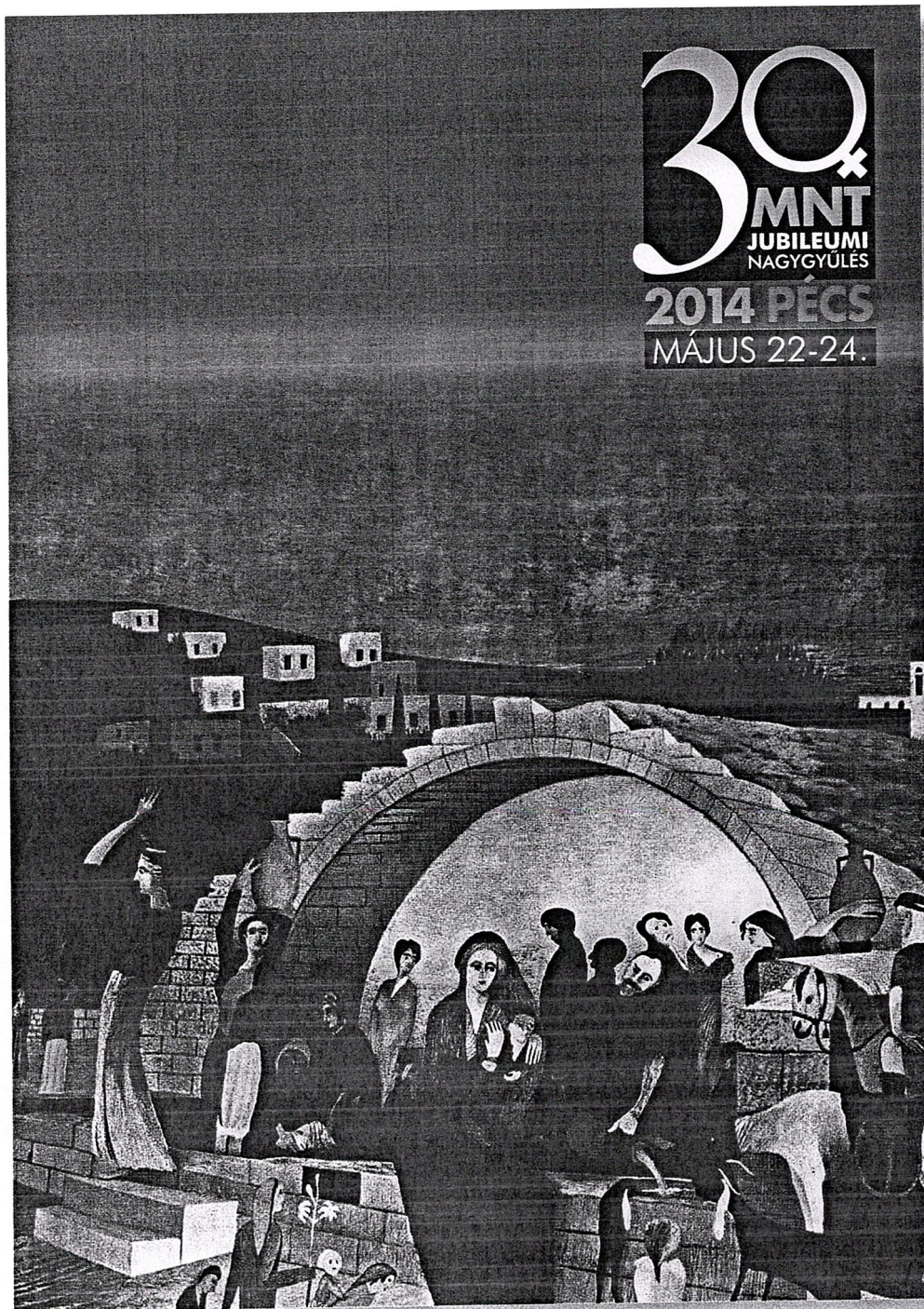


Az MNT 30. Jubileumi Nagygyűlés absztraktjai
Különszám I 2014. május

 **MAGYAR
NŐORVOSOK
LAPJA**



30^x
MNT
JUBILEUMI
NAGYGYŰLÉS
2014 PÉCS
MÁJUS 22-24.

 **ÚJ SZÉCHENYI TERV**

Coeliakia hatása a nők reproduktív teljesítményére

Béres László

Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

A coeliakia egy immun-mediált enteropátia, amelyet glutént tartalmazó ételek váltanak ki. Ritkán szerepel rizikófaktorként az infertilitás kivizsgálási protokolljaiban, pedig az ismeretlen eredetű meddőség 8%-áért, a habituális vetélők 10%-áért és az intrauterin retardációk 15%-áért tehető felelőssé. A betegség epidemiológiájában jelentős átrendeződés történt: ma már a páciensek egyre jelentősebb részét nem a klasszikusnak gondolt, emésztőszervi tüneteket mutató 2 év alatti gyermekcsoport, hanem amenorrhoeával, vérzési rendellenességgel, ismétlődő spontán vetéléssel, vashiányos vérszegénységgel, bizonytalan gastrointestinalis tünetekkel vagy csak infertilitás miatt jelentkező, egyébként tünetmentes nők alkotják, akiknél a diagnózis átlagosan 10 évet késik.

A coeliakia komplikációinak pontos patogenézise nem ismert, de tanulmányok támasztják alá, hogy közvetlen összefüggés van a nutritív elégtelenség, ill. a gyulladási reakciók és a reproduktív szövődmények között. A nutritív elégtelenséget egyrészt maga a boholy-atrófia okozta malabszorpció, másrészt a megváltozott étvágy miatti nem kielégítő táplálkozás idézi elő. Coeliakiában különösen a cink, a szelén, a vas és a folsav elégtelenség játszik fontos szerepet. Hiányukban csökken az FSH és LH szekréció, növekedik a spontán abortusz, az eclampsia és a magzat növekedési retardációjának a rizikója.

A nutritív elégtelenség a szervezetet adaptációra készíti az energia-homeosztázis megőrzése érdekében. Fokozódik a hypothalamo-hypophysis-mellékvesekéreg hormonális tengely tónusa, mely csökkenti a reprodukciós hormontengely működését. Emelkedik a kortizol-, a prolactin-szint és fokozódik az inzulinrezisztencia is, melyek fokozzák a terhességi komplikációk rizikóját. A nemkívánatos folyamatok másik fő oka a glutén által a bélfallal kiváltott autoimmun mechanizmusok fetoplacentális hatásai. A képződött maternális szöveti transzzglutamináz IgA autoantitestek megkötik a placentális transzzglutaminázt (tTG) is, melynek a placentális rezervkapacitás csökkenése lesz a következménye.

A coeliakia diagnózisa az IgA-tTG szerológiai és az ezt követő duodenális biopsia szövettani vizsgálatán alapul. A tömeges szűrés nem, de a legfontosabb rizikófaktorokat, azaz a gastrointestinalis tüneteket, az anaemiát, a vitaminhiányokat, az anamnesztikus autoimmun betegségeket (pajzsmirigy, IDDM), a családban előforduló coeliakiát, az intrauterin retardációt, a kissúlyú újszülöttet, a spontán abortuszt és koraszülést figyelembe vevő célzott szűrés a szerzők többsége által ajánlott és amelyet saját tapasztalataink is alátámasztanak: az időben elkezdett gluténmentes diéta szignifikánsan csökkenti az említett reproduktív szövődményeket.

Intravénás antiporotikumok adása során szerzett tapasztalatainkról

Birinyi László, Deli Tamás

Debreceni Egyetem KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

Klinikánk menopauza-oszteoporózis szakrendelésén 2011-2012 évben 311 új beteg jelentkezett (2011: 149, 2012: 162). Közülük 271-en szenvedtek oszteoporózisban, 40 betegnek nem volt igazolható oszteoporózisa, náluk a menopauzához társuló tünetek enyhítése volt a cél. Minden betegnél a terápia megkezdése előtt történt DEXA vizsgálat, D vitamin, Ca szint, illetve az oszteoblaszt és oszteoklaszt aktivitást meghatározó laborvizsgálat. A terápiaként 238 betegnek javasoltunk intravénásan alkalmazandó biszfoszfonát készítményt (2011.: 129, 2012.: 109). Mivel a készítményeket a szakrendelésen, gyógyszerári beszerzésük után, be is adtuk, ekkor a compliance 100% volt. Mellékhatás tizenöt esetben fordult elő (2011.: 8, 2012.: 7), elsősorban néhány nap alatt rendeződő izületi fájdalom formájában. Az egy, illetve két éves nyomonkövetés során

évenként elvégeztük a kiinduláskori vizsgálatokat a terápia hatékonyságának követésére. Az első évet követően 44 esetben változatlan DEXA eredményeket kaptunk, 25 esetben javuló értékeket. Sajnos, az egy éves nyomon követés során 60 beteg nem jelent már meg ismételt rendelésünkön. A második évben a 2011-ben elkezdett terápiában részesült betegek közül 60-an jelentek meg újra, további javulást már csak 10 esetben találtunk. A 2012-ben indított betegek közül egy év múlva 72 jelentkeztek ismételt, 60 esetben változatlan DEXA lelet mellett 12 esetben láttunk javulást a csontsűrűségben. Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy az intravénás készítmények alkalmazás jó terápiás effektussal jár, alacsony mellékhatás gyakoriság mellett. A lemorzsolódás mértéke viszont, bár a nemzetközi adatoknak megfelelő, sajnos magas.

mi éveik alatt felelősségyállalást éreznek egyéni és közösségi szinten az egészségéért.

Az egészségnevelés időzítése nagyon fontos tényező, hiszen elegendő időnek kell eltelnie, hogy tudásként építsék be az ismereteket az életükbe. Felméréseink alapján a serdülők 25%-a már túl volt az első szexuális kapcsolatán,

amikor felvilágosítást kapott. A kortársoktatóink kiemelt fontosságúnak tartják a reprodukív egészséget befolyásoló tényezőkre való figyelemfelhívást. (szexuális attitűdök, STD, nem kívánt terhességek kimenetelei, védekezés a nem kívánt terhesség ellen.)

Teljesítmény, bevétel és ráfordítás a szülészeti-nőgyógyászati fekvőbeteg-ellátásban: debreceni tapasztalatok

Póka Róbert, Juhász Alpár Gábor, Birinyi László

Debreceni Egyetem KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

Bevezetés: A hazai szülészeti és nőgyógyászati fekvőbeteg-ellátás minőségét a rendszer infrastruktúrája és az ellátó személyzet működése határozza meg. Az előbbi hatósági minimumfeltételek, az utóbbi szakmai protokollok szabályozzák. Mindkét tényező érvényesítésében a finanszírozás határozza meg a kereteket.

Célkitűzés: A Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján a fekvőbeteg-ellátás értékelése a finanszírozás szempontjából, a beavatkozások típusai szerint.

Módszer: Egy teljes év betegforgalmi adatait elemeztük a beavatkozás jellege (műtétes, konzervatív), OEP lejelentés, visszaigazolt teljesítmény és a klinika számláján jóváírt OEP bevétel szerint. A műtétes epizódok esetében típusonként egy-egy reprezentatív esetre vonatkozóan teljes ráfordítás elemzést végeztünk.

Eredmény: A műtétes nőgyógyászati esetekből származó bevételek 6%-kal a teljesítmény alatt maradnak,

a műtétes szülészeti esetekben pedig 12% a kifizetetlen teljesítmény. A konzervatív nőgyógyászati esetekből származó bevételek és a konzervatív szülészeti esetekből származó bevételek esetében pedig egyaránt 19% a kifizetetlen teljesítmény. A műtétes beavatkozások ráfordítás elemzése során számos olyan ellátási kötelezettség hatálya alá tartozó tevékenység azonosítható, amelyek garantált veszteséget idéznek elő az intézmény gazdasági működésében.

Következtetés: A szülészeti-nőgyógyászati fekvőbeteg-ellátás működtetése a jelenlegi rendszerben csak a minőség rovására finanszírozható. A szakmai protokollok és minimumfeltételek elvárásai csak a minőség rovására teljesíthetők. A jelenlegi finanszírozási rendszerben nem érvényesülnek a technológiafejlesztés és egészség-gazdaságtan alapelvei.

Egy évvel a TOT műtét után – szövődmény vagy mégsem?

Pödör Péter¹, Endrődi Tamás², Máté Imre¹, Gombás Péter³, Valasinyószki Erika⁴, Dombi Péter⁴, Molnár Mihály¹

¹Szent Borbála Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Tatabánya

²Toldy Ferenc Kórház-RI, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Cegléd

³Szent Borbála Kórház, Patológiai Osztály, Tatabánya

⁴Szent Borbála Kórház, Belgyógyászati Osztály, Tatabánya

Az eset ismertetését több szempont miatt tartom fontosnak és érdekesnek. Egyrészt mert a diagnózis megszületéséig komoly fejtörést okozott, hogy a vizelet stressz inkontinencia miatt elvégzett TOT műtét után több mint egy évvel jelentkező betegnél a szalagműtét ritkán előforduló szövődményéről vagy más betegségről van-e szó. Másrészt mert a betegség nemiszerveket érintő lokalizációja ritkaságnak számít. Harmadrészt a kórkép ritkasága miatt rendkívül fontos a társzakkákkal való szoros együttműködés.

A 60 éves nőbetegen 2012. május hónapban vizelet stressz inkontinencia miatt TOT műtétet végeztünk. 2013. szeptember hónapban jeletkezett kontroll vizsgálatra szeméremtesti és hüvelyi fájdalom, valamint bűzös hüvelyi váladékozás miatt. A vizsgálati lelet alapján a szalag műtét késői, elhanyagolt szövődményére gondolni kézenfekvő volt. A betegnél a diagnózis felállítása céljából kismenedcei CT vizsgálat, kolonoszkópia történt, negatív eredménnyel. Tekintettel arra, hogy több mint 10 éve végzünk osztályunkon szalag műtéteket csaknem szövődménymen-

tesen, illetve súlyos szövödményünk sem a korábbi TVT és IVSP, sem az újabban végzett háló és TOT műteteink során nem fordult elő, ezért urogynekológiai videó konzí-

lium is történt. Ezt követően az ismételt elvégzett szövettani vizsgálat alapján állítottuk fel a végső diagnózist. A beteg jelenleg kezelés alatt áll és állapota lényegesen javult.

Szűrhető betegség-e az endometrium carcinoma?

Presenszky Szilvia, Habony Pál, Danis Dávid, Endródi Tamás

Toldy Ferenc Kórház-RI, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Cegléd

Amíg az új méhnyak rákos megbetegedések száma stagnál, vagy némi csökkenést mutat, az endometrium carcinomák száma növekszik. Sajnálatos módon a mai napig nincs egységes, jól kidolgozott szűrési stratégia ezen megbetegedések korai felismerésére.

Elfogadható-e ez a helyzet napjainkban, amikor a képalakító eljárások minőségi és mennyiségi elterjedésével /nagyfelbontású hüvelyi vizsgálófejjel felszerelt ultrahangkészülékek/ a technikai feltételek biztosítottak. Több száz szülész-nőgyógyász orvos rendelkezik alap, közép, illetve felsőfokú UH jártassággal. A személyi feltételek, így adottnak látszanak ahhoz, hogy minden 40 év feletti tünetmentes, nőgyógyászati szűrővizsgálatra jelentkező betegnél – különös tekintettel az obesitasra, diabetes mellitusra illetve a hypertoniára – megtörténjék az endometrium hüvelyi ultrahanggal történő vizsgálata.

A menopausában lévő nők endometrium ellenőrzése különösen egyszerű és hálás területnek tűnik. Hangsúlyozzuk, hogy amennyiben az endometrium morfológiai képe gyanús, de a hystologiai eredménnyel nem korrelál – itt nem

feltétlenül csak malignitasra gondolunk – a beteg követése ajánlatos.

Az 5. számú esetünk jól példázza, hogy a beteg követésének körültkintőnek és alaposnak kell lennie. A nem megfelelő módszer /adott esetben az endometrium cytológia/ megtévesztő eredményt ad és ez késlelteti a helyes diagnózis felállítását. A tumor progressziójának terápiás konzekvenciái vannak. A II. stádiumú endometrium carcinoma esetén a kétoldali lymphadenectomia és a paraaorticus nyirokcsomók eltávolítása a protokoll része. Ez a stádium természetesen nagyobb felkészültséget igényel az operatőr részéről. A kiterjesztett műtétek szövödményei nőhetnek, a gyógyulás esélye viszont kevésbé kedvező.

Ezen felvetések alátámasztására 5 esetet ismertettünk. A tünet és panaszmentes betegeknel a méhnyálkahártya vastagsága és strukturális eltérései hívták fel a figyelmünket a korai stádiumú rosszindulatú daganat lehetőségére. A szövettani diagnózis felállítása után – egy kivétellel – I/a. stádiumban kerültek műtetre, mely rendkívül jó prognózissal kecsegtet a teljes gyógyulás elérésében.

A határterület műteteinek urológiai térfele

Pytel Ákos

Pécsi Tudományegyetem KK Urológiai Klinika, Pécs

Számos olyan, nőket érintő kórkép van, melynek megoldása interdiszciplináris összefogást, közös erőfeszítést igényel. Hagyományos értelemben az urogynekológia – mint az a nevéből is adódik – nőgyógyászok és urológusok határterületi kérdéseivel, azok közös, egységes szemlélet alapján történő ellátásával foglalkozik. Hagyományosan a kismedencei szervek prolapszusait és a vizelet inkontinencia problematikáját tekintjük az urogynekológia tárgykörébe tartozónak. Azonban az urogynekológia ennél valójában jóval szélesebb spektrumon mozog. Ide tartozik a vizelet ürítési és tárolási zavarok komplex diagnosztikája, a medencefenék nem csak anatómiai, hanem funkcionális rendellenességeinek, a kismedencei fájdalom szindrómának (korábban intersticiális cystitits), a kompli-

kált endometriosisos betegeknek a kivizsgálása és kezelése. Ennek a subdisciplinának a kompetenciája a műtéti szövödmények lehetőségének a minimalizálása, illetve kialakulásuk esetén azok ellátása. Külön kihívás az urogenitális fistulák vizsgálata és terápiája. A szerző urogynekológiai profilú urológusként, radikális kismedencei sebészként, több mint egy évtizedes, állandó nőgyógyászati intraoperatív konziliáriusként próbál áttekintést nyújtani a korábban említett betegségek operatív ellátásáról. Külön hangsúlyt fektet az inkontinencia, a kismedencei szervek prolapszusának, az endometriosis urológiai szervi érintettségének, a nőgyógyászati műtétek intraoperatív urológiai szövödményeinek, és az urogenitális sipolyok műtéti ellátásának bemutatására.