



A NŐK ÉS A HORMONOK

**A MAGYAR MENOPAUSA TÁRSASÁG
ÉS A MAGYAR SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI
ENDOKRINOLÓGIAI TÁRSASÁG**

II. KONGRESSZUSA

**Menopausa és Nőgyógyászati Endokrinológiai
Továbbképző Tanfolyam**

**2017. június 23-24.
Galyatető, Hunguest Grandhotel Galya**

PROGRAM

Érezd jól magad a bőrödben!

Szójavit®

fitoösztrogén
tartalmú
étrend-kiegészítők



Szójavit
intim gél
ápol és síkosít

Új forma,
azonos összetétel:
fitoösztrogének
aloe vera
jamgyökér
panthenol
parabénmentes



MAGYAR ZSEBRE SZABOTT,
MAGYARORSZÁGON
GYÁRTOTT TERMÉKEK

Változókorban, változatlanul...

Forgalmazó: Leviatán Kft. 06 80 55 20 70 • info@szojavit.hu • www.szojavit.hu

TISZTELT KOLLÉGANŐ, KOLLÉGA ÚR!

A Magyar Menopausa Társaság (MMT) és a Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság (MSZNET) immár második alkalommal, új formában, közösen tartja kongresszusát 2017. június 23-24-én Galyatetőn. Úgy gondoljuk, hogy a két Társaság számos közös, egymással átfedésben lévő témában tud megszólalni, amit már az eddigi együttműködésünk is igazolt. A közös kongresszus lehetővé teszi a szülészeti és nőgyógyászati endokrinológia teljes spektrumának, a serdülőkortól a seniumig terjedő időszak nőgyógyászati endokrin problémáinak áttekintését, megvitatását.

A témák érdekesek lesznek nem csak a menopausa, illetve szülészeti és nőgyógyászati endokrinológia irányában specializálódott orvosok, hanem valamennyi szülés-nőgyógyász szakorvos, rezidens, endokrinológus, belgyógyász, reumatológus, családorvos, szakdolgozó és orvostanhallgató számára is. A felkért referátumok és a bejelentett előadások összefoglalják az elmúlt évek tapasztalatait, új eredményeit. Az előadók nemcsak a nőgyógyászok, hanem belgyógyász endokrinológusok és más társszakmák soraiból érkeznek.

Az MMT és az MSZNET Kongresszusának Szervező és Tudományos Bizottsága és a két Társaság Vezetősége bízik abban, hogy az ismételten választott mátrai helyszín is kellemes feltételeket biztosít a kongresszus megrendezéséhez.

Szeretettel várunk minden tagot és érdeklődőt Galyatetőn, kellemes és hasznos időtöltést kívánva.

Prof. Dr. László Ádám
MMT elnöke

Prof. Dr. Szilágyi András
MSZNET elnöke



A KONGRESSZUS FŐVÉDNÖKE

Prof. Dr. Bódis József
a Magyar Nőorvos Társaság elnöke

SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

ELNÖKE

Prof. Dr. Szilágyi András

TAGJAI

Dr. Erdélyi Lajos
Dr. László Dániel
Dr. Tóth Károly Sándor
Dr. Béres László

A KONGRESSZUS PARTNEREI

Angelini Pharma Magyarország Kft.
Aspen Hungary
EGIS Gyógyszergyár Zrt.
Exeltis Magyarország Kft.
HIPP Kft.
Leviatán Kft.
Medinelli Kft.
Merck
Richter Gedeon Zrt.
Stemexa HealthCare Kft.
Teva Gyógyszergyár Zrt.
Vitaminkosár Kft.

SZERVEZŐ IRODA

CONGRESSLINE KFT.

1065 Budapest, Révay köz. 2.
Tel: (1) 429-0146, Fax: (1) 429-0147

Gaitz Éva

(kiállítás és szponzoráció)
gaitz@congressline.hu

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

ELNÖKE

Prof. Dr. László Ádám

TAGOK

Dr. Masszi Gabriella
Dr. Várbíró Szabolcs
Dr. Jakab Attila

Huba Stefánia

(regisztráció, szállásfoglalás)
huba@congressline.hu

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ

KONGRESSZUS HELYSZÍNE

Hunguest Grandhotel Galya
Galyatető, Kodály Zoltán sétány 10.

RÉSZVÉTELI DÍJAK

Típus	2017. április 20. előtt	2017. április 20. után
MMT tag (orvos)	26.000 Ft	28.000 Ft
MSZNET tag (orvos)	26.000 Ft	28.000 Ft
Nem tag (orvos)	29.000 Ft	31.000 Ft
MMT és MSZNET tag (szakdolgozó)	14.000 Ft	17.000 Ft
Nem tag (szakdolgozó)	19.000 Ft	21.000 Ft
Rezidens / Nyugdíjas	16.000 Ft	20.000 Ft
Napijegy	19.000 Ft	19.000 Ft
Kísérő	15.000 Ft	17.000 Ft

A részvételi díjak 27 % Áfa-t és 6.375,- Ft/fő/nap közvetített vendéglátói szolgáltatást tartalmaznak.

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

A kísérői részvételi díj az ebédeket és a péntek esti vacsorát is tartalmazza. Kísérő a tudományos programokat és a kiállítást nem látogathatja.

A napijegy ára tartalmazza az aznapi részvételt a tudományos programot, kitézőt és a programfüzetet.

KIÁLLÍTÁS

A kongresszus teljes ideje alatt gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz gyártó cégek kiállítása tekinthető meg a földszinten.

KÖZÖS VACSORA

2017. június 23. péntek (5000 Ft/fő)

Felhívjuk figyelmüket, hogy a részvételi díjak a vacsora költségét NEM tartalmazzák csak a kísérők esetében!

BUSZTRANSZFER

2017. június 23-án péntek 16 órától a közös vacsora végéig a Hunguest Grandhotel Galya, a Hotel Narád & Park és a Lifestyle Hotel Mátra között folyamatos busztranszferet biztosítunk. Este az utolsó busz 23 óra 30-kor indul a Galya Hoteltől.

ELŐADÁSOK

Az egyes előadások időtartamát a programban jelöltük. Kérjük az előadókat az előadások idejének pontos betartására a nagyon feszített kongresszusi program miatt.

Az előadások feltöltésére az adott előadásblokk előtti szünetben vagy korábbi szünetekben van lehetőség.

SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉS

A kongresszus és továbbképző tanfolyam akkreditálásra került, a teljes programon történő részvétel esetén **25 kreditpont** kerül jóváírásra az Oftexen.

A REGISZTRÁCIÓS IRODA NYITVATARTÁSA A KONGRESSZUS IDEJE ALATT

2017. június 23. péntek 08.00-19.00

2017. június 24. szombat 08.00-12.30

SZÁLLÁSOK

Hotel	Egyágyas	Kétágyas
Hunguest Grandhotel Galya	19.000 Ft	26.700 Ft
Hotel Narád & Park Mátraszentimre	27.900 Ft	31.700 Ft
Lifestyle Hotel Mátra Mátraháza	24.000 Ft	30.000 Ft

A fenti árak szobánként és éjszakánként értendők, a reggelit és az adókat tartalmazzák.

LEMONDÁSI FELTÉTELEK

Lemondási határidő: 2017. május 20.

2017. május 20. előtt a részvételi díj 50% át és a szállás egészét visszafizetjük.

2017. május 20. után nem áll módunkban részvételi díjat és a szálláselőleget visszatéríteni.

KONGRESSZUSI PROGRAM

2017. JÚNIUS 23. PÉNTEK

09:30-10:00 MEGNYITÓ

Üdvözlések: Prof. Dr. László Ádám, Prof. Dr. Szilágyi András

MMT „KIEMELKEDŐ TUDOMÁNYOS TEVÉKENYSÉGÉRT” DÍJAZOTTJÁNAK ELŐADÁSA:

A menopauza cardiológiai kihívásai

Dr. Masszi Gabriella

Nyíró Gyula Kórház-OPAI Belgyógyászat-Kardiológia, Budapest

10:00-10:30 HORMONÁLIS FOGAMZÁSGÁTLÁS ÚJ LEHETŐSÉGEI

Üléseelnök: Prof. Dr. Bártfai György, Prof. Dr. Szilágyi András

Újabb ösztrogének és gesztagének (15 perc)

Prof. Dr. Szilágyi András

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

Epilepsziás nők fogamzásgátlása: enyminduktor antiepileptikumok és hormonális fogamzásgátlók kölcsönhatása (15 perc)

Prof. Dr. Bártfai György

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

10:30-11:00 ELŐADÁSOK A TEVA GYÓGYSZERGYÁR ZRT. TÁMOGATÁSÁVAL

Fogamzásgátlás a perimenopausában (15 perc)

Dr. Pál Zoltán

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Hosszú ciklusú fogamzásgátlás: kontraceptív és nonkontraceptív előnyök (15 perc)

Dr. Jakab Attila

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

11:00-11:15 SZÜNET

11:15-13:10 MENOPAUZÁLIS HORMONTERÁPIA

Üléseelnök: Prof. Dr. László Ádám, Dr. Pap Károly

Menopauzális hormonterápia, mit hoz a jövő? (15 perc)

Prof. Dr. László Ádám

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Budapest

MHT post WHI, alkalmazási trendek a XXI. században, helyünk a világban (15 perc)

Dr. Jakab Attila

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A nőgyógyászat, menopauza és osteoporotikus törések "Bermuda háromszöge" (15 perc)

Dr. Balogh Ádám

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

Nőgyógyászati vérzészavarok és kezelésük a klimaktériumban (15 perc)

Dr. Pap Károly

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza

Állítsak le egy jól működő menopauzális hormonkezelést? Miért? (15 perc)

Dr. Gulyás Péter

Szent Margit Kórház, Budapest

A női hormonpótló kezelés lehetőségei daganat túlélőkben (8 perc)

Dr. Deli Tamás

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A tumorsejt önkéntes genom-stabilizáló aktivitásának és apoptotikus pusztulásának genetikai háttere (15 perc)

Prof. Dr. Suba Zsuzsanna

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

13:10-14:00 EBÉDSZÜNET

14:00-16:00 TERHESSÉGI ENDOKRINOLÓGIA

Üléselelnök: Prof. Dr. Nagy Endre, Dr. Jakab Attila

Pajzsmirigy és reprodukció (15 perc)

Prof. Dr. Nagy Endre

Debreceni Egyetem Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Hyperprolactinaemia (15 perc)

Dr. Deák Veronika¹, Dr. Zádori Péter²

¹Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Anyagcsere- Endokrinológia Osztály, Kaposvár

²Kaposvári Egyetem, Diagnosztikai és Onkológiai Intézet, Kaposvár

A metabolikus szindróma és szülészeti komplikációk (15 perc)

Dr. Béres László

Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Budapest

Diabetes és terhesség (15 perc)

Dr. Ifi Zsolt

Pécsi Tudományegyetem KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

Asszisztált reprodukcióval fogant terhességek szülészeti kimenetele (15 perc)

Dr. Jakab Attila

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

Nemzedékugrás az asszisztált reprodukcióban: endokrin megközelítés (15 perc)

Dr. Kőrösi Tamás

Kaáli Intézet, Győr

Mi a szerepe a glükokináz gén mutációinak gestációs diabetesben (8 perc)

Dr. Molnár Zsuzsanna¹, Dr. Gaál Zsolt², Dr. Balogh István¹

¹Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Genetika Tanszék

²Jósa András Oktatókórház, IV. Belgyógyászat, Nyíregyháza

Pajzsmirigy funkció zavarok a nőgyógyászati gyakorlatban, avagy meddig normális a TSH (8 perc)

Dr. Valicskó Viktória

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen

16:00-16:30 SZÜNET

16.30-18.10 ENDOKRIN TERÁPIA

Üléselelnök: Prof. Dr. Ács Nándor, Dr. Béres László

Az endometriosis hormonális háttere, etiológiája (15 perc)

Dr. Keresztúri Attila

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Az endometriosis gyógyszeres kezelése (15 perc)

Prof. Dr. Ács Nándor

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Secunder osteoporozis okai és kezelése (15 perc)

Dr. László Dániel

Róbert Károly Magánkórház és Péterfy Sándor Utcai Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

A menopauzális hormonterápia farmakológiája (15 perc)

Dr. Magyar Zoltán

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

Katekol ösztrogének és ösztetrol (8 perc)

Dr. Hajnáczy Károly

Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat, Budapest

Igéretes új trend – az endometrium megsértése előzetes sikertelen IVF programok után javítja a terhességi mutatókat? (8 perc)

Dr. Zeke József¹, Dr. Szűcs Zoltán², Dr. Konc János²

¹Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

²Budai Meddőségi Centrum, Budapest

Hangulati zavarok, hormonális terápia, antidepresszánsok (8 perc)

Dr. Gyovai Gabriella

Csongrád Megyei Bugyi István Kórház, Szentes

18:20-18:40 MSZNET KÖZGYŰLÉS

18.40-19.00 MMT KÖZGYŰLÉS

20:00 VACSORA

2017. JÚNIUS 24. SZOMBAT

09:00-11:00 HORMONVIZSGÁLATOK ÉS JELENTŐSÉGÜK NAGYTEREM

Üléseelnök: Dr. Várbíró Szabolcs, Dr. Hajnáczy Károly

Laborvizsgálatok nőgyógyászati endokrin kórképeknél (15 perc)

Dr. Várbíró Szabolcs

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Újabb diagnosztikus markerek PCOS-ben (15 perc)

Prof. Dr. Szilágyi András

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A PCOS fenotípusok laboratóriumi és klinikai jellemzőinek összehasonlító vizsgálata (8 perc)

Dr. Csehely Szilvia¹, Dr. Papp Éva Katinka¹, Dr. Orosz Mónika¹,

Dr. Farkas Eszter², Dr. Deli Tamás¹, Dr. Póka Róbert¹,

Dr. Molnár Zsuzsanna¹, Dr. Jakab Attila¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

²Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Az anti-Müllerian hormon szérum szintje és az in vitro fertilizáció eredményessége (8 perc)

Dr. Boga Péter, Dr. Kőrösi Tamás

Kaáli Intézet, Győr

Molaterhesség és hyperthyreosis (8 perc)

Dr. Tóth Géza¹, Dr. Juhos Erzsébet², Dr. Tártsy Csaba³,

Dr. Vadnay István⁴, Dr. Ovári László⁵

¹Szent Lázár Megyei Kórház, Endokrinológiai szakrendelés, Salgótarján

²Markhot Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat- Endokrinológiai Osztály, Eger

³Markhot Ferenc Kórház, Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály, Eger

⁴Markhot Ferenc Kórház Patológia, Eger

⁵Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Nőgyógyászati Onkológia Tanszék, Debrecen

Endokrin betegek terhessége: fertilitási és szülészeti mutatók a DE KK Női Klinika 4 éves szülészeti anyagában (8 perc)

Dr. Orosz Mónika, Ilyés Ágnes, Dr. Jakab Attila, Dr. Deli Tamás

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A hyperinzulinaemia kialakulásának mechanizmusa és diagnosztikus lehetőségei a mindennapi klinikai gyakorlatban (8 perc)

Dr. Tüű László

Mensmentis Egészségcentrum, Budapest

A relatív hyperinzulinaemia komplex kezelésének hatékonysága nőgyógyászati endokrin kórképekben (8 perc)

Dr. Nas Katalin

Mensmentis Egészségcentrum, Budapest

Szénhidrátanyagcsere vizsgálata meddőségben (8 perc)

Dr. Molnár Imre, Dr. Leskó Róbert

Kaáli Intézet Miskolc

11:00-11:30 SZÜNET

11:30-13:00 ENDOKRIN SZABÁLYOZÁS, EGYÉB TÉMÁK NAGYTEREM

Üléselnök: *Dr. László Dániel, Dr. Tóth Károly Sándor*

Szex a változókorban (15 perc)

Dr. Klettner Anikó

Budapest

A női infertilitás neuroendokrinológiája (10 perc)

Dr. Hajnóczky Károly

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

A méhlepény neuroendokrin működése (10 perc)

Dr. Hajnóczky Károly

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

A dyspareunia lézeres kezelése (15 perc)

Prof. Dr. Ács Nándor

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A hüvelyi lézer kezeléssel szerzett tapasztalataink (8 perc)

Dr. Kiss György

Intimszépség Központ, Budapest

Qui prodest (8 perc)

Dr. Garai János

Pécsi Tudományegyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs

Az ultrahang vizsgálat szerepe a női vizeletincontinentia vizsgálatában (8 perc)

Dr. Tarcsa Zsanett, Dr. Erdődi Balázs

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

11:30-13:00 HARC A NŐI SZÍVEKÉRT KISTEREM

Üléselnök: *Dr. Masszi Gabriella, Dr. Zámolyi Károly*

Koleszterin kezelés idős korban és idős nőkben. Mennyit? Meddig? (15 perc)

Prof. Dr. Császár Albert

MHEK II. Belgyógyászat, Budapest

A mikrovaszkuláris angína új megvilágításban (15 perc)

Dr. Zámolyi Károly

Szent Ferenc Kórház Kardiológiai Ambulancia, Budapest

Az immunológiai megbetegedések nőkben és azok kardiovaszkuláris vonatkozásai (15 perc)

Dr. Bártfai Ildikó

Viola Kardiológia Magánrendelő, Budapest

Miért ér egy egész pontot a női nem a CHA2DS2-VASC score-ban? (15 perc)

Dr. Masszi Gabriella

Nyíró Gyula Kórház, Budapest

A D-vitamin hatása a vaszkuláris inzulin rezisztenciára hiperandrogén patkány modellben (8 perc)

Dr. Lajtai Krisztina

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

D-vitaminhiány és -pótlás hatásai az ösztrozus ciklusra, az ováriumokra és a kardiometabolikus rizikófaktorokra PCOS patkánymodellben (3 perc)

Dr. Sziva Réka Eszter

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

13:00

A KONGRESSZUS ZÁRÁSA

19 nemzetközi multicentrikus vizsgálat 4162 nő részvételével kimutatta, hogy a helyi ösztrogén alkalmazása szignifikánsan hatásos a hüvelyatrófia tüneteinek enyhítésében a placebo és hormonmentes géllal szemben, a következő tünetek tekintetében:^{1,2}



- ✿ **hüvelyszárazság**
- ✿ **diszkomfort érzet**
- ✿ **viszketés**
- ✿ **fájdalmas közösülés**

OVESTIN 1 mg/g KRÉM RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS:

HATÓANYAG: TUBUS: a 15 g krém grammonként 1 mg ösztriolt tartalmaz. **JAVALLATOK:** Hormonpótló kezelés (HRT), az alsó urogenitális traktus ösztrogénhiánnyal összefüggő atrofijának kezelése. Hüvelyi műtétre kerülő, menopausa utáni nők pre- és postoperatív kezelése. Kétes atrofias cervicális kenet esetén diagnosztikus kenet esetén diagnosztikus segétségként. **ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:** Uterusszal rendelkező vagy uterus nélküli nők számára, csak ösztrogént tartalmazó készítmény. Intravaginális alkalmazás a mellékelt applikátor segítségével. Egy applikátortípus Ovestin krém (gyűrűs jelzésű) 0,5 g (0,5 mg ösztriol). A krémet legjobban este, lefekvés előtt felhelyezni. **ALSÓ UROGENITÁLIS TRAKTUS ATROFIÁJA:** első hetekben napi 1x, amit a tünetek enyhülésével csökkentés követ, majd a fenntartó adag pl. heti 2x. **HÜVELYI MŰTÉTEN ÁTÉSŐ POSTMENOPAUSÁLIS NŐK PRE- ÉS POSTOPERATÍV KEZELÉSE:** műtét előtt két héten át napi 1x, utána két héten át heti 2x. **DIAGNÓZIS PONTOSÍTÁS KÉTES ATROFIÁS CERVICÁLIS KENET ESETÉN:** kenet levétel előtt egy héten át másnaponként 1x alkalmazva. A betegeknek szóló részletes „Használati útmutató”-t ábrákkal lásd az alkalmazási előirat teljes változatának 4.2 pontjában, mely a <https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatabazis> oldalon érhető el. **VESE- ÉS SZÍVELÉGTÉLENSÉG:** lásd különleges figyelmeztetések. **ELLENJAVALLATOK:** Ösztriollal vagy a krém bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Ismert, kórelőzményben szereplő emlőrák, vagy annak gyanúja. Ismert ösztrogén-dependens malignus tumor, vagy annak gyanúja. Tiszteztan eredetű hüvelyi vérzés. Kezeletlen endometriális hyperplasia. A kórelőzményben szereplő vagy fennálló vénás thromboembólia. Ismert thrombophilára hajamosító betegségek. Akut, vagy a kórelőzményben szereplő artériás thromboembóliás megbetegedés. Akut májbetegség, vagy a kórelőzményben szereplő májbetegség, amennyiben a májfunctio eredmények még nem normalizálódtak. Porphyria. **NEMKIVÁNATOS HATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK:** Folyadékvisztaartás, hányinger, emlík feszülése és fájdalma, postmenopausális pecsételő vérzés, cervicális váladék, helyi irritáció és viszketés, influenzaszerű tünetek. Ezek átmeneti jellegűek és utalhatnak túl magas adagra. A további mellékhatások az ösztrogén-progeszteron alkalmazáshoz kapcsolódnak: ösztrogén-dependens jó- és rosszindulatú neoplazmák (lásd még „Ellenjavallatok” és „Különleges figyelmeztetések”); epehólyag betegségei; bőr ill. a bőr alatti szövetek rendellenességei (chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vascularis purpura), valószínűsíthető demencia 65 év felett. **KÜLÖNLEGES FIGYELMEZTETÉSEK ÉS AZ ALKALMAZÁSSAL KAPCSOLATOS ÖVINTÉZKEDÉSEK:** Postmenopausális tünetekre alkalmazott HRT esetén évente min. 1x, de lehetőleg személyre szabottan igény szerint gyakrabban az előny és kockázat újraértékelendő. Különösen figyelni kell ha korábban vagy jelenleg fennáll leiomyoma (uterin fibroidok) vagy endometriosis; thromboembóliás betegségek rizikófaktorai; ösztrogén-dependens tumorok rizikófaktorai; hypertonia; májbetegségek; diabetes mellitus; cholelithiasis; migrén vagy fejfájás; systemas lupus erythematosus; endometriális hyperplasia anamnézisében; epilepsia; asthma; otosclerosis. A terápiát azonnal fel kell függeszteni, ha a következők valamelyike fennáll: sárgaság vagy májműködés romlása; vérnyomás jelentős emelkedése; újonnan tapasztalt migrén jellegű fejfájás; terhesség, kezelés alatt kifejlődő VTE. A készítményt naponta 1x adagolásnál gyakrabban (0,5 mg ösztriol) ne alkalmazzuk az endometrium stimulációját elkerülendő. Kombinált illetve csak ösztrogén HRT terápia esetén fokozott az emlőrák kockázata, mely függ a kezelés időtartamától. Legalább 5-10 éves csak ösztrogén HRT-kezelés enyhén növeli a petefészekrák kockázatát. VTE kockázatot növeli: a HRT kezelés a VTE és tüdőembólia kockázatát; thrombophilias betegség jelenléte; ösztrogén használat; idősebb kor; nagyobb műtétek; immobilizáció; obesitas; terhesség/postpartum időszak; elsőfokú rokonnál VTE anamnézis. Szívoszorúer betegség (CAD) kockázat kombinált HRT esetén az életkorral nő. Ischaemiás stroke kockázata kombinált HRT esetén nő, az életkorral a stroke általános kockázata miatt mutat összefüggést. Az ösztrogének folyadékretenciót okozhatnak, ezért szív- vagy veseelégtelenségben szenvedő betegek fokozott figyelmet igényelnek. Övintéssel kell eljárni az ombitasvir-hidrátr/paritaprevir-hidrátr/ritonavir dasabuvir-ral vagy anélküli kombinált gyógyszeres protokollal történő együttadások (ALT érték emelkedés lehetséges). **TERHESÉG:** nem javallt, terhesség esetén a kezelést azonnal fel kell függeszteni. **SZOPTATÁS** alatt adása nem javallt. **KÜLÖNLEGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK:** Legfeljebb 25°C-on tárolandó. Nem fagyasztható! **KIADHATÓSÁG:** orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN). **A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA:** OGYI-T-1662/01 **ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS ELLENŐRZÉSÉNEK DÁTUMA:** 2016.10.27.

Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást! <http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatabazis/>.

További információért forduljon képviselőnközhöz. Az anyag lezárásának dátuma: 2017.05.25. Az anyag felülvizsgálatának dátuma: 2018.01.25. Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse az Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk email címen vagy a +3618480681 telefonszámon! Forgalomba hozatali engedély jogosultja: Aspen Pharma Trading Limited, 3016 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin 24, Írország. Ovestin 1 mg/g krém (1x15 g) forgalomba hozatali engedély száma: OGYI-T-1662/01.

Hivatkozások: 1. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 2. Ovestin 1mg/g krém alkalmazási előirat 2016.10.27.



Healthcare. We Care.



ELŐADÁS ÖSSZEFOGLALÓK

2017. JÚNIUS 24. SZOMBAT

10:00-10:30 HORMONÁLIS FOGAMZÁSGÁTLÁS ÚJ LEHETŐSÉGEI

Újabb ösztrogének és gesztagének

Prof. Dr. Szilágyi András

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A hormonális fogamzásgátlás során a jó fogamzásgátló hatás mellett a jó tolerálhatóság, a kedvező mellékhatás profil és a rizikócsökkentés is az elérendő célok között van. Az újabb készítmények kifejlesztése során ezen összetett célok elérését próbálják megvalósítani.

A kombinált tabletták ösztrogén (ethinyl-ösztradiol) komponense terén az utóbbi évtizedekben a dóziscsökkentés volt a fő irányvonal, de mivel ennek határaihoz értünk, újabb ösztrogének bevezetésére is sor került. A természetes ösztrogének (ösztadiol) volt a következő lépés, de a jövőben a magzati ösztrogén (esztretrol) alkalmazására kerülhet sor.

A gesztagének terén sokkal szélesebb a paletta. A gesztagének harmadik, negyedik generációit alkalmazzák elsősorban, mely fejlődés a specifikusabb, szelektivebb gesztagének irányába tolódott el, de az antiandrogén, antimineralokortikoid hatások mellett nő az antigonadotrop hatás fokozásának jelentősége is.

A készítmények összetevőin kívül a bevitel módja (oralis, transdermális, vaginális), az alkalmazott ciklus hossza is fejlődési lehetőségeket rejt.

A jövőben alkalmazásra kerülhetnek teljesen új hatásmechanizmusú fogamzásgátló készítmények is, mint az oocya érést gátlók (enzim blokkolók), folliculus ruptura gátlók (MPA gátlók), vagy implantációt gátló szerek.

Epilepsziás nők fogamzásgátlása: enyminduktor antiepileptikumok és hormonális fogamzásgátlók kölcsönhatása

Prof. Dr. Bártfai György

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Az epilepszia előfordulási gyakorisága 0.3-07% , az epilepsziás nők 1/3-a reprodukív korú, terhességük közel 50% nem tervezett, mert a védekezés hiányzik vagy nem megfelelő módszert alkalmaznak. Ismert az enzim iduktor hatású antiepileptikumok (EiAED) és a kombinált hormonális fogamzásgátlók (COC) közötti kölcsönhatás. Fontos az antiepileptikumok és a fogamzásgátlók hatásmechanizmusának ismerete éppúgy, mint a gyógyszer interakcióké, mert ez alapján a leghatékonyabb és kevés mellékhatással bíró fogamzásgátló választható ki. Az EiAED és COC kölcsönhatás következménye lehet: a) nem kívánt terhesség, b) teratogenitás, negatív hatás a gyermek kognitív és pszichomotoros funkcióira c) a görckészség változása.

Napjainkban az epilepsziás nők nem mindig kapják meg a megfelelő tájékoztatást, ezért javítandó az epileptológus és a nőgyógyász együttműködése, konzultációja. Így elkerülhető mind az epilepsziás rohamok gyakoribbá válása mind a hormonális fogamzásgátló hatékonyságának csökkenése, a nem kívánt terhesség kialakulása. A megfelelő fogamzásgátló kiválasztása szempontjából az első találkozás a legfontosabb. A tájékoztatás akkor is szükséges, ha a beteg (még) szexuálisan inaktív.

11:15-13:10 MENOPAUZÁLIS HORMONTERÁPIA

Menopauzális hormonterápia, mit hoz a jövő?

Prof. Dr. László Ádám

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Budapest

Az elmúlt évtized számos, a bizonyítékokon alapuló orvoslás szigorú kritériumait is kielégítő új kutatási eredménye, a nemzetközi és hazai irányelvek lefektetése és elérhetővé tétele ellenére még ma is bizonytalanságot látunk az orvosok és a betegek körében. Számos orvos vagy nem veszi a fáradságot az újabb adatok megismerésére, nem tudja pontosan, mit, mikor, hogyan, és meddig ajánljon a páciensének, vagy egyszerűen csak fél a hormonpótló kezelés mellékhatásaitól. A WHI vizsgálat okozta sokk még ma sem múlt el: a hormonpótlásra szoruló betegek félnek az emlőráktól, az egyébként szükséges kezelést abbahagyják, vagy el sem kezdik.

A szakmai ellentmondások feloldása további vizsgálatokat igényel. A korábbi vizsgálatokban az elsődleges és másodlagos végpontok sokszor összekeveredtek, a hőhullámok vizsgálata kapcsán pl. egyes tanulmányok azok frekvenciáját, mások a súlyosságot tartották fontosnak. A randomizált, prospektív, placebo kontrollos tanulmányok jelentős hányadában vagy a gyógyszer használatának időszaka nem volt elég hosszú, vagy olyan elváltozásokat (az erek intimájának media vastagsága, kalcium mennyisége stb.) mértek, amelyekből csak közvetett következtetések vonhatók le (az erek állapotát inkább a kardiovaszkuláris események alapján lehet megítélni). Hasonlóképpen a csontsűrűség változásának vizsgálata nem egyenértékű a törési kockázat vizsgálatával. A különböző tanulmányokban számtalan módon, formában, és ideig használtak különböző készítményeket, az összehasonlítást ez is nehezíti, és a meta-analízisek értékét csökkenti. A jövőben drága, nagy esetszámú, hosszú ideig tartó, prospektív, randomizált tanulmányok elkezdése talán nem indokolt. Ehelyett alternatíva lehet több kisebb, de következetes felépítésű, hasonló végpontokat vizsgáló tanulmány lefolytatása. Ez egy későbbi meta-analízisre is jobb lehetőséget biztosíthat. Ritkább betegségek (pl. a korai petefészek kimerülés) esetén jó minőségű, általánosan, sok országban alkalmazható regiszterek használata jöhet szóba. A kutatási témák közül a hosszú távú hormonpótlás melletti emlő- és petefészekrák kockázatának, a demencia megelőzésének és kezelésének, valamint a vénás thromboembolia kockázatának vizsgálata emelhető ki. Folytatni érdemes az újabb készítmények (ösztrogén plusz SERM, ospemifen, estetrol, test-azonos ösztrogén és progeszteronok stb.), valamint az androgének hosszabb távú hatásainak vizsgálatát.

A jövőbeni kutatások fognak fényt deríteni posztmenopauzában a hosszan tartó hipo-ösztrogén állapot hatásairól és jelentőségéről. Számtalan ellentmondás van a nem-hormonális kezelések vonatkozásában. Jövőbeni kutatások fogják tisztázni a fitosztrogén, a fito-SERM-ek, a homeopátiás és akupunktúrás stb. kezelések helyét a menopauza szindróma gyógyításában. A hőhullámok neuromodulációs kezelése ígéretes új vegyületekkel (pl. neurokinin B receptor antagonistákkal) folyamatban van. A nők élettartama növekszik, a változókori és későbbi problémák hatása az életminőségre és a hosszú távú egészségmegőrzésre népegészségügyi szintű probléma lesz a jövőben is. Feltehetően megmaradnak olyan alapvető kérdések, hogy a menopauza szindróma tüneteinek súlyossága és azok elviselhetőségének mértéke a nőkben miért különbözik, és ez hogyan előzhető meg és kezelhető.

A nőgyógyászat, menopauza és osteoporotikus törések "Bermuda háromszöge"

Dr. Balogh Ádám

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A Bermuda-háromszög hajók, repülőgépek nyomtalan eltűnésének titokzatos színtere. A menopausalis medicina betegei közül sokan tűnnek el a gyakori osteoporotikus (OP) törések megelőző és kezelési rendszeréből. Erre utal a hasonlat. Előadásomban ez utóbbi titok nyomába eredtem, keresve betegeink eltűnésének koordinátáit.

Miért fontos nekünk az osteoporotikus csonttörés? Mert idősödő, ösztrogénhiányos nőket érint főleg (65-75%) és számuk igen nagy. Az 50 éven felüli női kockázati népesség létszáma 2 143 000, nő/férfi hányados 1,39, 70 éven felül 2,03.

A csipőtáji törések 40%-a első évben elhalálozik hazánkban, közülük 2100-2300 nő. Többszöröse a méhnyakrák mortalitásának. A morbiditás, invaliditás aránya a túlélők között még riasztóbb (>80%). Mégis sokan nem kapnak időben kezelést, "eltűnnek". Az OP korán kimutatható, súlyossá válása és a csonttörés megelőzhető.

Ideális időpont a korai felismerésre és beavatkozásra a menopause időpontja, helyszíne a menopause / osteoporosis ambulancia.

A nőgyógyászok, a menopause szakrendelések jogosultak a PM OP szűrésére, diagnosztikájára, a betegek teljes körű ellátására, a MHT és bármely egyéb terápia alkalmazására. A törési kockázat becslésére a DXA denzitometria, a laboratóriumi háttér, a FRAX kockázatbecslő számítógépes program használható.

Foglalkozunk (többet) az osteoporosisal! A nőgyógyászok mellett azonban belgyógyászok, reumatológusok, traumatológusok és labor-szakemberek együttműködése is szükséges, hogy OP és törött betegeink ne vesszenek el a felismerés és kezelés hiányában a szakmák Bermuda-háromszögében.

Állítsak le egy jól működő menopauzális hormonkezelést? Miért?

Dr. Gulyás Péter

Szent Margit Kórház, Budapest

- Leállítom, mert a páciens nem kívánja-akarja tovább,
- mert jelentős mellékhatás jelentkezett,
- mert hormondependens malignoma jelentkezett,
- mert olyan műtét előtt áll, ahol ez indokolt,
- mert túl vagyunk a statisztikai menopauza korhatáron, ha korai menopauza miatt kezdtük el,
- mert letelt az eddigiekben „általánosan ajánlott 3-5 év”

Prezentációmban most az utóbbival kívánok foglalkozni.

A női hormonpótló kezelés lehetőségei daganat túlélőkben

Dr. Deli Tamás

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A női fertilitás megőrzésének igénye, illetve a női hormonpótló kezelés számos onkológiai kérdést vet fel a klinikai gyakorlatban a nőgyógyász endokrinológus számára. Onkológiai kezelést megelőzően a várható iatrogén fertilitáscsökkenés miatt a termékenység megőrzésének lehetőségeit kell számba vennünk, míg hormonpótló kezelés indítása vagy folytatása kapcsán a nőgyógyászati és nem nőgyógyászati daganatok megjelenési kockázatának kedvező vagy kedvezőtlen irányú változásáról kell informálnunk betegeinket. Az onkológia eredményeinek javulásával pedig – szerencsére – mind gyakrabban találkozunk a hormonpótló kezelés igényével daganatos betegségről kigyógyult vagy tartósan remisszióban levő betegeknél. A klasszikus, defenzív, sokszor nem is evidenciákon alapuló orvosi hozzáállás miatt ezek a betegek nemritkán nehezebben részesülhetnek hormonpótló kezelésben. Ugyanakkor a hormonpótlás megtagadása hosszú távú, statisztikailag kimutatható mértékű egészségkockázatot és életminőség-csökkenést eredményez. Különösen igaz ez a fiatal kortól akár évtizedeken át hipoösztrogén állapottal együtt élő daganattúlélők esetében. A beteg számára optimális döntés meghozatalát nehezíti a klinikai helyzetek gyakorlatilag végtelen volta: a daganatos betegség pontos szövettani típusa és stádiuma, a remisszió időtartama, a (feltételezett) hormonérzékenység és hormonreceptor státusz, a beteg objektív és szubjektív ösztrogénhiányos tünetei stb. Az egyénre szabott döntéshozatal jelentőségét elismerve és hangsúlyozva, az előadás igyekszik áttekinteni a rendelkezésre álló irodalmat, és daganatcsoportonként általános iránymutatást adni, ahol ez lehetséges. Foglalkozunk a hormonszenzitivitás miatt gyakori dilemmát jelentő nőgyógyászati daganatok túlélőivel. Áttekintjük a leggyakoribb gyermek- és fiatalkori daganatokat, hiszen ezek jelentkezése esetén a posztkemoterápiás és posztirradiációs korai ovárium elégtelenség fiatal kortól fennáll, az ösztrogénhiánynak pedig az átlagpopulációhoz képest sokkal hosszabb ideje van kifejteni káros hatását. Ugyancsak érintjük az inkább későbbi életkorban jelentkező,

nem nőgyógyászati, gyakoribb daganattípusokat, melyek akár a korai petefészek elégtelenség kezelésének részeként, akár a klasszikus menopausalis hormonterápiáról való döntés esetén okozhatnak dilemmát.

A tumorsejt önkéntes genom-stabilizáló aktivitásának és apoptotikus pusztulásának genetikai háttere

Prof. Dr. Suba Zsuzsanna

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

A daganatsejtek elveszítik a DNS-javító mechanizmusok és egyéb sejtfunkciók egyensúlyát, és ennek eredményeként féktelen sejtszaporodás és gyorsan növekedő tumor alakul ki, amely végül az egész szervezetet elpusztítja. Napjainkban, a ráksejtek drasztikus elpusztítására törekszünk toxikus kemoterápiával és/vagy besugárással, amely az egészséges szerveket is súlyosan károsítja és elpusztítja a védekező mechanizmusokat. A daganattal szomszédos szöveteket alapos csonkítással és besugárással megsemmisítjük, mivel – tévesen – azt hisszük, hogy daganat környezetében felgyülemelő sejtek, mediátorok és véredények a tumor partnerei, amelyek elősegítik az agresszív terjedést és a metasztázis képzést. A tumor sejt emberi sejt, amelyben a genom stabilizáció maradványai fellelhetők. Az orvosi kezelés feladata az lenne, hogy erősítse a daganat saját DNS javító aktivitását, amitől az megszélidül és önkéntesen elpusztul. A négy évtizede tévesen folytatott antiösztrogén terápia eredményeként kaotikus eredmények születtek az ösztrogén szignál gátlása és a védekező ellenreguláció keveredésének eredményeként, miközben az emlőrákok viselkedése teljesen kiszámíthatatlan maradt. Az antiösztrogén kezelés kétes eredményei alapján sikerült bebizonyítani, hogy az ösztrogén receptor szignál a legmagasabb rendű irányítója a genom védelemnek. Nagy dózisu ösztrogén kezelés hatására még az előrehaladott, és antiösztrogénnal kimerített daganatok is elpusztulnak, vagyis a rák gyógyítható.

14:00-16:00 TERHESSÉGI ENDOKRINOLÓGIA

Pajzsmirigy és reprodukció

Prof. Dr. Nagy Endre

Debreceni Egyetem Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Terhesség alatt a pajzsmirigyhormonok felgyorsult inaktivációja és a hCG TSH-receptoron kifejtett hatása egyaránt a pajzsmirigy fokozott igénybevételéhez vezet. Mindez fiziológiás körülmények között a jódigény és a pajzsmirigy térfogat növekedésében, jódhiányos populációban göbképződésben-göbnövekedésben is megnyilvánul. A pajzsmirigy funkcionális állapota a TSH és hCG hatásának együttes következménye; a 12. hét körül alacsony TSH érték előfordulhat, mely normál FT4 esetén nem tekintendő kórosnak. Emelkedett aTPO antitest szint beszűkült pajzsmirigy rezerv kapacitásra utalhat, melyet a Hashimoto-thyreoiditis által okozott – nem terhes

állapotban még nem manifesztálódó – mirigyállomány-destrukció okoz. Ilyenkor thyroxin-pótlással alacsony normál TSH érték elérésére kell törekedni. Az autoimmun pajzsmirigybetegségek terhesség alatt – átmenetileg – javulnak. Graves-kórban, ha túlműködés miatt thyreostatikus kezelés szükséges, propylthiouracil választandó olyan adagban, hogy az anya enyhén hyperthyreosisos maradjon. Pajzsmirigy műtetet a második trimeszterben végezhetünk, ha nem halasztható a szülés utánra. Tervezett terhesség, terhesség és szoptatás alatt fokozott jódbevitel szükséges.

Hyperprolactinaemia

Dr. Deák Veronika¹, Dr. Zádori Péter²

¹Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Anyagcsere- Endokrinológia Osztály, Kaposvár

²Kaposvári Egyetem, Diagnosztikai és Onkológiai Intézet, Kaposvár

A hyperprolactinaemia a női eredetű infertilitás egyik leggyakoribb oka. Kivizsgálása során elsődleges a secunder okok kizárása. Kezelésére első választandó szer a dopamin agonista bromocriptin, fontos hogy a gyógyszer adagját fokozatosan titráljuk fel. Bromocriptin intolerancia vagy rezisztencia esetén Magyarországon a quinagolid érhető el. Terhesség tervezése esetén azonban az újabb ajánlások a gyógyszert biztonsági megfontolások miatt nem javasolják, ebben az esetben másodvonalban cabergolin adható.

Terhesség során microadenoma esetén 12. héttől gyógyszer elhagyása és klinikai követés javasolt. Macroadenoma 15-35 %-ban növekedhet, terhesség során rendszeres látótér kontroll, szükség esetén MR, tumornövekedés esetén kezelés gyors feltitrlása javasolt. Suprasellarisan növekvő adenoma esetén megfontolandó műtéti ellátása prekonceptcionálisan.

A metabolikus szindróma és szülészeti komplikációk

Dr. Béres László

Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Budapest

Háttér: Az előadás célkitűzése, hogy összefoglalja jelenlegi ismereteinket a metabolikus szindróma (MS), mint hiperinflammációs állapot és a terhességi komplikációk klinikai és molekuláris szintű összefüggéseiről.

Módszer és eredmények: Az erről szóló tanulmányok döntő többsége kimutatta, hogy a MS negatív hatást gyakorol a terhesség evolúciójára már a beágyazódástól kezdődően. Fontos tehát, hogy már prekonceptcionálisan elkezdődjék az érintett nők hormonális, metabolikus és inflammatorikus státuszának optimalizálása, mert ezzel lehet leghatékonyabban csökkenteni a terhességi komplikációk kockázatát. A terhesség egyúttal egy olyan „ablak” is, melyen keresztül, a rizikófaktorok eliminálásával és az éttrend helyes megválasztásával, lehetővé válik a MS utódokra történő átvitelének megelőzése is. Az előadás kitér a metaflammáció koncepciójára, továbbá arra, hogy a metabolikus diszfunkció milyen szignál-utakon keresztül képes létrehozni hiperinflammációs állapotot. Ez utóbbi a trofoblasztfunkció, az immuntolerancia,

a beágyazódás és placentáció folyamatának gátlásával befolyásolja a terhességi kimenetelt: emeli a vetélés, a koraszülés a magzati növekedési restrikció, a terhességi cukorbetegség, a lepényi patológiák, a terhesség indukálta magasvérnyomás és a neonatológiai eltérések kockázatát.

Következtetések: Remélhetőleg a közeljövő kutatásai hathatósan segítenek a MS-val összefüggő szülészeti szövődmények patogenetikájának mélyebb megértésében. Nagy szükség lenne továbbá a MS-sel kapcsolatos, bizonyítékokon alapuló prekonceptcionális és prenatális diagnosztikai, prevenciós és terápiás irányelvek kidolgozására, amely jelentősen hozzájárulhatna az évtizedek óta stagnáló perinatális morbiditási és mortalitási eredmények javulásához.

Diabetes és terhesség

Dr. Ifi Zsolt

Pécsi Tudományegyetem KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

A gesztációs diabetes (GDM) a WHO szerint a terhesség alatt felismert, különböző, a terhesség alatt kezdődő vagy ekkor felismert kóros glükóztolerancia. A GDM jelentőségét az adja, hogy növeli az adott terhesség során mind a magzati, mind az anyai szövődmények előfordulását. A gesztációs diabetesben szenvedők 5-10 %-a a szülés után 2-es típusú cukorbeteg marad, illetve a szülést követően az élet későbbi szakaszában gyakrabban alakul ki 2-es típusú cukorbetegség és a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata is emelkedett. Az előadás első felében a praekoncepcionális gondozás jelentőségéről, majd a GDM diagnosztikájáról szeretnék beszélni, érintve a Bécsi ill. Grazi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán alkalmazott diagnosztikai és terápiás eljárásokat. Az előadás II. felében a hazai gyakorlatot, ill. a pécsi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika utóbbi éveinek esetszámait ismertetném. Végezetül röviden a terhességi diabetes későbbi szövődményeire és az utógondozás jelentőségére térnék rá.

Nemzedékugrás az asszisztált reprodukcióban: endokrin megközelítés

Dr. Kőrösi Tamás

Kaáli Intézet, Győr

Az elmúlt 15 évben a lombikprogramokban a korfüggő meddőség komoly átrendeződése ment végbe, amennyiben a 40 év fölötti betegek aránya 4-7 %-ról 25-27%-ra emelkedett. Ez a tendencia markánsan erősödni látszik, így lassan-lassan nemzedékugrásnak vagyunk az tanúi az asszisztált reprodukció területén: sokan akkor jelennek meg a meddőségi szakrendeléseken, amikor az unokák születésén kellene izgulniuk.

A korfüggő meddőség gyakoriságnak növekedése szükségszerűen együtt jár a petefészek csökkenő rezervével (DOR), a stimuláció nehezítettségével, illetve az alacsony válaszkészséggel (poor responder), és a petesejt minőségének romlásával (az aneupoidia arányának fokozódása). Kimutatták, hogy ha az AMH szint 1 ng/ml alá

csökken, és a bazális (2. napos) FSH szint 10 mIU/ml fölé emelkedik, a létrejött embriók akár 78%-ában kromoszóma számbeli rendellenességet lehetett igazolni. (Igen friss megfigyelés, hogy a nemi kromoszómák korfüggő számbeli rendellenességei a testi kromoszómák működésváltozását – epigenetikai módosulás – is létrehozhatják akár mozaicismus eseteiben is.)

Megfigyeltük, hogy a csökkent petefészek rezervú nőbetegek kontrollált petefészek stimulációjakor a 6. kezelési napon az FSH szuprafiziológiás szintre emelkedik, a 17-béta-ösztadiol (E2) markáns emelkedése nélkül (100 pg/ml alatti értékek), amely konstelláció tovább rontja a korábban vázolt képet: a létrejött petesejtek kromoszómális húzóorsója is sérül (meiotic spindle disruption) a magas FSH szint miatt. Mindezek eredőjeként az várható, hogy ilyen ciklusokban várandóssági arány alig haladja meg a 6%-ot, és a terhességek jelentős része az első trimeszterben vetéléssel végződik.

Munkánkban a DOR-os betegek eredményének javítására tettünk kísérletet, részint úgy, hogy első lépésként növeltük az AMH-val jellemezhető petefészek rezervet (rejuvenálás), másrésztől az un. korai coasting alkalmazásával 72 óra alatt 18,4 mIU/ml-re csökkentettük a 6. napos szuprafiziológiás (átlagban 35,49 mIU/ml) FSH szintet: a páciens a növekvő ösztrogén koncentráció és csökkenő FSH szérumszint mellett ismét stimulálható vált. A korai coasting csoportunkban 119 beteg 141 ciklusát elemeztük, végső pontként a létrejött várandósságokat vizsgáltuk. Kontroll csoportot állítottuk fel, és mértük a ciklus 6. és 9. napján a szérumszint FSH, LH és E2 értékeit, a folliculusnövekedés dinamizmusát, valamint a szérumszint IGF-I és EGF koncentrációját is. Feltételezzük, hogy a korai coasting nagy valószínűséggel a növekedési faktorok (IGF-I és EGF) utóérését segíti elő és/vagy a növekedési faktorok receptorainak érzékenységét növeli meg. A kezelés „érdeme”, hogy az irodalmi kutatásaink alapján eddig még nem alkalmazott, nem leírt kezeléssel számolunk be, amely a várható 6 % körüli korai várandóssági rátát 35,6%-ra emelte.

Mi a szerepe a glükokináz gén mutációinak gestációs diabetesben?

Dr. Molnár Zsuzsanna¹, Dr. Gaál Zsolt², Dr. Balogh István¹

¹Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Genetika Tanszék

²Jósa András Oktatókórház, IV. Belgyógyászat, Nyíregyháza

A monogén diabetes betegcsoportba tartozik a fiatal felnőttkorban jelentkező MODY (maturity-onset diabetes of the young). Molekuláris klasszifikációja diagnosztikai, prognosztikai értékkel is bír, valamint alapvetően meghatározza a kezelést. A MODY génekben bekövetkező heterozigóta mutációk befolyásolhatják a pancreas béta sejt fejlődését és működését (transzkripció faktor MODY-k), de lehetnek enzim kódoló gén mutációk is (glükokináz). A GCK-MODY (MODY2) hátterében a glükokináz gén (GCK) mutáció állnak. A hiperglikémia születéstől kezdve fennáll, az éhgyomri vércukor 5,5 mmol/l feletti. Ebben a MODY típusban legtöbbször nem alakulnak ki diabeteses szövődmények. A GCK-MODY gyakran gesztációs diabetesként kerül felismerésre, mivel fiatal, egyébként egészséges nőknél ilyenkor történik először éhgyomri vércukor

meghatározás. Irodalmi adatok szerint a gesztációs diabeteses populáció 1-6%-a GCK-MODY-s. Ezen egyének identifikálása a terhesség alatti kezelés szempontjából nagy jelentőséggel bír.

A GCK gén vizsgálata Sanger szekvenálással történt. A hozzánk érkező 77 kérésből 34 esetben találtunk GCK mutációt (44%). A szakirodalomban nem szereplő, új mutációk esetében elvégeztük a variáns analízist. Ez alapján 16 új mutációt minősítettük patogénnek vagy valószínűleg patogénnek. A GCK-MODY betegek klinikai diagnóziskori átlagos éhgyomri vércukorértéke 7,0 mmol/L (5,3-7,5 mmol/L), HbA1C értéke 6,41% (5,5-7,1%), OGTT során a vércukor változása 3,1 mmol/L (0,3-8,1 mmol/L) volt. Szükségtelen kezelés összesen 12 esetben történt. 5 proband szedett orális antidiabetikumot átlagosan 4,6 évig (1-10 év), 7 proband pedig inzulin kezelésben részesült átlagosan 6,4 éven át (2-17 év).

A GCK MODY-s egyének éhgyomri vércukor értéke 5,5 és 8,0 mmol/L közötti. A világszerte alkalmazott ajánlások szerint a GCK-MODY-s terhesek az éhgyomri vércukor szintjük alapján gesztációs diabetesként kerülnek diagnosztizálásra a terhességi szűrővizsgálat alkalmával. A GCK MODY-s terhes felismerése a terhesgondozás során jelentőséggel bír, hiszen a terhesgondozást befolyásolhatja. GCK-MODY-s anya és GCK mutációval nem bíró magzat esetén macrosomiára számíthatunk, amennyiben a terhes vércukor szintje nem megfelelően van beállítva. Ugyanakkor, amennyiben a magzat is GCK mutációval bír, úgy az anyai vércukor csökkentés eredménye magzati retardációhoz vezethet. Ilyen esetekben az anya kezelése nem indokolt.

15:50-16:00 EXELTIS MAGYARORSZÁG KFT. TÁMOGATÁSÁVAL

Pajzsmirigy funkció zavarok a nőgyógyászati gyakorlatban, avagy meddig normális a TSH

Dr. Valicskó Viktória

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen

A pajzsmirigyhormonok hatásukat a szervezet szinte valamennyi szövetére kifejti, ez alól természetesen a petefészek sem kivétel. Amennyiben a pajzsmirigy funkciója változik, azaz a működését jellemző TSH egy átlagos meridiántól bármelyik irányba elcsúszik, mind a menstruációs ciklus, mind pedig az ovuláció, így a fertilitás is zavart szenvedhet. A kérdés az, hogy hol is van ez a bizonyos meridián? Nem szabad közben elfelejtkeznünk a PCOS-ról sem, amely napjainkban a leggyakoribb női endokrinopathia, a reprodukív korú nők között prevalenciája minimum 10%! Ez a nehezen körvonalazható, multifaktoriális kórkép nagyon gyakran társul a pajzsmirigy autoimmun gyulladásával. Így válhat egy mio-inozit-szelén tartalmú étrend-kiegészítő, terápiás lehetőséggé egy nőgyógyász kezében, és segítheti elő a kívánt gyermekvállalást, illetve az eseménytelenül kiviselt terhességet. Pajzsmirigy szempontból érdekes időszak még a perimenopausa is, ahol az ösztrogén-szint hullámváltozása miatti TSH ingadozás kordában tartására is alkalmas eszközünk lehet e kombinált készítmény.

Az endometriosis hormonális háttere, etiológiája

Dr. Keresztúri Attila

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

Az endometriosis, endometriális mirigy és/vagy stróma jelenléte a méh üregén kívül. Leggyakrabban a kismencedei szerveket érinti, de bárhol a szervezetben előfordulhat, a hasüregen kívül akár a mellüregben, vagy koponya ürében is.

Ösztrogén függő, jóindulatú elváltozás, azonban jelentős panaszokat, fájdalmakat tud kiváltani, és kezelés nélkül progresszió, a tünetek súlyosbodása várható. A betegség etiológiája nem tisztázott, fertilis korban a leggyakoribb, de előfordulását leírták már premenarcheában és postmenopasában is. Valódi gyakorisága nem ismert, mivel a betegség tünetei nem specifikusak, és gyakran tünetmentes állapotban kerül diagnosztizálásra. Diagnosztikájában a laparoszkópia játssza a fő szerepet, mely során nemcsak a megtekintésre és szövettani mintavételre van lehetőség, hanem egyúttal kezelési lehetőségre, melyhez elengedhetetlen gyakorlott sebész jelenléte.

Secunder osteoporozis okai és kezelése

Dr. László Dániel

Róbert Károly Magánkórház és Péterfy Sándor Utcai Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

Szekunder oszteoporózisról akkor beszélünk, ha a csontitkulás hátterében más, igazolható betegség vagy gyógyszer mellékhatás áll. A premenopauzában jelentkező csontitkulás akár 30%-ban másodlagos okra vezethető vissza, férfiak csontitkulása esetén 50-80%-ban mutatható ki erre hajlamosító ok. A csontsűrűség csökkenését kiváltó okok között számos endokrinológiai, gasztrointesztinális, hematológiai, nefrológiai és autoimmun betegség állhat. Több gyógyszercsoport is hajlamosít csontitkulásra, pl. kortikoszteroidok, levothyroxin, antidepresszánsok, antikonvulzív szerek, anti-retrovirális gyógyszerek. Az ösztrogén termelés csökkenésével járó állapotok illetve az ezt eredményező kezelés is fontos tényező lehet a csontitkulás kialakulásban. Fiatal korban (vagy férfiaknál) jelentkező csontitkulás esetén fontos a szekunder okok anamnesztikus és laboratóriumi kizárása. Szekunder oszteopozis kockázatát növelő betegség vagy kezelés esetén a megelőzésen és nyomon követésen van a hangsúly.

A menopauzális hormonterápia farmakológiája

Dr. Magyar Zoltán

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

Mindennapi életünkben számos ösztrogén hatású anyag (gyógyszerek, környezeti ösztrogének) vesz körül bennünket. Ezen vegyületek jelentős része a szervezetben található természetes ösztrogénhez, a 17- β - β ösztadiolhoz hasonlóan a „klasszikus utat követve” sejtmagi és citoplazmatikus ösztrogén receptorokon keresztül szabályozza az ösztrogén-érzékeny gének átíródását. A változó korban kialakuló női nemi hormon hiány így szerepelhet kóroki tényezőként különböző betegségek kialakulásában. Az időben elkezdett ösztrogénkezelés jótékony hatásai mellett bizonyítást nyert, hogy a progeszteron adagolása csak az endometrium hyperplasia kivédésére elengedhetetlen a hormonkezelésben.

Az etinilösztadiol volt az elsőként előállított, szintetikus, orálisan adagolva aktív ösztrogén. 1938-ban, Németországban a Schering cégnél Berlinben szintetizálták. Kombinált fogamzásgátlókban mai napig jelen van, de dózisa 100 mikrogrammról 20 mikrogrammra csökkent a mellékhatások elkerülése érdekében.

A menopausás tünetek kezelésére inkább a kevésbé hatékony, de a természeteshez közelebb álló conjugált ösztrogéneket az 1940-es évek elején kezdték alkalmazni az Egyesült Államokban. Itt kevesebb mellékhatás jelentkezett, de a progeszteron oppozíció nélküli endometrium hyperplasia veszélye csak a 1970-es évek közepére tisztázódott.

A mikronizált 17- β - β ösztadiol csak az 1980-as években vált elérhetővé, ekkor is főleg Európában.

A progeszteront corpus luteumból az 1930-as évek elején állítottak elő először Angliában, de ez az előállítás költségessége miatt nem terjedt el. Majd a negyvenes évek elejére sikerült megoldani a progeszteron szintézisét növényi eredetű diosgeninből. Az ötvenes évek nagy előrelépése pedig az orálisan hatékony 19-nor-származékok előállítása volt.

A félszintetikus és szintetikus gesztagének kifejlesztésekor a fő szempont a farmakokinetikai jellemzők (oralis biológiai hasznosulás, hatástartam) javítása volt. A félszintetikus és szintetikus gesztagének hatásspektruma/szelektivitása különbözhet a progeszteronétól. A klasszikus gesztagénhatás mellett ösztrogén, antiösztrogén, androgén/anabolikus, antiandrogén, glukokortikoid és antimineralokortikoid hatásokat is kifejthetnek.

Ezen farmakológiai és szelektív hatások ismerete teszi lehetővé a menopausás hormonterápiában a kezelés egyedre szabását, a legkisebb dózisu bevitt hormonadagok legkevesebb mellékhatás melletti elérhető optimális hatásának elérése érdekében.

Katekol ösztrogének és ösztetrol

Dr. Hajnáczy Károly

Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat, Budapest

Katekol-ösztrogének az öszttron és az öszttradiol 2- és 4-hidroxi-származékai, amelyeket az agy és a peréfériás szövetek oxidatív folyamatok (I. fázis reakció) útján állítanak elő. Meghatározó szerepük van a női reproduktív működések neuroendokrin szabályozásban a hypothalamus és hypophysis szintjén. Továbbá, a 4-OH-öszttron és –öszttradiol 3,4-ösztrogén kinonná történő átalakulásakor keletkező szabad gyökök, a DNS purinbázisokat károsítva az emlő és az endometrium carcinoma kialakulásában kóroki tényezőként szerepelnek. Jelenleg rendelkezésre álló kutatási eredmények szerint, az immunrendszer működését módosítva kulcsszerepet játszanak egyes, női dominanciát mutató megbetegedések (rheumatoid arthritis, systemas lupus erythematosus, sclerosis multiplex) kialakulásában.

Az ösztetrol az öszttradiol 16alfa- és 16beta-hidroxi-származéka, amelyet kizárólag a magzati máj képes előállítani (16-hidroxiláz aktivitás). Gyenge ösztrogének csoportjába sorolt ösztetrol biológiai hatáserőssége 3-4 % az öszttradiolhoz viszonyítva, vérben biológiai felezési ideje 28 óra és az SHBG-hez gyakorlatilag nem kötődik. Biológiai jelentősége jelenleg még pontosan nem ismert, valószínűsíthető szerepe van a méhlepény élettani vérkeringésének fenntartásában. Jelenleg rendelkezésre álló kísérletes adatok szerint, az ösztetrol terápiás alkalmazásának ígéretes szerepe lehet az alábbi kórképek megelőzése és kezelése területén: hüvelyi sorvadás, hóhullámok, csonttritkulás és az emlőrák.

Ígéretes új trend - az endometrium megsértése előzetes sikertelen IVF programok után javítja a terhességi mutatókat?

Dr. Zeke József¹, Dr. Szűcs Zoltán², Dr. Konc János²

¹Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházai, Budapest

²Budai Meddősegi Centrum, Budapest

Bevezetés: az asszisztált reprodukciót megelőzően rutinszerűen végzett petevezető átjárhatósági, illetve méhüri vizsgálatok conceptióra, implantációra vonatkozó jótékony hatásai a területen dolgozó szakemberek előtt már évtizedek óta köztudomású. Ezen tapasztalatokon alapult az a feltevés, hogy a sorozatos sikertelen IVF-ET kezelések eredményességének elősegítésére a tervezett IVF-et megelőző ciklus 7. és az aktuális 7. napja között elvégzett méhüri beavatkozás, csikabrasio „endometrial injury” javíthatja a terhességi mutatókat. Az első erre vonatkozó közlemények az ezredforduló környékén jelentek meg. Napjainkban már a Cochran review is taglalja az ilyen beavatkozások utáni IVF-re vonatkozó statisztikai mutatókat metaanalízisek formájában.

Anyag és módszer: intézetünkben 2010. jan. 1. és 2017. márc. 31. között 51 alkalommal végeztünk csikabrasiót azon pácienseknél, ahol már legalább egy sikertelen IVF-ET kezelés volt, valamint ezen túlmenően anamnézisük, TVS leletük, esetleg kérésük ennek szükségét felvetette. A beavatkozásokat az ismételt programot megelőző ciklus

midlutealis fázisában végeztük, nem feltétlenül törekedve az endometrium egészének eltávolítására. A vizsgálat végcélja a kezelés terhességi mutatókra gyakorolt hatásának elemzése volt.

Eredmények: a fenti időszakban 51 esetben végeztünk csikabrasiót. Ebben a csoportban a beavatkozást megelőzően 210 transzferrel végződött sikertelen IVF program volt. Átlagban 4, (1-7 program). Az IVF kezeléseket eredményességi mutatóinak elsődleges végpontja, azaz a szülések számaránya a beavatkozást követően magasabbnak adódott a vizsgált páciensek 37,7 éves átlagos női életkorára jellemző eredményeknél.

Megbeszélés: a bevezetőben említett kezeléseket implantációra vonatkozó pozitív hatásai mögött a mechanikaiak mellett az endometrium sérülés kapcsán felszabaduló citokinek, growth faktorok állnak. Ezek a decidualizációt is elősegítik. Feltételezhetjük azt is, hogy a sérülés gyógyulási folyamata lassítja az endometrium túl gyors kiépülését – amely a stimulált ciklusoknál az embrió és az endometrium közötti aszinkronitás alapját képezi stimulált ciklusoknál. Összességében a saját és a nemzetközi adatok alapján is elmondhatjuk azt, hogy az endometrium megsértése ígéretes eszköz, mely javíthatja az IVF ciklusok eredményességét. Napjainkban nincs még konszenzus, hogy milyen módszer a választandó, és azt pontosan mikorra időzítjük. Egy erős evidencia azonban már megmutatkozott a nemzetközi közlemények alapján. Eszerint a petesejtnyerés napján végzett curettage feltételezve az adott ciklusban való visszaültetést – semmiképpen sem javítja az eredményességet, sőt rontja az embriók megtapadásának esélyeit.

Hangulati zavarok, hormonális terápia, antidepresszánsok

Dr. Gyovai Gabriella

Csongrád Megyei Bugyi István Kórház, Szentes

Az utolsó menstruáció körüli időszak egyrészt a hormonális változások időszaka, másrészt - mint életkori krízis -, jelentős pszichológiai mérföldkő. Nem ritka, hogy a klimaktérium jellegzetes tünetei és a depressziós betegség egyidejűleg vannak jelen. A tünetek közt lehetnek átfedések, melyek megnehezíthetik az állapot felismerését. A tünetei kiegyensúlyozatlan ösztrogén szint a szerotonin rendszer működését is befolyásolja így gyakori a premenstruális diszfória, a pánik-betegség és a bipoláris zavar rosszabbodása. Vajon milyen kezeléssel tudunk segíteni? Antidepresszánsokkal? Hormonális terápiával vagy mindkettővel? A hormonmentes kezeléshez ragaszkodó páciensek hóhullámaikat csökkenthetik egyes antidepresszánsok is, hiszen a termoneutrális zónát az ösztrogén és a szerotonin egyaránt szélesítik, ezt klinikai vizsgálatok is igazolják. Milyen szempontokat kell figyelembe vennünk egy hangulati zavarral küzdő páciens kezelésénél? Hiszen tudjuk, hogy különösen érzékenyek a hirtelen hormonális változásokra és azt is, hogy a gesztagének központi idegrendszeri hatásai jelentősen eltérnek. A kezelés monitorozása is igen fontos feladat. Speciális tünetnaplót használnak különösen hasznos szekvenciális hormonpótlás esetén, amikor PMS-szerű tüneteket gyanítunk, ami bizonyos gesztagén komponensek szedése esetén. A gyógynövények legtöbbször nem jelentenek megoldást, sőt némelyik –

például az orbáncfű – más gyógyszerek hatékonyságát lényegesen csökkenti. Tapasztalhatjuk, hogy amennyiben a kezelőorvos nem vállalja fel – vagy nem ismeri – a probléma korrekt kezelését, akkor ezek a páciensek nagyon hamar alkohollal vagy nyugtatókkal igyekeznek csökkenteni a szenvedésüket. Ideális esetben a gyógyszeres kezelés mellett relaxáció, pszichoterápia és mozgásterápia is történik. Minden nő különbözik, így minden változókor különbözik. Az is változó, hogy melyik nő szeretné az orvossal közösen kialakítani a kezelést és melyik vár irányítást. A személyre szabott megoldás ebben a korosztályban különösen fontos.

2017. JÚNIUS 24. SZOMBAT

09:00-11:00 HORMONVIZSGÁLATOK ÉS JELENTŐSÉGÜK

Laborvizsgálatok nőgyógyászati endokrin kórképeknél

Dr. Várbíró Szabolcs

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A nőgyógyászati endokrin ambulanciákra leggyakrabban hiperandrogén állapotok, meddőségi vagy habituális vetélést követő kivizsgálások, vérzészavarok, amenorrhoeák miatt jelentkeznek. A kivizsgálás bázisát a laborvizsgálatok adják. E rövid összefoglaló célja a leggyakoribb kórképek hazánkban elérhető rutin labordiagnosztikájának áttekintése.

Újabb diagnosztikus markerek PCOS-ben

Prof. Dr. Szilágyi András

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szüléset- Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A polycystas ovarium szindróma (PCOS) a fertilis korú nők leggyakoribb endokrinopathiája. A kórkép rendkívül heterogén, és bár a diagnosztikában ma már egyértelmű diagnosztikus kritériumokat használhatunk, az egyes esetek közötti finom különbségek, az előjelzés, az esetleges progresszió, a terápia nyomon követése biológiai markerekkel közel sem megoldott.

Az utóbbi években egyre több biomarkert ismertünk meg, illetve a meglévő régiekről is kiderült, hogy PCOS-ben is használhatóak.

Az anti-Müllerian hormon (AMH) már ismert a PCOS diagnosztikájában, illetve az ovuláció indukció eredményességének előjelzésében, de serdülő korúaknál előjelzi a PCOS kialakulását évekkal előre.

A legnagyobb perspektíva a mikroRNS-ek (mikro RNS fragmentumok) területén látható. Ma már mintegy 1000 mikroRNS ismert, melyek a fehérje képzésben nem vesznek részt, de a gének negatív regulációjában szerepelnek. A plasmában, a follikulus folyadékban is kimutathatóak. PCOS-ban egyes mikro RNS-ek expressziója a plazmában nő, másoké csökken. 2-es típusú diabetesben is magasabbak. A jövő

markerei lehetnek.

A tesztoszteron/dihydrotesztoszteron arány is jó marker, mely magasabb értéket mutat inzulin rezisztencia, obezitás, metabolikus szindróma esetén.

A PSA-t (prosztata specifikus antigén) nem csak a prosztata, de az endometrium, az emlő, a polycystas petefészek is termeli. PCOS-ban a PSA a hyperandrogenaemia markere lehet.

Specifikus PCOS protein biomarkerek identifikálása proteomic technológiákkal folyamatban van. Így például egyre több közös proteomicus biomarker van a PCOS és a 2-es típusú diabetes mellitus között.

A gyulladásos markerek közül PCOS-ben a CRP szignifikánsan, az IL-6 és a TNF-alpha kismértékben emelkedett.

Az összefoglaló előadás a fenti markerek szerepét taglalja.

A PCOS fenotípusok laboratóriumi és klinikai jellemzőinek összehasonlító vizsgálata

Dr. Csehely Szilvia¹, Dr. Papp Éva Katinka¹, Dr. Orosz Mónika¹, Dr. Farkas Eszter², Dr. Deli Tamás¹, Dr. Póka Róbert¹, Dr. Molnár Zsuzsanna¹, Dr. Jakab Attila¹

¹Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

²Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Háttér: A polycystás ovarium szindróma (PCOS) a nők leggyakoribb endokrin betegsége, széles spektrumú klinikai tünetekkel és endokrin, metabolikus laboreltérésekkel rendelkező, multifaktoriális etiológiájú kórkép. A diagnózis alapja a Rotterdami Konszenzus (2003): anovuláció (A), klinikai vagy laboratóriumi hiperandrogenizmus (HA), ováriumok polycystás ultrahang képe (PCO), melyekből kettőnek kell teljesülnie. Négy fenotípusa van: A: HA+A+PCO, B: HA+A, C: HA+PCO, D: A+PCO.

Célkitűzés: A PCOS rotterdami fenotípusok klinikai és laboratóriumi értékeinek összehasonlító elemzése.

Módszerek: A DEKK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Endokrinológiai Szakrendelésén kezelt PCOS-es betegek (N=100) adatainak retrospektív feldolgozása.

Eredmények: A 100 beteg fenotípus szerinti megoszlása: A: N=53 (átlagéletkor: 25,7±5), B: N=24 (24,8±8), C: N=6 (23,7±3,7), D: N=17 (27,2±6,5.). Menarche korban nem volt különbség, reguláris ciklusok csak a C típusban voltak. Hiperandrogén tünetek az A típus 94%-ában, B 79%-ában, C 50%-ában jelentkeztek, a D típusban nem. A BMI mindenütt emelkedett (átlag 29), leginkább az A és D típusban. FSH érték normális volt, de az LH normogonadotrop tartományban kifejezetten emelkedett az A és D típusban, ahogy az LH/FSH arány is (1,86 ill. 1,72). Legmagasabb ovariális androgén (T, And) hormon szintet az A típus, adrenálist (DHEAS, 17OHP) az A és C típus mutat, a B típusban mérsékelten a T, D-ben egyik sem emelkedett. Az SHBG szint mindenütt alacsony, főleg a B típusban. IR a D típusban a leggyakoribb (47%), legritkább a C-ben (17%).

Következtetés: Ha a rotterdami feltételek mind teljesülnek kialakul a PCOS A típusa. Ha az UH PCO kép nincs jelen (B), akkor a hirsutizmushoz ovariális androgén

emelkedés és alacsony SHBG társul, de IR nem jellemző, mely ovarialis eredetű HA-ra utal. Ha ovulációk vannak UH PCO kép ellenére (C), a relatív alacsonyabb BMI és IR arány, magas DHEAS, 17OHP szintek felvetik az adrenális cortex kóros szerepét. HA nélküli PCOS-ben (D) magas a BMI és gyakori az IR, ez az elhízás etiológiáján alapuló fenotípus. Ha több tényező együttesen jelentkezik (elhízás, IR, alacsony SHBG, adrenális androgén túltermelés) kialakul a PCOS súlyos „A” formája.

Az anti-Müllerian hormon szérumszintje és az in vitro fertilizáció eredményessége

Dr. Boga Péter, Dr. Kőrösi Tamás

Kaáli Intézet, Győr

A petefészek rezerv kapacitásának megítélésére számos módszer ismeretes, a labortechnika fejlődésével a meghatározás egyik legegyszerűbb és talán leghatékonyabb formája az Anti-Müllerian hormon (AMH) meghatározása. Az AMH szérumszintje a nők élete során típusosan változik, egy életkoron belül variabilitást mutat, de mindig a preantrális és antrális tüszők állományát tükrözi. A szerzők 200 olyan véletlenszerűen kiválasztott páciens adatait dolgozták fel, akiknél AMH meghatározás történt és az elmúlt három évben in vitro fertilizációs kezelésben részesültek. Az eredmények alapján az AMH alkalmas a petefészek válaszkészségének megítélésre in vitro fertilizáció során, értéke jól korrelál a beavatkozás során nyert érett petesejtnek és jó minőségű preembriók számával, a lombikprogram sikerességének megítélésében azonban nem ennyire egyértelmű a szerepe.

Molaterhesség és hyperthyreosis

Dr. Tóth Géza¹, Dr. Juhos Erzsébet², Dr. Tárczy Csaba³, Dr. Vadnay István⁴,
Dr. Ovári László⁵

¹Szent Lázár Megyei Kórház, Endokrinológiai szakrendelés, Salgótarján

²Markhot Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat- Endokrinológiai Osztály, Eger

³Markhot Ferenc Kórház, Szülészeti- Nőgyógyászati Osztály, Eger

⁴Markhot Ferenc Kórház Patológia, Eger

⁵Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Nőgyógyászati Onkológia Tanszék, Debrecen

A gesztációs trofoblasztbetegségek, mint a részleges, a komplett, az invazív mola hydatidosa, és a choriocarcinoma erősen emelkedett hCG szinttel járó kórképek. A hCG és TSH glikoprotein hormonok strukturális hasonlóságának, valamint az LH/CG receptor és TSH receptor homológiájának köszönhetően, az erősen emelkedett hCG hormon a TSH receptoron hatva direkt thyreotrop hatással rendelkezik. Ennek köszönhetően az esetek egy részében kémiai, nagyon ritkán klinikai thyreotoxicosist eredményez.

Esetünkben egy 17 éves lány izzadákonyság, fogyás, tachycardia, hányinger, hányás panaszai fordult orvoshoz. A laborvizsgálatok, valamint a pajzsmirigy szcintigráfia hyperthyreosist igazolt. Ezt követően hányingere, hányása erősödött, vérszavar lépett fel, melynek hátterében erősen emelkedett β -hCG szinttel járó

mola hydatidosa állt. A méh kiürítése után β -hCG szintje lecsökkent, pajzsmirigy funkciói paraméterei normalizálódtak. A könnyen elérhető és megbízható hCG assay-k és a nagy érzékenységgű, korai ultrahang diagnosztika következtében a mola hydatidosa diagnosztizálása napjainkban már az első trimeszterben megtörténik, még a klasszikus klinikai jelek megjelenése előtt. Ez is az oka annak, hogy a pajzsmirigy diszfunkció másodlagosan kerül felismerésre. Irodalmi ritkaság, hogy először a klinikai hyperthyreosis képe nyilvánul meg, okoz tüneteket, és csak az egyéb tünetek, panaszok felderítése után válik nyilvánvalóvá az emelkedett hCG szinttel járó trofoblasztbetegség.

Endokrin betegek terhesége: fertilitási és szülészeti mutatók a DE KK Női Klinika 4 éves szülészeti anyagában

Dr. Orosz Mónika, Ilyés Ágnes, Dr. Jakab Attila, Dr. Deli Tamás

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

A fogamzáshoz és a terhesség sikeres kiviseléséhez elengedhetetlen a neuroendokrin rendszer megfelelő működése. Célunk a fogamzás, a terhesség kimenetelének és a perinatális komplikációk vizsgálata endokrin betegek körében.

Módszerek: A DEKK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika születési naplójának és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ felé adott jelentések adatait felhasználva 2012 és 2015 között retrospektíven vizsgáltunk 10687 szülést, melyek közül 798 esetben volt jelen anyai endokrin betegség: gestatiós diabetes mellitus (GDM), hypothyreosis, policisztás ovarium szindróma (PCOS), inzulin dependens diabetes mellitus (IDDM), non- inzulin dependens diabetes mellitus (NIDDM), hyperprolactinaemia, Addison-kór, diabetes insipidus, korai petefészek kimerülés (POF). A kapott adatokat statisztikai próbáknak (t, x2) vetettük alá illetve irodalmi és klinikai adatokhoz hasonlítottuk.

Eredmények: Terhességhez társuló leggyakrabban előforduló endokrin betegség a GDM (54%) volt, melyet a hypothyreosis (38%) követ. Az endokrin beteg terhesek életkora $31,7 \pm 0,2$ év (átl. \pm SE), a gestatiós kor szüléskor $37,89 \pm 0,09$ hét volt. Az újszülöttek születési súlya $3359 \pm 24,7$ g. A statisztikailag értékelhető nagyságú betegcsoportok közül a legnagyobb súlyú újszülöttjei a NIDDM-es (3320 ± 203 g) terheseknek születtek. Nem találtunk szignifikáns különbséget a GDM-ben és hypothyreosisban szenvedő betegek életkora ($p=0,187$), gest. kora ($p=0,195$) és az újszülöttek születési súlya ($p=0,19$) között. A koraszülések aránya szignifikánsan magasabb volt IDDM-ben (46%), mint a klinikai átlag (16,9%). A sectiók aránya meghaladta a 69%-ot IDDM esetén, amely érték 1,77X magasabb a GDM-ben talált értéknél (39%). Az ikerterhességek aránya NIDDM-ben volt a legmagasabb (11%). Az IVF gyakorisága 3,6% az endokrin betegek között. Congenitalis malformatio gyakorisága 2,25% az endokrin terhesek körében, a leggyakoribb a praegestatiós diabeteses betegek újszülöttjeinél (11,1% NIDDM és 2,32% IDDM).

Következtetés: Az endokrin betegségek nagyban befolyásolják a fertilitást és a terhesség kimenetelét, de köszönhetően a terhesgondozásnak és a korszerű terápiáknak, a perinatális morbiditás jelentősen csökkent.

A hyperinzulinaemia kialakulásának mechanizmusa és diagnosztikus lehetőségei a mindennapi klinikai gyakorlatban

Dr. Tüü László

Mensmentis Egészségcentrum, Budapest

A PCO syndroma háttérében központi jelentőséggel bíró inzulin rezisztencia/hiperinzulinémia korrekt diagnosztikája a klinikai gyakorlatban máig nem megoldott. Nincs összehasonlítható, standardizált módszer a hiperinzulinaemia igazolására, jellemzésére. A tudományosan elfogadott módszerek kivitelezése bonyolult, drága, és a páciens számára megterhelő. Szükség lenne egy általánosságban könnyen, gyorsan, olcsón alkalmazható módszerre, mellyel nem csak az inzulin érzékenység, hanem az inzulin szekréció, illetve ennek korai zavarai is jellemezhetőek. Az előadás során röviden áttekintésre kerülnek az eddig ismert módszerek, illetve a széles körben alkalmazott standard 75 grammos OGTT előnyei, hátrányai. A hiperinzulinémia kialakulásának különböző mechanizmusaira tekintettel megpróbáljuk jellemezni az OGTT során várt vércukor görbéket, ezek adott anyagcserezavarra jellemző karakterisztikus pontjait, illetve a különböző klinikai megjelenési formák során várt eltéréseket. Az előadás nem titkolt célja a gondolatébresztés, az inzulin rezisztencia egységes diagnózisának megkérdőjelezése, az inzulin rezisztencia helyett inkább a hiperinzulinémia középpontba állítása, ennek kialakulási mechanizmus alapján történő korrekt felosztása.

A relatív hyperinzulinaemia komplex kezelésének hatékonysága nőgyógyászati endokrin kórképekben

Dr. Nas Katalin

Mensmentis Egészségcentrum, Budapest

A relatív hyperinzulinaemia mind önmagában, mind más, súlyosabb szénhidrát anyagcsere eltérésekkel társulva olyan hormonális változásokat idézhet elő a szervezetben, mely a szervezet egészére hatást gyakorolhat, heterogén tüneteket kiváltva.

Életmódi kezeléssel, inzulin érzékenységet fokozó szerek alkalmazásával, illetve a lelki tényezők, a stressz tűrő képesség javításával a relatív hyperinzulinaemia kedvezően befolyásolható az optimális endokrin, illetve klinikai paraméterek helyreállítása érdekében.

Célunk a komplex, személyre szabott kezelése során minden esetben a relatív hyperinzulinaemia, illetve a következményesen kialakuló hormon eltérések, szerteágazó tünetek javítása, megszüntetése. Ezek eléréséhez a testtömeg index mellett a testösszetétel optimalizálása kiemelkedő jelentőségű.

Betegeink körében a leggyakrabban előforduló panaszok a falási roham, az androgén túlsúly jelei, cikluszavar, fáradékonyság, hypoglicaemiás tünetek, teherbeesési nehézség, (ismétlődő) spontán vetélés.

A kezelés hatékonyságának felméréséhez több mint 10.000 nőbetegünk anyagát

néztük át, olyan betegeket válogatva, akiknél relatív hyperinzulinaemia állt fenn, 18-45 év közöttiek, és rendszeres gondozást vettek igénybe, utóbbit minimum 3 vizitben határoztuk meg a vizsgált periódus alatt.

Az alkalmazott komplex, és személyre szabott kezelésnek köszönhetően már 6 hónap alatt kedvező irányú szignifikáns változás ($p < 0.05$) következett be a prolaktin és a progeszteron értékekben, valamint cikluszavarok esetén. A teherbeesési arány meghaladta a 70%-ot a várandósságot tervező nőbetegek körében, életkor szerinti eloszlást is mutatva, még 40 éves kor felett is 40% feletti aránnyal. Étrendi oktatáson részt vett betegek körében a teherbeesési arány 22%-al volt jobb az oktatást nem igénylő betegekhez képest. A várandósságok követésekor azt tapasztaltuk, hogy GDM az esetek valamivel több, mint 33%-ában jelentkezett. Az újszülöttek átlag testsúlya a várandósságok alatti szigorú szénhidrát anyagcsere kontroll mellett nem mutatott szignifikáns különbséget az ép szénhidrát anyagcserejű kismamák újszülötteihez képest.

Személyre szabott komplex kezelés mellett tehát már 6 hónap alatt szignifikáns javulás érhető el relatív hyperinzulinaemia esetén kimutatható következményes eltérésekben.

Szénhidrátanyagcsere vizsgálata meddőségben

Dr. Molnár Imre, Dr. Leskó Róbert

Kaáli Intézet Miskolc

A diabetes mellitus napjainkban a XXI. sz. elején világszerte és Magyarországon is az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémának tekinthető. Nemzetközi viszonylatban előfordulási gyakorisága 2015-ben 8,8 %-ra volt becsülhető, Magyarországon 2014-ben az OEP adatbázisa alapján a nyilvántartott II típusú cukorbetegség a teljes lakosság vonatkozásában 7,3 %-ban fordult elő. 2010-11-ben nemzetközi standardok alkalmazásával több mint 70000 egyén bevonásával reprezentatív szűrés történt, 22846 esetben végeztek OGTT-t, az eredmények alapján összességében 46,53 %-ban prediabetes vagy addig fel nem ismert manifeszt diabetes igazolódott (IFG:14,08 %, IGT:24,77 %, T2DM:7,66 %). A meddőség háttérében leggyakrabban a peteérés zavarához vezető funkcionális okok, különböző endokrinopathiák állnak, a PCOS, a hyperprolactinaemia és a pajzsmirigy dysfunkciók mellett a diabetes fent említett jelentős, összslakosságot érintő prevalenciája mindenképpen indokolja a szénhidrát anyagcsere célzott vizsgálatát is. Szerzők az intézetükben meddőségi kivizsgálás és kezelés céljából megjelent betegek körében rutinszerűen elvégzik a CH anyagcsere vizsgálatát, előadásukban ismertetik a kivizsgálás protokollját (éhgymri VC és inzulin/OGTT és inzulin), valamint elemzik a kapott eredményeket az inzulin rezisztencia vonatkozásában is. Az esetleges eltérések releváns módon befolyásolhatják a kivizsgálás további menetét és a választandó terápiás algoritmusokat (metformin kezelés indítása), valamint végső soron a kezelés eredményességét is. Fentiek alapján szerzők javasolják a szénhidrát anyagcsere vizsgálatát a rutin meddőségi kivizsgálás részévé tenni.

A női infertilitás neuroendokrinológiája

Dr. Hajnáczy Károly

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

Napjainkban növekvő gyakorisággal találkozhatunk a centrális (hypogonadotrop) hypogonadismus okozta meddőséggel. Mint ismeretes, az ideg-, hormonális- és az immunrendszer jól összehangolt működése biztosítja egyebek között a reprodukív folyamatokat. Hypotalamus a neuroendokrin integrációban központi szerepet tölt be, szoros anatómiai és funkcionális kapcsolatot teremtve az idegrendszer és a belső elválasztású mirigyek működése között. A normális emberi reprodukív folyamatok egyik alapvető feltétele, az élettani GnRH-elválasztás, amelynek kórossá válását számos tényező okozhatja: leggyakrabban a tartós stresszhatások, a normálistól jelentősen eltérő testsúly és testösszetétel, egyes gyógyszerek és élvezeti anyagok túlzott fogyasztása. Diagnosztikus vonatkozásban elmondható, hogy a centrális hypogonadismus fennállását minden esetben tünetként kell értékelni és törekedni kell a kóros állapot hátterében álló ok(ok) kórismétésére. A fenti elvek figyelembevétele teszi lehetővé a szindróma célzott kezelését, elkerülve a „vérzészavarok” kétkomponensű fogamzásgátló adásával történő „kezelését”. A szerző személyes véleménye szerint, napjainkban ez az álláspont szakmailag már nem fogadható el.

A méhlepény neuroendokrin működése

Dr. Hajnáczy Károly

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

Terhesség alkalmával az anyai központi idegrendszerben számos az alkalmazkodást szolgáló neuroendokrin folyamat zajlik, amelyek a magzat növekedését és fejlődését biztosítják, védik az anyát és magzatot a kedvezőtlen hatásoktól, lehetővé teszik a szülés terminusban történő megindulását és annak élettani lezajlását. Az említett neuroendokrin kapcsolat lényegesen összetettebb, mivel részt vesz benne a magzati agy és méhlepény is, ezzel biztosítva az anyai-, magzati- és méhlepényi élettani működéseket. A jelenleg elfogadott álláspont szerint, a méhlepény olyan összetett endokrin szervnek tekinthető, amely számos neuroaktív anyagot termelve helyi hatásokkal is rendelkezik, illetve azok anyai vérkeringésbe való juttatásával távoli biológiai hatásokat is képes kifejteni. Kémiai szerkezetét tekintve, a hypothalamus eredetű neurohormonokkal megegyező szerkezetű hormont (GnRH, GHRH, szomatostatin, CRH, oxytocin) is termel a méhlepény. Terhesség idején jelentkező stresszhelyzetek következtében, aktiválódik az anyai-, magzati hypothalamus-hypophysis-mellékvese-tengely, lehetővé téve a terhességi élettani állapot fenntartását. Azonban jelentős és tartós stresszhatásokra, a méhlepény károsodott válaszképessége következtében, számos terhességi patológiai kórkép jelentkezhet, például: koraszülés, praeclampsia és IUGR.

A hüvelyi lézer kezeléssel szerzett tapasztalataink

Dr. Kiss György

Intimszépség Központ, Budapest

A hüvelyi lézeres kezelés során olyan különböző szintű hőenergia terápiás hatásait igyekszünk eredményesebben, tartósabban és rövidebb idő alatt biztosítani, mint amilyeneket az évszázadokon át bevált, a női kismedencei panaszok enyhítésére szolgáló kezelések voltak (ülőfürdők, iszappakolás, hüvelyi iszapkezelés) hivatottak elérni.

Az a tény, hogy az így eszközölt hőeffektusok révén nemcsak terápiás, de kedvező kozmetológiai változások is létrejöhetnek a hüvelyben, nem vitatható, de a terápiás és a kozmetológiai lehetőségek kellő megismeréséhez még több idő és tapasztalat szükséges.

Qui prodest

Dr. Garai János

Pécsi Tudományegyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs

Háttér: Mélységes szakadék tátong az u.n. akadémiai vagy „nyugati” medicina és a komplementer/alternatív medicina szemléletmódja között. Az ennek áthidalására tett tétova kísérletek rendre elvéreznek az előbbi leereszkedő lekicsinyítő attitűdjé, valamint az utóbbi eleve defenzívába szorult helyzetéből indított gyakran az irracionáltságba / transzcendenciába kapaszkodó rípostjai miatt. Az egymás felé nyitott lappal, fenntartások nélkül forduló egészséges eszmecsere szinte kizártnak tűnik. Különösen fájó ez egy olyan szakterület gyakorlatának mindennapjaiban, ahol a kulturális beágyazottság, valamint a páciensek (és a kezelők) u.n. humán oldala nagyon jelentős tényező, azaz a menopausális panaszok vonatkozásában.

Analízis: A jelenlegi „elmérgesedett” helyzet nem fog önmagától megoldódni. A feltett kérdésünk: Kinek az érdeke, azaz valójában kit is szolgál, kinek is jó ennek a teljességgel improduktív „status quo”-nak a fenntartása? Egy biztos: nem a pácienseknek!

A kezelőorvosnak? Ha a páciense, elégedetlen vagy éppen elpártol tőle, mert a „kedvenc” doktora figyelemre sem méltatja beszámolóját a szomszédasszonytól származó legújabb „csodagyógyszer” hatékonyságáról, vagy, mert nem ismeri a „bevett” komplementer szerek egyikének hátterét sem? Nem valószínű, hogy ez lenne a kezelőorvos érdeke.

A komplementer medicina (természetgyógyászat) művelőinek egy része persze hajlamos a porhintésre és a ködösítésre, ezt nehéz vitatni. A tisztességes, a szakmát magas szinten művelő kollégák azonban ismerik a korlátokat és a határokat. Nem kizárólagosságot, hanem komplementaritást, egy plusz mankót ajánlanak a pácienseknek. Nekik szintén nem érdekük az ellentétek élezése.

Megoldás?: A pályán vannak még játékosok, akiknek szerepe ennél komplexebb ezért ennek további analizisét az előadás fogja megadni.

Az ultrahang vizsgálat szerepe a női vizeletincontinentia vizsgálatában

Dr. Tarcsa Zsanett, Dr. Erdődi Balázs

Debreceni Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

Bevezetés: Az inkontinencia a vizelet akarattól függetlenül, objektíven kimutatható vesztését jelenti. Pathogenezisében a kismedence anatómiai képleteinek sérülése, degenerációja, rendellenessége vagy a hasúri nyomás növekedése játszhat szerepet. A húgycső, hólyagnyak vagy a belső záróizom funkcionális hibájából a kontinencia megszűnik, melynek bizonyítása sokszor komoly nehézségekben ütközik. A transzperineális ultrahang segítségével észlelhetők azok az anatómia eltérések a medencefenéken, melyek a vizeletvesztés hátterében állnak.

Célkitűzés: Vizsgálatunk során kerestük azokat az anatómiai és életmódbeli eltéréseket, tényezőket, melyek befolyásolják a vizelet inkontinencia kialakulását.

Anyag és módszerek: 2014 és 2016 közötti időszakban a DE Klinikai Központ-Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet ambulanciáján megjelentek közül vizeletvesztéses panaszokkal jelentkező nők kórelőzményét vizsgáltuk meg, akiknél történt transzperineális UH vizsgálat is. A vizsgált személyek számára retrospektíve készítettünk és kiküldtünk egy 39 kérdésből álló, „Női vizelet inkontinencia” címmel ellátott kérdőívet a részletesebb adatgyűjtés és a betegek elégedettségének felmérése céljából. VAS (Vizuális Analóg Skála) segítségével mértük fel a betegek inkontinencia által okozott életminőség romlását és az alkalmazott terápia eredményességét.

Eredmények: 92 nő esetében állt rendelkezésünkre transzperineális ultrahang lelet. Az átlagéletkoruk 56,7év. Az inkontinenciára vonatkozó felvetett hipotéziseket statisztikai módszerekkel vizsgáltuk meg. Pearson-féle khi-négyzet próbát alkalmazva összefüggés állapítható meg az UH vizsgálat során felismert tölcserképződés és a vizeletvesztés között ($p < 0,05$). Inkontinencia kialakulásának esélye ezáltal kétszeresére nő. A többszöri szüléssel ($p = 0,2-0,3$) és a magasabb testtömeg indexszel ($p = 0,2-0,3$) azonban nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat a statisztikai próbák alapján.

Következtetés: Az inkontinenciával korreláló tényezők pontos felderítésével eredményesebben választható ki a megfelelő terápiás módszer, melynek egyik lehetséges olcsó és noninvaszív módja a transzperineális ultrahang vizsgálat.

11:30-13:00 HARC A NŐI SZÍVEKÉRT

Az immunológiai megbetegedések nőkben és azok kardiovaszkuláris vonatkozásai

Dr. Bártfai Ildikó

Viola Kardiológia Magánrendelő, Budapest

Az immunrendszer feladata a saját és idegen felismerése, a kórokozó mikroorganizmusok elleni védelem, valamint a szervezet megváltozott sejtjeinek felismerése és eliminálása. Ebben a folyamatban az elsődleges és másodlagos nyirokszervek egyaránt résztvesznek.

Az immunválasz fiziológiás és kóros állapotokban is lehet pozitív és negatív.

Az autoimmun betegség egy patológiás pozitív immunválasz, lényegében az autotolerancia elvesztésének klinikai következményei. Az autoimmun betegségek 75%-ban fiatal nőkben jelentkező krónikus betegségek, melyek oka máig nem teljesen tisztázott. Szisztémás, sejt- és szervspecifikus kórképek szerint csoportosíthatjuk a kórképeket, de gyakran egyszerre több típus is jelen van.

A betegek életkilátásait elsősorban a cardiovascularis és a vese szövődmények határozzák meg. A cardiovascularis szövődmények elsősorban a felgyorsult atherosclerosis következményei, de ritmuszavarok különböző formái sem ritkák. Jellemző, hogy az ischaemias kórképek gyakran silent (tünetmentes) formában zajlanak. A gyógyszeres terápiában elsősorban a non-steroid gyulladáscsökkentők tovább fokozzák a cardiovascularis szövődményeket, ezért is kiemelkedő jelentősége van a biológiai kezeléseknek.

Miért ér egy egész pontot a női nem a CHA2DS2-VASC score-ban?

Dr. Masszi Gabriella

Nyíró Gyula Kórház, Budapest

A stroke rizikó meghatározása fontos feladat, tekintve, hogy az akut agyi esemény bekövetkeztekor, a megbetegedetteknek csak 25 %-30% gyógyul fel, csak 10 % gyógyul meg teljes egészében és sokaknak reziduális tünete marad. A nők ebben a tekintetben is rosszabbul szerepelnek. A megelőző rizikó stratifikációban a CHADS score számolásában nem volt pontos a megegyezés a jövődönt kockázat és a valóság között. A női nem rizikó fokozó tényezőként szerepel. G Lip angol kardiológus kezdeményezésére került ez a tény bele a rizikó kiszámításába. Ennek hátterében részben hormonális, részben mechanikai, haemodinamikai és általános okok is állnak. Ezek ismertetése az előadás célja. Az új rizikó stratifikáció szerepel a legújabb európai ajánlásokban (2016 ESC), ahogy az is hangsúlyt kapott, hogy a nők és a férfiak kivizsgálásában, kezelésében és hosszú távú elbírálásában egyenlő eséllyel kell szerepeljenek.

A D-vitamin hatása a vaszkuláris inzulin rezisztenciára hiperandrogén patkány modellben

Dr. Lajtai Krisztina

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A PCOS egész életen át tartó, komplex endokrin rendszerbetegség, mely Magyarországon körülbelül félmillió fogamzóképes korú nőt érint. A betegek jelentős részében figyelhető meg a cukorháztartás eltérései. Az irodalomból ismert, hogy PCOS-okban gyakoribb a D-vitamin hiány, és leírtak olyan eseteket, melyekben D-vitamin pótlás hatására a metabolikus eltérések mérséklődtek. Diabetesben a miR487-b szintje gyakran emelkedett – arra is választ kerestünk, hogy ez oka vagy következménye lehet a inzulinrezisztenciának.

Célkitűzés: Kísérletünk során egy új, kombinált, transzdermális tesztoszteron-

kezelésen illetve D-vitaminhiányon alapuló PCOS modellt hoztunk létre, melynek segítségével vizsgáltuk a hiperandrogén állapot, illetve a D-vitamin modulációs hatását a szisztémás inzulinérzékenységre és az inzulinfüggő vazorelaxációra. Diabetesben a miR487-b szintje gyakran emelkedett – arra is választ kerestünk, hogy ez oka vagy következménye lehet a inzulinrezisztenciának.

Módszerek: Kísérletünk során negyvenhat Wistar nőstény patkányt, négy csoportban vizsgáltunk (n=11-12): az állatok egyik fele 8 hétig D-vitamin szupplementációban részesült, a másik fele D-vitamin mentes tápot kapott. Ugyanígy a D-vitaminpótlott és hiányos állatok egyik fele transzdermális tesztoszteron kezelésben részesült, másik fele kontrollként szolgált. Ezt követően miográf segítségével vizsgáltuk az izolált thoracalis aorta-ringekek inzulin hatására kialakuló relaxációs képességét noradrenalin által kiváltott prekontrakciót követően. Ezután a ringeket NO-szintáz gátló (L-N-Nitroarginin metilészter) oldatban inkubáltuk, majd újra vizsgáltuk az inzulin hatását. Az aorták másik szegmenseit homogenizáltuk, majd RNS izolálást végeztünk. RT-PCR segítségével kimutattuk az egyes mintákban található miR-487b mennyiségeket.

Eredmények: Az inzulin hatására létrejövő relaxáció szignifikánsan csökkent a D-vitamin mentes táppal táplált csoportban a kontrollcsoportéhoz képest (kontroll $53,64 \pm 54,04$ vs D-vitaminmentes $9,43 \pm 19,12$ $p < 0,0001$). A NO-függő jelátviteli út gátlásakor e különbség jelentősen mérséklődött, - nagyobb inzulin koncentrációknál kisebb mértékű, de még szignifikáns csökkenés mutatkozott az inzulinfüggő vazorelaxációban a kontroll csoportéhoz képest. A miR-487b mennyisége az egyes csoportokban nem mutatott különbséget.

Következtetések: A D-vitamin hiánya szignifikánsan csökkenti az inzulin által létrehozott relaxációt. Ez a hatás részben NO-függő, de egy része NO-gátlást követően is megmarad. PCOS patkány modellünkben a nagyerek szintjén sikerült kimutatnunk az inzulinfüggő érválasz csökkenését, azaz a vaszkuláris inzulin rezisztenciát, melyet a megfelelő D-vitamin ellátottság nagyrészt ellensúlyozott. A diabetesben megfigyelhető emelkedett miR-487b expresszió a modellünkben megfigyelt korai inzulin rezisztencia állapotában nem volt kimutatható, így a korai patomechanizmusban nem tűnik kulcsszereplőnek.

D-vitaminhiány és -pótlás hatásai az ösztroosz ciklusra, az ováriumokra és a kardiometabolikus rizikófaktorokra PCOS patkánymodellben

Dr. Sziva Réka Eszter

Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A PCOS a leggyakrabban előforduló komplex endokrin kórkép, mely a reproduktív korban lévő nők 8-18%-át érinti. A PCOS-t legtöbbször policisztás ovarium, menstruációs diszfunkció és hyperandrogenizmus együttes jelenléte jellemzi, társulhat hozzá többek között inzulinrezisztencia és D-vitaminhiány.

Célkitűzésünk olyan új, kombinált hiperandrogén patkánymodell létrehozása, ahol a különböző patológiai faktorok együtthatása valamint a D-vitaminhiány és -pótlás hatása vizsgálható.

Módszerek: Krónikus 8 hetes kezelés során Wistar-patkányokban D-vitaminhiányt és transzdermális tesztoszteronkezeléssel hiperandrogén állapotot hoztunk létre az alábbi csoportoknál: A-csoport D-vitamin-pótlásban részesült, B-csoport emellé tesztoszteronkezelést is kapott. C-csoportnál D-vitamin deficiens állapotot értünk el, a D-csoportnál emellett szintén alkalmaztuk a tesztoszteronkezelést. 6. héten OGTT-t követően szérumban vércukor és inzulinszinteket mértünk, vaginalis keneteket vettünk. 8. héten szérumban szexuálissteroid hormon, 25-hidroxi-D3-vitamin és leptin szinteket mértünk. A kísérlet végén coronaria arteriola oldalágakat nyertünk, azokon érfunkciós vizsgálatokat végeztünk majd az ereket és az ovariumokat szövettanilag feldolgoztuk és kiértékeljük.

Eredmények: OGTT-vel mért vércukorszintek szignifikánsan magasabbak voltak tesztoszteron-kezelt csoportokban. Szignifikánsan magasabb szérumban inzulinszinteket mértünk D-vitamin deficiens állatokban. AD-vitamin deficiens, tesztoszteronkezelésben nem részesült állatoknál rendszertelen ösztroosz-ciklust találtunk. Tesztoszteronkezelt állatoknál anovulációt detektáltunk. Tesztoszteronkezelt csoportban a tesztoszteron és aktív metabolitjainak szintjei szignifikánsan magasabbak voltak, a 25-hidroxi-D3-vitamin szintek a D-vitamin szupplementációban nem részesült csoportokban D-vitaminhiányt igazoltak. D-vitamin-pótlott csoportban volt a legalacsonyabb szérumban leptin szint a többi csoportéhoz képest. Az ovariumok a D-vitaminhiányos csoportban részleges, a tesztoszteron-kezelt csoportokban komplett policisztás ovarium morfológiát mutattak, melyet szövettani kiértékelésük alátámasztott. Szignifikánsan csökkent miogén tónust regisztráltunk a hiperandrogén állatokban és a D-vitaminhiányos állatokban egyaránt. D-vitaminhiányos állatokban szignifikánsan kevesebb elasztikus rostdenzitást mértünk a D-vitamin-pótlásban részesült állatok erein mért értékekhez képest.

Következtetés: Hiperandrogén állatokban komplett PCOS fenotípust, D-vitaminhiányos állatokban inkomplett fenotípust találtunk. Modellünk alkalmas a PCOS pathomechanizmusának és patológiai tényezői egymásrahatásának vizsgálatára. Méréseink alapján a tesztoszteronkezelés és a D-vitamin deficiens állapot - eltérő mechanizmussal és összeadódóan - egyaránt inzulin-, és leptin-rezisztenciát valamint korai károsodásokat okozott.

SZERZŐI INDEX

A

Prof. Dr. Ács Nándor 9, 12

B

Dr. Balogh Ádám 8, 17
Dr. Balogh István 9, 22
Prof. Dr. Bártfai György 7, 15
Dr. Bártfai Ildikó 13, 36
Dr. Béres László 8, 20
Dr. Boga Péter 11, 30

C

Prof. Dr. Császár Albert 12
Dr. Csehely Szilvia 11, 29

D

Dr. Deák Veronika 8, 20
Dr. Deli Tamás 8, 11, 18, 29, 31

E

Dr. Erdődi Balázs 12, 36

F

Dr. Farkas Eszter 11, 29

G

Dr. Gaál Zsolt 9, 22
Dr. Garai János 12, 35
Dr. Gulyás Péter 8, 18
Dr. Gyovai Gabriella 10, 27

H

Dr. Hajnáczy Károly 10, 12, 26, 34

I

Dr. Ifi Zsolt 9, 21
Ilyés Ágnes 11, 31

J

Dr. Jakab Attila 7, 8, 9, 11, 29, 31
Dr. Juhos Erzsébet 11, 30

K

Dr. Keresztúri Attila 9, 24
Dr. Kiss György 12, 35
Dr. Klettner Anikó 12
Dr. Konc János 10, 26
Dr. Körösi Tamás 9, 11, 21, 30

L

Dr. Lajtai Krisztina 13, 37
Prof. Dr. László Ádám 7, 16
Dr. László Dániel 9, 24
Dr. Leskó Róbert 12, 33

M

Dr. Magyar Zoltán 9, 25
Dr. Masszi Gabriella 7, 13, 37
Dr. Molnár Imre 12, 33
Dr. Molnár Zsuzsanna 9, 11, 22, 29

N

Prof. Dr. Nagy Endre 8, 19
Dr. Nas Katalin 12, 32

O

Dr. Orosz Mónika 11, 29, 31
Dr. Ovári László 11, 30

P

Dr. Pál Zoltán 7
Dr. Pap Károly 8
Dr. Papp Éva Katinka 11, 29
Dr. Póka Róbert 11, 29

S

Prof. Dr. Suba Zsuzsanna 8, 19
Prof. Dr. Szilágyi András 7, 11, 15, 28
Dr. Sziva Réka Eszter 13, 38
Dr. Szűcs Zoltán 10, 26

T

Dr. Tarcza Zsanett 12, 36
Dr. Tárczy Csaba 11, 30
Dr. Tóth Géza 11, 30
Dr. Tüű László 11, 32

V

Dr. Vadnay István 11, 30
Dr. Valicskó Viktória 9, 23
Dr. Várbiro Szabolcs 11, 28

Z

Dr. Zádori Péter 8, 20
Dr. Zámolyi Károly 12, 13
Dr. Zeke József 10, 26

**A hüvelyi fertőzésekkel szembeni védelmet
a természetes baktériumflóra segíti!**

GynOphilus®

probiotikus hüvelykapszula

**Visszaállítja a hüvelyflóra egyensúlyát,
antibiotikus vagy gombaellenes kúra
kiegészítéseként is alkalmazható.**



LCR Regenerans®

A kapszulában lévő Lcr Regenerans® a természetes hüvelyflóra tejsavbaktériumával készült. Segít helyreállítani az egészséges hüvelyflórát, hozzájárul az egyensúly fenntartásához és csökkenteni a hüvelyi pH-t.

Alkalmazható:

- ✓ helyi antibiotikus vagy gombaellenes kezelés kiegészítéseként, gátolja a tünetek kiújulását,
- ✓ vagy a szájon át szedhető szerrel (pl. antibiotikum) egy időben is javasolt.

**Keresse patikákban, gyógynövény
szaküzletekben és drogériákban!**

www.intimflora.hu



orvostechnikai
eszköz C C 0499;
gyógyászati
segédeszköz.



Forgalmazza: **VitaminKosár Kft.** 1117 Budapest, Nádorliget utca 7/c Telefon: +36 1 209-1084 Fax: +36 1 209-5772 www.protexin.hu

**A KOCKÁZATOKRÓL OLVASSA EL A HASZNÁLATI ÚT-
MUTATÓT VAGY KÉRDEZZE MEG KEZELŐORVOSÁT!**