

*Tisztelettel: Domány Balázs*

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

Egyetemi Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

**Dr. Domány Balázs**

*Doktori iskolavezető:*

*Dr. Bódis József egyetemi tanár, MTA Doktora*

*Programvezető:*

*Dr. Sulyok Endre egyetemi tanár, MTA Doktora*

*Témavezetők:*

*Dr. Bódis József egyetemi tanár, MTA Doktora*

*Dr. Boncz Imre egyetemi docens*

Pécsi Tudomány Egyetem Egészségtudományi Kar

Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

2008.

## I. Bevezetés

A női vizelettartási zavar népbetegségnek tekinthetjük. Egyes felmérések szerint a 40 éves korosztálynál 5%, az 50 évcseknel 10%, a hatvan évet betöltötteknél már 25% vagy ennél több az inkontinencia gyakorisága a női populációban, amely komoly panaszokat okoz a betegek számára.

Mikor is beszélhetünk vizelettarási zavarról? Az inkontinencia urínc akarattól független, objektíven kimutatható vizeletvesztés a húgycsőön keresztül, amely szociális és higiénés problémát okoz.

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 másik leggyakoribb formája az inkontinenciának az **urge vagy késztetéses** típus. Ez kb. 20% gyakoriságban jelentkezik az inkontinenciák során. Ilyen esetben erős, nem elnyomható vizeletési ingerhez társul vizeletvesztés, az esetek döntő többségében jó záróizom-funkció mellett.

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

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.

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.

Ezeket három nagy csoportba osztályozhatjuk:

- *Hüvelyi* (kolpoporineorrhaphia, kolporrhaphia ant., Szemesi plastika, hengerlebensy plastika, TOI, stb.)
- *Hasi* (kolposuspenzió sec Burch, colpopexia, ezeknek laparoscopos formáját is ismerjük stb.)
- *Kombinált* (Gittes, Slamey, Raz, TVT, stb.)

Ezeket a műtéteket egyéb beavatkozásokkal is lehet kombinálni. Osztályunkon leggyakrabban a hasi méheltávolítást és a hüvelycsomok felfüggesztést Burch műtéttel, a hüvelyzáró Neugebauer-LeFort műtétet Gittes-félc kolposuspenziós műtéttel egészítettük ki. Endoscopos beavatkozást is kombináltuk, úgymint a laparoscopos ventrosuspenziót Gittes-féle kolposuspenzióval.

*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.

A *konzervatív kezelés* része még a *vizelkedés 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.

Érdekony lehet még az *elektrostimuláció*, mellyel javíthatjuk a medencefenéki izomfunkciót és csökkenthetjük detrusor hyperactivitást.

## 2. Célkitűzések

A Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán 1996 óta végzünk többfajta antiinkontinens műtétet. Tapasztalatainkat részletesen a későbbiekben szeretném ki fejteni. Ezekkel a beavatkozásokkal a következő célkitűzéseink voltak:

- *A különböző műtéti beavatkozások milyen hatékonyságúak, és mennyire tartós hatásúak?*
- *Milyen szövődmények alakultak ki, és ezeket hogyan lehet elhárítani vagy kivédeni?*

- A nemzetközi szakirodalomban olvasott műtéti eredményeket a mi beavatkozásainkkal el tudtuk-e érni?
- A betegek elégedettségét melyik műtéti beavatkozás nyerte el és hogyan változtatta meg életminőségüket?
- A hüvelyi, a hasi vagy a kombinált műtéteket célszerű 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 szűrészeti eseményekre (vetélés, terhességmegszakítás, szülések, műtétek).

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, urgó, vagy kevert típusú vizelettartási zavarban szenvednek.

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

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

A számozott Foley-katéter hólyagba történő felhelyezése után meg tudtuk mérni a *húgycső-hosszát*, mely normális esetben 4 cm körül van.

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

- Pozitív Bonney-teszt esetén a beteget köhöggettük és a vizeletcseppegés a hólyagnyak ujjal történő megemelésével megszűnt.

- a Valsalva teszt akkor volt pozitív, ha húgycsőben helyezett vatta-tupfer a vízszintes alaphelyzetheől 30°-al felfelé mozdult, ha a beteg nyomni kezdett.

Ezt követően, *UH vizsgálatot* végeztünk (Siemens S1 450, 3,5 MHz konvexfej), mely során a beteget felszólítottuk, hogy préseljen és kóros esetben a hólyagalap legalább 3 cm-t süllyedj. A kivizsgálás végén a betegeknél *vizelet bakteriológiai vizsgálatot* is végeztünk, és pozitív esetben célzott antibiotikumos kezelést alkalmaztunk.

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

Abban az esetben, ha a betegnél az inkontinencia recidivált vagy TVT- műtétet terveztünk, elvégeztük az *urodynamias vizsgálatot*, amely az alsó húgyutak funkcionális vizsgálata.

### 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 fennmaradó 11 esetben (3%) spinális anaesthesiában végeztük. A műtétet cycto-rectocele illetve a hozzákapcsolódó stressz inkontinencia miatt végeztük.

#### *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.

### 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 méhelfesülésük volt - házasságot 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.

### Laparoscopos ventrosuspenzió 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.

### Burch-műtét

1997-től a Burch-féle kolposuspenziót 65 alkalommal végeztük osztályunkon, ebből 36 esetben hasi méheltávolítással (hypermenorrhoea, dysmenorrhoea, és nyoma 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.

A beavatkozások mindenesetben intratracheális narkózisban történtek.

### *Abdominális hysterectomia 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 nyomás uterussuk is volt.

### *A hüvelycsont felfüggesztés és Burch-műtét*

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

### *TVT-műtét (tension-free vaginal tape)*

Osztályunkon eddig csak 20 TVT-műtétet tudunk 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 és hólyagnyak elégtelenségben szenvedő betegeknél. A betegek átlag életkora 62 év (a legidősebb 73, a legfiatalabb 55 éves) volt.

A Gynecare TVT feszülős-montcs, hálós szerkezetű szalag, amely műtéten keresztül került beültetésre a hüvelyfalon keresztül a hólyagnyak és az urethra alátámasztására.

#### 4. Eredmények

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. 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 löbbi 36 beteg dysuriás panaszait a napi háromszor adott 60 mg pyridostigmine (Mestinon) tablettával sikeresen megoldottuk.

- A 4 hetes kontroll vizsgálat során a pácienseink vizelettartási zavarról 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. A páciensek 28,3%-a (76-an) ismét különböző mértékű vizelettartási panaszokról számoltak be.

Ezekenél a betegeknél 41%-ban (31 esetben) már anatómiai eltérés (cystocele) is kialakult. A felajánlott más antiinkontinens műtétek csak 14 beteg egyezett bele. Ezután 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 műtetre, akiknek közepes vagy súlyos, recidiváló inkontinenciája alakult ki. Ezután megfelelő kivizsgálás és clólkészítés után más antiinkontinens beavatkozást végeztünk, 9 esetben *Gittes*, 8 esetben *Burch*, és 15 esetben *TVT-műtétet*.



A vizsgált időszakban osztályunkon **42 Gittes-műtétet** végeztünk el. A műtét közben a tífk behelyezése során 4 (9,5%) esetben történt hólyagsérülés, amelyet a kontroll cystoscopia alkalmával vettünk észre.

A korai posztoperatív szakban 3 (7,1%) alkalommal alakult ki symphyzis körüli gyulladás. 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 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] tablettá) 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.

- 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 „hurkoköltésnek” tudható be. A fájdalomcsillapító tablettá (3x500 mg Metamizole sodium [Panaalgorin]) 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.

A Neugebauer-LeFort műtéttel kombinált Gittes-féle köfposzuszpenziós 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.

- 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 hasfalvastagság miatt meglazultak.

A ventroszuszpenzióval kombinált Gittcs-műtétes betegeknek (13) az uteruszuk jól fixált helyzetben volt tapintható, fájdalmakról 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.

Osztályunkon 1997 óta *65 Burch-műtétet* végeztünk el. A Burch-műtét során 2 (3%) alkalommal volt hólyagsérülés, amelyet azonnal észrevettünk és többbőrgű varratsorral elláttunk. A posztoperatív-szakban 10 esetben (15,3%) alakult ki a betegeknek acut cystitis, melyet célzott antibiotikumos 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.

- 1 hónapos kontroll-vizsgálat során 5 (7,6%) beteg panaszkodott alhasi fájdalomról, amely a kolposzuszpenziós-öftéscsnek tulajdoníthatóak és non-steroid gyulladáscsökkentő tabletta (3x25 mg Diclofenac [Voltaren]) hatására a panaszok megszűntek. A hüvely mélsőfala jól fixált helyzetben volt tapintható, a műtéti terület per primam gyógyult.

- 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.

- A műtétet követő 60 hónapos kontroll-vizsgálatra eddig a betegek 69%-a jelent meg, az 45 beteg jelent. Ezek közül 9 beteg (20%) számolt be inkontinenciáról, melyből 6 enyhe fokú és 3 közepes fokú vizelettartási zavar volt. Az enyhe inkontinenciával rendelkező betegeknek a hüvely vagy a hüvelycsont jól tartott és kellőképpen alátámasztotta a hólyag állapotot.

A kontroll vizsgálat során megjelent betegeknek 5 esetben (11,1%), ekkor már észleltünk rectocèle kialakulását, melyet a Moschcowitz szerinti leírt műtéttel oldottunk meg.

A 20 elvégzett *TVT (tension-free vaginal tape)* műtét után egy esetben alakult ki posztoperatív vizeletürítési probléma. A korábban leírt gyakorlatnak megfelelően cystoscopiát végeztünk, mely során az alsó húgyuti obstrukciót kizártuk. A beteg panaszát 3x60 mg Pyridostigmine (Mestinon) tableta 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%) találkoztunk ezzel a kórképpel, melyet célzott antibiotikus kezeléssel megszüntettünk. Ritkábban fordul elő a kolposzuspenziós beavatkozást követő urge inkontinencia, amely esetünkben 2 (10%) alkalommal jelentkezett posztoperatíván. Nyenkor pár napig 3x4,5 mg Oxybutyrin (Uroxal) tableta adásával a betegek ilyen irányú panaszait eliminálni tudtuk.

- 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 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.

## 5. A beavatkozások hatása az életminőségre

Egy év után a betegek 76,6%-a, öt év után 63%-a volt, akik a sikeres műtét miatt pozitívan éltek 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. Egy év után a kontroll vizsgálatokon összesen 386 beteg jelent meg és ezek közül 39 (10,1%) ismét enyhe fókú inkontinenciáról számolt be. Ezek a betegek szintén pozitívan éltek

meg az életükben történt minőségi változást, mivel az állapotuk lényegesen javult a műtét előttihez képest.

A 12 hónapos ellenőrző vizsgálatkor 51 (13,2%) beteg panaszkodott közepes vagy súlyos inkontinenciáról. Vizeletük gyakran elcseppent üsszentéskor, nevetéskor, köhögéskor. Betétet szinte állandóan kellett viselniük. Közülük 14 beteg (3,6%) fogadta el a másfajta anti-inkontinens beavatkozás elvégzését (5 Gittes, 4 Burch, 5 TVT-műtét). A többi 37 páciens (9,5%) nem vállalta az újabb műtétet. Nekik - amennyiben nem volt kontraindikált - Ovestin tablettát írtunk fel (napi 3x1 mg estriol), melyre panaszuk enyhült.

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

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 betegségekre hivatkozva, valamint féltve az újabb, sikertelen műtét procedurától elhárították a felajánlott beavatkozást. A terápiát sikertelenek tartották, az állapotuk nem változott a műtét előttihez képest, és rendszeres betéltviselőkké váltak.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a sikeres vagy nagyrészt sikeres beavatkozások után, a betegek jelentős százaléknál (87-72%), pozitív életminőség változás alakult ki.

## **6. A célkitűzések eredményei és megállapításai**

Az elvégzett antiinkontinens műtétekkel kapcsolatban, a célkitűzéseinkben leírt kérdésekre a következőket tudom válaszolni.

- A kolpoperincorrhaphia 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. A leggyakoribb szövődmények az akut hólyaghurut és a vizeletürítési zavar volt, melyet megelőzni nem tudtunk, de megfelelő gyógyszeres kezeléssel vagy pár esetben a Stoeckel-öftekék elárvollásával hamar megoldottunk.

- A Gittes-műtétek során, ami 84,7%-os hatékonyságot jelent 1 év után, és 5 év után pedig 70%-ot, ami lényegesen jobb eredményt adott a nemzetközi irodalomban olvasottnál. Bergman és Kondo 35-43% műtéti eredményességről számolt be öt éves nyomkövetés után. A különbséget annak tudtuk be, hogy a hurokültést a m.recti abdominis fasciájába helyeztük, ami stabilabb felülgyicsztést biztosított a hüvely mellősfafának. A műtétek során és után leggyakrabban kialakult szövődmény, a hólyaghurut, a hólyagcsűrítés, 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. 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 onnyi idő még nem telt el.

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

- 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 panaszuk 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. Ez a

betegcsoport baráti körben és ismerőseik számára bátran ajánlotta valamelyik antininkontinens beavatkozást.

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

- Célkítűzescink során lcirt kérdések között szerepel, hogy a hüvelyi, a hasi vagy a kombinált műtűtccel célszerű elvégezni. Az indikáció attól függűű, hogy a betegeknek milyen egyéb, számukra kellemetlen nőgyógyászati panaszaik voltak még. Amennyiben vérzészavar, myoma, hüvelyfal vagy hüvelycsanak stűllyedés is társult a vizelettartási zavarhoz, ilyen esetekben végezttűk el a különbűűző kombinált műtűtccet.

## 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 kolposzuszpenzió módosított megoldásának kezdeti tapasztalatai  
*Magyar Nőorvosok Lapja 61. 207-210. 1998.*
7. Domány B. Bódis J.:  
A Burch-féle kolposzuszpenzió 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.:**  
Hiszlerectómia 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 profabált uterusu betegeknel  
*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 lapasztalataink stressz inkontinens betegeknel  
*Magyar Nőorvosok Lapja 68. 191-193. 2005.*

*A témával kapcsolatos előadások:*

13. Bódis J. Török A. **Domány B.** Varga T. :  
Combination of Stoney'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. Gölz 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 Urology World Congress Hungary, June 25-28, 1997. Budapest.*
15. Bódis J. **Domány B.** Török A. Varga T. :  
Prolapsushoz társuló inkontinencia minimal invazív 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. Nagygyűlése, Pécs 1998. április*



17. **Domány B.** Bódis J. Buzogány I.:  
Endoszkopos beavatkozással járó műtéti megoldások stressz inkontinens betegekénél  
*MNET VI. Kongresszusa Szeged, 1998. szeptember*
18. **Domány B.** Bódis J. Buzogány I.:  
Percután pubovaginális colposuspensió alkalmazása női stressz inkontinens betegekénél  
*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 kolposzuszpenzió és a Neugebauer-Lel'ort műtét alkalmazása prolabált uterusu betegekénél  
*„Határterületi Mikroinvazív Beavatkozások” II. Konferenciája, Tihany 2001. április*
21. **Domány B.** Bódis J. Varga T.:  
Kombinált műtéti megoldás alkalmazása prolabált uterusu betegekénél  
*EAGO Magyarországi Szekciójának XII. Kongresszusa, Pécs 2002. június*
22. **Domány B.** Varga P. Bódis J.:  
Gittes féle kolposzuszpenzió 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 Pelvicof (kollagén implantátum) alkalmazása női stressz inkontinens betegekénél  
*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. Rópásy I. **Domány B.** Vass E. :  
Embrionális 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. Pejtsík B. **Domány B.** Szereday Z.:  
Velőcsőzárodási rendellenességgel nem szövődött magas anyai uc- $\text{AlP}$  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. Pejtsík B. **Domány B.** Bódis J.:  
Az anyai szérum  $\text{AlP}$ - 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 szövettelműlt kivételzése 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. Komya L. **Domány B.**:  
Betegség enciklopédia (szülészet és nőgyógyászat fejezetében egyes részek megírása )  
*Springer - Vitalitas 2002. Bp.*
33. Bálint I.B. **Domány B.** Bódis J.:  
Dissecto 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 szúrums AFP szint összefüggése bizonyos terhességi szövődmények előfordulásával  
*Perinatológiai Kongresszus, Székesfehérvár 1992. május*
40. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Szereday Z.:  
Terhességvizsgáló laboratórium szerepe a perinatális diagnosztikában és egyes terhességi kimenetelek előjelzésében  
*Magyar Nőorvos Társaság 25. Nagygyűlése, 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. Nagygyűlése, Debrecen 1994. március*
42. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Szereday Z.:  
Egyszerű matematikai formula az anyai sc-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.:  
Fluometriás vizsgálatok, új lehetőség a magzat intrauterin monitorizálásában  
*Perinatológiai Kongresszus, Debrecen 1996. május*
44. Kelemen A. Pejtsik B. **Domány B.** Rappay G.:  
Correction formula for MSAFP and MSIHCG according to maternal weight and smoking  
*EAGO Kongresszus, Budapest 1996. június*

45. Varga P. **Domány B.** Ruzicska Zs. Bódis J.:  
Hasi méheltávolítás szövettávkímélő kivitelezése Stark (Miszgav-Ladach)  
módszerével  
*Magyar Nőorvos Társaság 26. Naggyűlése, Pécs 1998. április*
46. Ruzicska Zs. Varga P. **Domány B.** Bódis J.:  
Császármetszés szövettávkímélő kivitelezése Stark (Miszgav-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.:**  
Műtői eredményesség a hosszú távú betegkövetési adatok alapján  
*PTE ÁOK és ETK kreditpontos továbbképző tanfolyama, Pécs 2008. november*