



A Magyar Menopausa Társaság
és a Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati
Endokrinológiai Társaság

III. KONGRESSZUSA FÓKUSZBAN A NŐI ENDOKRIN JÓLLÉT

2019. június 13-15.
Hotel Sopron, Sopron

PROGRAMFÜZET

KEDVES KOLLÉGANŐK ÉS KOLLÉGÁK!

A Magyar Menopausa Társaság (MMT), valamint a Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság (MSZNET) 2019. június 13-15. között immár harmadik alkalommal ismét közösen tartja biannuális kongresszusát Sopronban. A közös rendezés oka egyszerű: a sikeres együttműködés évek óta bizonyítottan eredményes, a két társaság szakembereinek tudása nem csupán kiegészül, hanem megsokszorozódik. Terveink szerint az idén csatlakozik hozzánk a Német-Magyar Nőorvos Társaság soros konferenciája, valamint a Lengyel Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság jeles szakértői is beszámolnak legújabb eredményeikről.

Az idei kongresszuson is sok közös témát érintünk a két területről. A felkért referátumok és a bejelentett előadások felölelik a szülészeti és nőgyógyászati endokrinológia teljes spektrumát: a serdülőkortól a seniumig terjedő időszak nőgyógyászati endokrin problémáit, valamint a menopauzális medicina aktuális kérdéseit – tartalmazva a legújabb eredményeiket és szakmai tapasztalatokat. A kongresszus témái azonban nemcsak a menopauza, illetve a szülészeti és nőgyógyászati endokrinológia irányába specializálódott orvosok, hanem valamennyi szülész-nőgyógyász szakorvos és rezidens, valamint az orvoslás más területein dolgozó orvosok és szakdolgozók érdeklődésére is számot tarthatnak. Az MMT és az MSZNET Kongresszusának Szervező és Tudományos Bizottsága és a két Társaság Vezetősége bízik abban, hogy a konferencia jó lehetőséget biztosít a szakmai megbeszéléseken túl a kollégákkal történő találkozásra, az ismerkedésre és a véleménycserére. Reményeink szerint a csodálatos helyszín és a társasági programok is segíteni fogják a tartalmas kikapcsolódást.

Az előző két sikeres közös kongresszusunk bizonyította: érdemes velünk tartani!

Önt is tisztelettel, barátsággal várjuk Sopronba!

Prof. Dr. László Ádám
MMT elnöke

Prof. Dr. Szilágyi András
MSZNET elnöke



A fenti beköszöntőt Elnökünk, Prof. Dr. Szilágyi András még egészségben, idejét, ahogy az elmúlt évek során folyamatosan, a mindennapi betegellátás mellett a Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaságnak és a jelen kongresszus szervezésének szentelve írta. Februárban érkezett a hír súlyos betegségéről, amit méltósággal viselt; 2019. május 22-én családja körében elhunyt.

A Magyar Menopausa Társaság és a Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság III. Kongresszusát a Német-Magyar Nőorvos Társaság és a Lengyel Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság részvételével

Prof. Dr. Szilágyi András †
emlékének szenteljük

A Szervezőbizottság nevében
Dr. László Dániel, a MSZNET Főtitkára

A KONGRESSZUS FŐVÉDNŐKE

Dr. Fodor Tamás

Sopron Megyei Jogú Város polgármestere

A KONGRESSZUS VÉDNŐKEI

Dr. Kulcsár Dániel

*Soproni Gyógyközpont, Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet
mb. főigazgató főorvos*

Dr. Peitl Szilárd

*Soproni Gyógyközpont, Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet
Szülészet-Nőgyógyászat Összevont Osztály
mb. osztályvezető főorvos*

SZERVEZŐ BIZOTTSÁG ELNÖKE

Dr. Erdélyi Lajos

Tagjai:

Dr. Szilveszter Péter

Dr. Kerekes György

Dr. Béres László

Dr. Horváth Attila

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG ELNÖKEI

Prof. Dr. László Ádám

Prof. Dr. Szilágyi András

Tagjai:

Dr. Masszi Gabriella

Dr. Várbíró Szabolcs

Dr. Jakab Attila

Dr. László Dániel

KIEMELT PARTNERÜNK

Richter Gedeon Nyrt.

PARTNEREINK

Sopron Megyei Jogú Város
Önkormányzata

Egis Gyógyszergyár Zrt

Exeltis Magyarország Kft.

Goodwill Pharma Kft.

Hipp Kft.

Inzula Kereskedelmi Kft.

Iváncsa Patika Bt.

Laboratoires Reunis SA

Leviatán Kft.

Merck Kft.

Med-en Trade Kft.

Oriold és Társai Kft.

PeriodX Nőgyógyászati és

Endokrinológiai Központ

Phytotec Hungária Bt.

Sanofi-Aventis Zrt.

Taschner Bor- és Pezsgőház Kft.

Vitaminkosár Kft.

Well Pharma Kft.

Wörwag Pharma Kft.

Biliárd Vörös István Sopron Kft.

KONGRESSZUS SZERVEZŐ

CONGRESSLINE KFT.

1065 Budapest, Révay köz. 2.

Tel: (1) 429-0146, Fax: (1) 429-0147

Gaitz Éva

(kiállítás és szponzoráció)

gaitz@congressline.hu

Huba Stefánia

(regisztráció, szállásfoglalás)

huba@congressline.hu



ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ

KONGRESSZUS HELYSZÍNE

Hotel Sopron - 9400 Sopron, Fővényverem 7. www.hotelsopron.hu

RÉSZVÉTELI DÍJAK

Típus	2019.04. 12. előtt	2019.04.12. után
MMT tag (orvos)	29.000 Ft	34.000 Ft
MSZNET tag (orvos)	29.000 Ft	34.000 Ft
Nem tag (orvos)	39.000 Ft	44.000 Ft
MMT és MSZNET tag (szakdolgozó)	17.000 Ft	20.000 Ft
Nem tag (szakdolgozó)	27.000 Ft	30.000 Ft
Rezidens / Nyugdíjas	19.000 Ft	25.000 Ft
Napijegy	20.000 Ft	20.000 Ft
Kísérő	22.000 Ft	24.000 Ft

A részvételi díjak 27 % Áfa-t és 7.450,- Ft/fő/nap közvetített vendéglátói szolgáltatást tartalmaznak.

A **részvételi díjak** tartalmazzák a konferencia anyagokat, kávészüneteket, ebédeket, a csütörtöki fogadást, de NEM tartalmazzák a péntek esti vacsora költségét.

A **kísérői részvételi díj** az ebédeket, a csütörtöki fogadást és a péntek esti vacsorát is tartalmazza. Kísérők részére pénteken 15.00-17.00 között gyalogos városnézést szervezünk! Kísérő a tudományos programokat és a kiállítást nem látogathatja.

A **napijegy** ára tartalmazza az aznapi részvételt a tudományos programon, kitűzöt és a programfüzetet.

A 2019. június 1. után, illetve a helyszínen jelentkező résztvevőknek a kongresszusi iroda túljelentkezés esetén nem tudja biztosítani a kongresszusi anyagokat, illetve a társasági programokon való részvételt, ezért kérjük részvételi szándékukat a jelentkezési lap kitöltésével időben jelezzék.

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

Nyitó falatok - 2019. június 13., csütörtök 19.00 (részvételi díj tartalmazza)

Közös fotózás - 2019. június 14., pénteken 13.00 órakor a Sopron Hotel kertjében

Közös vacsora - 2019. június 14., péntek 19.30, Tercia Hubertus Étterem (9.000 Ft/fő)
Felhívjuk figyelmüket, hogy a részvételi díjak a vacsora költségét NEM tartalmazzák csak a kísérők esetében! Amennyiben a vacsorán részt kívánnak venni, külön, a regisztrációban vásárolt jeggyel lehetséges.

Fertő tavi hajókirándulás - 2019. június 15., szombat, 15.30 (7.000 Ft/fő)

REGISZTRÁCIÓ LEMONDÁSI FELTÉTELEI

Lemondási határidő: 2019. április 30.

2019. április 30. előtt a részvételi díj 50%-át visszafizetjük.

2019. április 30. után nem áll módunkban részvételi díjat visszatéríteni.

Kérjük a lemondást írásban a Kongresszusi Irodán jelezni.

SZÁLLÁSOK

Hotel Sopron****

9400 Sopron, Fövényverem u. 7.

Parkolás: ingyenes, elsősorban szállóvendégek részére,
szabad kapacitás függvényében

Boutique Hotel Civitas***

9400 Sopron, II. Rákóczi Ferenc u. 33.

Parkolás: fizetős

Hotel Palatinus***

9400 Sopron, Új u. 23.

Parkolás: fizetős

Rosengarten Hotel

9400 Sopron, Lackner Kristóf u. 64.

Parkolás: ingyenes

Tercia Hubertus Panzió

9400 Sopron, Hubertusz út 1.

Parkolás: ingyenes

Erhardt Panzió

9400 Sopron, Balfi út 10.

Parkolás: ingyenes

Waby Hotel

9400 Sopron, Bécsi út

Parkolás: ingyenes

RÉSZLETES PROGRAM

2019. JÚNIUS 13, CSÜTÖRTÖK

13.30-16:00 NYITÓ ELŐADÁSOK

Üléseelnök: László Ádám, László Dániel

13.30-14:15 MEGNYITÓ, ÜDVÖZLÉSEK

Megemlékezés Szilágyi András professzorról, az MSZNET elnökéről
Paulin Ferenc

14:15-14:45 ELNÖKI BESZÁMOLÓK

IMS Vancouver 2018 (15')

László Ádám

az MMT elnöke

ISGE 2018 Firenze / ISGRE 2019 Budapest (15')

Jakab Attila / László Dániel

MSZNET vezetőségi tag /az MSZNET főtktára

14:45-15:05 A krónikus ösztrogénhiány és -pótlás hatása a női egészségre (20')

Jakab Attila

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

15:05-15:20 A női élsport endokrinológiája (15')

Hajnáczky Károly

Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat, Budapest

15:20-16:10 ÉRDEKES ESETEK, RÖVID BESZÁMOLÓK

Üléseelnök: Masszi Gabriella, László Dániel

15:20-15:30 Szülészobai krízishelyzetet túlélő anyák: „lássa endokrinológus”? (10')

Orosz Mónika¹, Nagy Endre², Erdei Annamária², Győry Ferenc³,

László István⁴, Juhász Mariann⁴, Póka Róbert¹, Török Olga¹,

Boda Judit², Bodor Miklós², Erdődi Balázs¹, Török Péter¹,

Barna Levente¹, Juhász A. Gábor¹, Jakab Attila¹, Deli Tamás¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet Endokrinológia Tanszék

³Debreceni Egyetem ÁOK, Sebészeti Klinika

⁴Debreceni Egyetem ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

15:30-15:40 Sok bába között nem vezett el a gyerek - terhességben felismert primer hyperparathyreosis (10')

Csehely Szilvia¹, Balogh Klaudia², Fedor Roland², András Mónika²,

Deli Tamás¹, Damjanovich Péter¹, Barna Sándor³, Nagy V. Endre⁴,

Győri Ferenc², Bodor Miklós⁴, Jakab Attila¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem ÁOK, Sebészeti Intézet

³Debreceni Egyetem, ÁOK, Nukleáris Medicina Intézet

⁴Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Endokrinológiai Tanszék

- 15:40-15:50** **Metabolikus szindróma és férfimeddőség (10')**
Keszthelyi Márton, Kopa Zsolt
SE ÁOK, Urológiai Klinika, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- 15:50-16:00** **IVF programban résztvevők endokrinológiai profilja (10')**
Herman Tünde¹, Tándor Zoltán¹, Bodnár Béla¹, Jakab Attila²
¹*Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet*
²*Debreceni Egyetem, Asszisztált Reprodukciós Központ*
- 16:00-16:10** **Hozzászólások**
- 16:10-16.30 Kávészünet
- 16:30-17:30** **MMT VEZETŐSÉGI ÜLÉS**
- 17:30-18:30** **MSZNET VEZETŐSÉGI ÜLÉS**
- 19:00** **NYITÓFOGADÁS**

2019. JÚNIUS 14, PÉNTEK

- 9:00-10:20** **A LENGYEL NŐGYÓGYÁSZATI ENDOKRINOLÓGIAI TÁRSASÁG (POLISH SOCIETY OF GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY SESSION) SZEKCIÓJA** – angol nyelvű szekció
Chairmen: Roman Smolarczyk, Michal Kunicki, Blazej Meczekalski
- 9:00-9:15** **Treatment of Hyperandrogenism (15')**
Roman Smolarczyk
Princes Anna Mazowiecka - Medical University Hospital, Warsaw
- 9:15-9:30** **Kisspeptin role in women's life (15')**
Agnieszka Podfigurna
Poznan University of Medical Sciences, Poznan
- 9:30-9:45** **Premature ovarian insufficiency - what beyond oocyte donation? (15')**
Michal Kunicki
Princes Anna Mazowiecka - Medical University Hospital, Warsaw
- 9:45-10:00** **Premature ovarian insufficiency - do we know the best treatment? (15')**
Monika Grymowicz
Medical University of Warsaw
- 10:00-10:15** **Implications of Premature ovarian insufficiency on bone mineral density (15')**
Blazej Meczekalski
Poznan University of Medical Sciences, Poznan
- 10:15-10:40 Kávészünet
- 10:40-11:20** **MMT SZEKCIÓ - REFERÁTUMOK**
Üléseelnök: László Ádám, Jakab Attila
- 10:40-11:00** **A kisspeptinek jelentősége a reprodukcióban és a menopauzában (20')**
Deák Veronika
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Anyagcsere- Endokrinológia Osztály, Kaposvár
- 11:00-11:20** **A rákkutatás Rozetta köve: a szintetikus ösztrogén, antiösztrogén és a természetes ösztrogén rák ellenes hatásának összehasonlítása (20')**
Suba Zsuzsanna
Budapest
- 11:20-13:00** **MSZNET SZEKCIÓ:
FOGAMZÁSGÁTLÁS ÉS INFERTILITÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI**
Üléseelnök: László Dániel, Béres László
- 11:20-11:35** **Fogamzásgátlás perimenopauzában (15')**
Pál Zoltán, Németh Gábor
SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

- 11:35-11:50** **Fenyegető és habitualis vetélés epidemiológiai adatai, prognosztikus faktorok, diagnosztikus és terápiás lehetőségek (15')**
Molnár Imre
B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Miskolc
- 11:50-12:05** **Intrauterin hormonalkalmazás határterületi kérdései (15')**
Szabó Zsolt
B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Semmelweis Tagkórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Miskolc
- 12:05-12:15** **Az asszisztált reprodukciót követő terhességek szülészeti jellemzői (10')**
Fábián Adél OH¹, Csehely Szilvia¹, Orosz Mónika¹, Herman Tünde²,
Deli Tamás¹, Bacskó György², Póka Róbert¹, Jakab Attila¹
¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet
²Debreceni Egyetem, Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
- 12:15-12:30** **Szubfertilis, antiTPO-pozitív nők szteroid kezelése (15')**
Béres László
Maternity Magánklinika, Budapest
- 12:30-12:50 Hozzászólások
- 12:50-14:00 Ebéd
- 14:00-15:00** **MMT-MSZNET KÖZÖS SZEKCIÓ:
KORAI PETEFÉSZEK ELÉGTELENSÉG**
Üléseelnök: Hajnáczy Károly, Magyar Zoltán
- 14:00-14:20** **A POI és a DOR ethiopathogenézise, gyakorlati vonatkozások (20')**
Deli Tamás
Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet
- 14:20-14:40** **A POI és a DOR kezelési lehetőségei (20')**
László Dániel
Péterfy Sándor u. Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest
- 14:40-14:50** **Turner-szindrómás betegek endokrinológiai gondozása (10')**
Vida Beáta¹, Török Olga¹, Jenei Katalin¹, Felszeghy Enikő²,
Jakab Attila¹, Deli Tamás¹
¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen
²Debreceni Egyetem ÁOK, Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen
- 14:50-15:00 Hozzászólások
- 15:00-15:20 Kávészünet

15:20-17:00 MMT SZEKCIÓ: PERIMENOPAUAZÁ ÉS METABOLIZMUS

Üléseleők: Masszi Gabriella, Várbíró Szabolcs

15:20-15:40 Obesitas okai és kezelése (20')

Nagy Zsuzsanna

PTE ÁOK, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

15:40-15:55 Perimenopauza és obezitás (15')

Béres László

Maternity Magánklinika, Budapest

15:55-16:10 Perimenopauza és hyperuricaemia (15')

Masszi Gabriella

Nyíró Gyula Kórház, Budapest

16:10-16:25 Perimenopauza és diabétesz (15')

Halász László

Semmelweis Egyetem Szülészet-Nőgyógyászati Klinika, Budapest

16:25-16:40 Hozzászólások

17:00-17:30 MSZNET KÖZGYŰLÉS, TISZTÚJÍTÁS

17:30-18.00 MMT KÖZGYŰLÉS, TISZTÚJÍTÁS

19:30 Közös vacsora

2019. JÚNIUS 15, SZOMBAT

9:00-10:10

„A” SZEKCIÓ I.

MSZNET SZEKCIÓ: PCOS ÉS REPRODUKCIÓ

Üléselnök: Jakab Attila, Várbíró Szabolcs

9:00-9:10

A PCOS és az IR nőgyógyászati diagnosztikája és korlátai (10')

Várbíró Szabolcs

Semmelweis Egyetem Szülészet-Nőgyógyászati Klinika, Budapest

9:10-9:20

A PCOS és az IR komplex diagnosztikája és tünettana (10')

Nas Katalin

Endocare Intézet, Budapest

9:20-9:30

Az inzulin mérés jelentősége és korlátai

a PCOS és az IR diagnosztikában (10')

Tűű László

Endocare Intézet, Budapest

9:30-9:40

A PCOS és az IR kezelése és korlátai (10')

László Dániel

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

9:40-9:55

**A PCOS és az IR laboratóriumi diagnosztikája,
az MSZNET javasolt protokolljának ismertetése (15')**

Várbíró Szabolcs

Semmelweis Egyetem Szülészet-Nőgyógyászati Klinika, Budapest

9:55-10:10

Hozzászólások

9:00-9:45

„B” SZEKCIÓ I.

MMT SZEKCIÓ: KOMPLEMENTER KEZELÉSEK

Üléselnök: Masszi Gabriella, Béres László

9:00-9:15

Növényi Ösztrogének az Osteoporosis Elleni Küzdelemben (15')

Garai János

PTE ÁOK, TMI, Kóréletani Tanszék, Pécs

9:15-9:25

**A kockapesszáriumok szerepe a hüvelytágasság mértékének és a
háttérben álló gátizom sérülés súlyosságának meghatározására (10')**

Németh Zoltán

Bécs

9:25-9:35

Jóga hatása a premenstruációs szindróma tünetegyüttesére (10')

Gócze Katalin¹, Brist Charlotte¹, Szabó Dorottya¹, Nemes Vanda²

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,

Sportmedicina Tanszék¹ és Élettani Intézet², Pécs

9:35-9:45

Hozzászólások

9:45-10:20

Kávészünet

- 10:30-12:00** **„A” SZEKCIÓ II.**
MMT SZEKCIÓ: INDIVIDUALIZÁLT HORMONPÓTLÁS
ÉS EGYÉB TÉMÁK
 Üléseelnök: László Ádám, Masszi Gabriella
- 10:30-10:40** **Az individualizált hormonpótló kezelés kardiológiai vonatkozásai (10')**
 Masszi Gabriella
Nyíró Gyula Kórház, Budapest
- 10:40-10:50** **Az individualizált hormonpótló kezelés metabolikus vonatkozásai (10')**
 Nas Katalin
Endocare Intézet, Budapest
- 10:50-11:00** **Érvek az individualizált hormonpótló kezelés mellett és ellen (10')**
 Jakab Attila¹, Várbíró Szabolcs²
 (párbeszéd / vita jelleggel pro és kontra)
¹*Debreceni Egyetem AOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet*
²*Semmelweis Egyetem Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika, Budapest*
- 11:00-11:10** **Individualizált hormonpótló kezelés a mindennapi gyakorlatban (10')**
 Gulyás Péter
Szent Margit Kórház, Budapest
- 11:10-11:20** **Postpartum Streptococcus peritonitis ritka esete**
MRSA hordozás talaján (10')
 Szokodi Róbert¹, Quispe Juan¹, Fejős János², Borsody Bálint²,
 Répásy István¹
¹*Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászat, Szekszárd*
²*Tolna Megyei Balassa János Kórház, Sebészet, Szekszárd*
- 11:20-11:30** **A GDM szűrése és lehetséges prevenciója (10')**
 Halász László
Semmelweis Egyetem Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika, Budapest
- 11:30-11:40** **Szponzorált előadás - Laboratoires Reunis Luxemburg SA**
Genetikai polimorfizmusok hatása a szórványos mellrákra (10')
 Farkas Balázs
Laboratoires Reunis Luxemburg SA
- 11:40-12:00** Hozzászólások
- 10:00-12:10** **„B” SZEKCIÓ II.**
NÉMET-MAGYAR NŐORVOS BARÁTI TÁRSASÁG SZEKCIÓ
(DUGGG) - ANGOL NYELVŰ SZEKCIÓ
 Chairmen: Ludwig Kiesel, György Bártfai
- IN MEMORIAM ANDRAS SZILAGYI**
- 10:00-10:20** **Novel targets for medical treatment in endometriosis (20')**
 Ludwig Kiesel
University Hospital of Münster

- 10:20-10:40** **Uterus preserving correction of utero-vaginal prolapse using vaginal or laparoscopic access (20')**
Felix Strube
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe UKM, Münster
- 10:40-11:00** **Excessive Intervention in Routine Obstetric Care in Brasil (20')**
Alice Steglich Suoto
Forschungslabor Gynaekologie und Geburtshilfe UKM, Münster
- 11:00-11:20** **Ageing Europe (20')**
György Bártfai
University of Szeged
- 11:20-11:40** **Benign metastasizing leiomyomatosis (BML) - a therapeutical challenge (20')**
Winfried Rossmann
Department of Obstetrics and Gynecology, Ettingen
- 11:40-12:00** **Hormone replacement therapy in cancer survivors (20')**
Tamas Deli, Monika Orosz, Attila Jakab
Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Debrecen
- 12:00-12:10 Hozzászólások
- 12:10-12:30** **A KONGRESSZUS ZÁRÁSA**
Szendvicsebéd

ABSZTRAKTOK

(Első szerző szerinti ABC sorrendben)

Sok bába között nem vezett el a gyerek - terhességben felismert primer hyperparathyreosis

Csehely Szilvia¹, Balogh Klaudia², Fedor Roland², András Mónika², Deli Tamás¹, Damjanovich Péter¹, Barna Sándor³, Nagy V. Endre⁴, Győri Ferenc², Bodor Miklós⁴, Jakab Attila¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem ÁOK, Sebészeti Intézet

³Debreceni Egyetem, ÁOK, Nukleáris Medicina Intézet

⁴Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Endokrinológiai Tanszék

A hyperparathyreosis néhány esetben igen veszélyes állapot, ellátása magas fokú szakértelmet igényel, ilyen a terhesség is. A hyperparathyreosisban szenvedő terhes nő szignifikánsan magasabb kockázatnak van kitéve terhességi komplikációknak, de ami ennél is fontosabb, a magzat élete is veszélyben van. Igen fokozott a korai vetélés kockázata, a terhességek több, mint fele vetéléssel végződik. A parathyroid mirigyek kialakulásának elmaradása esetén permanens hypoparathyreosis alakulhat ki a magzatnál, az újszülöttnél a posztnatális élet első pár napjában görcsroham jelentkezhet. Egy nem felismert vagy kellő időben nem kezelt terhességi hyperparathyreosist anyai preeclampsia, vajúdás és szülés során fellépő arrhythmia, koraszülés és növekedési retardáció szövődménye kísérhet. Előadásunkban egy 28 éves primigravida esetét mutatjuk be, akinél a terhessége 7. hetében rutin labor vizsgálatok kapcsán derült fény hyperparathyreosis betegségére. A páciens ellátása endokrinológus-sebész-aneszteziológus-szülész kollaborációt igényelt. Az eset kapcsán ismertetjük a jelenlegi szakmai ajánlásokat a konzervatív és sebészi kezelést illetően.

Genetikai polimorfizmusok hatása a szórványos mellrákra

Farkas Balázs

Laboratoires Reunis Luxemburg SA

A gének megbízható előrejelzői a hosszú távú egészségnek. A Laboratories Reunis által forgalmazott genetikai panelek célja, hogy részletes betekintést nyújtsanak ebbe a genetikai háttérbe.

A FEMgen genetikai vizsgálat első sorban a női nemi hormonok (ösztrogén, progeszteron es pregnane X) lebontásáért felelős enzimek aktivitását vizsgálja. A belőle kinyert információ segíthet abban, hogy a betegek a lehető legprecízebb menopauzális hormon terápiát kaphassák meg, ezzel csökkentve a szórványos mellrák kockázatát.

A vizsgálat első sorban azoknál javasolt, akik MHT előtt állnak vagy a családjukban előfordult már a mellrák valamilyen formája.

Az asszisztált reprodukciót követő terhességék szülészeti jellemzői

Fábián Adél OH¹, Csehely Szilvia¹, Orosz Mónika¹, Herman Tünde², Deli Tamás¹, Bacskó György², Póka Róbert¹, Jakab Attila¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem, Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Bevezetés: Az asszisztált reprodukciós technikákkal fogant terhességekből született gyermekek száma nő, fejlett országokban eléri az 5%-ot. Ismert, hogy az in vitro fertilitációval (IFV) fogant terhességek között magas a koraszülés gyakoriság, ami emeli a pe-

rinatális veszteséget és koraszülött intenzív ápolást igényel. A lehetséges oki tényezők (többes terhesség, anyai életkor, IVF eljárás, anyai betegségek) szerepe pontosan nem tisztázott.

Célkitűzés: IVF-el és spontán (SP) fogant terhességeket követő koraszülések elemzése a magzatok száma, életkori megoszlás és terhességi kor szerint.

Anyag és módszertan: A DEKK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának, és a Kenézy Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályának retrospektív adatfeldolgozása (2010-2017), az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (AEEK) felé adott jelentések alapján. Vizsgáltuk az ikerterhesség, kora- és éretlen szülés (<37. Ill. 28. hét) gyakoriságot, valamint azok terhességi kor és anyai életkor szerinti megoszlását SP és IVF fogant terhességekben.

Eredmények: 38237 spontán fogant és 1031 IVF terhességet elemeztünk. IVF esetén az anyai életkor magasabb (átlag vs. IVF 33.74.7, $p<0.05$), és a szülések életkori megoszlása is eltérő. A koraszülések előfordulása 9.5%(SP) vs. 32.2%(IVF) volt ($p<0.05$), ezek 8.2% ill. 8.9%-a volt éretlen szülés (ns). A koraszülések életkori megoszlás átlaga és szórása követte az összes szülés megoszlását: SP 29.0 vs. IVF 33.0

Az ikerterhességek aránya 1.6% (SP) vs. 30.6%(IVF) volt ($p<0.05$). Egyes terhességekben a koraszülés gyakoriság SP 8.6% vs IVF 10.0%($p<0.05$), többes terhességekben a koraszülés gyakoriság SP 64.7% vs IVF 72.5%($p<0.05$). Az életkor szerinti koraszülés gyakoriság IVF esetén a fiatalabb, spontán fogamzás esetén az idősebb anyai életkorban emelkedik.

Diszkusszió: Az ART fogamzást követő terhességek magas koraszülési aránya egyértelmű, de nem kizárólagos összefüggésbe hozható a többes terhességek magas arányával. A magasabb anyai életkor szerepe anyagunkban nem igazolható. Ugyanakkor mivel az egyes és többes terhességek esetén az IVF egyaránt emeli a koraszülés kockázatát, további tényezők (anyai betegségek, megtermékenyítés körülményei) vizsgálatára van szükség.

Növényi Ösztrogének az Osteoporosis Elleni Küzdelemben

Garai János

PTE ÁOK, TMI, Kóréletlani Tanszék, Pécs

Háttér: A menopauzális osteoporosis a világon és hazánkban is igen gyakori, szövődményeinek életminőséget rontó, várható élettartamot megrövidítő hatásai vitathatatlanok. Bár az osteoporosis prevenciójában és therápiájában az optimális D-vitamin és calcium bevitel mellett az ösztrogén pótlása, SERM-ek ill. a biszfoszfonátok az elsődlegesek nem elhanyagolható adjuváns szerepük lehet a komplementer hatóanyagoknak (vagy ha előbbiek kontraindikáltak).

A szója isoflavonoidok, a resveratrol, de szokványos növényi táplálékaink egyik leggyakoribb flavonoidja a kaempferol is potens osteoblast aktivátornak bizonyultak sejtenyészetben [1,2] részben ösztrogén-receptor-mediált, másrészt pedig ösztrogén-receptortól független úton kiváltott hatásaik révén. A növényi ösztrogének menopausalis csontvesztést mérséklő hatása állatkísérletes [3] és klinikai vizsgálatokban [4,5] is kimutatható volt.

Egy magyar "sikertörténet": Az Ipriflavon hatóanyagot Feuer László és társai a Chinoin Gyógyszergyárban fejlesztették ki 1969-ben a BME Szerves Kémia tanszékével együttműködve a szójában található isoflavonoid daidzeinből. (<http://www.oct.bme.hu/szkt/szktortenet.htm>). Hét évnyi állatkíséret után 1981-ben kezdték el klinikai próbákat. Egy két éven keresztül tartó vizsgálat során kimutatták, hogy a szer humánban is hatékony. A készítményt Osteochin néven forgalmazták. Ez volt az első szájon át is adható csontritkulás elleni szer (http://real.mtak.hu/2551/1/61336_ZJ1.pdf). Jelenleg számos országban

mint amerikai fejlesztés recept nélküli étrend-kiegészítőként kapható. Hazánkban a 90-es években még kapható volt, de ma már nem beszerezhető. (LAM, 3(3) 2000)
Konklúzió: Előadásomban a növényi ösztrogének, ill. a szerkezetileg hasonló polifenolok csontvesztést gátló hatására vonatkozó közelmúltban megjelent szakirodalom szemelvényeivel bizonyítom, hogy ezen hatóanyagok a jelenlegi lekezelő attitűdnél jóval több figyelmet érdemelnek, már csak a fenti magyar vonatkozásuk miatt is.

Hivatkozások:

1. Schilling T. et al.: *J. Steroid Biochem. Mol. Biol* 139 (2014) 252-261
2. Strong A.L. et al.: *Stem Cell Res & Ther* 5 (2014) 105 <http://stemcellres.com/content/5/4/105>
3. Fu SW et al.: *Nutr. Res.* 34 (2014) 467-477
4. Ye YB et al.: *Eur J Nutr* 45 (2006) 327-334
5. Lambert TMN et al.: *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care* 21 (2018) 475-480.

Jóga hatása a premenstruációs szindróma tünetegyüttesére

Gócze Katalin¹, Briest Charlotte¹, Szabó Dorottya¹, Nemes Vanda²

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Sportmedicina Tanszék¹ és Élettani Intézet², Pécs

Bevezetés

A premenstruációs szindróma (PMS) egy pszichoneuroendokrinológiai kórkép, mely a hormonálisan aktív nők közel 80%-át érinti és jelentősen ronthatja az életminőséget. Leggyakoribb tünetei: irritabilitás, feszültség, koncentrációs zavarok, diszfória, súlynövekedés, mellfeszülés, haspuffadás, étvágy változása. A rendszeres testmozgás a hormonrendszer működése és stresszkezelés szempontjából is előnyös. Egészséges, hormonálisan aktív nők körében vizsgáltuk PMS meglétét és felmértük a rendszeresen és célzottan kivitelezett jóga hatását.

Anyag és módszerek

A vizsgálatban 34 nő vett részt (19 intervenciós, 15 kontroll). Heti 2x90 perc, célzottan összeállított, fizikai pózokra alapozott jóga mellett naponta 15 perc otthoni gyakorlásból állt a program 8 héten át. A PMS tünetek súlyosságát a vizsgálat elején és a jóga-intervenciót követően ACOQ PMS kérdőív és tünetnapló alapján határoztuk meg.

Eredmények

A jóga-program végére szignifikáns javulást mértünk a testi, azon belül is elsősorban a mellérzékenység kapcsán ($p < 0,001$), a lelki tünetek ($p = 0,002$) és a szociális kapcsolatok ($p = 0,02$) területén.

Következtetés

Tanulmányunk alapján a célzott jóga-program mentális és testi szinten is hatékony, már rövid ideig tartó gyakorlás után is. Eredményeink hozzájárulnak a jóga határamechanizmusainak jobb megértéséhez, lehetőséget kínálva a PMS-ben szenvedő nők tüneteinek enyhítésére és a prevencióra.

Kulcsszavak: jóga, PMS, testi, lelki és szociális komponensek

Individualizált hormonpótló kezelés a mindennapi gyakorlatban

Gulyás Péter

Szent Margit Kórház, Budapest

A sokat emlegetett WHI tanulmány (2002) közlését követően egyre inkább elfogadottá vált, hogy a menopauzális hormonterápiát (a továbbiakban: HT) személyre kell szabni (= individualizálni) kell.

(Meg vannak-e az individualizálás feltételei ma Magyarországon? Mind természetes, mind mesterséges estrogen és progesteron tartalmú készítmények elég szép számban vannak forgalomban. Nem hasonlítható azonban ez a sokféleség ahhoz az elképesztően gazdag választékhoz, amely a 90-es években és még a 2000-es évek elején is rendel-

kezesünkre állt. Nem is nagyon tudtunk mit kezdeni a bőség zavarával. Behozták a cégek a már rég forgalmazott szereiket és hamar bejöttek az újdonságok is. Aztán a WHI hatásaként a megcsappant alkalmazást követte a szerkivonás az országból. Ami viszont az individualizálást oly egyszerűvé tette, eltűntek hazánkból a tapasztalás és főleg a mátrix tapasztalás készítmények, amelyekkel a HT egyszerűen személyre szabható volt.)

A menopauzális medicinában szintén elfogadottá vált, hogy menopauzális panaszok esetén a HT-t az ablak-hipotézis szerint optimálisan a menopauzát követő első 10 évben (és nem később) célszerű elkezdni. Ekkor várható a legkevesebb élet-szintű előny: védelem a kardiovaszkuláris rendszer korai előregedése (arterioszklerózis) ellen, védelem a gyakran ilyenkor beinduló postmenopauzális csontritkulástól.

Egy további konszenzuális irány a kezelés bevitelében van. Sok mellékhatás mellőzhető, vagy megelőzhető, ha a kezelést orális helyett transzdermális úton visszük be. Az ezres nagyságrenddel kisebb adagok (miligram helyett mikrogrammok) elkerülik a maj first-pass hatását, egyből felszívódván a mikrokeringésbe minimalizálódik a thrombotikus mellékhatás.

Mivel a jól vezetett HT leállítás is probléma, valamint látjuk, hogy a változókori vegetatív és urogenitalis tünetei 60-65 év után is nagyon gyakoriak, vállalnunk kell a korosztály egyénre szabott, gondosan ellenőrzött hosszútávú kezelését is.

A női élsport endokrinológiája

Hajnóczky Károly

Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat, Budapest

A rendszeres fizikai aktivitás jelentős hatásokat fejt ki a neuroendokrin rendszerre, módosítva szinte valamennyi hormon termelését és elválasztását. A fizikai aktivitás és a neuroendokrin rendszer közötti kapcsolat kétirányú. A tartósan alacsony táplálékbevitelnek káros hatásai vannak az élsportoló nők szervezetére, például funkcionális hypogonadotrop hypogonadismus, a csontállomány kóros csökkenése. A funkcionális hypogonadotrop hypogonadismus kórismézése az egyéb okok kizárásán alapul, kezelésében az első lépés a megfelelő kalóriabevitel. A tiltott teljesítményfokozó szereknek, például: az anabolikus szteroidoknak vagy a növekedési hormonnak, rövid és hosszú távú káros hatásai vannak az érintett sportoló nők egészségére.

A GDM szűrése és lehetséges prevenciója

Halász László

Semmelweis Egyetem Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A terhességi cukorbetegség (GDM) – a terhesség alatt először felismert hiperglikémiát jelenti. Ez a meghatározás magában foglalja a nem diagnosztizált 2-es típusú diabetes mellitus (T2DM) eseteit, amelyeket a terhesség korai szakaszában azonosítottak, és az igazi GDM-et, amely később alakul ki. A GDM-et, – vizsgált populációtól függően – a különböző szakirodalmak az összes terhesség <1% és 28% -ára becsülik. A GDM fontos rövid és hosszú távú egészségügyi következményekkel jár mind az anya, mind az utódai számára, ugyanis nem csak a szélesebb körben ismert terhességi szövődmények szempontjából jelentős, hanem, a GDM nagy hatással van cukorbetegség „járványára”, mivel jelentős kockázatot hordoz a T2DM kifejlődésére mind az anyánál, mind megszületendő magzata későbbi élete során.

Ezenkívül a GDM-et kardiometabolikus kockázati tényezőkkel, például lipid rendellenességekkel, hipertóniás rendellenességekkel és hiperinsulinémiával is társították. Ezek a szív- és érrendszeri betegségek és a metabolikus szindróma későbbi kialakulásához vezethetnek.

Ráadásul Magyarországon a szűrés, ami a várandósgondozási rendeletben foglaltatik, már csak a felismerést és, ezt követően a rövidebb hosszabb időn belül elkezdett kezelést teszi lehetővé. Ugyan az MDT Diabétesszel Társuló Terhességgel foglalkozó Munkacsoportja, már korábban is megfogalmazta a kockázati csoportba tartozó terhesek korábbi szűrését, sőt a HAPO study alapján, a határértékek is módosításra kerültek 2016ban, ami már fokozott számú GDM esetfelismerést eredményezett. Ez a magyarországi szűrési-gondozói infrastruktúra szempontjából már így is jelentős kérdéseket vetett fel, de a kiszűrt pozitív eseteken kívül nem fogalmazott meg eddig ajánlást az éppen negatív, de továbbra is nagy kockázatú betegek esetleges prevenciók lehetőségeire. Jelenleg viszont folyamatban van az az új szakmai irányelv kidolgozása a szűrés és prevenció, valamint természetesen a terápia, követés vonatkozásában. Az előadásban a GDM különböző kockázati tényezőinek, patofiziológiai mechanizmusainak és a lehetséges preventív eszközök felvetése segíthet a veszélyeztetett nők azonosításában, hatékony megelőző intézkedések kidolgozásában és a betegség megfelelő kezelésének biztosításában.

IVF programban résztvevők endokrinológiai profilja

Herman Tünde¹, Tándor Zoltán¹, Bodnár Béla¹, Jakab Attila²

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem, Asszisztált Reprodukciós Központ

Háttér: A leggyakoribb női endokrinológiai betegségek, mint a polycystás ovárium szindróma (PCOS), hypothyreosis (HT) és thyroid autoimmunitás (TAI), inzulin rezisztencia (IR) és csökkent glükóz tolerancia (IGT), hiperprolaktinémia (HP) és a többnyire életkorral összefüggő csökkent ovárium tartalék kapacitás (POR) kóroki szerepet játszanak az infertilitásban és befolyásolják az asszisztált reprodukciós eljárások sikerességét, valamint a terhesség kimenetelét.

Cél: A női endokrinológiai eltérések részletes feltérképezése az in vitro fertilizációra (IVF) jelentkező párok körében.

Anyag és módszer: Prospektív kohort keresztmetszeti irányadó (pilot) tanulmány keretében a megújult Asszisztált Reprodukciós Centrumban (ARC) IVF ellátásra jelentkező első száz infertilis pár nőtagjának endokrinológiai vizsgálata. A PCOS megállapítása a rotterdami kritériumok alapján történt, továbbá TSH, aTPO, aTG, OGTT (glükóz és inzulin), PRL mérések történtek. A POR megállapítása a Bolognai kritériumok alapján történt AMH méréssel.

Eredmények: A 100 petefészek stimulációs kezelésben résztvevő nőnél 63 esetben találtunk endokrinológia eltérést. A PCOS 15 esetben volt igazolható, 18 betegnél thyroxinnal szubsztituált Hypothyreosis, 10 esetben hyperprolaktinémia volt jelen, ill. 20 betegnél POR volt igazolható. Ugyanakkor 62%-ban andrológiai eltérés is dokumentált volt, mint rész- vagy teljesértékű IVF indikáció.

Következtetés: Az IVF-re jelentkező pároknál a női oldalon számos, a fertilitást befolyásoló endokrinológiai eltéréssel számolni kell, még andrológiai indikáció esetén is. Hatékony kezelés csak ennek kivizsgálása és szükség szerinti terápiás korrekciója után valósítható meg. Indokolt, hogy az erre irányuló szűrővizsgálatok az IVF alkalmassági vizsgálatok részét képezzék, beleértve a férfi partner vizsgálatát is.

A Nemzetközi Menopauza Társaság 16. világtalálkozója, Vancouver (Canada), 2018. június 4-8.

László Ádám

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Szülészeti-nőgyógyászati Osztály, Budapest

A Nemzetközi Menopauza Társaság (International Menopause Society, IMS) soros, 16. világtalálkozójának fő tudományos témái és programjai a következők voltak.

Perimenopauza tárgyában az „időzítés hipotézis”, az idősebb nők fogamzásgátlásának kérdései, az androgének szerepe („túl sok, vagy túl kevés?”), valamint az urogenitális betegségek megelőzése és kezelése szerepeltek.

A kongresszus fő témái ezen kívül a következők voltak: Élet a rák után, Transzdermális MHT, Depressio és QoL, Menopauza, obesitas és metabolikus zavarok, Vulvovaginalis atrophia, Ösztrogén és emlőrák, Ovarium rák, Vérzési rendellenességek a perimenopausában, Szexualitás: élettani változások a menopauza után, Kognitív és hangulati eltérések a menopauza körül, Korai petefészek kimerülés, Obesitas, Myoma és fertilitás: operáljunk, vagy ne?, Alap kutatás a menopausalis medicinában. A záróelőadást Victor Gomel tartotta „uUterus transplantatio” címmel.

A hagyományoknak megfelelően kiosztásra került a legjobb absztraktoknak kijáró un. Greenblatt díj, ez alkalommal Rachel Wong: Cerebrovascular resistance is an early marker of slow gait and cognitive deficits in overweight postmenopausal women; Jay Thang Zaw: Subjective memory complaint is associated with cerebrovascular dysfunction in healthy older women; Sandra Bonilla: Testosterone restores the bladder and urethra alteration of ovariectomized rats independently of the genomic pathway; Gustavo Dutra da Silva: Evaluation of the body mass index of postmenopausal women and their relation to sexual dysfunction; Jenifer Sassarini: NK3R antagonist reduces flush frequency and alters connectivity in the salience network; valamint Nini Callan: Constipation and diarrhea during the menopause transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women’s Health Study című munkái lettek jutalmazva.

Párhuzamosan folytak a különböző országok: Koreai, Philippine, Kínai, Brit, Indonéz, Latin-amerikai országok, Holland és Belga, Ausztrál, Argentínai, Indiai, Bangladeshi, Német és Svájci, Columbiai menopauza társaságok szimpóziumai.

Fenyegető és habitualis vetélés epidemiológiai adatai, prognosztikus faktorok, diagnosztikus és terápiás lehetőségek

Molnár Imre

B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Miskolc

Napjainkban is minden megfogant terhesség 20-25 %-a preklinikai, a klinikai terheségek 15-20 %-a spontán vetéléssel végződik. Külön kategóriát képvisel a habitualis vetélés, ennek gyakorisága 0,5-2%. Mind a fenyegető mind a habitualis vetélés multifaktoriális eredetű, a habitualis vetélés oka 50 %-ban felderíthetetlen marad. Szerző áttekinti a rizikótényezőket, a prognosztikai faktorokat, a diagnosztikus és terápiás lehetőségeket. Az egyik legfontosabb rizikó tényező, egyben prognosztikai faktor is az anyai életkor, de szerepet játszhatnak organikus eltérések, funkcionális, endokrinológiai, haematológia, immunológiai eltérések is. A legfontosabb diagnosztikus és prognosztikai faktor a Se progesteron szint, optimálisnak tekinthető 20,0 ng/ml fölött, 15,0 ng/ml alatt ugrásszerűen megnő a sp. vetélések aránya. Egyéb labor markerek (CA-125, Inhibin A, Anandamide) a mindennapi gyakorlatba nem kerültek be, az utóbbi évek kutatásai a progesterone immun moduláns hatását célozzák, ennek labor markere a PIBF (Progesterone Induced Blocking Factor). A fenyegető vetélés terápiájában a progesteron

eredményesnek bizonyult a legtöbb klinikai vizsgálatban, a habitualis vetélés vonatkozásában ez nem igazolódott, progesteron adása csak igazolt progesteron hiány esetén javasolható.

A PCOS és az IR komplex diagnosztikája és tünettana

Nas Katalin

Endocare Intézet, Budapest

A PCOS diagnosztikája az utóbbi évtizedekben folyamatosan változott, számos szakmai vita középpontjában áll és állt. A PCOS a fogamzóképes korú nők leggyakoribb endokrin megbetegedése. Legkorábbi leírása 1935-ből, Stein és Leventhal leírásából származik. Ezt követően 1990-ben a National Institutes of Health (NIH) adott ki összefogóbb ajánlást, csoportokba sorolva a tüneteket kémiai és klinikai kritériumok jelenléte alapján. Majd 2013-ban a Rotterdami kritériumok hoztak változást a diagnosztikai kritériumokban.

Az inzulin érzékenység meghatározásának gold standardja de Fronzo és munkatársai nevéhez kötődik, ők dolgozták ki az inzulin érzékenység meghatározásának gold standardját, az hiperinzulinémiás euglikémiás clamp-et (HIEC). Napjainkban a legtöbbet használt módszer az inzulin rezisztencia vizsgálatára a homeostasis assessment model, vagyis HOMA érték meghatározása, mely azonban csak az éhomi állapotról ad felvilágosítást, de nem vizsgálja a terhelést követő állapotot, a vércukor és az inzulin értékek alakulását, illetve a szénhidrát anyagcsere kinetikáját.

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) és az inzulin rezisztencia (IR) tünettana igen szerteágazó lehet, kifejezett panaszoktól a nagyon általános, kevésbé markáns tünetekig. Számos tanulmány jelent meg a témában, melyek arra utalnak, hogy a tünetek alapján egymással összefüggő egészségi állapotokról lehet szó. Mindezek mellett kiemelendő, hogy a tünetek nagyban befolyásolják a betegek mindennapjait, életminőségüket és hosszú távon az egészségtudatukat, önbecsülésüket, illetve a tünetek és a mögöttük álló metabolikus eltérések a betegek hosszú távú egészségi állapotát.

Az individualizált hormonpótló kezelés metabolikus vonatkozásai

Nas Katalin

Endocare Intézet, Budapest

A menopauza körüli hormonális változások jelentős változást idéznek elő az anyagcsere és kiemelten a szénhidrát-anyagcsere működésében. A szexuálszteroidok szintjének csökkenése hatással van a vércukor szabályozás rendszerére is. Az ösztrogén szerteágazó anyagcserehatásokkal rendelkezik: befolyásolja az inzulin jelátvitelt, így hatással van a szövetek inzulin érzékenységére, hiánya csökkenti az alapanyagcserét, így hozzájárul a testsúly növekedéséhez. Az ösztrogén direkt hatással bír a béta sejtekre, részt vesz az inzulin szekréció szabályozásában. A fenti hatások mindegyike az alapanyagcsere lassulása, a testsúly növekedése, ennek következményeként a szénhidrát- és zsíryanycsere romlása, a metabolikus szindróma kialakulása irányában hat. Hormonpótló kezeléssel a metabolikus változások csökkenthetők, optimális esetben megszüntethetők, a korábbi anyagcsere egyensúly helyreállítható. Nagy klinikai vizsgálatok igazolták az ösztrogén erős protektív szerepét is metabolikus szindróma és a cukorbetegség esetén. Nagy esetszámú prospektív kohorsz vizsgálatban a cukorbetegség kockázata 62% -kal csökkent hormonpótlás mellett, szemben azokkal, akik soha nem részesültek hormonpótlásban. Individualizált hormonpótlással a hormonpótló kezelés kockázatai alacsonyan tarthatók, a kedvező hatások maximális kihasználása mellett.

A kockapesszárriumok szerepe a hüvelytágasság mértékének és a háttérben álló gátizom sérülés súlyosságának meghatározására

Németh Zoltán

Bécs

Bevezetés: A kismedencei szervek süllyedésének egyik legfontosabb rizikó faktora a hüvelyi szüléssel kapcsolatos gátizom sérülés. Korábbi tanulmányok összefüggést mutattak a prolapszus súlyossága, a megnövekedett genitális hiátus és a levátor ani izomzatának sérülése között.

Hipotézis: feltételeztük, hogy a hüvelytágasság mértékének meghatározása a süllyedés súlyosságának és a háttérben álló izomsérülésnek egy új mutatója lehet. A normál hüvelyi tér megfelel egy teli egészségügyi tampon térfogatával (20 cm³). Egy nagyobb hüvelybe helyezett térfoglaló eszköz egy nem szült nő esetében diszkomfort érzést vált ki. Amennyiben egy tünetekkel járó süllyedésben szenvedő betegnek egy tömör térfoglaló eszköz felhelyezése után a komfort érzése visszatér, a pesszárrium és a teli egészségügyi tampon közötti térfogat különbség az a felesleges hüvelyi tér, mely az izom sérülésével korrelál. Ebben az esetben a pesszárrium nagysága és a genitál hiátus mérete között pozitív korrelációra számítottunk.

Módszer: egy prospektív tanulmány keretében 716 tüneteket mutató, megelőző műtét nélküli, másod- vagy előrehaladottabb stádiumú prolapszusos beteget értékeltünk ki 2011. január és 2017. december között. Konzervatív kezelésként egy teret kitöltő kocka pesszárriumot kaptak napi önhasználatra a betegek (Dr.Arabin®). A pesszárriumok méreteit 1, 2, 3, 4, 5 számokkal jelölik, melyekhez 24, 30, 42, 60, 84 cm³ térfogat tartozik. Minden beteg számára egyénileg lett a megfelelő méret kiválasztva. A pesszárriumnak elég nagynek kellett lennie ahhoz, hogy megszűnjenek a panaszok és elég kicsinek ahhoz, hogy ne okozzanak diszkomfortot.

Eredmények: Spearman korreláció analízist használva pozitív, szignifikáns összefüggést sikerült feltárnunk a kockapesszárriumok mérete és a szülések száma, a POP-Q stádium, és a nagy születési súly (> 4000 gr) értékek között. Ezenkívül szintén pozitív, szignifikáns korrelációt találtunk a kockapesszárriumok mérete és a genitál hiátus átmérője között ($r = 0.777$ $p \leq 0.001$). A nonparametricus analízis szignifikáns különbségeket tárt fel minden egyes kockapesszárrium méret és a hozzájuk tartozó genitál hiátus átmérő összehasonlításával.

Összefoglalás: a hüvely lazaság mértékének mérése egy új paraméter a kismedencei prolapszus és az ennek háttérben álló izomsérülés meghatározására.

Szülőszobai krízishelyzetet túlélő anyák: „lássa endokrinológus”?

Orosz Mónika¹, Nagy Endre², Erdei Annamária², Győry Ferenc³, László István⁴, Juhász Mariann⁴, Póka Róbert¹, Török Olga¹, Boda Judit², Bodor Miklós², Erdődi Balázs¹, Török Péter¹, Barna Levente¹, Juhász A. Gábor¹, Jakab Attila¹, Deli Tamás¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

²Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet Endokrinológia Tanszék

³Debreceni Egyetem ÁOK, Sebészeti Klinika

⁴Debreceni Egyetem ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

Postpartum haemorrhagia (PPH) az anyai halálozás egyik leggyakoribb oka úgy az alacsony, mint a magas jövedelmű országokban egyaránt, ugyanakkor a magas jövedelmű területeken PPH előfordulásánál a mortalitás abszolút kockázata jelentősen alacsonyabb.

A PPH időben történő felismerése, megfelelő terápiás eszközök megléte és azok adekvát használata elengedhetetlen a vérzés következtében történő halálozás megelőzésében.

Incidencia a PPH esetében a diagnosztikus kritériumok zavara miatt nem egyértelmű, 1-5%-ra tehető.

Amennyiben sikeresen elhárítottuk a közvetlen életveszélyt, felvetődik a kérdés, hogyan tovább? Milyen szükséges vizsgálatokat kell elvégeznünk túlélő anyák esetében? Milyen hibákat kell elkerülnünk a későbbi hosszú távú szövődmények és komplikációk elkerülése érdekében? Ezen előadás keretében a feltett kérdésekre igyekszünk választ és útmutatást adni saját eseteink tanulságait feldolgozva, különös jelentőséget tulajdonítva a multidiszciplináris szemlélet és a társszakmák közötti együttműködés fontosságának hangsúlyozására.

Fogamzásgátlás perimenopauzában

Pál Zoltán, Németh Gábor

SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

A 40-49 éves korosztály a női populáció csaknem 15 százalékát teszi ki. Bár ebben az életkorban a szexuális együttlétek frekvenciája csökken, egy szexuálisan aktív populációról beszélhetünk. Egy évtizede még a 35 év feletti pácienseink részére a méhen belüli fogamzásgátlás, implantátum illetve a művi meddővétel volt a leggyakrabban felajánlott fogamzásgátlási módszer. Mivel a menopauzáig ovuláció bekövetkezhet, megbízható fogamzásgátlásról gondoskodnunk kell, de figyelemmel kell lenni az életkorral megváltozott igényekre, esetleg már kialakult alapbetegségekre is. Szerencsére ez a korosztály jó compliance-al rendelkezik, nagyobb figyelmet fordít a fogamzásgátlási módszerek pontos követésére. Előadásomban áttekintem az irodalom jelenlegi álláspontját a perimenopauzában alkalmazott hormonális fogamzásgátlásról.

Intrauterin hormonalkalmazás határterületi kérdései

Szabó Zsolt

B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Semmelweis Tagkórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Miskolc

Az LNG medikált IUD használat fő területe a fogamzásgátlás. A méhen belüli kisdózisú hormonalkalmazás számos olyan körképben is terápiás lehetőséget kínál, amikor más úton történő hormonbevitel kockázatos, vagy relatíve ellenjavallt. A hosszú távú alkalmazást segíti az egyénre szabott kivizsgálás, az uterusűr és az endometriális hemostasis tisztázása.

Szerző áttekinti azon rizikó csoportokat, ahol az LNG medikált IUD alkalmazás kiterjesztése hozzájárulhat a nők életminőségének javulásához.

Postpartum Streptococcus peritonitis ritka esete MRSA hordozás talaján

Szokodi Róbert¹, Quispe Juan¹, Fejős János², Borsody Bálint², Répásy István¹

¹Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szülészet-Nőgyógyászat, Szekszárd

²Tolna Megyei Balassa János Kórház, Sebészet, Szekszárd

Egy fiatal nőbeteg szülés utáni ritka esetét szeretnénk bemutatni. Ezen kórokozó ritkán okozza a fenti megbetegedést, de akkor órák alatt súlyos klinikai kép alakulhat ki, mely időben megkezdett adekvát kezelés nélkül akár a beteg korai halálát is okozhatja. Prezentáljuk a klinikai adatok mellett a kórkép epidemiológiai adatait, a kezelés részleteit az irodalmi adatok tükrében. És végül levonjuk az eset tanulságait is.

Turner-szindrómás betegek endokrinológiai gondozása

Vida Beáta¹, Török Olga¹, Jenei Katalin¹, Felszeghy Enikő², Jakab Attila¹, Deli Tamás¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

²Debreceni Egyetem ÁOK, Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen

Célunk azoknak a Turner-szindrómás (TS) nőbetegeknek az azonosítása és vizsgálata volt, akiknél a diagnózis felállítására már gyermekkorban sor került, és felnőtt endokrinológiai gondozásba vétel során szakrendelésünkön jelentkeztek; vagy a DE KK Szülészeti Klinika endokrinológiai szakrendelése új betegként jelentkezve kerültek látóterünkbe. Vizsgálatunkba 28, a DE KK Szülészeti Klinika endokrinológiai szakrendelése 2009.01.01. és 2019.03.01. között megjelent esetet vontunk be. Az eredményeket az E-MedSol rendszerben regisztrált ambuláns lapok és laboreredmények által összesítettük.

A diagnózis felállítására a tünetek illetve genetikai vizsgálatok alapján gyermekkorban (22 fő), serdülőkorban (21 fő), vagy felnőttkorban (3 fő) került sor.

Harmincegy páciens esetében tapasztaltuk az X kromoszóma teljes hiányát, míg 15 esetben az X kromoszóma részleges hiányát (mozaik Turner szindróma).

A diagnózis felállításakor leginkább domináló fenotípusos jegyek a két csoportban nem mutattak jelentős eltérést: az alacsony és obes testalkat, az emlőfejlődés különböző mértékű elmaradása, a hypertrichosis és fokozott striaképződés mellett a primer amenorrhoea volt a leggyakoribb ok, ami miatt gyermek endokrinológiai vagy gyermeknőgyógyászati, nőgyógyászati szakrendeléseken először jelentkeztek a nőbetegek.

Tizennégy páciensnél alkalmaztak korábban növekedési hormon (GH) terápiát, az átlagos testmagasság esetükben 147,56 +/- 11 cm, míg a növekedési hormon terápiában nem részesülőknél ez 144,03 +/- 2,6 cm volt. A BMI értékek széles skálán helyezkedtek el (BMI: 25,88 +/- 10,3 kg/m²).

Az esetek többségében hormonpótló kezelés (HPK) történt, mely a felfedezés időpontjától függően több esetben gyermekkori hormonpótlással is kiegészült. A GH és HPK együttes jelenléte jelentős mértékben befolyásolta az esetlegesen felnőttkorban jelen lévő osteoporosis mértékét, amit a gyermekkorban elvégzett csontkor, és a későbbi DEXA vizsgálatok eredményei is megerősítettek.

Négy esetben a májenzimek kóros mértékű emelkedése miatt, tekintettel az esetlegesen fennálló toxikus májartalomra, a HPK felfüggesztésére volt szükség. Tizenhét esetben tapasztaltuk a pajzsmirigy alulműködését, melyhez 7 alkalommal anti-TPO pozitivitás is társult. Huszonegy esetben a kardiovaszkuláris rendszer (mitralis prolapsus, tricuspidalis insufficiencia, pitvari sövényhiány stb.), míg 8 esetben az urogenitális rendszer eltérő mértékű érintettsége (patkóvese, hydronephrosis, vesekő stb.) volt megfigyelhető. Emellett nem elhanyagolható mértékben egyéb szervrendszerek érintettsége is megfigyelhető volt, olyan alap érzékszervek alulműködését okozva, mint a szaglás, hallás, vagy látás. Habár az irodalomban a Turner-szindróma egyik leggyakoribb társbetegségként a coeliakia kerül említésre, pácienseink közül csak három esetben diagnosztizálták a betegséget.

Eseteink közül két Turner-szindrómás páciens várandós, sikeres petesejt-donációt és embriótranszfert követően. Két, Klinikánkon gondozott TS páciens esetében több alkalommal, spontán fogant terhességük kiviselését követően élő gyermek született.

Mindenképpen fontos a vizsgálatba vont esetek további követése, illetve új esetek vizsgálatba való bevonása, ezzel bővítve tapasztalatainkat a TS páciensek könnyebb diagnosztizálását és kezelését illetően.