajowej, LH - lutropiny, powodującej również dojrzewanie oraz (w uproszczeniu) uwolnienie komórki jajowej z pęcherzyka Graafa. Istotne znaczenie dla prawidłowego przebiegu owulacji ma również hormon produkowany przez przysadkę - prolaktyna (PRL). Nieprawidłowe jest zarówno podwyższone stężenie tych hormonów, jak również zbyt niskie poziomy FSH i LH we krwi oraz ich nieprawidłowy stosunek ilościowy (powinien być bliski 1).

Czynniki ryzyka niepłodności kobiet. Infekcje narządów miednicy mniejszej: zapalenie przydatków o różnej etiologii (rzeżączkowe, bakteryjne, choroby przenoszone drogą płciową), w przebiegu zabiegu usunięcia ciąży, związane z obecnością wkładki wewnątrzmacicznej (IUD),

przebyte operacje. Nieprawidłowości w błonie śluzowej macicy (endometrium): przewlekłe zapalenie, zrosty pozapalne i po zabiegach. Choroby układowe: układu krążenia, przewlekłe zapalenie nerek, cukrzyca, niedokrwistość, zaburzenia odżywiania, przewlekły alkoholizm, czynna gruźlica i choroby przewlekłe układu oddechowego, choroby tarczycy. Czynniki środowiskowe: palenie papierosów, promieniowanie (rad, kobalt), prenatalne stosowanie stilbestrolu, ołów, kadm, przewlekły hałas. Leki: morfina i jej pochodne, kokaina, duże dawki chininy, duże dawki estrogenów i kortykosteroidów, leki cytotoksyczne, neuroleptyki i antydepresanty, metoklopramid. Wiek powyżej 30 r.ż.

lek. med. Jarosław J. Maj ginekolog-położnik
www.medic.hg.pl