



Fiatal Nőorvosok IV. Országos Fóruma

Hotel Pelion

8300 Tapolca, Köztársaság tér 10.

2008. november 27–29.

A Fórum elnöke

Dr. Szilágyi Imre

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, osztályvezető főorvos

Szervező Bizottság

Dr. Csergőffy Gyula

Dr. Orosz Tamás

Dr. Szabó Kinga

Dr. Körmöndi János

Albert Márta

Szabó Béláné

Kirsch Melinda

Tudományos Bizottság

Dr. Bagarus Sándor

Dr. Csütörtöki Vendel

Dr. Kiszely Zsolt

Dr. Kövér József

Regisztrációs iroda nyitva tartása a rendezvény helyszínén:

2008. november 27-én, csütörtökön

8.00–18.30

2008. november 28-án, pénteken

8.00–18.30

2008. november 29-én, szombaton

8.00–14.30

Kedves Kollégák és Vendégek!

Negyedik alkalommal kerül megrendezésre a Magyar Nőorvos Társaság Fiatal Nőorvos Alszekció tudományos találkozója, mely idén fórum formájában várja a résztvevőket. A változásokhoz könnyen alkalmazkodó és ezzel párhuzamosan régi hagyományait megőrző balatonfelvidéki város, Tapolca helyszíneként ideálisnak ígérkezik.

Örömünkre szolgál, hogy közel 300 kolléga regisztrált be előzetesen, és számos hazai és nemzetközi gyógyszer- és műszergyártó, forgalmazó vesz részt aktívan a Fórumon. Az eddig minden szempontból példátlan érdeklődés, megdönteni látszik a korábbi évek kedvező statisztikáját is. Az eredményes tudományos programot rekord mennyiségű és magas szakmai színvonalú egyéni prezentáció és referátum színesíti, mely tematikáját illetően kitölti a szülészeti-nőgyógyászati diagnosztika és terápia széles palettáját.

A döntően továbbképző jellegű rendezvényre elfogadta meghívásunkat Medgyaszai Melinda, az Egészségügyi Minisztérium szakállamtitkára, aki az aktuális gazdasági helyzet adta finanszírozási feladatok megoldásáról ad nekünk tájékoztatást. Megtisztelő külföldi előadóink részvétele, akik európai kitekintésre adnak lehetőséget. Erica Werner, az Európai Gyakornok Szövetség (ENTOG) elnöke az Egyesült Királyságból érkezik. Ő az uniós szakképzésről tart új információkban bővelkedő ismertetőt. Yves Van Belle Belgiumból, a European Academy of Gynecological Surgery képviselőjében a laparoszkópos képzés modern szemléletéről fog beszámolni.

A tudományos program igen feszes, napközben alig ad lehetőséget a lazításra. Ezért szeretnénk, ha az esti társasági programokon mindenki kipihenné magát.



Dr. Orosz Tamás

Dr. Orosz Tamás
a Magyar Nőorvos Társaság
Fiatal Nőorvos Alszekció titkára



Dr. Szilágyi Imre

Dr. Szilágyi Imre
a Fórum elnöke

A Fórum védnökei

Dr. Medgyaszai Melinda
az Egészségügyi Minisztérium szakállamtitkára

Prof. Dr. Pál Attila
a Magyar Nőorvos Társaság elnöke

Prof. Dr. Szabó István
a Szülészeti-Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke

Lasztovicza Jenő
a Veszprém Megyei Közgyűlés elnöke

Dr. Rác Jenő
a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház főigazgatója



Tudományos program

2008. november 27., csütörtök

10.00–10.30 **Megnyitó**

Medgyaszai Melinda
az Egészségügyi Minisztérium szakállamtitkára

Pál Attila
a Magyar Nőorvos Társaság elnöke

Szabó István
a Szüléset-Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke

Lasztovicza Jenő
a Veszprém Megyei Közgyűlés elnöke

Rácz Jenő
a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház főigazgatója

Szilágyi Imre
A Fórum elnöke

– Technikai szünet –

10.30–12.00 **Kerekasztal beszélgetés**
Egészségügyünk a XXI. században – finanszírozási lehetőségek
Moderátor: Pál Attila, Szeged

Bódis József, Pécs
Csákány M. György, Budapest
Medgyaszai Melinda, Budapest
Molnár Mihály, Tatabánya
Pajor Attila, Budapest
Rácz Jenő, Veszprém

12.00–13.30 Ebédszünet

13.30–14.30 **Kerekasztal beszélgetés**
Felelőségünk a szakorvosképzésben, utánpótlás-nevelés
Moderátor: Szabó István, Pécs

Kerecsényi Péter, Pécs
László Ádám, Budapest
Medgyaszai Melinda, Budapest
Pál Attila, Szeged
Rácz Jenő, Veszprém
Szócska Miklós, Budapest
Tóth Zoltán, Debrecen

14.30–14.45 Kávészünet

14.45–16.00 **Tudományos előadások R1 és E1–E5**
Ülésezők: Paragi Péter, Patakfalvi János, Pánczél Zita

R1 Korai hazabocsátás a gyermekágyban 20'
Török Olga
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

E1 Chronikus hipertoniás terhesek gondozása során szerzett tapasztalataink
Derzsy Zoltán, Molvarec Attila, Bóze Tamás, Rigó János
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Budapest

**E2 Befolyásolja-e az előzetes vérátömlesztés a terhességi hypertoniabetegség
előfordulását?**
Kubicsek Tamás, Paragi Péter
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Budapest

**E3 Egészséges és preeclampsziás terhesek plasmáinak hatása a granulocyták
szuperoxid-anion termelésére**
Lampé Rudolf, Szűcs Sándor, Ormos Márk, Ádány Róza, Póka Róbert
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

E4 A HELLP-szindrómát követő terhességek lefolyása
Rigó Barbara, Várkonyi Tibor, Hupuczí Petronella, Sziller István, Rigó János
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Budapest

E5 Hüvelyi szülés előzetes császármetszés után
Kelemen Csaba, Molnár László, Lintner Ferenc
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített
Kórházai, Budapest

16.00–16.10 Kávészünet

16.10–17.20 **Tudományos előadások E6–E11**

Üléselnök: Bolodár Alajos, Pajor Attila, Vonnák Eszter Andrea

- E6 Súlyos magzati hydrocephalust okozó intracranialis teratoma – esetismertetés**
Kerecsényi Péter, Vizer Miklós, Vető Ferenc, Kravják András, Bódis József
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs
- E7 Spontán aorta ruptura terhességben – esetismertetés**
Pánczél Zita, Sára Levente, Tóth Péter, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- E8 Magzati retardáció diagnosztikája és kezelése**
Orosz Gábor, Hagymási László, Balogh Beatrix
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár
- E9 Jóindulatú méhizomdaganat okozta fájdalom csillapítása a várandósságban**
Horányi Dániel, Pop Andrea, Siklós Nóra, Németh Miklós
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Budapest
- E10 A Bret-Sirbu metroplasztika hatása a terhességek kimenetelére**
Molnár Gábor, Göcze Péter, Kovács Gábor, Szabó István
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs
- E11 Májtranszplantáció szülészeti vonatkozásai**
Szarka András, Molvarec Attila, Gerlei Zsuzsanna, Kóbori László, Berkes Enikő, Garamvölgyi Zoltán, Rigó János
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

17.20–17.35 Kávészünet

17.35–18.30 **Tudományos előadások E12–E16**

Üléselnök: Bódis József, Fekete Zoltán, Novák Péter

- E12 Az élveszülések arányának javítása kis molekulatömegű heparinnal thrombophiliás terheseknél**
Galamb Ádám, Makai Zsolt, Nemes László, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- E13 V. faktor Leiden-mutációjának vizsgálata HELLP-szindrómás betegeknél**
Szabó Gábor, Nagy Bálint, Hupuczai Petronella, Rigó János
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

- E14 Vena jugularis trombózis IVF után**
Vonnák Eszter Andrea, Sipos Miklós, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- E15 Iker-iker transzfúziós szindróma**
Orosz Tamás, Szilágyi Imre
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém
- E16 Cervicovaginalis interleukin-6-szint meghatározásának szerepe a koraszülés előrejelzésében**
Rácz Sándor, Halvax László, Busznyák Csaba, Bódis József
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

20.00– **Pince Fórum – Fakultatív program**

2008. november 28., péntek

- 9.00–10.00 **Tudományos előadások R2 és E17–E19**
 ÜléseInők: Csongrády Attila, Nagy Gyula Richárd, Tóth Zoltán
- R2 Az ultrahangdiagnosztika buktatói** 20'
 Tóth Zoltán
 Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen
- E17 A Down-kór kombinált szűrésének hatékonysága – kecskeméti tapasztalatok**
 Tankó András ifj., Varga Ágnes, Tankó András
 Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét
- E18 Prenatális szűrés és diagnosztika többes terhességben**
 Mika Péter
 Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr
- E19 Az anyai BMI és súlygyarapodás hatása az ikerterhességek kimenetelére**
 Szabó Dávid, Németh Gábor, Kozinszky Zoltán
 Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged
- 10.00–10.20 Kávészünet
- 10.20–11.00 **Tudományos előadások R3–R4**
 ÜléseInők: Csákány M. György, Orosz Tamás, Török Miklós
- R3 ENTOG and training across Europe** 20'
 Erica Werner
 European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, Birmingham, Egyesült Királyság
- R4 Feasibility and construct validity of a novel Laparoscopic Skills Testing and Training (LASTT) model** 20'
 Yves R. M. Van Belle
 European Academy of Gynaecological Surgery, Leuven, Belgium
- 11.00–12.00 **Tudományos előadások E20–E24**
 ÜléseInők: László Ádám, Sára Levente, Török Olga
- E20 21-es csapdája-e az első trimeszteri triszómia szűrés?**
 Fülöp Viktor, Rétfalvi Teofil, Hernádi László, Bagdáné Hidvégi Judit, Adorjáné Juhász Szilvia, Schuman Ádám
 Markhot Ferenc Kórház, Eger
- E21 Alfa-foetoproteinszint-szint – elavult klasszikus**
 Horváth Zoltán
 Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

- E22 A magzati sejtekből végzett prenatális diagnosztika jövője**
 Nagy Gyula Richárd
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- E23 A szabad és szabad magzati DNS szövődménymentes és praeclampsiaival szövődött terhesség esetén**
 Lázár Levente, Molvarec Attila, Nagy Bálint, Rigó János
 Semmelweis Egyetem, Budapest
- E24 Rh, és egyéb vércsoport-inkompatibilitás**
 Stummer János
 Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr
- 12.00–13.30 Ebéd
- 13.30–14.40 **Tudományos előadások E25–E31**
 ÜléseInők: Horváth Zoltán, Nagy Gyula Richárd, Török Miklós
- E25 A BRCA-gén eltéréseinek gyakorlati jelentősége. Mikor végezzünk genetikai vizsgálatot?**
 Pop Andrea¹, Horányi Dániel¹, Siklós Nóra², Koiss Róbert¹
¹Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ²Semmelweis Egyetem, Budapest
- E26 A BRCA-gén eltéréseinek gyakorlati jelentősége. A génhibát hordozók felügyelete: a megelőzés lehetőségei**
 László Dániel¹, Siklós Nóra², Koiss Róbert¹
¹Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ²Semmelweis Egyetem, Budapest
- E27 A terhesség és a petefészek rosszindulatú daganatai – esetismertetés**
 Barna Péter, Pálfalvi László, Barna István, Rákóczi István
 Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Budapest
- E28 Torqualt petefészek cysta képét utánzó primer gastrointestinalis omentális stromalis tumor operált esete**
 Szokodi Róbert, Winkler László, Bogner Barna, Nemerey Zsuzsa, Gáts Attila
 Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd
- E29 Kétféle rosszindulatú tumor egyidejű előfordulása petefészekben**
 Zergényi-Molnár Dóra, Bánhidny Ferenc, Járay Balázs, Pajor Attila
 Semmelweis Egyetem, Budapest
- E30 Bélperforáció okozta akut has terhességben**
 Kostic András, Szathmáry Gábor, Lintner Ferenc
 Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

E31 Drainage vagy nem drainage?

Busznyák Csaba, Fekete Zoltán, Nagy Sándor
Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

14.40–15.00 Kávészünet

15.00–16.00 Tudományos előadások E32–E36

Üléselnök: Bazsa Sándor, Berkes Enikő, Szokodi Róbert

E32 Szövődmények az implantátumok felhasználásával végzett medencefenék helyreállító műtétek során

Barna István, Rákóczi István, Bencsik András, Barna Péter
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Budapest

E33 Subserosus myomagöb laparoscopos enucleatioja tubasterilisatió kapcsán – esetismertetés

Takács Géza
Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

E34 Implantációs medencefenék rekonstrukciós műtétek osztályunk gyakorlatában

Ruszin Judit, Endrődi Tamás
Toldy Ferenc Kórház–Rendelőintézet, Cegléd

E35 Intramuralis terhesség: ritka előfordulás, súlyos következmények

Petróczi István, Lintner Ferenc
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

E36 Érdekesebb laparoscopos eseteink

Komáromi–F. Zoltán, Varga József, Répásy István
Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

16.00–16.25 Kávészünet

16.25–16.55 Tudományos előadások E37–E39

Üléselnök: Hollósi László, Orosz Gábor, Szűcs Márta

E37 A humán chorion gonadotropin nem befolyásolja az intracelluláris kalcium-ion koncentrációt endothel sejtekben

Paragi Péter, Sára Levente, Tóth Péter, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem, Budapest

E38 A koraterhességben mért emelkedett rezisztenciájú artéria uterina áramlás önmagában a kóros terhességi kimenetel fokozott kockázatát jelenti függetlenül a VEGF és VEGFR₁ reaktivitástól

Sára Levente, Paragi Péter, Tóth Péter, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem, Budapest

E39 Terhesség, elhízás, patológia

Peitl Szilárd, Csécsey Károly
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház, Sopron

**16.55–17.15 Szponzorált szimpózium – GlaxoSmithKline
A humorális immunitás jelentősége a HPV elleni küzdelemben**

Kovács József, Budapest

17.15–17.25 Szponzorált előadás – Medicom Pharma

Belara – egy új lehetőség a fogamzásgátlásban
Bánki Magdolna

17.25–17.40 Kávészünet

17.40–19.00 Tudományos előadások R5 és E40–E44

Üléselnök: Csákány M. György, Novák Péter, Tankó András

R5 Fogamzásgátlás a szoptatás alatt és után

Csákány M. György
Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest

20'

E40 Butokonazol-nitrát alkalmazásával szerzett tapasztalatok akut és krónikus-recidiváló vulvovaginális candidiasisban

Fekete Zoltán, Mika Péter, Nagy Sándor
Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

E41 A vulvodynia aktuális kérdései

Máté Szabolcs
Semmelweis Egyetem, Budapest

E42 Serdülőkori cryptomenorrhoea

Tekse István, Varga Zsolt, Molnár Mihály
Komárom–Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Tatabánya

E43 Migrén és hormonális fogamzásgátlás – dél-alföldi régió kérdőíves felméréseinek tapasztalatai

Szűcs Márta
Szegedi Tudományegyetem, Szeged

E44 A Down-kór szűrés gyakorlata. A kombinált-teszt bevezetése

Skriba Eszter¹, Merhala Zoltán², Török Miklós¹
¹Állami Egészségügyi Központ, Budapest, ²Magzati Diagnosztikai Központ, Budapest

20.00– **Esti randevú – zenés-táncos mulatság**

2008. november 29., szombat

9.00–10.10 **Tudományos előadások E45–E50**

ÜléseInők: Berkes Enikő, Hadnagy János, László Ádám

- E45 Az „XI VOCAL” (eXtended Imaging VOCAL) 3D ultrahang–volumetria reprodukálhatósága szabálytalan formák vizsgálata során**
Bózsa Szabolcs¹, Mátrai Gábor¹, Havasdi József², Bódis József¹, Vízer Miklós¹
¹Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, ²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs
- E46 Új lehetőség a 3D ultrahang–diagnosztikai képfeldolgozásban: a 3D extended imaging**
Kozma Bence, Aranyosi János, Tóth Zoltán
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen
- E47 Jogi esetek a szülészetben, orvos–szakértői megközelítésben**
Hadnagy János
Siófok Városi Kórház – Rendelőintézet, Siófok
- E48 A magyar szülészet utánpótlásnevelése, rezidensképzés a Markusovszky Kórházban**
Német Levente Barna, Kneffel Pál
Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely
- E49 Etikai megfontolások az emberi reprodukcióban**
Szabó Kornél
Szegedi Tudományegyetem, Szent–Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged
- E50 Eddigi tapasztalatok a Dianatal szülészeti géllal kapcsolatban**
Tekse István, Molnár András, Zoltay Éva
Komárom–Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Tatabánya
- 10.10–10.20 Kávészünet
- 10.20–12.20 **Tudományos előadások E51–E59**
ÜléseInők: Kiss György, Mika Péter, Rigó Barbara
- E51 Laparoscopia a meddőség kezelésében**
Bazsa Sándor, Barna András, Barabás József
Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros
- E52 Az endometriosis korszerű sebészeti kezelése**
Berkes Enikő
Szemmelweis Egyetem, Budapest

- E53 Endometriosis utáni terhességek**
Vrastyák Péter, Sándor Csaba
Miskolci Egészségügyi Központ, Miskolc
- E54 A premenstruációs szindróma és kezelési lehetőségei**
Tóth Róbert
Szegedi Tudományegyetem, Szent–Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged
- E55 A szülészet–nőgyógyászati és a sürgősségi osztály együttműködésének lehetőségei a mindennapi betegellátás során**
Bálint Koppány, Szalóki Aliz
ÁEK Szülészet –nőgyógyászati Osztály, Budapest
- E56 Telt hólyag és dialízis – esetismertetés**
Pásztor Norbert, Sikonyavecz János, Pál Attila
Szegedi Tudományegyetem, Szeged
- E57 A citológia és a HPV–tipizálás szerepe a méhnyakrák–szűrésben**
Járay Balázs
Szemmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Pathologiai Intézet, Budapest
- E58 A budapesti HPV–Centrum másfél éves eredményei**
Sobel Gábor, Paragi Péter, Ács Nándor, Pajor Attila
Szemmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- E59 Kezdeti tapasztalataink az office hiszteroszkópiával**
Török Péter, Major Tamás
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

12.20–12.40 **A Fórum zárása**

A legjobb előadás díjazása

12.40–14.20 Ebéd

Technikai információk a tudományos programhoz

Jelmagyarázat: E – előadás, R – referátum

Előadások: az előadások időtartama 8 perc, melyet maximum 3 perc vita követhet. Kivételt a felkért előadók referátumai jelentenek. A felkért referátumok után vitát nem tartunk. Az előadókat ezúton is kérjük az előadások időtartamának pontos betartására, melyet az üléselnökök a szoros program miatt nem engednek túllépni. Az előadások illusztrálására videoprojektor áll rendelkezésükre.

Szponzorált szimpóziumok: A Fórumon a programban jelölt időpontokban és tematikával a gyógyszergyárak szponzorált szimpóziumot tartanak, melyek összeállításában a Tudományos bizottság nem vett részt.

Előadások, referátumok vetítendő anyagai: Az előadások bemutatásához szükséges anyagok (CD-n vagy pendrive-on) leadása az első napi regisztráláskor (november 27-én 8.00 órától), illetve az előadások kezdete előtti szünetekben történik.

Társasági programok

2008. november 27., csütörtök

20.00 Pince Fórum – borkóstolás meglepetésekkel, igazi pincehangulat! Hangulatteremtő 21.00 órától a Dúvó Együttes. Borszakértőket keresünk a borkóstoló versenyhez, jelentkezés a regisztráláskor, illetve a vacsorán.

Fakultatív program, helyszínen már csak korlátozott számban lehet jegyet igényelni, ezért kérjük, mihamarabb rendelje meg, még indulás előtt.

2008. november 28., péntek

20.00 Esti randevú – zenés-táncos mulatság, mediterrán jellegű finomságok egész este



Általános információk

Helyszíni 3 napos regisztrációs díj: 24 000 Ft /egységesen/fő
Napidíj: 9 000 Ft /egységesen /fő

Helyszíni 3 napos regisztrációs díj tartalmazza:

- a tudományos programon való részvétel jogát,
- a kiállítás megtekintését,
- a programfüzetet, mappát, névkitűzőt,
- kávészüneteket,
- a kreditpont igazolást, melyet postai úton küldünk meg,
- a november 28-i zenés-táncos vacsoraesten való részvétel jogát.

Napidíj tartalmazza:

- aznapi tudományos programon való részvétel jogát,
- a kiállítás megtekintését,
- a programfüzetet,
- a kávészüneteket az adott napon,
- a névkitűzőt.

A Fiatl Nőorvosok IV. Országos Fóruma akkreditálása folyamatban van.

Helyszíni készpénzes fizetések esetén a befizető nevére számlát adunk.

Az előre megrendelt szállodai szobákat a résztvevők részére a New Congress Hungary Kft. lefoglalta, azok a megküldött igazolások szerint vehetők igénybe, az érkezés napján 14.00 órától az elutazás napján 10.00 óráig.

A Hotel Pelion szállodakapacitása megtelt, így további szálláshelyeket tapolcai panziókban tudunk biztosítani, 5–10 perces séta távolságban. Érdeklődni: Csonkáné Cibolya Évánál a 20/2277106 mobilszámon lehet.

Étkezések: A szobafoglalás szerint a hotel biztosítja a büféreggelit.

Ebédnek egyéni igénylés szerint: a Fórum résztvevői részére a program szerinti időben büféasztalos ebédet biztosítunk a megrendelések szerint november 27-én, 28-án, 29-én. A helyszínen már csak korlátozott számban tudunk elfogadni ebédigényeket délelőtt 9.00 óráig.

Az ebéd ára 3 600 Ft / fő / alkalom.

Fakultatív program – vacsorajegy a helyszínen: 7 000 Ft



Kiállítók és támogatók

Anamed Kft.
 Bayer Hungária Kft.
 Ewopharma AG Magyarországi Képviselete
 Fetal Medicine Laboratory Kft.
 Genodia Kft.
 GenoID Molekuláris Diagnosztika Kft.
 GlaxoSmithKline
 Gyno-Cont Kft.
 Hipp Kft.
 Karl Storz GmbH CO KG.
 Medicom Pharma Kft.
 Mediner Kft.
 Merck Kft.
 Phytotec Hungária Kft.
 Print Index Bt.
 Richter Gedeon NyRt.
 Schering Plough Hungary Kft.
 Wörwag Pharma Kft.

Köszönetet mondunk a kiállítóknak és támogatóknak, hogy részvételükkel segítették a Fórum megrendezését, hozzájárultak ahhoz, hogy új, magas színvonalú, tanfolyamot tarthassunk a szülészeti-nőgyógyászati szakma képviselőinek!

A Fiatal Nőorvosok IV. Országos Fóruma előadásösszefoglalói

E1 Chronikus hypertoniás terhesek gondozása során szerzett tapasztalataink
 Derzsy Zoltán, Molvarec Attila, Böze Tamás, Rigó János
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A terhes nők között a chronicus hypertonia gyakorisága 3%. Az irodalmi adatok szerint a chronicus hypertoniás terhes nők száma emelkedik. A chronicus hypertonia kezelésére rutinszerűen alkalmazott gyógyszerek egy része a terhesség során ellenjavallt, ezért a terápia praeconceptionális módosítása indokolt. A gyógyszeres kezelést gyakran a terhesség alatt is szükséges módosítani. A chronicus hypertoniás terhesek magasabb száma, a kórházi kezelést igénylő, olykor súlyos szövődmények előfordulása miatt szerzők indokoltan tartották megvizsgálni a chronicus hypertoniás nők praeconceptionális gondozásának, valamint a terhesgondozás egyes jellemzőit.

Retrospektív vizsgálat során 171 chronicus hypertoniás terhes nő anamnesztikus, klinikai és perinatális adatait elemezték, akiknél a terhesség előtt felismert és gyógyszeresen kezelt magasvérnyomás betegség egyértelműen megállapítható volt.

Ebben a magas rizikójú csoportban bizonyos anyai és magzati szövődmények, mint a praeclampsia, koraszülés méhen belüli sorvadás (IUGR) az átlagos terhespopulációnál gyakrabban fordulnak elő. A betegek mintegy egyharmada a terhesség alatt kontraindikált gyógyszer szedése mellett kezdte terhességét. A terhesség során az alkalmazott antihypertenzív gyógyszeres kezelés módosítása mindhárom trimeszterben szükséges lehet.

A szövődmények csökkentése érdekében nagyobb figyelmet kell fordítani a praeconceptionális gondozásra, szorosabb együttműködésre van szükség a magasvérnyomást gondozó háziorvos, illetve belgyógyász és a szövődményes terhességet gondozó szülész-nőgyógyász között.

E2 Befolyásolja-e az előzetes vérátömlesztés a terhességi hypertoniabetegség előfordulását?

Kubicsek Tamás, Paragi Péter
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A praeclampsia immunológiai magyarázatát támasztja alá a legtöbb bizonyíték. Megfigyelések szerint primigravidákban a kórkép jóval gyakoribban fordul elő, mint többször szült nőkben. Immunológiailag a terhesség nagyon hasonlít a haemotranszfúzióra. Megfigyelték, hogy azon vesetranszplantáltaknál, akik a beültetést megelőzően transzfúziót kaptak a rejectió kisebb mértékben fordult elő. Ezen ismeretek birtokában szerzők arra a kérdésre keresték a választ, vajon az első terhesség előtt adott vérátömlesztés befolyásolja-e a terhességi hypertonia, illetve a praeclampsia gyakoriságát? Feeney 1977-ben a The Lancet-ben megjelent cikkében már közölte egy ilyen jellegű vizsgálatnak az eredményeit. Tekintettel arra, hogy az eltelt idő alatt a terhességi hypertoniák klasszifikációja

megváltozott, immunológiai szempontból homogénebb betegcsoportot vizsgálva reprodukálták a vizsgálatot.

Szerzők a Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1976 és 2003 között lezajlott közel 37 300 szülésből kiválasztották azokat a primigravida primiparákat, akik a terhesség 28. hete után születtek. Statisztikai szempontból értékelhetőbb betegcsoport nyérése céljából a vizsgálatból kizáró tényezőnek tekintették az alábbiakat:

- krónikus hipertonia
- szervi betegség
- ráakódásos toxaemia (superimposed praeclampsia)
- többbesterhesség
- 38 év feletti életkor
- azon transzfundáltak, akik nem VVT-masszát kaptak

A kiválasztott 10 748 primipara, primigravidát két csoportra osztották aszerint, hogy kapott-e transzfúziót vagy sem. A csoportok közt megnézték, hogy hány terhességi hipertóniás, illetve hány praeclampsias terhesség van. Megjegyzés: a sok határérték, „fehérvörhű hipertonia” kizárása céljából csak az eseteket vették figyelembe, ahol legalább két alkalommal 150/90 Hgmm-t elérő vérnyomást regisztráltak. A következő adatokat nyerték:

	Nem transzfundált	Transzfundált
I./I. Normotóniás	10 328	225
I./I. Hypertóniás	82	1
I./I. Praeclampsias	110	2

A statisztikai értékelés az esélyhányados (odds ratio) alapján történt 95%-os konfidencia intervallumot figyelembe véve.

OR Gesztációs hipertonia tekintetében=1,74 95% CI I/OR-re 0,25-13,09

OR Praeclampsia: tekintetében=1,17 95% CI I/OR-re 0,29-4,96

Statisztikai számítások alapján nem tudták megerősíteni Feeney azon megfigyelését, hogy az előzetes transzfúzió protektív hatású a praeclampsia kialakulásával szemben. Lehetséges, hogy nagyobb esetszámot felhasználó kutatás statisztikai szignifikanciát mutatna a gesztációs hipertonia a vizsgálatukból csak sejtetően kisebb előfordulása tekintetében. Ilyen vizsgálat már meghaladja a klinikán rendelkezésre álló beteganyagot. A kutatásuk hozzáadott értékét növeli, hogy Feeney-vel ellentétben különbséget tettek a gesztációs hipertonia és a praeclampsia közt, valamint a kizáró kritériumok miatt, értékelhetőbb, homogénebb betegcsoportot vizsgáltak.

E3 **Égészséges és praeclampsias terhesek plasmáinak hatása a granulocyták szuperoxid-anion termelésére**

Lampé Rudolf, Szűcs Sándor, Ormos Márk, Ádány Róza, Póka Róbert
 Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

A praeclampsia humán terhességek 3-10 százalékában kialakuló multiszisztémás kórkép, mely jelentős oki tényező mind az anyai, mind a magzati morbiditásban és mortalitásban. A betegség fő jellemzői a hipertonia, az ezt kísérő proteinuria, valamint egyes esetekben oedema. Pathogenesisében az anyai szervezetben fel-

lépő endothelsejtdiszfunkció fontos szerepet játszik. Ennek kialakulásában nagy jelentőséget tulajdonítanak az anyai vérkeringésben lévő neutrophil granulocyták által termelt szuperoxid-anionnak és az abból képződő reaktív oxigén intermediereknek. Bár a granulocyták szerepét a praeclampsia kialakulásában számos tanulmány vizsgálta, a kutatások ellentmondásos eredményekkel zárultak. Ezért a granulocyták praeclampsia etiológiájában betöltött szerepének további megismerése érdekében szerzők munkájának célja volt praeclampsias terhesekből származó neutrophilek szuperoxid-anion termelésének vizsgálata.

Vizsgálataik során 11 egészséges terhes, 14 praeclampsias terhes és 13 egészséges, nem terhes nő perifériás vérből szeparált granulocyták phorbol-dibutyrráttal (PDBu) és n-formyl-methionyl-leucyl-phenylalaninnal (FMLP) indukált szuperoxid-anion termelését hasonlították össze. Ezek után mindhárom vizsgált csoport plazmamintáinak hatását figyelték meg egészséges, nem terhes nőkből izolált granulocyták szuperoxid-anion termelésére. A szuperoxid-anion termelését spektrofotometriás módszerrel mérték.

Az egészséges terhes nők granulocytáinak PDBu- és FMLP-indukálta átlagos szuperoxid-anion-termelése szignifikánsan csökkent a nem terhes kontrollkhoz képest. A praeclampsias betegek granulocytáinak szuperoxid-anion-termelése az egészséges, nem terhesek hasonló értékéhez viszonyítva nem változott szignifikánsan. A nem terhes nőkből származó granulocytákat az egészséges terhesek plazmájában inkubálva, azok PDBu-stimulált szuperoxid-anion-termelése szignifikánsan csökkent.

Normál terhességben a granulocyták szuperoxidtermelése lecsökken, de ez nem következik be praeclampsiasban, ami endotheliális károsodásokat okozhat. Az egészséges terhesekből nyert vérplazma hatására a nem terhes nők granulocytáinak PDBu-indukálta szuperoxidtermelése gátlódik, a praeclampsias terhesekből származó vérplazma hatására azonban nem. Ez olyan faktorok jelenlétét tételezi fel az egészséges terhesek vérében, mely faktorok immunszupresszáns hatásukal védik az anyai és magzati sejteket az oxidatív stressz okozta károsodásoktól.

E4 **A HELLP-szindrómát követő terhességek lefolyása**

Rigó Barbara, Várkonyi Tibor, Hupuczai Petronella, Sziller István, Rigó János
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A terhesség potenciálisan legsúlyosabb anyai szövődménye a HELLP-szindróma (hemolízis, emelkedett májenzim-értékek, alacsony thrombocytaszám), ami az esetek 70%-ában praeclampsiasával társul. Oki kezelés hiányában a gyógyítást a terhesség befejezése jelenti, általában a 37. gesztációs hét elérése előtt. Szerzők felmérésükben arra a kérdésre kerestek választ, miként befolyásolja a jelentős újszülöttmorbiditással is járó kórkép az újabb teherbejutás esélyét, illetve a bekövetkezett terhesség alatti anyai és magzati szövődmények gyakoriságát, valamint a terhesség kimenetelét.

Felmérésükben összesen 77, 1998. január 1. és 2004. december 31. között HELLP-szindróma miatt kezelt nő nyomonkövetésének adatait értékelték.

A korábban HELLP-szindróma miatt kezelt nők közül 38 (49,3%) tervezett ismételt terhességet. A teherbejutás minden esetben bekövetkezett. Az összesen

53 terhességből 12 (22,6%) végződött korai-, kettő (3,8%) középídős-vetéléssel, így az összetett vetelési arány 26,4%. Egy esetben (1,9%) méhen kívüli terhesség következett be. Az összesen 38 szülésből 24 (63,2%) érett-, 14 (36,8%) koraszüléssel fejeződött be, 5 (13%) esetben igazoltak méhen belüli sorvadást (IUGR). Az ismételt terhességekben a praeclampsia gyakorisága 31,6%, a HELLP-szindróma ismétlődése 7,5% volt. A praeclampsia az esetek 66,6%-ban enyhe, 33,3%-ban súlyos lefolyású volt.

A HELLP-szindróma után a teherbejutás esélye nem csökken. A bekövetkezett terhességekben azonban lényegesen magasabb a korai- és középídős vetelés, koraszülés, a méhen belüli sorvadás, valamint a praeclampsia és a HELLP-szindróma ismétlődésének kockázata, mint a lakossági átlagban. Ezen eredmények alapján HELLP-szindróma miatt kezelt terhesek ismételt terhessége fokozott gondozást igényel.

E5 Hüvelyi szülés előzetes császármetszés után

Kelemen Csaba, Molnár László, Lintner Ferenc
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

Napjainkban a császármetszések arányának növekedése miatt egyre gyakrabban kerülünk olyan helyzetbe, hogy a szülés módjának megválasztása az előzetes császármetszés miatt fokozott körülményt igényel. A magyarországi szülészeti osztályok egy részében az előzetes császármetszés electiv sec. caes. végzésének indikációját képezi, bár ezt a nemzetközi szakirodalom nem támasztja alá. Jelen tanulmány áttekinti a nemzetközi szakirodalom eddigi eredményeinek (1996-tól napjainkig) tükrében az előzetes császármetszés utáni sikeres hüvelyi szülés valószínűségét növelő, illetve csökkentő tényezőket: előzetes hüvelyi születek száma, terhességi kor, BMI, terhesség alatti súlygyarapodás, PGE2 vagy Oxytocin alkalmazása, illetve számos egyéb faktor. A felsoroltakon kívül fontos az előzetes császármetszés utáni hüvelyi szülés legsúlyosabb szövődményét képező hegsvastagság előfordulásának valószínűségét növelő, illetve csökkentő tényezők áttekintése: hegsvastagság, kísérő betegségek, magzati súly, PGE2 vagy Oxytocin alkalmazása, illetve számos egyéb faktor. Az előadás összefoglalja az irodalmi adatok alapján az előzetes császármetszés után hüvelyi szüléssel, illetve császármetszéssel befejeződött születek és az electiv sec. caes. magzati és anyai következményeinek, valamint a szövődményeinek előfordulását. Ezenkívül feldolgozza a Szent János Kórház elmúlt tíz évének szülészeti statisztikáját az előzetes császármetszés utáni születekre vonatkozóan az alábbi szempontok alapján: terhességi kor, magzati súly, hegsvastagság, Oxytocin alkalmazása, újszülöttek állapota.

E6 Súlyos magzati hydrocephalust okozó intracranialis teratoma – esetismertetés

Kerecsényi Péter, Vizer Miklós, Vető Ferenc, Kravják András, Bódis József
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

32. terhességi héten észlelt súlyos magzati hydrocephalus háttérben UH-vizsgálattal észlelt agyalapi echodens képlet a foetopathológiai vizsgálat során érett intracranialis teratomának bizonyult.

Az előadás a ritka magzati agyi daganatok áttekintését adja és felhívja a figyelmet az interdiszciplináris prae-natalis diagnosztikai csapatmunka jelentőségére.

E7 Spontán aorta ruptura terhességben – esetismertetés

Pánczél Zita, Sára Levente, Tóth Péter, Pajor Attila
Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Szerzők esetismertetésükben intézetükben kezelt 44 éves multipara kórtörténetét mutatják be, akinél a terhesség 32. hetében hirtelen halál következett be. A klinikai halál állapotában lévő betegen császármetszést végeztek, mely során egy élő, koraszülött 1870 grammos újszülött született. A boncolás az aorta descendens rupturáját igazolta. Az esetet különösen érdekessé teszi, hogy a páciens édesanyjának halálát szülés alatt bekövetkezett aorta ruptura okozta. Az eset tisztázása kapcsán az idevonatkozó irodalmat is áttekintették.

E8 Magzati retardáció diagnosztikája és kezelése

Orosz Gábor, Hagymási László, Balogh Beatrix
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

Az intrauterin retardáció a magzati fejlődés olyan zavara, melynél a genetikailag meghatározott növekedési ütem megvalósulása akadályozott.

Incidenciája 3% körüli. Előfordulása nem csupán a perinatális mortalitás és morbiditás kockázatának jelentős növekedésével jár, de súlyos kockázati tényezőként szerepel felnőttkori kardiovaszkuláris események tekintetében.

A kórkép korai felismerését számos rizikótényező feltérképezése segítheti. Diagnosztikájában alapvető a magas kockázatú populáció felismerése és célzott vizsgálata. Fontos rizikótényező a terhelő gesztációs anamnézis, szisztémás betegségek valamint a praeclampsia előfordulása. Az artéria uterina második trimeszterben végzett áramlásvizsgálata, a perinatalis eredmények tekintetében fontos predictív tényező. A kórkép igazolásához nélkülözhetetlen a terhességi kor pontos meghatározása, a magzati növekedés és a magzatvíz mennyiségének rendszeres ellenőrzése. Valódi növekedési retardáció esetén a magzati állapot fokozott követése, a perinatalis veszélyállapotok megelőzését, illetve korai felismerését célozza.

A szakirodalomban a konzervatív kezelés számtalan módozata került közlésre, bizonyítottan hatékony terápia azonban nem ismert. A szoros obszerváció célja a szülés idejének és módjának megítélése. A terminálás mérlegelésekor a művi koraszülés veszélyének, illetve a magzati veszélyeztetettség kockázatainak

meghatározása szükséges. Fontos tényező a magzati monitorizálás műszeres és nem műszeres módszereinek individualizált alkalmazása mellett a magzati tüdő érettségének megítélése. Szerzők célja az irodalom áttekintése által felhívni a figyelmet a manapság is nagy kihívást jelentő kórkép követésének és kezelésének lehetőségeire.

E9 Jóindulatú méhizomdaganat okozta fájdalom csillapítása a várandósságban

Horányi Dániel, Pop Andrea, Siklós Nóra, Németh Miklós
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház–Rendelőintézet, Budapest

A várandósság alatt myoma előfordulása 0,3-2,6% körüli. A jóindulatú méhizomdaganat a vetélés, a császármetszés, a fekvési-, tartási-, beilleszkedési rendellenességek és postpartum vérzések kockázatát növeli, de nem egyértelműen jelent nagyobb kockázatot a koraszülés, a méhen belüli retardáció, a placenta praevia, az abruptio placentae és a placenta retentio szempontjából. A szövődmények kialakulása függ a myoma méretétől és elhelyezkedésétől. A myoma az anyai hormonális hatások miatt a várandósság alatt növekszik, számos panasz forrása lehet. Jelen esetben kifejezetten nagy fájdalmat okozó myomagöb fájdalomcsillapításáról van szó. Szerzők osztályára 26 hetes először terhes várandós került felvételre a fundusban elhelyezkedő fájdalmat okozó 15x15 cm-es myomagöb miatt, amely az alkalmazott gyógyszeres terápia mellett sem szűnt. Fájdalomcsillapítás céljából epidurális analgesia került alkalmazásra, amelyen keresztül 21 napon át morfin törzsdilatot kapott. A várandós panasza a bevezetett EDA-kanul mellett azonnal megszűnt, és a kezelés befejezése után sem ismétlődött. A fájdalomcsillapítás alatt és után szövődményt, mellékhatást nem észleltek. A terhesség befejezésére a 39. héten került sor tekintettel a myomagöcra és medencevégű fekvésre császármetszéssel.

E10 A Bret-Sirbu metroplasztika hatása a terhességek kimenetelére **Molnár Gábor, Gőcze Péter, Kovács Gábor, Szabó István** Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

A Müller-cső fejlődési rendellenességei az intrauterin élet 6-17. hete között alakulnak ki, a nők 1-2,3%-ában fordulnak elő. A Bret-Sirbu szerinti metroplasztika az uterus subseptus, septus és a bicornis műtéti megoldására szolgáló műtéti eljárás. Retrospektív vizsgálatuk célja a Bret-Sirbu metroplasztika eredményességének felmérése volt. Szerzők a PTE ÁOK OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1983. január 1. és 2002. december 31. között 88 Bret-Sirbu szerinti metroplasztikán átesett nő és 92 egészséges kontroll terhességeinek történetét hasonlították össze. Műtét előtt és után 115-115 terhesség következett be. A metroplasztika után szignifikánsan csökkent a spontán vetélések gyakorisága (97 versus 18), míg az érett szüléseké és koraszüléseké szignifikánsan nőtt (10 versus 84) ($p < 0,001$) a műtét előttihez képest. A kontrolloknál 121 terhességet regisztráltak, akiknél szignifikánsan több érett szülés ($p < 0,001$), kevesebb koraszülés

($p < 0,001$) és kevesebb spontán vetélés volt ($p < 0,05$), mint a septum eltávolításon átesetteknél. A műtét után a spontán szülések gyakorisága (34 versus 69) szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,001$), a császármetszéseké (28 versus 18) ($p < 0,05$) és a fogóműtéteké (21 versus 7) ($p < 0,01$) magasabb volt, mint a kontrolloknál. Az újszülöttek születési súlyának megoszlásában a műtét után és a kontrollok között nem találtak szignifikáns eltérést. Megállapítható, hogy a septum megléte a teherbejutást nem gátolja, ugyanakkor nagymértékben rontja a nők reprodukciós képességét. Vizsgálataik bizonyítják, hogy a Sirbu szerinti metroplasztika eredményesen alkalmazható az uterus subseptus, septus és a bicornis műtéti kezelésére.

E11 Májtranszplantáció szülészeti vonatkozásai **Szarka András, Molvarec Attila, Gerlei Zsuzsanna, Kóbori László, Berkes Enikő,** **Garamvölgyi Zoltán, Rigó János** Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A szerzők jelen összefoglalója a májelégtelenség, valamint a májtranszplantációt követő állapot szülészeti vonatkozásait mutatja be.

Részletesen kitér a májtranszplantációt követően fogant terhesség gondozására, sajátosságaira, különös tekintettel az esetleges komplikációk előfordulására, és az immunuszuppresszív-terápia optimalizálására, valamint a szerzők saját eseteik kapcsán nyert tapasztalataira.

Májtranszplantáció utáni terhességek esetén az átlagtól magasabb arányban ír le az irodalom anaemiát, vesefunkciózavart, hypertoniát, praeclampsziát, proteinuriát, hyperuricaemiát, koraszülést, reverzibilis májfunkciózavart, intrauterin retardációt és rejekeciót. A szerzők saját tapasztalatként egy 34 éves asszony több mint két évvel a májtranszplantációt követően spontán fogant terhességének cyclosporin-kezelés melletti zavartalan gondozásáról számolnak be, mely során egyedüli eltérésként anaemiát és kreatininszint-emelkedést észleltek. A magzati állapotok ellenőrzése szoros ultrahang-biometria és flowmetriás vizsgálatokkal történt, míg az immunuszuppresszív-kezelés nyomonkövetése rendszeres laboratóriumi vizsgálatokkal valósult meg.

Összefoglalva kijelenthető, hogy legalább két évvel a májtranszplantációt követően stabil graftműködés esetén, szoros obszerváció mellett vállalható terhesség, melynek gondozásában mind a hepatológusok, mind a nagy szülészeti-nőgyógyászati centrumok egyre nagyobb tapasztalattal rendelkeznek.

E12 Az élveszülések arányának javítása kis molekulatömegű heparinnal thrombophiliás terheseknél **Galamb Ádám, Makai Zsolt, Nemes László, Pajor Attila** Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Szerzők munkacsoportja korábban megállapította, hogy a fiatalkori vénás thrombosisban szenvedőknél a terhesség magzati kimenetele igen kedvezőtlen. Jelenlegi vizsgálatukkal arra a kérdésre keresték a választ, hogy egész terhesség alatt alkalmazott profilaktikus dózísú, kis molekulatömegű heparin- (KMH) kezeléssel

javítható-e a terhesség magzati kimenetele thrombophíliás terhesekben?

A II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán és a Haemophilia Központban 1995 és 2007 között kezelt igazoltan thrombophíliában szenvedő betegek (n=144) adatait dolgozták fel. Közülük 31 esetben már a terhesség előtt is kialakult mélyvénás thrombosis. Összesen 285 terhességet vizsgálva, a KMH-profilaxis nélkül viselt 147, a profilaxis mellett viselt 138 terhességük kedvezőtlen magzati kimenetelét a korai és késői spontán vetéléssel, a méhen belüli elhalással, valamint a 2500 g-nál kisebb és nagyobb születési súllyal jellemeztük.

KMH-profilaxis nélkül korai spontán vetélés 38,7%-ban, késői spontán vetélés 22,4%-ban, intrauterin elhalás 12,9%-ban következett be és kis súlyú magzat 24,5%-ban született. Ezzel szemben KMH-profilaxis mellett korai vetélés 9,4%-ban (OR: 6,08, CI 95%: 3,1458-11,7887), késői vetélés 7,2%-ban (OR: 3,7, CI 95%: 1,75-7,85) és intrauterin elhalás 5,2%-ban (OR: 2,54, CI 95%: 0,81-7,96) alakult ki, valamint kis súlyú magzat 20%-ban (OR: 1,3, CI 95%: 0,61-2,78) született. Vérzéses szövődmény szülés után 2 esetben, thrombosis pedig terhesség alatt 6 esetben fordult elő.

Szerzők a fenti eredményekből arra következtetnek, hogy az egész terhesség alatt adott KMH-profilaxissal lényegesen (65,9%-ról 21%-ra) csökkenthető thrombophíliában a magzati veszteség (OR: 7,29, CI 95%: 4,28-12,43), de még így is magasabb, mint az egészséges populáció hasonló arányszámai. A magzati eredmények további javítása a prekoncepcionális gondozástól, a KMH-adag pontosabb beállításától, illetve az intrauterin diagnosztikus eljárások kiterjesztésétől várható.

- E13 V. faktor Leiden-mutációjának vizsgálata HELLP-szindrómás betegeknel**
Szabó Gábor, Nagy Bálint, Hupuczi Petronella, Rigó János
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Az V. faktor Leiden-mutációja az európai lakosság körében az egyik leggyakoribb ismert thrombophíliás rizikófaktor. A thrombophilia és a súlyos szülészeti szövődmények kapcsolata, a fibrin depositumok lerakódása miatt csökkenő lepenyi véráramlás pathophysiologiája bizonyított tény. A HELLP- (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) szindróma során a véralvadási rendszer fokozott aktivációja is megfigyelhető. Az elmúlt években számos vizsgálatot végeztek az V. faktor mutációjának és a praeclampsia, valamint a HELLP-szindróma kapcsolatának, illetve a thrombophíliás mutációnak a szindróma kialakulásában játszott szerepének a tisztázására. Mindazonáltal a nemzetközi irodalomban a hasonló vizsgálatok eredményei nem mindig egyértelműek, vagy éppen ellentmondásosak. Szerzők ezért tűzték ki célul, hogy meghatározzák klinikájukon a HELLP-szindróma miatt kezelt betegek körében az V. faktor Leiden-mutációjának előfordulási gyakoriságát.

1995 és 2007 között az I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 211 nőnél vizsgálták az V. faktor Leiden-mutációjának prevalenciáját. A résztvevőket három csoportba soroltuk: egészséges nem terhes (n: 72), súlyos praeclampsias terhes (n: 69), HELLP-szindrómával szövődött terhes nőbeteg (n: 70). A mutáció jelenlétét a második és harmadik csoportból a diagnózis felállításakor, illetve az intenzív kezelés során levett vérből, polimeráz láncreakció segítségével határozták meg.

Tanulmányuk szerint a HELLP-szindróma miatt kezelt terhesek között az V. faktor Leiden-mutációban a heterozygoták aránya 15% volt és egy homozygota-pozitív eset fordult elő. A súlyos praeclampsiasban szenvedő (nem HELLP-szindrómás) terhesek 12%-a volt heterozygota, míg az egészséges terhesek esetében ez az arány 7% volt.

Vizsgálatuk alapján az V. faktor Leiden-mutációjának prevalenciája emelkedett a HELLP-szindrómás és a praeclampsias betegekben. Az először szülő praeclampsias terhesek, valamint a korábbi terhesség során HELLP-szindrómán vagy súlyos praeclampsiasn átesett várandósok között ezen thrombophíliás mutáció szűrése indokoltnak tűnik.

- E14 Vena jugularis trombózis IVF után**
Vonnák Eszter Andrea, Sipos Miklós, Pajor Attila
 Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Az asszisztált reprodukciós módszerek egyik igen komoly, de szerencsére ritka komplikációja az ovarialis hyperstimulatiót követő tromboembólia.

Szerzők esettanulmányukban IVF útján fogant ikerterhesség 13. hetében nyaki fájdalom, és duzzanat kivizsgálása során MRI-vizsgálattal jobb oldali vena jugularis trombózis igazolódott. A beteg kórtörténetében már szerepelt egy IVF útján fogant zavartalan terhességet követő szövődménymentes spontán hüvelyi szülés. Családi anamnéziséből anyai ágon jelentkező ischaemiás stroke emelendő ki. A gravida a diagnózist követően 5 hétig tartó hospitalizáció alatt terápiás dózisu LMWH-kezelésben részesült, amely mellett panaszmentessé vált. A terhesség alatt fenntartó dózisban folytatták az LMWH-terápiát. A 32. terhességi héten fokozott emelkedést mutató májfunkciós, D-dimer, és fibrinogén értékek miatt ismételt kórházi kezelés, és terápiamódosítás vált szükségessé. A 35. terhességi héten az „A” magzatnál feltételezett intenzitáson kívüli elhalás miatt császármetszést végeztek, mely során egy halott, és egy élő magzatot emeltek ki.

Az asszisztált reprodukció útján fogant terhességek során jelentkező nyaki fájdalom, és duzzanat esetén mindig gondolni kell vena jugularis trombózis lehetőségére. Az ovarialis hyperstimulatiót követő terhességek első trimeszterében mérlegelendő az esetleges LMWH-terápia a szövődmények elkerülése végett.

- E15 Iker-iker transzfúziós szindróma**
Orosz Tamás, Szilágyi Imre
 Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Monochorialis placentációban összeköttetés van az ikermagzatok keringése között. Leglényegesebbek a mély arteriovenosus anasztomózisok. Az ezeken keresztül fellépő hemodinamikailag jelentős söntáramlás az iker-iker transzfúziós szindróma patogenetikai háttere. A donor magzat anaemiás és retardált lesz, hypoxia fenyegeti. A magzatok között jelentős súlykülönbség lehet. A recipienst a túltöltés miatt a hyperviszkozitás, cardialis decompensatio, hydrops és icterus veszélyezteti.

A szindróma típusosan a középső trimeszterben jelentkezik, amikor a donor magzat oliguriás lesz a csökkent renális perfúzió miatt és oligohydramnion lép fel. A másik magzathoz polyhydramnion alakul ki a fokozott vizeletképződés következtében. A szindróma pontos incidenciája ismeretlen, ugyanakkor a monochooriális ikerterhességek negyede a tünetegyüttes valamely jellemzőjét mutatja.

A szindrómával szövődött terhességek kedvezőtlen kimenetele az agykárosodás magas rizikójából, a méhen belüli magzati elhalás nagyobb valószínűségéből és a koraszülés szövödményeiből adódik. A 28. hetet megelőző diagnózis esetén a túlélés 20-45% között van. Cerebrális patológia jelentkezik az egyik iker elhalását követően is. A cerebrális parézis rizikója 40-szeres a szinguláris terhességek kockázatához viszonyítva. Az antenatális diagnózis célja a magzati mortalitás és morbiditás megelőzése a prenatális terápiát és szülésindítást igénylő esetek kiválasztásával.

Számos terápiás lehetőség ismert. Amniocentézis a hydramnion megszüntetésére a legalacsonyabb kockázatú beavatkozás. Ez csökkenti az uterus túlfeszülését és így a koraszülés kockázatát; kiegyenlíti a hemodinamikai egyenlőtlenségeket. Invazív terápiás lehetőség a placentáris erek fetoszkópos lézer okklúziója, melynek előnye az élő magzatok hemodinamikai és hematológiai izolációja. Ez megelőzheti az embólia és hipotenzió által kiváltott károsodásokat. A szelektív fetocidium indikációja, a 20. gestációs hetet megelőzően jelentkező súlyos magzati víz és növekedési eltérés, mely nagy valószínűséggel mindkét magzat elvesztésével jár.

A szerzők ismertetik a körkép nemzetközi irodalmának legfrissebb adatait.

E16 Cervicovaginalis interleukin-6-szint meghatározásának szerepe a koraszülés előrejelzésében

Rácz Sándor, Halvax László, Busznyák Csaba, Bódis József
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

E17 A Down-kór kombinált szűrésének hatékonysága – kecskeméti tapasztalatok

Tankó András ifj., Varga Ágnes, Tankó András
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét

A kromoszóma-rendellenességek a perinatalis mortalitás és a terhesség alatti magzati veszteség jelentős tényezői. Az aneuploidiák a születés után súlyos szellemi és testi fogyatékossgal járnak, így megelőzésük mindenképpen kívánatos.

Régóta ismert, hogy a leggyakoribb autosomalis trisomia, a Down-kór előfordulása exponenciálisan emelkedik az anyai életkorral. A korábbi gyakorlat szerint minden 35 év feletti terhesnél javasolták a kromoszóma-analízis elvégzését, mely invazív beavatkozás 1-2%-os vetélési kockázattal jár. A 35 év feletti szülőnők aránya csak 6-8%, így ezt a gyakorlatot követve az összes Down-kóros esetnek csupán 20-25%-át tudjuk felismerni. A Down-szindrómával világrajött újszülöttek 75-80%-át azonban a 35 év alattiak szülik, hiszen ők a terhespopuláció 92-94%-át alkotják. Ezen nagyszámú terhescsoportban az invazív beavatkozással járó kromoszómavizsgálat mindenki számára történő elvégzése szakmai és anyagi megfontolások alapján sem indokolt.

Az utóbbi évtizedben nagy előrelépést jelentett az a felismerés, mely szerint a trisomiás terhességekben az anyai szérumban bizonyos fetoplacentaris termékeinek szintje a normálistól eltérő értékeket mutat. Ezen biokémiai markerek szintjének anyai vérből történő meghatározása és a különböző ultrahangeltérések észlelése alapján végzett szűrés révén, a terhesség korai időszakában, jó hatékonysággal kiemelhető egy szűkebb, az aneuploidiák tekintetében fokozott kockázatú csoport, akiknél már indokolt a kromoszóma-analízis elvégzése.

A kromoszóma-rendellenességek első trimeszteri kombinált szűrése 2005. május 1-jétől került a szerző osztályán bevezetésre. A kockázatbecslés PRISCA szoftver segítségével történt, mely az anyai életkoron kívül figyelembe veszi a 10-14. terhességi hét között anyai vérből meghatározott szabad β -hCG- és PAPP-A-szintjét, az első trimeszteri UH-vizsgálat során mért tarkóredővastagságot, illetve bizonyos korrigáló faktorokat is. A kromoszómarendellenességek 1:250-es cut off értéket meghaladó rizikója esetén a genetikai tanácsadó felajánlja a gravidáknak a magzati kromoszóma-vizsgálatot.

2005. május 1. és 2008. február 29. között 5241 grávida vett részt az első trimeszteri kombinált szűrésben. A kombinált kockázat 219 esetben haladta meg a 1:250-es határértéket. A fals pozitívitás 4,2%-nak adódott. A szűrés detekciós rátája a Down-szindróma tekintetében 80% volt. A vizsgált időszakban a kombinált teszt alkalmazásának eredményeként 4 Down-szindróma és 2 egyéb aneuploidia került felismerésre. Egyéb indikációk alapján végzett magzati karyotipizálás további 5 grávidánál 21-es trisomiára és 6 esetben pedig egyéb kromoszóma-anomáliákra derített fényt.

A korábban alkalmazott, főleg az anyai életkoron és bizonyos UH markerek vizsgálatán alapuló szűrés kiegészítéseként bevezetett első trimeszteri kombinált teszt jelentősen javítja az aneuploidiák szűrésének hatékonyságát. Az új szűrőmódszer bevezetése óta a korai praenatalis felismerésnek köszönhetően, a komplex szűrésben résztvevő terhesek gyermekei közül egy sem született kromoszóma-rendellenességgel. A biztató eredmények alapján, a korábbiaknál effektívebb szűrőmódszer szélesebb körben történő alkalmazása javasolható.

E18 Prenatális szűrés és diagnosztika többes terhességben

Mika Péter
Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

Singularis terhességben a kromoszóma-rendellenességek szűrése és diagnosztikája egyre több lehetőséget kínál. A hazánkban szigorú protokoll szerint működő ultrahangszűrés, a genetikai tanácsadás, a biokémiai módszerek elterjedésének eredményeképpen a kromoszómálisan kóros terhességek jelentős része praenatalisan felismerhető.

Többes terhességben mind a szűrés, mind a diagnosztika során nehézségek vetődhetnek fel: zygotizáció meghatározása, beavatkozás eredménye nem mindig egyértelmű, magasabb vetélési kockázat, technikai nehézségek, anomáliára discordans ikrek kérdése, szelektív fetocid veszélyei, gyakran IVF-ET útján fogant terhesség „nagyobb” értéke.

Az előadás a fenti kérdésekkel foglalkozik. Bemutatja a szerzők osztályán kialakult praenatalis szűrési-diagnosztikus protokollt és az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat többes terhesség esetén, összevetve az utóbbi évek szülészeti genetikai irodalmával.

E19 **Az anyai BMI és súlygyarapodás hatása az ikerterhességek kimenetelére**

Szabó Dávid, Németh Gábor, Kozinszky Zoltán

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Az obezitás több terhességi komplikációval szövődik, elsősorban GDM-mel és terhességi hypertóniával. Obez terhesek szülése gyakrabban végződik császármetszéssel, és emelkedett az anaeszteziológiai és posztoperatív szövődmények gyakorisága is. A terhesség létrejötte előtt fennálló obezitás jelentős hatással van a későbbi terhességre és a magzat fejlődésére. Korábbi tanulmányok alapján az anyai súlygyarapodás szignifikáns hatással van az ikerterhesség kimenetelére, az ikermagzatok súlydiscordanciája fordítottan arányos az anyai testsúllyal. Szerzők a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1995-2005 között lezajlott ikerszülésekből 285 ikerterhességet, 570 újszülöttet vontak be retrospektív vizsgálatukba, majd az anyai BMI és a terhesség alatti anyai súlygyarapodás alapján a következő csoportokat hozták létre. A) anyai BMI 24,9 kg/m²-ig; B) anyai BMI 30 kg/m² vagy afelett; C) anyai súlygyarapodás 12 kg alatt; D) anyai súlygyarapodás 12 kg felett. A vizsgált csoportokban meghatározták a császármetszés frekvenciát, az EPH gestosis és a koraszülés gyakoriságát. A neonatális kimenetel jellemzésére meghatározták az átlagos köldökzsinór pH-t, az újszülöttek átlagos súlyát, a dysmaturus, valamint a PIC-be átadott újszülöttek arányát. Az ikermagzatok súlydiscordanciájának jellemzésére a két ikermagzat súlykülönbségét a nagyobb ikerpár súlyának százalékos arányában fejeztük ki.

Saját eredményeik alapján a császármetszés gyakoriságát az anyai súlygyarapodás egyáltalán nem, a terhesség előtt kalkulált anyai BMI viszont jelentősen befolyásolta. 12 kg alatti súlygyarapodás esetén a dysmaturus és koraszülött ikermagzatok aránya magasabb volt. Obez terhesekben alacsonyabb volt az újszülöttek köldökzsinór pH-ja. Normál BMI-ű nők ikerterhessége esetén gyakrabban született dysmaturus újszülött.

E20 **21-es csapdája-e az első trimeszteri triszómia szűrés?**

Fülöp Viktor, Rétfalvi Teofil, Hernádi László, Bagdáné Hidvégi Judit, Adorjáné Juhász Szilvia, Schuman Ádám
Markhot Ferenc Kórház, Eger

A magzati triszómiák szűrésére számos módszer használható. Hazánkban különféle metódusok terjedtek el. A korai szűrés és korai diagnózis elsőrendű fontosságú, szerzők ezért jelen előadásban az első trimeszteri kombinált szűrés eredményességéről számolnak be.

Szerzők 12. terhességi héten NT-szűrés (FMF standardizált szűrés) és free béta HCG+PAPP-A szoftveres kombinált értékelésének eredményességét vizsgálták 3000 esetben. A szoftver: Prisca-teszt.

99%-os pontossággal kiszűrhetők a magas rizikójú terhességek, 4,75%-os fals pozitív rátával.

Ajánlható a korai szűrőmódszerek szélesebb körű használata. Triszómiák mellett más kockázati tényezők is kiszűrhetők.

E21 **Alfa-foetoproteinszint-szint – elavult klasszikus** Horváth Zoltán

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

Hazánkban az 1980-as évektől végeznek anyai szérumból alfa-fetoprotein (AFP) szint-meghatározást a terhesség 16. hetében. 1992 óta miniszteri rendelet írja elő az AFP-szint mérését. A vizsgálat a magzati testfelület záródási rendellenességeinek szűrésére alkalmas, ilyen esetekben az AFP-koncentrációja emelkedett, és a – mind szenzitivitás, mind specificitás tekintetében – hatékonyabb ultrahangvizsgálat elvégzése javasolt.

Down-szindróma magzat jelenlétében az anyai szérumból AFP-szintje mérsékelten alacsonyabb, azonban ennek önálló alkalmazása a 21-es triszómia szűrésében az igen alacsony detekciós ráta és magas álpozitív arány miatt hiba lenne. Alacsony AFP-érték esetén a kockázat hatékonyabb meghatározása céljából ultrahangvizsgálat végzendő esetleges kromoszóma-rendellenességre utaló ultrahangjelek felkutatására.

Napjainkban az ultrahangvizsgálat és egyes anyai szérumból marker-szintjének meghatározása együtt akár 94%-os detekciós rátát biztosít a magzati Down-szindróma szűrésében.

Nagy terhet jelent a genetikai tanácsadások számára a kórosan alacsony AFP-érték miatt tanácsot kérők megnyugtató tájékoztatása. A „pozitív” lelet sokszor ellentmond a jóval hatékonyabb kombinált-, négyes-, illetve integrált teszt által megállapított kockázatnak.

Az AFP szintjének meghatározása anyai szérumból a Down-szindróma kockázatának meghatározására nem alkalmas. Alacsony AFP-érték esetén a házaspárt kötelesek vagyunk tájékoztatni a vizsgálat hatékonyságát illetően, ennek ellenére a „pozitív lelet” által okozott izgalom felesleges terhelést jelent a várandós számára, és jogi támadásoknak nyit teret, ennek tükrében megkérdőjelezhető az AFP-vizsgálat helye napjaink terhesgondozásában.

E22 **A magzati sejtekből végzett prenatális diagnosztika jövője**

Nagy Gyula Richárd

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Az, hogy terhesség alatt az anyai keringésbe magzati sejtek jutnak be, ma már egyértelműen bizonyított. Amennyiben sikerül e sejteket kinyerni és elemezni, segítségükkel noninvazív genetikai diagnosztika valószínűsíthető meg, melynek lehetőségeiről a szerző korábban már beszámolt. A prenatális genetikai vizsgálatok jövőjét jelenti a noninvazív magzati diagnosztika során az oligonukleotid-microarray-k alkalmazása. A várandós nő perifériás vérkeringéséből kinyerhető magzati sejtek száma azonban igen kevés, így ez majd csak a jövőben, a technológia

fejlődésével jelenthet elegendő mintát a teljes genom génexpressziós mintázata vizsgálatára oligonukleotid-lapka technológia számára.

A fentieket figyelembe véve jelen értekezésben így nem anyai perifériás vérmintha vétellel (az abban lévő magzati sejtekből), hanem az invazív diagnosztikus beavatkozások közül legbiztonságosabbnak ítélt magzati mintavételről történt a mintagyűjtés az oligonukleotid-lapka rutin prenatalis diagnosztikában való alkalmazhatóságának vizsgálatakor. A kísérlet során 6-17 ml magzati vízből összesen 12 lapka adatainak kielemezése volt tervbe véve. A magzati víz sejteiből az mRNS izolálása, amplifikálása, jelölése, majd teljes genom expressziós lapkára hibridizálása történt.

Két mintát ki kellett zárni a további vizsgálatokból, mert a magzati víz sejtekből kinyert teljes RNS nem volt intakt. A fennmaradó 10 mintából 9 jól hibridizált a lapkára, ezen esetekben a jelintenzitás kiváló volt.

A kutatás bizonyította annak a lehetőségét, hogy rutin mennyiségben levett magzati vízmintából is történhessen a jövő genetikai diagnosztikáját jelentő teljes genom génexpressziós mintázata vizsgálatára oligonukleotid-lapka segítségével az analízis. Az elkövetkező években remélhetőleg a várandós nő vérkeringéséből kinyert magzati sejtek vizsgálatával, mint noninvazív mintavételrel összekapcsolható lesz ez az új elemzési módszer.

E23 A szabad és szabad magzati DNS szövődménymentes és praeclampsiával szövődményes terhesség esetén

Lázár Levente, Molvarec Attila, Nagy Bálint, Rigó János
Semmelweis Egyetem, Budapest

Az elmúlt évtizedben több kutatócsoport foglalkozott a vérplazmában fellelhető szabad, sejttől független DNS és szabad magzati DNS vizsgálatával. A szabad DNS mennyisége kóros terhességben különbözik a szövődménymentes terhességben mért értékektől. A szerzők által végzett tanulmány célja az összes szabad DNS, valamint szabad magzati DNS vizsgálata volt, valamint a DNS mennyisége, illetve a klinikai és különböző laboratóriumi paraméterek összefüggésének vizsgálata praeclampsiával szövődményes és szövődménymentes terhesség esetén.

67 praeclampsiával szövődményes terhesség, valamint 70 szövődménymentes terhesség esetében real-time PCR segítségével meghatároztuk a plazma össz-, valamint szabad magzati DNS mennyiségét. A plazma von Willebrand antigén mennyiségét ELISA, fibronectin szintjét nephelometriás, malondialdehid szintjét colorimetriás assay-módszerrel határozták meg.

Praeclampsiában az összes szabad DNS és a szabad magzati DNS mennyisége egyaránt szignifikánsan magasabbnak bizonyult a normotenzív terhességhez képest (median: 11,395 vs. 32,460 és 0,001 vs. 0,086 pg/μl). A plazma összes szabad DNS és szabad magzati DNS mennyisége a laborparaméterek közül az aspartate aminotransferase, valamint alanine aminotransferase értékeivel mutatott szignifikáns összefüggést (korrelációs koeficiens: 0,31; P=0,012 és 0,46; P<0,001).

Praeclampsiában mind az össz-, mind pedig a szabad magzati DNS mennyisége emelkedett. A gyulladáshoz kapcsolódó paraméterek, valamint az endothelium károsodást és oxidatív stresszt jellemző markerek nem mutatnak összefüggést a szabad DNS

mennyiségével. Praeclampsia esetén a hepatocelluláris necrosis látszik felelősen a szabad DNS, valamint magzati DNS emelkedett koncentrációjáért.

E24 Rh, és egyéb vércsoport-inkompatibilitás

Stummer János

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

Az 1960-as években világszerte bevezetésre került RhD immunglobulin prophylaxisnak köszönhetően jelentősen csökkent ugyan az anyai anti-D-ellenanyag hordozás, ennek ellenére még ma is az egyik fő oka az újszülöttkori haemolitikus betegségeknek, illetőleg az erythroblastosis fetalisnak, az Rh-vércsoport inkompatibilitás. Az újszülöttkori haemolysis okaként megfigyelhető az egyéb mellék vércsoportok miatt kialakult összeférhetlenség is.

A diagnosztika során az első lépés az anyai vérből az ellenanyagok vizsgálata. Amennyiben ezek szintje a vérben meghaladja az ún. kritikus títerszintet, a magzati anaemia mértékének meghatározása következik. Az iu. haemolysist mérhetjük - amniocentesis során nyert mintából - spektrofotometriás módszerrel a Liley-féle tábla, illetve a Queenan-görbe segítségével, vagy közvetlenül a magzati vérből vett mintából is. A felmérések szerint azonban szignifikánsan specifikusabb és szenzitívebb az a. cerebri media flowmetriás vizsgálata. A korszerű ultrahangdiagnosztika segítségével nem invazív úton jutunk biztos diagnózishoz. Az 1,5 MoM felett mért értéknél a magzati anaemia mértéke meghatározandó.

Terápiájában iu. transzfúzió (intrafunicularis-v. umbilicális, illetve intraperitoneális), anyai plasmapheresis, és IVIG adása jön szóba. Megjegyzendő azonban, hogy a kezelés szempontjából a magzati vércsoport meghatározása nagy jelentőséggel bír. Ennek korszerű és nem invazív módszere, az anyai vérből a szabad magzati DNS vizsgálata.

Az egyéb vércsoport-összeférhetlenségek közül leggyakoribb a Kell-antitestek által létrehozott kórkép, mely a súlyos magzati anaemiák kialakulásában 10%-ban tehető felelőssé. Progenitor-sejt szintjén supprimálja az erythropoesist, és ehhez járul még hozzá a haemolysis. Ebben az esetben az anaemia mértékével nem arányos sem az anyai anti-Kell-antitestszint, sem a magzati bilirubinszint. A Kell-szenzitizáció leggyakoribb oka korábbi transzfúzió, ezért terhesség előtt állókat Kell-negatív vérrrel javasolt transzfundálni.

A vércsoport-inkompatibilitásnál legnagyobb jelentősége a megelőzésnek van. Anti-D-IgG-prophylaxis minden szükséges esetben, és amennyiben nulligravidának transzfúzió szükséges, lehetőség szerint Kell-negatív vér választása javasolt.

A betegség kezelését illetően sajnos lényeges változás nem említhető a korábbi időszakhoz képest, de a diagnosztikájában és nyomkövetésében viszont kiemelkedő szerepe van az a. cerebri media flowmetriás ultrahangvizsgálatának, mely újdonság a korábbi lehetőségekhez képest.

E25 A BRCA-gén eltéréseinek gyakorlati jelentősége. Mikor végezzünk genetikai vizsgálatot?Pop Andrea¹, Horányi Dániel¹, Siklós Nóra², Koiss Róbert¹¹Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ²Semmelweis Egyetem, Budapest

A petefészekrákok 10%-a, az emlőrákok 8-10%-a örökletes. Ezeknek hozzávetőlegesen a fele a BRCA1- és a BRCA2-gén örökletes hibájának következménye. A génhibát hordozók nagyon veszélyeztetettek: többségükben emlő- és/vagy petefészekrák fejlődik ki, rendszerint jellegzetes családi kórképek (családi emlőrák, családi emlő-petefészekrák stb.) formájában. A terhelt családokban gyakorta másféle daganatok (pl. férfiaknál dűlmirigyarák) is előfordulnak.

A BRCA-gének vizsgálata már a klinikai gyakorlatban is elterjedt, ám nem egyszerű és sok buktatót rejt magában. Az alkalmazott genetikai vizsgálómódszerek elvének ismerete és a genetikai vizsgálat eredményének megfelelő klinikai értékelése nélkül nem alkalmazhatók.

Elmélyültebb genetikai ismeretek hiányában a gyakorló nőgyógyász minden esetben kérje a rákgenetikai tanácsadó véleményét. Az igény nagy, a magukat veszélyeztetve érzők is szeretnék tudni, hogy érintettek-e vagy sem. Mégis, a vizsgálat csak indokolt esetekben javasolt – amikor nagyon valószínű, hogy a BRCA-gén hibája előfordul.

E26 A BRCA-gén eltéréseinek gyakorlati jelentősége. A génhibát hordozók felügyelete: a megelőzés lehetőségeiLászló Dániel¹, Siklós Nóra², Koiss Róbert¹¹Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ²Semmelweis Egyetem, Budapest

A nőgyógyászati rákszűréshez hasonlóan a BRCA-gének vizsgálata is csak akkor célszerű, ha a veszélyeztetetteknek a rák kialakulását valamilyen módon ki tudjuk védeni vagy, ha a rákot még kezdeti állapotban képesek vagyunk felismerni. A petefészekrák szűrésére az ultrahangvizsgálatot és CA125-meghatározást alkalmazzuk több-kevesebb sikerrel. A génhibát hordozók emlőrák-szűrése ellentmondó.

A megelőzésnek számos lehetőségét vizsgálták, közülük a gyógyszeres megelőzés különböző formái javarészt még a klinikai megfigyelés szakaszában van. Jelenleg a megelőző emlő- és/vagy petefészek-eltávolítás a leghatásosabb módszer. Fiataloknál a petefészekműködés kiesését hormonok adásával pótoljuk. Bármelyik módszert is válasszuk, a beteg kellő felvilágosítása, beleegyezése és határozott kívánsága nélkül egyiket se alkalmazzuk. A döntés mindig a betegé, s ezt írásban rögzíteni kell.

E27 A terhesség és a petefészek rosszindulatú daganatai – esetismertetés

Barna Péter, Pálfalvi László, Barna István, Rákóczi István

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Budapest

Szerzők osztályán az elmúlt három év során három terhesség kapcsán találtak rosszindulatú petefészek-daganatot. Ennek a három esetnek a rövid ismertetése után összefoglalják a terhesség különböző időszakában, különböző stádiumokban észlelt petefészek-tumoros terhesek és magzataik életkilátásait, a lehetséges és szükséges tennivalókat. A világirodalmi adatok bizonyítják, hogy lehetőség van a terhesség során cytostaticumok adására, és ezen az úton, esetenként mérlegelve a történéseket, hozzásegíteni a kétségbeesett helyzetben lévő nőket, hogy anyák lehessenek és átélhessék az anyaság örömét.

E28 Torqualt petefészek cysta képét utánzó primer gastrointestinalis omentális stromalis tumor operált esete

Szokodi Róbert, Winkler László, Bogner Barna, Nemerey Zsuzsa, Gáts Attila

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

A gastrointestinalis striomalis tumor (GIST) a Cajal-féle intersitális sejtekből indul ki. Korábban leggyakrabban leiomyomának, leiomyoblastomának vagy neurogén eredetű tumoroknak diagnosztizálták. A tumor főleg az idősebb korú és a férfi betegekben fordul elő. Fiatalabb életkorban viszont paradox módon familiáris halmozódás gyakoribb és főleg lányokban fordul elő. A statisztikai becslések szerint évente Magyarországon kb. 150-200 eset fordulhat elő. Az összes gastrointestinalis tumornak mindössze 0,3-1%-át adja, de a leggyakoribb mesenchymalis tumor a gastrointestinalis traktusban. Lokalizáció szerinti sorrend: 60%-ban a gyomorban, 30%-ban a jejunumban és az ileumban, 5%-ban a duodenumban, kevesebb mint 5%-ban a colorectalis régióban, kevesebb mint 1%-ban a nyelőcsőben és az appendixben fordul elő. 2007-ig bezárólag omentális formát mindösszesen 28-at közöltek le a világon. Ezért számít szerzők osztályának esete is raritásnak. Szerzők egyik osztályán ügyeleti időben jelentkező 47 éves nőbeteg (T.L.-né) esetét dolgozták fel, akinél az előzetes fizikális és képalkotó vizsgálatok torqualt petefészek-cystát vélelmeztek. Akut hasi katasztrófa tünetei miatt ügyeleti időben laparotomiára kényszerültek, mely során csepleszben elhelyezkedő hasi tumort észleltek. Sebész bevonásával a tumort éppen rezekálták. A szövettani feldolgozás során primer omentális gastrointestinalis stromalis tumort vélelmezett a patológus magas malignitási index-szel (Grade III).

Előadásukban részletesen bemutatják a beteg kórtörténetét, fizikális és képalkotó vizsgálatainak eredményét, a patológiai feldolgozás eredményét. Majd részletesen ismertetik a daganat jellemzőit, prognosztikai faktorait, az utógondozás és kiegészítő gyógyszeres kezelés lehetőségeit. Mivel a daganat magas malignitási indexű volt, betegük gyors progresszióban exitált. A szekció részleteit szerzők szintén ismertetik.

E29 Kétféle rosszindulatú tumor egyidejű előfordulása petefészekben
Zergényi-Molnár Dóra, Bánhidó Ferenc, Járay Balázs, Pajor Attila
Semmelweis Egyetem, Budapest

Az előadás esettanulmány egyedülállóan ritka petefészekfolyamatról, amikor is egyidejűleg két rosszindulatú tumor fordult elő egyazon betegnél a két petefészekben. Immunhisztokémiai módszerekkel sikerült szerzőknek igazolni, hogy a kétféle tumor az egyik oldalon a malignus kevert mesodermális daganat és a másik oldali serosus cystadenocarcinoma külön-külön más primer neoplasmát képviselnek.

E30 Bélperforáció okozta akut has terhességben
Kostic András, Szathmáry Gábor, Lintner Ferenc
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

A terhességben előforduló akut hasi kórkép a mai napig az egyik legnagyobb kihívást jelenti a szülészeti gyakorlatban. Szakirodalmi adatok szerint előfordulása megközelítőleg 1/500-600 terhességben. Az orvosi technológia fejlődése ellenére az akut hasi katasztrófát kiváltó állapotok preoperatív diagnózisa komoly fejtörést okoz a klinikus számára. Amellett, hogy a laboratóriumi paraméterek nem mindig specifikusak, a terhesség által megváltozott hasüregi anatómiai helyzet, valamint az ebben az időszakban beszűkült diagnosztikus lehetőségek megnehezítik a végleges diagnózis felállítását, időben elnyújtva ezzel az amúgy is igen nehéz döntést, amelyet a terhesség miatt önmagában is kockázatosabb sebészi beavatkozás jelenthet. A szerző esetbemutatása kapcsán áttekintést nyújt a terhességben kialakuló akut hasi állapotokat kiváltó okokról, diagnosztikus és terápiás lehetőségekről.

E31 Drainage vagy nem drainage?
Busznyák Csaba, Fekete Zoltán, Nagy Sándor
Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

Máig nem tisztázott, hogy császármetszés során szükséges-e a profilaktikus hasfali, hasüregi drain behelyezése, illetve az obes betegek rutinszerű suprafascialis drainálása. A beavatkozás célja a postoperatív szakban termelődő váladék, vér elvezetése, ezáltal csökkentve a gyermekágyas szövődmények előfordulásának esélyét. A drain használatának indikációja nagyon változó intézetenként. Szerzők a Pubmed adatbázison alapuló nemzetközi tanulmányokat elemezték, melynek célja a drain hatásosságának vizsgálata a draint nem használó esetekhez képest császármetszés után. A tanulmányok randomizáltak és prospektívek voltak. Hat tanulmányba összesen 2179 beteget vontak be. A vizsgálatok 1998. és 2005. között történtek, melyek során a sebfertőzés, seroma, haematoma előfordulási gyakoriságát (10,3-16,4%) mérték. A 6 tanulmányból 5-ben nem találtak szignifikáns különbséget a suprafasciálisan drainált és a nem drainált csoportok között a fenti vizsgálati kritériumokban. Négy tanulmány vizsgálta az obes betegeknél (≥ 2 cm suprafascialis zsírszövet vagy ≥ 32 BMI) előforduló sebgyógyulási zavart.

Ebből három nem igazolt szignifikáns előnyt a nem drainált csoporthoz képest, míg egy 72 esetet elemző tanulmány magasabb arányú szövődményt talált a nem drainált csoportban. Továbbá egy svájci munkacsoport 305 beteget vizsgálva kevesebb fájdalomcsillapító igényt, rövidebb műtési időt és hospitalizációt írt le a nem drainált csoportnál.

Az irodalom áttekintése során szerzők megállapítják, hogy szemléletváltozás történt, hiszen míg a 1980-as, '90-es években egyértelműen javasolták a hasüregi és hasfali drain behelyezését, addig ma már a suprafascialis drainnek még az obes nőknél sincs létjogosultsága, míg a hasúri drain szerepe továbbra sem tisztázott egyértelműen.

E32 Szövődmények az implantátumok felhasználásával végzett medencefenék helyreállító műtétek során
Barna István, Rákóczi István, Bencsik András, Barna Péter
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Budapest

Szerzők három éve kezdték meg a különböző típusú, formájú, anyagú műanyag-hálók, szalagok felhasználását a medencefenék-helyreállító műtéteikben. A műtétek típusa széles skálán mozog. A legegyszerűbb inkontinencia-szalagok behelyezésétől – a teljes mellső-hátsó hüvelyfal felfüggesztésen át – a szélsőséges méretű enterokelével párosult méh-, és hüvelyfali prolapsus megoldását célzó műtétekig terjed a felhasználási terület (TOT, TOM, PIVS).

A fent említett idő alatt nagy számú műtétet végeztek. A kezdeti, maradéktalanul tűnő sikerek után szembe találtak a műanyag-hálók alkalmazásának buktatóival, és el kellett fogadniuk egy-egy esetben a kudarc élményét is. Keresik az usuratóiok, illetve a kilökődések okát, a hajlamosító tényezőket. Keresik az utat a szövődménymentes műtéti megoldásokhoz. Tapasztalataikat meg kívánják osztani a felhasználók hazai táborával, hogy a tanulságokat hasznosítani tudják a jövőben végzendő műtétek kapcsán.

E33 Subserosus myomagöb laparoscopos enucleatioja tubasterilizáció kapcsán – esetismertetés
Takács Géza
Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

A szerzők osztályán a minimal-invazív műtéti technikáknak nagy hagyományai vannak. A laparoscopos beavatkozások költségghatékonyak, kisebb megterhelést jelentenek a betegek részére. A korszerű nőgyógyászati szemlélet egyértelműen ezen eljárásokat részesíti előnyben. A legrégibb óta végzett laparoscopos beavatkozás, a tubasterilizáció egyben lehetőséget biztosít egyéb nőgyógyászati eltérések operatív megoldására. Jelen esetben 46 éves beteg jelentkezett művi meddővé tétel céljából. A praeoperatív kivizsgálás során fizikális, illetve ultrahang-diagnosztikával a Douglast bedomborító, hátsó fal, corpus-cervix határon elhelyezkedő, mérsékelt alhasi panaszokat okozó subserosus myomagöböt találtak. A beteggel történt megbeszélés után, a sterilizáció kapcsán a myoma enucleatioóra került.

Az előadásban bemutatják a műtét képi dokumentációját, és a myomák ellátásának osztályos gyakorlatát.

E34 Implantációs medencefenék rekonstrukciós műtétek osztályunk gyakorlatában

Ruszin Judit, Endrődi Tamás

Toldy Ferenc Kórház–Rendelőintézet, Cegléd

A vizelet-inkontinencia és a medencefenék-süllyedés igen gyakran előforduló, a beteg életvitelét és életminőségét befolyásoló elváltozás. Előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával fokozódik.

Szerzők osztályán az utolsó 5 évben egyre növekvő számban alkalmaznak eltérő behatolási móddal, különféle anyagból készült, szalaggal végzett medencefenék-rekonstrukciós műtéteket.

Kezdeti eredményeik biztatóak, a gyógyulási arány (tartós anatómiai recidiva nélkül) megközelíti a 85%-ot.

Az implantációs műtétek a női stressz-inkontinencia kezelésében népszerű, hatékony és biztonságos, minimálisan invazív módszer. Az új technika ismeretében és birtokában a medencefenék anatómiai elváltozásának gyógyítása implantációs módszerrel javasolt.

E35 Intramuralis terhesség: ritka előfordulás, súlyos következmények

Petrőczy István, Lintner Ferenc

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

A méhen kívüli terhesség gyakorisága az összes terhességre vonatkoztatva kevesebb mint 1%, de a terhességgel kapcsolatos anyai halálozás 8-10%-áért felelős.

Az ectopiás terhességek kb. 2 százaléka intramuralis terhesség, amelynek a gyakorisága évről-évre növekszik. Előfordulását növeli az előzetes salpingectomia, petevezeték-gyulladás vagy az asszisztált reprodukciós eljárások.

Intramuralis terhesség során a beágyazódás az uterus izomfalában futó tubaszakaszban történik. Jelentőségét az adja, hogy a méh artériáinak megnyílása miatt nagyfokú hasúri vérzés léphet fel.

A tünetek rendkívül változatosak, de nem mindig egyértelműek. Fertilis korban jelentkező, a vérzéskimaradást követő rendellenes vérzés kapcsán mindenképpen felmerül a méhen kívüli terhesség gyanúja. Régebben a bimanuális vizsgálat mellett csak a Douglas-punkció, és – elhúzódó vérzés esetén – a szövettani lelet (Arias-Stella-reakció) állt rendelkezésre. Nagy előrelépést jelentettek a biológiai és kémiai reakciók. Manapság a diagnózis alappillérei a Beta-HCG-vizsgálat és az ultrahang. Nélkülözhetetlen a laparoszkópia, mely a diagnózis igazolása esetén terápiás beavatkozásra is lehetőséget nyújt.

A kezelés történhet konzervatívan methotrexat adásával, vagy az adott szituációnak megfelelően műtéti megoldással.

Az előadás során két esetet ismertetnek a szerzők, mely során kitérnek a diagnosztikafelállítás nehézségeire és a kétféle kezelési lehetőség hatásfokára is.

E36 Érdekesebb laparoscopos eseteink

Komáromi–F. Zoltán, Varga József, Répásy István

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

Szerzők előadásukban néhány érdekesebb laparoscopos esetüket kívánják bemutatni, felvázolva a beteg nőgyógyászati kórtörténetét, néhány, a mindennapok számára fontos következtetés levonásával.

Három, az ambulancián sürgősséggel jelentkező betegüknél UH-os képek és a laparoscopos műtét során felvett képek, videóik segítségével mutatják be a felmerülő differenciál-diagnosztikai problémákat.

In vitro fertilisatiót követően, petefészkek cysta ruptura miatt felvett betegüknél az UH-os vizsgálat során egyre gyarapodó hasi folyadékot találtak. Másik betegüknél alhasi panaszokat okozó kocsánycsavarodott cystát és ép petefészket találtak, ami szokatlan lelet. Harmadik betegüknél diffúz alhasi panaszok, enyhén emelkedett gyulladási labor paraméterek mellett a laparoscopos lelet meglepő volt.

Nem említve a nőgyógyászati laparoscopia szokásos előnyeit, kiemelik a szerepét néhány ritka és szokatlan kórkép diagnosztizálásában, valamint egyszerű, minimal-invasiv megoldásában.

E37 A humán chorion gonadotropin nem befolyásolja az intracelluláris kalcium-ion koncentrációt endothel sejtekben

Paragi Péter, Sára Levente, Tóth Péter, Pajor Attila

Semmelweis Egyetem, Budapest

A humán chorion gonadotropin (hCG) kora terhességben nagyon fontos növekedési és differenciációs faktor. Számos kutatócsoport analízált működő extragonadalis hCG/LH receptorokat. A hCG a hatását többféle szignál-transzdukciós úton fejti ki. Az uterinális érrendszer adaptációja a fejlődő magzat növekvő igényeihez az angiogenesisen és vasculogenesisen keresztül valósul meg. A hCG fontos szabályozó szerepet játszik a placentáris angiogenesisben. Az angiogenesis szabályozása cAMP-protein kináz A-rendszeren keresztül megy végbe. Egyéb hCG hatásokba leírtak más szignál transzdukciós útvonalakat. Ennek alapján szerzők vizsgálták a hCG angiogenesisben való szabályozását. Kutatásaik célja volt meg tudni, hogy vajon a hCG befolyásolja-e az intracelluláris kalcium-koncentrációt a humán köldökzsinór erekből izolált endothel sejt kultúrában?

Humán köldökzsinór-mintákat császármetszések kapcsán gyűjtöttek. Endothel monolayer sejt kultúrát készítettek a köldökzsinór erekből. A sejt kultúrát hCG-vel kezelték. Az intracelluláris kalcium-ion koncentrációt fluoreszcens konfokális mikroszkóppal mérték. Egy másik kísérletben patch clamp technikával mérték a kalcium-ion áramot endothel sejtekben.

Endothel sejtekben az intracelluláris kalcium-ion-koncentráció szignifikánsan nem növekedett hCG hatására.

Humán köldökzsinórér endothel sejtben a hCG hatása nem kalciumfüggő szignáltranszdukciós mechanizmuson keresztül megy végbe. További kutatások szükségesek a hCG hatásainak megértéséhez humán umbilicális endothel sejtekben.

E38 A koraterhességben mért emelkedett rezisztenciájú artéria uterina áramlás önmagában a kóros terhességi kimenetel fokozott kockázatát jelenti függetlenül a VEGF és VEGFR1 reaktivitástólSára Levente, Paragi Péter, Tóth Péter, Pajor Attila
Simmelweis Egyetem, Budapest

Szerzők az irodalmi adatokkal összefüggésben feltételezték, hogy az első trimeszter végén mért magas rezisztenciájú artéria uterina áramlás növeli a kóros terhességi kimenetel esélyét, és ez együtt jár a VEGF-/VEGFR1-immunoreaktivitás megváltozásával.

Prospektív utánkövetéses (I.) és keresztmetszeti (II.) vizsgálataik során 62 (I.), illetve 20 (II.) terhes asszonyt két csoportra osztották a mért áramlási paraméterek alapján. A méréseket mindkét artéria uterinán a 10-13. terhességi héten végezték color-Doppler vizsgálattal. Az I. vizsgálatban a magas és alacsony rezisztenciájú csoportot hasonlították össze a későbbi terhességi szövődmények ismeretében, míg a II. vizsgálatban az előbb említett csoportokra osztott páciensek interruptiót követő szövettani mintáinak VEGF- és VEGFR1-immunoreaktivitását mérték. A magas rezisztenciájú csoportban (PI>2,3) a kóros terhességi kimenetek száma szignifikánsan magasabb volt, mint az alacsony csoportban (40 és 12,8%), míg nem volt különbség a VEGF- és VEGFR1-immunoreaktivitásban. Mindkét csoportban intenzív VEGF-reakció volt látható az anyai glanduláris epitheliumban és a deciduális sejtekben, míg gyenge reaktivitás volt látható a villosus trophoblastban. A VEGFR1-reaktivitás egyformán intenzív volt az összes régióban.

Szerzők eredményei alapján a koraterhességben végzett artéria uterina-áramlásmérés függetlenül a VEGF- és VEGFR1-reaktivitástól előre jelezheti a későbbi terhességi szövődmények egy részét.

E39 Terhesség, elhízás, patológia

Peitl Szilárd, Csécsey Károly

Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház, Sopron

A Soproni Erzsébet Kórházban 2007.01.01-2007.12.31. között összesen 849 szülés zajlott le, ebből 240 végződött császármetszéssel, a spontán szülések száma 609 volt. A császármetszések száma évről-évre emelkedik, szerzők osztályán az országos átlagnak megfelelő 27-28%-os gyakoriságú. Az elhízás közismerten népbetegség. A felnőtt lakosság körében az elhízottak és túlsúlyosak aránya ma már 50-60%-os. Vizsgálatuk célja a terhesség során bekövetkező súlygyarapodás és a császármetszés előfordulása közötti összefüggés felmérése volt.

A terhesség elején mért induló súly alapján a terhesek 4%-a volt sovány (BMI<18,5), 67% normál testsúllyal bírt (BMI 18,5-25). A túlsúlyos terhesek aránya 19% (BMI 25-30), az elhízottaké (BMI>30) 10% volt. A terhesség végén mért testtömeg-index alapján a vajúdok 28%-a volt elhízott (BMI > 30). Fokozott súlygyarapodást 38%-ban regisztráltak.

A sovány és normál testalkattal induló terhesek sectiofrekvenciája 24-25%-os volt, szemben a túlsúlyos és az elhízott betegekkel ahol a császármetszés-gyakorisága 36-38% volt. A terhesség végén mért testtömeg-index alapján elhízott terheseknél a császármetszés elvégzésének valószínűsége 35%-os (nem kövér

szülők esetén 25%-os sectiofrekvencia). Fokozott súlygyarapodás eseteiben császármetszés 33%-ban történt (normál súlygyarapodás mellett 24%-os volt a sectiofrekvencia). A fenti kóros súlykategóriákba sorolt terheseknél (42%-ban magas induló vagy záró BMI, illetve fokozott súlygyarapodás) 33%-ban észleltek a terhességi korhoz képest nagy súlyú magzatot, és ezek 35%-a császármetszéssel jött világra. Normál súlygyarapodás és testsúly esetén a macrosomia előfordulása 17%-os volt, sectiofrekvenciájuk 24%.

Az elhízás fokozott kockázatot jelent a patológiás terhességi körképek kialakulásában, és növeli a császármetszés elvégzésének valószínűségét is.

E40 Butokonazol-nitrát alkalmazásával szerzett tapasztalatok akut és krónikus-recidiváló vulvovaginális candidiasisban

Fekete Zoltán, Mika Péter, Nagy Sándor

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

A vulvovaginális candidiasis a nők jelentős részének okoz változó gyakoriságú és súlyosságú panaszokat. Szerzők a betegség kezelésére a CDC által elsőként ajánlott butokonazol-nitrát hatékonyságát és tolerálhatóságát vizsgálták hazai populáción először.

Tapasztalataikat az első megjelenéskor 843, illetve a kontrollvizsgálat során 762 kitöltött kérdőív feldolgozásával gyűjtötték össze 2006 áprilisa és szeptembere között. A megjelenésekkor észlelt és rögzített klinikai tünetek változását statisztikailag a χ^2 próba segítségével értékelték.

A kezelőorvos által tapasztalt klinikai kép és a betegek panaszainak figyelembevételével mind az akut, mind a krónikus-recidiváló candidiasis egyes epizódjaiban 81%-ban gyógyulást, 17%-ban a tünetek javulását észlelték, a betegek 2%-ánál nem volt érezhető változás. A kezelés során 677 (97%) betegnél mellékhatás nem jelentkezett. A kezelést a betegek 87%-ánál hatásosnak, 11%-ánál közepesen hatásosnak találták. A kontrollvizsgálat során továbbra is fennálló panaszok és tünetek alapján 16 betegnél (2%) a kezelést hatástalannak ítélték meg, ezért kiegészítő terápiát javasoltak. A gyógyszer tolerálhatóságával szerzett tapasztalataik kedvezőek, mely alapján elmondható, hogy a betegek jelentős része (90,6%-a egyáltalán nem, 8,2%-a csak rákérdezésre) nem említett kedvezőtlen mellékhatást, spontán csak 1,2% jelzett enyhe mellékhatásokat.

Eredményeik alapján megállapítható, hogy a betegeknek a vizsgált tüneteket illetően az alkalmazott kezelés hatására szignifikáns javulás történt. Krónikus-recidiváló candidiasis esetén a szisztémás antifungális szerrel történő kombinációs kezelést javasolják.

E41 A vulvodynia aktuális kérdései

Máté Szabolcs

Simmelweis Egyetem, Budapest

Az International Society for the Study of Vulvovaginal Disease ISSVD a vulvodyniát a szeméremtest krónikus fájdalmaként határozza meg, azokban az esetekben, amikor a szeméremtesten nincs fertőzésre vagy egyéb bőrbetegségre utaló látható, vagy laboratóriumi módszerekkel kimutatható elváltozás. Jellemző a

szeméremtest égő, csípő fájdalma, mely az enyhe kellemetlenségtől az állandó heves fájdalomig változhat. A kórkép két formáját különböztetjük meg: 1. A hüvelybementre lokalizált fájdalom (vulvaris vestibulitis, vestibulodynia, provoked/ lokalised vulvodynia), melyre jellemző, hogy a fájdalom jellegzetesen mechanikai inger hatására kezdődik, és az inger elmúltával megszűnik. 2. Dysesthetic vulvodynia / unprovoked vulvodynia esetén a kóros fájdalom az egész szeméremtestre, valamint a gátra és a combtőre is ráterjedhet. A fájdalom általában kiváltók nélkül jelentkezik, de mechanikai ingerek fokozhatják, ilyenkor jellemző, hogy az inger megszűntével a fájdalom nem múlik. A kórkép az eddigi vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy multikauzális eredetű, melyben szerepe lehet kóros gyulladási mechanizmusnak, kóros fájdalomérzetnek, a medencefenék izmainak fokozott alaptónusának, és genetikai háttérnek is. A vulvodynia két formája eltérő kórereditű. A diagnózis kizárásos alapon állatható fel, melynek elengedhetetlen része a részletes mikrobiológiai vizsgálatok, bőrgyógyász, allergológus, neurológus vizsgálata. A betegek gondozásának igen fontos eleme a részletes tájékoztatás, életmódi tanácsok segítségével a tünetek legtöbbször enyhíthetők. Sajnos kevés bizonyítottan hatásos kezelés ismert (gabapentin, a medencefenék izomzatának tréningje, relaxációja, biofeedback kezelés, sebészi kezelés), melyek megválasztása, kombinációja más lehetőségekkel mindig személyre szabottan kell, hogy történjen. A szerző áttekintést ad a magyar szakirodalomban méltatlanul mellőzött vulvodynia-kutatás aktuális eredményeiről, és a kezelés lehetőségeiről.

E42 Serdülőkori cryptomenorrhoea **Tekse István, Varga Zsolt, Molnár Mihály**

Komárom–Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Tatabánya

Cryptomenorrhoeának nevezzük az olyan állapotot amikor a menstruáció szabályos, az endometrium lelekedik de áramlási akadályt okozó kongenitális obstrukció miatt neheztelt, esetleg lehetetlen a defloráció. A betegnek amenorrhoeás és ciklikus menstruációs fájdalmak vannak. A vér a hüvelyt kitölti (haematocolpos) majd az uterus, később a kürt is kitágul (haematometra, haematosalpinx). Ritka kórkép, az enyhébb megjelenési formákat is beleértve a női populáció kb. 1-2%-a érintett.

Genitális atresia kialakulásáról beszélünk, amikor az embrionális fejlődés 12-16. hetében a kétoldali Müller-cső fúziója szabályosan megtörténik és ezzel párhuzamosan a genitális traktus valamely szegmentumában atresia alakul ki.

Az elváltozás diagnosztizálásához szükséges: nőgyógyászati vizsgálat, UH, MRI, laparoscopia.

A kezelés minden esetben műtéti.

A szerző 13 éves serdülő leány esetét mutatja be.

Fontos hangsúlyozni hogy az általában serdülőkorban jelentkező kórképre gondolni kell a panaszok és a tünetek alapján.

Fontos a gyermek házi orvosok és a védőnők figyelmének felhívása a kórképre.

Az idejében elvégzett műtét javítja a fertilitási esélyeket, különös tekintettel az endometriosis kialakulásának lehetőségére.

E43 Migrén és hormonális fogamzásgátlás – dél-alföldi régió kérdőíves felméréseinek tapasztalatai

Szűcs Márta

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A migrén jellegzetes tünetekkel járó primer fejfájás, mely gyakran fordul elő fiatal, fogamzóképes nők között. Magyarországon előfordulási gyakorisága nők körében 10-15%, míg férfiaknál egyharmad. Pontos patomechanizmusa nem ismert, bár feltételezik, hogy a migrénes rohamok kiváltásában szerepet játszanak olyan tényezők, mint a női nemi hormonok ingadozása, időjárási frontok, idegesség, stressz, vagy egyes ételek fogyasztása. A migrén két leggyakoribb típusa a migrén aurával és a migrén aura nélkül. A fertilis korú nők többsége hormonális fogamzásgátló tablettát használ fogamzásgátlási módszerként. Irodalmi adatokból ismert, hogy a hormontartalmú, úgynevezett „anti-bébi” gyógyszerek előidézhetik a migrén kialakulását, illetve a már fennálló fejfájást befolyásolhatják. Szerzők a kombinált hormonális kontraceptívumok (COC) hatását vizsgálták a migrénes fejfájásra: rontottak, nem változtatottak, vagy javítottak a betegség lefolyásán.

Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatás- és Gyógyszerésztudományi Centrum (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum) engedélyével kérdőíves felmérést végeztek 20-45 éves migrénes nők körében. A betegeket a Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika fejfájás ambulancia adatbázisából gyűjtötték össze. A 25 pontból álló kérdőívet postai úton küldték ki 265 betegnek. Választ 166 esetben kaptak. A kérdőív segítségével a megkérdezettek menstruációs ciklusáról, migrénes fejfájásáról, és fogamzásgátlási szokásairól nyertek információkat.

A felmérés során a válaszadási arány 63% volt. A 166 válaszadó közül 62 nem használt kombinált hormonális fogamzásgátló gyógyszert, így ezen betegeket kizárták az analízisből. A megkérdezettek közül 104 migrénes nő szedett COC-t. Közülük 41 esetben (39%) rontott, 58 esetben (56%) nem változtatott, és 5 esetben (5%) javított a fogamzásgátló a migrénes rohamok gyakoriságán.

A kérdőíves felmérés válaszadási rátája jónak mondható (63%). A tanulmányban a hormonális fogamzásgátlók többnyire nem befolyásolták a migrénes fejfájást, míg az esetek egyharmadában rontottak és mindössze öt esetben javítottak azon. Ezek az adatok megegyeznek nemzetközi tanulmányok tapasztalataival.

E44 A Down-kór szűrés gyakorlata. A kombinált-teszt bevezetése

Skriba Eszter¹, Merhala Zoltán², Török Miklós¹

¹Állami Egészségügyi Központ, Budapest, ²Magzati Diagnosztikai Központ, Budapest

Szerzők áttekintik a Down-kór szűrésének módszereit, a különböző szűrővizsgálati formák alkalmazásának optimális feltételeit. Összehasonlítják az első trimeszteri kombinált-teszt, a második trimeszteri Quartett-teszt és a kettő összesített értékelésével végzett integrált-teszt átlagos negativitásának és átlagos pozitivitásának értékeit, valamint hangsúlyozzák annak gyakorlati jelentőségét a Magzati Diagnosztikai Központ eredményeinek bemutatásával.

Az előbb említett intézményben 1999 és 2008 között 3388 Quartett-tesztet, valamint 2003 és 2008 között 3065 integrált-tesztet végeztek N. Wald és a Wolfson Institute (London) vezetésével.

A Quartett-tesztek eredményeképpen a Down-kórral sújtott magzatok 66%-át szűrték ki (szenzitivitás), 9,2%-os specificitás (álpozitivitási arány) mellett, 1:250 határértéket használva. A szűrővizsgálatra jelentkező várandósok átlagéletkora 32 év, amelyből 28%-uk 35 év feletti volt – több mint kétszerese a 35 éven felüli terhesek arányának. Az integrált-teszt alkalmazásával a down-kóros magzatok 100%-át szűrték ki, 2,5%-os specificitás mellett. Az anyai átlagéletkor 33 év, 37%-uk 35 év feletti várandós volt.

Az eredményeik a különböző tesztekkel kapcsolatban korábban publikáltaknak megfelelőek.

Az előadás keretében bemutatják a kombinált-teszt ingyenes tömegszűrésének bevezetését, hátterét, illetve az eddig elért eredményeket.

- E45 Az „XI VOCAL” (eXtended Imaging VOCAL) 3D ultrahang-volumetria reprodukálhatósága szabálytalan formák vizsgálata során**
 Bóza Szabolcs¹, Mátrai Gábor¹, Havasdi József², Bódis József², Vízer Miklós¹
¹Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, ²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs

Szabálytalan alakú testeknél az ultrahang-volumetriás módszerek esetében az XI VOCAL (eXtended Imaging VOCAL) alkalmazásával a hagyományos VOCAL módszernél pontosabb volumenbecslés lehetséges. Szerzők korábbi vizsgálatai szerint az XI VOCAL-módszer a célszerv térbeli formáját a hagyományos VOCAL-módszernél valósabban ábrázolja, rotációs lépésekre nincs szükség. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján az XI VOCAL három dimenziós (3D) ultrahang-volumetria inter- és intraobserver reprodukálhatóságát elemezték magzati fantom szabálytalan formáinak vizsgálata során. Egy 21 hetes magzati ultrahang-fantom öt testrészeinek, mint szabálytalan formáknak volumetriás vizsgálata az Accuvix XQ (Medison Co., Szöul, Dél-Korea) ultrahangkészülékbe integrált 3DXI™ szoftver felhasználásával történt. Mind-egyik 3D-volumet két vizsgáló által, az XI VOCAL-módszer négyféle beállítási lehetőségével analizálták. A célszerv virtuális számítógépes térbeli ábrázolása és becsült volumene meghatározott számú (5, 10, 15, és 20) egymással párhuzamos metszet megjelenítése, és ezek metszeti kontúrjának manuális megrajzolása után jön létre („egy toast-kenyér párhuzamos felszeletelése”). Az inter- és intraobserver mérési eredmények jó reprodukálhatóságot igazoltak. Az XI VOCAL 3D volumetria a szabálytalan formák/célszervek vizsgálata során nagy pontossággal reprodukálható, megbízható módszer.

- E46 Új lehetőség a 3D ultrahang-diagnosztikai képfeldolgozásban: a 3D extended imaging**

Kozma Bence, Aranyosi János, Tóth Zoltán
 Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

Az elmúlt években a 3D ultrahang-képkalkotás a rutin szülészeti diagnosztika részévé vált. A térbeli és anatómiai síkok a magzat vizsgálata során eltérőek. A megfelelő síkok ábrázolását és a nyert képek, valamint térfogatok utólagos feldolgozását biztosító programok a közelmúltban váltak hozzáférhetővé.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Ultrahang Laboratóriumában kétdimenziós (2D) rutin szűrővizsgálat során kiemelt, a központi idegrendszer érintő fejlődési rendellenességgel sújtott magzatok ismételt vizsgálata 4-7 MHz frekvenciájú transzducserrel 3D módban, majd a nyert adatok feldolgozása Sonoview Pro és 3D Extended Imaging programokkal.

A módszer rutinszerű alkalmazása szerzők klinikáján bevezetés alatt áll. A páciens fizikai jelenléte mindössze az akvizíció idejére korlátozódott. A mintavételi térfogaton belül a virtuális és 2D vizsgálatok számára rejtett síkok megjeleníthetők.

A rutin szűrővizsgálat során kiemelt, malformációra gyanús esetek kórismézése az alkalmazás felhasználásával pontosítható, így az UH-vizsgálatok specificitása növelhető. A nagyobb felbontás alkalmazásával az MRI-képekhez hasonló részletgazdagságú kép nyerhető. A rögzített térfogatok feldolgozása történhet a vizsgálatot követően is; nem igényli sem a páciens, sem az UH-készülék jelenlétét. A távoli-szekunder konzultáció feltételei adottak.

- E47 Jogi esetek a szülészetben, orvos-szakértői megközelítésben**
 Hadnagy János

Siófok Városi Kórház – Rendelőintézet, Siófok

Szerző igazságügyi orvosszakértői gyakorlatából ismertet néhány tanulságos történetet. Megkísérli a peres ügyek trendjének és az egyes esetek tanulságainak összefoglaló elemzését.

- E48 A magyar szülészet utánpótlásnevelése, rezidensképzés a Markusovszky Kórházban**

Német Levente Barna, Kneffel Pál
 Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely

Jelenleg a szülészet-nőgyógyászat szakorvosképzés 5 évet igényel (2 év törzsképzés+3 év szakképzés). A 2 év törzsképzés (rezidens képzés) feloszlik 1/2 év sürgősségi képzésre, 1/2 év sebészeti képzésre és 1 év szülészet, illetve nőgyógyászati képzésre. Az első 2 év alatt valamelyik egyetem a „munkaadó”, az utolsó 3 évben mindenki maga köt szerződést valamelyik kórházzal.

A szerző előadásában ismerteti a jelenlegi munkahelyén elvégzett szülészeti és nőgyógyászati beavatkozásokat.

A Vas Megyei Markusovszky Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályán 2007. április 1-jétől a rezidens által elvégzett szülészeti és nőgyógyászati tevékenységek.

Az előadó beszámol a diploma megszerzéséről, a szakvizsgához szükséges és előírt tanfolyamokról, képzési helyekről valamint jelenlegi munkahelyén elvégzett műtétes tevékenységéről. Kiemeli a gyakorlat megszerzésének jelentőségét.

Az előadó hangsúlyozza a szakorvos képzésben a készség és képesség elsajátításához a kórházi gyakorlat jelentőségét. A felsorolt manuális tevékenységek csak kellő alap a megfelelő dextritás elsajátításához, melyhez még hosszú klinikai gyakorlat szükséges.

E49 Etikai megfontolások az emberi reprodukcióban

Szabó Kornél

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

E50 Eddigi tapasztalatok a Dianatal szülészeti géllal kapcsolatban

Tekse István, Molnár András, Zoltay Éva

Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Tatabánya

Hüvelyi szüléseknél nem a szülőcsatorna tágulási képessége, hanem az anya és a magzat közötti súrlódás jelenti a legnagyobb ellenható erőt.

A DIANATAL szülészeti gél steril, gyógyszerészetileg aktív hatóanyagot nem tartalmazó gél, amely utánozza és felerősíti a magzatmáz által előidézett természetes nedvesítő, síkosító funkciókat. Használata a vaginális szülés során az anya és a magzat számára egyaránt megkönnyíti a szülést, és segíti a gát védelmét.

183 esetben vizsgálták a gél előnyeit. Minden esetben először szülő kismamáról és koponyavégű fekvésről volt szó. A vizsgálat kimutatta, hogy szignifikánsan 30%-kal csökkent a szülés időtartama.

Szerzők osztályán szeptembertől van lehetőség a gél használatára, így a saját és a külföldi tapasztalatok összefoglalója előadásuk témája, mely során bemutatják azon előnyöket amelyek hüvelyi szülés során a gél használatával kapcsolatban tapasztalhatóak voltak.

E51 Laparoscopia a meddőség kezelésében

Bazsa Sándor, Barna András, Barabás József

Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros

A szerzők osztályán a meddőség kivizsgálásában a laparoscopia fontos szerepet játszik, melyet hysteroscopiával és chromohydrotubatióval egészítenek ki.

Lapaszkópos úton adhaesiolyist, cystectomiát, salpingectomiát, endometriomaeltávolítást, illetve myomectomiát végeznek.

2007-ben osztályukon 209 laparoscopia történt, melyből 57 meddőség miatt.

Az előadás végén a laparoscopia szövődményeit mutatják be, illetve egy tanulságos esetet.

E52 Az endometriosis korszerű sebészeti kezelése

Berkes Enikő

Semmelweis Egyetem, Budapest

Az endometriosis diagnózisának felállításában a laparoscopos beavatkozás elengedhetetlen, melynek során az endometriosis első sebészi ellátása is megvalósítható. A peritonealis laesiok resectiója, coagulatioja, vagy ablatiója választható. A peritonealis endometriosis kezelésében a resectió és az ablatió azonos hatásfokú. Az endometrioma eltávolításának dilemmáját a funkcionális ovarium szövet elvesztésétől való félelem okozza. Nemzetközi ajánlások alapján a 3-4 cm-nél nagyobb endometrioma eltávolítása javasolt. Az endometriosis cysta teljes eltávolítása ajánlott a cysta fenestratioja helyett, mely eljárással csökkenthető az endometrioma kiújulásának valószínűsége. Az endometrioma teljes eltávolításának további előnye az IVF-beavatkozás petesejt-leszívása kapcsán az ovariumok könnyebb hozzáférhetősége, illetve az infekció kisebb veszélye.

A sebészi kezeléssel az endometriosishoz társuló fájdalom a konzervatív gyógyszeres kezeléshez hasonló mértékben csökkenthető. Randomizált klinikai vizsgálatok eredményei alapján laparoscopos beavatkozással az endometriosishoz társuló krónikus kismencedei fájdalom a betegek 66-80%-ában csökken. A sebészi beavatkozással a spontán és az asszisztált reprodukciós kezeléssel fogant terhességi ráta is növelhető. I-es, II-es stádiumú endometriosis esetében a sebészi beavatkozás fertilitásra gyakorolt hatása kisebb, míg III-as, IV-es stádium esetén a spontán, illetve az asszisztált reprodukciós technikák terhességi rátája jelentősen növelhető.

A mélyen infiltráló endometriosis sebészi ellátása igazi kihívást jelent. A radikális sebészi beavatkozás a rectalis érintettség mélységétől függetlenül szignifikánsan csökkenti az endometriosishoz társuló fájdalmat. A radikális beavatkozás segmentális bélresectiót, disc resectiót, vagy az ún. „rectal shavinget” jelenti, függően az endometriosis rectalis kiterjedésének mértékétől.

Előrehaladott stádiumú endometriosis teljes sebészi ellátását követően az endometriosis kiújulása ritkább, mint konzervatív kezelés alkalmazása során. Jelen előadás klinikai vizsgálatok eredményeit elemezve összefoglalja az endometriosis kezelésének korszerű sebészi ellátását, különös tekintettel a mélyen infiltráló endometriosis sebészi ellátásának új, korszerű technikáira, továbbá elemzi az egyes eljárások hatását az endometriosishoz társuló fájdalom, illetve meddőség tekintetében.

E53 Endometriosis utáni terhességek

Vrastyák Péter, Sándor Csaba

Miskolci Egészségügyi Központ, Miskolc

Szerzők az osztályukon 2000 és 2007 között végzett laparoscopos vizsgálatokat, a meddőségi panaszok hátterében ily módon felderített endometriosisok stádiummegoszlását, majd a kezelési protokoll utáni sikeres, illetve sikertelen terhességeket ismertetik.

E54 A premenstruációs szindróma és kezelési lehetőségei

Tóth Róbert

Szegei Tudományegyetem, Szent-Györgyi Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

E55 A szülészeti-nőgyógyászati és a sürgősségi osztály együttműködésének lehetőségei a mindennapi betegellátás során

Bálint Koppány, Szalóki Aliz

ÁEK Szülészeti –nőgyógyászati Osztály, Budapest

Az egészségügyben évek óta zajló megújulási folyamat részeként a sürgősségi betegellátás is átalakult. A kórházakban sürgősségi betegellátó centrumok kerültek kialakításra. Korábban és még néhány helyen napjainkban is, a sürgősségi betegellátó centrumokban a szülészeti-nőgyógyászati sürgősségi ellátás a többi szakterülethez viszonyítva a sürgősségi betegellátás kevésbé integráns részeként jelenik meg. Az előadásban részben ennek a problémának a súlya, a szakma általi megítélése került vizsgálatra, valamint annak az elemzésére került sor, hogy melyek lehetnek azok az okok, amelyek miatt a sürgősségi szülészeti-nőgyógyászati ellátás a sürgősségi osztályok működésébe a gyakorlati tapasztalatok alapján lassabban és kevésbé tudott beépülni. Az előadásban az Állami Egészségügyi Központ (ÁEK) sürgősségi ellátó rendszerének példáján át kerül bemutatásra, hogy a gyakorlatban hogyan lehet a sürgősségi osztályokkal szorosabb és hatékonyabb együttműködést kialakítani.

A közelmúltban létrejött Állami Egészségügyi Központban is, egy mind infrastrukturálisan, mind az ellátás folyamatában új sürgősségi betegellátó rendszer került kialakításra. Az ÁEK a területi ellátási kötelezettsége mellett speciális (honvéd, rendőr, vasúti dolgozók) feladatok ellátásáért is felel. Az ÁEK szülészeti-nőgyógyászati osztálya együttműködésben a PIC III besorolású koraszülött osztállyal országos hatáskörrel, budapesti fókusszal vesz részt a progresszív szülészeti ellátásban. A sokoldalú ellátási feladatoknak megfelelően a sürgősségi osztállyal számos ponton adott a szorosabb együttműködés lehetősége, amelyet néhány gyakorlati példa mutat be.

Az előadás során a korábbi felvetéseken kívül bemutatásra kerül, hogy a hatékony munkamegosztás, a szülészeti-nőgyógyászati osztály sürgősségi ellátásában részt vevő személyzete számára jelentős tehermentesítő szereppel bír, valamint a kórház számára finanszírozási előnyt is jelenthet.

E56 Telt hólyag és dialízis – esetismertetés

Pásztor Norbert, Sikonyavecz János, Pál Attila

Szegei Tudományegyetem, Szeged

A második trimeszter során jelentkező oligohydramnion a magzati tüdő- és musculoskeletalis-rendszer fejlődését károsítja. A kórkép hátterében gyakran vese-fejlődési rendellenesség igazolható, azonban az akusztikus ablak hiánya, az esetleges magzati kényszertartás nehezíti az ultrahang vizsgáló dolgát. Az amnion-űr feltöltése fiziológiás sóoldattal segíthet a magzati fejlődési rendellenesség diagnózisztikájában.

Szerzők 32 éves, először terhes gravida esetét dolgozzák fel, ahol a második trimeszter során jelentkező oligohydramnion miatt a 21. és a 23. héten magzatvíz-feltöltés történt. A beavatkozások során egyoldali veseagenesia, illetve másik oldalon hypoplasiás vese igazolódott. A veseifejlődési rendellenességek ellenére, az ultrahang-vizsgálatok során minden alkalommal telt hólyag volt látható. A második amnionfeltöltést követően a magzatvíz mennyisége normális szinten maradt a 38. terhességi héten történt születésig. Az újszülött az emelkedő vesefunkciós laborértékek miatt az 5. életnaptól kezdve peritoneális dialízis elindítását igényelte, melyet az 5. héten megszüntettek, majd a Gyermekklinikáról 7 hetes korban tünetmentesen emittálták.

Esetismertetésükkel a szerzők arra kívánják felhívni a figyelmet, hogy bizonyos kórképekben a hólyagteltődés kimutatása nem igazolja a megfelelő veseméreteket és vesefunkciót, így az ultrahang vizsgálatnak ilyen esetekben ki kell térnie a vesék vizsgálatára is. Figyelemreméltó, hogy a második amnionfeltöltést követően a terhesség további részében a magzatvíz mennyisége normális értékeken belül maradt, mely hátterében vagy a hypoplasiás vese fokozódó vizelet kiválasztása, vagy uteroplacentalis kompenzációs mechanizmusok szerepelhetnek.

E57 A citológia és a HPV-típusozás szerepe a méhnyakrák-szűrésben

Járay Balázs

Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Patológiai Intézet, Budapest

Az utóbbi évtizedekben világossá vált a citológiai vizsgálatokat végzők számára, hogy a humán papillómavírus- (rövidítve HPV-) fertőzéssel összefüggésben jellegzetes morfológiai eltérések figyelhetők meg a portio laphámsejtjeiben. A condylomával összefüggő hámlévaltozások már nagyon régóta ismertek voltak, jelesen a koilocyták jelenléte a hámában, melyek belsejében a múlt század hatvanas éveiben elektronmikroszkópos vizsgálattal igazolták az 50 nanométer nagyságú vírusrészecskéket, melyek a humán papillómavírusnak feleltek meg. Ezen sejtekben a későbbi időkben DNS-vizsgálatokkal, illetve PCR-vizsgálatokkal is igazolták a HPV jelenlétét.

A humán papillómavírus fertőzés fontossága a cervixpatológiában nyilvánvaló, a cervixrákok több mint 95 százalékában kimutatható a humán papillómavírusok magas kockázatú típusainak valamelyike. Emiatt is igen fontos a citológiai kenetekben a HPV-fertőzés felismerése, illetve az erre a fertőzésre utaló cytomorphológiai jelek pontos ismerete. A közhiedelemmel ellentétben a HPV-fertőzés jele nem kizárólag a koilocyták jelenléte, bár ez a legfontosabb és legbiztosabb jel, ezen kívül több ún. minor jel is árulkodhat a humán papillómavírus fertőzés bekövetkeztéről.

A humán papillómavírusfertőzés lehetséges következménye a fejlődés menetét tekintve a low-grade SIL, a high-grade SIL, az in situ carcinoma, a microinvaszív carcinoma, illetve az invazív laphámcarcinoma.

A rák megelőző állapotok súlyosságuk szerint 20-85 százalékban spontán regresszióra képesek, ezért érdemes főképp enyhe dysplasiák során nyomon követni a beteget és nem azonnal beavatkozni.

Beszámolnak ezen esetekben immunmoduláns szerek pozitív hatásáról.

Korábban a kenetek értékelésekor a Papanicolaou-beosztást használták a gyakorlatban, ennek ötös csoportba osztása mára elavulttá vált, világszerte elterjedt az ún. Bethesda-klasszifikáció, mely a szövettani nomenklatúrával azonos leíró diagnózist ad.

Jelenleg Magyarországon a két rendszert párhuzamosan használjuk egy közös leletformulán, ez sajnos számos félreértésre ad okot, kívánatos lenne csak a Bethesda-klasszifikációt használni.

Napjainkban egyre fontosabb szerepet kapnak a különböző molekuláris módszerekkel végzett HPV-kimutatások, mely vizsgálat során elkülöníthetők az alacsony és magas rizikójú vírustörzsek és ennek ismeretében precízebben és standard módon történhet a kezelés.

A molekuláris vizsgálatokat primer szűrésre nem érdemes alkalmazni, mivel elsősorban a fiatal korosztályban magas a vírushordozók aránya, a 30 százalékot is eléri, de csekély a malignus folyamatok előfordulásának valószínűsége, ezért pozitív citológiai lelet után érdemes a vírus tipizálása, illetve már conisatió után esetleg a HPV-típus meghatározása, illetve a relapsust a vírus DNS-megjelenése, mint a citológiai vizsgálat.

Különösen fontos az ún. ASCUS, ASC-H citológiai minősítést kapott betegeknek a vírus jelenlétének kimutatása, illetve kizárása, ugyanis ha a vírus nem mutatható ki, nem valószínű, hogy valódi dysplasticus folyamat áll fenn, leginkább gyulladás okozta sejtváltozásról lehet szó, mely nem igényel műtéti beavatkozást.

Összefoglalva, a korszerű cervixrákszűrés integráns része a vírustipizálás, melyet minden kóros, rákmegelőző állapotra gyanús esetben célszerű elvégezni.

E58 A budapesti HPV-Centrum másfél éves eredményei

Sobel Gábor, Paragi Péter, Ács Nándor, Pajor Attila
Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

2007. március 28-án Budapesten a Semmelweis Egyetem (SE) II. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján megnyílt hazánk első HPV-Centruma. A központ létrehozásában szerepet játszott, hogy új lehetőségek nyíltak a HPV-vírus kimutatásában, a vírusfertőzés leggyakoribb típusainak megelőzésében és a már kialakult fertőzés kezelésében, ezáltal a méhnyakrák, a szeméremtesti szemölcsök többségének, kisebb arányban a szájjüregi és fej-nyak daganatok megelőzésében. Szerzők célkitűzései között szerepelt, hogy komplex centrumot hozzanak létre, ahol nőgyógyászok, urológusok, szájsebészek szorosan együtt dolgozzanak a HPV-kimutatásában, a HPV okozta megbetegedések vizsgálatában és kezelésében, illetve kezelési terveket, ajánlásokat dolgozzanak ki.

A SE II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján működő HPV-Centrum több, mint másfél éves működése alatt szerzett tapasztalatokat, az eddig beállított kezelések eredményeit kívánják közölni. Céljuk továbbra is adatbázisuk növelése, a vizsgált betegek utánkövetése, kezelési elveik szükség szerinti változtatása. Előadásukban eddigi legújabb eredményeiket és tapasztalataikat mutatják be.

E59 Kezdeti tapasztalataink az office hiszteroszkópiával

Török Péter, Major Tamás
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

A hiszteroszkópia a nőgyógyászatban széles körben elterjedt endoszkópos módszer, mely a méhüregi elváltozások vizsgálatának gold standardja. Az első dokumentált vizsgálatot a XIX. század második felében végezték, azonban a mindennapi használata csak a múlt század utolsó évtizedeiben vált általánossá. Szerzők klinikáján bevezetett office hiszteroszkópia a hagyományos módszerhez képest abban hordoz új dolgot, hogy szükségtelenné válik a cervix traumatizálása, így a páciens altatása, illetve bentfekvése, obszervációja. A bevezetésre kerülő eszköz átmérőjéből adódóan nincs szükség a cervix tágítására, illetve legtöbb esetben a cervix megragadására, vongálására, ezért a vizsgálat anesztézia nélkül megoldható.

A vizsgálat javallatai igen széleskörűek. Az indikációt a gyakori panaszokként felmerülő vérzészavarok, a meddőségi kivizsgálás, a más képalkotó által felvetett méhüri elváltozások (polyp, submucosus myoma, adhesio), a méh fejlődési rendellenességei képezik.

A méhtükrözés ezen új változatát szerzők klinikáján a módszer betegbarát volta miatt kezdték el alkalmazni. A vizsgálatot az intézetben megjelent betegek ambuláns ellátás keretében végzik el. Az eszköz 2,7 mm-es átmérőjű optikából és 3,7 mm-es single flow tubusból áll. Disztendáló médiumként fiziológiás sóoldatot használnak. Az adatgyűjtés, a konzultációk és a különböző prezentációk szempontjából hasznos, hogy a látott képeket digitális formában rögzítik. A diagnosztizált és operálható méhüri patológiák ellátása már természetesen műtői körülmények között, anesztéziában zajlik.

Szerzők az eddig elvégzett több mint félszáz vizsgálat legérdekesebb eseteit mutatják be.

Céljuk a módszer bevezetésével ezen gyanított elváltozások kórismézése az anesztéziának és annak minden szövődményének mellőzésével. A vizsgálat gyorsan, járóbetegellátás keretein belül elvégezhető, így a páciensek compliance-ére is nagyobb mértékben számíthatunk. Ezáltal a hosszabb előkészületet és obszervációt igénylő hagyományos módszert már csak a valóban pozitív esetekben szükséges alkalmazni.

R4 Feasibility and construct validity of a novel Laparoscopic Skills Testing and Training (LASTT) model

Yves Van Belle, Carlos Roger Molinas and Rudi Campo
European Academy of Gynaecological Surgery, Leuven, Belgium

The apprentice-tutor model was useful for training surgeons during many years, but the complexity of surgical technology in the 21st Century, especially endoscopic surgery, has exponentially increased the demands on surgical education. Therefore, it has progressively been accepted that endoscopic surgery, demanding specific skills, should also be trained outside the operating theatre. Although many systems, including animal models and simulators, have been proposed, an

in-house structured and validated method for testing and training the laparoscopic skills and easily implemented them at any place is missing. We have developed a Laparoscopic Skills Testing and Training (LASTT) model and performed two studies for evaluating its feasibility and construct validity. In a first study, 10 experienced laparoscopists (EL) and 14 inexperienced laparoscopists (IL) performed 20-30 repetitions of five different exercises (E1: camera navigation; E2: camera navigation and instrument handling; E3: instrument handling and bimanual coordination; E4: intra-corporeal knot tying; and E5: stitching). The results demonstrated that the model is feasible for both testing and training the laparoscopic skills. Clear learning curves were observed for both the EL and the IL, with better scores for the former at both the beginning and the end of the study, proving the construct validity of the model. In a second study, a large scale testing was performed during Skill Evaluation Workshops organized by the European Academy of Gynaecological Surgery. 42 EL and 241 IL performed three consecutive repetitions of E1, E2 and E3, the EL achieving significantly better scores and confirming the construct validity of the model. In conclusion, our data suggest that a simple and cheap inanimate model can be easily implemented in all educational centres for continuous training and evaluation, which will facilitate the learning process in the operating theatre and preserve the apprentice-tutor model to the essential: to teach surgery.

