MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998

HÍRLEVÉL

VI. évf. 1. szám
2000. április

Kiadja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága
Felelős kiadó: *Dr. Szabó István* a MNET elnöke Főszerkesztő: *Dr. Gerő György* 06-28-470-640
Felelős szerkesztők: *Dr. Molnár-G. Béla* 06-62-432-243; *Dr. Nemes András* 06-76-416-283 *Dr. Sziller Péter* 06-1-365-0907

Társaságunk új elnöke
Prof. Dr. Szabó István

A 1999. október 8 -án hivatalba lépett Társaságunk új elnöke, **Prof. dr. Szabó István**, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának igazgatója, aki egyben a Magyar Nőorvos Társaság soros elnöke is.

A MNET Alapszabályának értelmében az elnököt a Társaság Közgyülése 3 évvel korábban választja meg.

A most hivatalba lépő elnök köszöntötte a tagságot, és a megválasztott új vezetőség tagjai közül titkárnak *dr. Bódis József* egyetemi magántanárt, a Baranya Megyei Kórház osztályvezetőjét kérte fel.

Az új elnök a magyar nőgyógyászati endoszkópia legelső nagy centrumából vezeti a következő három évben társaságunkat.

Hivatalba lépése alkalmá-ból a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága és a maga nevében tisztelettel gratulál és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőség

Tisztelt Kollégák, kedves Barátaim!

Mély megtiszteltetés számomra, hogy az Önök bizalmából a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának elnöke lehetek. A kapott bizalmat munkával szeretném meghálálni; az eddig is kiválóan működő Társaságot az újonnan megválasztott vezetőséggel együtt még jobbá, mindannyiunk számára még hasznosabbá kívánjuk tenni.

Terveinkben szerepel, hogy a jelentősebb nemzetközi kongresszusokon a Társaságot a vezetőség által delegált személy hivatalosan képviselje. Ezen túlmenően elhatároztuk, hogy az endoszkópia iránt elkötelezett fiatal (35 és alatti) kollégák nemzetközi kongresszusi részvételét támogatjuk. A támogatást évi két-három főben, aktív kongresszusi részvételben (első szerzős előadás, video, poszter) és a költségektől függően részvételi díj+szállásköltségben határoztuk meg. Törekszünk a hazai és külföldi társszakmák endoszkópos társaságaival történő hivatalos kapcsolatfelvételre is. Ez utóbbi kiemelten vonatkozik a magyarlakta területekre.

Elhatároztuk egy endoszkópos lap alapítását, mely elképzeléseink szerint, negyedévente jelenne meg. A lap jó lehetőséget teremtene folyamatos továbbképzésre. Mérvadó nemzetközi összefoglaló referátumokat jelentetnénk meg magyar fordításban és magyar kommentárral, továbbá az endoszkópiával és minimálisan invazív sebészeti módszerekkel foglalkozó kollégák publikációit. Természetesen a "Hírlevél" által felvállalt funkciókat is átvenné.

Az endoszkópos beavatkozások finanszírozási hátrányainak feltárása, valamint a megoldások keresése érdekében elhatároztuk un. konszenzus konferencia szervezését az OEP és a Társadalombiztosítás, valamint az Egészségügyi Minisztérium megfelelő szakembereivel közösen.

Az elmúlt időszakban kialakult az endoszkópia elméleti és gyakorlati oktatásának koncepciója, melyet a szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium is elfogadott. Ugyanakkor általános véleményként fogalmazódott meg, hogy különösen az operatív endoszkópia gyakorlati oktatása terén nem sikerült hatéko-ny nyan előre lépni. Ezért a Vezetőség létrehozott egy Oktatási Állandó Bizottságot, melynek feladata annak a koncepciónak a kidolgozása, mely szerint az operatív endoszkópos oktatásban meg kell teremteni az állatokon történő műtéttechnikai gyakorlatok, valamint a megfelelő záróvizsga lehetőségét. Az egész endoszkópos oktatást a posztgraduális képzés rendszerébe kívánjuk beépíteni. Tisztában vagyok azzal, hogy minden terv annyit ér, ami belőle megvalósul. Az is egyértelmű, hogy az Elnök irányította vezetőség csak katalizátora lehet a végzendő munkának, de valós sikert csak akkor tudunk elérni, ha minden tagtársunk lelkesen munkálkodik a közös cél érdekében. Éppen ezért ezúton is kérek minden kollégát, hogy ötleteivel, javaslataival, s nem utolsó sorban aktív tevékenységével járuljon hozzá a nőgyógyászati endoszkópia fejlődéséhez. Ehhez kívánok mindenkinek kitartást és sok sikert.

Prof. Dr. Szabó István
MNET elnöke

BESZÁMOLÓ a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának 1999. évi, VII. Kongresszusáról

A MNET VII. Kongresszusa 1999. október 8-9 között került megrendezésre a budapesti Közép-Európai Egyetem Konferencia Központjában. A Kongresszust a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (Kistarcsa) Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya a Pest megyét ellátó többi kórházi osztály együttműködésével szervezte.

Az ünnepélyes megnyitón köszöntőt mondtak a védnökök majd, Prof. Dr. Rákóczi István, a MNET leköszönő elnöke és Prof. Dr. Szabó István, a MNET hivatalba lépő elnöke.

A Magyarországon mostoha gyermeknek számító hiszteroszkópiát választottuk fő témának, amely a laparoszkópiához képest jelentős hátrányba került az évek során.

A tudományos program a hazánkban megszokottól eltérő módon zajlott. A felkért előadók nem a saját nézeteiket ismertették, hanem a szervezők által kiosztott szerep szerint érveltek. A négy témakörben 1-1 moderátor irányításával 1-1 "pro" és "kontra" előadás hangzott el. A vitavezető a közönséget a vita kezdetén, közben és végén is megszavaztatta egy szavazógép segítségével, ami a válaszokat azonnal összegezte és kivetítette, így nyomon követhető volt a vélemények változása. A kérdések a következők voltak: 1. Diagnosztikus hiszteroszkópia: ambuláns beavatkozás? 2. Vérzészavar: hiszteroszkópia vagy abrasio? 3. Méhszeptum: hiszteroszkópia vagy laparotómia? 4. Ismétlődő vérzészavar: endometrium abláció vagy hiszterectómia? Az elhangzottak nagy érdeklődést váltottak ki. A referálás újszerűsége a hallgatóság nagy részét az előadóteremben tartotta. A szakmai viták lényegéről a 4 moderátor (Dr. Barna István, Dr. Bacskó György, Dr. Bódis József, Dr. Molnár G. Béla) tolmácsolásában a Hírlevél tájékoztatni szándékozik az érdeklődőket.

Délután 17 nagyon érdekes előadás és 14 poszter mutatta be a laparoszkópia ill. a hiszteroszkópia mai helyzetét.

A szombati program első részében a műtősnők maguk szerveztek szekciót. Kovácsné Kummer Márta, a szekció elnöke által választott résztvevők színvonalas és érdekfeszítő előadásokat tartottak. Témák: *1. Abogyan mi kérnék* (játékos kérdőív segítségével végzett helyszíni felmérés adatainak ismertetése és megbeszélése). Vizkeleti Judit adta elő a műtősnői véleményeket arról, hogy ők a laparotómiát vagy a laparoszkópiát választanák-e, ha saját magukról lenne szó. *2. Ők hogyan csinálják?* (Hiszteroszkópia máshol és más szituációban.) Várkonyi Istvánné egy közkórházi nagyforgalmú endoszkópos centrumról, Dede Tünde egy magánkórházról és Furó János egy külföldi endoszkópos centrumról adott elő. *3. Abogyan minket oktatnak.* (Műtőben dolgozók képzése és továbbképzése) Vizvári László, az Egészségügyi Továbbképző Intézet nézetét, Bukodi Edit pedig a műtősnők véleményét ismertette.

Az utolsó részben új műszereket ismertettek gyártóik. A tudományos program mellett 37 kiállító termékeivel ismerkedhettek meg a kongresszus résztvevői (320 fő).

Este először a felújított Grassalkovics kastélyt csodálhattuk meg egy kis pezsgőzés után, majd az egyetem Amerigo Tot hatalmas domborművével díszített aulájában került sor az esti bankettre, melyet Dr. Gémesi György, Gödöllő város polgármestere és országgyűlési képviselője nyitott meg, Prof. Dr. Szabó István, a Társaság új elnöke és Dr. Gerő György, a házigazdák képviselője társaságában. A banketten részt vett Prof. Dr. Papp Zoltán, a Szakmai Kollégium elnöke is. A társasági program éjjel két óráig tartott.

A kongresszus ideje alatt került sor a MNET soron következő, tisztújító közgyűlésére. A tisztségviselők beszámolói után a közgyűlés néhány módosítást fogadott el a Társaság Alapszabályzatában. A közgyűlés ezután megválasztotta új vezetőségét. A most fellépő elnök a 3 évvel korábban megválasztott Prof. Dr. Szabó István lett. Úgynevezett "elected president"-nek, aki 3 év múlva lesz aktív elnök, a jelenlevők Dr. Gerő Györgyöt választották meg. A megválasztott új vezetőség tagjai (a lelépő, az aktív és végezetül a leendő elnökön kívül) a következők: Dr. Bacskó György, Dr. Bódis József, Dr. Drozgyik István, Dr. Forgács Vince, Dr. Fülöp Tamás, Prof. Dr. Gellén János, Dr. Inovay János, Dr. Lintner Ferenc, Dr. Molnár-G. Béla, Dr. Nemes András, Dr. Sziller Péter és Dr. Veszelovszky Iván. Kooptált tanácskozási jogú tag lesz még a műtősnők által később megválasztásra kerülő 1 fő is. Az Ellenőrző Bizottságba Dr. Barna István, Dr. Gács Ernő és Dr. Papp Gyula kerültek.

Szabó professzor úr a maga és az új vezetés nevében megköszönte a bizalmat és bejelentette, hogy főtitkárnak Dr. Bódis Józsefet kérte fel. Az elkövetkező három év teendőinek sikeres megvalósításához a tagság támogatását kérte.

Úgy érezzük, hogy a sikeres és élvezetes kongresszus a Társaság kongresszusi hagyományainak méltó folytatása volt.

Dr. Szabó László
a Szervező Bizottság titkára

A MNET VII. Kongresszusán elhangzott referátumok összefoglalói

Az 1999. októberi Kongresszuson a referátumokat a tudományos bizottság a szakma hazai rendezvényein eddig megszokott rendszertől eltérő módon szervezte.

A kérdés formájában megfogalmazott 4 témában egy-egy referáló a mellette szóló és az ellene szóló szempontokat gyűjtötte össze. A "pro" és "kontra" referálásokat kérdésenként egy moderátor volt hivatva keretbe foglalni, akik most közreadják gondolataikat.

1. téma: Diagnosticus hysteroscopia: ambuláns beavatkozás?

Moderátor: *dr. Barna István*
Mellette: *dr. Bánsági Gábor*
Ellene: *dr. Kneffel Pál*

Mindenek előtt szeretnék köszönetet mondani az illetékeseknek, azért a megtiszteltetésért, hogy a MNET VII. kongresszusán szerepet szántak szerény személyemnek, és moderátora lehettem az első interaktív -pro és kontra- referátumnak. Ezt követően pedig megköszönném a két előadónak Bánsági Gábornak és Kneffel Pálnak az adott kérdésre pro és kontra elhangzott összefogott beszámolóját.

Az "Ambuláns beavatkozás-e a hysterectomia?" témakörében az ajánlást Bánsági doktor képviselte. Amit elmondott és demonstrált, az hűen tükrözte azt, hogy Ő tőlünk nyugatról jött. A címben feltett kérdés részére már nem volt kérdés, Ő már azokat a részleteket próbálta megvilágítani, melyek a mindennapok gyakorlatában merülnek fel egy olyan közegben, ahol az adott beavatkozás, az egynapos sebészet, ezen túlmenően a minimal invaziv surgery már a valóság.

Kneffel Pál doktor tömören előadott mondanivalója a magyar valóságot tárta elénk, azt a helyzetet, amely vetülete annak, amelyben hazánkban az endoszkópia jelenleg leledzik. A lehetőségek józan felmérése, a legnagyobb biztonságot, a lehető legkisebb támadási felületet adni munkánk során. Az előadás végtelen jószándékkal, valójában az ellenérvek helyett az ambuláns endoszkópos eljárás feltételek és lehetőségek hiányára mutatott rá.

A kongresszus résztvevőinek hozzászólásaiból kiderült az is, hogy már magának az ambuláns hiszteroszkópiának a fogalmával is gondok vannak. Mit is jelenthet ez? Egy kórházban, egy kis műtőben, egy kórházhoz helyileg és szervezetileg integrált rendelőben, egy teljesen önálló, de a hiszteroszkópiára szoruló betegek ellátását szolgáló rendelőintézetben, vagy egy magánrendelőben? Az előbb felsorolt helyszínek más-más környezetet jelentenek, más-más hátteret biztosítanak és ha egyáltalán arra szükség van, különböző fokú biztonságot is jelentenek a beavatkozás részére. Nem került megvitatásra az ambuláns hiszteroszkópia aneszteziológiai igénye, továbbá az, hogy mi az előnye, mi a hátránya a kifejezetten ambuláns célokra kifejlesztett ultravékony hiszteroszkópnak, szén-dioxid vagy folyadék legyen a disztendáló közeg?!

A két előadást és a hozzászólásokat követő "gépi" szavazás részemre egyértelművé tette, hogy a magyar nőgyógyász társadalomban még mindig nincs a helyén sem a gyakorlat, de még a tudat szintjén sem a hiszteroszkópia, úgy általában, hát még egy diagnosztikus hiszteroszkópia a magánrendelőben. Az eljárás menetéről, annak igen egyszerű, könnyen kivitelezhető módjáról, veszélytelenségéről nem sikerült meggyőzni egyértelműen a magyar nőgyógyászoknak még azt a csoportját sem, akik az "endoszkopizáló" orvosok köréhez tartozónak tartják magukat. Kétségtelen tény, hogy a hiszteroszkópia korrekt kivitelezéséhez szükséges eszközök nem olcsók. Az optika, a védőcső, a fényforrás és a kábel - a kisméretű kamera és videorendszer, a szükséges dokumentáló tecnnikával (videorecorder, printer, digitális rögzítés, stb.) a csillagos egekig képes a kiadások összegét emelni. Az igazsághoz azonban hozzátartozik az a tény, hogy a kezdeti lépésekhez elég egy vékony optika, egy védőcső, a fény-forrás és a fénykábel, ez pedig már elviselhető anyagi terhet jelent. A disztensióhoz elég egy magasra emelt infuziós folyadék, és a gravitáció a többit elvégzi ... és így tovább. Úgy gondolom, hogy a diagnosztikus hiszteroszkópia elterjedésének akadálya elsősorban a gondolkodásban rejlik.

Úgy tűnik nincs igény rá. Mi lehet ennek az oka? Talán az indikációknak talán a nyerhető információk értékének, talán az eljárás veszélytelenségének nem ismerése.

Dr. Barna István

2. téma: Vérzészavar: hysteroscopia vagy curettage?

Moderátor: *dr. Bacskó György*
Hysteroscopia: *dr. Nemes András*
Curettage: *dr. Sziller Péter*

Régi, gyakran vitatott kérdés a tradicionális nőgyógyászat és az endoszkópos technika hívei között, hogy a vérzészavarok diagnosztikájában a hysteroscopiáé-e az elsődleges szerep az abrasioval szemben?

A hysteroscopia művelőinek nevében Nemes András mutatta be az endoszkópos módszert. Legelsők között említve azt a tagadhatlan előnyt, hogy vizuális információt nyerünk a méh belsejéről, míg curettage során vakon dolgozunk, legfeljebb egy-egy submucosus myomagócot tapinthat kanalával a gyakorlott operatőr. A célzott mintavétel lehetősége ugrásszerűen javítja a kórszövettani vizsgálatra küldött anyagban a kóros/normál szövet tömegének arányát, ami a helyes diagnózis felállításához kardinális fontosságú.

A hysteroscopia fent említett sajátságánál fogva álnegatív leletek nem vagy csak alig fordulhatnak elő, míg az abrasioval nyert mintából megállapított histológiai lelet nem biztos, hogy tükrözi a valós állapotot. A méhkaparás szenzitivitása csak 50-60% körül van, míg a hysteroscopos anyagvételé megközelíti a 100%-ot. Néhány szép videofelvétellel illusztrálta azokat a helyzeteket, amikor a korábban végzett curettage után röviddel elvégzett hysteroscopia segítette a helyes diagnózishoz.

Sziller Péter a klasszikus curettage-t vette védelmébe. Bevezetőben rámutatott, hogy nem szabad elfeledkeznünk azokról a nem invazív lehetőségekről sem (TVS, sonohysterographia, MRI) amelyek segíteneka morfológiai eltérések verifikálásában. Fiatal nőbetegek funkcionális vérzészavaránál negatív TVS esetén túlzás az invazív hysteroscopiához fordulni, nyugodtan el lehet kezdeni a konzervatív therápiát histológiai eredmény nélkül is.

A curettage legfőbb előnye az elterjedtsége, így a mindennapi gyakorlat számára elérhető minden (!) osztály és nőgyógyász számára. Ezzel szemben a hysteroscopia költséges mulatság, nem engedheti meg magának csak néhány osztály hazánkban. Egy budapesti felmérést alapul véve azt a következtetést vonta le, ahol van is műszer, ott is csak kis számban végeznek vizsgálatokat ami a találati biztonság rovására megy illetve emiatt nehéz az oktatás is.

Több közleményből kiderül, hogy a vérzészavar miatt végzett hysteroscopiák 30-60%-ban negativ eredménnyel zárulnak, azaz feleslegesen végeztük!

A disztendáló technikákból adódóan újabb veszélyeknek tesszük ki a beteget: gázembólia, TUR syndroma, endometriális fragmentumok elsodródás canalicularisan vagy haematogen úton.

A vita résztvevői és a hallgatóság számára lassan kibontakozott az "arany középút". Amennyiben ultrahangvizsgálattal igazoltan homogén az endometrium, fokális eltérés nélkül, megelégedhetünk méhkaparással (különösen, ha nem áll rendelkezésre más módszer). Ha az előzetes ultrahangvizsgálat ettől eltérő képet mutat, illetve egy éven belül már történt abrasio vagy a korábbi konzervatív therápia eredménytelen volt, el kell végezni a hysteroscopiát vagy a beteget olyan intézetbe kell utalni, ahol erre lehetőség van.

Dr. Bacskó György

3. téma: Uterus septum: hysteroscopia vagy laparotomia?

Moderátor: *dr. Bódis József*
Mellette: *dr. Drozgyik István*
Ellene: *dr. Szendei György*

Az uterus-septum kialakulásának patomechanizmusa és klinikai jelentőségének felvázolása után megszavaztattam a hallgatóságot arról, hogy a saját intézetükben a septumok megoldására milyen módszereket alkalmaznak? A szavazás eredménye szerint a jelenlévők intézeteinek 20%-ában hysteroscopiával végeznek septum resectiót, 30%-ában egyik módszer sem áll rendelkezésre.

Drozgyik dr. tömören összefoglalata a hysteroscopos módszer előnyeit és esetleges szövődményeit. Kihangsúlyozta azt, hogy hazánkban nem élünk megfelelő módon a módszer adta lehetőségekkel, a lényegesen kisebb invazivitással, a rövid műtéti és intézeti bentfekvési idővel, az uterusfal megmaradó integritásával, az igen alacsony szövődmény-rátával. Szendei dr. hasonló tömörséggel fogalmazta meg a laparotomiával végzett septum-műtétek módszereit és előnyeit, kihangsúlyozva a hysteroscopos septum resectio szövetdestrukciót okozó voltát, mely gyakran vezethet uterus rupturához.

A referátumok elhangzása után a hallgatóság szavazott arról, hogy melyik módszert választaná a diagnosztizált uterus septum megoldására. A jelenlevők csaknem 84%-a választaná a hysteroscopos módszert a méhsövény kezelésére, s csupán 16% részesítené előnyben a laparotomiás megoldást.

A vitában felmerült, hogy hysteroscopia során septum resectiot, vagy septotomiát kell végezni. A válaszok egyértelműen a septum resectiót helyezték előtérbe. Több hozzászóló hangsúlyozta a korrekt diagnosztika fontosságát, mely a laparoscopiát is magába foglalja, hiszen csak pontos diagnózis alapján

folytatás az 5. oldalon

3. téma: Uterus septum: hysteroscopia vagy laparotomia?

folytatás a 4. oldalról

dönthető el, hogy melyik operatív út járható, ill. előnyös a beteg szempontjából. A vita során több alkalommal is felmerült a kérdés, hogy a diagnosztizált septum vajon egyben műtéti indikációt is jelent? A vélemények nem voltak egységesek, mert vannak intézetek, ahol a diagnosztizált septumot a diagnosztikus beavatkozással "együlésben" operálják, s vannak olyan intézetek is, ahol csak habituális vetélőknél végzik el a műtétet. Az asszisztált reprodukciós technikák vonatkozásában konszenzus alakult ki mind a diagnosztika, mind a terápia tekintetében. Vita alakult ki a hysteroscopia "ambulanter" módon történő végzésével kapcsolatban. A vélemények egyik csoportja a hysteroscopia műtéti hátterét hangsúlyozta, a másik nézet ezt nem tartotta fontosnak a diagnosztikus hysteroscopiával kapcsolatban.

Összefoglalásként a vitában kikristályosodott az a vélemény, mely szerint a jól működő intézetekben mindkét lehetőség rendelkezésre áll, s mindkét módszert szakszerűen alkalmazzák az anatómiai szituáció és a beteg igényeinek messzemenő figyelembe vételével.

Dr. Bódis József

4. téma: Ismétlődő vérzészavar: endometrium ablatio vagy hysterectomia?

Moderátor: *dr. Molnár -G. Béla*
Endometrium ablatio: *dr. Fülöp Tamás*
Hysterectomia: *dr. Lintner Ferenc*

A kérdés aktualitását az a tény adta, hogy világszerte, s így Magyarországon is igen nagy számban végzünk hysterectomiát dysfunctionális méhvérzés miatt. A nemzetközi szakirodalomból azt is tudjuk, hogy az így eltávolított uterusok kb. 50%-ban nem mutatnak olyan szövettani eltérést, mely indokolta a méh teljes eltávolítását. Ismert tény az is, hogy a vérzészavarokért felelős folyamatok többsége a méhnyálkahártyában zajlik, így valóban logikusnak tűnik csak a nyálkahártya eltávolítása, megkímélve a beteget egy nagyobb megterhelést jelentő műtéttől. Örvendetes tény az is, hogy az operatív hysteroscopos beavatkozások száma, ha lassan is, de egyre inkább emelkedőben van, s ennek oka, hogy újabb kórházi osztályok is felvették műtéti repertoárjukba ezt az új technikát. Mindezek a tények vezettek ahhoz, hogy a MNET VII. Kongresszusának Tudományos Bizottsága az "Ismétlődő vérzészavar: endometrium ablatio vagy hysterectomia?" témát napirendre tűzte. A "teltház" előtt elhangzott referátumok a hallgatóság aktív érdeklődését váltották ki, melyet segített az interaktív előadásforma is.

Fülöp dr. nemcsak a "hagyományos", resectoscoppal végzett endometrium eltávolítás módszerét ismertette, de hangsúlyt fektetett előadásában az endometrium ablatio alternatív módszereire is. Megállapítható volt, hogy endometrium ablatiós módszerként a legszélesebb indikációs területtel továbbra is a resectoscop alkalmazható. Hátránya kétségtelenül az, hogy használata speciális jártasságot igényel, alkalmazásának elsajátítása pedig kellő kitartást követel az operatőrtől, s az átlagosnál talán több manualitást is feltételez. Az újabb módszerek bár szűkebb indikációs területen, de mégis azért alkalmazhatóak széles körben, mert használatuk elsajátítása egyszerűbb. Terápiás effektusuk hasonló a resectoscopéhoz, biztonságosak, így kevésbé gyakorlott kézben sem emelkedik meg a műtéti szövődmények száma. Megjegyzendő, hogy mindegyikük speciális alapegységet igényel, mely ellentétben a nagyfrekvenciás generátorral, másra nem használható, így a műtéti költségek magasabbak.

Lintner dr. mindenre kiterjedő, alapos összefoglalását adta annak, hogy milyen jelentős szerepe van még napjainkban is a hysterectomiának. Az új műtéti technikák, a jó minőségű varróanyagok, a korai mobilizálás lecsökkentették a hospitalizációs időbeni különbséget a két eljárás között. Valószínűleg mindig is megmarad a hysterectomia azon előnye, hogy végleges megoldást ad a dysfunctionális méhvérzésre, egyszerűbb és biztonságosabb utána a hormonpótló kezelés alkalmazása, kisebb a valószínűsége az esetleges malignus folyamatok kialakulásának, illetve rejtve maradásának.

Megjegyzendő azonban, hogy az a lelki teher, amit egy nemi szerv eltávolítása jelent a beteg számára nehezen kiküszöbölhető, valamint a kismedence anatómiájában bekövetkező változás és annak esetleges késői következményei is mindig a hysterectomia hátrányaként lesznek felsorolhatóak.

Az elhangzott kiváló előadások üzenete úgy foglalható össze, hogy az endometrium ablatio és a hysterectomia nem egymást helyettesítő műtéti eljárások még a dysfunctionális méhvérzés terápiájában sem. A két műtéti megközelítés saját indikációs körrel rendelkezik. Ezen indikációs körök között napjainkban még nagy az átfedés, sőt rosszmájúan mondhatnánk azt is, hogy kissé kaleidoszkopikus, de a színek az idővel egyre inkább kitisztulnak majd.

Dr. Molnár-G. Béla

MŰTŐSNŐI HÍRMONDÓ

A műtősnők képviseletében

Szeretettel és tisztelettel köszöntöm a Hírlevél olvasóit.

Örömmel adom hírül, hogy a MNET vezetőségének határozata alapján a Társaság 16 műtősnőjének többségi szavazata alapján engem ért az a megtisztelő feladat, hogy képviseljem Őket a vezetőséghez kooptált műtősnőként. Ezúton szeretnék köszönetet mondani mindazon kollégáknak, akik ezzel a nemes gesztussal is elismerték a műtősnők odaadó munkáját.

Magamról pár szót - nevem: Borsos Andrásné született: Magasföldi Éva.

Jelenleg a Rókus Kórház Szülészet-Nőgyógyászat műtősnőjeként dolgozom Dr. Demeter János vezetésével.

Pályámat a MÁV Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztályán kezdtem, szülésznőként. Itt dolgoztam 6 évig. Innen kerültem a Schöpf-Mérei Ágost Kórház szülészet-nőgyógyászati műtőjébe, itt lettem műtősnő és itt dolgoztam 8 évig.

Ezután a HIETE szülészet-nőgyógyászati műtőjében dolgoztam 4 évig. Aktív szereplője voltam az itt rendezett laparoszkópos tanfolyamok lebonyolításának. Ezidőben a hiszteroszkópos tanfolyamot is elvégeztem a Szent Imre kórházban.

Remélem nem okozok csalódást, és még több segítséget tudok nyújtani a mindennapi munka során, egy nyitottabb közlési csatorna, egy erős középkáderi csapat létrehozásával.

Terveimről, tevékenységemről folyamatosan adok tájékoztatást a Hírlevél későbbi számaiban.

Borsos Andrásné
Főműtősnő

Műtősnői szekciót szerveztem

Amikor a MNET a VII. Kongresszus szervezési jogát osztályunknak ítélte oda, akkor vállaltam el a nőgyógyászati osztály részlegvezető műtősnőjeként a Műtősnői szekció szervezését, levezetését.

A kezdeti bizonytalanságok után az orvos szervezők határtalan lelkesedése mindannyiunkat megragadott. Néhány beszélgetést követően már tudtam, hogy mit akarok és sejtettem, mik a lehetőségeim. Így született meg több önálló témakörből álló program-tervezetünk, amelynek ezt a címet adtuk: "ÍGY CSINÁLJUK MI! - ÉS TI?"

Első témánk: "AHOGYAN MI KÉRNÉNK!". Egy általunk szerkesztett játékos kérdőíven tudakoltuk meg növendékeink véleményét, hogyha nekik extrauterin graviditásuk, torqualódott vagy dermoid cysta lenne, laparotómiát vagy laparoszkópiát választanának e műtéti megoldásként a saját osztályuk felszereltségét és munkatársaik felkészültségét is figyelembe véve. A kapott válaszokat ismertette *Vízkeleti Judit*, a Fővárosi Bajcsy-Zsilinszki Kórház főműtősnője és vezette a vitát a hagyományos és az endoszkópos tábor között, keresve a miérteket az alábbi eredményekhez.

Extrauterin graviditás

Laparotómia	10%
Laparoszkópia	60%

Kocsánycsavarodott cysta

Laparotómia	25%
Laparoszkópia	46%

Dermoid cysta

Laparotómia	40%
Laparoszkópia	31%

Második napirendi pontunk: "ŐK HOGYAN CSINÁLJÁK?" - Hiszteroszkópia máshol, más szituációkban. Erről az egyre inkább elismert és alkalmazott műtétről hallhattunk néhány mondatot és statisztikai adatot *Borsos Andrásné*tól, a Szent Rókus Kórház főműtősnőjétől. (Ő az, akit a MNET műtősnői közül a vezetőségbe tanácskozási taggá választottunk.)

Várkonyi Istvánné, a Szent Imre Kóráz főműtősnője osztotta meg ve-lünk ismereteit az eljárás során hasz-nálatos eszközökkel és ezek hibale-hetőségeikkel kapcsolatban. Tehette mindezt hitelesen, hiszen országszer-te náluk végzik a legtöbb ilyen mű-tétet.

Fúró János külföldi munkavállalása során Németországban szerzet információit adta át nekünk egy egészen más körülmények között működő, más felépítésű egészségügyi intézményrendszert tárt elénk.

*Dede Tündé*től egy hazai magánkórházi mentalitású munkamorált ismerhettünk meg, s egy kicsit irígykedve hallgattuk az álltaluk használt eszközök, műszerek nyújtotta lehetőségeket.

Előadásaikat mindannyian szemléletes diaképekkel illusztrálták.

Harmadik témakörünk - "AHOGYAN MINKET OKTATNAK" - válltotta ki a hallgatóság legnagyobb aktivitását. Úgy gondolom, hogy ebben a témakörben a legnagyobb az információhiány. *Mihály Edit*, a Jávorszky Ödön Kórház központi műtőjének vezető asszisztense indította el a végtelennek tűnő kérdések sokaságát. *Vízvári László*, az Egészségügyi Továbbképző Intézet igazgatóját ostromoltuk a képzéssel és továbbképzésekkel nagyon elégedetlenül. Válaszaiból kiderült, hogy intézménye csak útmutatást és pályázatok elnyerése kapcsán tud valamennyi kevéske pénzt fordítani eme égetően fontos feladatra. Itt tudtuk meg, hogy a műtősnőkkel szembeni elvárás az, hogy 5 évente 100 creditpontot gyűjtsenek, aminek felét a szakmában végzett folyamatos munka adja. A maradék 50 pontból most 6 pontot az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet megítélt a megjelenteknek.

Jó lenne egyre több ilyen továbbképzést szervezni, de én már megtapasztaltam, hogy ez egy instrumentáló műtősnő számára igen nagy feladat még akkor is, ha munkámban kolleganőim, kollegáim támogatását is élvezhettem. Mégis azt mondom, próbáljátok meg Ti is! Tapasztalataimat szívesen megosztom Veletek.

Kovácsné Kummer Márta
Flór Ferenc Kórház,
Szülészet-Nőgyógyászat

BESZÉLGETÉS Prof. Dr. Pál Attilával, a SZOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika tanszékvezető egyetemi tanárával

Professzor úr ön 1999. július 1-óta áll a SZOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika élén. Melyek voltak az első intézkedései?

Az intézkedések többirányúak voltak. A betegellátási rendszer megváltoztatását tartottam a legfontosabbnak. Azt, hogy maximálisan tiszteljük a beteg idejét, feleslegesen ne fektessük be a klinikára, ne foglaljon feleslegesen ágyat. Ennek megfelelően bevezettük az ambulanter presentiát, a betegek teljesen kivizsgálva érkeznek. A "kisműtétek": abrasio, interruptio, conisatio, plasztika, laparoscopos beavatkozások, endoscopos beavatkozások úgy kerülnek felvételre, hogy a műtét napján jönnek reggel, és még aznap műtőasztalra kerülnek. A "nagyműtétre" váró betegek késő délután érkeznek a klinikára, természetesen teljesen kivizsgálva, és másnap mindjárt műtétre is kerülnek. Na most, még ami nagyon fontos, és eddig nem ment rendszeresen, hogy létre hoztunk egy anaesthesiológiai ambulanciát, ahol a beteg azzal az anaesthesiológusal találkozik, aki majd altatja, tehát már előtte ismeri a beteget.

Nyilvánvalóan a betegek hazamenetelének rendje is változik, amennyire csak lehetséges, törekszünk az egynapos sebészet bevezetésére és minél szélesebb kiterjesztésére. Nagy műtéteket követően, amikor a beteg jól érzi magát, hasa lobmentes, bélműködése beindult, tehát a harmadik-negyedik nap után, ha akarja, hazaengedjük otthonába. Természetesen ez a szegediekre illetve a Szeged környékiekre vonatkozik. Ez a betegellátásban a legfontosabb változtatás véleményem szerint. Amit fontosnak tartottam még: a klinika PR-jának az alakítása. Ennek megfelelően minden szinten támogattam amennyire csak lehet, hogy a kollégák a profiljukat megismertessék a nagyközönséggel, a betegekkel. Ennek megfelelően tv szereplések, rádiószereplések voltak, újságcikkek jelentek meg. Úgy gondolom, minden ilyen tevékenységet támogatni kell, hiszen akármelyik kolléga dolgozik jól, fejleszt fel egy profilt, ez az egész klinika tevékenységét és betegforgalmát is növeli. Az én koncepcióm szerint a betegekben ne az alakuljon ki, hogy XY doktorhoz jönnek, hanem az, hogy a Női Klinikára. Minden témában tehát lehetőség szerint azt kiemelni, hogy a Női Klinikán milyen magasszintű betegellátó tevékenység folyik. Persze az nem igaz, hogy nem személyhez kötődnek a profilok, persze hogy személyhez kötődnek, de a személy mellett az intézménynek a létét és működését kell véleményem szerint kiemelni.

Lényegesnek gondoltam az oktatás korszerűsítését, egyesítését. Fontos, hogy a hallgatók minél kényelmesebb körülmények között (háromnapos szülőszobai gyakorlat) minél több gyakorlati ismeretre tegyenek szert.

Nagyon fontosnak tartottam az egészségügyi személyzet magatartásának egymáshoz való viszonyának megváltoztatását, s ennek alapján a klinika megítélésének megváltoztatását.

Hogyan látja professzor úr az endoscopia nőgyógyászati ellátásban betöltött szerepét?

Nagyon fontosnak tartom. Maradjunk csak a mi régiónkban. Én úgy érzem, hogy azok a lehetőségek, amelyek az endoscopiában rejlenek nincsenek kellőképpen kihasználva. Az utóbbi időben az a tendencia, hogy minden beteg a megfelelő időben megkapja a megfelelő korrekt ellátást, kezd erősödni, de még nagyon-nagyon messze vagyunk attól, hogy minden indokolt esetben elvégezzük az endoscopiát. Egyetlen dologra célzom csak, ahol minél inkább igyekszünk alkalmazni, ez a sterilitásos betegek kivizsgálása, ez egyszerűen nem terjedt el kellő mértékben véleményem szerint.

Hogyan ítéli meg professzor úr a hysteroscopia illetve az ultrahang szerepét a sterilitás kivizsgálásában? Melyik élvezzen prioritást? Gondolok itt a folyadékfeltöltés mellett végzett ultrahang vizsgálatokra is.

Én, amióta csak dolgozom, elsősorban ultrahang vizsgálatokkal foglalkozom, tehát nyilvánvalóan egy kicsit elfogult vagyok az ultrahanggal kapcsolatban, de azt mondom, hogy a sterilitás kivizsgálása során én elsősorban az endoscopiát választanám, mivel sokkal pontosabb diagnózist ad.

Egyetértene-e professzor úr a MNET azon törekvésével, miszerint az endoscopos jártasság igazolását, hasonlóan az ultrahang vizsgálatok területén már bevezetettekhez, egy leckekönyvhöz illetve vizsgához kösse?

Azt, hogy ezt egy bizonyos jártassághoz kösse, mindenképpen indokoltnak tartom, hiszen azért az egy meglehetősen nagy merészség, hogy aki akármelyik kórházból elvégez egy kétnapos tanfolyamot, és onnantól kezdve elvileg ő papíron mindenfajta kontroll és ellenőrzés nélkül a saját kórházában annyi endoscopos beavatkozást csinál, amennyit csak akar. Mondok egy ellenpéldát. Van több intézet viszont, ahol nagyszámban végeznek endoscopiát, és így más a felkészültsége annak a kollégának, aki kontroll mellett, segítséggel már x számú beavatkozást elvégzett. Ezeknek a kollégáknak a jártasság igazolását minél hamarabb biztosítani kellene.

Felmerült egy ötlet, miszerint az endoscopiában való jártasságot szakvizsga követelményként kellene állítanunk. Professzor úr hogy látja: szerezze meg mindenki ezt a jártasságot még a szakvizsga előtt, vagy maradjon az endoscopia speciális terület, s a benne való jártasság megszerzését is halasszuk a szakvizsga utáni időszakra?

Azt gondolom, hogy nagyon fontos az országnak, hogy minél jobban felkészült szakorvosai legyenek. Az, hogy valakinek szakorvosi bizonyítvány van a kezében, szerintem azt kell, hogy jelentse, hogy mindenfajta tevékenységhez valamilyen szinten értenie kell. Tehát helyesebbnek tartanám, hogy a szakvizsga megszerzéséhez már bizonyos endoscopos jártasságot is szereznének a szakorvos jelöltek.

Köszönöm a beszélgetést.

Dr. Molnár-G. Béla

BESZÁMOLÓ

MNET 1999. december 2-i budapesti vezetőségi üléséről

A MNET Vezetősége 1999. 12. 02-án 12.30-kor Budapesten a Szent Imre Kórház Konzultációs termében tartotta vezetőségi ülését.

Dr. Gerő György a MNET VII. Kongresszusa Szervező Bizottságának elnöke beszámolt az 1999 október 8-9-én Budapesten a CEU Konferencia Központban rendezett kongresszus lebonyolításáról és a tapasztalatokról. A rendezvény regisztrált résztvevőinek száma - a kiállítókat nem számítva - 320 fő volt. Fő téma a napjainkig mostoha sorsú hiszteroszkópia volt, melynek keretében "Pro-Kontra" jellegű referátumok hangzottak el és a résztvevők interaktív bevonása érdekében az előadótermet szavazógéppel is felszerelték. A referátumok újszerű megrendezése kedvező visszhangra talált a hallgatóság körében. Kiemelkedően sikerült a műtősnői szekció, kérdőíves véleménykutatással, érdekes előadásokkal és vitákkal. A szervezők a nagyszámú kiállító-szponzor részvételét a program lényegi részének tekintették. Ennek megfelelően szerveztek egy olyan szimpóziumot, amely szakmai indokból kiemelt néhány cég előadásából állt. A társasági programok igen kellemes hangulatban teltek, s jelentősen hozzájárultak a kongresszus sikeréhez. A programba illeszkedett a MNET Közgyűlése, mely egyben tisztújító is volt. A Társaság új vezetőségének névsora:

Elnök: **Prof. Szabó István**
Megválasztott elnök: Gerő György
Leköszönt elnök: Prof.Rákóczi István
Főtitkár: Bódis József
Tagok: Bacskó György
Drozgyik István
Forgács Vince
Fülöp Tamás
Prof. Gellén János
Inovay János
Lintner Ferenc
Molnár-G. Béla
Nemes András
Sziller Péter
Veszelovszky Iván
Ellenőrző bizottság:
Barna István
Gács Ernő
Papp Gyula

A Vezetőség a kongresszust igen sikeresnek és hasznosnak értékelte. Az újszerű prezentációs módszerek megmozgatták a jelenlévőket és igen érdekes vitákat provokáltak. Szabó professzor úr, a Társaság elnöke ismételten megköszönte Gerő főorvosnak és munkatársainak az igen eredményes szervezőmunkát és a vendégszeretetet.

A feladatok elosztása során a Vezetőség megállapította, hogy a Hírlevél mind megjelenési formájában, mind tartalmában tökéletesen megfelel a Társaság igényeinek, ezért a Vezetőség az elkövetkező időszakra megbízza a korábbi szerkesztő gárdát a munka folytatásával. *A Hírlevél főszerkesztője:* Dr. Gerő György, *szerkesztők:* Dr. Molnár-G. Béla, Dr. Nemes András és Dr. Sziller Péter.

Az elmúlt időszakban kialakult az endoszkópia elméleti és gyakorlati oktatásának koncepciója, melyet a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium is elfogadott. Ugyanakkor általános véleményként fogalmazódott meg, hogy különösen az operatív endoszkópia gyakorlati oktatása terén nem sikerült hatékonyan előre lépni. Ezért a Vezetőség létrehoz egy Oktatási Állandó Bizottságot, melynek feladata annak a koncepciónak a kidolgozása, mely szerint az operatív endoszkópos oktatásban meg kell teremteni az állatokon történő műtéttechnikai gyakorlatok, valamint a megfelelő záróvizsga lehetőségét. Az egész endoszkópos oktatást a posztgraduális képzés rendszerébe kívánjuk beépíteni.

Az OÁB tagjai: Bacskó György, Bódis József, Drozgyik István, Fülöp Tamás, Prof. Gellén János, Molnár-G. Béla, Lintner Ferenc, Sziller Péter

Prof. Rákóczi István beszámolt az ISGE 2000 szervezésének jelenlegi állásáról. A beszámolóból kiderült, hogy a program a főtémák, a referátumok és az élő műtétek vonatkozásában összeállt. Folyamatban vannak a felkérések a referátumokra. Néhány témára ugyanakkor még nincs végleges előadó. Ezzel kapcsolatban kérte a Vezetőség segítségét.

A Főtitkár kérésére a Vezetőség egyetértett azzal, hogy a vezetőségi ülésekről ne készüljön szó szerinti jegyzőkönyv, hanem csak "Emlékeztető", melyet az Elnök aláírásával hitelesít. Ugyanakkor a Vezetőség megbízta a Főtitkárt azzal, hogy az emlékeztető anyagát a Magyar Nőorvosok Lapjában és a Hírlevélben jelentesse meg. Ugyancsak felmerült annak igénye, hogy ez az anyag az Endoscopia című lapban is megjelenjen. Ez utóbbiban a Vezetőség nem döntött.

A Storz cég képviselője, Borbás István megkereste a társaság Elnökét azzal az igénnyel, hogy a kongresszusi rendezvények kapcsán velük kapcsolatban felmerült problémákat tisztázandó, szeretne vezetőségi ülésen megjelenni és a cég üzletpolitikájáról beszámolni. A Vezetőség magáévá tette az Elnök Úr javaslatát, mely szerint eleget teszünk Borbás István kérésének, ugyanakkor valamennyi más, endoszkópiában érdekelt cég számára is biztosítani kell ugyanezt a lehetőséget.

Szabó professzor úr javaslatát a fiatal (35 év alatti) kollégák nemzetközi kongresszusi támogatásáról a Vezetőség elfogadta. A támogatást évi két-három főben, aktív kongresszusi részvételben (első szerzős előadás, video, poszter) és a költségektől függően részvételi díj + szállásköltségben határozta meg.

A könnyebb kapcsolattartás érdekében a főtitkár kérte, hogy a Vezetőségi tagok juttassák el hozzá e-mail-jeiket. A kérés kapcsán felmerült, hogy a Társaság létesítsen Internet-es hon-lapot. Tekintettel arra, hogy a hon-lap létesítése 100 ezer Ft-ba kerülne, a fenntartása pedig havi 5-6 ezer Ft-ba, a kérdéssel kapcsolatban egyelőre döntés nem született.

Tekintettel Pécs speciális földrajzi elhelyezkedésére és az esetlegesen ebből eredő utazási nehézségekre, az Elnök és a Főtitkár szükségesnek tartotta a vezetőségi ülések helyszínének és időpontjainak közös meghatározását. A rendes vezetőségi ülések helyszíne a következőkben Pécs lesz. Az időpontja péntek 11.00 óra. Természetesen szükség esetén ad hoc vezetőségi ülés tartható egy-egy országos rendezvényhez kapcsolódóan is.

A Vezetőség felhatalmazta az Elnököt és a Főtitkárt a hazai és külföldi társszakmák endoszkópos társaságaival történő hivatalos kapcsolatfelvételre. Ez utóbbi kiemelten vonatkozik a magyarlakta területekre.

Dr. Bódis József
MNET főtitkára

BESZÁMOLÓ

MNET 2000. február 25-i pécsi vezetőségi üléséről

A vezetőségi ülés a meghívóban jelzett napirendi pontok szerint zajlott le:

1. Az előző ciklus folyó-, pénzügyi és adminisztratív ügyeinek átadása - átvétele.

Sziller Péter beszámolt a legutóbbi közgyűlésen hozott határozatokról. Az alapszabályzatot érintő döntéseket jogásznak kell rendeznie és előkészítenie azok bírósági bejegyzését. Nemes András javasolta az elmúlt 10 év gazdálkodásának és könyvelésének szakember általi átvizsgálását, s a vizsgálat eredményéről készített jelentés vezetőség általi megtárgyalását, valamint a teljes időszak ilyetén lezárását. A javaslatot a vezetőség egyhangúlag elfogadta.

Nemes András ugyancsak javasolta a könyvelői tevékenység évi 25 000 Ft-os javadalmazását, valamint az elmúlt négy éves periódus könyvelői munkájának visszamenőleges hatályú, 100 000 Ft-os kifizetését. (Ugyanis a könyvelésért ezidáig díjfizetés nem volt.) A vezetőség az évi 25 ezer Ft-os díjat egyhangúlag jóváhagyta, ugyanakkor a visszamenőleges munkadíjkifizetést többen aggályosnak találták. Hosszas vita után az a megegyezés született, hogy a 10 éves periódus anyagának átvizsgálására kérjük fel a könyvelőt, s munkáját díjazzuk a javasolt összeggel.

2. Nemzetközi kongresszusokon történő MNT képviselet megbeszélése.

Szabó professzor úr javasolta a vezetőségnek annak megfontolását, hogy a jelentősebb nemzetközi kongresszusokon a Társaságot a vezetőség által delegált személy képviselje hivatalosan. A vezetőség a javaslatot egyhangúlag elfogadta. Ugyancsak elfogadta azt a javaslatot, hogy az Ausztráliában rendezendő endoszkópos kongresszuson a MNET -et Prof. Rákóczi István képviselje, repülőjegyének költségét (250 000 Ft) az augusztusban rendezendő nemzetközi kongresszus terhére rendezzék.

3. Oktatási programok beindítása, összehangolása

A vezetőség egyetértett a főtitkár azon javaslatával, hogy a jelenleg különböző helyeken a korábbi évek gyakorlatának megfelelően kialakult oktatási programokat be kell gyűjteni és azokra építve kell kialakítani a MNET oktatási programját.

4. Egyebek

Szabó professzor úr javasolta egy endoszkópos lap alapítását, mely elképzelései szerint negyedévente jelenne meg. A lap jó lehetőséget teremtene folyamatos továbbképzésre mérvadó nemzetközi dolgozatok magyarra fordításával és magyar kommentárral, az endoszkópiával és minimálisan invaziv sebészeti módszerekkel foglalkozó kollégák publikációira, továbbá a "Hírlevél" által felvállalt funkciókat is átvehetné. - A vezetőség az elképzelést teljes mértékben magáévá tette, s javasolta, hogy más szakmában endoszkópiával foglalkozó kollégák (sebészek, urológusok, stb.) ne legyenek kizárva az aktív közreműködésből. A vezetőség a koncepció konkrét kidolgozásával, a lehetőségek (finanszírozás) felmérésével megbízta a társaság elnökét és főtitkárát.

Az endoszkópos beavatkozások finanszírozási hátrányainak feltárása, valamint a megoldások keresése érdekében a főtitkár javasolta un. konszenzus konferencia szervezését az OEP és a Társadalombiztosítás, valamint az Egészségügyi Minisztérium megfelelő szakembereivel közösen. A vezetőség a felvetést jónak tartotta, de néhányan javasolták, hogy a megbeszélések legyenek szűkkörűek (pl. csak a vezetőség legyen jelen), továbbá a szakterületen külföldön dolgozó kollégák (pl. Kabdebo Ottó) véleményeit is be kell gyűjteni. A szervezéssel megbízták a főtitkárt.

Az Egészségügyi Minisztérium újságokban megjelent felhívására, miszerint a Nemzeti Egészségügyi Tanácsba (NET) kérik az egészségügy területén működő tudományos társaságok részéről egy-egy tag delegálását, a vezetőség Prof. Szabó Istvánt, a MNET elnökét javasolta.

Nemes András javasolta, hogy a vezetőségi tagoknak a MNET térítsen utiköltséget. A vezetőség a javaslatot elfogadta.

Rákóczi professzor úr beszámolt a Nemzetközi Kongresszus szervezésének állásáról, mely szerint a program összeállt, a Storz cég 17000 DM értékben vállalt szponzorálást, de további szponzorokra is szükség lenne. Ebben kérte a vezetőség, s különösen Nemes András és Gerő György hathatós segítségét. Nemes András a kongresszus pénzügyeinek áttekinthető kontrollja érdekében javasolta, hogy a rendezvényt szervező cég erre a célra alszámlát nyisson. A vezetőség a beszámolót és a javaslatot elfogadta.

A vezetőség elfogadta azt a javaslatot, hogy a tavaly meghirdetett és a Szánthó és mtsai. által elnyert 50000 Ft-os pályadíj átadása a következő vezetőségi ülésen történjen.

Dr. Bódis József
a MNET főtitkára

PÁLYÁZATI EREDMÉNY

A Magyar Nőorvosok Endoszkópos Társasága két évvel ezelőtt pályázatot írt ki a legjobb endoszkópos témájú közleményre, amely 1998. évben magyar nyelvű folyóiratban jelent meg.

A közlemények első szerzői pályázhattak, a dolgozat másolatának a társaság főtitkárához juttatásával. A MNET vezetősége döntése alapján a díjat (50.000 Ft) 1999-ben **dr. Szánthó József** nyerte, a munkatársaival együtt írt ***"Változás a mében kívüli terhességek kezelésében"*** c. dolgozatával.

Megjelent: Magy Nőorv L 1998;61:267-272

Gratulálunk!

ÚJ MŰSZEREK

Endometrium ablatio hőballonos módszerrel

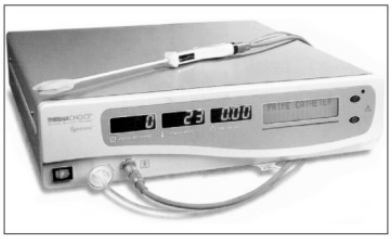
A dysfunctionalis méhvérzés (recidív metrorrhagia) terápiájában első választandó helyen a gyógyszeres kezelés áll. Amellett, hogy a konzervatív kezelés nem mindíg hatásos, mellékhatásai lehetnek és a gyógyszerszedés abbahagyása után a tünetek visszatérnek. Egyedüli biztosan definitív megoldást a méheltávolítás jelent. Habár jelenleg ez az egyetlen, amely garantáltan amenorrheat eredményez, sok nő megelégedne a vérzés normális szintre való csökkenésével, ha így a méh megtartható, és a radikális beavatkozás elkerülhető lenne. Szerintük a menstruáció a nőiesség része, s a méh elvesztése pszichés problémák forrása lehet. Nem is szólva a hysterectomia néhány kedvezőtlen szomatikus hatásáról.

Ennek következményeképpen indult útjára bő 10 évvel ezelőtt a méh legnagyobb részét konzerváló, annak csak belső részeit eltávolító technika, az ún. endometrium abláció. Ezen eljárás első, klinikailag is használható formája a resectoscoppal végezhető, ún. endometrium resectio volt. Néhány hazai centrumban ma már nagy széria műtéti eredmények alapján van lehetőség a hatásosság megítélésére, ami lényegében azonos a korábban külföldön közöltekkel.

Az endometrium resectio széles körű elterjedését azonban elsősorban a módszer műszer- és speciális gyakorlat igénye gátolja.

Az endometrium hőballonos ablációja viszont egy egyszerű, gyors és biztonságos módszer. A műtét során egy ballon katétert kell cervikálisan felvezetni, majd oldattal feltölteni addig, amíg a ballonban fellépő nyomás következtében a ballon felveszi a méh üregének alakját. A ballonban egy elektród helyezkedik el, amely segítségével a vezérlő egység a ballonban lévő oldatot felmelegíti. A megfelelő nyomás és hőmérséklet viszonyok eredményeképpen az endometrium teljes vastagságában koagulálódik.

Erre a szervmegtartó és hatékonynak látszó módszerre való a kereskedelmi forgalomban is már elérhető ThermaChoice nevű eszköz,

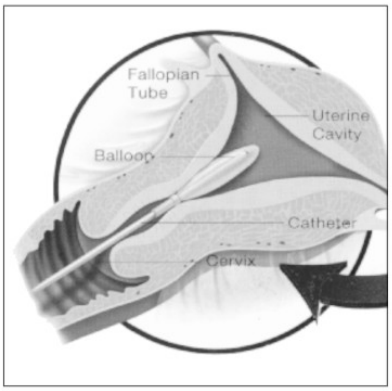


A ThermaChoice eszköz

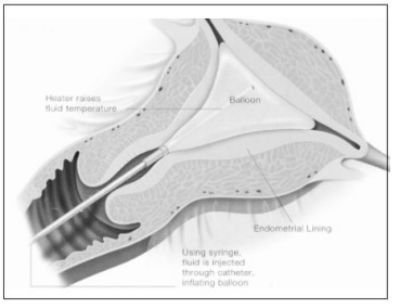
amelyet a Johnson & Johnson fejlesztett ki. Ennek része egy állandó alapgép rendszerű generátor és egy ehhez csatlakoztatható, de egyszer használatos rendszerű ballonkatéter-rendszer. Az idézett külföldi tapasztalatok ennek az eszköznek a gyakorlati alkalmazása során keletkeztek.

Az eljárás leghatékonyabban intrauterin anatómiai eltérés nélküli, normális méhüreggel rendelkező betegeken alkalmazható. A beavatkozás kontraindikált latex allergia, illetve olyan esetekben, amikor az anamnesisben a méhfalat gyengítő műtétek szerepelnek, pl. klasszikus császármetszés, abdominalis metroplastica vagy transmuralis myomectomia.

Előnyei elsősorban a műtéti technika biztonságosságában, egyszerűségében és hatékonyságában rejlenek. Nincs szükség disztendáló folyadékokra, így az ezekkel kapcsolatos mellékhatásoktól sem kell tartani. Hazai tapasztalatok még nincsenek. Külföldön a követett betegek 85%-ánál a vérzés mennyisége normális vagy annál alacsonyabb szintre csökkent, ami a rollerball eljárás eredményeihez hasonló.



A ballonkatéter felhelyezése

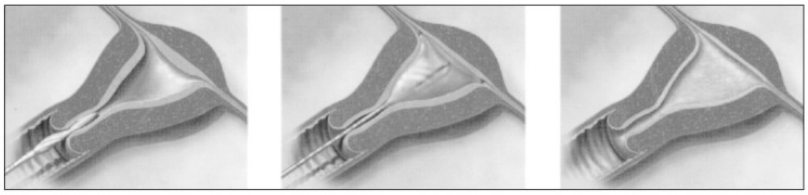


A ballonkatéter felhelyezés után

Eljárás paraméterei:
- Nyomás: 160-180 Hgmm
- Terápiás idő: 8 perc
- Hőmérséklet: 87 °C
- Ballon töltő folyadékja: DW5
- Katéter átmérő: 5 mm
- Ballon hossza nyugalmi állapotban: 4 cm
- Endometrium nekrózis: kb. 3-5 mm-es, ami nem vonatkozik a cornua területére

Mindezek alapján hazai kipróbálása ajánlható, amire néhány kijelölt centrumban az előkészületek megtörténtek.

Dr. Kálmán Sándor



A ballonkatéterezés fázisai

KÖRKÉRDÉS

Méhen kívüli terhesség endoszkópos megoldásai

Kedves Kollégák!

A kérdés így szólt:

A méhen kívüli terhesség mely eseteiben alkalmazna szerv megtartó műtétet és milyen megoldásokat javasol?

A beérkezett válaszokat hagyományainkhoz híven most is változtatás nélkül, szó szerint adjuk közre.

A Szerkesztők

Dr. Bördős Lajos (Jászberény)

Intact tubáris extraruterin graviditás vagy tubaris abortus esetén salpingotomia linearist végzünk, amennyiben az ellenoldali tuba előzőleg eltávolításra került, vagy nem átjárható és a beteg a családtervezést még nem fejezte be. A persistalo trophoblast szövet illetve méhen kívüli terhesség megakadályozására lokálisan 25 mg Metotrexatot adunk a conceptum eltávolítását követően. Cornualis méhen kívüli terhesség esetén a lokális Metotrexat kezelést választanánk. Az utánkövetést a szakma szabályainak megfelelően végezzük. Abdominalis illetve ovarialis méhen kívüli terhesség esetére úgy gondoljuk a kérdés nem vonatkozik.

Dr. Beleznay Gábor (Várpalota)

A méhen kívüli terhességek száma az egész világhoz hasonlóan régiónkban is emelkedésnek indult az elmúlt évtizedben. Ezen kórkép szervkímélő, konzervatív műtéti megoldásának alapvető követelménye a korai diagnosztika. A biztos diagnózis felállításához segítséget nyújt az igen érzékeny HCG teszt, a transzabdominális és transzvaginális USG, valamint a legobjektívabb diagnózist adó diagnosztikus laparoszkópia. A biztos diagnózis után stabil keringésű betegeknél osztályunk gyakorlata szerint a méhen kívüli terhességek műtéti megoldásában első helyen áll az operatív laparoszkópia. A nagyobb tubakárosodás megelőzése miatt, ha a beteg még szülni kíván és az extrauterin graviditas intakt, lineáris salpingotomiát végzünk, előzetes POR 8-as infiltráció után. Erősen károsodott és/vagy vérző tubáknál, ha a beteg még szülni kíván és az ellenoldali tuba ép, salpingectomiát vagy adnexectomiát végzünk.

Osztályunkon hét éve végzünk operatív laparoszkópiát méhen kívüli terhesség miatt. Ezen idő alatt 25 műtét kapcsán 12 esetben salpingotómiát, 13 esetben salpingectomiát vagy adnexectomiát végeztünk el laparoszkóppal. A posztoperatív ápolási és lábadozási idő jelentősen lerövidült. Gyakorlatunk fokozódásával mára már erősebben is kivérzett betegeknél is alkalmazzuk az operatív laparoszkópiát.

Véleményünk szerint, az arra felkészült osztályokon a méhen kívüli terhességek gyógyításában biztos módszer az operatív laparoszkópia alkalmazása.

Dr. Józsa Géza, Dr. Szabó András és Dr. Veszelovszky Iván (Szentes)

Véleményünk szerint, a méhenkívüli terhesség egyike azon elvárásoknak, melyet – ha a körülmények adottak – laparoscoppal kell megoperálni. Alapvető fontosságú, hogy a beteg és az első észlelő orvos hozzáállása megfelelő legyen, már gyanu esetén is időben megfelelő intézetbe kerüljön. Bátran mondhatjuk, hogy a méhen kívüli terhesség laparoscopos kezelésének sarkalatos pontja a korai diagnózis. Az intézeti felvételek közé soroljuk a Beta-HCG meghatározást és a hüvelyi ultrahang vizsgálat elvégzését, melyre már szinte minden intézetben mód van. Természetesen a feltételek közé kell sorolnunk, hogy a nap 24 óráján keresztül a laparoscopos team elérhető legyen. Az extrauterin graviditás alapos gyanuja esetén nem szabad késlekedni a kismedence laparoscopos megtekintésével. Úgy gondoljuk, hogy alapos gyanú esetén egy negatív laparoscopos betekintés sem jelent szakmai kudarcot.

Osztályos gyakorlatunk szerint -amennyiben a tubaris extrauterin graviditás intact, 2 cm-nél nem nagyobb átmérőjű- a tuba integritásának érdekében megkísérelhető önmagában a Methotrexát localis infiltratiója 10-15 mg mennyiségben. Ha a méhen kívüli terhesség ennél nagyobb vagy a tuba már rupturált, lineáris salpingotomiát javasolunk és végzünk a mesosalpinx POR 8-as infiltratioja után és a petezsákot evakuáljuk, szövettanra küldjük. Amenynyiben a petezsák eltávolítása nem teljesen megnyugtató, úgy kiegészítjük a beavatkozást Methotrexát localis injiciálásával. Roncsolt, destruált tuba esetén salpingectomiát végzünk.

Természetesen a fenti beavatkozásokat csak stabil keringésű betegek esetén alkalmazzuk. Shockban levő, kivérzett betegek eseteiben laparotomiát végzünk.

Összefoglalva, a méhen kívüli terhesség korai diagnózisára kell törekedni, laparoscopos megoldást kell elsődlegesen alkalmazni és törekedni kell a szervmegtartó műtét elvégzésére.

Dr. Lintner Ferenc (Budapest)

Napjainkban a méhen kívüli terhesség a jó laparoscopos technikával rendelkező szülészeti osztályokon az esetek döntő többségében laparoscopos műtétet jelent. Az extrauterin graviditás osztályunk gyakorlatában 80 %-ban laparoscopos úton történik. A műtét elvégzésének nem akadálya a méhen kívüli terhesség nagysága, a szabad hasüregi vér mennyisége, a kórkép rupturált formája, ellenjavallata kizárólag a beteg rossz álltalános állapota, a bizonytalan haemostatus illetve keringés, a praeshockos állapot lehet. Gyakorlatunkban - tekintettel arra, hogy többnyire kis terhességgel találkozunk - általában salpingectomia a választott műtéti technika. (Átlag mintegy 15-20 perces műtéti időtartammal.) Salpingotomia kis terhesség, intact graviditás esetén jön szóba. A műtét során feltétlenül a fertilitás megtartására kell törekedni, az ovariumok konzerválása mindenkori

alapszabály. Tapasztalataink szerint a salpingectomia a javasolható megoldás, mivel salpingotomia után az érintett kürt regeneratioja bizonytalan, ilyen műtét után magasabb számban fordul elő ismételt extrauterin graviditás az azonos oldali tubában. Gyakorlatunkban az ellenoldali tuba konzerválása mellett a hasüreg alapos átöblítése, a sejtes-alakos elemek és a hasüregbe került vér lehetőség szerinti teljes eltávolítására törekszünk. Szóba jön még terápiás lehetőségként a MTX kezelés laparoscopos vagy szisztémás formában. Mindkét módszer a terhesség igen korai fázisában alkalmazható, rendszeres utánkövetés mellett, mely ugyancsak eredményesnek bizonyult.

Dr. Losonczy János, Dr. Pap Károly

Amennyiben egyetlen szóval kellene megválaszolnunk a kérdést, úgy azt felelnénk, hogy mindíg. A "nil nocere" elve ugyanis a modern medicinában is parancsol. Az embernek nincs fölösleges szerve, de még szervrészlete sem. A hiányos technikai felkészültség, vagy az úgynevezett operatőri "elegancia" nem lehet indoka a műtét szükségesnél nagyobb mértékű kiterjesztésének. Véleményünk szerint az operatőr legnagyobb dilemmája a csonkoló műtét indikációinak tisztázása? a beteg érdekeinek messzemenő figyelembevételével. Miután a fent említett kényszer nem áll fenn, ezért osztályunk gyakorlatát az alábbiakban foglaljuk össze:

1. Tubaris extrauterin graviditás

Az ab ovo választandó műtéti eljárás a lineáris salpingotomia, az extrauterin graviditás evacuatiojával. Ezen optimális műtéti megoldást döntően módosíthatják az anamnesztikus adatok és a tuba statusa. A fimbrialis szakaszon elhelyezkedő, és roncsoló vagy vérzést okozó extrauterin graviditásoknál mi a partialis salpinx resectiot részesítjük előnyben, csakúgy, mint az ide lokalizálódó, de a kürt proximális szakaszát épen hagyó hydrosalpinxok esetében. Fontosnak ítéljük a partialis salpinx resectio esetében a visszamaradó tubarészlet úgynevezett finomcoagulatioját, ami a tuba ciliaris hámjának kímélését teszi lehetővé a subperitonealis erek egyidejű coagulatiojával. Ezzel esélyt adunk a betegnek a teherbeesésre, amennyiben ilyen igénye fennáll. Ezt néhány sikeres esetünk is bizonyítja. A "roncs-tubák" esetében indokoltnak véljük a salpingectomia elvégzését.

2. Ovarialis extrauterin graviditás

Elenyészően kevés számú eseteinkből általános érvényű, mások számára is ajánlható következtetést levonni nem tudunk, de úgy gondoljuk, hogy törekednünk kell a működőképes ovariumállomány megtartására.

3. Egyéb localisatiojú extrauterin graviditások

Egyetlen esetben találtunk a nagycsepleszen beágyazódott méhen kívüli terhességet. Ekkor a cseplesz incriminalt részének resectioját végeztük electrocoagulalás-vágás módszerével.

Összefoglalva elmondható, hogy az endoscopos sebészetben is parancsoló szükségszerűség törekedni a szervmegtartásra, amennyiben ez a beteg gyógyulási esélyeit nem rontja.

Prof. Dr. Pál Attila

A kérdésre, hogy "A méhen kívüli terhesség mely eseteiben alkalmazna szervmegtaró műtétet és milyen megoldásokat javasol?" válaszom a következő:

1. Rupturált isthmicus, vagy ampulláris terhesség laparoscopiás megoldása segment resectioval.

2.a.: Intact isthmicus, vagy ampulláris terhesség, melynek átmérője 5 cm -nél kisebb ebben az esetben szóba jön a salpingotomia, vagy a salpingostomia. Ebben az esetben Methotrexát lokális adása is mérlegelendő.

2.b.: Amennyiben az intact küretterhesség átmérője 5 cm-nél nagyobb, inkább a laparotomia a választandó megoldás és meg lehet kísérelni a salpingostomiát, vagy segment resectiot.

Prof. Dr. Rákóczi István és Dr. Szánthó József (Budapest)

A méhen kívüli terhességek kezelésében bekövetkezett változásról - áttekintve osztályunk ezirányú tevékenységét - már részletesen beszámoltunk. (Változás a méhen kívüli terhességek kezelésében, Magy Nőorv L 1998:61: 267-272.) Az adatok feldolgozása óta eltelt két évben laparotómiára nem kényszerültünk.

Szervmegtartó műtéteink (48%) mind longitudinális salpingotómia megoldással történtek. Az eddig összesen 91 esetben végzett konzervatív műtét után 3 perzisztáló trofoblaszt szindróma fordult elő (3,3%). A tuba megőrzése mindenkor függ a beteg anamnézisétől, reprodukciós tervétől, valamint a műtéti lelettől. Konzervatív megoldás csak a ßHCG szint nyomonkövetése mellett végezhető biztonsággal. A ßHCG érték műtét utáni emelkedése ismételt laparoszkópiát, vagy methotrexát kezelést tehet szükségessé. Szervmegtartó megoldásként elsődlegesen is alkalmazható methotrexát terápia. A műtéti, vagy gyógyszeres kezelés eldöntésében a szakmai szempontok mellett nagy szerepe van a beteg teljeskörű felvilágosítás utáni beleegyezésének. Osztályunkon négy esetben történt sikeres methotrexát terápia, közülük kettő szült már azóta.

A KÖVETKEZŐ KÖRKÉRDÉS

Jelentősen descendált/prolabált uterusnál fiatalkorú/középkorú nő mindenképpen meg akarja tartani a méhét.

Alkalmazna-e laparoszkóppal végzett ventrofixatiot a probléma megoldására? Mikor? Miért?

Kérjük írja meg osztályos gyakorlatukat, indokukat vagy érdekes eset kapcsán szerzett tapasztalatukat.

Kérjük a kollégákat, hogy válaszukat lehetőség szerint *e-mail*-en, vagy *floppyn* juttassák el a szerkesztők címére.

Dr. Gerő György
06-28-470-640
Dr. Molnár-G. Béla
06-62-432-243
Dr. Nemes András
06-76-416-283
Dr. Sziller Péter
06-1-365-0907

E-mail címeink:
molnargb@tiszanet.hu,
leocrea@matavnet.hu

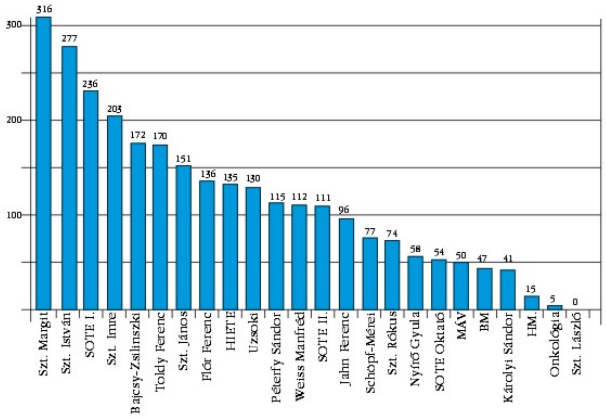
Tisztelettel:
a Szerkesztők

Főváros és Pest Megye intézeteinek endoszkópos műtétei 1999-ben

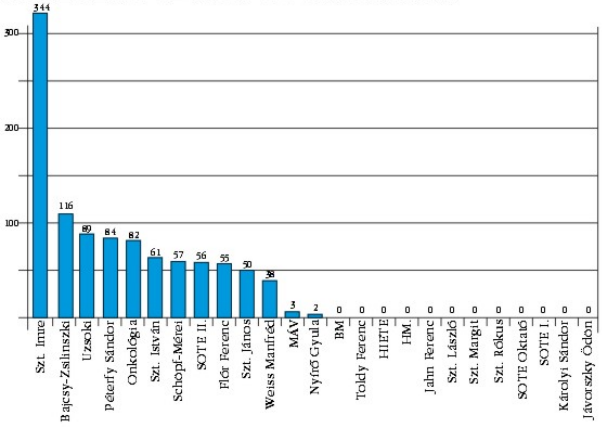
Az alábbi grafikonok a fővárosi és a pest megyei nőgyógyászati osztályok 1999-es évi összesített adatait mutatják.

Szerkesztők

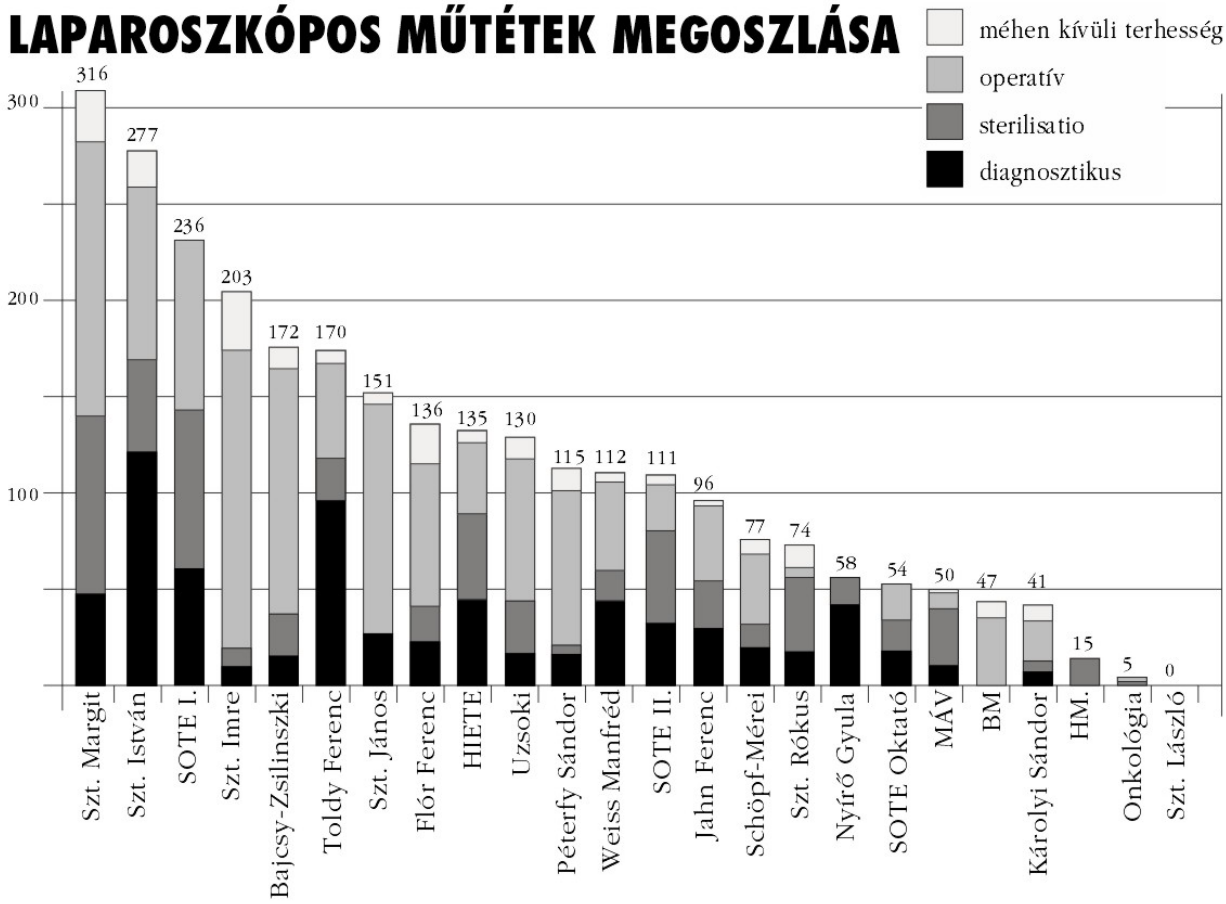
LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTEK



HISZTEROSZKÓPOS MŰTÉTEK



LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTEK MEGOSZLÁSA



BEMUTATKOZIK:

A " Balassa János " Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati osztálya

A team.

A szekszárdi kórházat 1801-ben építették, majd 1930-ban hozzáépült az úgynevezett "új kórház" 800 ágygyal. 1960-tól indult nagyobb fejlődésnek, s lett 1620 ágyas intézmény.

A szülészeti-nőgyógyászati osztály önállóan 1930-tól működik. A 70-es években 153 ággyal, majd az ágyszámcsökkentés következtében ma 74 ággyal rendelkezünk.

A szülészeti osztály épülete Szekszárdon.

1998 ban 40 497 járóbeteget, 3788 nőgyógyászati beteget láttunk el, 1087 volt a szüléseink száma. Az osztályon s a szakrendeléseinken 16 orvos dolgozik.

Osztályunkon sporadikusan a hetvenes évektől végeztek, kizárólag diagnosztikus céllal, laparoscopos műtéteket. A minimál invazív műtéti technika világméretű előretörésével hazánkban is progresszív fejlődésnek indult a nőgyógyászati sebészet ezen ága. Számunkra nagy előnyt jelentett a POTE Női Klinika közelsége, hiszen itt már a nyolcvanas években, Dr. Csaba Imre professzor úr vezetésével, az országban úttörő módon, külön endoszkópos műtő állt rendelkezésre a nagyszámú laparoszkópos és hiszteroszkópos műtét végzésére. Az ott szerzett elméleti és gyakorlati tapasztalatok birtokában 1989-től egyre nagyobb számban végeztünk mi is laparoszkópos műtéteket, melyek számának alakulását, az elmúlt tíz év során, az I sz. táblázat mutatja.

A minimál invazív team tagjai számos hazai (POTE Nőiklinika, SOTE II.sz Nőiklinika, SZOTE Nőiklinika, stb.) laparoszkópos és hiszteroszkópos tanfolyamon vettek részt. A team vezetője Dr. Imre József és Dr. Varga József Németországban, Ansbachban járt, ahol Dr. Kabdebo Ottó vezetésével a LAVH illetve a laparoszkópos laser sebészet technikáját tanulmányozhatták. Egy másik team, Dr. Nagy József osztályvezető főorvos vezetésével, az ausztriai Halleinben járt, ahol prof. Dr. Bernt Rudelstorfer osztályán, az ott folyó, igen komoly endoszkópos munkában vehettek részt.

Az elmúlt két évben a nőgyógyászati hasműtétek közel kétharmadát, a méhen kívüli terhességek műtéti megoldását pedig, 1-1 esetet leszámítva (műszerhiány), teljes egészében laparoszkópos úton végezzük. (A műtétek alakulását az egyes kórformák szerint ld. a *II. sz. táblázatban.*)

Úgy érezzük, hogy az osztály és a team tíz éves laparoszkópos munkájára a koronát az tette fel, hogy ebben az évben, a legnagyobb nőgyógyászati műtétnek számító hiszterektómiát, először végeztük, laparoszkópos úton, önállóan. Ezért köszönettel tartozunk Bernt Rudelstorfer professzor úrnak és Dr. Bánsági Gábornak, akiknek nagy szerepe volt abban, hogy a technikát biztonsággal elsajátítsuk.

A tíz év alatt, a 2.o26 műtét során kialakult szövődmények gyakorisága nem haladta meg a nemzetközi irodalomban szereplő értékeket: 2,4% volt.

Továbbra is meggyőződésünk, hogy a minimál invazív sebészet még óriási jövő előtt áll, és a magunk szerény módján, ennek mi is szeretnénk a részesei lenni.

Dr. Nagy József

I. sz. táblázat:

1989-1999 között végzett laparoszkópos műtétek

Diagnosztikus	2o6
Operatív	454
Tubasterilisatio	1366
Összesen	2o26

II. sz. táblázat:

A laparoszkópiák száma az egyes kórformák szerint

Sterilitas I.	122
Sterilitas II.	82
Nőgyógyászati ciszták	266
PCO szindróma	77
Endometriosis	32
Grav. extraut.	7o
Pelvipathia (adhaesiolysis)	145
A méh kóros helyzetváltozása (ventrofixatio)	39
Myoma uteri (myoma enucleatio)	21
Absc. tuboov.	8
Egyéb	17
LAVH	25
CISH+ CURT	6

THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR GYNECOLOGIC ENDOSCOPY

MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998
Hungarian Society for Gynaecological Endoscopists

Tisztelt Kolléga!

Örömmel tájékoztatom, hogy 2000-ben a MNET nyerte el a jogot, hogy az **International Society for Gynecologic Endoscopists (ISGE) éves regionális találkozójának helyszínt adjon**

2000. augusztus 30. és szeptember 2. között, Budapesten

A rendezvény témája

Laparo-vaginalis sebészet a XXI. században

Hazai résztvevők lényegesen csökkentett részvételi díjjal vehetnek részt a rendezvényen, ára: 22.500.-Ft, mely tartalmazza az előadásokon való részvételt, a kiállítás megtekintését, egy példányt a konferencia kiadványából, a kávészüneteket, valamint a részvételt a konferencia nyitófogadásán. A részvételi díj az ebédeket (ára: 5500.-Ft/ebéd) nem foglalja magába.

Kérjük, amennyiben jelentkezni szeretne, jelezze a konferencia titkárság (Congress Kft. 1026 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 79. Tel.: 36-1-212-00-56, fax: 36-1-356-65-81) címére vagy faxszámára visszaküldeni, **2000. július 01**-ig.

Az abstractok beadásának határideje: **2000. június 15.**

Úgy gondolom, hogy ezen Regionális Konferencia lehetőséget teremt arra, hogy a nőgyógyászati endoszkópia jeles nemzetközi képviselőinek előadásait, tapasztalatait itthoni körülmények között, Budapesten hallgathassuk meg.

Nagyon örülnék, ha a MNET tagjai közül minél többen jelentkeznének, és aktívan (előadás, video) vennének részt a Kongresszuson.

A Kongresszust megelőzően a Menopausa aktuális problémáiról (angol nyelven) tervezünk előadássorozatot magyar előadókkal, amelyre minnél több magyar résztvevőt is várunk. A részvétel díja: 7500.-Ft (ebéddel együtt)

Üdvözlettel:

Prof. Dr. Rákóczi István
a Szervezőbizottság Elnöke

KONGRESSZUSI NAPTÁR

9th Annual Meeting of the International Society for Gynaecologic Endoscopy 2000
2000. April 16-22.
Cím: Destination Event Management, 18 Hallam Road, Hallam 3803, Melburne Australia
Tel: 61 3 9703 2666
Fax: 61 3 9703 2999
E-mail: events@destevent.com.au

9th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy
2000. október 19-21.
Párizs, Franciaország
Congress Secreteriat: Convergences-Gynendo 2000 120 avenue Gambetta- F-75020 Paris
Phone: 33 1 43 64 77 77
Fax: 33 1 40 31 01 65
E-mail: converge@iway.fr

Endometriosis 2000
7th Biennial World Congress of Endometriosis
14-17. May 2000.
London
Caroline Roney Medical Conference Organisers
Congress House, 65 West Drive, Cheam, Sutton, Surrey SM2 7NB, UK
Tel: +44 (0)181 661 0877
Fax: +44 (0)181 661 9036
E-mail::MedConfOrg@aol.com

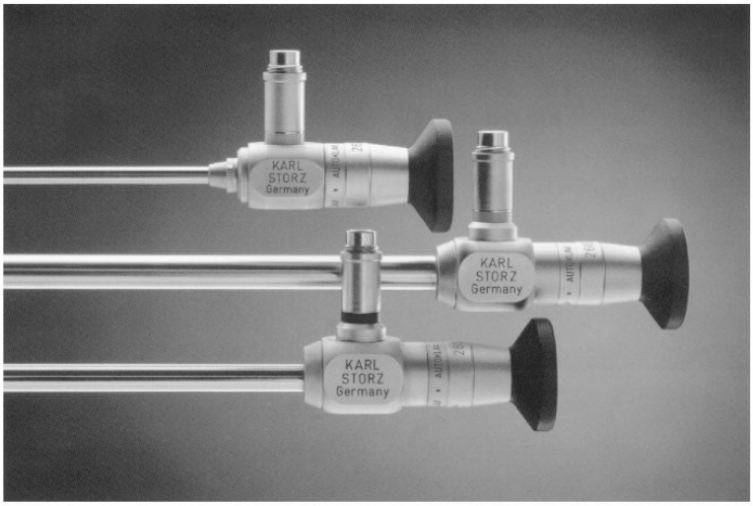
4th Global Symposium. New Diagnostic Micro-Laparoscopic Techniques: for Use in the Office, Emergency Room, Intensive Care Unit, and Operating Room
February 25-26, 2000.
Miami Beach
The SLS 7330 S.W. 62 Place
Suite 410 Miami
FL 33143-4825 USA

Diagnosztikus és operatív hysteroscopia postgraduális továbbképző tanfolyam
2000. május 15-16.
Jelentkezés: Dr. Molnár-G. Béla egyetemi adjunktus
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Orvos-és Gyógyszerésztudományi Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
6725 Szeged Semmelweis u. 1.
Tel: 62-545 493
Fax: 62-420 662
E-mail: molnargb@tiszanet.hu

International Society for Gynecologic Endoscopists (ISGE) Regional Meeting
2000. augusztus 30-szeptember 2.
Budapest, Magyarország
Cím: Congress Kft.
1026 Budapest, Szilágyi E. fasor 79.
Tel.: 36-1-212-00-56
Fax: 36-1-356-65-81

GOLD STANDARD

HOPKINS optika az endoszkópos sebészethez



Az utóbbi közel 30 évben a **KARL STORZ** által gyártott **HOPKINS** optikáknak tekintélyük van a kiváló optikai minőség, mélységélesség és brillancia tekintetében. A **KARL STORZ** cég számos fejlesztést tett az eredeti **HOPKINS** felépítéséhez képest, amelyek a még jobb képfelbontó képességet és a szélesebb látómezőt eredményezték. A tovább fejlesztett változatok a páciens védelmét azzal is szolgálják, hogy teljes mértékben autoklávozhatók.

Az optikákon feltüntetett **KARL STORZ** név szavatolja, hogy mind a tervezésben, mind a gyártás és minőségellenőrzés során a kompromisszumok nélküli munka a **HOPKINS** optikát a **GOLD STANDARD** rangjára emeli.

KARL STORZ GmbH & Co. KG
Mittelstraße 8
D-78532 Tuttlingen
Tel.: 00 49 7641 7080

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE

KARL STORZ Marketing Hungaria
Dr. Borbás István 06 209 341 341
Oláh Gábor 06 209 243 183
Magyar Erika 06 309 310 274

SZERKESZTŐI ÜZENET

Kedves Kollégák!

A Hírlevél szerkesztői változatlanul várják a kollégák minden megjelentetni kívánt anyagát, kérdését és probléma felvetését.
A következő alkalommal, szándékaink szerint az augusztus 30-án kezdődő budapesti ISGE kongresszusra speciális, kétnyelvű számot készítünk elő.
Minden segítséget, ötletet köszönettel vesznek a:

Szerkesztők