

**A női kismedencei helyzetjavító műtétek alkalmazása
inkontinencia urinae során és ezek hatása az életminőségre**

Egyetemi Doktori (Ph.D.) értekezés

Dr. Domány Balázs

Doktori iskolavezető:

Dr. Bódis József egyetemi tanár, MTA Doktora

Programvezető:

Dr. Sulyok Endre egyetemi tanár, MTA Doktora

Témavezető:

Dr. Boncz Imre egyetemi docens

Pécsi Tudomány Egyetem Egészségtudományi Kar

Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

2008.

Tartalom

1. Bevezetés	3. old.
2. Célkitűzések	6. old.
3. Beteganyag és vizsgálati módszerek	7. old.
3.1 Betegvizsgálat	7. old.
3.2 Műtétek	11. old.
4. Eredmények	25. old.
5. A beavatkozások hatása az életminőségre	34. old.
6. A célkitűzések eredményei és megállapításai	37. old.
7. Irodalom jegyzék	39. old.
8. Publikációs jegyzék	50. old.
9. Köszönetnyilvánítás	56. old.

1. Bevezetés

A női vizelettartási zavart népbetegségnek tekinthetjük. Előfordulása már a fiatal életkorban, a szülések után, a gyermekágyas szakban is átmenetileg kialakulhatnak, amely a kismedencei izmok és kötőszövetek regenerálódása után elmúlik [4,12,22,32]. Az életkor előrehaladtával már egyre gyakrabban fordul elő a nőknél a vizelet elcseppenése és elfolyása akaratok ellenére. Egyes felmérések szerint a 40 éves korosztálynál 5%, az 50 éveseknél 10%, a hatvan évet betöltötteknél már 25% vagy ennél több az inkontinencia gyakorisága a női populációban, amely komoly panaszokat okoz a betegek számára [45,21,115].

Mikor is beszélhetünk vizelettartási zavarról? Az inkontinencia urinae akarattól független, objektíven kimutatható vizeletvesztés a húgycsőön keresztül, amely szociális és higiénés problémát okoz [38-40].

Több fajtáját különböztethetjük meg: a leggyakoribb a **stressz inkontinencia**, a betegek 50 %-a számol be ilyen típusú vizeletvesztésről. Ilyenkor fizikai aktivitásra, hasi nyomás váratlan fokozódására (köhögés, nevetés, lépcsőre való fel vagy lelépés, futás, torna) jelentkezik vizeletvesztés. Az intraabdominalis nyomásfokozódás következtében kialakult intravesicalis nyomás meghaladja a maximális záró húgycsőnyomás értékét. A húgyhólyag detrusor izmai ebben az esetben inaktívak. A másik leggyakoribb formája az inkontinenciának az **urges vagy készletelés** típus. Ez kb. 20% gyakoriságban jelentkezik az inkontinenciák során [10,33-35]. Ilyen esetben erős, nem elnyomható vizelési ingerhez társul vizeletvesztés, az esetek döntő többségében jó záróizom-funkció mellett. A detrusorizom akaratlan kontraktiója következtében megnövekedett intravesicalis nyomás meghaladja az urethra záró nyomását [95]. Két formáját különítjük el:

- *motoros* (oka: a m.detrusor vesicae hyperactív működése)
- *sensoros* (oka: urológiai vagy nőgyógyászati megbetegedés pl: gyulladás, idegentest, kő, tumor stb.).

A harmadik, szintén 20% gyakorisággal előforduló vizelettartási zavar a **kevert típusú**, mely a stressz és az urge panaszok együttes jelentkezése során jön létre [100].

Az inkontinenciák ritkább formája a **reflex inkontinencia**, amely 5%-ban fordul elő neurogén betegség, állapot következtében. Az alsó húgyúti obstrukció miatt túltelődött húgyhólyag esetében a **túlfolyásos inkontinenciával** találkozunk, amely szintén kb. 5% gyakorisággal jelentkezik [1].

Az inkontinenciák kivizsgálása megfelelő protokoll szerint történik, hogy minél pontosabban tudjuk megállapítani a vizelettartási zavar típusát. Az első lépés a jó anamnézis felvétele, Gaudenz-teszt a Bonney és a Valalva-teszt elvégzése. Ezt követi a húgycsőhossz mérése ill. az UH-os hólyagalapsüllyedés mérése. Minden esetben a vizelet leoltását is el kell végezni és szükség esetén célzott antibiotikus terápiaiban kell részesíteni a beteget. Az urodinamiás vizsgálattal még pontosabbá tehetjük az inkontinencia típusának differenciál diagnosztikáját (ezekről a vizsgálatokról a következő fejezetben részletesebben lesz szó) [16].

Amennyiben megszületett a korrekt diagnózis a megfelelő terápiát kell alkalmazni. A leggyakoribb, stressz inkontinencia esetében műtétet kell végezni, amennyiben a gáti redukáció, medencefenék torna (PFE), biofeedback, valamint az elektrostimuláció eredménytelen. Több mint száz antiinkontinens műtétet ismerünk [80,89-91,112]. Ezeket három nagy csoportba osztályozhatjuk:

- *Hüvelyi* (kolpoperineorrhaphia, kolporrhaphia ant., Szemesi plastika, hengerlebeny plastika, TOT, stb.)
- *Hasi* (kolposuspensió sec Burch, colpopenia, ezeknek laparoscopos formáját is ismerjük stb.)
- *Kombinált* (Gittes, Stamey, Raz, TVT, stb.)

Ezeket a műtéteket egyéb beavatkozásokkal is lehet kombinálni, hogy még jobb és hatékonyabb eredményeket érhessünk el az inkontinencia gyógyításában. Osztályunkon leggyakrabban a hasi méheltávolítást és a hüvelyconk felfüggesztést Burch műtéttel, a hüvelyzáró Neugebauer-LeFort műtétet Gittes-féle kolposuspensios műtéttel egészítettük ki. Endoscopos beavatkozást is kombináltuk, úgymint a laparoscopos ventrosuspensiót Gittes-féle kolposuspensióval.

A kevert típusú vizelettartási zavaroknál a fenti műtétek mellett a gyógyszeres terápia is javasolt, hogy a betegek panaszai megszűnjenek. *Az urge típusú inkontinenciák* esetében leggyakrabban anticholinerg hatású szereket adunk, de szóba jönnek kalcium csatornablokkolók, antidepresszánsok, alpha adrenoreceptor antagonisták, béta adrenoreceptor agonisták, vasopressin analóg szerek, ösztrogének stb [37].

A **konzervatív kezelés** része még a *viselkedés terápia*, mely során a jól együttműködő beteg esetén hólyagtréninget (vizelési tréninget) alkalmazhatjuk, melynek célja a hólyagkontroll javítása és a vizelések közötti időtartam meghosszabítása, így a vizelések számának csökkentése. Eredményes kezelést követően, akár hetente 20 perccel is sikerül növelni a vizelések közötti időtartamot [2,3,5,8,25].

Hatékony lehet még az *elektrostimuláció*, mellyel javíthatjuk a medencefenéki izomfunkciót és csökkenthetjük detrusor hyperaktivitást [7,9,17,23,28-29].

A konzervatív terápia része az inkontinenciák során a különböző *kiegészítő kezelések*, úgymint a folyadékbevitel csökkentése, mellyel a vizeletürítések száma csökkenthető, valamint neurogén hólyagműködés esetén a hólyag kopogtatásával ill. ütögetésével a detrusor izomban kontráció provokálható és ez által a vizeletürítések programozhatókká válnak [6,11,13,14,18,20,24].

2. Célkitűzések

A Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán 1996 óta végzünk többfajta antiinkontinens mûtétet. Tapasztalatainkat részletesen a későbbiekben szeretném kifejtani. Ezekkel a beavatkozásokkal a következô célkitûzéseink voltak:

- A különbözô mûtéti beavatkozások milyen hatékonyságúak, és mennyire tartós hatásúak?
- Milyen szövôdmények alakultak ki, és ezeket hogyan lehet elhárítani vagy kivédeni?
- A nemzetközi szakirodalomban olvasott mûtéti eredményeket a mi beavatkozásainkkal el tudtuk-e érni?
- A betegek elégedettségét melyik mûtéti beavatkozás nyerte el és hogyan változtatta meg életminőségüket?
- A hüvelyi, a hasi vagy a kombinált mûtéteket célszerû elvégezni a jobb eredmények elérése érdekében?

3. Beteganyag és vizsgálati módszerek

3.1 Betegvizsgálat

Osztályunkon 1996 óta végezzük a különböző antiinkontinens műtéteket. A kivizsgálás megfelelő protokoll szerint történt. A betegektől egy részletes *anamnézist* vettünk fel, amely kiterjedt az előzetes nőgyógyászati és szülészeti eseményekre (vetélés, terhességmegszakítás, szülések, műtétek). Megkérdeztük tőlük, hogy milyen egyéb műtétei és milyen belgyógyászati betegségei voltak vagy vannak, van-e gyógyszerérzékenysége, milyen gyógyszereket szednek?

Ezt követően a betegeket részletesen kikérdeztük nőgyógyászati panaszairól és az általunk módosított *Gaudenz-féle kérdőívet* is kitöltöttük, amely sokat segített abban, hogy eldöntsük azt, hogy a betegek - nagy valószínűség szerint - stressz, urge, vagy kevert típusú vizelettartási zavarban szenvednek [43]. A kérdőívet részben külföldi minta (Gaudenz), részben urológiai tapasztalatok alapján alakítottuk ki. A kérdőíven 13 kérdés szerepel, mindegyik kérdésre több válaszadási lehetőséget is adtunk [I. táblázat].

A válaszokhoz a sorok végén egy, kettő, három kereszttel a hozzá tartozó pontokat is jelöltük. Vannak olyan kérdések, amelyek inkább a stressz inkontinenciára jellemzőek: például, hogy éjszaka vizelési inger nem jelentkezik, vagy vizelési inger jelentkezésekor tud-e várni a beteg a vizeléssel. Az urge inkontinencia jellemzői, hogy a vizelési inger jelentkezésekor azonnal a WC-re kell mennie, rendszerint későn ér ki a beteg és közben elcsöpög a vizelete.

A válaszadási lehetőségek olyanok, hogy egy kérdésre általában egy helyes választ kell adniuk a megkérdezetteknek. Vannak olyan kérdések, amelyek nem kaptak pontértéket, ezek a differenciálás finomságait segítik kérdéses esetekben. A válaszadás végén összeadjuk a pontokat és megkapjuk azt a

pontarányt, amellyel elkülöníthetjük a két inkontinencia típust. Ha a pontértékek közel vannak egymáshoz, vagy egyenlőek, kevert típusú inkontinenciát diagnosztizálhatunk.

Ezt követően a **nőgyógyászati vizsgálat** során kiderült, hogy a páciensnél van-e valami anatómiai eltérés, amely a panaszait okozhatták (cystocele, rectocele, descensus, prolapsus). *Prolapszusokat* négy kategóriába osztályozhatjuk:

- *I. fokú* prolapsusznál cysto és rectocele észlelhető,
- *II. fokúnál* uterovaginális süllyedés,
- *III. fokúnál* az uterovaginális süllyedéshez enterocele is társul,
- *IV. fokúnál* teljes prolapszus található [69].

Ilyenkor végeztük el az onkocytológiai kenetvételt is, amennyiben a betegnek nem volt érvényes nőgyógyászati rákszűrési eredménye.

A számozott Foley-katéter hólyagba történő felhelyezése után meg tudtuk mérni a **húgycső-hosszát**, mely normális esetben 4 cm körül van. Ennél rövidebb húgycső esetén már a stressz inkontinencia gyanúja merült fel.

A beteg további kivizsgálása során a **Bonney és a Valsalva stressz-teszteket** végeztük el [71]:

- Pozitív Bonney-teszt esetében a beteget köhöggettük és a vizeletcsepegés a hólyagnyak ujjal történő megemelésével megszűnt.
- a Valsalva teszt akkor volt pozitív, ha húgycsőben helyezett vatta-tupfer a vízszintes alaphelyzettől 30°-al felfelé mozdult, ha a beteg nyomni kezdett.

Ezt követően, **UH vizsgálatot** végeztünk (Siemens SI 450, 3,5 MHz konvexfej), mely során a beteget felszólítottuk, hogy préseljen és kóros esetben a hólyagalap legalább 3 cm-t süllyedt.

A kivizsgálás végén a betegeknél **vizelet bakteriológiai vizsgálatot** is végeztünk, és pozitív esetben célzott antibiotikus kezelést alkalmaztunk.

A betegek a műtét előtt és után 2 hétig naponta 3x1mg estriol (Ovestin) tablettát szedtek folyamatosan.

I. táblázat A stressz és az urge inkontinencia megkülönböztetésére használt kérdőív

Milyen gyakran fordul elő akarata ellenére vizeletvesztés?		
- ritkán, pl. meghüléskor	+	
- alkalmilag	+	
- naponta, vagy naponta egyszer		+
- gyakorlatilag állandó jelleggel		+
Milyen mértékű a vizeletvesztés?		
- néhány csepp	+	
- kisebb vizeletsugár		
- nagyobb mennyiségű		+
A vizeletvesztés számára:		
- gyakorlatilag nem jelent problémát		
- mérsékelten zavaró	+	
- erősen zavaró		
- elviselhetetlen		+
Milyen helyzetben folyik el akaratlanul a vizelete?		
- köhögéskor	+	
- nevetéskor		
- járáskor		
- állva		
- ülve, fekve		+
Napjában milyen gyakran vizez?		
- minden 3-6 órában	+++	
- minden 1-2 órában		
- minden fél órában, vagy gyakrabban		++
- teljesen változó, pl. ha felizgatja magát		+
Előfordul-e, hogy vizelési inger miatt felébred? Milyen gyakran vizez éjszaka?		
- soha	+++	
- egyszer ill. nem rendszeresen		
- 2-4-szer		++
- 5-ször vagy többször		+
Alvás közben előfordul-e észrevétlen vizeletvesztés?		
- nem, soha	+	
- ritkán		
- rendszeresen, sűrűn		+
Ha vizelési inger jelentkezik, akkor ki kell mennie, vagy tud várni		
- tud várni	+++	
- hamarosan ki kell mennie, azaz 10-15 percen belül		++
- azonnal ki kell mennie, azaz 1-5 percen belül		+
Előfordul-e, hogy késve ér ki a WC-re és útközben elcsöpög a vizelete?		
- soha	+++	
- ritkán, pl. meghüléskor		
- rendszeresen, sűrűn		+++
Előfordul-e, hogy hirtelen váratlanul rátör a vizelési inger és rövidel utána elfolyik?		
- soha	+++	
- ritkán		
- állandóan		+++
Félbe tudja-e szakítani a vizelést?		
- igen	+	
- nem		++
Vizelés után üresnek érzi-e a hólyagját?		
- igen	+	
- nem		+
Az állandó, elnyomhatóan vizelési inger számára		
- nem jelent problémát	+++	
- mérsékelten zavaró	++	
- kifejezetten zavaró		++
- elviselhetetlen		+++
	S	U

Abban az esetben, ha a betegnél az inkontinencia recidivált vagy TVT- műtétet terveztünk, elvégeztük az **urodynamias vizsgálatot** is [83,115]. Ez a vizsgálat, az alsó húgyutak funkcionális vizsgálata valójában az urológus feladata. Az utóbbi években az urodynamias vizsgálatok bevezetésével teljes képet kaphatunk az inkontinencia okairól. Adott esetben természetesen az urológus és a neurológus segítségével deríthetjük fel a teljes kórképet.

Az urodynamias vizsgálat lényege:

- *a cystometriás vizsgálat során a hólyag kapacitásának és a hólyag töltése közbeni tágulékonyságának (compliance) megismerése,*
- *a vizeletáramlás (uroflow) vizsgálata,*
- *valamint az urethra ellenállásának (urethra nyomás profil) megismerése.*

E három adat alapján eldönthető az inkontinencia típusa és nyomon követhető a terápia eredményessége. A legújabb készülékek a kontrasztanyaggal feltöltött hólyag képét vizelés közben is bemutatják a már említett paraméterekkel egy időben és a gátizmok potenciálját is mérik (videocystourethrográfia). Így teljes funkcionális képet kaphatunk a betegről.

- Stressz inkontinenciára a jó cystometriás kapacitás, normál compliance, normál (30 ml/sec) uroflow, de csökkent urethrayomás jellemző.
- Urge inkontinenciára az alacsony cystometriás kapacitás mellett jelentkező akaratlan kontrakciók jellemzőek.
- Reflex inkontinenciánál hasonló képet látunk, de a cystometriás kapacitás 7-800 ml is lehet, igen alacsony intravesikalis nyomás mellett.

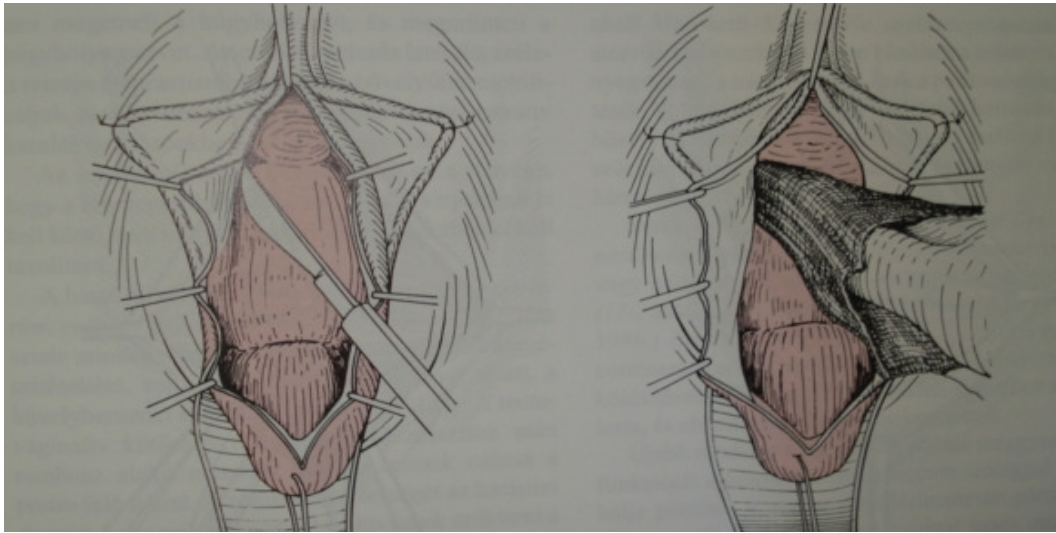
Az urodynamikai vizsgálat cystoscopiával is kiegészíthető és szükség esetén hólyagbiopsia is végezhető.

3.2 Műtétek

Kolpoperineorrhaphia

A Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati osztályán 1996-tól 2007-ig 345 kolpoperineorrhaphiát (hüvelyplasztika) végeztünk. A betegek átlagéletkora 62 év (a legfiatalabb 42, a legidősebb 81 éves) volt.

A műtétet 334 esetben (97%) Laryngeális-maszk anaesthesia segítségével, míg a fenn maradó 11 esetben (3%) spinális anaesthesiában végeztük. A műtétet cycto-rectokele illetve a hozzákapcsolódó stressz inkontinencia miatt végeztük. A hüvely és a gát gondos desinficiálása és izolálása után, először a mellső hüvelyfalat fiziológiás sóoldattal töltöttük fel. Az elődomborodó hüvelyfalból babérlevél alakú kimetszést ejtettünk, majd a hüvelyfalat a hólyagalapról élesen majd tompán leválasztottuk. Ezt követően a hólyagalap és a hüvelyfal találkozásánál több Stoeckel-öltést helyeztünk be [107]. A műtéti terület alsó részén dohányzacskó-öltéssel buktattuk el a hólyagalapot. A fonalak megkötése után a sebszéleket csomós-öltésekkel egyesítettük. A gát plasztikánál a fiziológiás-sóoldattal történő feltöltés után a gátból és a hátsó hüvelyfalból rombusz-alakú kimetszést követően a hüvelyfalat leválasztottuk a perirectális kötőszöveti-rétegről. A m. levator aniba helyezett öltés után a fent említett kötőszöveti rétegbe dohányzacskó-öltést helyeztünk, majd a fonalakat megkötöttük és a sebszéleket a szokott módon csomósöltésekkel egyesítettük. A műtét végén állandó katétert (Foley) helyeztünk a hólyagba, amit a beavatkozást követő nap távolítottunk el. A beteget panaszmentesség esetén a műtét utáni 4. napon hazabocsátottuk.



1. ábra Hólyagalap preparálása kolpoperineorrhaphia során

Gittes-műtét

A Gittes-műtétet eddig 42 esetben végeztünk osztályunkon, ebből 13 esetben laparoscopos ventrosuspensióval és 15 alkalommal Neugebauer-LeFort műtéttel kombinálva. A betegek átlagéletkora 59 év (a legfiatalabb 45, a legidősebb 76 éves) volt.

A beavatkozásokat 27 esetben (64%) spinál anaesthesiában, 15 esetben (36%) intratracheális-narkózisban végeztük. A Gittes-műtétet önmagában, azoknál a betegeknél végeztük el, akiknél korábban már volt hüvelyplasztikai beavatkozás, de panaszuk recidiváltak és a stressz inkontinenciájuk továbbra is megmaradt [89].

A műtéti terület gondos fertőtlenítése és izolálása után a húgycsőbe centiméter beosztású Foley-katétert helyeztünk fel. Ennek azért van jelentősége, hogy megmérhessük a húgycső hosszát. Általában ilyenkor még 2 cm-es a húgycső. Ezt követően a bal kezünk mutatóujját a hüvelybe vezettük, így jól lehetett tapintani a katétert is. A jobb kezünkkel suprapubikusan beszúrtuk az első

punkcióstűt a symphysis izületétől kb. 4 cm-re balra, szinte karcolva a szeméremcsont hátsó oldalát. A tűt a katéter irányába, de azt kikerülve a hüvely középső harmadában vezettük ki a bal kezünk segítségével. Közben ügyeltünk arra, hogy a Foley-katéter ballonjának kitapintásával a tűk a hólyagnyakhoz közel kerüljenek. Ezután a másik tűt hasonló módon, de az előzőtől 1 cm-rel laterálisan helyeztük be. Ugyanígy jártunk el a jobb oldali tűk behelyezésénél is.

Ezt követően 70°-os cystoscoppal gondosan ellenőriztük, hogy a tűkkel nem sértettük-e meg a hólyagot. Amennyiben átszűrtük, úgy a megfelelő tűt kihúztuk és újra behelyeztük, majd ismét ellenőriztük a helyzetét. A vizsgálat után a centiméter beosztású katétert visszahelyeztük. Ahol a tűk a hüvely középső harmadánál kijöttek, mindkét oldalon egy-egy 8-as öltést helyeztünk be a mellső hüvelyfalba kettes monofil-fonállal. A fonal két szára az öltés után kb. 25 cm-es volt. A végeit ezután visszahúztuk, az azonos oldali tűkön keresztül a hasfal elé.

A tűket eltávolítottuk, így suprapubikusan két-két fonál helyezkedett el. A jobb oldalon lévő fonalakat subcután egy szúrscatornában egyesítettük. Hasonló módon jártunk el a baloldalon is. Ezután Gittestől eltérően mi a fonalakat nem kötöttük meg, hanem a jobb oldali dupla fonalat a m. recti abdominis fasciáján átöltve, subcután a bal oldali közös szúrscatornába áthúztuk [111]. A két-két fonalat úgy kötöttük meg, hogy közben a számozott katéter segítségével ellenőriztük a húgycső-hosszát. Amennyiben a kívánt 4 cm-es hosszt elérte, úgy 4-5 csomót helyeztünk a fonalakra. A baloldalon levő csomót a bőr megemelésével elbuktattuk. Hasonlóképpen jártunk el a jobb oldali behúzódtott bőrterülettel is. Az állandó katétert még egy napig fennhagytuk, majd ez után ellenőriztük, hogy a betegnek van-e vizelési panasza. A hazabocsátás, panaszmentesség esetén a 3. posztoperatív napon történt.



2. ábra A Gittes-műtét utáni állapot

Gittes és a Neugebauer-LeFort műtét

Ezt a beavatkozást 15 esetben alkalmaztuk, mindegyik esetben spinális anaesthesiában. A műtétet olyan betegeknél végeztük, akiknek III. illetve IV. fokú méhelőesésük volt – házaséletet már nem éltek – de méhükhöz ragaszkodtak. Ilyen esetben előzetesen fr. curettagét is végeztünk és negatív szövettani lelet birtokában történt meg a beavatkozás.

Először az előbb ismertetett Gittes-műtétet végeztük el, majd ezután a Neugebauer-LeFort által leírt beavatkozást. A mellső és hátsó hüvelyfalat fiziológiás sóoldattal infiltráltuk, majd az elülső és hátsó hüvelyfalon kb. azonos alakú és nagyságú hüvelyfalréteget lepreparáltuk. A hüvelyfalak összevarrását a méhszájhoz közel eső haránt irányú sebszélek egyesítésével kezdtük. Az oldalsó szélek összevarrásakor a mellső és hátsó sebalapot

egyesítettük. A műtét végén az introitusához közeli haránt sebszéleket is összevarrtuk. A beavatkozást követően a hüvelybemenet beszűkült, és kétoldalt egy-egy csatorna alakult ki. Erre azért van szükség, hogy a váladék kiürüljön [61,96,97]. A beavatkozást a jobb eredmény elérése céljából típusos perineorrhaphiával fejeztük be, jól tartó levátor-öltésekkel [102].

Panaszmentesség esetén a beteget, a műtétet követő 4. napon hazabocsátottuk.

Laparoscopos ventrosuspensió és a Gittes-műtét

Ezt a kombinált beavatkozást 13 alkalommal olyan betegeknél végeztük el, akiknek III. illetve IV. fokú uterus prolapsusuk volt, de méhük megtartásához ragaszkodtak. A műtét minden esetben intratracheális-narkózisban történt.

A műtéti terület gondos fertőtlenítése után először a laparoscopos ventrosuspensiót végeztük el. A köldökgyűrű alsó részén bevezettük az első trokárt, majd a hasüreget széndioxid gázzal feltöltöttük. A második behatolás a symphysis felett kb. 3 cm-rel a középvonaltól jobbra 2 cm-rel történt. Itt egy trokár (5 mm-es) segítségével behatoltunk a hasüregbe és – szemkontroll mellett – megragadtuk a lig. rotundumot az uteruszhoz közeli 1/3-2/3 határán. A hasüregi túlnyomást a gáz leeresztésével megszüntettük, a megragadott lig. rotundum kacsot a hasfal elé emeltük és egy erős fel nem szívódó fonállal nyolcas-öltést helyeztünk a szalagba. Ugyanezt a baloldalon is elvégeztük. A beöltött fonal 1-1 szárát subcután az ellenkező oldali szűrőcsatornába – lehetőleg a m. recti abdominis fasciájába öltve – átvittük és az ott lévő fonállal megcsomóztuk. Így egy olyan stabil öltést kaptunk, amely jól rögzíti a kialakított új anatómiai helyzetet. Laparoscopos optikával ellenőriztük a műtéti területet, majd a sebszéleket csomós öltésekkel egyesítettük [91,112]. Ezt követően végeztük el az előzőleg leírt Gittes-féle kolposuspensiót.

Panaszmentesség esetén a hazabocsátás a 3. napon történt a hasfali varratok eltávolítása után.

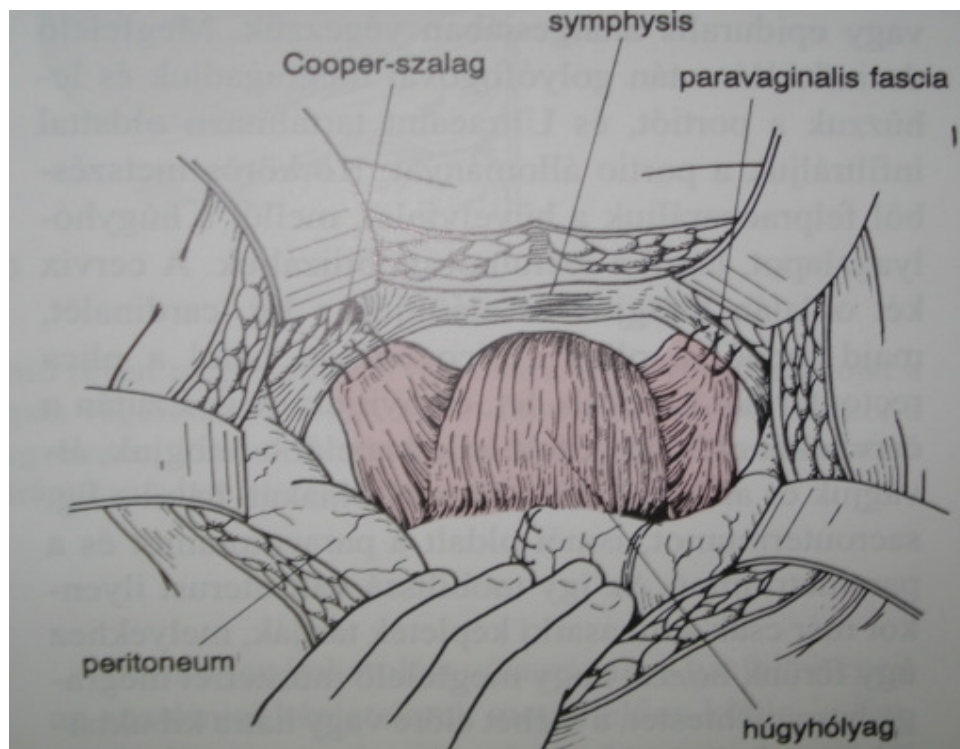
Burch-műtét

1997-től a Burch-féle kolposuspenziót 65 alkalommal végeztük osztályunkon, ebből 36 esetben hasi méheltávolítással (hypermenorrhoea, dysmenorrhoea, és myoma megléte miatt) és 17 esetben hüvelycsonk-fixációval kombinálva. A hüvelycsonk prolapsusok kialakulása előtt korábban 7 esetben hasi és 10 esetben hüvelyi méheltávolítás történt. A nem megfelelő hüvelycsonkkrögzítés és kötőszöveti gyengeségnek köszönhetően a fenti elváltozás jött létre, amelyhez stressz inkontinencia is társult. A betegek átlag életkora 55 év (legidősebb 63, a legfiatalabb 46 éves) volt.

Önálló Burch-műtétet olyan esetekben végeztünk el, ha a betegek stressz inkontinenciáját - tesztek által igazolt - urethra hypermobilitás okozta [90,94].

A beavatkozások minden esetben intratracheális narkózisban történtek. Kellő előkészítés után először a hólyagba centiméter beosztású Foley-katétert helyeztünk. A ballonba 20 ml folyadékot töltöttünk, hogy a műtét során ezt könnyen kitapinthatassuk. A hasat a symphysis felett ejtett 5-6 cm-es Pfannenstiel metszésből nyitottuk meg. Ezt követően a prevesicalis teret tompán feltártuk, majd bal kezünk mutató és középső ujját a hüvelybe helyezve jól éreztük a katéter ballonját. Ilyenkor ujjainkkal a hüvelyt megemelve már könnyen lehetett a húgycső és hólyagnyak szögét kitapintani. A vastagabb kötőszöveti réteg letolása után, majd a Foley-katéter enyhe húzása mellett 2-2 nyolcas öltést helyeztünk kétoldalt a hólyagnyak közelébe. Ezután a fonalakat (0-s monofil) az azonos oldali Cooper szalagokhoz öltöttük és feszesen megcsomóztuk. Így a hólyagnyak is magasabbra került, amelyet a Foley-katéter ballonjának felemelkedéséből is láthattunk. A húgycsőhossz is

megnövekedett, amelyet centiméter beosztású katéter segítségével olvashattunk le. A suspenziós öltések megcsomózása után a hüvely felől is ellenőriztük a hüvely anatómiai viszonyának változását (a hüvelyboltozat megemelkedett). A műtéti terület revíziója után az esetleges utóvérzés lebocsátása céljából a prevesicalis régióba furulydraint helyeztünk. Ezt a draint, az állandó katéterrel együtt a műtétet követő 3. napon távolítottuk el. A hasi varratok szedése az 5. posztoperatív napon történt.



3. ábra A Burch-műtét utáni állapot

Abdominális hysterectómia és a Burch-műtét

Az eddig elvégzett 36 műtétet intratracheális narkózisban végeztük. Ezt a kombinált beavatkozást, olyan esetekben alkalmaztuk, ahol a betegeknek a stressz inkontinenciájuk mellett visszatérő vérzési rendellenességük és myomás uterusuk is volt.

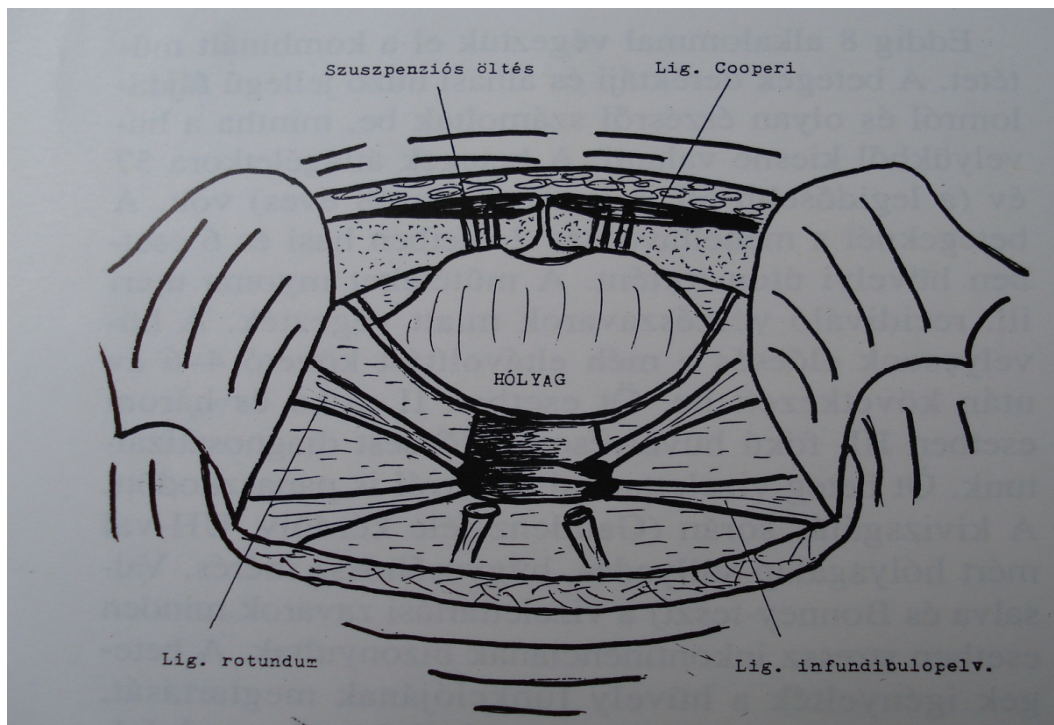
Az abdominális hysterectomia kivitelezése Joel-Cohen-féle hasfali megnyitásból Stark szerint történt [60]. A beavatkozás előtt a hólyagba centiméter beosztású Foley-katétert helyeztünk fel, és a ballont 20 ml folyadékkal töltöttük fel. A Joel-Cohen-féle hasfali megnyitás lényege, hogy a symphyzis felett 2 harántujjal, úgy nyitottuk meg a hasat, hogy először egy harántirányú metszést ejtettünk a bőrön. Ezt követően szikével a subcután zsírréteget a metszés közepén egy ponton a fasciáig szétválasztottuk, majd a fasciát a zsírréteg alatt ollóval megnyitottuk. Ezután a zsírréteget is ujjal, tompán kettéválasztottuk. A peritóneumot szintén tompán megnyitottuk és így jutottunk a hasüregbe. A kismedencét megfelelő módon feltártuk és izoláltuk, majd hozzákezdünk az uterusz, illetve szükség esetén az adnexumok eltávolításához. Először a jobb oldali lig. rotundumot fogtuk le és vágtuk át, majd a peritóneum metszésvonalát a hólyagalap felé meghosszabbítottuk. A Latum lemezt tompán, szintén ujjal megnyitottuk. Így könnyen lehetett az adnexumot eltávolítani a lig. infundibulopelvicum biztosító leöltései után. Amennyiben az ovariumot konzerváltuk, akkor csak a petevezetőt távolítottuk el. A következő lépés az artéria uterina kiproparálása és több öltéssel történő ellátása és átvágása. Ezt a műveletsort a baloldalon is elvégeztük, majd mindkét sacrouterin szalagok lekötése és átvágása után, hozzáfoghattunk az uterusz eltávolításához, melyet ollóval a hüvelyboltozat megnyitása után végeztünk. A hüvelyconkot tovafutó, megakasztott öltésekkel zártuk. Ezután egy fontos lépés következett. A két lig. rotundumot a hüvelyconkhoz rögzítettük, így a hólyagalapot jól alátámasztottuk. Erre azért volt szükség,

hogy a hólyagalap és a húgycső között közel 90°-os, ideális szög jöjjön létre, amely a kontinencia kialakításához nélkülözhetetlen. Revízió után a Douglast draináltuk és a hasfali peritoneumot a hysterectomia végén zártuk és így a Burch-műtétet könnyebben elvégezhetjük. (A kolposuspenziós műtét leírását lásd az előző részben).

A hüvelycsonk felfüggesztés és Burch-műtét

Ezt a kombinált műtétet 17 olyan esetben végeztük intratracheális narkózisban, ahol a betegeknél hüvelycsonk prolapszus és vizelettartási zavar alakult ki. Korábban 7 esetben hasi és 10 esetben hüvelyi úton történt méheltávolítás, de a nem megfelelő hüvelycsonkkrögztés és a kötőszöveti gyengeségük miatt a betegeknél a fenti elváltozás jött létre.

Kellő előkészítés után, itt is a hólyagba centiméter beosztású Foley-katétert helyeztünk, és a ballonját 20 ml folyadékkal töltöttük fel. A hüvelycsonk felfüggesztés során a hasat szintén Joel-Cohen szerint nyitottuk meg. Izolálás után a hüvelycsonkot a hüvelybe helyezett eszköz segítségével a kismedencéből kiemeltük. A csonk körüli peritoneumot lepreparáltuk és hólyagalapot is letoltuk. A lig. rotundumot, a lig. infundibulopelvicumot és a sacrouterin szalagokat felkeresve, ezeket két oldalról a hüvelycsonkhoz varrtuk, nem felszívódó fonalakkal. Amennyiben a betegnek még volt petefészke, azt eltávolítottuk [92,101,103,105]. Azokban az esetekben, ahol enterokele is volt, Douglas üregét oly módon zártuk, hogy erre a területre 2-3 dohányzacskó-varratsort helyeztünk be egymás fölé [62,65,106,108]. Revízió után a hasfali peritoneumot zártuk, majd elvégeztük az előbb leírt Burch-műtétet.



4. ábra A kombinált-műtét képe

TVT-műtét (tension-free vaginal tape)

Osztályunkon eddig csak 20 TVT-műtétet tudtunk elvégezni, mivel OEP-en keresztül csak ennyi engedélyezett kontingenshez jutottunk az elmúlt időszakban. A beavatkozásokat spinál anaesthesia mellett végeztük el, előzetesen urodinamiás vizsgálattal is igazolt, recidív stressz inkontinenciában vagy hólyagnyak elégtelenségben szenvedő betegeknél. A betegek átlag életkora 62 év (a legidősebb 73, a legfiatalabb 55 éves) volt.

A Gynecare TVT feszülés-mentes, hálós szerkezetű szalag, amely műtétilag kerül beültetésre a hüvelyfalán keresztül a hólyagnyak és az urethra alátámasztására. Fiziológiai helyzetben az urethra megakadályozza a vizelet-elcsepegést [46,48,53].

Stressz-incontinenciában szenvedő nőbetegek esetén a meggyengülő medencefenék-izomzat, vagy az urethra fascia károsodása nem tudja

biztosítani a húgycső normál helyzetéhez szükséges alátámasztást, amely a megfelelő működés feltétele. A TVT-műtét során az urethra normál pozíciójának helyreállítása a húgycső alá beültetett sling/hurok, vagy hálós szalag segítségével történik. Egyedülálló módon a TVT az urethra középső részének alátámasztását biztosítja, amely a normál funkció esetén is a legnagyobb terhelésnek van kitéve. Ezáltal a TVT-szalag behelyezése az urethra ezen szakaszának fiziológiásabb helyzetben történő rögzítését segíti elő. Ellentétben egyéb eljárásokkal, nincs szükség csonthoz történő rögzítésre. Először a hüvelyfali bemetszés után az urethra két oldalán végzett tompa preparálással alakítottuk ki a TVT-tűk bevezetésének helyét. Közvetlenül a symphysis fölött két bemetszést ejtettünk a hasfalon, a tűk várható kimeneti pontjainak megfelelően.

A két hasfali bemetszés (vezetőtű kimeneti pontok) mindkét oldalon a középvonaltól 2-3 cm-re, valamint a symphysis fölött 1-2 cm-re helyezkedett el. Ezek csak felületes, 1 cm-nél rövidebb a bőrt érintő metszések. Preparálásra nincs szükség. A tűket lateralisán vezettük be, hogy elkerüljük a hólyagsérülést. A túlzottan lateralisán történő túfelvezetés növeli az érsérülés, vagy ileo-inguinalis idegkárosodás veszélyét.

Ezután az urethra középső része fölött lévő mellső hüvelyfalat megemeltük és a középvonalban a külső húgycső-nyílás alatt mintegy 1 cm-rel hosszanti irányban egy kb. 1,5 cm-es bemetszést ejtettünk. A bemetszésnek elég hosszúnak kell lennie ahhoz, hogy a TVT-szalag szélességét képes legyen befogadni. A merev katéter-vezetőt a 18-as Foley-katéteren keresztül a hólyagba vezettük. Amikor az a helyére került, a katéter-vezető nyelét azon oldali láb irányába mozdítottuk, amelyik oldalon a vezetőtűt felvezetni szándékoztunk. A következő lépés során a TVT vezetőtű felvezetése történt a hüvelyfali bemetszésen keresztül a periurethralis fascián át a retropubicus térbe (cavum Retzii), valamint felfelé mindaddig, amíg el nem értük a hasfali metszéseket. Az eljárás kritikus lépései a vezetőtű megfelelő bevezetése, pozícionálása és mozgatása.

Mindkét kéz szükséges a vezetőtű átvezetéséhez. A tű átvezetése során a hüvelyfali nyálkahártya az operatőr ujja és a vezetőtű hegye között helyezkedik el. Amint a ramus inferior alatt az endopelvicus fasciát átlukasztottuk, a tű nyelét lefelé irányítottuk, a hüvelyben lévő kezünkkel, pedig a vezetőtűre felfelé irányuló nyomást gyakoroltunk. Amint a vezetőtű hegye keresztül jutott a hasfali bemetszésen, a nyelét leválasztottuk. A tűt mindaddig nem húztuk át teljesen a hasfalon keresztül, amíg cystoscoppal nem ellenőriztük annak helyzetét.

A cystoscopia során a húgyhólyagot legalább 250-300 ml folyadékkal kellett feltölteni. A 70°-os optika alkalmazásával a cystoscopot körbeforgatva, alaposan átvizsgáltuk a hólyagot a perforatio kizárása céljából, amely az oldalfal-trigonum-alap környékén fordul elő leggyakrabban. A hólyagnyakat szintén meg kellett vizsgálnunk. Amint meggyőződünk a húgyhólyag épségéről, a TVT-vezetőtűt kihúztuk a bőrön ejtett nyíláson keresztül, és a hasra helyeztük.

A második vezetőtű felvezetésekor a Foley-katéter visszahelyezésére volt szükség a hólyag leeresztése céljából. A katéter-vezető behelyezése után annak nyelét abba az irányba mozdítottuk el, amelyik oldalon a vezetőtűt felvezetni szándékoztunk. Amint a tű hegye a bevezetés kezdőpontjához ért, meggyőződünk arról, hogy a szalag nem csavarodott-e meg. Amint a második vezetőtű felvezetése az elsővel megegyező módon megtörtént, ismételt cystoscopia elvégzése volt szükséges az esetleges perforatio felderítése céljából. Miután meggyőződünk a hólyag épségéről, a második tűt is áthúztuk a hason keresztül.

A TVT-sling/hurok behelyezését követően a prolene szalagot borító műanyag védőtasak eltávolítása előtt el kellett végezni a köhögési tesztet a szalag megfelelő helyzetének beállítása céljából. A szalag végső beállítása kulcsfontosságú a TVT-műtét sikeressége szempontjából. A cél, hogy a köhögési teszt során maximum 1-2 csepp vizelet távozzon. A köhögési teszt kivitelezése előtt minden eszközt el kellett távolítani. A köhögési tesztet telt

hólyag mellett kellett kivitelezni (250 ml fiziológias sóoldat). Az operatőrnek szorosan együtt kellett működnie az altatóorvossal, hogy a beteg megfelelően éber legyen a teszt kivitelezéséhez. A beteg anti-Trendelenburg pozícióba történő helyezése segítheti a vizeletcsorgás felismerését.

A túlkorrigálás elkerülése érdekében egy tompa eszközt helyeztünk a szalag és az urethra közé, amely által a szalagon egy kis hurkot képeztünk. A szalag hasfali végét addig húztunk, amíg az lazán hozzá nem feküdt az eszközünkhöz. A legalkalmasabb műszer erre, a görbe Mayo-olló.

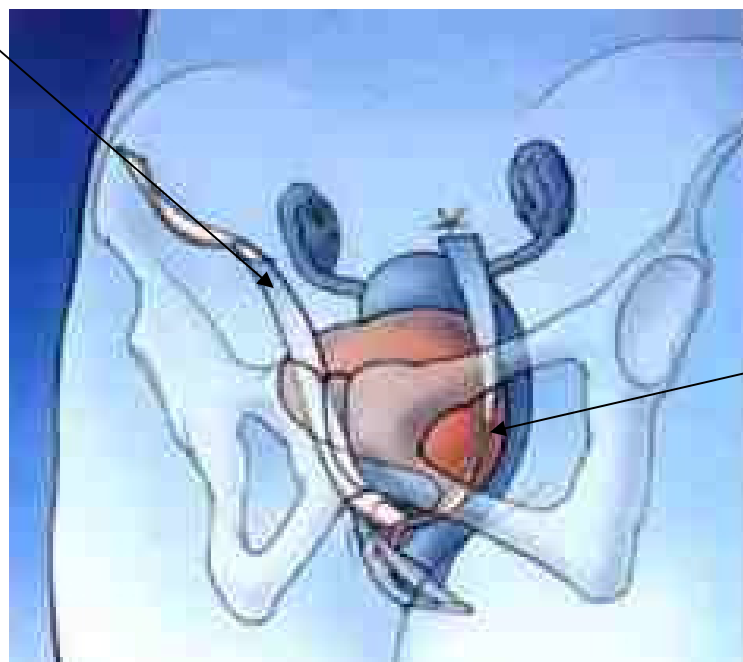
Amennyiben az első köhögést követően vizeletcsepegést észleltünk, a szalag hasfali végét finoman húztuk feljebb. Ismételt köhögést követően, ha a vizeletcsepegés továbbra is fennállt, a szalagot addig húztuk, amíg maximum 1-2 csepp vizelet távozott. A teszt akkor ért véget, amikor megbizonyosodtunk arról, hogy a 7 vagy 8 mm átmérőjű Hegar-dilatator könnyedén, ellenállás nélkül felvezethető a húgycsőbe.

Az operatőr úgy állítja be a szalagot, hogy az az urethra túlzott descensusának határt szabjon. A cél az, hogy biztosítsuk a húgycső megfelelő alátámasztását, de elkerüljük annak megtöretését és a húgyúti obstructiót. Az alátámasztást a szalag inkább oldal irányból biztosítja, mint közvetlenül az urethra alatt [41].

A szalag egy védőtasakkal van beborítva, ennek két fontos szerepe van: megvédi a szalagot a bevezetés során és biztosítja a szalag akadálytalan áthaladását a szövetek között. A vezetőtűk levágása után a védőtasak hasfal felőli végeit megfogtuk, majd egy eszközt – akár egy ollót, vagy csipeszt – helyeztünk az urethra és a szalag közé a szalag helyzetének stabilizálása céljából. A szalag helyben tartása mellett a védőtasakat mindkét oldalon egyenlő erővel felfelé húzva eltávolítottuk. A szalag ezáltal feszülés-mentesen a helyére került az urethra középső része alá. A szalag hasfal felőli végeit közvetlenül a bőr felszíne alatt, vágtuk le. Nem volt szükség a TVT-sling/hurok hasfal felőli végének kiöltésére, vagy egyéb rögzítésére. Az 1,1 cm széles szalagnak a 0,5 cm-es vezetőtű által képzett lyukon történő áthúzása során fellépő súrlódás elégséges a szalag helyben tartásához, mind a

pubocervicalis fasciánál, mind a hasfali izomzatnál és a fasciánál. A bőrt és a hüvelyfali metszést zártuk, majd a centiméter beosztású katéterrel ellenőriztük a húgycső-hosszát a műtét befejeztével. Ilyenkor általában a 2-2,5 cm-es húgycső 4-4,5 cm-es lett. A katétert 24 órán keresztül a hólyagba fennhagytuk. Panaszmentesség esetén a betegek a műtétet követő 2. napon távoztak az osztályról.

TVT-szalag

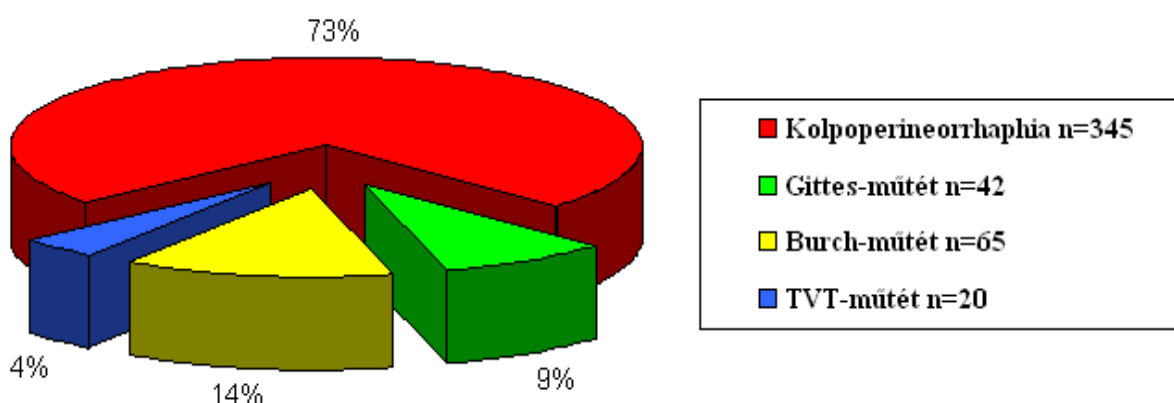


húgyhólyag

5. ábra A TVT szalag elhelyezkedése a kismedencében

4. Eredmények

Az elmúlt 12 évben 472 antiinkontinens műtétet végeztünk, melyből 345 (73%) kolpoperineorrhaphia, 42 Gittes (9%), 65 Burch (14%) és 20 TVT-műtét (4%) volt [6.sz ábra]. Ebből a Gittes-műtétet 13 esetben az uterus ventrosuspenziójával és 15 esetben hüvelyzáró-műtéttel kombináltuk. A Burch-műtétet 36 alkalommal abdominális hysterectómiával és 17 alkalommal hüvelycsonk felfüggesztéssel egészítettük ki.



6. ábra Az antiinkontinens műtétek százalékos megoszlása

1996-tól kezdve **345 kolpoperineorrhaphiát** végeztünk osztályunkon, ez az összes antiinkontinens műtétek 73%-a. A posztoperatív szakban a leggyakoribb szövődmény 62 (18%) esetben a cystitis kialakulása volt. Ezt a célzottan adott antibiotikumos kúra hatására minden esetben eliminálni tudtuk és a betegek panaszmentessé váltak. A második leggyakoribb szövődmény 40 (11,5%) esetben a posztoperatív vizeletürítési zavar létrejött volt. Az alsó húgyuti obstrukció kizárása céljából cystoskópiát végeztünk, amely során 4 esetben urethra szűkületet diagnosztizáltunk. Ezért a mellső hüvelyfalba helyezett Stoeckel-öltések eltávolítására kényszerültünk. A beavatkozást követően még 4 napra állandó katétert helyeztünk fel, majd levétele után a betegek spontán vizeltek és panaszuk megszűntek. A többi 36 beteg dysuriás

panaszait a napi háromszor adott 60 mg pyridostigmine (Mestinon) tablettával sikeresen megoldottuk.

A posztoperatív szakban a műtéti területen bevézésünk nem volt, a varratszedések után a betegek panaszmentesen – kontinensen - távoztak osztályunkról.

- A 4 hetes kontroll vizsgálat során a pácienseink vizelettartási zavarról illetve egyéb kellemetlenségekről (láz, gyulladás, hasi fájdalom, hólyaghurut) nem számoltak be.

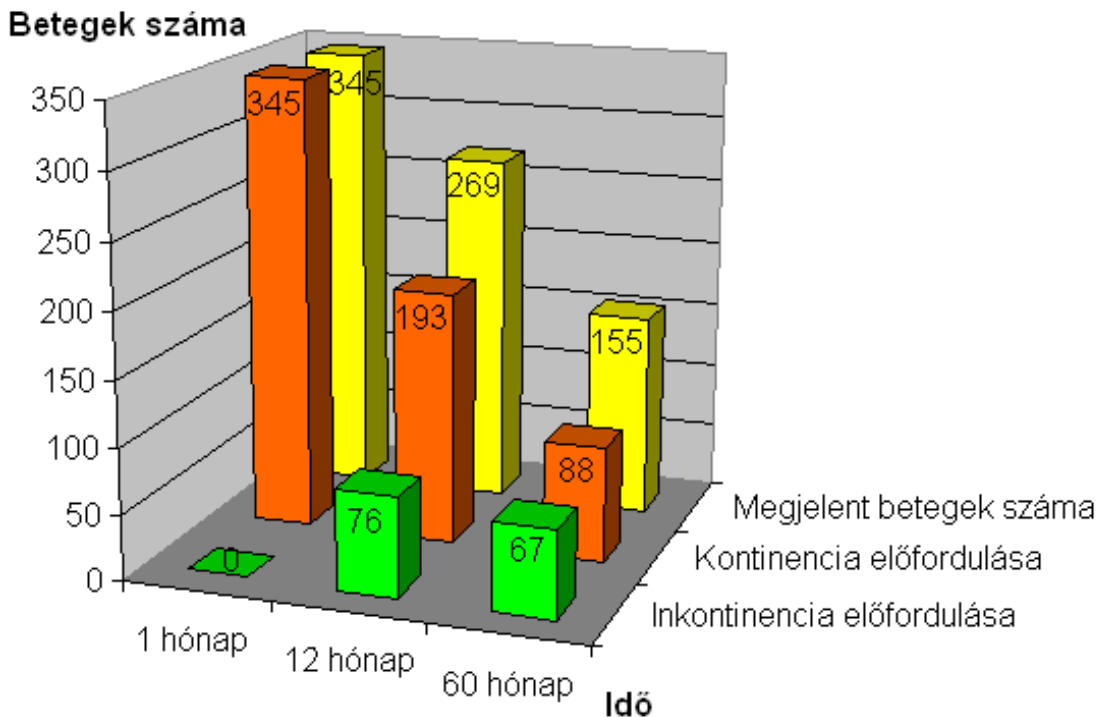
- A 12 hónapos kontroll vizsgálatra már csak 269 (78%) betegről tudunk adatokat begyűjteni. A betegek 71,7%-a (193-an) vizeletüket jól tudták tartani, és az elmúlt időszakban különösebb problémájuk a műtétet követően nem voltak. A páciensek 28,3%-a (76-an) ismét különböző mértékű vizelettartási panaszokról számoltak be.

Ezeknél a betegeknél 41%-ban (31 esetben) már anatómiai eltérés (cystokele) is kialakult. A felajánlott más antiinkontinens műtétbe csak 14 beteg egyezett bele. A többi esetben a betegek korukra, az inkontinencia enyhe fokára, vagy más betegségükre hivatkozva az újabb beavatkozást nem vállalták.

Ezután kellő kivizsgálás és előkészítés után 5 esetben *Gittes*, 4 esetben *Burch* és 5 esetben *TVT- műtétet* végeztünk.

- Az öt éves kontroll vizsgálatra az eredetileg operált betegek 45%-a (155) jött el és számolt be egészségi állapotáról. Ekkor a megjelent betegek 57%-a (88) panaszmentes volt. A betegek 43%-a (67) ismét enyhe, közepes és súlyos vizelettartási zavarról panaszkodott.

Ezt követően 32 beteg (48%) vállalkozott újabb műtétre, akiknek közepes vagy súlyos, recidiváló inkontinenciája alakult ki. Ezután megfelelő kivizsgálás és előkészítés után más antiinkontinens beavatkozást végeztünk, 9 esetben *Gittes*, 8 esetben *Burch*, és 15 esetben *TVT-műtétet*. Az újabb műtétek eredményeit a megfelelő beavatkozásoknál ismertetem.



7. ábra A kolpoperineorrhaphia után megjelent betegek száma és az inkontinencia előfordulása

A vizsgált időszakban osztályunkon **42 Gittes-műtétet** végeztünk el. A műtét közben a tűk behelyezése során 4 (9,5%) esetben történt hólyagsérülés, amelyet a kontroll cystoscopia alkalmával vettünk észre. Ilyenkor a laesiót okozó tűt kihúztuk és ezután egy másik helyről helyeztük be újra suprapubikusan a hüvely felső-középső harmada irányába. Ezt követően a cystoscopyt megismételve már sérülést nem láttunk és a műtétet tovább folytattuk.

A korai posztoperatív szakban 3 (7,1%) alkalommal alakult ki symphyzis körüli gyulladás. Ilyenkor a betegek szeméremcsont körüli fájdalomról panaszkodtak illetve a járásuk is nehézkessé vált. Lázuk nem volt, de a műtéti terület nyomásérzékeny és enyhén hyperaemiás lett. Ebben az esetben 4-5 napon keresztül 3x625 mg Amoxicillin, Clavulanic acid (Augmentin) és 3x25 mg Diclofenac (Voltaren) adtunk, melynek hatására a betegek panaszmentessé

váltak. Ebben az időszakban a műtét közbeni katéterezések és cystoscopiák következtében 5 (12%) esetben acut hólyaghurut is kialakult. A betegeink hólyagtáji fájdalomról, gyakori, enyhén görcsös vizelésről panaszkodtak. A leoltott vizeletből minden esetben E.coli tenyésztett ki, melyet célzott antibiotikus kezeléssel eliminálni tudtunk.

A műtétet követő napon az állandó katéter (Foley) eltávolítása után, 2 (4,7%) esetben a betegeknél vizelési képtelenség alakult ki. Az alsó húgyuti obstrukció kizárása céljából cystoskópiát végeztünk, amely negatív eredményt adott. A problémát gyógyszeres terápia (3x60 mg pyridostigmine [Mestinon] tabletta) mellett sem tudtunk megoldani, ezért suprapubikus-draint felhelyezésére kényszerültünk. A drain 2 napig volt fenn, amíg a hólyagban a reziduális volumen 50 ml alá nem került. Ezt követően a betegek megfelelően, spontán vizeltek. Ebben az időszakban, a ritkán kialakuló urge inkontinenciával nem találkoztunk.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a Gittes-műtétet követő korai időszakban 14 (33,3%) alkalommal alakult ki különböző típusú szövődmény, melyet megfelelő kezeléssel megoldottunk és a betegek számára ez további kellemetlenséget már nem okozott.

- Az 1 hónapos kontroll során a 12 tisztán Gittes-műtéten átesett betegnek inkontinens panaszai nem voltak. Három beteg enyhe alhasi fájdalomról számolt be, ami a feszülő „huroköltésnek” tudható be. A fájdalomcsillapító tabletta (3x500 mg Metamizole sodium [Panalgorin]) adása jó hatással volt a betegek panaszaira.

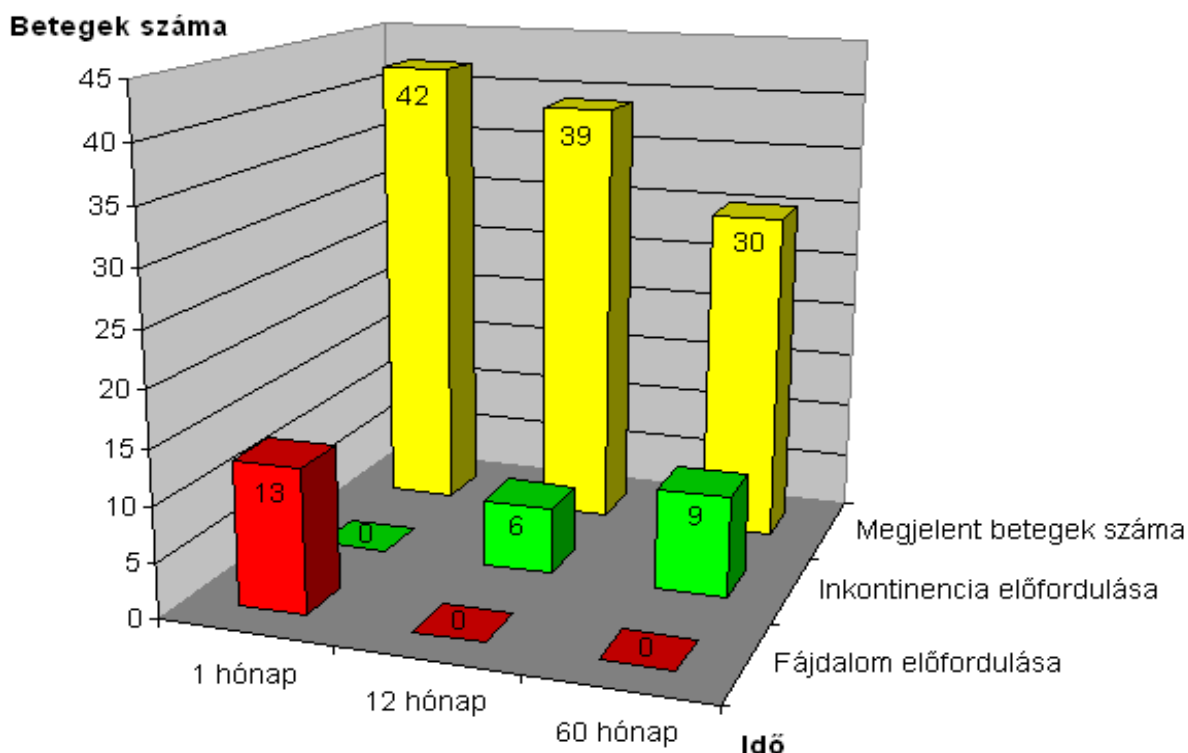
Azon betegek közül, akiknek ventroszuspensióval kombinált műtété is volt (13), már 5 (38,5%) panaszkodott alhasi fájdalomról. Ehhez az arányhoz a laparoscopiás beavatkozás során behelyezett szuszpenziós öltések is hozzájárultak. Egyébként a betegek vizelettartási zavarról, lázról, egyéb fájdalomokról nem számoltak be.

A Neugebauer-LeFort műtéttel kombinált Gittes-féle kolposzuszpenziós beavatkozáson átesett betegek (15) közül, az 1 hónapos ellenőrző vizsgálatok

során 5 (33,3%) személy panaszkodott szintén alhasi fájdalomról. A fent említett fájdalomcsillapító terápia hatására a panaszok megszűntek. Ezek a betegek sem panaszkodtak inkontinens panaszokról vagy a hüvelyzáró műtétet követő egyéb kellemetlenségekről.

- A 12 hónapos ellenőrző vizsgálatra 39 beteg jelentkezett. Ekkor már 6 páciens (15,3%) inkontinens panaszokról számolt be. Elmondásuk alapján az elmúlt egy évben, több mint 10 kg-ot fogytak, és ez oka lehetett a panaszok kialakulásának, mivel a szuszpenziós öltések a vékonyabb hasvastagság miatt meglazultak. Fájdalmakról a betegek már nem panaszkodtak. Azok a betegek, akik hüvelyzáró műtéten is átestek (15) a műtéti területük per primam gyógyult, fájdalmaik - ha voltak is – megszűntek. A ventrosuszpenzióval kombinált Gittes-műtétes betegeknél (13) az uterusuk jól fixált helyzetben volt tapintható, fájdalomról és inkontinens panaszokról nem számoltak be.

- A 60 hónapos kontroll vizsgálaton már csak 30 (71%) beteg adatait tudtuk felvenni. Ezek közül 21 (70%) beteg nem panaszkodott vizelettartási zavarról. A betegek 30%-a (9 páciens) beszámolt vizelettartási zavarról, de enyhe inkontinenciájuk és rossz belgyógyászati státuszuk miatt az újabb beavatkozástól már elzárkóztak. Egyéb panaszuk nem voltak, a kombinált műtéten átesett betegeket is beleértve.



8.ábra A Gittes-műtét után megjelent betegek száma és panaszaik előfordulása

Osztályunkon 1997 óta **65 Burch-műtétet** végeztünk el. Ebből 36 esetben (55,5%) abdominális hysterectómiával, 17 alkalommal (26,1%) hüvelycsomk felfüggesztéssel kombinálva. A többi 12 beavatkozást (18,4%) önálló kolposzuspenziós műtétként.

A Burch-műtét során 2 (3%) alkalommal volt hólyagsérülés, amelyet azonnal észrevettünk és többrétegű varratsorral elláttunk. A posztoperatív-szakban 10 esetben (15,3%) alakult ki a betegeknél acut cystitits, melyet célzott antibiotikus kezelés után elimináltunk. A műtétet követő korai időszakban 3 betegnél (4,6%) átmenetileg, urge típusú inkontinencia jött létre, amelyet anticholinerg hatású tablettával (3x4,5 mg Oxybutinin [Uroxal]) megszüntettünk. A betegek ezután már nem tettek említést ilyen problémáról.

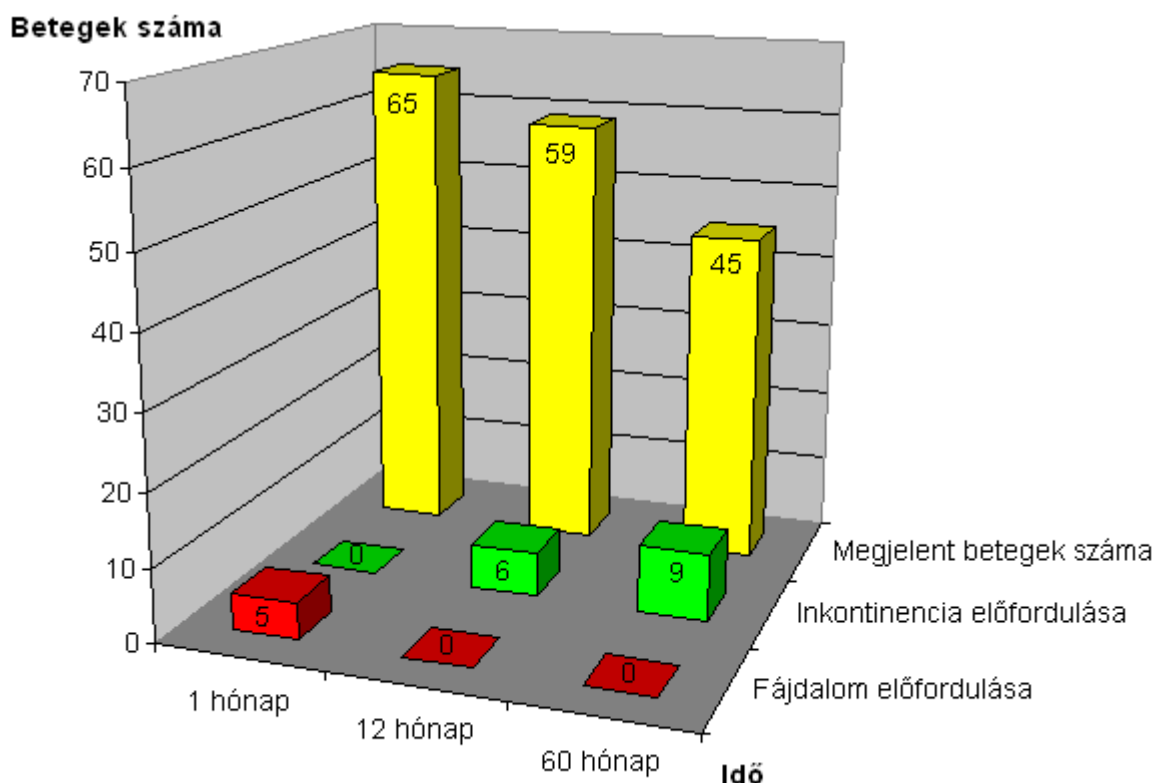
- 1 hónapos kontroll-vizsgálat során 5 (7,6%) beteg panaszkodott alhasi fájdalomról, amely a kolposzuspenziós-öltéseknek tulajdoníthatóak és non-steroid gyulladáscsökkentő tablettával (3x25 mg Diclofenac [Voltaren]) hatására a panaszok megszűntek. A műtétet követő időszakban a betegeknél vizelettartási

zavar és láz nem volt. A hüvely mellsőfala jól fixált helyzetben volt tapintható, a műtéti terület per primam gyógyult. A kombinált műtéten átesett betegek jól érezték magukat, a műtét előtti panaszai nem újultak ki.

- a 12 hónapos ellenőrző vizsgálatkor 59 beteg állapotát tudtuk felmérni. Ezen betegek közül csak 6 (10,1%) páciens panaszkodott enyhe inkontinenciáról, amelyet csak időnként és nehezebb fizikai munka mellett vettek észre. Vizsgálat során a mellső hüvelyfal jól fixált helyzetben volt tapintható, a húgycső-hossz is 4 cm-es volt. Ebben az időszakban rectokele kialakulását nem tapasztaltuk [104].

- A műtetet követő 60 hónapos kontroll-vizsgálatra eddig a betegek 69%-a jelent meg, ez 45 beteget jelent. Ezek közül 9 beteg (20%) számolt be inkontinenciáról, melyből 6 enyhe fokú és 3 közepes fokú vizelettarási zavar volt. Az enyhe inkontinenciával rendelkező betegeknél a hüvely vagy a hüvelycsőnk jól tartott és kellőképpen alátámasztotta a hólyagalapot.

A húgycső-hossza is normál volt, amely 3,5-4,0 cm-t jelentett. Az ilyen panasszal rendelkező betegek konzervatív terápiában részesültek, ami napi 3x1 mg estriol (Ovestin) tabletta adásából állt és panaszai lényegesen enyhültek, vagy megszűntek. A kontroll vizsgálat során megjelent betegeknél 5 esetben (11,1%), ekkor már észleltünk rectokele kialakulását, melyet a Moschcowitz szerint leírt műtéttel oldottunk meg [82].



9.ábra A Burch-műtét után megjelent betegek száma és panaszaik előfordulása

Minden műtéti beavatkozásnak vannak kockázatai és szövődményei. Mindamelllett a TVT műtéti eljárás során fellépő komplikációk aránya a szakirodalom adatai alapján minimális.

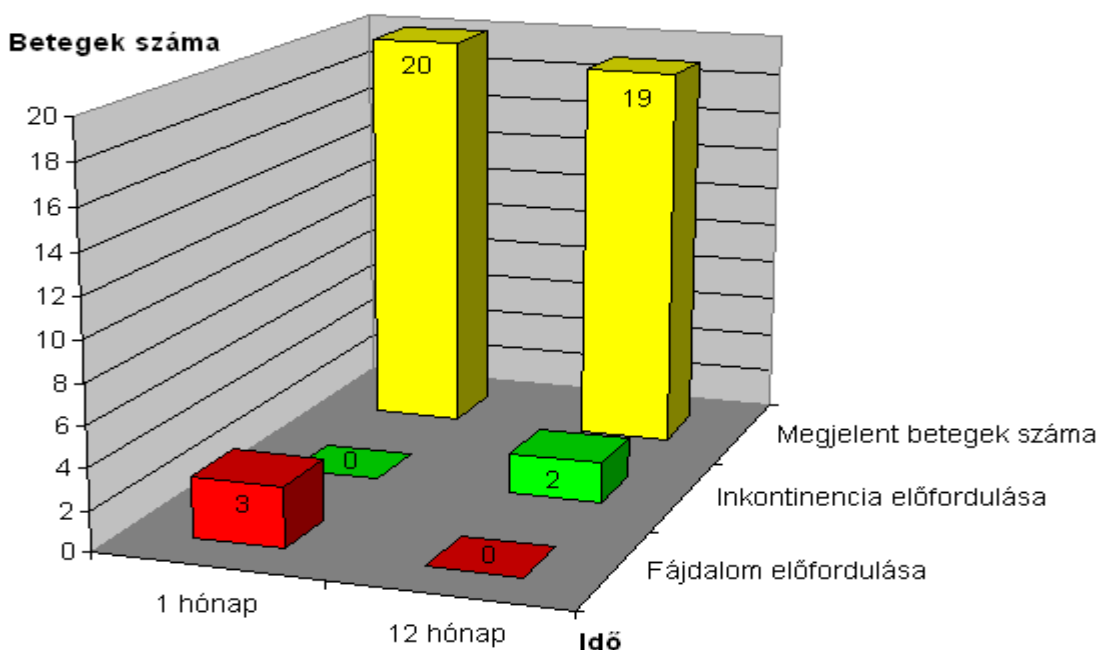
A 20 elvégzett *TVT (tension-free vaginal tape)* műtét során hólyagsérülésünk nem volt annak ellenére, hogy a nemzetközi szakirodalomban ezt tartják ennek a műtéti típus leggyakoribb szövődményének [49-52]. A következő ritkán előforduló szövődmények a posztoperatív vizeletürítési problémák. Mi a beavatkozásaink után egy esetben talákoztunk ilyen esettel. A korábban leírt gyakorlatnak megfelelően cystoscopyt végeztünk, mely során az alsó húgyuti obstrukciót kizártuk. A beteg panaszát 3x60 mg Pyridostigmine (Mestinon) tabletta adása után szanálni tudtuk, így a probléma biztosan nem a TVT-szalag túl feszes vagy szoros beültetésének a következménye volt. Nálunk a leggyakrabban kialakult szövődmény az acut cystitis volt. A 20 beavatkozást követően 3 esetben (15%) talákoztunk ezzel a kórképpel, melyet célzott

antibiotikus kezeléssel megszüntettünk. Ritkábban fordult elő a kolposzuspenziós beavatkozást követő urge inkontinencia, amely esetünkben 2 (10%) alkalommal jelentkezett posztoperatíván. Ilyenkor pár napig 3x4,5 mg Oxybutynin (Uroxal) tabletta adásával a betegek ilyen irányú panaszait eliminálni tudtuk. A beültetett prolén-szalag infekciója - melynek lehetőségéről az irodalomban olvashatunk – nálunk nem fordult elő [51].

- az 1 hónapos kontroll vizsgálat során 3 beteg (15%) panaszkodott alhasi fájdalomról. Egyébként panaszmentesek voltak, vizelettartási zavarról, az elmúlt időszakban lázról, hólyaghurutról nem számoltak be.

- az 1 éves ellenőrző vizsgálatokon - melyen 19 beteg vett részt - csak 2 (10,5%) páciens tett említést enyhe, nehéz fizikai munka során jelentkező, ritkán előforduló inkontinenciáról. A betegeknek egyéb panaszuk nem volt. Elmondásuk szerint alhasi fájdalmuk, illetve vizeletürítési problémájuk ez idő alatt nem jelentkezett.

- a 60 hónapos kontroll vizsgálaton beteg nem vett részt, mivel az elvégzett műtétek óta ennyi idő még nem telt el. Így a TVT-műtét öt év utáni eredményességéről illetve hatékonyságáról beszámolni nem tudok.



10.ábra A TVT-műtét után megjelent betegek száma és panaszuk előfordulása

5. A beavatkozások hatása az életminőségre

Az életminőségben történő változásokat - amelyeket az anti-inkontinens műtétet követően vettek észre a betegek - az alábbi célzott kérdések feltevése után tudtuk lemérni [77].

Ezek a kérdések a következők voltak:

- Műtét után van-e vizelet szivárgása? Ha igen, milyen mennyiségben és milyen gyakran fordul elő?
- A műtét után használ-e betétet a vizelettartási zavara miatt? Ha igen, naponta hányszor kell cserélnie?
- Naponta milyen gyakran kell mennie WC.-re?
- Éjszaka hányszor kell felébrednie vizelés miatt?
- Összességében elégedett-e a műtéti eredménnyel?
- A műtét után kb. hány százalékban javult vizelettartási zavara a műtét előtti állapothoz képest?
- Ismerve a műtét eredményét, ismét vállalná-e a beavatkozást?
- Hasonló panaszokkal rendelkező betegeknek ajánlaná-e ezt a műtéti típust?

Azoknál a betegeknél, akiknél jól sikerült a műtét és a kontroll vizsgálatok során inkontinens panaszokról nem számoltak be, a fenti kérdésekre mindig pozitív választ adtak.

Egy év után a betegek 76,6%-a, öt év után 63%-a volt, akik a sikeres műtét miatt pozitívan élték meg az életminőségükben történt változást.

Ez azt jelentette, hogy a betegeknek vizelettartási zavaruk nem volt, naponta 3-4 óránként kell vizelniük és éjszaka nem ébrednek fel vizelési inger miatt. Betétet nem használnak, és összességében nagyon elégedettek az elért műtéti eredménnyel. Gyakran másoknak is ajánlották, hogy ha ilyen típusú panaszaik vannak, menjenek el orvoshoz, vizsgáltsák ki meg magukat, és ha kell, vállalják a műtétet.

- Egy év után a kontroll vizsgálatokon összesen 386 beteg jelent meg és ezek közül 39 (10,1%) ismét enyhe fokú inkontinenciáról számolt be. Ezek a betegek szintén pozitívan éltek meg az életükben történt minőségi változást, mivel az állapotuk lényegesen javult a műtét előttihez képest. Csak ritkán kellett betétet viselniük és nehéz fizikai munka során vagy megfázáskor, köhögéskor cseppent el időnként a vizeletük.

A 12 hónapos ellenőrző vizsgálatkor 51 (13,2%) beteg panaszkodott közepes vagy súlyos inkontinenciáról. Ebben a csoportban már többen sikertelennek éltek meg a beavatkozást és az állapotuk sem javult a műtét előttihez képest. Vizeletük gyakran elcseppent tüszentéskor, nevetéskor, köhögéskor. Betétet szinte állandóan kellett viselniük. Közülük 14 beteg (3,6%) fogadta el a másfajta antiinkontinens beavatkozás elvégzését (5 Gittes, 4 Burch, 5 TVT-műtét). A többi 37 páciens (9,5%) nem vállalta az újabb műtétet. Főleg korukra és egyéb belgyógyászati betegségeikre hivatkozva hátrították el a felajánlott műtéti lehetőséget. Nekik - amennyiben nem volt kontraindikált - Ovestin tablettát írtunk fel (napi 3x1 mg estriol), melyre panaszuk enyhült. Ebben a csoportba lévő betegek - mivel negatívan éltek meg - a környezetükben senkinek sem ajánlották a műtétet.

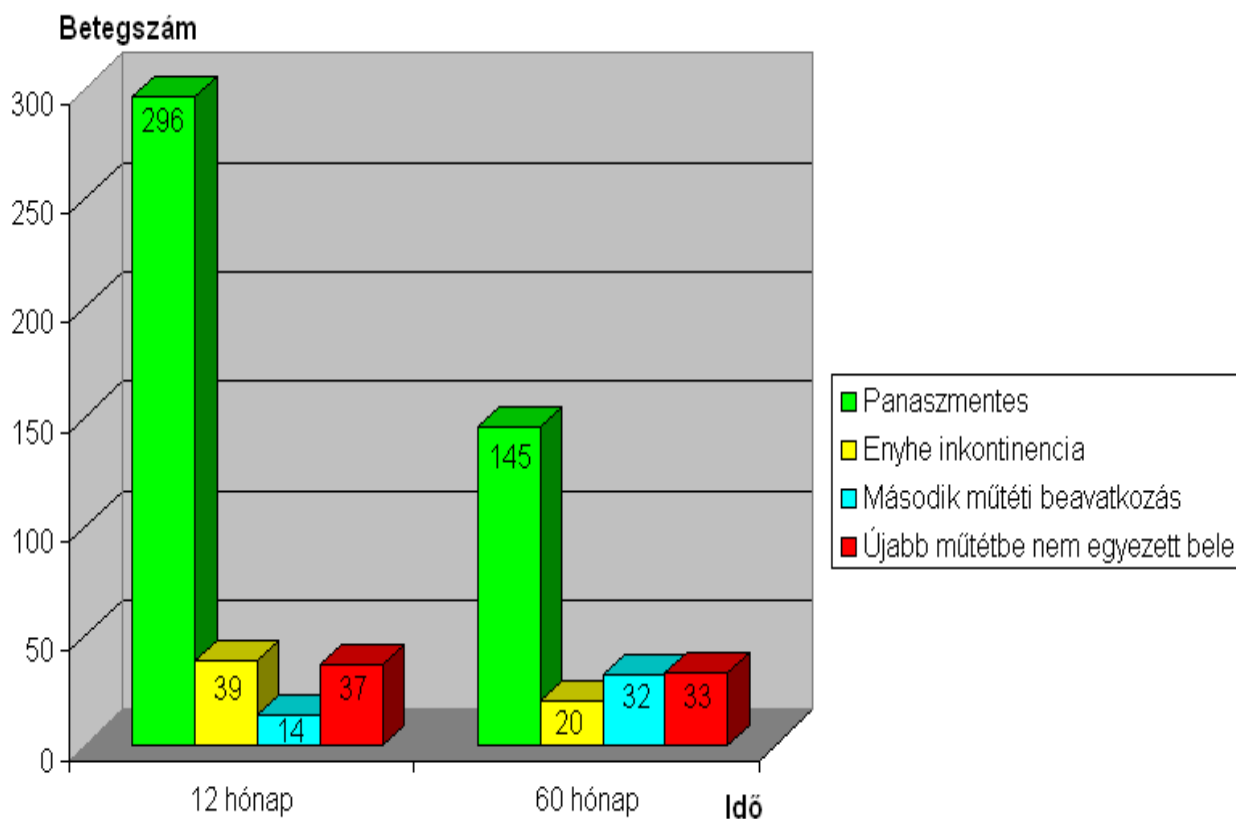
- Az öt éves kontroll vizsgálatokra összesen 230 beteg adatait tudtuk feldolgozni, közülük 85 (37%) számolt be inkontinens tüneteikről. A betegek 8,7%-a (20) panaszkodott enyhe fokú vizelettartási zavarról. Ők csak nehezebb fizikai munka során vették észre időnként a vizeletük elcseppenését. Éjszaka nem kellett gyakran WC-re menniük, betétet ritkán kellett használniuk, és a műtét sikerességét 75-85%-ban állapították meg. Elmondásuk szerint, ilyen eredmények mellett is ajánlanák másoknak a beavatkozást.

Összesen 32 (13,9%) betegnél végeztünk el újabb antiinkontinens-beavatkozást, ami 9 esetben Gittes, 8 esetben Burch, és 15 esetben TVT-műtét volt.

A betegek 14,3%-a (33) nem vállalta az újabb műtétet. Ők más betegségeikre hivatkozva, valamint félve az újabb, sikertelen műtéti procedúrától elhárították

a felajánlott beavatkozást. A terápiát sikertelennek tartották, az állapotuk nem változott a műtét előttihez képest, és rendszeres betétviselőkké váltak.

Összességébe megállapíthatjuk, hogy a sikeres vagy nagyrészt sikeres beavatkozások után, a betegek jelentős százalékánál (87-72%), pozitív életminőség változás alakult ki [57,58,70].



11.ábra Kontroll során megjelent betegek vizsgálati eredményei

6. A célkitűzések eredményei és megállapításai

Az elvégzett antiinkontinens műtétekkel kapcsolatban, a célkitűzéseinkben leírt kérdésekre a következőket tudom válaszolni. A nemzetközi irodalomban olvasható egy éves és ötéves tapasztalatok - a Gittes-műtét kivételével - nagyon hasonlóak a mi eredményeinkkel.

- A kolpoperineorrhaphia hatásossága illetve eredményessége nálunk 1 év után 71,8% volt, az 5 éves pedig 57% volt. Ez közel ugyanaz az eredmény, mint amit ilyen beavatkozások során mások is elértek [72,87,88]. A leggyakoribb szövődmények az acut hólyaghurut és a vizeletürítési zavar volt, melyet megelőzni nem tudtunk, de megfelelő gyógyszeres kezeléssel vagy pár esetben a Stoeckel-öltések eltávolításával hamar megoldottunk.

- A Gittes-műtétek során, ami 84,7%-os hatékonyságot jelent 1 év után, és 5 év után pedig 70%-ot [47,56,110,111], ami lényegesen jobb eredményt adott a nemzetközi irodalomban olvasottnál. Bergman és Kondo 35-43% műtéti eredményességről számolt be öt éves nyomonkövetés után. A különbséget annak tudtuk be, hogy a hurokültést a m.recti abdominis fasciájába helyeztük, ami stabilabb felfüggesztést biztosított a hüvely mellsőfalának, így a jobb eredmények is talán ennek köszönhetően alakultak ki. A műtétek során és után leggyakrabban kialakult szövődmény, a hólyaghurut, a hólyagsérülés, a symphyzis körüli periostitis, és későbbiekben az alhasi fájdalom volt. Ezeket időben felismerve és megfelelő gyógyszeres terápiát alkalmazva, a panaszokat hamar eliminálni tudtuk.

- A mai idők a leghatékonyabb és legkorszerűbb antiinkontinens műtétei a Burch illetve a TVT-műtétek, melyek kiváló hatásosságát mi is tapasztaltuk [67,68,73,93,94,98]. Az eredményeink is ezt igazolják, mivel 89,9%-ban illetve 89,5%-ban hatásos egy év után. A Burch-műtétnél az öt év utáni hatékonyság 80% volt. A TVT-műtéttel kapcsolatban 60 hónapos kontroll vizsgálati eredményt nem tudtunk közölni, mivel a beavatkozások után ennyi idő még nem telt el.

Szövődmények kis számban alakultak ki, amely alhasi fájdalom és átmeneti posztoperatív urge inkontinencia volt, és konzervatív terápiával ezeket jól tudunk kezelni.

- Összességében megállapítható, hogy az eredményeink - a Gittes-műtéttől eltekintve - és a kialakult szövődmények gyakorisága és fajtája a nemzetközi szakirodalomban olvashatókkal majdnem megegyező volt [42,44].

- A betegek életminőségének változása után érdeklődve a kontroll vizsgálatok során megállapíthatjuk, hogy azoknál a betegeknél, akiknél az inkontinencia nem recidivált - egy év után 76,6%-ban, öt év után 63%-ban - és panaszaik megszűntek, nagyon elégedettek az életükben történt ilyen irányú változással. Még azok a betegek is pozitívan értékelték a műtét után kialakult helyzetet, akiknek enyhe fokú inkontinenciájuk lett posztoperatíván és időnként betétet kell viselniük. Elmondásuk szerint ez a helyzet is jóval kedvezőbb számukra, mint amilyen műtét előtt volt, hiszen fizikai munka során vagy lépcsőnjáráskor, köhögéskor, tüsszentéskor vizeletük csak ritkán és igen kis mennyiségben folyik el.

Ez a betegcsoport baráti körben és ismerőseik számára bátran ajánlotta valamelyik antiinkontinens beavatkozást. Sokan úgy vélik, ha tudták volna, hogy a műtét számukra ilyen kedvező változást hoz az életükben, már korábban vállalták volna a beavatkozást.

Sajnos még mindig azok vannak többségben, akik szégyenérzetük vagy a környezetükben hallott kedvezőtlen tapasztalatok miatt, nem fordul orvoshoz és inkább „szived a vizelettartási zavartól”.

- Célkitűzéseink során leírt kérdések között szerepel, hogy a hüvelyi, a hasi vagy a kombiált műtéteket célszerű elvégezni. Az indikáció attól függött, hogy a betegeknél milyen egyéb, számukra kellemetlen nőgyógyászati panaszuk volt még. Amennyiben vérzészavar, myoma, hüvelyfal vagy hüvelycsonk süllyedés is társult a vizelettartási zavarhoz, ilyen esetekben végeztük el a különböző kombinált műtéteket. Ezek igen kedvező, és az értekezés korábbi részében leírt eredményeket hozta a betegek számára.

7. Irodalom jegyzék

- [1] Wyman JF.: Management of urinary incontinence in adult ambulatory care populations. *Annual Review Nurses* 2000;18:171-94.
- [2] Kegel AH.: Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1948;56:238-48.
- [3] Bo K.: Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: An exercise physiology perspective. *International Urogynecology Journal* 1995;6:282-91.
- [4] Matányi S.: A vizelettartás és -ürítés zavarai a terhesség alatt és szülés után. *Orvosi Hetilap* 1992;133:2551-3.
- [5] Henalla SM, Hutchins CJ, Robinson P, Macvicar J.: Non-operative methods in the treatment of female genuine stress incontinence of urine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1989;9:222-5.
- [6] Klarskov P, Belving D, Bischoff N, Dorph S, Gerstenberg T, et al.: Pelvic floor exercise versus surgery for female urinary stress incontinence. *International Urology* 1986;41:129-32.
- [7] Brubeker L, Benson T, Bent A, Clark A, Shott S.: Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;177:536-40.
- [8] Sand PK, Richardson DA, Statskin DR, Swift SE, Appell RA, et al.: Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuin stress incontinence: A multicenter, placebo-controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:72-9.
- [9] Wise BG, Haken J, Cardozo LD, Plevnik S.: A comparative study of vaginal cone therapy, cones Kegel exercises, and maximal electrical stimulation in the treatment of female genuine stress incontinence. In: Proceedings of the 23rd Annual Meeting International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 1993;12:436-7.
- [10] Frewen WK.: Urgency incontinence: review of 100 cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1972;79:77- 79.

- [11] Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, et al.: Bladder training in older women with urinary incontinence: relationship between outcome and changes in urodynamic observations. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 1991;77:281-6.
- [12] Davis,G.D. and Goodman,M.: Stress urinary incontinence in nulliparous female soldiers in airborne infantry training. *Journal of Pelvic Surgery* (2):68-71, 1996.
- [13] Kegel,A.H.: Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 56: 238-248, 194
- [14] Bo,K.: Pelvic Floor Muscle Exercise for the Treatment of Stress Urinary Incontinence: An Exercise Physiology Perspective. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 6: 282-291, 1995.
- [15] Bo,K., Hagen,R.H., Kvarstein,B., Jorgensen,J., Larson,S.: Pelvic floor muscle exercise for treatment of female stress urinary incontinence: III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. *Neurourology and Urodynamics* 9: 489-502, 1990.
- [16] Hahn,I., Nauc ler,J., Sommar,S., Fall,M.: Urodynamic assesment of pelvic floor training. *World Journal of Urology* 9: 162-166, 1991.
- [17] Glavind,K., Nohr,S.B., Walter,S.: Biofeedback and physiotherapy versus physiotherapy alone in the treatment of genuin stress incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 7: 339-343, 1996.
- [18] Bump,R.C., Hurt,G., Fantl,A., Wyman,J.: Assesment of Kegel muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal Obstetric and Gynecoolgy* 165: 322-329, 1991.
- [19] Lagro-Janssen,A.L.M., Debruine,F.M.J., Smits,A.J.A., Van Weel,C.: The effect of treatment of urinary incontinence in general practice. *Family Practice* 9: 284-289, 1992.
- [20] Henalla,S.M., Hutchins,C.J., Robinson,P., Macvicar,J.: Non-operative methods in the treatment of female genuine stress incontinence of urine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 9: 222-225, 1989.
- [21] Obrien,J., Austin,M., Sethi,P., Oboyle,P.: Urinary incontinence: prevalence need for treatment and effectiveness of intervention by nurse. *British Medical Journal* 303: 1308-1312, 1991.

- [22] Wilson,P.D., Herbison,G.P., Glacener,C.M.A., Lang,G., Gee,H., et al.: Postnatal incontinence: A multicentre, randomised controlled trial of conservative treatment. In: Proceedings of the 27th Annual Meeting, International Continence Society, *Neurourology and Urodynamics* 16: 349-350, 1997.
- [23] Plevnik,S.:New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles. In: Proceedings of the 15th Annual Meeting, International Continence Society, *Neurourology and Urodynamics* 4: 267-268, 1985.
- [24] Taylor,R., Henderson,J.:Effects of biofeedback and urinary stress incontinence in older women. *Journal of Gerontological Nursing* 12: 25-30, 1986.
- [25] Ferguson.K.L., Bishop,K.R., Kloen,P., Verheul,J.B., et al.:Stress urinary incontinence: Effect of pelvic muscle exercise. *Obstetrics and Gynecology* 75: 671-675, 1990.
- [26] Pieber,D., Zivkovic,F., Tamussino,G., Ralph,G., Lippitt,G., et al.:Pelvic floor exercise alone or with vaginal cones for the treatment of mild to moderate stress urinary incontinence in premenopausal women. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 6: 14-17, 1995.
- [27] Sand,P.K., Richardson,D.A., Statskin,D.R., Swift,S.E., Appell,R.A., et al.:Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuin stress incontinence: A multicenter, placebo-controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 173: 72-79, 1995.
- [28] Blowman,C., Pickles,C., Emery,S., Creates,V., Towell,L., et al.:Prospective double blind controlled trial of intensive physiotherapy with and without stimulation of the pelvic floor in the treatment of genuine stress incontinence. *Physiotherapy* 77: 661-664, 1991.
- [29] Brubeker,L., Benson,T., Bent,A., Clark,A., Shott,S.:Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177: 536-540, 1997.
- [30] Wise,B.G., Haken,J., Cardozo,L.D., Plevnik,S.:A comparative study of vaginal cone therapy, cones+ Kegel exercises, and maximal electrical stimulation in the treatment of female genuine stress incontinence. In: Proceedings of the 23rd Annual Meeting International Continence Society, *Neurourology and Urodynamics* 12: 436-437, 1993.

- [31] Olah,K.S., Bridges,N., Denning,J., Farrar,D.J.:The conservative management of patients with symptoms of stress incontinence: A randomized, prospective study comparing weighted vaginal cones and interferential therapy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 162: 87-92, 1990.
- [32] Morkved,S., Bo,K.:The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 8: 217-222, 1997.
- [33] Jeffcoat,T.N.A., Francis,W.J.:Urgency incontinence in the female. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 94, 604-618, 1966.
- [34] Frewen,W.K.:Urgency incontinence: review of 100 cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 79: 77-79, 1972.
- [35] Pengelly,A.W., Booth,C.M.:A prospective trial of bladder training as treatment of detrusor instability. *British Journal of Urology* 52, 463-466, 1980.
- [36] Staskin,D.R., Bavendam,T., Miller,J., Davila,G.W., Diokno,A., Knapp,P., Rappaport,S., Sand,P., Sant,G., Tutrone,R.: Effectiveness of a urinary control insert in the management of stress urinary incontinence: early results of a multicenter study. *Urology* 47(5) 629-636, 1996.
- [37] Columbo,M, Zanetta,G., Scalabrino,S. et al.: Oxybutinin and bladder training in the management of female urinary urge incontinence: A randomized study. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 6: 63-67, 1995.
- [38] Bősze P.: A vizelési zavarok kórismézése és kezelése. *Nőgyógyászati Onkológia*, 2005, 10, 31–40.
- [39] Piróth Cs.: Női vizelettartási problémák diagnosztikája és terápiaja. *Magyar Orvos*, 2006, 10, 38–42.
- [40] Papp Z.: A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. *Semmelweis Kiadó, Budapest*, 2002.
- [41] Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P.: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 1996, 7, 81–85.
- [42] Simon Zs., Nagy F., Demeter J. és mtsa: TVT-műtéteink eredményességének öt éves utánkövetése. *Magyar Urológia*, 2004, 16, 91–96.

- [43] Bradley, C. S., Rovner, E. S., Morgan, M. A. : A new questionnaire for urinary incontinence diagnosis in women: Development and testing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005, 192, 66–73.
- [44] Hu, T.: Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* 2004, 63, 461–465.
- [45] Luber, K. M.: The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Review Urology* 2004, 6, S3–9.
- [46] Liapis, A., Bakas, P., Giner, M.: Tension-free vaginal tape versus tension-free vaginal tape obturator in women with stress urinary incontinence. *Gynecology and Obstetrics Investigation* 2006 62, 160–164.
- [47] Bergman A, Elia G.: Three surgical procedures for genuine stress incontinence-five-year follow-up of a prospective randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:66–71.
- [48] Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, Jomaa M, Lanner L, Nilsson CG, et al.: A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 1998;9:210–3.
- [49] Olsson I, Kroon U.: A three-year postoperative evaluation of tension-free vaginal tape. *Gynecology and Obstetrics Investigation* 1999;48:267–9.
- [50] Rezapour M, Ulmsten U.: Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence—a long-term follow-up. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 2001;12 suppl:15–8.
- [51] Nilsson CG.: Nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2002;81:72–7.
- [52] Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U.: Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 2001;12 suppl:5–8.
- [53] Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 1996;7:81–6.
- [54] Feyereisl J, Dreher E, Haenggi W, Zikmund J, Schneider HA.: Long-term results after Burch colposuspension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994;171:647–52.

- [55] Alcalay M, Monga A, Stanton S.: Burch colposuspension: a 10–20 year follow up published erratum appears in women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;102:740–5.
- [56] Tebyani N, Patel H, Yamaguchi R, Aboseif SR.: Percutaneous needle bladder neck suspension for treatment of stress urinary incontinence in women: long-term results. *Journal of Urology* 2000;163:1510–2.
- [57] Kelleher CJ, Cardozo LD, Tooze-Hobson PM.: Quality of life and urinary incontinence. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology* 1995;7:404–8.
- [58] Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE.: Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *Journal of Womens Health (Larchmt)* 2005;14:128-136.
- [59] Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL.: Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89:501-506.
- [60] Michael Stark, Aliza R. Finkel: Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Journal of Urology* 1994; 53:121-22
- [61] Fitzgerald MP, Brubaker L.: Colpocleisis and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;189:1241-1244.
- [62] Lefranc JP, Atallah D, Camatte S, Blondon J.: Longterm followup of posthysterectomy vaginal vault prolapse abdominal repair: a report of 85 cases. *Journal of American Surgery* 2002;195:352-358.
- [63] Ward KL, Hilton P.: A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;190:324-331.
- [64] Kenton K, Oldham L, Brubaker L.: Open Burch urethropexy has a low rate of perioperative complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187:107-110.
- [65] Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, et al.: Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstetrics and Gynecology* 2004;104:805-823.
- [66] Bergman A, Elia G.: Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:66-71.

- [67] Langer R, Lipshitz Y, Halperin R, Pansky M, Bukovsky I, Sherman D.: Long-term (10-15 years) follow-up after Burch colposuspension for urinary stress incontinence. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 2001;12:323-327.
- [68] Colombo M, Milani R, Vitobello D, Maggioni A.: A randomized comparison of Burch colposuspension and abdominal paravaginal defect repair for female stress urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:78-84.
- [69] Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al.: The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:10-17.
- [70] Wren PA, Janz NK, Brubaker L, et al.: Reliability of health-related quality-of-life measures 1 year after surgical procedures for pelvic floor disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;192:780-788.
- [71] Liang CC, Chang YL, Chang SD, Lo TS, Soong YK.: Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstetrics and Gynecology* 2004;104:795-800.
- [72] Beck RP, McCormick S.: Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy. *Obstetrics and Gynecology* 1982;59:269-274.
- [73] Eriksen BC, Hagen B, Eik-Nes SH, Molne K, Mjølnerod OK, Romslo I.: Long-term effectiveness of the Burch colposuspension in female urinary incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1990;69:45-50.
- [74] Galloway NTM, Davies N, Stephenson TP.: The complications of colposuspension. *British Journal of Urology* 1987;60:122-124.
- [75] Kjolhede P, Noren B, Ryden G.: Prediction of genital prolapse after colposuspension. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica* 1996;75:849-854.
- [76] Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K.: Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-age women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000;79:208-215.
- [77] Brett A, et al.: Modified Pereyra bladder neck suspension: 10-year mean follow up using outcomes analysis in 125 patients. *Journal of Urology* 95;154. 1841-47.

- [78] Anold EP, Webster JR, Loose H et al.: Urodynamics of female incontinence: factors influencing the results of surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1973;117:805–813.
- [79] Cross CA, Cespedes DR, McGuire EJ.: Treatment results using pubovaginal slings in patients with large cystocele and stress incontinence. *Journal of Urology* 1997;158:431–434.
- [80] Raz S, Little NA, Juma S, Sussaman EM.: Repair of severe anterior vaginal wall prolapse (grade IV cystourethrocele). *Journal of Urology* 1991;146:988–992.
- [81] Bump RC, Hurt WG, Theofrastous JP et al.: Randomized prospective comparison of needle suspension versus endopelvic fascia plication for potential stress urinary incontinence prophylaxis in women undergoing vaginal reconstruction for stage III or IV pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:326–335.
- [82] Moschcowitz AV.: The pathogenesis, anatomy, and cure of prolapse of the rectum. *Surgical of Gynecology* 1942; 15: 7-21.
- [83] Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN.: Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstetrics and Gynecology* 1992;79:539–542.
- [84] Mattox TF, Bhatia NN.: Urodynamic effects of reducing devices in women with genital prolapse. *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunction* 1994;5:283–28.
- [85] Colombo M, Vitobello D, Proietti F, Milani R.: Randomized comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;107:544–551.
- [86] Wiskind AK, Creighton SM, Stanton SL.: The incidence of genital prolapse after Burch colposuspension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992;167:399–405.
- [87] Harris RL, Yancey CA, Wiser WL, Morrison JC, Meeks GR.: Comparison of anterior colporrhaphy and retropubic urethropexy for patients with genuine stress urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:1671–1675.

- [88] Bergman A, Koonings PP, Ballard CA.: Primary stress urinary incontinence and pelvic relaxation: prospective randomized comparison of three different operations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;161:97-101.
- [89] Gittes RF.: No-incision pubovaginal suspension for stress incontinence. *Journal of Urology* 1987; 138:586-570.
- [90] Burch JC.: Urethro-vaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence cystocele and prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1961;81: 281-290.
- [91] Bódis J, Csaba I, Kornya L.: Ventrofixatio laparoscopia segítségével. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1992;55:253-256.
- [92] Papp Z.: Infundibulopelvic colpopexy with partial resection of vagina for repair of posthysterectomy vault prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;185: 1009.
- [93] Domány B, Bódis J.: Recent results of operations performed on patients with stress urinary incontinence in our department. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 184:245.
- [94] Domány B, Koppán M, Bódis J.: Results with colposuspension by the Burch procedure in our practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186:1108.
- [95] Papp Z.: Szülészet-nőgyógyászat tankönyve *Semmelweis kiadó Bp.* 2002;839-850.
- [96] Pelosi MA.: Transvaginal needle suspension with LeFort colpocleisis for stress incontinence and advanced uterovaginal prolapse in a high-risk patient. *Journal of American Association of Gynecology Laparoscopic* 1998;5: 207-211.
- [97] Goldmann J, Ovidia J, Feldberg D.: The Neugebauer-Lefort operation: review of 118 partial colpocleises. *European Journal of Obstetrics and Gynecology* 1981; 12:31-35.
- [98] Tamussimo KF, Zivkovic F, Pieber D, Mosre F, Haas J, Ralph G.: Five-year results after anti-incontinence operations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 181: 1347-1352.

- [99] Wall LL, Versi E, Norton P, Bump R.: Evaluating the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 178:877-879.
- [100] Tankó A.: Női vizelettartási zavarok *Bp. Medicina* 1990; 65-75.
- [101] Domány B, Bódis J.: Hisztrektómia után kialakult hüvely-prolapsus kombinált műtéti megoldása. *Magyar Nőorvosok Lapja* 2000; 63:319-321.
- [102] Domány B, Bódis J.: A Neugebauer-LeFort műtét és a Gittes-féle kolposzuspensió alkalmazása prolapsált uterusú betegeknél. *Magyar Nőorvosok Lapja* 2002; 65:31-33.
- [103] Corwan W, Morgan HR.: Abdominal sacral colpexy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1980; 138:348-350.
- [104] Domány B, Buzogány I, Bódis J.: A Burch-féle colposzuspensió alkalmazása stressz inkontinens betegeknél. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1998; 61:395-397.
- [105] Hendee A, Berry C.: Abdominal sacropexy for vaginal vault prolapse. *Clinical Obstetric and Gynecology* 1981; 24:1217-1226.
- [106] Lampé L.: A hüvelyelőesés (Prolapsus vaginae) új műtéti megoldása. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1983; 46:197-202.
- [107] Lampé L.: Szülészeti-nőgyógyászati műtéttan. *Medicina* 1987; 396-398.
- [108] Symmonds RE, Williams TJ.: Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1981; 140:852-859.
- [109] Williams G, Richardson A.: Transplantation of external oblique aponeurosis: An operation for prolapse of the vagina following hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1952; 64:552.
- [110] Bódis J, Domány B, Török A, Buzogány I, Götz F.: Modified Gittes needle colposuspension method complemented with the laparoscopic ventrosuspension of the uterus for the treatment of stress incontinence associated with stage III or IV organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 176:1394.
- [111] Domány B, Buzogány I, Bódis J.: A percutan pubovaginalis colposzuspensió módosított megoldásának kezdeti tapasztalatai. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1998; 61:207-209.

[112] Gordon FS.: Laparoscopic uterine suspension. *Journal of Reproduction* 1992; 37:615-616.

[113] Domány B, Bódis J.: Colposuspension and the possibility of recurrent cystocele. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 177:982-983.

[114] Hamvas A, Tankó A, Nagy F.: Colposuspensioós műtét (Burch-plasztika) a stressz inkontinencia kezelésében. *Orvosi Hetilap* 1998; 130:781-782.

[115] Hamvas A.: Vizelettartási zavarok komplex kezelése, a házi orvos feladatai.
Házi orvos Továbbképzô Szemle 1996 1:224-226.

8. Publikációs jegyzék

A témával kapcsolatos angol közlemények:

1. Bódis J. **Domány B.** Török A. Buzogány I. Götz F.:
Modified Gittes needle colposuspension method complemented with the laparoscopic ventrosuspension of the uterus for the treatment of stress incontinence associated with stage III. or IV. pelvic organ prolapse
Am. J. Obstet. Gynecol. 1997. Volume 176. number 6. 1394. IF: 2,518
2. **Domány B.** Bódis J.:
Colposuspension and the possibility of recidive cystocele
Am. J. Obstet. Gynecol. 1997. Volume 177. number 4. 982 - 983. IF: 2,518
3. **Domány B.** Bódis J.:
Recent results of operations performed on patients with stress urinary incontinence in our department
Am. J. Obstet. Gynecol. 2001. Volume 184. number 2. 245. IF: 2,518
4. **Domány B.** Koppán M. Bódis J.:
Results with colposuspension by the Burch procedure in our practice
Am. J. Obstet. Gynecol. 2002. Volume 186. number 5. 1108. IF: 2,518
5. **Domány B.** Koppán M. Bódis J.:
Experience with combined surgical treatment in cases of prolapse of pelvic organ
Am. J. Obstet. Gynecol. 2004. Volume 191. number 4. 1505-1506. IF: 2,518

A témával kapcsolatos magyar közlemények:

6. **Domány B.** Buzogány I. Bódis J.:
A percután pubovaginális kolposzpenzió módosított megoldásának kezdeti tapasztalatai
Magyar Nőorvosok Lapja 61. 207-210. 1998.
7. **Domány B.** Bódis J.:
A Burch-féle kolposzpenzió alkalmazása stressz inkontinens betegeknél
Magyar Nőorvosok Lapja 61. 395-397. 1998.
8. **Domány B.** Bódis J. Buzogány I.:
Kombinált endoszkópos műtéti beavatkozás descendált uterus esetében stressz inkontinens betegeknél
Magyar Nőorvosok Lapja 62. 357-361. 1999.

9. **Domány B. Bódis J.:**
Hisztorektómia után kialakult hüvely-prolapszus kombinált műtéti megoldása
Magyar Nőorvosok Lapja 63. 319-321. 2000.
10. **Domány B. Bódis J.:**
A Neugebauer-LeFort műtét és a Gittes-féle kolposuspenzió alkalmazása prolapsált uterusu betegeknél
Magyar Nőorvosok Lapja 65. 31-33. 2002.
11. **Domány B. Koppán M. Bódis J.:**
A kombinált, rekonstrukciós műtétek alkalmazása a női kismedencei szervek helyzetváltozásai során
Magyar Nőorvosok Lapja 66. 223-226. 2003.
12. **Domány B. Koppán M. Répásy I. Bódis J.:**
A Pelvicol (kollagén implantátum) beültetésével szerzett tapasztalataink stressz inkontinens betegeknél
Magyar Nőorvosok Lapja 68. 191-193. 2005.

A témával kapcsolatos előadások:

13. Bódis J. Török A. **Domány B.** Varga T.:
Combination of Stamey's colposuspension with ventrosuspension of uterus to treat stress incontinence caused by descended and retrodisplaced uterus
5th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy, Bratislava 1996. sept.
14. Buzogány I. **Domány B.** Bódis J. Török A. Götz F.:
Modified Gittes needle colposuspension method complemented with the laparoscopic ventrosuspension of the uterus the treatment of stress incontinence associated stage II or IV pelvic organ prolapse
9th VideoUrology World Congress Hungary, June 25-28, 1997. Budapest
15. Bódis J. **Domány B.** Török A. Varga T.:
Prolapsushoz társuló inkontinencia minimal invaziv megoldása
V. Magyar Nőgyógyászati Endoszkópos Kongresszus, Budapest 1997. szeptember.
16. **Domány B.** Buzogány I. Bódis J.:
Tapasztalatok a stressz és az urge inkontinencia megkülönböztetésére használt kérdőívvel
Magyar Nőorvos Társaság 26. Nagyűlése, Pécs 1998. április

17. **Domány B. Bódis J. Buzogány I.:**
Endoscopos beavatkozással járó műtéti megoldások stressz inkontinens betegeknél
MNET VI. Kongresszusa Szeged, 1998. szeptember
18. **Domány B. Bódis J. Buzogány I.:**
Percután pubovaginális colposuspensió alkalmazása női stressz inkontinens betegeknél
MNET VII. Kongresszusa Budapest, 1999. október
19. **Domány B.:**
A női vizelettartási zavarok diagnosztikája és terápiája
PTE ÁOK Családorvostani Tanszék továbbképző előadása, 2000. október
20. **Domány B. Bódis J. Varga T.:**
A Gittes-féle kolposzuspenzió és a Neugebauer-LeFort műtét alkalmazása prolabált uterusu betegeknél
“Határterületi Mikroinvazív Beavatkozások” II. Konferenciája, Tihany 2001. április
21. **Domány B. Bódis J. Varga T.:**
Kombinált műtéti megoldás alkalmazása prolabált uterusu betegeknél
EAGO Magyarországi Szekciójának XII. Kongresszusa, Pécs 2002. június
22. **Domány B. Varga P. Bódis J.:**
Gittes féle kolposzuspenzio és a hüvelyzáró műtét kombinált alkalmazása előesett méh esetében
MNT Délnyugat-Dunántúli szekciójának V. Kongresszusa, Zalakaros 2003. szeptember
23. **Domány B. Varga P. Bódis J.:**
A descendált uteruszhoz társuló stressz inkontinencia kombinált műtéti megoldása
MNT Délnyugat-Dunántúli Szekciójának VI. Kongresszusa, Siófok 2004. június
24. **Domány B. Varga T. Hartmann T. Bódis J.:**
A Pelvicol (kollagén implantátum) alkalmazása női stressz inkontinens betegeknél
Magyar Nőorvos Társaság XXVIII. Nagygyűlése Szeged 2006. május

A témához nem kapcsolódó közlemények:

25. Varga P. **Domány B.** Szereday Z.:
Idő előtti burokrepedés: előzmények és következmények
Magyar Nőorvosok Lapja 50. 38-42. 1987.
26. Répásy I. **Domány B.** Vass E.:
Embriónalis teratoma különleges esete
Magyar Nőorvosok Lapja 51. 309-310. 1988.
27. **Domány B.** Vértes M. Varga P. Szereday Z.:
A Nizoral alkalmazása a nőgyógyászatban és hatása a női ciklusra
Gyógyszereink 38. 243-245. 1988.
28. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Szereday Z.:
Velőcsőzáródási rendellenességgel nem szövődött magasi se-AFP szint jelentősége nemdohányzó és dohányzó terheseknél
Magyar Nőorvosok Lapja 56. 407-409. 1993.
29. Gardó S. **Domány B.** és mtsai.:
Hüvelyi gombásodás kezelése egyszeri adag Diflucan (fluconazol 150 mg) kapszulával
Gyógyszereink 43. 192-196. 1994.
30. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Bódis J.:
Az anyai szérumban AFP- és hCG-szintjének módosítása az anyai testsúly és a dohányzás alapján
Magyar Nőorvosok Lapja, 60. 129-132. 1997.
31. Varga P. Ruzicska Zs. **Domány B.** Bódis J.:
Császármetszés szövettani kivitelezése Michael-Stark (Misgav-Ladach) módszer szerint. Újdonság egy több évszázados műtéti technikában – a módszer részletes ismertetése
Magyar Nőorvosok Lapja 63, Supplementum 53-59. 2000.
32. Kornya L. **Domány B.**:
Betegség enciklopédia (szülészet és nőgyógyászat fejezetében egyes részek megírása)
Springer - Vitalitas 2002. Bp.
33. Bálint I.B. **Domány B.** Bódis J.:
Dissectáló aorta aneurysma esete terhességben
Magyar Nőorvosok Lapja 70. 387-389. 2007.

34. Bálint I.B. **Domány B.** Bódis J.:
Az előzetes császármetszés hegében előforduló ectópiás terhességek
esetei
Magyar Nőorvosok Lapja 71. 17-20. 2008.
35. Bálint I.B. Varga T. **Domány B.** Bódis J.:
Hysteroscopia jelentősége a vérzészavarok kezelésében
Magyar Nőorvosok Lapja 71. 127-130. 2008.

A témához nem kapcsolódó előadások

36. **Domány B.** Varga P.:
Idő előtti burokrepedés: előzmények és következmények
Fiatal Orvosok Országos Konferenciája, Miskolc 1985. október
37. **Domány B.** Varga P.:
Változó nézetek az idő előtti burokrepedés etiológiájában és kezelésében
SZMT-EDSZ Fiatal Orvosok Tudományos Fóruma, Pécs 1986. november
38. **Domány B.** Varga P.:
Idő előtti burokrepedést megelőző tényezők
Perinatológiai Kongresszus, Székesfehérvár 1992. május
39. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Tóth Zs.:
Az emelkedett anyai szérum AFP szint összefüggése bizonyos terhességi
szövődmények előfordulásával
Perinatológiai Kongresszus, Székesfehérvár 1992. május
40. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Szereday Z.:
Terhesgondozási laboratórium szerepe a prenatális diagnosztikában és
egyres terhességi kimenetek előjelzésében
Magyar Nőorvos Társaság 25. Nagyűlése, Debrecen 1994. március
41. Varga T. Borsay P. **Domány B.** Ruzicska Zs.:
Tapasztalataink a köldökzsinór és az art. cerebri med. Doppler
vizsgálatával
Magyar Nőorvos Társaság 25. Nagyűlése, Debrecen 1994. március
42. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Szereday Z.:
Egységes matematikai formula az anyai se-AFP és HCG-szintjének anyai
testsúly és dohányzás alapján történő korrekciójára
Perinatológiai Kongresszus, Pécs 1995. május

43. Borsay P. **Domány B.** Varga T. Ruzicska Zs.:
Flowmetriás vizsgálatok, új lehetőség a magzat intrauterin monitori-
zálásában
Perinatológiai Kongresszus, Debrecen 1996. május
44. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Rappay G.:
Correction formula for MSAFP and MSHCG according to maternal
weight and smoking
EAGO Kongresszus, Budapest 1996. június
45. Varga P. **Domány B.** Ruzicska Zs. Bódis J.:
Hasi méheltávolítás szövétkímélő kivitelezése Stark (Misgav-Ladach)
módszerével
Magyar Nőorvos Társaság 26. Naggyűlése, Pécs 1998. április
46. Ruzicska Zs. Varga P. **Domány B.** Bódis J.:
Császármetszés szövétkímélő kivitelezése Stark (Misgav-Ladach)
módszerével
Magyar Nőorvos Társaság 26. Naggyűlése, Pécs 1998. április
47. Varga P. Ruzicska Zs. **Domány B.** Bódis J.:
A Michael Stark szerint végzett császármetszésekkel szerzett első három
éves tapasztalataink
*EAGO Magyarországi Szekciójának IX. Kongresszusa, Szeged 1999.
május*
48. Varga P. **Domány B.** Bódis J.:
Hasi méheltávolítás Stark szerint
*MNT Délnyugat-Dunántúli szekciójának V. Kongresszusa, Zalakaros
2003. szeptember*
49. Varga P. **Domány B.** Bódis J.:
A Misgav-Ladach (Stark) féle hasi méheltávolítások tapasztalatai
*MNT Délnyugat-Dunántúli Szekciójának VI. Kongresszusa, Siófok
2004. június*
50. **Domány B.:**
Műtéti eredményesség a hosszú távú betegkövetési adatok alapján
*PTE ÁOK és ETK kreditpontos továbbképző tanfolyama, Pécs 2008.
november*

9. Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani volt főnökömnek Prof. Dr. Bódis Józsefnek, aki lehetővé tette számomra, hogy még jobban megismerjem e csodálatos szakmát és kitartóan ösztönzött a tudományos munkám elmélyítésére. A dolgozat megírásához nyújtott segítségével külön köszönet témavezetőmnek, Dr. Boncz Imrének. Hálás szívvel mondok köszönetet Dr. Hamvas Antal és Dr. Buzogány István Tanár Uraknak, akik a legújabb műtéti technikák elsajátításában nagy segítségemre voltak. Köszönetet mondok az osztályon dolgozó orvosoknak, nővéreknek, szülésznőknek, asszisztenseknek, a műtő személyzetének, adminisztrátoroknak, akik mindig segítségemre voltak a műtétek illetve a tudományos és osztályos munkám végzése során.

Kimondhatatlan köszönet a családomnak, akik nélkül soha nem jutottam volna idáig.