

Szülészeti Perinatológiai és Aneszteziológiai Társaság

XVIII.

Kongresszusa



2015. április 10-11.

Szeged, Hunguest, Hotel Forrás****

PROGRAM

**Szülészeti Perinatológiai
és Aneszteziológiai Társaság**

**XVIII.
Kongresszusa**

Szeged, Hunguest Hotel Forrás****
2015. április 10-11.

PROGRAM

Kedves Kollégák!

2014-ben betöltötte 20. évét a Szülészeti Perinatológiai és Aneszteziológiai Társaság. Megalakulásakor elsődleges célunk a három szakma összefogásával a szülészobai ellátás korszerűsítése, a szülési fájdalomcsillapítás elterjesztése volt. Nemcsak kongresszusokat szerveztünk, hanem éveken át továbbképzéseket is, melyeken a résztvevők a szülészobai fájdalomcsillapítás módjait tanulhatták, gyakorolhatták.

És mi a következő 20 év feladata? Új kihívást jelentenek a megváltozott társadalmi elvárások: a szülés helyének, módjának megválasztása, az intézetben tartózkodás idejének rövidülése. Ismertek a demográfiai változások is: az anyai életkor kitolódása, a császármetszés gyakoriságának növekedése, az asszisztált reprodukciós eljárások segítségével létrejött terhességek számának növekedése. Míg az eredeti célkitűzésről - a szülészobai fájdalomcsillapítás elterjesztése - továbbra sem feledkezhetünk meg, egyre nagyobb összefogást követel a három szakma között a patológiás és a műtétes szülések ellátása. Ezért kongresszusaink témája ma már főleg az ilyen szövődményes kórképek, esetek ismertetése, megbeszélése lett.

2002-ben már rendeztünk SZPAT Kongresszust Szegeden - a visszajelzések szerint sikereset. Ezt szeretnénk most megismételni, amikor szeretettel várunk minden érdeklődő szülész, aneszteziológus és neonatológus kollégát és természetesen a velünk együttműködő védőnőket, szakdolgozókat is Szegedre, a napfény városába 2015. áprilisában! Kívánjuk, hogy hasznos, tanulságos és kellemes legyen mindenki számára a SZPAT XVIII. kongresszusa.

A szervező bizottság nevében

Dr. Zimányi Márta
a SZPAT elnöke.

KONGRESSZUS VÉDNÖKEI

Dr. Botka László

Szeged Megyei Jogú Város Polgármestere

Prof. Dr. Szabó Gábor

Szegedi Tudományegyetem Rektora

Prof. Dr. Bari Ferenc

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Dékánja

KONGRESSZUS TISZTELETBELI ELNÖKE

Prof. Dr. Pál Attila

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Igazgatója, a Klinikai Központ Elnöke

KONGRESSZUS ELNÖKE

Dr. Zimányi Márta - SZPAT elnöke

e-mail: zimanyi.m@gmail.com

TUDOMÁNYOS INFORMÁCIÓ

Dr. Hupuczi Petronella - SZPAT főtitkára

e-mail: hupuczip@gmail.com

TUDOMÁNYOS és SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Dr. Beke Artúr

Dr. Boros Gábor

Dr. Hupuczi Petronella

Dr. Németh Gábor

Dr. Orvos Hajnalka

Dr. Zimányi Márta

Csetneki Júlia

AKKREDITÁCIÓ

**A TOVÁBBKÉPZÉS A SEMMELWEIS EGYETEM FELÉ KONGRESSZUSI
AKKREDITÁCIÓRA FELTERJESZTVE.**

KONGRESSZUS HELYSZÍNE

HUNGUEST Hotel Forrás superior****

6726 Szeged, Szent-Györgyi A. u. 16-24.

Tel.:(+36 52) 566-466

E-mail: hotelforras@hunguesthotels.com

A KONGRESSZUSON KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK

Szegedi Orvosképzés Fejlesztéséért Alapítvány

Nestlé Hungária Kft.

B. Braun Trading Kft.

Pfizer Kft.

Anamed Kft.

Hipp Kft.

Sanofi

Köszönjük a tanfolyam megrendezéséhez nyújtott segítségüket.

REGISZTRÁCIÓ

Az egyéni regisztráció időpontja:

2015. április 10-én, pénteken, 08.00 - 17.00 között,
2012. április 11-én, szombaton, 08.00 - 15.00 között lehetséges a helyszínen.

A "Regisztráció díj" tartalmazza:

- az előadásokon való részvételt
- program- és abstract-füzetet, és a kiállítás megtekintését
- három alkalommal a kávészüneti ellátást

KONGRESSZUSSAL KAPCSOLATOS TECHNIKAI INFORMÁCIÓ

Általános információ, kiállítás:

Papp Zsombor
cégvezető



Convention Budapest Kft.

H-1461 Budapest, Pf: 11.

Telefon: (+361) 2990184, 2990185, 2990186

Fax: (+361) 2990187

E-mail: zspapp@convention.hu;

Web-információ: www.convention.hu

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2015. április 10., péntek

- 10.00-10.40 Ünnepestyes Megnyitó
- Üdvözlés
 - Védnökök
 - Virginia Apgar díjak átadása

10.40 TUDOMÁNYOS PROGRAM, ELSŐ SZEKCIÓ Üléselelnökök: Dr. Hupuczi Petronella és Dr. Beke Artúr

- 10.40-10.55 **Szepezsiz a szülés után**
Prof. Dr. Rudas László
-
- 10.55-11.10 **Nehéz légút - császármetsezés narkóziisban**
Dr. Zimányi Márta
-
- 11.10-11.25 **Nem epidurális szülesi fájdalomcsillapítás**
Dr. Beke Artúr
-
- 11.25-11.40 **Posztoperatív fájdalomcsillapítás a kórházban és otthon császármetsezés után**
Dr. Márton Sándor
-
- 11.40-11.55 **"Miért nincs Magyarországon szülesi fájdalomcsillapítás?"**
Dr. Krasznai Péter
-
- 11.55-12.10 **Szteroid profilaxis**
Dr. Boross Gábor
-
- 12.10-12.25 **Új elvek a koraszülöttek lélegeztetésében és surfactant terápiaájában**
Dr. Kocsis István

12.25-12.50 **Diszkusszió**

12.50-14.00 **Ebédészünet**

14.00 TUDOMÁNYOS PROGRAM, MÁSODIK SZEKCIÓ Üléselelnökök: Dr. Zimányi Márta és Dr. Görbe Éva

- 14.00-14.15 **Terhesség alatti vérzések az I-II. trimeszterben**
Dr. Belic Zorán
-
- 14.15-14.30 **Peripartum vérzések ellátása a szülesz szemszögéből**
Prof. Dr. Póka Róbert
-
- 14.30-14.45 **Peripartum vérzések ellátása az aneszteziológus szemszögéből**
Dr. Hupuczi Petronella
-
- 14.45-15.00 **Haematológiai problémák kora és újszülött korban**
Dr. Harmath Ágnes

15.00-15.15 **Diszkusszió**

15.15-15.30 **Kávészünet**

15.30 SZABAD ELŐADÁSOK
Üléselnökök: Prof. Dr. Orvos Hajnalka. és Dr. Márton Sándor

- 15.30-15.40 **Mikor születünk?**
Dr. Polcec Renáta
-
- 15.40-15.50 **Az aneszteziológus munkáját könnyítő eszköz: az Easypump használata**
Budainé Bíró Ildikó
-
- 15.50-16.00 **Preeclamsiával szövődött terhesség - esettanulmány**
Dr. Szücs Márta
-
- 16.00-16.10 **A spinalis anesztézia során jelentkező hypotensio megelőzésének lehetőségei az aneszteziológus asszisztens szemszögéből**
Szilágyi Erzsébet
-
- 16.10-16.20 **Terhesség és szoptatás alatti gyógyszereszedés**
Dr. Boross Gábor
-
- 16.20-16.30 **PRES és anesztézia preeclamsiában. Esetbemutató**
Dr. Mihályi Eszter
-
- 16.30-16.40 **Cystás fibrosis prenatalis ultrahang diagnosztikája**
Balogh Dániel

16.40-17.00 **Kávészünet**

17.00-18.00 **Küldöttközgyűlés**

20.00 **Bankett vacsora**

2015. április 11.. szombat

9.00 TUDOMÁNYOS PROGRAM HARMADIK SZEKCIÓ
Üléselnökök: Dr. Boross Gábor és Dr. Belic Zorán

- 09.00-09.15 **Otthonaszülés - korai hazabocsátás a szülészorvos szemszögéből**
Dr. Németh Gábor
-
- 09.15-09.30 **Korai hazaadás neonatologiai vonatkozásai**
Prof. Dr. Orvos Hajnalka
-
- 09.30-09.45 **Korai hazabocsátás az alapellátó gyermekorvos szemszögéből**
Dr. Kovács Julianna
-
- 09.45-10.00 **Az anyai életkor változása Magyarországon**
Dr. Csákány M. György
-
- 10:00-10:15 **Terhesség és szülés 18 éven aluliak körében**
Dr. Lukács Ildikó

10.15-10.30 **Diszkusszió**

10.30-10.45 **Kávészünet**

10.45 **SZABAD ELŐADÁSOK**
Üléselnökök: *Dr. Csákány György és Dr. Kocsis István*

10.45-10.55 **Késői koraszülöttek összehasonlító utánvizsgálata**
Kalmár Andrea

10.55-11.05 **Korai hazaadás a védőnő szemével**
Vass Márta

11.05-11.15 **Terhesség alatt nem szülészeti diagnózis érdekében végzett képképző vizsgálatok**
Dr. Madarász Zsolt

11.15-11.25 **Az achondroplasia aneszteziológiai és szülészeti vonatkozásai: esetismertetés**
Dr. Orbán Ágnes

11.35 **A Kongresszus zárása**

12.00 **Ebéd**

Szülészeti Perinatológiai és Aneszteziológiai Társaság

XVIII. Kongresszusa

Szeged, Hunguest Hotel Forrás****
2015. április 10-11.

Felkért referátumok

Nehéz légút - császármetszés narkózisban

Dr. Zimányi Márta

Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

Napjainkban világszerte egységes a szemlélet abban, hogy császármetszéshez lehetőség szerint gerincközeli érzéstelenítést végeznek az aneszteziológusok. Általános érzéstelenítés csak rendkívüli sürgősség, egyes súlyos vérzéssel járó szülészeti kórképek, köldökzsinór előesés vagy a terhességgel összefüggésben nem lévő egyéb, regionális érzéstelenítést kontraindikáló állapotok fennállásakor jön szóba. Fentiekből következik, hogy egyre kisebb az aneszteziológusok gyakorlata a császármetszés narkózisában, valamint, hogy fokozott veszélyt jelentenek a felsorolt sürgősségi helyzetek.

A nemzetközi szakirodalom régóta foglalkozik többek között az anesztéziával összefüggő anyai mortalitás/morbiditás alakulásával, az anesztézia módszereinek változásával és ennek hatásával a lehetséges szövődményekre. Bár az anyai halálozás a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban csökkenő tendenciát mutat, az anesztéziával összefüggő szövődmények közül a légútbiztosítás nehézsége változatlanul gyakran előforduló komplikáció.

A szerző áttekinti az anesztézia szövődményeként kialakuló súlyos anyai károsodások alakulását a nemzetközi statisztikák tükrében. Felhívja a figyelmet azokra a lehetőségekre, amelyekkel elkerülhetőek a légútbiztosítással összefüggő szövődmények. Kiemeli az oktatás jelentőségét, a szülészeti anesztéziával foglalkozó csapatok folyamatos továbbképzését, a témával kapcsolatos prokollok kialakításának szükségességét. Bemutatja a gyakorlatban leginkább használható és bevált eszközöket, módszereket.

A.C. Quinn et al: Failed tracheal intubation in obstetric anaesthesia: 2 yr national case-control study *int he UK BJA* p 1 of 7 doi:10.1093/bja/aes320

Paul Clyburn et al: Saving lives Improving Mothers' Care 2014 6. Lessons for Anaesthesia

Posztoperatív fájdalomcsillapítás a kórházban és otthon császármetszés után

Dr. Márton Sándor

PTE AOK AITI

A császár metszések műtét utáni fájdalomcsillapítása különbözik az egyéb hasi műtéteket követő eljárásoktól. Ennek fő oka az alkalmazott fájdalomcsillapítók anyatejbe való bejutásától való félelem, terhességgel összefüggő hiperkoagulabilitás miatti minél gyorsabb mobilizáció. Ennek következménye sajnos e betegcsoport elégtelen fájdalomcsillapítása.

A császármetszések érzéstelenítése gyakorlatilag az egyetlen olyan aneszteziológiai beavatkozás, melynél a gyógyszerek placentáris penetrációja miatt, egyértelműen a regionális érzéstelenítés ajánlott. Ez fejlett egészségüggyel rendelkező államokban 90% felett van, sőt sürgős császármetszéseknél is 70%.

A posztoperatív fájdalomcsillapító hatása van a lokálanesztetikumok mellé kevert opiátoknak, hiszen itt közvetlenül a központi idegrendszerbe adagoljuk őket. A lipofil ágenseknek mint például a morfin hátrányuk a lassabb hatásbeállítás, gyakoribb mellékhatások (légzésdepresszió), előnyük a hosszabb fájdalomcsillapító hatás. A hidrofil gyógyszereknél (fentanil, szufentanil) gyorsabb hatásbeállást tapasztalunk, rövidebb időtartam mellett. Sajnos Magyarországon intratekálisan csak a szufentanil alkalmazható. Császármetszéseket követően a fájdalomcsillapításnak multimodális szemléletűnek kell lennie. Ennek lényege a nocicepció gátlása a perifériás idegrendszerben, opiátok valamint nemszteroid fájdalomcsillapítók adásával. Előnye a különböző gyógyszerek adagjának csökkentése, jobb fájdalomcsillapító effektus, kevesebb mellékhatással. A mennyiben a műtét epidurális érzéstelenítésben történt, javasolt annak folytatása lokálanesztetikum és opiátok kombinációjával. Spinál érzéstelenítés valamint általános anesztézia után itt is a bázis gyógyszerek az opiátok, jelenleg is "gold standard" a morfin, nemszteroid fájdalomcsillapítókkal kombinálva. Kábító fájdalomcsillapítók adásánál javasolt a beteg kontrollált analgészia (PCA), amely az irodalom szerint a legjobb terápiás effektussal rendelkezik, többek közt a placebo effektusa miatt, kevesebb mellékhatással, hátránya a készülék ára, ezért sajnos Magyarországon rutinszerűen nem alkalmazzuk. A mennyiben lehetséges perifériás idegblokkal egészítsük ki az előbbi terápiát. Ruffi és munkatársai 2001-ben írták le a Transversus Abdominális Plane Blokk technikát. Ennek lényege hogy az elülső hasfalat, a torakális6-lumbális1-es plexusok idegzik be. A muszkulus obliquus internus és a muszkulus transzverzus abdominis bonyéja közé lokálanesztetikumot fecskendezve jó fájdalomcsillapító effektust érünk el, ezáltal a kábító fájdalomcsillapítók igényét csökkenteni tudjuk, így kevesebb

mellékhatást tapasztalunk. Felkereshető "vakon" az úgynevezett Petit háromszögben, valamint ultrahang vezérelve is. Szerencsére szülészeti műtőkben ultrahanggal általában rendelkezünk, ezért nem szükséges erre speciális gépet beszerezni. Szintén opioid "spóroló" hatása van a folyamatos sebinfiltrációnak is. Ennek alkalmazásakor vékony draint (epidurális katéter) helyezünk be szubkután vagy szubfaszciálisan, és ezen keresztül infúziós pumpa segítségével lokálanesztikumot adagolunk.

A császármetszések követő fájdalomcsillapítás kiemelt fontosságú, egyrészt hogy a műtét utáni közvetlen időszakban a kismama kitudja pihenni a vajúds és a műtét okozta fáradalmait, és az elkövetkező időszakban gyermekét megfelelően tudja ellátni, valamint hogy a krónikus fájdalom kialakulását meg tudjuk előzni. Sajnos Magyarországon erre még nincsenek kidolgozott protokollok és ezen betegek a fájdalomcsillapítók mellékhatása miatti félelem miatt elégtelen terápiában részesülnek.

Marcel Vercauteren: Analgesia after Caesarean section: are neuraxial techniques outdated? Jurnalul Rom,n de Anestezie Terapie Intensiv" 2009 Vol.16 Nr.2, 129-133

Lavandíhomme PM, Roelants F, Waterloos H, De Kock MF: Postoperative analgesic effects of continuous wound infiltration with diclofenac after cesarean delivery. *Anesthesiology* 2007; 106: 1220-1225

McDonnell JG, Curley G, Carney J, Benton A, Costello J, Maharaj CH, Laffey JG. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after cesarean delivery : a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2008; 106: 186-191

Miért nincs Magyarországon szülési fájdalomcsillapítás?

Krasznai Péter dr.

Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ

A szülészeti fájdalomcsillapítás szükségességét és jogosságát ma már nagyon kevesen vitatják. Mégis Magyarországon a szülések 90 százaléka mindenféle fájdalomcsillapítás nélkül zajlik le. Ugyanez az arány, a fejlett nyugati országokban és a szomszédos Ausztriában is, csaknem fordított. Előadásomban ennek okait próbálom feltárni. Az elsődleges problémát magában az egészségügyi rendszerünkben látom. A jelentős mértékben paraszolvenciára épülő szülészeti ellátás nehezen viseli, hogy még egy szakember jelenjen meg a szülő nő körül. További okok közül számosat találtam de csak a legjelentősebbeket említem. Így a nagyfokú tájékozatlanságot a szülési fájdalomcsillapítással kapcsolatban, a védőnők a szülésznők, de az orvosok részéről is, általában mindazok körében akiktől a szülő nők tanácsot kérhetnek. Nem kevésbé játszik szerepet a szülészeti osztályvezetők egy részének bizonytalansága, mivel tartanak az esetleges szövődményektől és a plusz anyagi terhektől. Az is feltűnő, és komoly szerepet játszhat, hogy egyes nagy hazai szülészeti kongresszusokon, a több száz előadás közül alig egy-kettő foglalkozik a kérdéssel. Végül, csak hab a tortán, hogy, a fájdalomcsillapítás szükségességét makacsul tagadó, kollégák komoly szaklapban fejthetik ki nézetüket és bár a szerkesztőség utóbb elhatárolódik a véleménytől, de az erre kialakuló vita már nem kerül közlésre. Előadásom végén összefoglalom azokat a javaslatokat, amely talán előrelépést jelentenének hazai viszonyok között is a szülési fájdalomcsillapítás terén, elősegítve, hogy ezen a téren ne a sereghajtók között szerepeljünk.

Antenatális szteroid profilaxis

Dr. Boross Gábor

Péterfy Sándor u. Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Budapest

Több mint 40 éve ismert, fenyegető koraszülés esetén, az anyának antenatálisan adott szteroid jótékony hatása a koraszülöttekre. Számos tanulmány bizonyította, hogy fenyegetető koraszülés esetén az anyának adott szteroid csökkenti az újszülött halálozást, RDS, az agyvérzés és a NEC előfordulását, mindezek mellett lerövidíti az intenzív újszülött osztályon való tartózkodás idejét. Az ismert előnyök ellenére a szteroid profilaxis alkalmazása még ma sem éri el a kívánt gyakoriságot. Magyarországon 2013-ban a 34. gest héten, vagy azelőtt születetteknek csak 49,7 százaléka részesült teljes és 17,3 százaléka részleges szteroid profilaxisban. Ez messze elmarad lehetséges aránytól. Az Eü. Minisztérium 2008-ban szakmai protokollban rögzítette az antenatális szteroid profilaxis szükségességét. Ezt a NEFMI a későbbiekben meghosszabbította. Azaz a szteroid profilaxist szükségességét fenyegető koraszülés esetén jogszabály rögzíti.

A fenyegető koraszülés esetén az anyának adott szteroid egyértelmű előnye mellett gyakran felmerülő kérdés, hogy mikor, milyen szteroidot, milyen adagban adjunk, van-e jogosultsága az ismételt gyógyszeradásnak? Ezen túl milyen közvetlen mellékhatásokkal számolhatunk az újszülött és az anya esetében, továbbá milyen hosszú távú hatásokkal számolhatunk?

A legtöbb ajánlás fenyegető koraszülés esetén a 24. és 34. terhességi hét között javasolja az antenatális szteroid profilaxist. Az újabb ajánlások azonban a profilaxis idejét kitolják minden 37. hét előtt megindult koraszülésre, sőt a 38. terhességi hét előtti electív császármetszésekre is. Az antenatális szteroid profilaxis a szülést megelőző 48 és 168 óra között a leghatékonyabb. A 28. terhességi hét előtt elvégzett profilaxist ajánlott megismételni, amennyiben a koraszülés több mint egy héttel később várható. A 32. terhességi hét előtt végzett profilaxis megismétlése mérlegelendő. További ismételt szteroid adás nem javasolt. A profilaxis céljára leggyakrabban alkalmazott corticosteroid a bethamethason és a dexamethason. Az előbbi drágább, de kevesebb mellékhatása van. Hatékonyságban és hosszú távú hatásban nincs szignifikáns különbség a két szer között. Némiképp eltér a két gyógyszer adagolása. Mindkettőből 24 mg adása javasolt 24 óra alatt. A dexamethason 6 óránként, 4x6mg-os adagban, míg a bethametasont 12 óránként, 2x12mg-os adagban parenterálisan ajánlott adni.

Utánvizsgálatok során antenatálisan adott bethametason esetében kisebb volt a valószínűsége a késői idegrendszeri károsodásnak és hallászavarnak, mint dexamethason adása esetében.

Előadásomban ismételten fel szeretném hívni a figyelmet az antenatális szteroid profilaxis jelentőségére.

Új elvek a koraszülöttek lélegeztetésében és surfactant terápiájában

Dr. Kocsis István

Semmelweis Egyetem II.sz Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Perinatológiai Intenzív Centrum

A respirációs distress szindróma (RDS) a koraszülöttek leggyakoribb légzőszervi betegsége. A kezelés sarokköve a korábbi évtizedekben az endotrachealis tubuson keresztüli surfactant adás és invazív gépi lélegeztetés volt közepes és súlyos RDS esetén. Annak ellenére, hogy a gépi lélegeztetés technikája és módszerei jelentős fejlődésen mentek keresztül, a multifaktoriális etiológiájának tartott bronchopulmonáris dysplasia (BPD) kialakulásában jelentős tényezőnek tartjuk továbbra is az invazív gépi lélegeztetést. Az invazív gépi lélegeztetés okozta barotrauma, a volutrauma és az oxigén indukálta gyulladás (oxytrauma) jelentősen hozzájárul a BPD kialakulásához. A szinkronizált és nem szinkronizált non-invazív légzéstámogatás egyre szélesebb körben terjedt el a koraszülöttek ellátásában csökkentve az extubációt követő légzési elégtelenség, a BPD és a koraszülöttek apnoes epizódjainak az előfordulását. Emellett a surfactant korai alkalmazása és a non-invazív légzéstámogatás szinergista hatással bír ugyancsak a BPD előfordulásának csökkentésében.

Az előadás a neonatológiában az elmúlt években a noninvazív légzésterápia és a surfactant adás technika terén bekövetkezett változásokról számol be.

Terhesség alatti vérzések az I-II. trimeszterben

Dr. Belics Zoran

A terhesség bármelyik szakaszában jelentkező vérzés esetén első lépésben ki kell zárni az esetleges sérülésekből vagy méhszáj rosszindulatú daganatából eredő, terhességtől független okokat. Mind az első, mind a második trimeszter folyamán jelentkező vérzéseket komolyan kell venni, alapos kivizsgálást kell elvégezni, törekedve a vérzés kiváltó okának mihamarabbi feltárására.

Az első trimeszterben jelentkező vérzések esetén, a terhességi kor függvényében ki kell zárni a méhen kívüli terhesség lehetőségét, továbbá a vetélés különböző formáit, a ritkán előforduló trophoblast tumort, vagy a gyakoribb, de kezelést nem igénylő decidualis polypust.

A várandósság második harmada során jelentkező vérzés esetén kizárandó az abruptio pacentae, vagy a placenta praeviaiból eredő vérzés. Életet veszélyeztető vérzés adódhat a burokban futó ér megrepedéséből is. Vérzéssel járhat továbbá a megindult vetélés vagy koraszülés is.

A vérzés forrásának diagnosztizálása esetén törekedni kell a mihamarabbi kezelés megkezdésére, ami a kiváltó ok függvényében kell elvégezni, így az lehet sürgős műtéti beavatkozás, vagy gyógyszeres kezelés (tocolysis). Olyan elváltozások esetén, mint a decidualis polypus nincs teendő, csupán a várandós megnyugtatása és tanácsokkal történő ellátása a cél.

Haematológiai problémák kora- és újszülött korban

Dr. Harmath Ágnes

Semmelweis Egyetem I.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest, Magyarország

A magzat és az újszülött haematológiai betegségei régóta az érdeklődés középpontjában állnak. Dr.M.M. Wintrobe 1943-ban megjelent "Clinical Hematology" című könyve volt az első összefoglaló mű, mely az újszülöttkorban előforduló anemiákat, vérzéses betegségeket rendszerezte és az újszülöttkori thrombocytopeniával kapcsolatos ismereteket röviden összegezte.

A születéskörüli normál értékek meghatározásakor fontos figyelembe venni, hogy a terhességi kor előre haladtával, illetve a perinatalis időszakban hogyan változnak az egyes alkotórészek normál értékei.

A terhesség 22-40. hetében a hemoglobin (Hgb) és a hematokrit (Htk) érték emelkedése lineáris. Nemektől függetlenül a Hgb szint elérheti 21 g/dl (3.25 mmol/l), a Htk pedig a 64% értéket. Az élet első négy órájában a 35-42. terhességi hét között született újszülöttek Hgb/Htk értéke $3.6 \pm 0.5\%$ emelkedést, míg a 29. terhességi hét előtt született koraszülöttek értékei $6.0 \pm 0.3\%$ csökkenést mutatnak. A 29-34. terhességi hét között született koraszülöttek Hgb/Htk értékei ebben az időszakban nem változnak. A terhességi kortól függetlenül az első hónapban a Hgb/Htk értékek lineáris csökkenése figyelhető meg.

Az erythroblastok száma, bár valószínűleg a prenatalis hypoxia markereinek tekinthetőek, nem mutat összefüggést a köldökzsinór pH és az 1 ill. 5 perces Apgar értékkel. Magas (95 percentil feletti) erythroblast szám esetén azonban a súlyos intraventricularis vérzés és retinopathia kialakulásának veszélye lényegesen magasabb.

A thrombocyta szám normál értéke 150000-450000/?l között van. Az 5 percentilis érték azonban születéskor jelentősen eltérhet: a 32. terhességi hét előtt született koraszülöttek esetén 104200/?l, míg a később születetteknel 123000/?l. Az élet első két hónapjában két alkalommal, a 2-3. héten és 6-7. héten, emelkedik a thrombocytaszám. A legmagasabb ilyenkor mért értékek 750000/?l körül mozognak. A terhesség alatti anyai thrombocytopenia, amennyiben annak értéke 50000/?l alatti volt, mintegy ötszörösére emeli a magzati thrombocytopenia valószínűségét.

A fehérvérsejt szám értéket az ismert tényezőkön kívül (anyai terhességi hypertonia, bakteriális fertőzés, triszómiák) a szülés előtti vajúdas ideje és a nem is befolyásolja. Elektív császármetszés esetén az újszülött fehérvérsejt száma szignifikánsan alacsonyabb (3500 neutrofil/?l), mint vajúdas követően történő császármetszés esetén. A lányok fehérvérsejt száma mintegy 2000 neutrofil/?l számmal, szignifikánsan magasabb, mint a fiúké.

Az előadás a perinatalis-neonatalis időszakban előforduló gyakoribb haematológiai kórképeket (anaemia, thrombocytopenia, vérszavarok) öleli fel a kezelésre vonatkozó az elmúlt években megjelenő guide-line ismertetésével.

Otthonszülés: - korai hazabocsátás a szülésorvos szemszögéből

Dr. Németh Gábor

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged, Magyarország

Annak ellenére, hogy több bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy az otthonszülés az alacsony kockázatú terhességgel rendelkező nők esetében biztonságos választási lehetőség, a legtöbb jóléti országban továbbra is ellentmondásos a megítélése. Az otthonszüléssel foglalkozó tanulmányokat kritika érte, ha túl kis mintát vettek alapul ahhoz, hogy a perinatalis halálozást megfelelően értékelhetni lehessen rajtuk, vagy nem tudtak különbséget tenni a tervezett és nem tervezett otthonszülések között, illetve korábbi adatokra épültek, és így elképzelhető volt az elfogultság a minta kiválasztásánál. Sajnos minden tájékoztatás ellenére napjainkban is fordul elő úgynevezett "sikertelen" otthonszülés, mely vagy a magzat, vagy a szülőnő, esetleg mindkettő károsodásával jár.

Szerző a hazai vélemények és állásfoglalások birtokában és tükrében próbálja feltárni az otthonszüléssel kapcsolatos szülészeti szempontokat és véleményeket. Az előadásában az otthonszüléssel kapcsolatos pro és kontra érveket hallhatunk, az otthonszülés veszélyeinek a hangsúlyozásával.

A születés körüli halálozás további csökkentése érdekében hazánkban nem az otthonszülés bevezetésével, hanem a kórházi/klinikai szülőszobák korszerűsítésével, családi hangulatúvá fejlesztésével, az in utero szállítás gyakorlatának általánossá tételével, a neonatológiai és az intenzív újszülött ellátás feltételeinek javításával, összetársadalmi szinten pedig a koraszülésért felelős nem orvosi okok csökkentésének lehetőségével, illetve megszüntetésével kell foglalkozni.

Korai hazaadás újszülött osztályról

Prof. dr. Orvos Hajnalka

SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged, Magyarország

Az újszülöttek szülőszobán és a gyermekágy idején történő ellátásában egyes osztályok között jelentős különbségek vannak. A szüléstől a hazaadásig eltelt idő jelentősen lecsökkent, az újszülöttek hazaadását szülészeti intézményből szakmai protokollok, finanszírozási szempontok (HBCS pont), illetve szülői kérések befolyásolják. A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium a 72 órás intézeti benntartózkodást preferálja, de egyre inkább elterjedt a korai (48 óra) hazaadás, sőt ambuláns szülésre is igény van, amikor az újszülött zavartalan adaptációját követően távoznak otthonukba.

Az újszülöttet megszületés után és hazaadás előtt gyermekgyógyász, neonatológus vizsgálja meg, lehetőség szerint az édesanya jelenlétében. Az intézetben az újszülött BCG védőoltásban részesül, hazaadás előtt (48-72 óras életkor között) megtörténik az újszülöttkori bővített anyagcsere szűrővizsgálat, hallásszűrés és csípőszűrés.

Hazaadás előtt az ápolószemélyzetnek meg kell győződnie, hogy az anya szakszerűen ápolja és táplálja újszülöttjét. Az újszülött kitöltött egészségügyi könyvvel, védőoltások adatlapjával és zárójelentéssel kerül hazaadásra. A területi védőnővel és gyermekgyógyásszal szoros kapcsolatban kell lenni, hiszen az újszülött biztonságos hazaadása az elsődleges szempont. Korai hazaadás esetén nem minden esetben indul be megfelelően az anyatej elválasztása. A kezelésre szoruló icterus, bizonyos szívfejlődési rendellenességek, illetve nemcsak a késői, hanem a korai típusú fertőzés jelei sem jelentkeznek minden esetben az első életnapokban. Így egyes problémák csak a területen lesznek észlelhetők, nagyobb felelősséget, terhet róva a házi gyermekorvosra és területi védőnőre. Korai hazaadás esetén szükséges a szűrővizsgálatok és bilirubin meghatározás ambulanter biztosítása, valamint harmadik életnapon az újszülött szakorvosi vizsgálata.

Egységes megoldást igényelne a hétvégék, hangsúlyosan a több napos ünnepek alatt elbocsájtott újszülöttek területi felügyelete, biztosítva az egészségügyi szolgáltatások könnyű elérhetőségét.

Korai hazabocsátás az alapellátó gyermekorvos szemszögéből

Dr. Kovács Julianna

Újszülöttek hazaadási időpontjának megítélése és a hazaadásról történő döntés a terhesség, a szülés körülményeinek, az újszülött és az anya állapotának figyelembevételével a **szülészeti intézmények felelőssége**. Távoztatáskor a területen történő fogadás körülményeiről az intézetnek meg kell győződnie, és a szülőknek ismerniük kell az otthoni teendőiket.

A fogadó házi gyermekorvosi/háziorvosi és védőnői szolgálat feladatait illetően szakmai szempontok alapján összehangolt és szabályozott **feladatmegosztást** kell kialakítani, a szolgáltatók közti alapvető kommunikáció biztosítani kell.

Felvetődő kérdések, hogy a születés után hányadik naptól tekintünk a hazaadást korainak, kinek, melyik szolgáltatónak, hányadik napon, hol és mi a feladata akár a szűrővizsgálatok, akár a védőoltások tekintetében. A szülészeti intézettől kapott dokumentáció informatív tartalmi elemei, a zárójelentés, a gyermek Egészségügyi Könyve, az intézet hiteles értesítési módja az alapellátásban dolgozó védőnők és házi gyermekorvosok, háziorvosok fele, az újszülöttek praxisba történő bejelentkezése, az orvosválasztás számtalan problémát vett fel. A jelenleg érvényben levő jogszabályok, szakmai irányelvek tükrében e kérdéskört körbejárva **az egészséges újszülöttek hazaadását követő ellátásról, gondozásról** készülő új **szakmai irányelv** lényeges elemeit is bemutatja az előadás.

Az anyai életkor változása Magyarországon

Dr. Csákány M. György

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Rendelőintézet Budapest

Az anyai életkor növekedése a fejlett országokban világjelenség, Magyarországon 2004 óta feltűnően gyors, míg 2003-ban a szülő nők átlagos életkor csak 24 év volt, már 7 év múlva meghaladta a 30-at. A növekedés mind az először, mind pedig a többször szülőket érinti. Az a tény, hogy a szülések időpontja lényegesen kitolódik társadalmi gond is, de lényegesen befolyásolja a szülészeti tevékenységet. Az előadásban a Tauffer és az OEP adatainak felhasználásával mutatjuk be a szakmai változásokat, a korábbi időszakhoz viszonyítva.

Terhesség és szülés 18 éven aluliak körében

Dr. Lukács Ildikó¹, Dr. Szedlák Balázs²

¹Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

²Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály

A szerzők 5 év (2010-2014) anyagában a fiatalkorúak (14 és 18 év közötti) nem kívánt és kívánt terhességeit dolgozták föl.

Cél: A nemzetközi irodalomhoz hasonlóan vizsgáltuk, hogy a fiatalkorúak esetében, hogyan alakul osztályunkon a terhességmegszakítások száma, valamint a kiviselt terhességeknél a koraszülés és császármetszés frekvencia, a perinatális mortalitás és a csecsemőhalandóság.

Módszer: számítógépes adatfeldolgozás során (MedWorks rendszer) vizsgáltuk a magas kockázatú fiatalkorú terhesek császármetszésben szereplő indikációit.

Felelőtlenség vagy az élet minden határt felülmúló tisztelete áll a gyerekként babát vállaló lányok döntése mögött. A felelősség kit terhel, az önmagát is eltartani képtelen gyereklányokat, azok szüleit, esetleg az erre reagálni képtelen társadalmat. A tinédzser korban még éppen hogy formálódik a személyiség, az identitás. Egy ilyen korú fiatal nem érett még egy ilyen felelősségteljes döntésre. A túl fiatalon szülés nem csak morális kérdéseket vet föl, hanem súlyos egészségügyi kockázatai is vannak. A nemzetközi irodalomban (ausztrál, új-zélandi, angol, skandináv és amerikai) számos tanulmány foglalkozik a tizenévesek terhességeivel és szüléseivel, és a legtöbb szerző magasabb kockázatot igazol esetükben. Gyakoribb az anaemia, a toxaemia, az éretlen és koraszülések aránya. Magasabbak a perinatális mortalitás és csecsemőhalandóság mutatói.

Kiskorúak anesztéziájánál számos jogi és etikai kérdések merülnek föl "A szülők a legnagyobb kincsüket, az ígéretes jövőt megvalósító gyermekük életét bízzák az aneszteziológusra. Ennél nagyobb bizalom és kihívás nem létezik, és súlyát egy életen át éreznünk kell" - Prof. Dr. Hirsch Tibor. Anesztéziái tevékenységünk során a gyermekek jogai sokkal sérülékenyebbek, a kiskorú nem érvényesítheti saját akaratát, nem hozhat önálló döntéseket, mindezzel a joggal szülei, törvényes képviselői vannak felruházva.

Eredmények, következtetés, összefoglalás:

5 év anyagát feldolgozva a következő megállapításokra jutottunk

1. a fiatalkorúak között magas a terhességmegszakítások száma
2. magas a koraszülés és a császármetszés frekvencia
3. magas a perinatális mortalitás és a csecsemőhalandóság
4. a fiatal és időskorú várandósok (18 év alatti és 35 év feletti nők) terhességeinek ugyanazon kockázatai vannak (a nemzetközi irodalomból is ez derül ki)
5. a húgyúti fertőzés, a magas vérnyomás, a praeclampsia, az intrauterin retardatio és a koraszülés gyakoribb
6. szoros összefüggés van az etnikai hovatartozás és a terhesség időzítése között - a szexuálisan aktív legfiatalabbak között magas a hátrányos helyzetű szegény rétegek képviselete
7. körükben gyakoribb a promiscuitás és az alkalmi kapcsolat
8. gyakoribb a rendszeres alkohol fogyasztás, a dohányzás és drog használata
9. nem táplálkoznak egészségesen, nem szednek magzatvédő vitaminokat, nem járnak rendszeresen várandósgondozásra

Osztályunk perinatális mutatóit ismerve feltétlenül indokolt a részletes és évenkénti elemzés. Javítani kell a várandósgondozás minőségét és növelni kell a családorvosok és védőnők szerepét.

Hivatkozások:

- 1./ British gynecological journal - Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old,
- 2./ American Journal of Public Health: "U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity"
- 3./ www.womhealth.org.au Women's Health Queensland Journal - Australia
- 4./ Perioperatív betegellátás: Tassonyi Edömér - Fülesdi Béla - Molnár Csilla; Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest 2009
- 5./ Gyermek aneszteziológia és gyermek intenzív-terápia
Hirsc Tibor - Tekulics Péter - Újhelyi Enikő; White Golden Book, Budapest 2003
- 6./ A szülészet-nőgyógyászat tankönyve - Papp Zoltán; Semmelweis Kiadó, Budapest 2007

Szülészeti Perinatológiai és Aneszteziológiai Társaság

XVIII. Kongresszusa

Szeged, Hunguest Hotel Forrás****
2015. április 10-11.

Szabad előadások

Mikor születünk?

Dr. Polcec Renáta

Péterfy Sándor utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest,
Magyarország

Igen elterjedt nézet, hogy az időjárási frontok nagyban befolyásolják a születések számát. Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy az időjárási frontok, az évszakok, esetleg a hónapok, illetve a hét napjai befolyásolják-e a születések számát.

A Péterfy Sándor utcai Kórház Szülészeti osztályán 2012- 2013. évben született 2667 újszülött adatait feldolgozva, elemeztük, hogy mely hónapokban, illetve a hét mely napján születik a legtöbb és a legkevesebb gyermek, és mindezt hogyan befolyásolják az időjárási frontok. Ehhez az Országos Meteorológiai Szolgálat és a Központi Statisztika Hivatal adatait használtuk fel.

Vizsgálatunk során kiderült, hogy Kórházunk szülészeten, hétfőtől csütörtökig közel azonos számú gyermek születik, pénteken megnövekszik a szülésszám. Hétfégen és ünnepnapokon ez az arány csökken. A hónapokat figyelembe véve a vizsgált években a januári, júliusi, augusztusi illetve szeptemberi hónapokban kiemelkedő volt a születések aránya. A fronthatásokat figyelembe véve elmondható, hogy hidegfronti hatás alatt több gyermek születik, mint melegfront alatt. Megállapítottuk, hogy a születések számát, legnagyobb mértékben a hét napjai befolyásolják (hétköznap- hétvége). Időjárási frontoknak nincs szignifikáns hatása a szülésszáma.

Az aneszteziológus munkáját könnyítő eszköz: az Easypump használata

Budainé Bíró Ildikó

Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet,
Szeged, Magyarország

A szerző az aneszteziológus asszisztensek szemszögéből mutatja be a hazánkban az utóbbi években forgalomba kerülő, folyamatos gyógyszeradagolásra szolgáló egyszerű eszközt.

Intézetünkben 2012-ben kezdtük alkalmazni az Easypump-ot folyamatos epidurális fájdalomcsillapítás céljából. Bemutatjuk az alkalmazási területeket, a biztonságos és egyszerű használat lehetőségeit. Alkalmazható az onkológiai betegek kezelésében, antibiotikumok beadására, folyamatos intravénás és epidurális fájdalomcsillapításra. Tapasztalataink alapján ezeken a területeken javasoljuk az Easypump használatát.

Terhességi toxemia - esettanulmány

Szűcs M.¹, Szabó H.², Gyurkovits Z.¹

¹Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, SZTE ÁOK

²Gyermekgyógyászati Klinika, SZTE ÁOK

Proteinuriával szövődött súlyos hypertonia mind a terhes nő, mind a magzat állapotát veszélyeztető betegség. Az előadásban egy 25 hetes terhes esetet mutatjuk be, akinek terhességi magas vérnyomása mellett nephrosis szindróma alakult ki, és interdiszciplináris döntés alapján a terhesség befejezése mellett döntöttünk.

Progresszív betegellátás keretein belül került átvételre a 24 éves először szülő nőbeteg EPH gestosis miatt 24 hetes terhességi korban. Maximum dózisú antihipertenzívumok mellett vérnyomása értékei 135/95 Hgmm felettiek voltak. Intravénás urapidil kezelésben egyszer részesült 180/110Hgmm-es tenzió miatt. A proteinuria mértéke napról napra nőtt, legmagasabb vizelet összfehérje koncentrációja 6,98/nap volt. Intravénás albumin-pótlás ellenére testszerte jelentkező súlyos oedema alakult ki.

A súlyos fehérje veszítéssel szövődött magasvérnyomásra való tekintettel nephrológus a terhesség befejezését javasolta. RDS profilaxist követően a terhességet császártmetszéssel fejeztük be, melynek során élő, immaturus leány koraszülött született (645g, Apgar: 4-6-6), akit a NIC részlegre szállítottak. A koraszülöttet 3 hónappal később 2130 grammosan emittálták két szemműtéten követően.

PRES és anesztézia preeclampsziában. Esetbemutatás.

Dr. Mihály Eszter, Dr. Juhász Alpár Gábor, Dr. Balla Hejdi, Dr. Fodor Andrea, Prof. Dr. Póka Róbert

A posterior reverzibilis encephalopathia szindróma (PRES) az utóbbi időben körvonalazódó kórkép. 1996-ban írták le először. Hirtelen vérnyomás változás indítja el a folyamatot, amely a központi idegrendszerben vazogén ödémához vezet. A klinikai tünetek változatos képet mutatnak, fejfájás, generalizált görcsök, látásvesztés, lehangoltság, tudatzavar, stupor, illetve neurológiai góctünetek jelentkezhetnek. Az etiológiai faktorok szintén sokszínűek. Hypertoniás encephalopathia, preeclampsia, (eclampsia) vese betegség, TTP, SLE, HUS, illetve egyéb immundeficienciával járó állapotokban egyaránt előfordulhat.

Az általunk bemutatni kívánt preeclampsziás páciens 40 éves, 33 hetes gravida, akinél szubjektív tünetként látásromlás, majd teljes látásvesztés alakult ki, 180/100 Hgmm vérnyomás mellett. Laboratóriumi eredményei a preeclampsia diagnózisát megerősítették, de kezdődő HELLP szindróma sem volt kizárható. Ideggyógyászati vizsgálat már felvetette a PRES lehetőségét. Mivel szemészeti vizsgálat intracranialis nyomásfokozódásra utaló jeleket nem írt le, és a laboreredmények is lehetővé tették, a sürgősséggel elvégzett császártmetszéshez epidurális anesztéziát választottunk. A műtét során a beteg haemodinamikailag mindvégig stabil maradt.

Az elvégzett MRI vizsgálat a parietális, occipitális, törzsdúci és paraventriculáris régióban corticalisan és subcorticalisan elhelyezkedő ödémás foltokat írt le, ami egyértelműen alátámasztotta a PRES diagnózisát. A beteg a műtétet követő reggelre a látását teljesen visszanyerte, az 5. posztoperatív napon készített MRI teljes regressziót mutatott. A laboreredmények a műtétet követő 3-4.napra fokozatosan normalizálódtak.

Mint az az irodalomban is olvasható, és jelen esetünk is alátámasztja, a korai diagnózis és kezelés rendkívül fontos, hiszen a megfelelő terapia nélkül cerebrális ischaemia és infarctus alakulhat ki, amely legrosszabb esetben halálhoz is vezethet.

Pereira PR, et al: Clinical, imagiological and etiological spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome. Arq. Neuropsiquiatr. 2015 Jan; 73(1):36-40
Demirel, et al: An intensive care approach to posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES): An analysis of 7 cases. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2014 Dec;15(4):217-21

Poma S, et al: Management of posterior reversible syndrome in preeclamptic women. Case Rep. Obstet. Gynecol. 2014;2014:928079

Altinkaya SO, et al: Posterior reversible encephalopathy syndrome in obstetric patients. Report of three cases with literature review. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;41(6):

Hinchey J. et al: A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. The New England Journal of Medicine. 1996; 334(8):494-500

Cystás fibrosis prenatalis ultrahang diagnosztikája

Balogh Dániel

SZTE-ÁOK V. évf., Szeged, Magyarország

Bevezetés: A cystás fibrosis (CF) öröklődő anyagcsere betegség, melyet a CFTR gén mutációi okoznak. A hámsejtek membrántranszportjának komplex zavara fokozottan viszkózus váladék képződését eredményezi, ez felelős a két legfontosabb klinikai jellegzetességért születés után: a visszatérő és elhúzódó tüdőgyulladásért, illetve a hasnyálmirigy-elégtelenségért. A diagnózis felállításának ideje jelentős befolyással bír a beteg sorsára. Prenatalis molekuláris genetikai diagnosztikára lehetőség van, alternatíva az egyre több lehetőséget rejtő ultrahang. A magzat vékonybelében sűrű nyákdugók képződése ultrahangos képen a bél echogenitásának fokozódásával jár, ezen kívül előfordulhat ascites és polyhydramnion, amely ultrahangon szintén észlelhető a fejkörfogat/haskörfogat arányszám (HC/AC) csökkenésével együtt.

Módszerek: Cystás fibrosisban szenvedő betegek édesanyjainak terhes gondozás során készült ultrahangos leleteit vizsgáltuk, külön figyelmet fordítva a CF gyanúját felkeltő eltérésekre, úgymint bélechogenitás-fokozódás, HC/AC csökkenés, polyhydramnion, és azok megjelenési idejére. Ezen kívül vizsgáltuk még a magzati biometria (Hadlock "B" formula) alapján becsült magzati súlyt, és annak esetleges eltérését.

Eredmények: Az átvizsgált 10 eset ultrahangos leleteiben CF-re utaló bármilyen eltérés először átlagosan a 32. héten jelent meg, a magzatok becsült súlya alapján kalkulált magzati súly percentilis a harmadik trimeszterben átlagosan 36,8 volt, a percentilis értékek a terhesség végéhez közeledve gyakran csökkentek.

Megbeszélés: A megjelenő UH markerek már prenatalisan felvethetik a CF lehetséges diagnózisát, ezért általunk javasolt a HC/AC követése és változásának rögzítése. Kiemelten fontosnak tartjuk, hogy mivel az UH jelek csak a harmadik trimeszterben jelennek meg, ezért a jellegzetes elváltozások követéses vizsgálata a rutin vizsgálatokon túl is megvalósuljon, különös tekintettel a családban már diagnosztizált megbetegedések esetén.

Késői koraszülöttek összehasonlító utánvizsgálata

Kalmár Andrea

ELTE-PPK Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

Magyarországon az elmúlt évtizedekben évente fél százalékkal nőtt a koraszülések száma. A mára már népbetegségként emlegetett koraszülöttség magyarországi aránya messze meghaladja az európai átlagot. Az összes élve szülés közel 10%-a a betöltött 37. hét előtt történik, vagyis tízből egy gyermek korábban jön a világra. (Ez az évi kb. 90 ezer újszülöttből 7-8000 kisbabát érint.) Az említett csoport kb. 80%-a (kb. 6000 újszülött) a betöltött 32.-36. hét között születik, vagyis késői koraszülöttnek számít. Számos kutatás foglalkozik a koraszülöttekkel, ám nagyon kevés tesz említést a késő koraszülöttekről, akik a csoport nagyobb részét képezik. A budapesti Péterfy Kórház Koraszülött osztálya és a Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Kar Pszichopedagógiai tanszéke ezt az elfeledett többséget célozza meg kutatásaival.

Munkánk során késői koraszülötteket és időre született kontroll csoportokat párosítottunk születés utáni 6 hónapos, egy éves és két éves korban. Az utánvizsgálatra visszaérkezett gyermekek orvosi- és pszichomotoros fejlődésvizsgálaton vesznek részt, melyet a Brunet-Lézine módszerrel végzünk. A teszttel kimutatható a gyermekek fejlődési kvóciense (FQ), amely az egyéb rész kvóciensekkel (mozgás, beszédkészség, szociabilitás, szenzomotoros koordináció) jó összehasonlítási alapot képez a vizsgálati csoportok között. Az FQ értékei az IQ-hoz hasonlóan 90-110 között átlagos, 70 alatt jelentős elmaradás, amely intervenciót igényel. A Brunet-Lézine vizsgálatok során összehasonlító méréseket végeztünk a fejlődési kvóciens és az egyes részképességek terén. Előfeltételeztük, hogy a késői koraszülöttek és az időre született gyermekek eredményei között különbséget fogunk találni.

Kulcsszavak: késő koraszülöttek, fejlődési kvóciens, Brunet-Lézine teszt

Korai hazaadás a védőnő szemével

Vass Márta

SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Kliika, Szeged, Magyarország

A Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlásának megfelelően intézményünkben a szüléstől (császármetszéstől) számított 72 óra elteltével távoznak az édesanyák, egészséges, érett újszülöttjeikkel.

A klinikánkon ellátott megszült nők 48%-a először szülő, akik nem rendelkeznek korábbi gyakorlati ismeretekkel, tapasztalatokkal a tejelövellésről, szoptatásról, sőt újszülöttjük gondozási feladatainak ellátásában is igen bizonytalanok.

A császármetszéssel szült anyáknak (46%) az első napokban saját maguk ellátása is nehéz, fárasztó feladatot jelent, ezért újszülöttjük gondozása fizikailag fokozottan megterhelő számukra. Ezek az édesanyák az első napot a posztoperatív osztályon töltik, ahol az újszülöttjükkel csak a szoptatási időszakban tudnak találkozni. Számukra a második naptól választható a rooming-in ellátás, így a fent maradó 48 óra áll rendelkezésükre az ápolási, gondozási feladatok elsajátítására. Védőnőként az a megítélésem, hogy a szülészeti intézményekben eltöltött idő nem minden esetben elegendő az anyatejes táplálás, az újszülött gondozás megtanulásához.

Következésképpen a területen dolgozó körzeti védőnőknek kibővült feladatköre lett a friss gyermekágyas anyák akár naponkénti látogatása, amely magában foglalja a segítségnyújtást a 3-5. napon bekövetkező, tejelövelléssel járó nehézségek megoldásában, a fokozott fizikai és pszichés megterhelések leküzdésében.

Terhesség alatt nem szülészeti diagnózis érdekében végzett képalkotó vizsgálatok

Madarász Zsolt dr

SZTE ÁOK AITI, Szeged, Magyarország

Világszerte egyre nagyobb számban végeznek képalkotó vizsgálatokat várandósokon nem szülészeti okból, elsősorban sürgősségi indokkal. Nem ritkán csak a vizsgálat elvégzése után derül fény a terhesség tényére. Aggodalomra adhat okot a különböző képalkotó módszerek potenciális teratogén biológiai hatása. A kockázat minimalizálása a vizsgálatot kérő és végző szakemberek közös felelőssége. Előadásom a legcélravezetőbb protokoll kidolgozásához szükséges szempontok rövid összefoglalása.

Amennyiben célra vezető, az UH a választandó vizsgáló eljárás. Ionizáló sugárzások esetén 50 mGy alatti sugárdózis biztonságosnak tartható. A legtöbb, a terhes uterust nem érintő konvencionális röntgen vizsgálat a terhesség bármely szakában végezhető. Megfelelő beállítások választásával speciális röntgen és CT vizsgálatok is biztonsággal végezhetőek. 1,5T alatti térerejű MRI készülékek is biztonságosnak tarthatók. Indokolt esetben jódozott kontrasztanyagok használhatók, bár fennáll az újszülött kori hypothyreosis veszélye. Paramágneses kontrasztanyagok használata nem javasolt.

Jelentős tényező a terhességi kor. Az első két gesztációs hétre a "minden vagy semmi szabály" jellemző. Az organogenezis időszakában jelentkező noxák fejlődési rendellenességeket okozhatnak, míg később elsősorban mentális retardációval, növekedésben való elmaradással, illetve a gyermekkori daganatok nagyobb kockázatával kell számolnunk.

Bár a magzati kockázat reális, a legtöbb esetben csupán teoretikus. Fontos hangsúlyozni, hogy egy indokolt, de irracionális indokok miatt el nem végzett vizsgálat az anya, így közvetve a születendő gyermek egészségét veszélyeztetheti.

Achondroplasia aneszteziológiai és szülészeti vonatkozásai:esetismertetés

Orbán Ágnes

SZTE AITI, Szeged, Magyarország

Az achondroplasia autosomalis domináns módon öröklődő fejlődési rendellenesség, a törpenövés egyik leggyakoribb formája. Előfordulása 1:15-40000, Magyarországon évente 4-6 achondroplasiás gyermek születik. A betegség tünetei miatt gyakran kardiális, respiratorikus és neurológiai eltérések alakulnak ki, melyek kihívást jelenthetnek aneszteziológiai és szülészeti szempontból.

27 éves, először szülő, grav.s.40., achondroplasiás nőbeteg elektív császármetszés elvégzése céljából került felvételre a SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára. A beteg anamnéziséből rendszeres ortopédiai gondozás mozgásszervi panaszok miatt, többszöri otitis media és missed abortion emelhető ki. A családban a szülők normál testalkatúak, vizsgálatok alapján első génmutációs esetről van szó. Felvételekor a fizikális vizsgálat során testmagasság: 133 cm, testsúly: 59 kg, BMI: 33.4, kifejezetten rövid végtagok, thoracolumbalis kyphoscoliosis látható, Mallampati: II, normál szájnyitás és TMD>6.5 cm; RR: 120/70 Hgmm, p: 65/min. 50 mg ranitidin, 10 mg metoclopramid iv. és 20 ml natrium citricum per os adását követően monitorizálás mellett a L2-3 részbe 27 G-s pencil point spinál tűvel a subarachnoidális tér identifikálása után 8 mg 0.5% hyperbaricus bupivacaint adtunk. Ezt követően a páciens 25 s-ig ülő helyzetben maradt, majd a 10-15 °-kal bal oldalra döntött műtőasztalra fektettük. Az anesztézia kiterjedése T5 szintig volt verifikálható. Tekintettel a vérnyomásesésre (RR: 70/40 Hgmm) és a szubjektív rosszullétre 10 mg ephedrint kapott kétszeri alkalommal, ezt követően RR > 90 Hgmm volt. 3270 g, élő, érett újszülött született, Apgar 9-9-10 értékkel. A császármetszést követően stabil vitális paraméterekkel posztoperatív osztályra szállítottuk a beteget.

Az achondroplasia ugyan ritka betegség, de bizonyos tünetei miatt (beszűkült nyaki extensio, nasopharynx szűkület, nagy nyelv, lumbalis hyperlordosis, thoracalis kyphoscoliosis, restrictív tüdőbetegség, spinalis stenosis, beszűkült epidurális tér) mind az általános, mind a regionális anesztézia kivitelezése nehézségekbe ütközhet. Különösen igaz ez a terhések császármetszése esetén, ahol a terhességben tapasztalható élettani változások tovább ronthatják a helyzetet.

