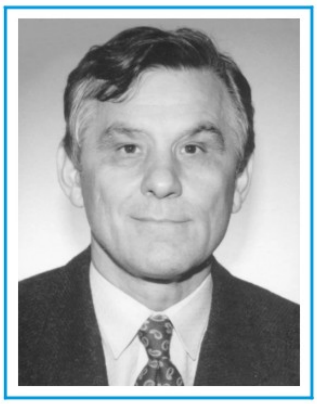
MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998

HÍRLEVÉL

V. évf. 2. szám
1999. június

Kiadja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága
Felelős kiadó: *dr. Rákóczi 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

Interjú Rákóczi Istvánnal, a MNET elnökével



-Véleményed szerint hol van az endoszkópiának a helye a nőgyógyászaton belül?

-A nőgyógyászati sebészetben a 90-es években az egyik nagyon jelentős előrelépés a nőgyógyászati endoszkópia elterjedése volt világszerte. Hangsúlyozni kell, hogy a nőgyógyászati endoszkópia (elsődlegesen a laparoszkópia) a nőgyógyászati sebészet egy új technikája ugyanúgy, mint a vaginális és abdominális beavatkozások. A jövő nőgyógyászának háromféleképpen kell operálni: vaginális, hasi és laparoszkópos úton. Amennyiben ezzel valaki rendelkezik, úgy optimálisan lehet kiválasztani a páciens számára megfelelő műtéti típust, amely alapja a korszerű betegellátásnak.

-Egyetértesz azzal, hogy minden nőgyógyászati műtétet meg lehet endoszkóppal is operálni?

-Általánosságban elmondható, hogy gyakorlatilag minden nőgyógyászati elváltozás laparoszkópos úton megoldható. Az más kérdés, hogy amit meg lehet operálni, azt meg kell-e operálni. Az elmúlt években számos laparoszkópos eljárás egyértelműen elfogadottá vált (pl. méhenkívüli terhesség megoldása), míg bizonyos műtéti eljárások (pl. myomectomia, hysterectomiák különböző formái) még ma is vita tárgyai. Biztos vagyok benne, hogy a laparoszkópos elváltozások tekintetében is helyreáll az egyensúly, amely minden új eljárásnál tapasztalható, és a bizonyítottan jó eljárások széleskörben elterjednek.
Összegezve: két véglet semmiképp sem fogadható el: az sem, hogy mindent laparoszkóppal kell operálni, de az sem, hogy ritkán, vagy egyáltalán nem szükséges az operatív laparoszkópia.

-Kell-e tudni minden nőgyógyásznak endoszkóposan operálni?

-Véleményem szerint minden nőgyógyásznak el kell tudni végezni a diagnosztikus hiszteroszkópiát és laparoszkópiát ugyanúgy, mint ahogy tudni kell a császármetszést, vagy a hiszterektómiát kivitelezni. A bonyolultabb endoszkópos műtétek elvégzése természetesen ott sikeres, ahol többet végeznek, nagyobb a tapasztalat. Ez külföldön is centrumokban történik. Ezek lehetnek orvosegyetemek nőgyógyászati klinikái, de ugyanígy a kórházak nőgyógyászati osztályai is. A lényeg az, hogy nagyszámú eset kapcsán megfelelő tapasztalat legyen.

-Hol tart ma Magyarországon a nőgyógyászati endoszkópia?

-Amennyiben szétválasztjuk a nőgyógyászati endoszkópiát, úgy azt kell mondani, hogy a laparoszkópos beavatkozások jobban elterjedtek, mint a hiszteroszkópia. Természetesen a laparoszkópos beavatkozások jellege is különböző: egyes helyeken, csak diagnosztikus beavatkozást végeznek, míg máshol bonyolultabb műtéteket is. A nyugati országokhoz viszonyítva elmondható, hogy kevés helyen volt valódi operatív laparoszkópia. Ennek oka kettős: műszerhiány és szemléleti probléma. Ma is vannak olyan helyek, ahol a laparoszkópos beavatkozások még mindig tabunak számítanak, az osztályvezető főorvos nem indikál és nem enged laparoszkópos műtéteket végezni.

-Saját intézetedben előnyben részesíted e az endoszkópos beavatkozásokat?

-Saját intézetemben speciális a helyzet, mert már régóta végeznek endoszkópos műtétet és amióta odakerültem, tovább növeltük az arányt. Elsődlegesen az adnexműtéteket végezzük laparoszkópos úton (gyakorlatilag 95 %-ban). Természetesen a méhenkívüli terhességet is így oldjuk meg. A laparoszkópos hysterectomiához kritikusan viszonyulunk. Véleményünk szerint ami vaginálisan elvégezhető, azt úgy operáljuk és csak bizonyos esetben alkalmazzuk a laparoszkópos technikákat.

-Mint a Társaság elnökét kérdezlek, hogy mennyiben megfelelő országosan az endoszkópos műszerellátottság?

-Ezt nagyon nehéz felbecsülni. Ugyanis sok helyen rendelkezésre állnak megfelelő eszközök, de nem használják. Máshol, ahol sokat operálnak, napi gondokkal küzködnek. Általánosságban azonban elmondható, hogy a műszerellátottság nem megfelelő.

-Megfelelőnek gondolod-e az osztályvezető főorvosok felkészültségét ? Van-e nézeteltérés az endoszkópiát végzők és nem végzők között?
-Hiszem, hogy a magyarországi endoszkópos fejlődés szempontjából ez a kérdés nagyon fontos. A régi beidegzett eljárás elvetése és az új elfogadása mindig problematikus és egyénenként változik.

folytatás a 2. oldalon

INTERJÚ-ROVAT

A jelen számtól kezdve új rovattal bővítjük a Hírlevelet.
Alkalmanként a szakma egy-egy prominens személyiségét kívánjuk megkérni, hogy a nőgyógyászati endoszkópiával kapcsolatban kissé bővebben fejtsék ki álláspontjukat.
Kézenfekvő volt, hogy elsőnek a MNET jelenlegi elnöke mondja el véleményét, következő alkalommal Szabó István professzort, a megválasztott, soron következő elnököt kérdezzük meg.

A Szerkesztők

Interjú Rákóczi Istvánnal, a MNET elnökével

folytatás az 1. oldalról

A főorvosok vonatkozásában is ez a helyzet. Vannak, akik támogatják, vannak olyanok, akik nem, míg mások meg-tűrik. Biztos vagyok benne, hogy csak idő kérdése, hogy minden nőgyógyászati osztály életében az endoszkópia polgárjogot nyerjen. Bizonyos feszültség biztos van az endoszkópiát művelők és nem művelők között. Hiszen más típusú betegellátást jelent. Nem mindegy, ha pl. egy cysta miatt a beteget laparoszkóposan kell megoperálni, vagy fel kell vágni a hasát.

-Milyen hatása lehet annak, hogy az új HBCS pontszámokkal az endoszkópos műtéteket alulértékelik?

-Ez a változás semmiképp sem szolgálja az endoszkópia fejlődését. Érthető, hogy azokon az osztályokon, ahol eddig sem végeztek adnexműtéteket laparoszkóppal, ott kevésbé fogja stimulálni őket, hogy ezen változtassanak.

-Oktatással kapcsolatban elégségesnek tartod a jelenlegi aktivitást?

-Nem tartom elégségesnek. Az endoszkópia oktatása nemcsak nálunk, de világszerte probléma. A MNET évek óta foglalkozik a kérdéssel, de az eredménnyel nem lehetünk elégedettek. Az oktatás problémáját egyrészt az okozza, hogy az endoszkópia hirtelen robbant be az orvosi tevékenységbe. Tulajdonképpen akik ma tanítanak, autodidakta módon tanulták meg az új eljárást. Másrészt a Magyarországon sajátosan jellemző egyetem-kórház-regio függőségi rendszer miatt nehéz megszervezni egységes oktatási rendszert. A MNET feladatai között az oktatás továbbra is prioritásként szerepel.

-Összefoglalóan milyen jövőt jósolsz a következő, mondjuk 3 évben hazánkban a nőgyógyászati endoszkópiának?

-Mindenképpen optimista vagyok. A laparoszkópia vonatkozásában várható, hogy mindjobban elterjednek a bonyolultabb operatív beavatkozások. Olyan helyeken is elkezdik a laparoszkópos műtéteket, ahol eddig nem volt. Még több eredményes centrum jön létre, ahol komoly endoszkópos aktivitás fog kialakulni. Remélem, hogy a hiszteroszkópos beavatkozások is nagymértékben növekednek. Elsődlegesen a diagnosztikus hiszteroszkópia fog kiterjedni, majd ezt követik az operatív hiszteroszkópos beavatkozások. Természetesen ez csak akkor valósulhat meg, ha átalakul a magyar egészségügy finanszírozási rendszere.

kérdező: dr. Gerő György

BEMUTATKOZIK:

a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya

Osztályunk 80 ággyal látja el feladatát.
1995-ben a kórházi rekonstrukció során az új épületbe költöztünk át, amely nagyobb alapterületen, kisebb konfortos kórtermekben nyújt lehetőséget a betegeknek a gyógyuláshoz, és jól felszerelt, korszerű technikai háttérrel az osztály dolgozóinak a gyógyításhoz.
A kórház-rendelőintézeti egység 14 orvossal látja el feladatát.

A nőgyógyászati osztályunkon 1998-ban 259 laparotomiát, 70 hüvelyi méheltávolítást és 118 laparoscopiát végeztünk.

A 118 laparoscopiából nagyobb rész operatív laparoscopia volt, művi meddővétel, méhen kívüli terhesség, vagy ovarialis cysta. A művi meddővételt bipolaris coagulatioval végezzük. LAVH-műtétet a korábban laparotomián átesett betegeknél végzünk, akkor ha a hüvelyi megoldás előnyösebbnek ígérkezik. Ezen esetekben a laparoscopiát az összenövések tisztázására, esetleg oldására használjuk, az andexumokat Multifire Endo Gia-val látjuk el.

Felszereltség, és lehetőségeinkről

Osztályunkon 1986-tól végzünk laparoscopiát, először diagnosztikus céllal, majd művi meddővétellel, később pedig egyéb operatív lehetőséggel. Először egy Wolf, majd 2 NDK-s laparoscóp, később egy Storz felszereléssel bővült műszerezettségünk. A kórház rekonstrukció során 2 Olympus-set-et kaptunk, most 4 modern complett set áll rendelkezésünkre.
Ez évtől UH-os vágókészülékkel gazdagodtunk.
Az ügyeleti team képes elvégezni a diagnosztikus laparoscopiát a nap bármely időpontjában. A tervezett műtétes laparoscopiát mindíg ugyanaz a team végzi. A művi meddővételben az osztály valamennyi orvosa gyakorlatot szerzett.

Hysteroscopia

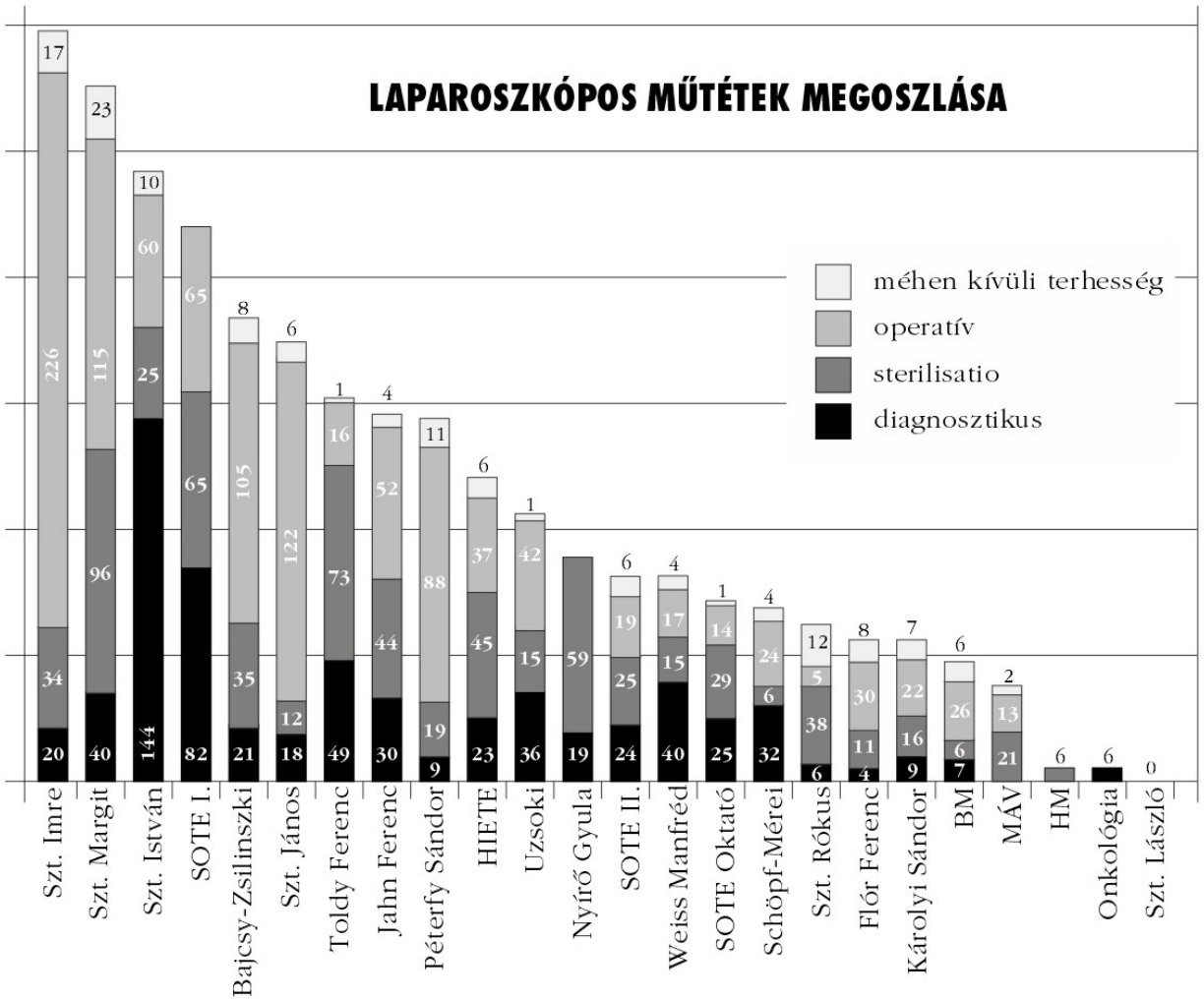
A kórház rekonstrukciója óta rendelkezünk diagnosztikus cálra felszerelt hysteroscoppal. 1998-ban 41 hysteroscopiát végeztünk, főleg vérzészavarok és infertilitás esetén.

Dr. Szilágyi Imre

Főváros és Pest Megye intézeteinek endoszkópos műtéte 1998-ban

Az alábbi három grafikon a fővárosi és a pest megyei nőgyógyászati osztályok 1998-as évi összesített adatait mutatja. Mindez már ismertetésre került a fővárosi szakfőorvosi értekezleten, 1999. február 17-én.

Szerkesztők



Kérdőíves adatgyűjtés a hazai endoszkópos beavatkozásokról
II. rész

A laparoszkópia szövődményei

Beszámolóm első részében foglalkoztam a laparoszkópos tevékenységgel, de adós maradtam a szövődmények ismertetésével. Az adatlapok szerint nem történt fatális kimenetelű komplikáció Magyarországon 1997-ben (a beküldött adatok alapján). Az *1. táblázatban* feltüntettem az egyes szövődmények ezrelékes előfordulását, mellé összehasonlításul az irodalmi értékeket is.

Tulajdonképpen nem kell szégyenkeznünk több szövődénnyel, mint a határainkon kívüli kollégáink, pedig tapasztalataim szerint műszerparkunk szerényebb. Talán annak köszönhető az alacsony komplikációk száma, hogy "óvatos duhajok" vagyunk.

Magyaroszágon nem történt meg az endoszkópos műtétek olyan dömpingszerű elterjedése, mint pl. az USA-ban. Egy-egy új endoszkópos műtét indikálása csak igen megfontoltan történik, az idősebb (vezető)generáció csak lassan vált a már jól bevált laparotomiáról endoszkópiára.

Lásd I. részben graviditas extrauterina miatti műtétek!

Laparoszkópia szövődményei és összehasonlításuk az irodalmi adatokkal

	MNET		Irodalmi adatok
Bél- vagy érsérülés	**15**	(2,7/1000)	3/1000
Infectio	**11**	(2/1000)	?
Ureter/hólyagsérülés	**5**	(0,9/1000)	1/1000
Vérzés	**22**	(4/1000)	2/1000
PTX	**1**		
Szövődmény ellátása laparoszkóppal	**9**		
Konverzió szövődmény miatt	**24**	(4/1000)	3/1000

1. táblázat

Hiszteroszkópos beavatkozások és szövődményei

Beszámolóm második részét a hazai hiszteroszkópos beavatkozásokról gyüjtött adatokkal folytatom. 20 intézetben végeznek hiszteroszkópiát, de csak 7 helyen vállalkoznak endometrium ablatiora vagy myomaresectióra. Zömében diagnosztikus tevékenység jellemzi a hazai hiszteroszkópiát (*2. táblázat*). Az operatív/diagnosztikus arány nagyobb endoszkópos hagyományokkal rendelkező országokban kb 1 : 2, míg nálunk 1:4. Az adatokból kiemelném a kevésnek tünő 28 septotomiát, vajon hány metroplastica történik még abdominális úton? A másik megfogalmazódó kérdés, ahol évente 5-10 hiszteroszkópiát végeznek, érdemes-e. Az beavatkozások alacsony száma a diagnosztikus biztonság rovására megy, és a szövődmények száma mindig a "learning curve" első, felszálló ágában a legtöbb. Ha egy-egy ilyen műtét 2-3 havonta követi egymást, a tanuló görbe végtelenül elnyúlik.

Mindezek ellenére a szövődményeket tekintve, itt sem magasabbak az értékek, mint az irodalmi adatok, ez a tény mindeképpen használ egy új módszer elterjedésének.

Dr.Bacskó György

Hiszteroszkópos beavatkozások és szövődményei

	MNET		AAGL/irodalom
Diagnosztikus	**853**	(75%)	35%
Operatív	**276**		
Adhaesiolysis	**37**	(3,3%)	17%
Biopsia	**74**		
Idegentest eltávolítás	**18**		
Polypectomia	**56**		
Septotomia	**28**	(2,5%)	5,5%
TCRE	**41**	(3,6%)	16,2%
TCRM	**23**	2%	16%
Szövődmények			
Infectio	**6**	(5/1000)	6/1000
Perforatio	**5**	(4/1000)	12/1000
TUR-szindróma	**4**	(3/1000)	3/1000
Vérzés	**5**	(4/1000)	6/1000
Laparotómia szövődmény miatt	**2**		
Laparoszkópia szövődmény miatt	**2**		

2. táblázat

Szerkesztői üzenet!

Kérjük, hogy a kollégák által a Hírlevélben megjelentetni kívánt anyagaikat rovat megjelöléssel lehetőség szerint egy printelt példánnyal együtt floppyn *juttassák el a szerkesztők címére és* e-mail-en *az alábbi címre:*

leocrea@matavnet.hu

Köszönjük a segítséget.

Várjuk további jó tollú **Hírlevélírók** *jelentkezését* LAPZÁRTA *jeligére.*

KÖRKÉRDÉS

UH diagnózis: "Endometriosis ov.l.d."

Kedves Kollégák!

Körkérdés rovatunk egyre nagyobb érdeklődést kelt, aminek őszintén örülünk, hiszen megismerve egymás álláspontját, betegeinknek egyre jobb ellátást tudunk biztosítani. Jelen körkérdésünket az egyetemi intézetvezetőknek és a megyei osztályok főorvosainak küldtük ki.

A kérdés így szólt:

"Ön szerint mi a követendő kezelési stratégia, egy 42 éves, egyebekben panaszmentes nőbetegnél (két sima szülés) UH lelete: rendes nagy uterus az endometrium vastagsága 11 mm, az uterus mellett jobb oldalon 55x66 mm-es echo szegény rezisztencia, baloldali ovárium 21x13 mm, UH diagnózis: endometriozis ov.l.d. Gyógyszeres vagy/és műtéti beavatkozás javasolt? Mit? Hogyan? Mikor? Hányszor? "

Örömmel közölnénk azon kollegáink véleményeit, hozzászólásait is, akik ugyan "hivatalos" felkérést nem kaptak, de úgy érzik álláspontjukat szívesen megosztanák a "Hírlevél" olvasóival.

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

Szerkesztők

Dr. Apró György *(Székesfehérvár)*

"Kétszer szült, 42 éves, panaszmentes ...stb" nőnél laparoszkópiát végeznék. Amennyiben a megtekintés alapján malignitas gyanúja nem merül fel, az érintett adnexum laparoszkópos úton való eltávolítását hajtanánk végre. Feltéve, hogy egyéb eltérést a hasüregben nem észlelnénk (pl. további endometriosis) Danazol kezelést nem kezdenénk.

Dr. Berkő Péter *(Miskolc)*

Benignusnak valószínűsített adnextáji-resist. esetén a biztos dg. érdekében minden esetben laparoscopia elvégzését tartjuk indokoltnak. Ha a vizsgálat alapján műtéti beavatkozás válik szükségessé és ez endoszkópos úton is elvégezhető. akkor a laparoscópos megoldást részesítjük előnyben. Ezt tesszük egyrekeszes ovarium cysta, endometrioma esetében is. Ha a diagnosztikus laparoscopia során endometriomát valószínűsítünk és az adhaesiok biztonságos megoldását laparoscopos úton is elvégezhetőnek ítéljük, akkor adhaesiolysis történik. Ezt követően megnyitjuk a cystát, a kiürített bennéket leszívjuk, kiöblítjük a cysta üregét és tüzetesen megvizsgáljuk belső felszínét. Ha malignitásra nem gyanús a cystafal, annak teljes eltávolítására törekszünk. Ha az ovariumban még működőképes ép szövetet találunk, akkor - a beteg fiatal életkorára is tekintettel - benthagyjuk az ép ovarium-részletet. A kisebb vérzéseket koaguláljuk, a sebszélek elvarrása nem szükséges. A hasüreget több liter fiz.só-oldattal átöblítjük. Ha a hist. vizsg. az endometriosist igazolta, a beteget 1/2 éven át Danoval-kezelésben részesítjük. Visszatérő panaszok esetén second look laparoscopia mérlegelendő.

Dr. Biró Lothár *(Budapest)*

A kérdésre a válaszunk:

1. Diagnoszticus laparoscopia
2. Situstól függően- operatív laparoscopia
3. Amennyiben a histológia igazolja az endometriosist, postoperatív gyógyszeres kezelés

Dr. Bódis József *(Pécs)*

A leírt adatok alapján mindenekelőtt az ultrahang vizsgálat által feltételezett diagnózist, az ovarialis endometriosist kell bebizonyítani diagnosztikus laparoszkópiával. Amennyiben a feltételezett diagnózis igazolódik, jobb oldali adnexectomiát végzünk laparoszkópos úton. Az ellenkező oldali ovariumot gondosan átvizsgáljuk, szükség esetén punctiot végzünk. Negatív esetben, továbbá ha a kismedencében sehol sem észlelünk endometriosisra utaló elváltozást, a beavatkozást itt befejezzük. A beteget rendszeres időközönként kontrolálljuk. Abban az esetben, ha bárhol másutt endonetriosisra utaló elváltozást észlelünk, azokat szintén eltávolítjuk, vagy coaguláljuk, s a betegnek fél évig gyógyszeres gátló kezelést adunk. Panaszmentesség esetén nem tartjuk szükségesnek a laparoszkópos kontroll vizsgálatot a későbbiekben.

Prof. Dr. Borsos Antal és Dr. Bacskó György *(Debrecen)*

A felvetett eset kivizsgálását még kiegészíteném tumormarkerek és transzvaginális color-flow ultrahangvizsgálattal (TVCD) is. Amennyiben a fenti vizsgálatok is benignus folyamat mellett szólnak, megkísérelhető, jól képzett endoszkópos csapattal, a képlet eltávolítása, akár adnexectomia árán is. Az irodalmi ajánlások általában nem javasolják az 5 cm-nél nagyobb adnexképletek endoszkópos műtétjét. Valójában nem lehet éles határt húzni a méret alapján. Egy ujjpercnyi endometrioma a rectovaginális septumban több nehézséget okoz, mint egy LAVH. Mindíg a szituáció és az operatőr jártassága dönti el, mit lehet észszerű határok között vállalni. A nagyobb cystosus képletek eltávolítása persze nem oldható meg tartalmuk lebocsátása nélkül, de ez nem jelent problémát endometriosis vagy dermoid tömlő esetén sem. Szétkenődés esetén tökéletesen kimosható a cysta-tartalom megfelelő mosó berendezéssel. Évente több, mint 200 operatív laparoscopiát végzünk és az elmúlt 15 évben még nem fordult elő ún. "kémiai peritonitis".

Az endometriotikus szövetek lehető legtökéletesebb eltávolítása után (laser vagy elektromos vaporisatio) GnRH kezeléssel egészítjük ki a kezelést.

Ha a tumormerkerek vagy a TVCD kétséget ébreszt a dignitás felől, laparotomiát végzünk.

Prof. Dr. Doszpod József *(Budapest)*

A kisalmányi, fájdalmatlan adnexképlet diagnózisában az első lépések egyike a diagnosztikus laparoszkópia (ha mód van rá, a színkódolt flowmetria és a tumormarkerek meghatározását

folytatás a 6. oldalon

követően). Ha a képlet ovarialis endometriosis, amelynek átmérője nagyobb, mint 5 cm, az eset műtéti megoldást igényel. A műtét nemét befolyásolja a beteg kora, fertilitási igénye s az endometriosis stádiuma. Kisalmányi képlet esetében általában adnexectomiára kerül sor.

Amennyiben diagnosztikus laparoszkópiával igazolódik az ovarialis endometriosis és a további endoszkópos műtétnek nincsenek meg a személyi és tárgyi feltételei, laparotomia végzendő. A nagyobb ovarialis endometriosis endoszkópos eltávolítása körül világszerte sok vita folyik. Sokan alapelvnek tartják a csokoládécysta in toto eltávolítását a cysta falának megnyitása nélkül. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha a folyamat korrekt stádiumbeosztása megtörtént.

A mai gyakorlat számára az American Fertility Society 1985-ben módosított pontrendszere az irányadó:

I. stádium minimális elvátozások
1-5 pont
II. stádium enyhe fokú
6-15 pont
III.stádium közepesen súlyos
16-40 pont
IV. stádium súlyos
40 pont felett

Az I.-III. stádium megoldható laparoszkóppal, a IV. azaz súlyos stádium mindenképpen laparotomiát igényel. Az ovarialis endometriosis műtét utáni GnRH analóg kezelésével kapcsolatosan két vélemény alakult ki. Az egyik szerint minden esetben fél éves GnRH analóg kezelés javasolt, a másik szerint ha a cysta benneke műtét közben a hasüregbe került, vagy a cysta nagysága meghaladta az 5 cm-t, vagy IV. stádiumot diagnosztizáltak, szükséges a gyógyszeres kezelés.

Prof. Dr. Egyed Jenő *(Budapest)*

Az adott kérdésre az a válaszom, hogy a beteg életkorát, két gyermekét és a leírt anatómiai státuszt figyelembevéve, a képlet eltávolítása javasolt, mégpedig a feltételezett endometriosisra való tekintettel, elsődlegesen laparotomia útján. Amennyiben az endometriosist szövettan is igazolja, természetesen Danoval utókezelés szükséges.

Elvileg természetesen felvetődik, hogy célszerűbb lenne diagnosztikus laparoscopiával indulni, de amennyiben megalapozottnak fogadjuk el az UH valószínűsítő leletét, a direkt laparotomiát célravezetőbb megoldásnak tartom.

Prof. Dr. Gardó Sándor *(Győr)*

Műtéti megoldást választanék. Amennyiben a diagnosztikus laparotomia nem igazol összenövéseket, úgy az endometriomát laparoscopos úton távolítanám el. Összenövések esetén Pfannenstiel-laparotomiából jobb oldali adnexectomiát végeznék.

Prof. Dr. Godó György *(Kecskemét)*

Az endometriosis 10-15%-ban érinti a praemenopausában lévő nőket. A pontos diagnózist laparoscopia során állítjuk fel. Ultrahang vizsgálattal (elsősorban transvaginális) mintegy 85-90 %-ban, megközelítően 90 %-os specificitással tudjuk differenciálni az endometriomát más ovárium képletektől. A felhozott esetben az ultrahang vizsgálat endometriomát valószínűsített. Gyakorlatunk szerint, figyelembe véve a beteg szülészeti anamnézisét, a feltehetően befejezett családtervezést, valamint a panaszmentességet, ilyen esetben laparoscopiát végzünk. Amennyiben a hasban egyéb kórosat nem látunk és a petefészekben ép állomány megmentése még remélhető, az endometrioma fenestrációját és a cystafal eltávolítását ill. koagulálását végezzük (figyelembe véve a malignizálódás lehetőségét is 1-3 %). Ha a műtéti lelet indokolja, főleg ép ellenoldali petefészek esetén, oophorectomia elvégzése jön szóba. Az endometriosis kezelésében az utóbbi időben előtérbe került az ösztrogén szuppresszív medikális, illetve a kombinált medikális-sebészi kezelés, elsősorban az infertilitást és az állandó panaszt okozó esetekben. A szereplő esetben a postoperatív szakban 6 hónapon keresztül Danoval kezelést tartunk indokoltnak a recidiva megelőzése érdekében.

Prof. Dr. Herczeg János *(Szeged)*

A malignitás kizárására CA 125 vizsgálatot végzünk, negatív eredménnyel laparoscopia történik, amennyiben így is kizárható malignitás, úgy a kérdésben szereplő beteg életkora miatt adnexectomiát végzünk. Fiatalabbak esetében igazolt endometriosisnál GnRH analóg kezelés történik, mely után second look laparoscopiát végzünk. Az ismételt laparoscopia során nem gyógyuló esetben ilyenkor is adnex műtétet végzünk.

Dr.Kincses László *(Gyula)*

Műtétes megoldást választanék. Elsősorban diagnosztikus laparoscopia, a képlet megpungálása, a tartalmát leszívni, s laparoscopos úton cystectomiát végezni, a hasüreget gondosan átöblíteni.

Dr.Kis Csitári István *(Salgótarján)*

A beavatkozás előtt Ca 125 tumor marker vizsgálatot végzünk, mert az endometriomák bizonyos százaléka malignitást mutat. Amennyiben az említett tumor marker érték jóval meghaladja a normál értékeket, laparotomiát végzek és gyors fagyasztott metszetből állapítjuk meg, hogy malignus folyamatról van-e szó. Amennyiben igen, a szokásos műtétet végezzük. Normál tumor marker érték esetén diagnosztikus laparoscopiát végzünk. A laparoscopia során tudjuk megállapítani a kismedencei összenövések fokát, kiterjedését. A súlyos és a belekre is kiterjedő összenövések esetén műtétet laparotomiával folytatjuk. Amennyiben az összenövéseket laparoscopiával biztonságosan oldani tudjuk, elvégezzük az endometrioma leszívását, alapos átöblítését és lehetőség szerint a cystafalat eltávolítjuk. Ha a fal eltávolítás nem tökéletes, széndioxid laserrel vaporisaljuk a bentmaradt részeket, mert a folyamat ebből recidiválhat. Ha a folyamat az egész ovariumot érintette, akkor természetesen ovariectomiát végzünk. A műtét után havonként transvaginális ultrahang vizsgálatokat végzünk recidiva felfedezése érdekében, gyanús esetben secund look laparoscopiát végzünk.

Dr. Kneffel Pál *(Szombathely)*

A kérdéses esetben a kivizsgálás során elvégezném a CA 125 vizsgálatot. Laparoszkópia útján eltávolítanám az adnex képletet, belőle fagyasztott metszetet készíttetnék. Az eredmény megérkezéséig áttekinteném a kismedencét, az ellenoldali adnexumot, a gyanús területekből biopsiát vennék. Amennyiben a fagyasztott vélemény malignitást kizár, az operatív tevékenységet befejezném. A végleges szövettani eredmény ismeretében, különösen, ha eltávolítás közben az endometriosisos bennék a hasüregbe jutott, Danoval kezelést kezdenék.

Prof. Dr. Kovács László és Dr. Molnár-G. Béla *(Szeged)*

Az említett beteg szerencsésnek mondhatja magát, hiszen feltételezett endometriosisa relative későn minfesztálódott és nem okozott panaszokat, két gyermeke már van, így feltehetőleg reprodukciós karrierjét is befejezettnek

tekinti. A panaszmentesség valamint a tapintási lelet alapján valószínű, hogy az elváltozás körülírt, s csak petefészek endometriomára korlátozódik. Bár eddig még egyetlen tanulmány sem mutatta ki az endometriosis bármilyen kezelése jobb lenne, mint az expectatív kezelés, mégis kezelnénk a beteget. Mivel hasonló elváltozás malignus elfajulását is leírták már, a képlet laparoscopos explorását elvégeznénk. Ennek során nemcsak a punctiót , de a cystafal eltávolítását is elvégezzük. Erre nemcsak a diagnózis biztos felállítása (szövettani vizsgálat), hanem a kiújulás 40 %-os valószínűségének elkerülése miatt is szükség van. Fiatalabb korban Danoval vagy GnRH kezeléssel is kiegészítenénk a műtéti kezelést, ennek a 42 éves betegnek több hónapos hormonális kezelés mellékhatásaként esetlegesen jelentkező csontritkulás elkerülése miatt hormonkezelést már nem javasolnánk.

Dr. Mocsáry Péter *(Nyíregyháza)*

Tekintettel arra, hogy az ismertetett esetben a nőbeteg panaszmentes, ezért lehet, hogy nem is endometriosisa van. A képlet nagysága, densitása és a beteg életkora miatt valódi tumor nem zárható ki, ezért mindenképpen laparotomiát végeznénk. A műtétnél talált klinikai kép és histológia alapján döntenék a továbbiakról.

Dr.Nagy József *(Szekszárd)*

A kérdéses esetben laparoscopiás beavatkozással oldanánk meg a feladatot.

Dr.Nagy Péter *(Zalaegerszeg)*

Gondos anamnézis felvétele, teljes laboratóriumi kivizsgálás, ovariumra jellemző tumormarkerek levétele /CA-125, esetlegesen CEA, TPA/MRI vizsgálat elvégzése.
Ezen eredmények birtokában diagnosztikus laparoscopia, suspect esetben biopsia gyorsfagyasztott metszet készítése céljából az elváltozásokból.
Amennyiben endometriosis igazolható és a műtét technikailag korrekten elvégezhető, úgy laparoscopos úton salpingo ophorectomiát végzünk.
Technikai nehézségek esetén laparotomia során végezzük el az adnexum eltávolítását. Mindkettő esetben fontos a kismedence gondos revisioja esetleges endometriosisos gócok felderítése és lehetséges szanálása végett.
Műtétet követően Danoval adását végezzük 600 mg/die dózisban 6 hónapig, vagy esetleg Rh-agonista terápia a területileg illetékes centrumban (POTE Női Klinika). Havonta rendszeres kontroll. Panaszok esetén ismételt laparoscopia.

Dr. Orosz Tóth Miklós *(Eger)*

Amennyiben a beteg teljesen panaszmentes, color doppler vizsgálattal a malignitás nem valószínűsíthető, a beteggel történt megbeszélés alapján laparoscopiát, amennyiben ép részt találunk, ovarium resectiot, egyébként oophorectomiát javaslok. Ezzel egyidőben átnézzük a medencét, a hasüreget, esetlegesen egyéb helyen található endometrioid gócok keresésére.
Amennyiben egyéb helyen eltérést nem találunk, és a túloldali ovarium normál nagyságú és teljesen ép, a szövettani lelet megérkezéséig egyéb tennivalót nem látok szükségesnek. Ha bal oldali ovarium a rendesnél nagyobb, vagy endometriosis gyanúja felvetődik, resectiot végzünk. Ha a szövettani vizsgálat ovarilais endometriosist igazol, szóba jön GnRH therapia, melynek elvégzésére a beteget a DOTE Női Klinikára utalnánk. Ha a beteg felveti tubasterilisatio szükségességét, az érvényes rendelkzések értelmében, a beavatkozással egyidőben elvégeznénk
Mindezek akkor érvényesek, ha a portio felszínén kolposzkopos eltérés nem észlelhető, cytológiai vizsgálat eredménye negatív, UH vizsgálat az endometrium vastagságát mutatja, illetve ciklusai teljesen szabályosak.

Prof. Dr. Papp Zoltán *(Budapest)*

Nem túlságosan valószínű, hogy a kisalmányi adnexképlet formájában megjelenő ovarialis endometriosissal a 42 éves nőbeteg panaszmentes, még kevésbé, hogy egy ilyen méretű endometrioticus perefészekelváltozás nőgyógyászati vizsgálat alkalmával fájdalmatlan. Az endometriosis nem ultrahang-diagnosis, egyébként ha valami, akkor az echoszegénység nem jellemző az endometriosis ultrahangmorphologiájára. Ami azonban a kérdés lényegét illeti: a 42 éves, kétszer szült nőbetegnél az 55x66 mm-es ovarialis képlet miatt laparotomiát ajánlok a betegnek.
Egyébként a jó szándék ellenére nem vagyok híve az ilyen jellegű körkérdéseknek, mivel egy orvosi döntésben általában sokkal több tényező játszik szerepet, mint az egy rövid kérdésben megfogalmazható. Jelen esetben például lehet, hogy mást javasolnék, ha tudnám, hogy a beteg még szeretne szülni. Másrészt mivel laparoscopos hírlevélről van szó, ezért aki korszerűnek akar látszódni, az mindig laparoscopos megoldást fog választani és ajánlani!

Dr.Prievara Ferenc Tibor *(Kaposvár)*

A 42 éves, két gyermekes, panaszmentes nőbetegnél az UH-os vizsgálat jobb oldali 55x66 mm-es ovariális endometriomának véleményezett képlet laparoscopos beavatkozást indikál, mely során a pontos diagnózis felállítható. A képlet eltávolítása, ha valóban endometriosisról van szó, annak stadizására is elvégezhető. A talált situs dönti el a jobb ovarium konzerválhatóságát. Műtét közben fél évig gyógyszeres kezelés jönne szóba (Danazol. GnRH agonista kezelés, stb.), melynek végeztével másodlagos laparoscopos betekintés végzése célszerű az eredmény felmérése, az elsődleges műtétnél esetleg technikai okok miatt el nem végzett sebészeti beavatkozás elvégzése, a további kezelési forma megválasztása céljából.

Dr. Rucz Árpád *(Békéscsaba)*

42 éves nőbeteg az fiatal nő. A gyógyszeres therápia az ovarialis endometriosisban teljességgel hatástalan.
Mindenképpen műtéti megoldást ajánlok. Az első gondolatom a laparoscopiás megoldás kell hogy legyen! Gyakran előfordul, hogy a csokoládécysta isoláltan összenövések nélkül helyezkedik el a kismedencében. Ezek a cysták általában vastag fallal bírnak, így punctiót követően (mely egyben a csokoládécysta diagnozisát is adja), a petefészek fala felhasítható ollóval és a cysta in toto kihámozható. Újabb punctiót követően (méretét jelentősen megkisebbítve) lo mm-es trocáron könnyen eltávolítható. Ezt követően az ovarium falát resecalhatjuk, (egy kis fazon alakítás), majd dohányzacskó öltéssel situaljuk. Gondos aquapurálás (ellen Trendelenburg helyzetben is) után kb 1 liter sóoldatot hagyunk a hasüregben, és drainalunk.
Ha jelentős összenövéseket találunk, hiszen ez sem ritka, akkor is próbálkozzunk meg a laparoscopiával. Ne akarjuk a szívósan tapadó és nem váló cystafalat kihámozni, hanem resecaljuk az ovarium falát a cystával együtt. A bentmaradt cystafalat uni-vagy bipolariscoagolatióval vaporisaljuk. Ezt követően még bővebb lavage, és drain.
Ha az összenövések olyan mértékűek, akkor laparotómiát kell végeznünk. Ilyenkor általában az adnexectomia a választandó műtéti megoldás.
A fenti műtéti megoldások mindegyiké-

ben a biztonság kedvéért 3 hónapig Danoval therapiát javaslok.
Kontroll laparoscopiát a beteg fölösleges megterhelésének tartom, 3 hónap múlva kontroll vaginalis UH végzése indokolt az ovarium állományának ellenőrzése céljából.

Dr. Smid István *(Debrecen)*

Laparoszkópos vizsgálattal egyértelműen tisztáznám a diagnózist. Amennyiben valóban ovarialis endometriosisról van szó, laparotomiát végzünk és a cystát, ha lehetséges kiágyazzuk. Ellenkező esetben ovariectomiát végzünk. Gyógyszeres kezelést csak akkor alkalmazunk, amikor a kismedencében más helyen is látható endometriosis.

Dr. Szalai József *(Tatabánya)*

1. Amennyiben egy betegnél felmerül az endometriosis alapos gyanúja, (menses alatt fokozódó dysmenorrhoea, hosszabb idő ót fennálló infertilitás, stb.) fontosnak tartjuk definitív diagnózis felállítását, mely nem jöhet létre szövettani anyagvétel nélkül. Az elmúlt évtizedek határozott előrelépése az endoszkópos vizsgálatok létrejötte és robbanásszerű fejlődése. Laparoszkópon keresztül nem csak arra van lehetőségünk, hogy diagnózisunk alátámasztására szövettani anyagot nyerjünk, hanem lehetővé teszi a folyamat előrehaladottságának tisztázását. (Kevésbé előrehaladott esetben a betegség megoldását is.) Ez utóbbi határozza meg igazán a teendőinket.
2. A leírt esetben a beteg életkora, (42 év, két élő gyermek, stb.) a panaszmentesség, a vizsgálatkor tapintott fájdalmatlan adnexképlet tovább bonyolítja a pontos diagnózis felállítását. Az endometriozisra éppen a vizsgálatkor fájdalmas, rendszerint a Douglasban, a Sacrouterin szalagon elhelyezkedő "csomók", a fixált méh a jellemző. Ezért is fontos ultrahanggal felállított feltételezett diagnózisunkat differenciálni egyéb kismedencei betegségektől, többek között a petefészekből kiindult korai malignus folyamattól.
3. Ilyen esetben a teendő:
Diagnosztikus laparoszkópiára előkészített állapotban,
a., Altatásban végzett bimanuális vizsgálat, mely pontosabb képet ad a kismedencei állapotokról.
b., Dilatatio ás Curettage, (melyet mi minden esetben elvégzünk.)
c., Laparoszkópia
d., Szövettani anyagvétel!
e., Az összenövések lehetőségéhez képest legnagyobb mértékű oldása.
f., Chromo-hydrotubactio (?), melynek végzését a beteg életkora, valamint a felvételkor végzett anamnézis felvétel - beteg információ alkalmával tisztázott fertilitási elképzelései befolyásolnak.
g., Ha a látott kép valóban a feltételezett endometriosisnak imponál, további teendőink szempontjából fontos a folyamat előrehaladottságának meghatározása. (Stageing!)
4. Előrehaladott esetben, nagy endometriosisos képletek, kiterjedt összenövések esetén - a példában leírt esetben, - mi a hysterectomia mellett döntenénk, az érintett adnexum eltávolításával együtt. (Ha mindkét oldali adnexum érintett az adnexectomia is bilaterális legyen.) Műtétnél az adhaesiolysis mellett törekednénk az endometriotikus "szigetek" lehetőség szerinti teljes kiirtására is. Az elvégzett diagnostikus laparoszkópia és a tervezett laparotomia közötti időben három-négy hónapig szóba jöhet Danazol kezelés is, mely a majdan végzett műtét eredményesebb voltát, könnyebb kivitelezhetőségét segíti.
5. Fiatalabb, körülírt, felületes összenövésekkel együtt járó (a Stádium beosztás I., II., esetleg III.) esetekben, lehetőleg konzervatív megoldásra törekszünk, különösen reproductiv korban lévő nőknél, illetve olyan esetben, ahol a beteg a fertilitás lehetőségéhez ragaszkodik. Ilyenkor az összenövések oldását és az endometriotikus szigetek kiirtását végezzük. A praeoperatív Danazol kezelés ilyenkor is hasznosnak és szükségesnek látszik. Amennyiben műtét közben súlyosabb szövődmény, sérülés lép fel, illetve a végleges megoldás másképpen nem érhető el - erről a beteget már műtét előtt tájékoztatjuk - a méh és az érintett adnexum(ok) eltávolítását nem tudjuk elkerülni.

Dr. Szeverényi Mihály *(Szolnok)*

Laparoscopiát végeznék, amely során eldöntöm az endometriosist laparoscopiás úton oldom meg, vagy laparotomiát végzek.
Általános megjegyzésem, hogy a endometriosis természetéből kifolyólag általában Pfannenstiel-metszésből végzett laparotomia útján oldható meg, mert ezáltal az esetleges összenövéseket biztonsággal oldani tudjuk, a hasat át tudjuk mosni. Természetesen kiegészítő gestogen kezelés is indokolt ilyen esetekben.

Dr. Szilágyi Imre *(Veszprém)*

Laparoscopia: Punctio:
-ha tiszta cystabennék: cystectomia laparoscoponát
-ha endometriosisra jellemző punctatum:
1. ha másutt a kismedencében nem látható endometriosisra suspect kép: jobb oldali adnexectomia laparoscopon át - kórszövettan,
ha igazolja az endometriosist: Danoval 2-3x200 mg: 3 hónapig, majd kontroll laparoscopia
2. ha a kismedencében az ovariumon kívül is látható endometriosisra utaló elváltozás:
Laparotomia: adnexectomia l.d. és az endometriosisos plackok coagulalasa - kórszövettan, ha endometriosis Danoval 2-3x200 mg - 3 hónapig, utána laparoscopia, ha még vannak endometriosisra suspect területek, úgy újabb 3 hónap Danoval.

Dr. Tóth Károly Sándor *(Budapest)*

Az endometriosisra gyanus cysticus adnexképlet miatt (a malignitás lehetőségének kizárását követően) diagnosztikus laparoszkópiát végeznénk. Az intraoperatív statustól függően, hisztológiai mintavétel után, ovarium drainage és az endometriotikus felszín laser vaporizációja, szükség esetén oophorectomia, vagy adnexectomia lehet a megoldás. Amennyiben olyan endometriotikus elváltozás is van, amit sebészileg nem tudunk eltávolítani (pl. urether közelsége miatt), posztoperatív GnRh analóg kezelést javasolunk.

A KÖVETKEZŐ KÖRKÉRDÉS

Uterus myomatosus mely eseteiben alkalmazna hiszteroszkópos, vagy laparoszkópos operatív megoldásokat?

Kérjük írja meg osztályos gyakorlatukat, indokukat vagy érdekes eset kapcsán szerzett tapasztalatukat.
A következő számokban közölni fogjuk a válaszokat.

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

SZERKESZTŐI ÜZENET!

Elnézést kérünk, de az előző, 1999. áprilisi Hírlevelünk körválaszainak közléséből kimaradt Borsos Antal professzor, Bacskó György dr. és Kőrösi Tamás dr. válasza, amelyért a három szerkesztő ezúton kér szíves elnézést. A kimaradt választ e helyütt közöljük:

Diagnosztikus hysteroscopia végzése infertilitas esetén

Prof. Dr. Borsos Antal, Dr. Bacskó György, Dr. Kőrösi Tamás

Meddő illetve IVF-ET-re kijelölt betegeknél az alábbi esetekben végzünk hiszteroszkópiát:

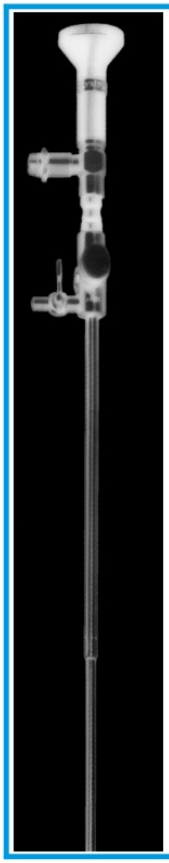
1. Ha az anamnézisben endometriális patológiára vagy malformatiora utaló adat szerepel (pl.postpartum curettage, ismétlődő vetélések stb.)
2. Ha a kivizsgálás során a HSG vagy ultrahang vizsgálat az uterus normálistól eltérő formájára enged következtetni.
3. Az uteruson végzett korábbi műtétek, pl. metroplastica, myoma enucleatio után (second look hiszteroszkópia). A császármetszés az előzményben önmagában nem jelent indikációt.
4. Cervicalis polypusok esetében gyakoribb az endometriális polypus, igy a cervicalis polypus eltávolításával egyidőben hiszteroszkópia is végzendő
5. Amenorrhoeaval járó infertilitásnál.
6. Két sikertelen IVF-ET az anamnézisben, ICSI, TESA, MESA előtt minden esetben.

Általában az az elv vezérel bennünket, hogy egy kevésbe költséges és mérsékelten invazív vizsgálat elmaradása miatt nem szabad, hogy a drága és nem veszélytelen asszisztált reprodukciós technikával biztosított embrio ne optimális környezetbe kerüljön.

PÁLYÁZAT

A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága (MNET) közgyűlésének korábbi döntése értelmében évente 50.000 Ft-tal díjazza az elmúlt naptári évben magyar nyelven megjelent legjobb nőgyógyászati endoszkópos témájú közlemény első szerzőjét.

A pályázóknak dolgozatuk külön lenyomatát vagy fénymásolatát 5 példányban kell kísérőlevéllel a Társaság főtitkárához eljutattni (*1999-ben a határidő:* **augusztus 20.**, cím: dr. Sziller Péter, Szent Margit Kórház, Budapest). A döntést a Vezetőség által kijelölt Szakértő Zsűri hozza; a díj átadására az őszi Kongresszuson kerül sor.



A MNET VII. KONGRESSZUSA 1999.

Szervezi:

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya a pest megyei nőgyógyászati osztályokkal együtt

Időpont:

1999. október 8-9.

Helyszín:

Közép Európai Egyetem (CEU) Szálló és Konferencia Központ
1106 Budapest, Kerepesi út 87.

Szálláslehetőség: a kongresszus helyszínén, a CEU-ban

Fő témák:

- diagnosztikus hysteroscopia

- endometrium ablatio

- operatív laparoscopia

Jelentkezés a technikai szervezőnél: Congress Rendezvényszervező Kft.
1026 Budapest, Szilágyi E. fasor 79.
Tel.: (06-1) 212-0056
Fax: (06-1) 356-6581
Szakmai kérdésekben bővebb információ: 06/28-470-640

Dr. Gerő György
a szervező bizottság elnöke

Dr. Szabó László Sándor
a szervező bizottság titkára

Endoscopia és minimálisan invazív terápia

Ma már az endoscopia és a minimálisan invazív terápia csaknem minden klinikai szakágban polgárjogot nyert és rohamosan fejlődik. Olyan diagnosztikus és terápiás módszerek láttak napvilágot, melyekre korábban gondolni sem lehetett.

Max Nitze alkotta meg az első endoscopot (1878), amelyet a húgyhólyag belsejének megtekintésére alkalmazott. Az urológiai rendszer endoscopiája után a gyomor-, nyelőcső tükrözés, majd a nőgyógyászati endoscopia, a végbél-, vastagbéltükrözés a bronhoscopia, az arthroscopia, az intervenciós radiológia, a szív- és érsebészet, a fül-orr-gégészet és a többi szakma endoscopos, minimálisan invazív jellegű tevékenysége bontakozott ki és jelenleg is rohamosan fejlődik.

Interdisciplináris folyóiratunk fő célja az, hogy a különböző szakmák endoscopos tevékenységét megismerhessük egymással, foglalkozzunk a minimálisan invazív beavatkozások elméleti és gyakorlati kérdéseivel. Tanítsuk egymást és tanuljunk egymástól. Olyan sok kisebb-nagyobb műfogást, mozzanatot és szemléletet tudunk így közölni, ami a szakmánk további fejlődését vonja maga után. Az így, egy lapon belül közölt témák a diagnosztikában, a terápiában, a szövődmények megelőzésében, illetve helyrehozásában, a betegségek kiújulásának prevenciójában - talán soha nem jutnának el a különböző szakágakhoz, ha azok csak a szakmaspecifikus folyóiratokban jelennének meg. További törekvésünk, hogy az alapellátást biztosító háziorvosok olyan folyóiratot kapjanak kézhez, amelyből megismerhetik a különböző szakágak endoscopos és minimálisan invazív tevékenységét és így kiválaszthatják betegeik számára az optimálisabb ellátási módot.

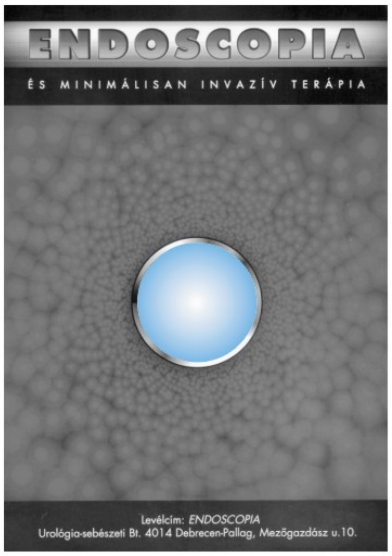
Bízunk abban, hogy a rendszeresen megjelenő színes folyóiratunkkal megnyerjük tetszését és szerzőink között is üdvözölhetjük. Kérjük a szülészet és nőgyógyászat endoscopiával foglalkozó szakembereinek dolgozatait, hogy minél szélesebb körben publicitást nyerhessen működésük, ami természetesen a lap sokoldalúságát és színvonalának emelését is jelentené.

Mindenek fölötti törekvésünk, hogy a patológiás elváltozásokat a legkevésbé megterhelő beavatkozásokkal tudjuk diagnosztizálni és gyógyítani.

Reméljük, hogy a folyóiratunk egyaránt örömet okoz a szerzőknek és olvasóknak egyaránt, gyarapítja tudásunkat és ezzel is a betegek javát szolgáljuk.

Prof. Dr. Tóth Csaba
felelős szerkesztő

FOLYÓIRAT BEMUTATÓ



A múlt évben indult útjára az első hazai, kéthavonta megjelenő, endoszkópos folyóirat az "ENDOSCOPIA".

Tulajdonképpen évek óta beszéltünk már róla, hogy milyen jó lenne, ha az endoszkópiát és egyéb minimálisan inavazív beavatkozásokat művelő orvosoknak lenne egy olyan orgánuma, amely nem csak egy klinikumé lenne, hanem multidisciplináris jelleggel szólna olvasóihoz. Több próbálkozás is történt, kezdetben szükebb, majd egyre bővülő létszámú "szerkesztőségi üléssel", de pontosan meg nem fogalmazható okokból a három évvel ezelőtti próbálkozás kútba esett. 1998-ban Tóth Csaba professzor, egy szűkebb létszámú szerkesztői csapat támogatásával, huszárosan belevágva, kiadta az újság első számát Debrecenben.

Természetesen nagylétszámú hazai és külföldi tudományos szakértő , tanácsadó igérte támogatását és lektori szakértelmét az elkövetkező munkához.

A társklinikumok közleményeit olvasva számos ötletet kaphatunk, amelyek a mi munkánkat is megkönnyítik és meggyorsíthatják. A szinvonalas nyomdai munka lehetővé teszi részletgazdag fekete-fehér vagy színes képek megjelentetését is, ami szűkebb szakmánkban nélkülözhetetlen, hiszen a kínai közmondás szerint egy kép többet mond száz szónál.

A folyóirat számít minden olyan szakember érdeklődésére, akár mint olvasó, akár mint szerző, akik endoszkópiával vagy minimálisan invazív beavatkozásokat végeznek.

Példaképpen ismertetem az 1998 év 2. számának tartalomjegyzékét izelítőül:

Berekes István: Endoscopia az ortopédiában.

Bacskó György és mtsai: Operatív hiszteroszkópia a myoma konzervatív kezelésében.

Mátyás Lajos és mtsa: Subfascialis endoscopos perforáns ligatúra (nyitott technika).

Holmann Endre és mtsa: Gennyes zsákvese laparoscopos eltávolítása percutan nephrostomát követően.

Folyóirat-referátumok:

Yamagishi et al.: Blood flow measurement in reconstructed anterior cruciate ligaments using laser Doppler flowmetri. (Farkas Csaba)

Himpens et al.:Telesurgical laparoscopic cholecystectomy (Tóth György).

Mint minden új kezdeményezés, ez a lap is sok "gyermekbetegséggel küzd sponzorok és megfelelő szinvonalú közlemények keresése, egységes stílus megteremtése stb. Nagyon jó példa erre az "endoscopia", "endoszkópia" vagy a "csőtükrözés" szóváltozatok megjelenése egy számon belül.

Ha a kezdetei lelkesedés és lendület jellemzi majd a folyóiratot a későbbiekben is, értékes fóruma lesz a hazai endoszkópos orvoslásnak.

A folyóiratról szerzőként vagy olvasóként az alábbi cimeken lehet további információhoz jutni:

ENDOSCOPIA
Debrecen-Pallag, Mezőgazdász u. 10., 4002 Tel./fax: 06-52-342-547
E-mail: cstoth@jaguar.dote.hu

Dr. Bacskó György

KONGRESSZUSI NAPTÁR

7th Congress of the European Association for Endoscopic Surgery
1999 Jun. 23-26. Linz, Austria
Cím: MS Illichmann, Weldone Events, Mariannengasse 14/12, A-1090 Vienna, Austria
Tel.: 43-1-4052996,
Fax.: 43-1-402134118

The Regional ISGE Meeting "Controversies in Gynecological Endoscopy"
1999. September 09.
Cím: Assaf Fertility Center, 19 Wizaraa El-Ziraa Str., Dokky, Cairo, Egypt
Tel: 202 3613636 Tel/Fax: 202 3613646,
E-mail: aassafritsec 2.com.eg

Endosurgery and Minimal Invasion 8th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy
16-18 September 1999,
Stockholm, Sweden
Cím: Stockholm Convention Bureau, 8th ESGE, PO Box 6911, S-10239 Stockholm, Sweden
Fax: +46 8 348441, Tel:+46 8 7361500
E-mail: esgestocon.se

Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VII. Kongresszusa
1999. október 8-9.
A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa rendezésében.
Technikai szervező: Congress Kft.
1026 Budapest Szilágyi E. fasor 79.
Tel.: 212 0056,
Fax.: 356 6581,
E-mail: congresscongress.hu

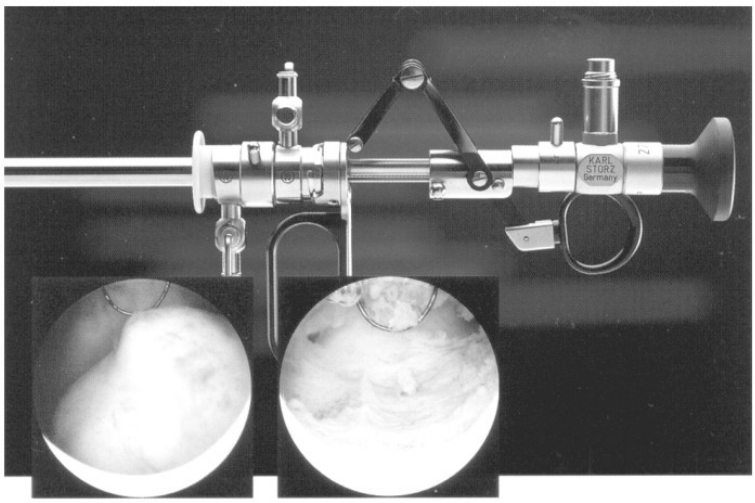
Global Congress of Gynecologic Endoscopy/AAGL 28th Annual Meeting
November 7-11, 1999
Bally's Hotel & Casino
Las Vegas, Nevada USA
William H. Parker, Scientific Program Chair
Jordan M. Phillips, General Chair
For information contact: American Association of Gynecologix Laparoscopists, 13021 East Florence Avenue, Santa Fe Springs, California
90670-4505 USA
Ph (800) 554-2245, (562) 946-8774
Fax (562) 946 0073
E-mail: generalmail@aagl.com
Web site: www.aagl.com

World Congress on Gynecologic Endoscopy (2000 - The Millennium)
March 26-29, 2000
Tel-Aviv, Jerusalem, Israel
Prof. Shlomo Mashiach, Organizing Committee Chairman
Contact: Secretariat: World Congress on Gynecologic Endoscopy, P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel
Tel: +972 3 514 0000
Fax: +972 3 514 0077 or 517 5674
E-mail: endoscopy@kenes.com

9th Annual Meeting of the International Society for Gynaecologic Endoscopy,
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: eventsdestevent.com.au

9th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy,
2000 október 19-2.
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: convergeiway.fr

Rezektoszkóp és magas-frekvencia
az intrauterin sebészetben



Az endoszkópos magas-frekvencia sebészetben a KARL STORZ név régóta fogalom. A Hopkins-optikai rendszer, a folytonos öblítéssel és elszívással rendelkező tubusok, az automatikusan vezérelt magas-frekvencia sebészeti vágó kifejlesztése hozzájárult ahhoz, hogy az elektrorezekció az urológiában egy biztos és hatékony eljárássá válhasson.
Ezen tapasztalatok összessége most a nőgyógyász-sebész számára is rendelkezésre áll. Az intrauterin magas-frekvencia sebészethez egy optimális rendszert nyújtanak a KARL STORZ rezektoszkópok, a speciálisan kifejlesztett tartozékokkal és az új Hopkins II. optikával együtt.
Kérjük, győződjön meg termékeink minőségéről és kérjen munkatársainktól egy műszerbemutatót.

ENDOSCOP HUNGARIA Kft.
2351 Alsónémedi, Haraszti út 134.
Tel.: 06-29-337-298 Fax: 06-29-337-690

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE
képviselete

Bővebb információért hívja a (06-1)212-2541 vagy a (06-1)213-7550 számot, illetve nézze meg www.owi-online.de oldalunkat.

A HYSTEROSCOPIA DIGITÁLIS BIBLIÁJA
KIZÁRÓLAG AZ OLYMPUSTÓL!

OLYMPUS

THE VISIBLE DIFFERENCE