MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998

HÍRLEVÉL

III. évf. 2. szám
1998. december

Kiadja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága
Felelős kiadó: *dr. Rákóczi István* a MNET elnöke Főszerkesztő: *dr. Gerő György*
Felelős szerkesztők: *dr. Molnár-G. Béla, dr. Nemes András* Szerkesztőségi tel./fax: 62-310-662, 76-481-219

ÉV VÉGI GONDOLATOK

Kedves Kollégák

Az év vége felé közeledve hagyomány a visszatekintés, számvetés. Az elmúlt évet, sőt tágabb értelemben a 90-es éveket elemezve jogosan vetődik fel a kérdés: *hol áll ma a nőgyógyászati endoszkópia világszerte és természetesen hazánkban is?*

Ma már senki sem vitatja, hogy az endoszkópos sebészeti technika kialakulása a 90-es évek sebészeti fejlődésének legjelentősebb eredménye. Az elmúlt évtizedre az volt jellemző, hogy a kezdeti néhány úttörő endoszkópos szakember egyéni tevékenysége után az endoszkópos sebészet széles körben elterjedt. Az új sebészeti eljárás előnyeit számos oldalról felfedezték: egészségügyi vezetők, sajtó, biztosítók és nem utolsósorban a páciensek. Az elmúlt időszakra jellemző volt a hagyományos és endoszkópos sebészet képviselői közötti vita, amely mindkét fél számára pozitív eredményt hozott. Az új évezred küszöbén ma már nyilvánvaló, hogy az endoszkópos sebészeti technika a nőgyógyászati betegek korszerű ellátásában standard eljárássá válik.

Az elmúlt évek eredményeit, tapasztalatait kritikusan elemezve beszélni kell azonban az endoszkópia problémáiról, túlhajtásáról is. Az "it can be done" nem szinonímája az "it should be done" kifejezésnek. Ez fokozottan érvényes az endoszkópos sebészetre. Csak egy példát említek, amely sok helyen mindenképpen a szélsőség felé billent, ez pedig a laparoszkóppal asszisztált hiszterektómiával (LAVH) kapcsolatos. A LAVH technikájával semmi baj nincs, az eljárásnak, mint minden sebészeti beavatkozásnak megvan a pontos indikációja. Világszerte és hazánkban is változó mértékben végeznek LAVH-át. A nem megfelelő indikáció miatt nagy számban végzett LAVH egyik oka a hüvelyi sebészeti technika hiánya. Hangsúlyozni kell, hogy a LAVH-át csak akkor lehet megfelelően kivitelezni, ha a műtétet végző ismeri a hüvelyi műtéti technikát. Sok nőgyógyász szerint a hiszterektómiák legnagyobb része hüvelyi úton elvégezhető (50-70%) minden laparoszkópos segítség nélkül. Ennek a felismerése vezetett oda, hogy világszerte nagy súlyt helyeznek a hüvelyi műtéti technika postgraduális képzésére. Erre nálunk is égető szükség van!

Milyen új irányzat várható a nőgyógyászati endoszkópiában?

Az eddigi tapasztalatok alapján ma már egyértelműen látszik, hogy a laparoszkópos technikának jelentős szerepe lesz a nőgyógyászati malignus daganatok (cervix-, corpus-, ovarium carcinoma) kezelésében. A közeljövőben a laparoszkópia (lymphadeneciomia) és a hüvelyi radikális műtét kombinációja jelentősen átalakítja az onkológiai sebészetet. Nagyon valószínű, hogy a következő évtizedben a még dogmaként élő medián laparotomia gyakorlatát felváltja a hüvelyi műtét + laparoszkópia kombinációja.

Mi a helyzet a nőgyógyászati endoszkópiával hazánkban?

Az endoszkópos beavatkozásokat számos helyen, változó mértékben és különböző színvonalon végzik. Sajnos ezek nagyobb része diagnosztikus és nagyon kevés az ún. bonyolultabb műtéti beavatkozás. A hiszteroszkópia (diagnosztikus-operatív) helyzete továbbra is mélyponton van. A hazai endoszkópia fejlődését valójában két tényező hátráltatja: a szemléletváltás hiánya és a pénzügyi nehézségek. Az oktatás világszerte és így hazánkban sem megoldott. A MNET elsőrendű feladatának az oktatás segítését tartja. Ez azonban csak az oktatásban résztvevő intézetek összefogásával valósítható meg, amely jelenleg van kialakulóban.

Remélhetőleg a megújult Hírlevél mindenki tetszését elnyeri. A MNET szeretné rendszeressé tenni a Hírlevél megjelenését, hogy valójában negyedévenként mindenkihez eljuthassanak az endoszkópiával kapcsolatos információk. Erre az új Szerkesztő Bizottság is biztosíték, akik nagy energiával kezdtek hozzá a hírlevél szerkesztéséhez.

Az 1999-es évben mindenkinek jó egészséget, a munkában kitartást kívánok. Bízom benne, hogy az új évben a magyar nőgyógyászati endoszkópia tovább fejlődik.

Prof. dr. Rákóczi István
a MNET elnöke

Beszámoló a MNET Szegedi Közgyűléséről

A Társaság idei Közgyűlésére Szegeden került sor a VI. Kongresszus ideje alatt. Sajnálatos módon az ülésen a tagság csupán 10%-a jelent meg.

Elsőként *Prof. Rákóczi István*, a Társaság elnöke számolt be az elmúlt év eseményeiről és a következő év terveiről. Elmondta, hogy a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elfogadta a Társaság oktatásra és továbbképzésre vonatkozó terveit. Elkészült a "leckekönyv" tervezete is, melynek végleges változatát valamennyi tag hamarosan megkapja. Így lehetőség nyílik az elvégzett tanfolyamok, műtétek igazolására, a kongresszusi részvételek regisztrálására.

2000-ben Budapesten kerül megrendezésre az ISGE regionális kongresszusa, témája: "Laparo-vaginal surgery". A tervek szerint a "Hírlevél" negyedévente fog megjelenni. Főszerkesztőnek *dr. Gerő György* főorvost, szerkesztőknek *dr. Molnár G. Bélát* és *dr. Nemes Andrást* javasolta a Vezetőség.

Az elnöki beszámolót és a személyi javaslatokat a Közgyűlés egyhangúan elfogadta.

Sziller Péter főtitkár beszámolójában elmondta, hogy a Társaságnak 253 regisztrált tagja van. A HIETE rektorának kérésére, a Társaság áthelyezte székhelyét a Szent Imre Kórházba.

Nemes András gazdasági beszámolójában ismertette az elmúlt év gazdasági eredményeit. A MNET vagyona meghaladja a négymillió forintot.

Az Ellenőrző Bizottság beszámolójában *Veszelovszky Iván* főorvos tájékoztatta a tagságot arról, hogy a Társaság működésében az elmúlt évben nem találtak szabálytalanságot. Hozzászólásokat követően a Közgyűlés a beszámolókat elfogadta és megszavazta, hogy a soron következő Kongresszus rendezésének jogát a Pest megyei Önkormányzat Flór Ferenc Kórháza Kistarcsa kapja meg.

BEMUTATKOZIK: a Réthy Pál Kórház (Békéscsaba) Szülészet-Nőgyógyászati osztálya

1991 óta van lehetőségünk laparoszkópos beavatkozások végzésére. Mint a legtöbb osztályon, először kamera nélkül, a szem ellenőrzése mellett dolgoztunk. Ez természetesen behatárolta a végezhető beavatkozások körét. Tubasterilisatio, diagnosticus laparoscopia, adhesiolysis, néhány grav. extrauterina, hydrosalpynx megoldása alkotta a műtéti repertoárt.

1993-ban fejlődött osztályunk műszerparkja. Kamerához, aquapuratorhoz, laparoszkopos kézi műszerekhez jutottunk. Lényegesen kiszélesedett a végezhető beavatkozások köre.

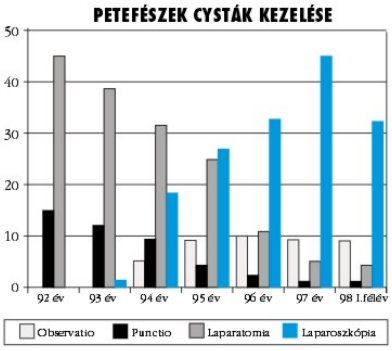
Először a méhen kívüli terhesség megoldása vált rutinná. Ezt követően a petefészek-képletek ellátására helyeztünk nagy hangsúlyt elsajátítva az intraabdominalis varrás-csomózás technikáját. Gondosan vigyázunk arra, hogy ne essünk át a "a ló másik oldalára", részletes kivizsgálással igyekszünk kizárni a képlet esetleges malignitását. Simplex cysták esetén - amennyiben panaszt nem okoznak, - 2-3 hónapos observatio után végzünk csak beavatkozást, amennyiben a cysta átmérője 5 cm alatt van. Dermoid-, ill. endometriosis-cysták megoldására is vállalkozunk. Az adnexumokat érintő beavatkozásaink nagy része cysta-kihámozás az ovarium tokját ollóval megnyitjuk, a cysta-fal eltávolítása után az ovarium sebét dohányzacskó öltéssel beforgatjuk. Ritkábban végzünk adnexectomiát - megfelelő indicatio esetén - coagulálás-vágás, ill. Roeder-loop módszerével. PCO-sy megoldására monopolaris tűelectrodát használunk, ovariumonként legalább 25-30 pontot coagulálva. Extrauterin graviditás ill. hydrosalpynx esetén a tubát monopolaris hook-electroddal nyitjuk meg.

3 éve végeztük az első LAVH-műtétet, melynek indicatioja osztályunkon a következő: lényegében a vaginalis hysterectomia indicatioját terjesztettük ki azáltal, hogy megelőző hasi műtét után először szkóppal az esetleges adhaesiokat oldjuk, az adnexképleteket felülről látjuk el, a hólyagperitoneumot is laparoszkóppal nyitjuk meg, majd vaginalis úton folytatjuk a műtétet.

2 éve kezdtük el a conservativ laparoscopos myoma-műtéteket. Elsősorban fertilis korban tartjuk fontosnak ezt a beavatkozást de a pácienseknek - mint alternatívát - idősebb korban is felajánljuk. Monopolaris hook-electroddal nyitjuk meg a góc legnagyobb kerületén előzetes gondos POR 8 infitratio után. Az uterus sebét egy rétegben továbbfutó PDS öltéssel zárjuk, melynek két végére clippet helyezünk.

Az utóbbi másfél évben szerepel műtéti repertoárunkban a laparoszkópos Burch-műtét. Ennek praeperitonealis, transperitonealis módját egyaránt alkalmazzuk. A cavum Retzii feltárása után a paravaginális fasciába, ill. Cooper-szalagokba behelyezzük az öltéseket, majd a fonalak végeinek sodrásával emeljük a kívánt magasságba a hólyag-húgycső szögletet, s a fonalra helyezett clippekkel rögzítjük a situatiot.

fotó



A közelmúltban kezdtük meg az adnextályog laparoscopos kezelését. Itt a páciens életkora, valamint a műtéti situatio dönt arról, hogy adnexectomiát, vagy a képlet széles megnyitását és lavage-t végzünk.

Ugyancsak nemrégen végeztük az első retrocervicalis endometriosis műtétet, mely talán a legkomolyabb feladat elé állítja a laparoszkópos team-et. Laser híján monopolaris tűelectroddal dolgozunk, az operatőr a hüvelybe vezetett bal kezével controllálja munkáját.

Műszereink fejlődésével, a gyakorlat megszerzésével műtéteink időtartama lényegesen lerövidült. Így a myoma, Burch ill, retrocervicalis endometriosis műtéteken kívül a többi laparoszkópos beavatkozásunk lényegesen gyorsabb, mint a megfelelő nyílt műtét. Az utóbbi évek gyakorlatát tekintve átlagosan 120-140 laparoszkópos műtétet végzünk. A méhen kívüli terhesség, valamint a petefészek cysták megoldása 95%-ban történik laparoszkóppal.

Hysteroszkóppal 2 éve rendelkezünk. A diagnosticus beavatkozásokon kívül polyp eltávolítás, endometrium-ablatio a leggyakrabban alkalmazott eljárás. E téren még sok tanulásra, gyakorlásra van szükségünk.

Osztályunk rendkívüli súlyt helyezett korábban is, jelenleg is az új eljárások elsajátítására, az állandó továbbképzésre. A továbbképzéseken, tanulmányutakon általában két kollégánk vesz részt, s az újonnan tanult eljárásokat együtt végzik. A rutinnak számító, már régebben alkalmazott műtéteknél e két ember valamelyike asszisztensként szerepel, így az osztály összes orvosa jártas az endoszkópiában. Az ügyeleti beavatkozások így nem jelentenek problémát.

Ismereteinket az alábbi intézményekben szereztük, mely intézmények vezetőinek, dolgozóinak - támogatásukra továbbra is számítva - szeretnénk köszönetet mondani:
Jahn Ferenc Kórház Szülészet, Pécsi, Szegedi-, Debreceni Női Klinika, HIETE, Mikkeli Városi Kórház (Finnország), Bad Salzungeni Városi Kórház, Würzburgi Egyetem Oktató Kórháza, Ansbach, Krüssmann Klinika München (Németország).

Rucz Árpád dr.

Gondolatok a nőgyógyászati endoszkópiáról - világkongresszusi tapasztalatok alapján.

Az endoszkópia kemény akadályokon tör előre. Amióta berobbant a nőgyógyászati gyakorlatba, sokak, sok osztályvezető számára is jelentős gondot okoz: befogadja, támogassa, ösztönözze, küzdjön-e a költséges tárgyi feltételek megteremtéséért, avagy inkább álljon ellent, tartsa féken az ambiciózus, az endoszkópia iránt fogékonyabb fiatal munkatársait.

Bizonyosan vannak, akik hajlamosak arra, hogy struccként viselkedve homokba dugják a fejüket, a másokat izgalomba hozó újabb eszközök, módszerek hírét ők meghallani sem kívánják. Nem rendítette meg őket a reproduktív sebészet, a méhen kívüli terhesség és endometriosis laparoszkópos megoldásának lehetősége, nem hozta lázba őket a laparoszkóppal asszisztált vaginális hiszterektómia híre. Nem vonzónak, inkább taszítónak tartják az endoszkópos megoldások térnyerését az uroginekologiai és mikrosebészetben, az onkoginekologiában, riasztónak érzik a falloposzkópiáról, magzati sebészetről, de még az ambuláns, vagy mikrolaparoszkópiáról, operatív hiszteroszkópiáról érkező híreket is. A financiális előnyök nem kézzel foghatóak számukra, hiszen az endoszkópos műtéteket vállaló osztályok és kórházak számára ma még nem haszon az, ami haszon a társadalombiztosítás számára. Drágák viszont, sok kórház számára elérhetetlenül drágák az endoszkópos eszközök. S ha valami módon elő is kerül a rávaló, gyors az amortizáció, s ami tegnap még korszerűnek számított, ma már elavult, második-harmadik vonalbeli, holnap esetleg kidobható. Az utánpótlás pedig késik, alábbhagy a lelkesedés.

Azt hiszem, azért legtöbben fogékonyak vagyunk az irodalomból megismert új módszerek iránt, de hajlamosak vagyunk aggályoskodni és folyton csak mérlegre tenni az endoszkópos műtétek melletti és elleni érvek sokaságát.

Gyakran soroljuk magunkban: fiatalabb korunkban minden vágyunk az volt, hogy egyszer elsajátíthassuk a hagyományos nőgyógyászati sebészet csínyját-bínyját. Végre elértük ezt, s most álljunk be újra a tanulók közé, sok esetben az endoszkópiában nálunknál már előbbre tartó fiatalabb kollégák mögé? Egyébként is túl körülményesek az endoszkópos műtétek, gyanítható, hogy a közleményekben nem ritkán kis esetszámból túlzottan bátor következtetéseket vonnak le mások, sok a nagyotmondás.

És újra és újra: nincs elég pénz a vágyott eszközökre.

Több külföldi kongresszusra jutottam már el korábban. A jegyzetfüzetemet nem szoktam otthon hagyni. A legutóbbi endoszkópos világkongresszusra kifejezetten tanulni mentem. Szerettem volna végre már tisztán látni. A diagnosztikus endoszkópiában volt gyakorlatom, korábbi munkahelyemen azonban eszközök hiányában több évi küzdelem ellenére sem volt módom endoszkópos műtéteket végezni. A miskolci Megyei Kórházban más a helyzet. Ambíciózus, lelkes a csapat, néhányan máris nagy endoszkópos műtéti gyakorlattal bírnak. Az iránytűt azonban nekem kell beállítani. Ezért örültem a lehetőségnek, hogy eljuthatok a világkongresszusra tanulni és szemléletet nyerni. Tartottam attól, hogy a szélsőséges beavatkozások bajnokai elriasztanak majd és megnehezítik a reális következtetések levonását. Nem ez történt. Mértéktartás, higgadt útkeresés jellemezte a Sun City-i Világkongresszust. Hallottam persze észbontó endoszkópos műtéti ötletekről, de ez nem volt zavaró. Inkább segített abban, hogy eldönthessem: meddig szabad elmenni, hol van az ésszerűség határa. Elismerem persze, hogy azok számára, akik a legkorszerűbb eszközök tömegével rendelkeznek, s mellette nagy endoszkópos műtéti gyakorlattal, számukra más lehet az ésszerűség határa. Mégis, azt gondolom, hogy azért, mert van már lehetőségünk endoszkópos úton "a kulcslyukon át" is operálni, azért az "ajtóra" néha még szükségünk lehet.

Attól, hogy valamely műtétet heroikus beavatkozással endoszkópos úton is meg lehet csinálni, még nem következik az, hogy ettől kezdve úgy is kell, csak úgy szabad csinálni a mindennapos gyakorlatban. Tisztelet az útkeresőnek, de a kitaposott útnak is vannak előnyei.

Félre azonban a gyanakvásra okot adó hezitálással. Meggyőződésemmé vált, hogy az endoszkópos műtéteket be kell építeni napjaink nőgyógyászati műtéti repertoárjába. Kollégáim tanusíthatják: ezt nem csak prédikálom, osztályunkon zöld utat, tágteret kapnak az endoszkópos diagnosztikus és -műtéti megoldások. Hogy hol van az ésszerűség határa? Mai felfogásom szerint a diagnosztikus és a kisebb operatív beavatkozásokon túl hiszteroszkópiát tekintve el kell jutni az endometrium-ablatióig és a septum-resectióig. Az operatív laparoszkópiát tekintve pedig az adnex-műtétekig, a myoma enucleátióig és a laparoszkóppal asszisztált vaginális hysterectomiáig. És..., holnap talán még tovább is. Persze a szükséges tárgyi és személyi feltételek biztosítása alapkritérium.

Berkő Péter dr.

EZER (APRÓ?) TRÜKK

Krónikus kismedencei fájdalom feltérképezése ("pain mapping")

A diagnosztikus beavatkozások során, a krónikus kismedencei fájdalom hátterében gyakran (30% körül) semmiféle elváltozást nem tudunk azonosítani. Ezért gyakran előfordul, hogy valakinél olyan beavatkozás történik, mely nem az eredeti fájdalom valódi oka volt. Az USA-ban 1998 novemberében Atlantában rendezett Amerikai Nőgyógyászati Endoszkópos Kongresszusról *Rákóczi István* közvetítette az alábbi módszert:

A beteget nem altatják el, a laparoszkópia kivitelezése lokál anesztéziában történik és az analgéziát i.v. Fentanyl (módosított neurolept analg.) adásával tartják fent. Mikrolaparoszkópia során a trokár behelyezését követően a beteggel kontaktus teremthető. Ekkor a laparoszkópia során egy tompa pálcával végigtapogatják a kismedencei fájdalmat előidéző és így szóbajövő helyeket és a tudatánál levő beteg reálisan jelezni tudja a fájdalom helyét és mértékét. Az eljárás az aneszteziológussal való szoros eggyüttműködést tesz szükségessé. A módszerrel pontosan lokalizálható a kismedencei fájdalmak oka és így a megfelelő, oki műtéti megoldás jöhet szóba.

KÖRKÉRDÉS

Tuboovariális abscessus műtétes megoldásai

Kedves kollégák. A **KÖRKÉRDÉS** c. rovatot állandónak szánjuk. Minden alkalommal a szakma vezető - önkényesen kiválasztott - reprezentánsaitól kérünk választ ugyanazon, általunk kiválasztott kérdésre. A felkérteknek megírjuk, hogy igen rövid, lehetőség szerint 3-4 mondatos választ várunk. s hogy a kérdés véleményünk szerint is többféle megoldást kínál, a válaszok valószínű vitaindítók lesznek, miként a tényleges gyakorlat is eltérő az egyes hazai intézményekben. Bizonyos meglévő problémák, állapotok, fejlődési irányok újszerű megvilágítását reméljük a sorozattól.

Ez alkalommal a kérdésünkkel csak intézményvezető professzorokat és osztályvezető főorvosokat kerestünk meg. A megkérdezettek közé a klinikai igazgatókon kívül 30 főorvos került. A kérdés a következő volt:
Milyen (laparoszkópos, laparotómiás vagy egyéb) műtétes megoldást választana friss tuboovariális abscessus esetén fiatal, még nem szült, lázas nőbetegnél, amennyiben a műtét indikációja fennáll?

Őszintén köszönjük azoknak, akik megtiszteltek bennünket válaszaikkal, vállalták álláspontjuk megfogalmazását és hozzájárultak azok közreadásához. Az olvasó ne várjon tudományos igényű, de még csak véglegesnek tekinthető állásfoglalásokat se, viszont várhat egy, a saját tájékozódását elősegítő hazai körképet. A beérkezett válaszokat változtatás nélkül, szószerint adjuk közre. (*A Szerkesztők*)

Prof Dr. Borsos Antal:

Az általad felvázolt esetben véleményem szerint is helyes megoldás a korai laparoszkópia, amely során lehetőségünk van az összetapadt kismedencei peritoneális felszínek tompa szétválasztására, illetve az onkotómiára + drainage-ra is. Fertilis korú nőknél a szervmegtartó műtétekre a korai műtéteknél van lehetőségünk és ezt legjobban a laparoszkópia biztosítja.

Prof Dr. Kovács László:

A kérdésben leírt esetben a tuboovariális abscessus diagnosisa feltehetően tapintási és ultrahang vizsgálati leleten és gyulladásra utaló kóros tüneteken (láz, leukocytosis, gyorsult süllyedés, stb.) alapul. Nem szerepel, hogy jobb vagy baloldali elváltozásról van-e szó, vagyis a periappendicularis abscessus, vagy infillratio differenciál diagnosztika problémát okoz-e?

Első beavatkozásként a laparoszkópiát választanám, ez egyben a diagnózis megerősítését is szolgálja. Ha valóban tuboovariális képletről van szó, annak punctióját, ha abscessusnak bizonyul, a gennyből mikrobiológiai vizsgálat elvégzését, a tályogüreg kiadós átöblítését és drainezését, széles spektrumú, majd a mikrobiológiai lelet birtokában célzott antibiotikus kezelését választanám.

Ha a beavatkozást követően a klinikai kép kellő mértékben nem javul (érzékenység csökkenése, a képlet megkisebbedése, láz leukocytosis megszünése stb.) akkor a várható kismedencei, vagy akár generalizált peritonitis megelőzése érdekében a laparotómiás feltárás és a méhfüggelék eltávolítása is indokolttá válik.

Prof Dr. Papp Zoltán:

A nagyon pontosan körülírt esetben a cél a gennyes kismedencei gyulladásos góc minél gyorsabb felszámolása, hogy a folyamat tovaterjedését haladéktalanul megállítsuk. Ugyanakkor a beavatkozás a lehető legkisebb mértékű csonkítással kell járjon a fertilitas minél jobb esélyének megőrzése érdekében. Ezért parenteralis antibioticum kezelés árnyékában, laparotómia és draigane végzését javasolom az eset megoldására. Egyenlőre kevés olyan esettel találkoztam, ahol a laparoszkópos utat javasoltam volna.

Prof. Dr. Paulin Ferenc:

Széles spektrumú antibiotikus therápia védelmében a laparotomiát javaslom a lehetséges maximális konzervativizmussal. Drain behelyezése szitustól függően, vagy Douglason keresztül, vagy szívó drain a hasfalon kivezetve alapos hasűri öblítés után. Laparoszkópiát, a Trendelburg helyzetből adódó esetleges komplikációk miatt egyenlőre nem alkalmazunk.

Prof. Dr. Gardó Sándor:

Friss tubovarialis abscessus esetén nulliparáknál mindenképpen a laparoszkópiát részesíteném előnyben. Ez egyrészt lehetővé teszi a pontos stádiumbeállítást, másrészt az esetek egy jelentős részében a műtéti megoldást is. Az idejében elvégzett beavatkozás (összenövések oldása, tályogüregek kiürítése) révén elkerülhető a csonkító műtét. Fontos a műtéti terület drainezése illetve Betadinos oldattal történő öblítése 2-3 napon át. Mindez adequat széles spektrumú antibiotikum kezeléssel egészítendő ki.

Dr. Apró György:

Friss, tuboovarialis abscessus esetén, fiatal, még nem szült, lázas betegnél, amennyiben műtét indokolt, osztályunk gyakorlatában a laparoscopiás exploratiót választjuk. Stratégiánk a pus eltávolítása, a lehető maximális szervkonzerválás mellett. A tályog megnyitása, a pus evakuálása, hasüri lavage, drainage és széles spectrumú, majd célzott antibiosis a rutin. A módszert szült nők esetében is preferáljuk. Kivételt képez a Douglasban fixált, hüvely felöl könnyebben megközelíthető tályog, ahol kolpotomiát, drainage-t tartunk megfelelőnek.

Dr. Berkő Péter:

Tuboovarialis abscessus valószínűsége esetén elsődleges fontosságú a feltételezett diagnózis megerősítése, ill. kizárása. Erre kiválóan alkalmas, sőt a legalkalmasabb megoldás a diagnosztikus laparoszkópia. Ha a diagnózis biztos, mindenképpen műtétre van szükség.
Kérdés, hogy laparortomiát, vagy operatív laparoszkópiát végezzünk?
Ha az abscessus dg. mellett acut has, diffúz peritonitis is fenáll, mindenképpen laparotomiát kell végezni, ennek során pedig góceltávolítást. Biztonsági szempontból fiatal, még nem szült nő esetében is így kell dönteni.
Ha acut has, életveszély nincs, akkor szülni már nem akaró nő esetében laparotomia és góceltávolítás javasolt. Ha a beteg még szülni szeretne, akkor operatív laparoszlópia javasolt a lehetőségek szerinti maximális szervkímélő megoldással. Ennek során az

abscessus -üreg, a has igen bő folyadékkal történő átmosása, drainage és széles spektrumú (aerob és anaerob bacteriumokra is ható) antibiotikus terápia szükséges.
Douglas-tályog, chr. kismedencei gyulladásos conglomerátum esetén laparotomia szükséges. A korábban favorizált hüvelyen át történő punctiót, colpotomiát elfogadhatatlan, túlhaladott megoldásnak tartom.

Dr. Bódis József:
Első műtétes megoldásként a laparoszkópiát választanám, mivel tapasztalataim szerint az esetek 50-60%-a a módszerrel teljes mértékben megoldható. A konkrét esetben a kismedencében kialakult adhesiók tompa oldását, a tályogűr megnyitását, a benne található pus leszívását, többszöri Bethadinos Ringer oldattal történő irrigálását végezném. A hasüreg több liter Ringer oldattal történő átöblítése után a Douglas üregbe két műanyag draine-t helyezünk, melyeken keresztül a postoperativ időszakban is lehetséges a kismedence átöblítése. Természetesen a műtétet széles spektrumú antibiotikum kombináció védelmében végezzük, melyet szükség esetén a bakteriológiai vizsgálatok alapján a későbbiekben változtatunk.

Dr. Bognár Zoltán:
A kórelőzmény (esetleges IUD), a vaginalis UH vizsgálat, a laborvizsgálatok (fokozott We. Fvs és a reactiv throm-bocytosis) valamint a bimanuáriális vizsgálat nagy valószínűséggel biztosítja a tuboovarialis absc. diagnozisát.
A nehézséget inkább az okozza, hogy milyen régi a folyamat. Korábbi konzervatív kezelések az előzményben, magas We. és közel normális fehérvérsejt szám, panaszok miatt néhány hónapon belül eltávolított IUD, konszolidált ált. állapot, inkább régebb óta fennálló folyamat fellángolására utal.
1994-től máig 46 tuboovarialis abscessust diagnosztizáltunk. 23 esetben viselt a beteg IUE-t. 36 betegnél a hagyományos módon jártunk el, 10 esetben történt laparoszkópiás megoldás, ebből 8 eset az utolsó 2 évben fordult elő.
Irodalmi adatok alapján az esetek kb. 60%-ában spontán teherbeesés következik be contraceptio nélkül (Raiga J. et al, Fertil, Steril. 66, 712-717, 1966).
A laparoszkópos megoldás rendelkezik az endoszkópia minden előnyével, eddig kimutatható hátrányok nélkül. Magunk laparoszkópiás megoldást ajánlunk a személyi és tárgyi feltételek megléte esetén.

Dr. Demeter János:
Az Endoszkópos Társaság "Körkérdésére" munkatársaimmal folytatott hosszas megbeszélés alapján véleményünk abban az irányban körvonalazódott, hogy a fiatal nőbeteg laparoszkópos műtét útján gyógyítható meg leghatékonyabban. Íly módon számára mind rövid, mind hosszútávon a legkedvezőbb prognózist biztosítani.

Dr. Godó György:
Alhasi fájdalomról panaszkodó lázas betegnél indikált a laparoszkópia, ha a bimanuális illetve a transzvaginális ultrahang vizsgálat tályogot jelez. Az endoszkópos műtét kapcsán legfontosabb törekvésünk, hogy a petefészkek és a petevezetők épségét, funkcióját megőrizzük és ezen keresztül megelőzzük a tartós fájdalmat és infertilitást okozó krónikus gyulladásos elváltozások (összenövések, hydrosalpynx) kialakulását. A laparoszkópos beavatkozás sikerének az az alapja, hogy a peritoneális térből a gyulladásos-nekrotikus izzadmányt eltávolítjuk, az összenövéseket oldjuk, a hasüreget többszörösen antibiotikumot tartalmazó oldattal átöblítjük és ezáltal elősegítjük a peritoneális védőrendszerek működését. A laparoszkópos műtéti beavatkozás kombinálása széles spektrumú intravénás antibiotikum adásával a leghatásosabb módszere a tuboovarialis tályog kezelésének.
Megjegyzem, hogy a nem invazív vizsgálatokkal a tályog jelenléte csak feltételezhető, laparoszkópia segítségével azonban a diagnózis csaknem 100%-os pontossággal megállapítható. Ugyanakkor a kismedencei tályog klinikai képéhez hasonló tüneteket okozó egyéb megbetegedések, mint pl. appendicitis, endometrioma, szeptikus thrombophlebitis, méhen kívüli terhesség, stb. elkülöníthetők.

Dr. Kneffel Pál:
Jelenlegi körülményeim között laparotómiát végeznék az adott betegnél, figyelembe véve a szituációt lehetőleg konzervatív megoldásra törekedve.

Dr. Krasznai Péter:
Friss tuboovariális abscessus esetén nem szült nők esetében is gyakran alkalmazzuk, természetesen megfelelő antibiotikus védelemben a Douglas drain behelyezését és amennyiben a tuboovarialis abscessus megfelelően helyezkedik el, ennek hüvely felöli kiürítését. Általában maximális konzervatizmusra törekszünk és műtétet csak akkor végzünk, ha a fenti terápiás eljárások elégtelennek bizonyulnak. Néhány esetben éppen az irodalmi adatok alapján megpróbálkoztunk laparoszkópos megoldással, ami lényegében has felöli szemkontroll melletti drainálást jelent. Eredményeink a két megoldás esetén hasonlóak voltak. Valószínűleg a laparoszkópos eljárások terjedésével párhuzamosan osztályunk gyakorlatában is ilyen irányú megoldások fognak előtérbe kerülni.

Dr. László Ádám:
Körkérdésedre válaszolva laparoszkópos műtét mellett döntenék, mégpedig az acut stádiumban még laza adhaesiók oldása maximális szervkímélettel - elsősorban hydrodissectióval -, majd a tuboovariális képlet megnyitása (lineális salpyngotómia), a bennék leszívása után bőséges, akár 5-10 l mosófolyadékkal hasűri öblítés, drainage. A postoperatív szakban 72 órán át peritonitises, septikus betegként ápolva parenterális antibiotikus kezelés, infúziós folyadékpótlás akkor is, ha a beteg láztalan és nincsenek peritoneális tünetei.
Fenti véleményem nem elméleti, mivel osztályunk gyakorlatában már alkalmaztuk ezt a protokollt sikerrel.

Dr. Prievara Ferenc Tibor:
A lehető leghamarabb laparoszkópiát kell végezni, a műtétkor a "szervmegtartó" szemlélet az irányadó. A műtét mintavétellel kezdődik - bakterologia, 1.a. cytológia is -, az operatív tevékenység alapos lavageval folytatódik, végül a drainálás kötelező. Az antibiotikus kezelést (empirikus) lehetőleg már a műtét előtt, de legkésőbb a narcosis bevezetésekor kell elkezdeni, antibiotikumot váltani a bakterológiai lelet figyelembevételével kell.
A kérdést körkérdés formájában kollégáimnak is föltettem, a válaszadók mindegyike laparoszkópiát javasolt.

Dr. Rucz Árpád:
Masszív antibioticus védelemben, korrekt UH és laborkivizsgálást követően acut szakban laparoszkópiát végzünk. Tapasztalatunk szerint ilyen korai stádiumban a fibrines adhaesiók viszonylag könnyen oldhatók, így a tályog felkeresése nem okoz gondot. A tályogot monopolaris hook-elektródával hosszan megnyitjuk, bennékből tenyésztésre küldünk, és nagy mennyiségű langyos sóoldattal átöblítjük. Maximálisan törekszünk a szervmegtartásra, kb 1 liter antibioticum oldatot hagyunk a hasüregben, a Robinson draint a műtétet követően néhány órára leszorítjuk.

KÖRKÉRDÉS

Dr. Ruczicska Tibor:

Mindenképpen törekedni a laparoszkópos konzervatív megoldásra: hydrodissectio, esetleg tompán oldani az összenövéseket, bő (több liter) hasűri öblítés (betadinos), amit egy-két napig még lehet ismételni (kétoldali öblítő-drainekkel) és lehetőleg célzott antibiotikus therápia.

Dr. Tiba János:

Amennyiben egyértelműen fennáll a műtéti javallat és az intézmény rendelkezik a megfelelő modern laparoszkópiás felszereléssel és meg-felelő biztonságos gyakorlattal, úgy a laparoszkópiás beavatkozás az elsőként választandó lehetőség.

Dr. Tóth Károly Sándor:

A Szent Margit Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán 1995 óta, friss tuboovarialis abscessus esetén fiatal, még nem szült lázas betegenél, amennyiben a műtét indikációja fennáll, kombinált, szélesspektrumú antibiotikus kezelést követően mindig laparoszkópiát végzünk. A műtét során bakterológiai mintavétel után az adhéziókat tompán szétválasztjuk, a kialakult tályogüreget megnyitjuk. A purulens váladék kiszívását követően a kismedencét nagy mennyiségű Betadineos oldattal átmossuk. A necrotikus szöveteket eltávolítjuk, majd a mosást addig folytatjuk (a rekesz alatt is), amíg tiszta mosófolyadékot nem nyerünk.
Tapasztalataink szerint a posztoperatív időszakban az addig lázas betegek gyorsan láztalanná váltak, szövődmény nem fordult elő.
A műtét után 3-6 hónappal kontroll laparoszkópiát végzünk a beavatkozás hatásosságának tisztázása céljából.
Eddigi eredményeink igazolják azt a feltevést, hogy az időben végzett laparoszkópos műtét csökkenti az antibiotikum szükségletet, a kórházi ápolás időtartamát és lehetőséget nyújt a fertilitás megőrzésére.

Dr. Veszelovszky Iván:

Antibiotikus védelemben előnyben részesítjük fiatal, nem szült nőbetegeknél a laparoszkópos műtéti megoldást. Az esetleges friss összenövések oldását követően a tályog megnyitását, leszívását, illetve behtadinos lavageját végezzük, majd draint helyezünk be. Kevés betegszámunk alapján az eljárás kedvezőnek tűnt.
Tervezzük, hogy mint a nyitott műtéteknél, úgy az endoszkópos abscessus műtét esetén is 24 órás lavaget alkalmazunk.

Kérdőíves adatgyűjtés hazai endoszkópos beavatkozásokról

1. rész Laparoszkópia

Az 1998-as szegedi kongresszusra készülve a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságnak vezetősége megbízott, hogy végezzek adatgyűjtést a hazánkban folyó endoszkópos munkáról. A kérdőíves adatszolgáltatásokat mindenki (én is) hárítja, mivel egyrészt sok munkával jár az adatok kigyűjtése, másrészt nem szeretjük, ha bekukucskálnak a függönyök mögé. Talán ennek is köszönhető, hogy megkeresett 102 címzett közül csak 41 válaszolt. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy minden megkeresett intézetben valóban van endoszkópos tevékenység, de udvariasságból minden osztályvezető főorvosnak, professzornak küldtünk levelet. Bár megemlítem, hogy egy egyetemi klinika szintén nem válaszolt megkeresésünkre. A beérkezett adatokat összegeztük egy táblázat kezelő programmal és az eredményeket összehasonlítgattuk az elérhető irodalmi adatokkal. Ehhez jó segítség volt J.F. Hulka, B. S. Levy, A.A. Luciano, W.H. Parker, J.M. Phillips: 1997 AAGL Membership Survey: Practice Profiles (J. Am Assoc Gynecol Laparosc {AAGL{ 5 (2):93-96, 1998.) idén megjelent hasonló célú áttekintése.

A legelőször szembetűnő a hazai adatokban, hogy jóval alacsonyabb a hiszteroszkópos beavatkozások száma a laparoszkópiához képest, mint az Egyesült Államokban: 17% és 83%, míg ez az arány "odaát" 45% és 55%! A kongresszusokon történt személyes beszélgetések is arra utalnak, hasonlóan a fenti adatokhoz, hogy amilyen lendülettel szerelték fel az osztályokat laparoszkóppal, épp olyan hirtelen megrekedt a hiszteroszkópia elterjedése Magyarországon. A jó öreg "Cu" még mindig biztosabb.

A laparoszkópos beavatkozások összesítését az alábbi táblázatban adom közre. (A táblázat adatsoraiból kifejeztük száz alékban is az értéket ott, ahol össze lehetett hasonlítani az fentebb említett forrás adataival).

		MNET	AAGL
Diagnosztikus	1488	27%	20%
Operatív	3864		
Adhaesiolysis	736		
Adnexectornia	254		
Appendectonia	1		
Biopsia	187		
Coagulatio/sutura vulneris uteri	26		
Cysta punctio	196		
Cystectomia (resectio ovarii)	423	7,9%	20%
Elecrtocoagulatio ovarii (LASER coagulatio)	268		
Endometriosis coagulatio (LASER vaporisatio)	152		
LAVH	98	1,8%	17%
Milking ont (grav. extraut. miatt)	21		
Myoma coagulatio	5		
Myoma enucleatio	49		
Oophorectomia	79		
Resectio tubac	40		
Salpingectomia	207		
Salpingoneostomia	89		
Salpingotomia	146		
Sterilisatio	1638	30%	20%
Transsectio lig. sacout. (LUNA)	36		
Vecchietti-féle hüvelyképzés	8		
Ventrofixatio	7		
Semm-féle LASH	4		
Methotrexat injectio	2		
Onkotomia	4		

Egyetlen dolgot emelnék ki csak a laparoszkópiás adatok adatokból: az endoszkópiát művelő intézményekben a méhen kívüli terhességek 50%-át oldják meg laparoszkópiával, míg ez a tavaly regisztrált hazai 1460 esetnek csak alig 19%-a!

A beszámoló második része a hiszteroszkópia országos helyzetéről és az endoszkópia során előforduló szövődményekről fog szólni.

Bacskó György

Társaságunkról

Az endoszkópiával foglalkozó szakemberek és az endoszkópia iránt érdeklődő orvosok és műtősnők 1992-ben Székesfehérváron megalakították a Magyar Nőorvos Társaság Endoszkópos Szekcióját. Még ebben az évben 2 szimpóziumot rendezett a szekció (Budapest, Pécs). 1993-ban Kaposváron a Szekció önállósította magát, az alapszabály elfogadását követően a jelenlévők megalakították a Magyar Nőgyógyászok Endoskópos Társaságát.

A Társaság munkáját 15 tagú Vezetőség irányítja. 3 tagú ellenőrző bizottság kíséri figyelemmel, hogy a Társaság az Alapszabályban, ill. a Szervezeti és Működési Szabályzatban rögzítetteknek megfelelően működjön. A Társaság regisztrált tagjainak száma közel 300 fő, a tagság 5%-át a műtősnők képviselik. A tagsági díj az alakulás óta nem változott.

Az elmúlt évek során a Társaság számos kongresszust és szimpóziumot szervezett neves külföldi szakemberek részvételével. Minden kongresszuson külön program foglalkozott a műtősnők továbbképzésével.

1996-ban jelent meg Rákóczi és Gerő szerkesztésében a Nőgyógyászati Endoszkópia c. könyv, az első magyar nyelvű összefoglalása a laparoszkópia és a hiszteroszkópia területén addig felhalmozódott ismereteknek neves hazai és külföldi szakemberek tollából. A kor elvárásainak megfelelően a Társaság Vezetősége a tagság véleményének messzemenő figyelembevételével megalkotta a MNET Laparoszkópos és Hiszteroszkópos Oktatási Programját. 1997-ben a Szakmai Kollégium az Oktatási Programot megvitatta és kisebb módosításokkal elfogadta.

Az elmúlt évben a Társaság Vezetősége "Veress emlékérem" alapítását határozta el. A Veress Emlékérem a MNET kitüntető adománya, mellyel a nőgyógyászati endoszkópia művelése-ben, fejlesztésében és oktatásban kiemelkedő hazai és külföldi szakembereket tüntet ki. A Veress Emlékérmek első átadására 1997 szeptemberében Budapesten, a Társaság V. kongresszusán, ünnepélyes keretek között került sor, Veress dr. özvegyének és gyermekeinek jelenlétében. A hazai szakemberek közül elsőként *Prof. dr. Csaba Imre* vehette át a Veress Emlékérmet.

Sziller Péter dr.

Beszámoló a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága VI. Kongresszusáról

Szeged, 1998. szeptember 25-26.

Az éppen az idén 5 esztendős Társaság, VI. Kongresszusát tartotta 1998. szeptemberében a SZOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika rendezésében. A Kongresszus a hagyományokhoz híven, nemcsak beszámoló a hazai nőgyógyászati endoszkópiai tudományos eredményeiről, hanem egyszersmind továbbképző jellegű találkozó is. A továbbképzés az orvosok számára is fontos, de komoly szerepet kap a műtősnők tájékoztatása is, a nekik szóló referendumok formájában.

Az ünnepélyes megnyitó vendégeit *Gellén János* professzor, a Kongresszus Szervező Bizottságának elnöke köszöntötte, majd *Kovács László* professzor a Kongresszus díszelnöke nyitotta meg a tudományos tanácskozást. A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem nevében *Telegdy Gyula* akadémikus, rektorhelyettes a város képviseletében *dr. Szalay István* polgármester, a magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága részéről *Rákóczi István* professzor, a Társaság elnöke köszöntötte a résztvevőket.

A tudományos program keretében *Keckstein* professzor, Villachból, az endometriosis diagnosztikájáról és operatív-endoszkópos kezeléséről, *Gordts* professzor, Leuvenből, a transvaginalis hydrolaparoszkópiáról tartott nagy érdeklődéssel kísért referátumot. A több mint 200 résztvevő lenyűgözve élvezte Keckstein professzor video-bemutatóját egy, a rectumra terjedő, súlyos endometriosis laparoszkópiás-műtéti megoldásáról. A péntek délelőtti szekció a Veress-emlékérem átadásával fejeződött be. Ez alkalommal Keckstein és Gordts professzorok kapták a Társaság által alapított érmet és oklevelet.

A péntek délutáni tudományos program során - amely felölelte a nőgyógyászati endoszkópia csaknem valamennyi területét - 27 előadást és video-bemutatót kísérhetett figyelemmel a nagyszámú hallgatóság.

A Kongresszus másnapján került sor a - főként a műtősnőknek szóló - továbbképző előadásra a hiszteroszkópiáról. Kitüntetett érdeklődés kísérte *Molnár-G. Béla* egyetemi magántanár didaktikus, kitűnő referátumát az endoszkópia szerepéről az asszisztált reprodukcióban. E napon került sor a Társaság évi közgyűlésére is. A tudományos programot a poszterszekció vitája zárta.

A kétnapos Kongresszus társasági programjának fénypontja az ópusztaszeri kirándulás volt, a Feszty-körkép megtekintésével és az épület Árpád-termében tartott baráti vacsorával egybekötve.

Befejezésül Rákóczi professzor foglalta össze a Kongresszus tanulságait, eredményeit, és köszönetét fejezte ki a rendezőknek és a szponzoroknak. A Kongresszus nemcsak szakmai haszonnal járt, de a baráti kapcsolatok is tovább erősödtek, szorosabbra fonódtak. A Társaság további sikeres működése szempontjából mindkettő nagy fontosságú.

Gellén János dr.

BEHARANGOZÓ

A Magyar nőgyógyászok Endoszkópos Társasága soron következő, VII. Kongresszusát a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Nőgyógyászati Osztálya rendezi a jelenlegi tervek szerint 1999. október 8-9-én (péntek-szombat). Az érdeklődőket szeretettel várjuk.
Részletes információk a következő Hírlevélben.

Dr. Gerő György
a szervezőbizottság elnöke

ÚJ MÓDSZEREK

Dr. Molnár-G. Béla

Transvaginális hydro-laparoszkópia

A beavatkozás elnevezésének megértéséhez hozzátartozik, hogy az eljárást először mini culdoscopiának nevezték. A culdoscopia a Douglas üreg (francia elnevezése után cul de sac) vizsgálatára kifejlesztett módszer. Nevezték még vaginális coelioszkópiának, colpo-laparoszkópiának, Douglas-scopiának is. Az eljáráshoz főződő számtalan negatív élmény, de valójában inkább a súlyos betegségek, amelyek kapcsán alkalmazásra került, arra sarkallták az új endoszkópos módszer kifejlesztőit, hogy az eljárás elnevezéséből a culdoszkópia szó kimaradjon, s legyen inkább transvaginális hydrolaparoszkópia. Ez jól kifejezi, hogy a hüvelyen, annak hátsó boltozatán keresztül egy optikai eszköz hasüregbe való bevezetéséről van szó, s hogy az eljárás során nem széndioxid, hanem folyadék a distendáló anyag.

A laparoszkópia során a hasfalon keresztül vakon bevezetett műszer és a széndioxid peritoneum alkalmazása a diagnosztikus laparoszkópiát fájdalmas és invazív beavatkozássá teszi, még akkor is, ha a speciálisan vékony, mini laparoszkópot alkalmazzák. Az infertilitás kivizsgálása során ugyancsak hátrányként jelentkezik a CO_2 gáz szárító hatása, mely károsíthatja a tuba uterinák fimbriális szakaszát. Amióta a mini endoszkópok a piacon hozzáférhetők, a culdoszkópia helyett ún. culdocentesis végezhető, melyen keresztül a laparoszkóp a hasüregbe vezethető.

A vizsgálat menete a következő: A beteg kőmetsző helyzetben fekszik a vizsgáló illetve műtő asztalon. A hátsó boltozat középvonalában, kb. 1,5-2 cm-re attól a helytől, ahol a hüvelyfal a portióra rásimul, 2 ml 1%-os lidocainnal helyi érzéstelenítést alkalmazunk. Ezt követően egy speciális trocart vezetünk a hasüregbe. Az optika 2,7 vagy 3,2 mm átmérőjű semirigid vagy rigid típusú legyen. Distendáló médiumként fiziológiás só alkalmazható. Kamerát helyezve az optikára a monitoron a beteg végignézheti a beavatkozást, az észlelt változások azonnal megmutathatók, megbeszélhetők. A kürtátjárhatóság is ellenőrizhető metilénkék méhüregbe való befecskendezésével. Lényeges előnynek számít, hogy a kismedencei szervek szinte úsznak a distendáló folyadékban, aminek következtében igen jól vizsgálhatók, különösen a kürt fimbriális szakasza. Az ováriumok caudális vége, valamint a fossa ovarica is jól megítélhető minden további műszer bevezetése nélkül. Így az itt gyakran előforduló endometriosis is könnyen diagnosztizálható.

A régi-új módszer kifejlesztői, Gordts és munkatársai (Leuven Institute for Fertility and Embriology) alkalmasnak tartják az eljárást ambulanter alkalmazásra is, s kifejezetten ajánlják az elsővonalbeli vizsgálatok közé az infertilitás kivizsgálása során.

Szót kérnek a szerkesztők!

Semmi nem változott, csak szeretnénk rendszeresen megjelenni. Ehhez egy Hírlevélben az kell, hogy legyen érdemi híranyag.

Nyitottunk néhány rovatot és készültünk újakra. Ha valaki kézbe veszi, az fusson át az agyán, hogy: Na mit írnak ezek a pernahajderek? A Hírlevél nem tudományos műfaj, hanem az információáramoltatás egyik lehetősége. Nem teljesen súlytalan, de a szerzői, szerkesztői felelősség sokkal kisebb.

Elképzeltük, hogy ami fehér asztal melletti szakmai beszélgetésekben elhangozhat, és amiket senki sem akar nyomtatásban megjelentetni, azt mi leírjuk és körbe(közre)adjuk.

Kérjük a kollégákat, hogy anyagaikat lehetőség szerint E-mail-en juttassák el az alábbi címre:

mgbkaali@tiszanet.hu

KÖNYVFIGYELŐ

Nőgyógyászati laparoszkópos sebészet.

Szerk: Herz Péter
Petit Print Lap- és Könyvkiadó Kft.
Budapest 1997.

Igazán elégedettek lehetünk az endoszkópia térhódításával Magyarországon. Három évvel a Nőgyógyászati Endoszkópia (szerk: Rákóczi István és Gerő György) után ismét kezünkbe vehetünk egy igényes, jól olvasható, tényekre alapozott laparoszkópos könyvet. A szerkesztő (aki tíz fejezet szerzője) sok magyar endoszkópos előtt talán ismeretlen, de érthető, hiszen a 80-as évek végétől Angliában dolgozott. Ott szerzett tapasztalatait és olyan világszerte ismert szerzők írásait fogta össze mint: R. Garry, R. Odell, H. Reich, J Phipps, K. Semm, D. Querlou. Nagy örömünkre kiváló magyar laparoszkópos centumokból is írtak egy-egy fejezetet: Rákóczi István, Gerő György, Szendei György, Papp Zoltán, és Inovay János.

Az igényesen kivitelezett könyv praktikus tanácsokkal szolgál a mindennapi munkában, de fő erőssége, hogy tényekkel alátámasztott ajánlásokat tesz egy-egy vitatott kérdésről. A gazdag irodalmi hivatkozás minden fejezet végén sokat segít a témában elmélyülni szándékozónak. Nagyszerű minőségű képanyaga igazán élvezetes, kár hogy néhány kép messzire került a szövegkörnyezettől ill. a feliratok néha nem pontosak.

Több fejezetet szentel a könyv a méheltávolítás laparoszkópos útjainak, külön csemege a "laparoszkópia cápájától" olvasható intrafascialis vaginalis hysterectomia, ami bár nem endoszkópos műtét, de kimeríti a laparoszkópia alapelveként hangoztatott minimális invazivitás fogalmát.

A legtöbb fejezetben találtunk egy-egy kiemelt megjegyzést, ami vagy a túlzásoktól óv bennünket vagy kényes pontokra hívja fel a figyelmét a kezdő laparoszkópos sebésznek. Összességében elmondható, gazdagabb lett a magyar endoszkópos szakirodalom ezzel a könyvvel, de ajánlom minden nem laparoszkópizáló nőgyógyász könyvespolcára is, mert aki maga nem is műveli a laparoszkópiát, de a könyvet elolvasva, minden bizonnyal szélesebb körben javasolja használatát saját osztályán is.

Bacskó György dr.