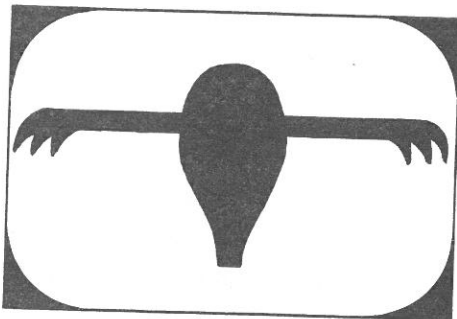


BRICANYL®

inj., tabl.

uterotonicum



Összetétel: 0,5 mg terbutalinum sulfuricum (1 ml) ampullánként; 2,5 mg terbutalinum sulfuricum tablettánként.

Javallatok a nőgyógyászatban: Fenyegő koraszülés, abortus imminens tünetei (16. terhességi héttől), cervix-insufficiencia és cerclageműtét esetén az idő előtti kontrakciók megszüntetésére.

Ellenjavallatok: Hyperthyreosis. Tachycardiával járó szívritmuszavarok. Terhesség alatti erős vérzés, korai lepényleválás és intrauterin infekciók, pyelitis chronica.

Adagolás: Szülészetben a kezelést tartós iv. cseppinfúzióval kell bevezetni, amelynek ajánlott max. időtartama 8 óra lehet. Az infúzió összeállításakor 5 mg Bricanylt (10 ampullát) 1000 ml izotóniás glukóz- vagy izotóniás nátriumklorid-oldattal elegyítünk. (Az oldat 1 ml-e 5 µg terbutalint tartalmaz). A gyógyszer adagolását egyénileg kell meghatározni a hatás és tolerancia figyelembevételével (7–10 µg/perc).

Általában ajánlatos az infúziós kezelést 10 µg/perc sebességgel kezdeni. Ezután 10 percenként 5 µg-mal növeljük az adagot a percenkénti 25 µg eléréséig. Ezt az adagolást 1 órán át kell folytatni, majd 30 percenként 5 µg-mal csökkentjük az adagot a legkisebb hatásos fenntartó adagig. Utókezelésre, újabb fájástevékenység profilaxisára 3 napon keresztül sc. 250 µg-ot (1/2 amp.-t) adunk 4-szer naponta. Egyidejűleg 3 × 5 mg tabl.-t kap a beteg a tünetmentességig, max. a terhesség 37. hetéig. A koraszülés egyes eseteiben használt, egyéb kombinációs kezelésre alkalmas gyógyszer.

rekkel (prostaglandin-antagonistákkal, gesztagénekkal, alkohollal stb.) együtt adható.

Mellékhatások: A szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneken tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek tartós orális kezelés folyamán rendszerint az első héten megszűnnek.

Gyógyszerköölcsönhatások:

Tilos együttadni:

- halogénezett anesztetikumokkal (kardiális arrhythmia);
- MAO-bénítőkkel (hipertóniás krízis);
- adrenalinallal status asthmaticusban;
- béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását megfordítják);
- kortikoszteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

Kerülendő az együttadás:

- anyarozs-alkaloidokkal (extrém magas vérnyomás-emelkedés);
- egyes antihipertónikumokkal (guanethidin és származékai, reserpin, alfa-metildopa; a hipotenzív hatás csökkenése);
- triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja); glaucomában együttes adásuk tilos.

Csak óvatosan adagolható:

- digitálisglikozidokkal (kardiális arrhythmia);
- inzulinallal és orális antidiabetikumokkal (vércukorszint változása).

Figyelmeztetés! Adása óvatosságot igényel hipertonía, myocardialis insufficiencia esetén. A beteg szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenysége figyelemmel kell lenni! Diabetes mellitusban alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy orális antidiabetikum adagjának újrateállítása.

Esetleges **túladozás** esetén propranolol 1 mg/ml iv. inj. 1/2–1 ml/perc (max. 5 ml) adása ajánlott.

Megjegyzés: ✕ Az inj. csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. A tabl. csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Csomagolás: 10 × 1 ml amp. 3,70 Ft;
20 × 2,5 mg tabl. 2,90 Ft;

Magyar Nőorvosok Lapja 44. 365–370. 1981.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye

Szuprapubikus amniocentézis a terhesség utolsó trimeszterében

(írtá: TÓTH ZOLTÁN dr., GAÁL JÓZSEF dr. és NAGY GYULA dr.)

A preventív szemléletű szülészeti ellátásban ma már nélkülözhetetlen az amniocentézis. Az amnionúr punkciója útján nyert magzatvíz megfelelő vizsgálatával a terhesség első felében számos genetikai megbetegedés prenatális felismeréséhez nyerhető információ [11]. Az utolsó trimeszterben az Rh szenzibilizációval szövődött terhességekben a magzati károsodás mértékének, veszélyeztetett terhességekben a magzat érettségének és a foetoplacentáris egység néhány paraméterének a megítélésére van ezáltal lehetőség [7]. Akut polyhydramnion kialakulása esetén olykor terápiás céllal kényszerülünk amniocentézis végzésére. A behatolás történhet a hüvelyboltozaton [12] vagy a hasfalon keresztül [1, 2, 3, 5, 8, 14]. A gyakorlatban a kevesebb szövödménnyel járó transzabdominális amniocentézis terjedt el [9, 10]. A módszert először Bevis [1] majd Liley [8] ajánlotta Rh izoimmunizációval szövődött terhességekben [4]. A hasfali behatolás történhet a köldök körül, középen, oldalt vagy a szeméremív fölött.

Irodalmi adatok szerint az amniocentézis enyhébb komplikációi (idő előtti burokrepedés, kontrakciók jelentkezése, Rh izoimmunizáció fokozódása stb.) általában 10%-ra tehetők. Kazuisztikai érdekességeként súlyos szövödményeket is leírtak (korai lepényleválás, a magzat kivérzése, a magzat testrészeinek sérülése stb.), de ezek nagy valószínűséggel a nem szerencsésen megválasztott behatolási móddal vagy a nem kellő gondossággal végzett szúrással hozhatók összefüggésbe [15].

A szövödmények csökkentésében az amniocentézis előtt ma már elengedhetetlen az ultrahangvizsgálat. Tisztázni kell a lepény elhelyezkedését, a terhesség korát, a magzat élő voltát, esetleges többes terhességet, vagy a magzat durva fejlődési rendellenességét.

Közleményünkben a klinikánkon 1976. január 1–1978. december 31. között a terhesség utolsó trimeszterében szuprapubikus behatolásból végzett amniocentézisek eredményeiről számolunk be.

Anyag és módszer

Három év alatt a terhesség 27–40. hete között 81 terhesen 131 esetben végeztünk szuprapubikus behatolásból amniocentézist. A beavatkozás előtt minden esetben ultrahangvizsgálat történt. Ha kizáró ok (bőrbetegség a szúrás területében, vagy a szuprapubikus régió alatt elhelyezkedő lepény) nem volt, akkor a Lundstrom [16] által ajánlott, majd Strand [14] által módosított szuprapubikus behatolást választottuk.

A húgyhólyag spontán kiürítése után a terhest nőgyógyászati vizsgáló asztalra fektettük, a beavatkozást végző személy kombinált hüvelyi- és külső műfogással kiemelte a magzat elülső részét a medence bemenetéből. Egy segéd két kézzel ebben a helyzetben rögzítette a kiemelt magzati nagyrészt. Ezután a bőrt dezinficiáltuk, majd érzéstelenítés nélkül szérum I-es tűvel határozott, gyors mozdulattal a symphysis felett két harántujjal szúrtunk az amnionúrbé. A vizsgálat céljára 10–20 ml magzatvizet szívunk le. Megfigyeltük a magzatvíz színét, vér- vagy meconium tartalmát, majd meghatároztuk az L/S hányadost [6], illetve spektrofotometriás úton a bilirubin, illetve a pigment tartalmát. Az amniocentézis után 30 percig ellenőriztük a méh aktivitását és a magzat szív működését.

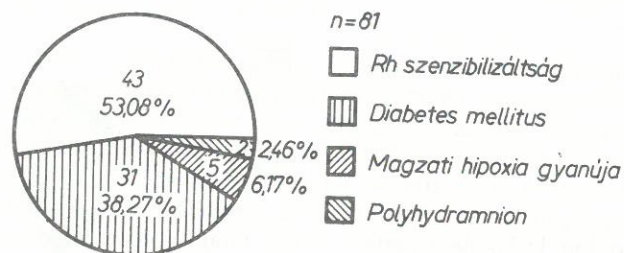
Eredmények

Az amniocentézis javallatát 43 esetben (53,08%) Rh szenzibilizáltság, 31 alkalommal (38,27%) diabetes, 5 terhességben (6,17%) pozitív terheléses FPKG (szisztolés click!), ill. előlfekvő lepénnyel szövődött terminus túllépés, végül 2 esetben (2,46%) akut, extrém polyhydramnion képezte. A két utóbbi esetben tehát terápiás amniocentézis történt.

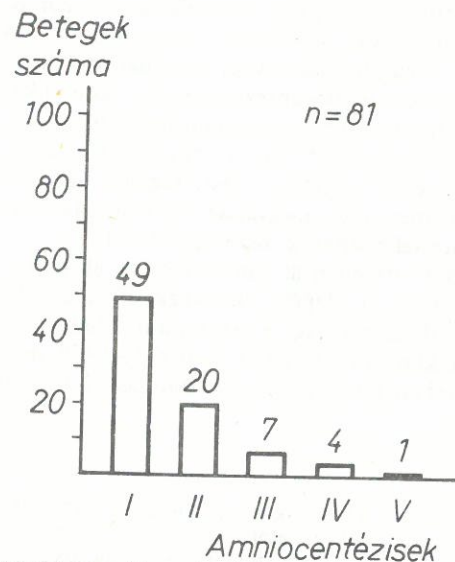
EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

(1. ábra). Az amniocentézist szükség szerint többször is megismételtük. Egy alkalommal végeztünk punkciót 49, kétszer 20, háromszor 7, négyszer 4 és ötször 1 terhesen (2. ábra).

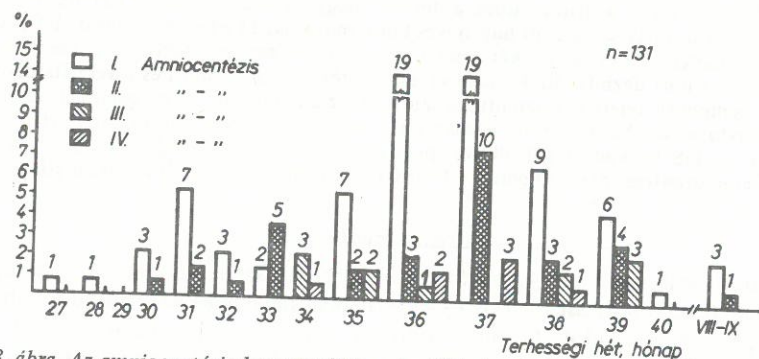
Amniocentézist legkorábban a 27. terhességi héten végeztünk. A 34. terhességi hétig Rh szenzibilizáció miatt, vagy terápiás céllal, a 35. héttől főleg diabeteszes terheseken az



1. ábra. Az amniocentézisek javallatának megoszlása



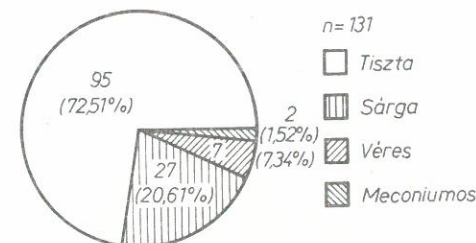
2. ábra. A betegek megoszlása az ismételt amniocentézisek száma szerint



3. ábra. Az amniocentézisek megoszlása az ismétlések száma és a terhességi hetek szerint

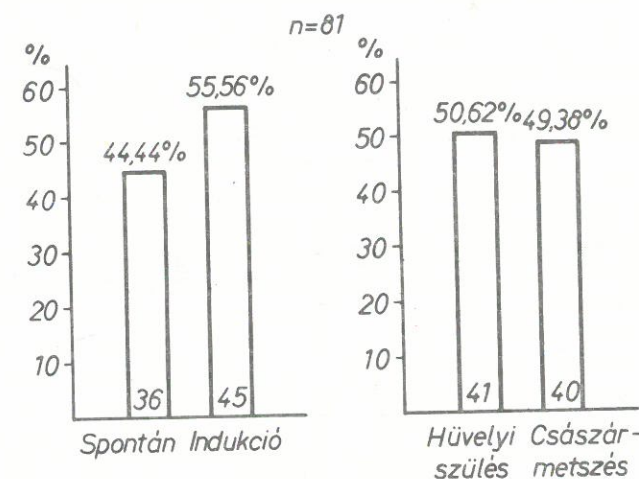
L/S arány meghatározására, ill. hipoxiás veszélyeztetettség feltételezett diagnózisa miatt – amikor az amnioscopiát előlfekvő lepeny kontraindikálta – került sor a punkcióra (3. ábra).

A magzatvíz 95 alkalommal tiszta, 27 esetben kifejezetten sárga, hétszer vérrel, kétszer meconiummal keveredett volt. A magzatvízből bakteriológiai vizsgálatokat nem végeztünk (4. ábra).



4. ábra. Az amniocentézis során nyert magzatvízminták szín- és festenyzettség szerinti megoszlása

Anyagunkban súlyosabb anyai és magzati sérülés nem fordult elő. A magzatvíz 7 alkalommal keveredett az anya vérével, ezért a további vizsgálatra csak részben volt alkalmas. Az amniocentézist követően 2 alkalommal léptek fel gyógyszeresen leállítható kontrakciók, kétszer viszont a bevezetett tocolysis sikertelennek bizonyult. Hat esetben 24 órán belül idő előtti burokrepedés következett be, de ezek közül csak kettő végződött koraszüléssel. Terminus közelben a nyitott méhszáj mellett fennálló esetleges amnionitis is közrejátszhatott prediszponáló tényezőként a burok idő előtti megrepedésében. Amniocentézis után 5 esetben észleltük a magzat szív működésének eltérését, amely a CTG regisztrálás ideje alatt rendeződött, s azt valószínűleg az előlfekvő rész kiemelése során, a magzatot ért mechanikus hatás okozta. Egy esetben későbbi elektív sectio caesarea-nál – a punkció után négy héttel – észleltünk a behatolás helyén az uteruson kis kiterjedésű, felszívódóban levő szubperitoneális haematomát. Szövődményeink közül a 2 sikertelen tocolysis és a 6 idő előtti burokrepedés (összesen 6,1%) volt következményes,



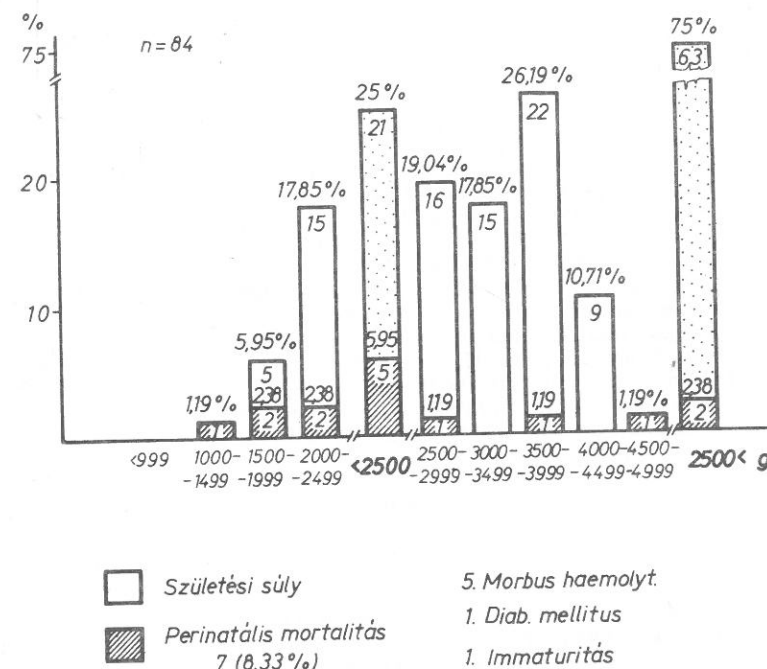
5. ábra. A szülések megoszlása azok megindulása és lefolyása szerint.

I. táblázat
Az amniocentézis során észlelt szövődmények megoszlása az amniocentézis indikációja, ismétlési száma, a terhességi hét, illetve a születések megindulása ideje, születési súly, a magzati morbiditás és a mortalitás szerint

Szövődmények	Amniocentézis		T. hét	Szülés		Születési súly	Morbiditás	Mortalitás
	Indikációja	Száma		Megindulása	Ideje (hét)			
Véres punkció	Rh Rh	I. I.	30 31	Indukció Spontán	30 38	2000 2800 G 3100	Hydrops foetus	+
7 (5,34%)	Rh Rh Diab. Rh Pozitív FTT	I. III. I. I. II.	35 36 36 38 38	Indukció Spontán Spontán Spontán Spontán	38 37 39 39 39	2150 2450 3800 2700 G 2850 G 2450		
Méhtekénység Sikeres tocolysis 2 (1,52%)	Rh Rh	I. I.	37 38	Spontán Spontán	37 39	2400 2700		
Sikertelen tocolysis 2 (1,52%)	Hydramnion Diab.	I. III.	30 39	Spontán Spontán	30 39	1350 3800	Immatunitás	+
Idő előtti burokrepedés	Rh	IV.	34	I. c. burokrepedés	34	1900	Ikterus	
6 (4,58%)	Diab. Diab. Diab. Rh Diab. Rh.	I. II. I. I. I. I.	36 37 37 38 38 38	I. c. burokrepedés I. c. burokrepedés I. c. burokrepedés I. c. burokrepedés	36 37 37 38 38 38	2800 3750 2400 3850 3150	Fetopathia Diab.	
Szív működés eltérése	Diab. Diab. Pozitív FTT	I. II.	37 37 38	Indukció Indukció Spontán	37 38 39	2300 3500 2850 G 2450	Malformáció	
5 (3,81%)	Diab. Rh.	I. I.	39 40	Spontán Spontán	39 40	3800 3600		
Egyéb 1 (0,76%)	Rh.	I.	32	Indukció	36	2800	Haematoma subperitoneale	

41 (50,62%) terhes, profilaktikus magzati javallat alapján császármetszést végeztünk 40 (49,38%) alkalommal (5. ábra).

A 84 újszülött közül 21 (25%) koraszülött volt. A perinatális időszakban 5 (5,95%) koraszülött és 2 (1,19%) érett újszülött halt meg. Az amniocentézissel direkt összefüggésbe hozható elhalás nem volt, mert az elhaltak közül 5 alkalommal a magzat haemolytikus betegsége, egy alkalommal súlyos fetopathia diabetica szerepelt mint halál oka. Egy esetben az extrém fokú polyhydramnion lebecsátása után a megszületett magzat éretlensége volt az elhalás oka (6. ábra).



6. ábra. A született magzatok súly szerinti megoszlása a perinatális mortalitás feltüntetésével

Megbeszélés

A terhesség utolsó trimeszterében végzett amniocentézisek során eleve kevesebb szövődménnyel kell számolni, mint koraterhességekben. Az ultrahang-diagnosztika térhódításával a behatolásra legelőnyösebbnek tűnő hely és mélység is meghatározható, ami tovább csökkenti a szövődmények számát [17].

Az utolsó trimeszterben az ultrahang vizsgálati lelet birtokában is – ha csak kizáró ok nem áll fenn – a szuprapubikus behatolást előnyben részesítjük. A méh alsó szakasza a parametriumok és a rögzítőszalagok által fixált, a punkció során a tü elől nem tud kitérni. A segédkező személy által a medence bemenetből kiemelten tartott előlfekvő rész még a magzat mozgása esetén sem kerülhet a punkciós tű útjába. Az anya kiürített húgyhólyaga a symphysis mögött védeken helyezkedik el. A tű beszúrása határozott és gyors mozdulattal történhet, s nem kell félni az anya és a magzat szerveinek sérülésétől.

Az irodalomban a módszer hátrányául a gyakoribb idő előtti burokrepedést említik. Ezzel szemben terminus közelben az idő előtti burokrepedések számát amniocentézis nélkül is eleve 5–19% közöttinek tartják [13]. Anyagunkban ez 6 esetben (4,58%) fordult elő. Gordon és mtsai [4] ugyanilyen behatolás esetén 11,9%-os burokrepedés gyakoriságról számolnak be, míg periumbilikális behatolás esetén 14,1%-ban észleltek burok-

repedést. A két behatolási mód között ebben a tekintetben nem találtak statisztikailag kimutatható különbséget. — Tapasztalataink szerint az idő előtti burokrepesések száma a vékony túvel, a határozott és gyors mozdulattal kivitelezett punkcióval csökkenthető. Mivel terminus közelben a méhszáj többé-kevésbé már nyitott, ezért törekedni kell arra, hogy a behatolás a symphysistól — s így a belső méhszájtól is — minél magasabban történjen.

Összefoglalás

A szerzők a terhesség 27–40. hete között 81 terhesen végzett 131 szuprapubikus amniocentézisről számolnak be. Az amniocentézist követően 24 órán belül hat esetben történt idő előtti burokrepedés, két alkalommal észlelték tocolysissal nem befolyásolható méhtevékenységet. Anyagunkban anyai és magzati sérülés nem fordult elő. Eredményeik alapján a terhesség utolsó trimeszterében a szuprapubikus amniocentézist előnyösnek ítélik.

Irodalom

1. Bevis, D. C. A.: Lancet, 1, 395 (1952). — 2. Gaál J.: In: Intenzív szülészoba, Szerk.: Lampé L., Medicina, Budapest, 1973, p. 92. — 3. Gaál J.: In: Nővédelem-Családtervezés. Szerk.: Batár I., Medicina, Budapest, 1978, p. 348. — 4. Gordon, H. R., Denkmédjan, A. G.: Amer. J. Obstet. Gynec. 287 (1975). — 5. Lampé L., Hernádi Z., Ditrói F.: Orvosképzés 50, 432 (1975). — 7. Lampé L. (Szerk.): Intenzív Szülészoba, Medicina, Budapest, 1973. — 8. Liley, A. W.: Amer. J. Obstet. Gynec. 82, 1359 (1961). — 9. Papp Z., Gardó S., Herpay G., Árvay S.: Orv. Hetil. 111, 1023 (1970). — 10. Papp Z.: In: Nővédelem-Családtervezés, szerk.: Batár I., Medicina, Budapest, 1978, p. 287. — 11. Papp Z.: Genetikai betegségek prenatalis diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1980. — 12. Queenan, J. T., Adams, D. W.: Obstet. Gynec. 25, 302 (1965). — 13. Rovinsky, J., Shapiro, W.: Obstet. Gynec. 32, 855 (1968). — 14. Strand, J.: In: Intrauterine Dangers to the Foetus. Excerpta Medica, Amsterdam, 1967, p. 398. — 15. Weise, P., Auent, P., Hemke, G.: Zbl. Gynäk. 10, 769 (1975). — 16. Wiklund, D.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 48, Suppl. 3, 147 (1969). — 17. Wilken, H. P., Duing, R., Schwarzlos, G.: Zbl. Gynäk. 100, 847 (1978).

3. Тот, Й. Гал, Д. Надъ: Супрапубический амниоцентез в последнем триместре беременности

Tóth, Z., Gaál J., Nagy, Gy: Suprapubic amniocentesis in the last trimester of the gravidity

Suprapubic amniocentesis was performed in 131 cases on 81 women in the last trimester of their pregnancies (27–40 weeks). Within 24 hours after amniocentesis, premature rupture of the membranes occurred in six cases. Uterine activity that could not be influenced by tocolytic drugs was observed in two cases. No maternal or fetal injuries occurred in the patient material examined. From the results it may be concluded that suprapubic amniocentesis can be advantageously performed in the last trimester of pregnancy.

Tapasztalataink rivanol feltöltéssel végzett terhesség megszakításokkal.

Irta: TAMÁS PÉTER dr., OROSZ ANDRÁS dr. és GARDÓ SÁNDOR dr.

A középidős terhességek megszakítása — amelyeknek száma a prenatalis genetikai diagnosztika fejlődésével várhatóan emelkedni fog — még ma is gyakran nehéz feladat elé állítja a szülészeket. A korábbi gyakorlatban a mechanikus módszerek (laminaria, metreurynter, metranoikter) mellett a különböző oldatokkal (urea, glicerin, hipertóniás cukor és só) történő extra-, illetve intraamniális feltöltést alkalmazták, amelyeknek veszélyei jól ismertek. Az első trimeszterbeli terhességek megszakítása szintén nem problémamentes. Az általánosan elterjedt cervixdilatació + curettage és a későbbi koraszülések gyakorisága közötti összefüggést több retrospektív és prospektív vizsgálat igazolta [1, 8, 18]. Olyan eljárásokra van tehát szükség, amelyek elkerülhetővé teszik a cervix mechanikus tágítását és így nem vezetnek a méhnyak záró struktúrájának sérüléséhez. Különösen fontos ez primigravidák terhességének megszakítása esetén.

A prosztaglandinok és analógjaik megjelenése után úgy tűnt, hogy a fenti problémák hamarosan megoldódnak. Kiderült azonban, hogy a prosztaglandinok alkalmazása sem kockázatmentes és szintén nagy körütekintést igényel. Mellékhatásaik miatt felhasználási körük korlátozott, ennek ellenére több súlyos szövődmenyről, sőt anyai halálesetről is beszámoltak [3, 7]. Az alkalmazási formák sokfélesége (im., iv., per os, intraamniális, extraamniális, intracervikális és intravaginális) is jelzi, hogy még nem teljesen kiforrott módszerről van szó. A továbbiakban sem felesleges tehát más, veszélytelen és hatásos eljárásokat keresni.

Japán szerzők kedvező tapasztalatai alapján [12, 13] a 70-es évek elejétől Európában is elterjedt a középidős terhességek transcervikális extraamniális rivanol feltöltéssel történő megszakítása [2, 4, 6, 10, 15]. Hazánkban Máthé és mtsai [14, 20] ismertették és ajánlották először, majd Szeverényi és Lampé [19] számoltak be nem szült nők terhességszakítása során történt eredményes alkalmazásáról. Magyarországon a módszer a kedvező külföldi és hazai tapasztalatok ellenére sem terjedt el széles körben, ezért szeretnénk saját eredményeink közlésével ismételtelen felhívni rá a figyelmet.

Anyag és módszer

Osztályunkon 1976 óta rutinszerűen rivanol feltöltéssel végezzük a középidős terhességek megszakítását és a még nem szült nők interruptióját. Az elmúlt öt év során összesen 110 első és 27 második trimeszterbeli terhességben történt feltöltés. A rivanol 0,1%-os sterilizált, testhőmérsékletű oldatát Foley-katéterrel (16 Ch.), tágítás nélkül juttattuk fel extraovulárisan a fundus magasságába. A felhasznált oldat mennyisége a terhesség nagyságától függően 30–80 ml volt. A rivanol hatásának támogatására oxitocint is alkalmaztunk, az első trimeszterben 12 óra elteltével intramusculárisan, míg a második trimeszterben 24 óra elteltével infúzió formájában.

Eredmények

Eseteink a terhességek kora, illetve a befejezés módja szerint négy csoportba oszthatók:

I. Kezdetben 16 első trimeszterbeli esetben megvártuk a vetélés megindulását. A feltöltéstől a vetélés befejezéséig eltelt idő 5 és 51 óra között váltakozott, átlagosan 35,6 óra volt.

II. A további 94 első trimeszterbeli terhességben, amennyiben a vetélés korábban nem zajlott le, a méhűrt 24 óra elteltével kiürítettük. Ez utóbbira 80 esetben került sor, mivel