

**A laparoszkópia szerepe a krónikus alhasi fájdalom
diagnosztikájában és kezelésében**

PhD értekezés

Dr. Drozgyik István

**Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvosi Kar
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika**

Programvezető: Dr. Szabó István, egyetemi tanár, MTA Doktora

Témavezető: Dr. Szabó István, egyetemi tanár, MTA Doktora

2006.

Bevezetés

A fájdalom nem más, mint egy kellemetlen érzés vagy emocionális érzés, amely aktuális vagy potenciális szöveti károsodással társul, mindig szubjektív és definíciószerűen nem köthető a kiváltó stimulushoz.

A krónikus kismedencei fájdalmat illetően nincs általánosan elfogadott definíció. A legtöbb szerző, a hat hónapja vagy annál hosszabb ideje fennálló fájdalmat tekinti a krónikusság legfontosabb kritériumának. Amennyiben csak a fájdalom időtartamát vesszük figyelembe, nem fedti teljesen a kórkép fogalmát, ezért talán pontosabb az alábbi meghatározás: a krónikus kismedencei fájdalom nem ciklikus fájdalom, mely hat vagy több hónapja fennáll, kismedencei anatómiai struktúrákra lokalizált, és a fájdalom elégséges súlyossággal bír ahhoz, hogy funkcionális alkalmatlansághoz vezessen, vagy a beteget orvosi ellátásra kényszerítse.

A krónikus kismedencei fájdalom sokkal gyakoribb, mint azt általánosságban felismerik. Egyesült Államokbeli tanulmány szerint a 18 és 50 év közötti nők 15%-a szenved krónikus kismedencei fájdalomban. Az Egyesült Királyságban végzett felmérésben gyakorisága hasonló az asztmához, a hátfájdalomhoz és a migrénhez a 18-49 éves nők körében. A krónikus alhasi fájdalmak vonatkozásában meg kell különböztetnünk a ciklussal kapcsolatba hozható (ciklusfüggő) és a ciklustól teljesen függetlenül jelentkező panaszokat. A ciklusfüggő pelvipátiás tünetek közül a leggyakoribbak a dysmenorrhoea, a középidős fájdalom (Mittelschmerz), a praemenstruális szindróma (PMS), valamint az endometriózis. A ciklust nem respektáló alhasi fájdalmakat leggyakrabban a krónikus kismedencei gyulladás, valamint a következményeként kialakult összenövések, bizonyos petefészek ciszták, kismedencei pangásos vérbőség, a méh rendellenes helyzete (descensus, retroflexio), myoma, adenomyosis okozhat, de a medencén kívüli szervek fájdalma is kisugározhat az alhasba. Ez utóbbiak mögött az esetek mintegy 60%-ában gasztrointesztinális folyamatok húzódnak meg, de máj- epehólyag, vese és uréter eredetűek is lehetnek.

Diagnosztika

A laparoszkópia fontos szerepet játszik a krónikus kismedencei fájdalom háttérben álló potenciálisan viscerális okok megállapításában. A diagnosztikus és operatív laparoszkópia fontos komponense a nőgyógyászati műtéti fegyvertárnak, jelentős szerepet játszik a kismedencei krónikus fájdalom háttérben álló viscerális okok megállapításában és kezelésében. A pelvipátiás fájdalmak megfelelő értékeléséhez azok objektív megítélése szükséges és ezt követő gondos mérlegelés annak eldöntéséhez, hogy ne végezzünk feleslegesen laparoszkópiát, ugyanakkor a kezelhető eseteket sem tévesszük szem elől. A felesleges beavatkozások megelőzésével így elkerülhető a laparoszkópia zavaró placebo effektusa, melyek köztudottan, körülbelül 50%-ban észlelhetők 3 hónapig, és 25%-ban 6 hónapig a műtét utáni időszakban, ugyanakkor helytelen diagnózis során a kezelhető betegek szenvedése és fájdalma prolongálódik. A laparoszkópia önmagában nem old meg minden problémát a krónikus kismedencei fájdalom diagnózisában és kezelésében, jelenleg azonban úgy tűnik, hogy a laparoszkópia a krónikus kismedencei fájdalomban szenvedő betegek diagnosztikájának és kezelésének kulcsmódszere.

Célkitűzések

Munkámmal arra kívántam választ kapni, hogy a krónikus alhasi fájdalommal kezelt betegeknél a kórkép háttérben milyen kóroki tényezők állnak és azok felismerésében és kezelésében milyen szerepe van a laparoszkópiának.

1. Milyen a krónikus alhasi fájdalom miatt jelentkező betegek aránya a járóbeteg ellátásban, milyen gyakran igényelnek intézeti felvételt és műtéti beavatkozást?
2. Az endoszkópos beavatkozást igénylő betegcsoportban milyen arányban szerepel indikációként a krónikus kismedencei fájdalom?
3. A diagnosztikus laparoszkópia során milyen anatómiai elváltozások találhatók a panaszok háttérben.
4. Melyek a pozitív és negatív laparoszkópos lelettel rendelkező pelvipátiás betegek kezelésének lehetőségei?
5. Mi a szerepe az endometriózisnak a krónikus kismedencei fájdalomban és az infertilitásban? A panaszok és tünetek megszüntetésére milyen megoldások állnak rendelkezésünkre?

6. Van-e összefüggés az irritábilis bél szindróma és a krónikus kismedencei fájdalom között?
7. Endoszkópos beavatkozások során milyen szövődmények lépnek fel, s azok hogyan előzhetőek meg, illetve hááríthatók el?

Betegek

Klinikánkon 1978 óta végzünk laparoszkópos vizsgálatokat. 1979. január 1. és 2002. december 31. között összesen 11681 betegnél történt laparoszkópia, melyek közül 1061 beavatkozást végeztünk krónikus alhasi fájdalom miatt. Ezen belül 128 endometriózisos és sterilitászos, 118 endometriózisos és pelvipátiás, 154 irritábilis bél szindrómás beteg adatait, valamint 6974 laparoszkópos beavatkozás szövődményeit dolgoztuk fel retrospektíve. Két-két év (1989-1990 és 1998-1999) pelvipátiás betegségecsoportot részletesen elemeztünk.

Laparoszkópia kivitelezése

A laparoszkópos behatolást előzetes gázfeltöltés nélkül, a hasfal megemelését követően szűrő trokárral a köldökgyűrű alsó részén végeztük. A behatolás helyén előzetesen szikével a fascián is áthatoló inciziós sebet ejtettünk. Az optika bevezetése után a hasüreget CO₂ gázzal feltöltjük, majd a beteget 45°-os Trendelenburg helyzetbe hozzuk, melynek következtében a kismedence jól áttekinthetővé válik. Valamennyi laparoszkópos beavatkozás általános anesztéziában, intubációs narkózisban történt. Minden pelvipátia miatt végzett diagnosztikus laparoszkópia alkalmával a kismedencén kívül gondosan áttekintettük az egész hasüreget különös tekintettel az appendix vermiformis-coecum-tájra, a szigma bélre és az epehólyagra.

A diagnosztikus laparoszkópia során általában a szükséges operatív beavatkozásokat is elvégeztük. A hemosztázist unipoláris és bipoláris koagulációval biztosítottuk

A betegeket a diagnosztikus laparoszkópia utáni napon, operatív beavatkozást követően a műtét súlyosságától függően a második, vagy harmadik posztoperatív napon emittáltuk.

Vizsgálati eredmények

Krónikus alhasi fájdalom - laparoszκόpia

23 év alatt 11681 laparoszκόpos beavatkozást végeztünk. A laparoszκόpiák 42,9%-a volt operatív, a krónikus alhasi fájdalom 1061 esetben (9,08) szerepelt, mint indikáció (III. Táblázat).

*Laparoszκόpos beavatkozások száma
1979. január 1. – 2002. december 31.*

	Esetszám	Százalék
Összes laparoszκόpia	11681	100
Operatív laparoszκόpia	5017	42,9
Diagnosztikus laparoszκόpia	6664	57,1
Ebből: - Sterilitás	4373	37,4
- Pelvipátia	1061	9,08
- Egyéb ok	1230	10,5

III. Táblázat

A IV. táblázat a pelvipátia miatt végzett laparoszκόpiák során talált leleteket mutatja be. A legnagyobb számban kismencedei adheziókat találtunk (19,8%), s csaknem minden hatodik betegnél endometriózis volt a krónikus alhasi fájdalom oka (17,7%). Kisebb, de jelentős számban fordult elő petefészek ciszta, parametritisz posterior, és csaknem 3%-ban krónikus appendicitisz. A betegek 27,2%-ánál viszont nem találtunk semmilyen morfológiai eltérést a panaszok hátterében.

Pelvipátia miatt végzett diagnosztikus laparoszkópiák leletei

Diagnózis	Esetszám	Százalék
Endometriózis	187	17,7
Kismencei összenövések	209	19,8
Ovariális cyszta	112	10,6
Parametritisz poszt. chr.	47	4,5
Szigmoiditisz	9	0,8
Retroflexio versio uteri	38	3,5
Myoma uteri	81	7,6
Krónikus appendicitisz	31	2,9
Lig. latum varikozitása	58	5,4
Norm. Kismencei situs	289	27,2

IV. Táblázat

Részletesen elemeztük két különböző időszakban (1989-1990 és 1998-1999) pelvipátiás klinikai adatait, melyeket a V. táblázatban foglaltunk össze. Nem volt lényeges különbség a pozitív és negatív laparoszkópos lelettel rendelkezők között az életkorban és a testsúlyban, ugyanakkor a pozitív lelettel rendelkezők csoportjában jelentősen magasabb volt a szülések, spontán vetélések, extrauterin graviditások és az interrupciók száma. Szignifikánsan több adnexműtét, appendektómia, cholecisztektómia, hysterektómia és szekció cezarea fordult elő a pozitív laparoszkópos lelettel rendelkező betegek csoportjában.

Az 1989-90-es, valamint az 1998-99-es években pelvipátia miatt vizsgált betegek klinikai adatai

Klinikai adatok	Laparoszkópiás lelet	
	negatív	pozitív
Esetszám (n)	56 (29,6 %)	133 (70,4 %)
Életkor (év)	36,8 (17-66)	33,8 (16-61)
Testsúly (kg)	55 (40-97)	59,3 (42-95)
Panaszok fennállásának átlagos időtartama (hónap)	40,7 (6-102)	29,0 (2-50)
Korábbi terhességek	132	371
Partus	103	258
Abortus spontaneus	15	51
Interruptio	6	21
Extrauterin graviditás	0	7
Korábbi műtétek	26	124*
Adnex műtétek	2	19*
Appendektómia	9	32*
Cholecisztektómia	3	18*
Szekció cezarea	8	34
Hisztrektómia	3	11
Egyéb	1	4

*p<0,01

V. Táblázat

A VI. táblázatban a pozitív laparoszkópos leleteket mutatjuk be, melyek szerint a legnagyobb arányban (32,2%) a kismencedei adhéziók, endometriózis (21,6%) és petefészek ciszta (10,4%) fordultak elő. Az észlelt anatómiai elváltozások 87%-át laparoszkópiával megoldottuk, s mindössze 13%-ban kényszerültünk laparotómiára (VII. táblázat). Az operatív beavatkozások során jelentős számban végeztünk adhéziolizist, endometriózis excízióját, illetve lézer-, vagy elektrokoagulálását, a szakrouterin szalagok denervációját, cystektómiát, myomektómiát és ventrofixációt.

Az 1989-90-es, valamint az 1998-99-es években vizsgált pozitív pelvipátiás lelettel bíró betegek laparoszkópos adatai

Diagnózis	Esetszám	Százalék
Endometriózis	29	21,6
Kismedencei összenövések	43	32,2
Ovariális cyszta	13	10,4
Parametritisz poszt. chr.	11	9,0
Szigmaiditisz	2	1,5
Retroflexio verzió uteri	5	3,6
Myoma uteri	12	9
Krónikus appendicitisz	5	3,7
Lig. latum varikozitása	9	6,7
Krónikus adnexitisz	4	3,0

VI. Táblázat

A VIII. táblázatban összefoglaltuk a konzervatív kezelések adatait. Az endometriózisban szenvedő betegeknek legalább fél éven keresztül GnRh analógot adtunk, 4 beteg antibiotikum és szteroid, 17 nem szteroid gyulladásgátló és fájdalomcsillapító kezelésben részesült. 20 beteget balneoterápiára, 24-et más szakterületre irányítottunk.

Az 1989-90-es, valamint az 1998-99-es években vizsgált pozitív pelvipátiás lelettel bíró betegek műtéti kezelése

Műtét neve	Laparoszkópia	Laparotómia
Adheziolyzisz	35	8
Endometriózis (excízió, elektrokoag.)	26	3
Cisztéktómia	12	1
Myomektómia	9	1
Hisztérektómia	0	2
Ventrofixáció	5	0
Log. szakrout. denervációja (LUNA)	20	0
Összesen:	107	15

VII. Táblázat

Az 1989-90-es, valamint az 1998-99-es években vizsgált pozitív pelvipátiás lelettel bíró betegek konzervatív kezelése

Terápia módja	Esetszám
Balneoterápia	20
Antibiotikum + szteroid	4
Nem szteroid gyulladáscsökkentő	17
GnRh analóg kezelés	29
Más szakterületre irányítva	24
Ebből: - sebészeti kivizsgálás	5
- belgyógyászati kivizsgálás	2
- szexuálpszichológiai exploráció	17

VIII. Táblázat

Anyagunkban a pelvipátia miatt vizsgált betegek 27,2%-ában a laparoszkópia során nem találtunk anatómiai elváltozást a kórkép háttérében. A pozitív lelettel rendelkező betegek csoportjában a szükséges operatív beavatkozások több, mint kétharmadát a diagnosztikus laparoszkópiával egyidőben elvégeztük. Adhéziolízis endometriózisos elváltozások kimetszése, elektrokoagulációja, szakrouterin szalagok denervációja, cisztekтомia, ovárium rezekció, myomectómia, valamint a hátrahajlott uterusz ventrofixációja voltak a leggyakoribb operatív laparoszkópos beavatkozások. Külön említést érdemel a negatív lelettel érkező betegek csoportja, akiknél hosszú ideig tartó gyógyszeres (NSAID, orális fogamzásgátlók, GnRh analógok, Detralex, stb.) kezelésen kívül szükség lehet szexuál-pszichológiai explorációra valamint kezelésre.

Pelvipátia miatt vizsgált betegek több mint 20%-ában, a sterilitásos panaszokkal felvett betegek csaknem 10%-ában endometriózist találtunk a panaszok háttérében. Ezért ezen két betegcsoportot külön-külön vizsgáltuk, arra keresve a választ, hogy az endometriózis kombinált (laparoszkópos, sebészi és GnRh analóg adása) kezelése milyen mértékben javítja a sterilitásos betegek fertilitási rátáját, illetve a kezelés hatására hogyan javulnak az endometriózis által okozott pelvipátiás panaszok.

Endometriózis - sterilitás

A vizsgált időszakban összesen 128 (primer meddőség: 91 [75,7%], szekunder meddőség: 37 [24,3%]) endometriózisos beteget kezeltünk meddőség miatt (az ezen időszakban az összes meddőséggel kezelt beteg 9,6%-a). A betegek átlagéletkora 29,1 (20-38) év, a meddőség fennállásának átlagos időtartama 3,3 (2-9) év volt. Kivizsgálásuk klinikánk meddőségi protokollja szerint történt, melynek lényeges eleme a laparoszkópia. Az endometriózis stádiumának meghatározására a módosított amerikai beosztást [4] használtuk, melyet a diagnosztikus laparoszkópia során állapítottunk meg.

A 128 endometriózisos sterilitás miatt kezelt betegből a laparoszkópia során 63 betegnek mindkét petevezetője átjárható volt, 41-nek egyik oldali, 24-nek mindkét oldali petevezetője lezárt volt. A betegek endometriózis-stádium szerinti megoszlását a IX. táblázatban foglaltuk össze. A betegség I. stádiumában 4, a II. stádiumban 67, a III. stádiumban 39 és a IV. stádiumban 18 páciens volt.

Sterilitás miatt kezelt betegek adatai

Kezelt betegek száma	128
Életkor	20-38 év (átlag: 29,1 év)
Sterilitás időtartama	2-9 év (átlag: 3.3 év)
Endometriózis stádiumok	Betegek száma
I. std. (minimális)	4
II. std. (enyhe)	67
III. std. (középsúlyos)	39
IV. std. (súlyos)	18

IX. Táblázat

A módszerek fejezetben ismertetett séma szerinti kezeléssel az enyhe és a minimális endometriózissal kezelt 71 betegnél a 3 éves utánkövetéses vizsgálat során 46 terhesség (42 spontán, 4 IVF), a 39 középsúlyos betegnél 20 terhesség (13 spontán, 7 IVF), míg a 18 súlyos endometriózisos betegnél 5 terhesség (valamennyi IVF) következett be. A kezelés kezdetétől a terhesség bekövetkeztéig átlagosan hét és fél hónap telt el (X. táblázat).

Eredmények

	Kezelt betegek száma	Terhesség
Minimális és enyhe endometriózis	71	46
Középsúlyos endometriózis	39	20
Súlyos endometriózis	18	5
Összesen	128	71

X. Táblázat

Recidiva a vizsgált időszakban az I-es és a II-es stádiumba sorolt betegeknél nem fordult elő. A III. és IV. stádiumban összesen 18 alkalommal észleltünk recidivát, leggyakrabban retrocervikális és ovariális endometriózisban szenvedő betegeknél.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy az endometriózis kombinált (laparoszkópos sebészi és GnRH analóg adása) kezelése jelentősen javítja ezen betegcsoportban a fertilitási rátát. Minimális és enyhe endometriózisban 64%-al, középsúlyos esetben több mint 50%-al, súlyos esetben 16%-al, összességében 53%-al. Eredményeink hasonlóak az irodalmi adatokhoz (5, 29, 30), ahol hasonló fertilitásjavulást észleltek azoknál a betegeknél, akiknél kombinált kezelést végeztek infertilitást okozó enyhe endometriózis miatt.

Endometriózis – krónikus alhasi fájdalom

118 endometriózisos beteget kezeltünk krónikus alhasi fájdalom miatt. Az endometriózisos betegek átlagéletkora 31,2 év, a krónikus alhasi fájdalom fennállásának átlagos időtartama 14,3 hónap volt. A krónikus alhasi fájdalomtól szenvedő betegek kezelésekor a kombinált sebészi és gyógyszeres kezelést alkalmaztuk, melynek gyógyszeres része alapvetően a GnRH analóg adásából állt. A kombinált kezelés során az elváltozásokat a diagnosztizálásukkal egyidőben eltávolítottuk, vagy vaporizáltuk, majd hat hónapos GnRH-analóg kezelést végeztünk.

A betegség I. stádiumában 3, a II. stádiumban 51, a III. stádiumban 43 és a IV. stádiumban 21 páciens volt. A módszerek fejezetben ismertetett séma szerinti kombinált műtéti és konzervatív kezeléssel nyert eredményeket a XI. XII, XIII. Táblázatban foglaltuk össze. Ennek értelmében a dysmenorrhoea két hónap kezelés után jelentősen csökkent, további változást a későbbiekben nem tapasztaltunk. A dyspareunia nem javult számottevően

a kezelés hatására, a kismencedei fájdalom három hónapos kezelés eredményeként jelentősen mérséklődött, s további csökkenést tapasztaltunk a hat hónapos kezelés végéig. A fizikális vizsgálat során észlelt nyomásérzékenység csak három hónapos kezelés után csökken, s további javulást észleltünk a hatodik hónap végéig, hasonlóan változott a bimanuális vizsgálatkor észlelhető elváltozás is.

A betegek megoszlása kezelés előtt

	Dysmenorrhoea	Dyspareunia	Kismencedei fájdalom	Vizsgálatkor nyomásérzékenység a kismencedében	Bimanuális vizsgálattal észlelhető elváltozás
Panaszmentes	16	69	-	14	42
Enyhe	32	34	44	45	43
Közepes	62	12	62	57	24
Súlyos	8	3	12	2	9
Összesen	118	118	118	118	118

XI. Táblázat

A betegek megoszlása kezelés után 3 hónappal

	Dysmenorrhoea	Dyspareunia	Kismencedei fájdalom	Vizsgálatkor nyomásérzékenység a kismencedében	Bimanuális vizsgálattal észlelhető elváltozás
Panaszmentes	109	74	72	69	71
Enyhe	9	32	34	37	26
Közepes	-	10	12	11	21
Súlyos	-	2	-	1	-
Összesen	118	118	118	118	118

XII. Táblázat

A betegek megoszlása kezelés után 6 hónappal

	Dysmenorrhoea	Dyspareunia	Kismedencei fájdalom	Vizsgálatkor nyomásérzékenység a kismedencében	Bimanuális vizsgálattal észlelhető elváltozás
Panaszmentes	111	78	93	90	89
Enyhe	7	31	21	23	19
Közepes	-	8	4	4	10
Súlyos	-	1	-	1	-
Összesen	118	118	118	118	118

XIII. Táblázat

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az endometriózis okozta pelvipátiás panaszok megszüntetésében eredményes a kombinált (laparoszkópos sebészi és GnRh analóg) kezelés, különösen a dysmenorrhoea, a kismedencei fájdalom és a kismedencei nyomásérzékenység tekintetében, amely esetekben a kezelés eredményként szignifikánsan csökken a fájdalom. Egy évvel a kezelés után a dysmenorrhoeás panaszok 17%-ban, közepsúlyos és súlyos kismedencei fájdalom 32%-ban, a dyspareunia 65%-ban, a kismedencei nyomásérzékenység 13%-ban, tapintható elváltozás 23%-ban recidivált. Ezért nagyon fontos a betegek követése, gondozása, mert a legkisebb panasz, tünet ismételt jelentkezésekor elkezdett gyógyszeres kezelés (fogamzásgátló, Orgametril adása) a panaszmentes időszakot jelentősen meghosszabbítja. A kezelést személyre szabottan kell végezni.

Irritábilis bél szindróma – pelvipátia

A pelvipátia miatt vizsgált betegek közül 154 esetben ROMA 1 kritériumok szerint irritábilis bél szindróma vagy ennek gyanúja merült fel. ROMA 1 kritérium szerint a pozitív IBS klasszifikációjába tartozik a legalább 3 hónapig tartó folyamatos vagy visszatérő hasi fájdalom, diszkomfort, amely székletürítésre enyhül. Ehhez társul az alábbiak közül legalább kettő: 1. Naponta 3 vagy többszöri székletürítés.

2. Változó konzisztenciájú (székrekedésszerű vagy hasmenéses), változó passzázsú (erőltető, sürgető vagy nem teljes kiürülési érzést nyújtó) széklet.
3. Nyákos széklet.
4. Haspuffadás vagy hasfeszülés.

Az ezen betegeknél elvégzett laparoszkópos vizsgálat során 4,5%-ban, 7 esetben találtunk periappendikuláris és periszigmoidális összenövéseket, melyeket oldva a betegek panaszai 4 esetben mérséklődtek, 3 betegnél megszűntek. Bár csak kisszámú betegnél találtunk pozitív laparoszkópos elváltozást, de ennek ellenére vizsgálataink alapján javasoljuk a laparoszkópia elvégzését olyan irritábilis bél szindrómás betegeknél, ahol a diagnózis csak valószínűsített illetve a konzervatív kezelés eredménytelen.

A laparoszkópos beavatkozások szövődményei

A nőgyógyászati diagnosztikában és terápiában komoly áttörést hozott az endoszkópia. A módszer számos előnye mellett speciális kockázatokkal jár, melyek fokozottabban jelentkeznek a „betanulási” fázisban, és lényegesen kisebb mértékben a későbbi klinikai gyakorlatban. A különböző szövődmények előfordulási aránya intézetenként, sőt operatőrönként is különböző, függ az alkalmazott eszközöktől és módszerektől, s nem kevésbé a vizsgált, illetve a kezelt betegektől. A sebészi beavatkozást igénylő laparoszkópos szövődmények gyakoriságát a különböző szerzők 1,2-4% között adják meg (24, 27).

Egy intézet endoszkópos tevékenységének minőségét nemcsak a végzett műtéti eljárások milyenségéről és mennyiségéről szóló beszámolók fémjelzik, hanem az endoszkópos aktivitás során észlelt szövődmények aránya és jellege, valamint azok elhárításának módja is.

1990. január 1. és 2002. december 31. között elvégzett 6974 laparoszkópia során összesen 65 olyan szövődmény fordult elő, amely vagy műtéti megoldást, vagy klinikai felvételt és gyógyszeres kezelést igényelt. Ezek éves megoszlását mutatja be az XIV. Táblázat

*Laparoszkópiák szövődményei a PTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán
(1990. január 1 – 2002. december 31.)*

Év	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Laparoszkópiák Száma	982	593	435	415	598	468	437	514	496	541	485	435	597
Szövődmények Száma	10	4	1	4	5	5	6	4	2	7	6	4	7
%	1,0	0,7	0,23	0,96	0,84	1,0	1,38	0,8	0,4	1,3	1,2	0,9	1,2

XIV. Táblázat

A szövődmények között 21,5%-ban a gyulladással szövődmény fordult elő. Ezen belül kiemelnénk a heveny hashártyagyulladást, amelyre általában az volt a jellemző, hogy 24 órán belül alakult ki, fudrojáns lefolyású volt, igen magas lázzal, hányással, hasi disztenzióval. A gyulladások jelentős része antibiotikus-kezeléssel, esetleg punkcióval megszüntethető volt. Az ilyen szövődmények általában 2-7 nappal a beavatkozást követően alakultak ki, és kevésbé heves lefolyásúak voltak. Béllézió tizennyolc esetben fordult elő, tizenkettőnél a behatolás során a trokár vagy az optika okozott sérülést, hat esetben a hasüregben végzett manipuláció, adhéziólízis illetve a biopszia.(XV. Táblázat) Kisebb erekből származó vérzést 16 esetben észleltünk. Négy betegnél a második trokár bevezetése során sérült az artéria epigasztrika, háromnál a cseplesznek a hasfalról történő leválasztásakor kaptunk erős hasfali vérzést. Ezen esetekben laparatómiára kényszerültünk, míg az előzőeknél laparoszkópos kontroll mellett nagy átöltésekkel uralható, illetve megszüntethető volt a vérzés.

Szövődmények típusa, száma és megoldása

Szövődmények típusa	száma	%	megoldása
Bélsérülés	18	27,7	laparotómia
Gyomorperforáció	3	4,61	laparotómia
Akut peritonitisz	8	12,3	laparotómia
Gyulladás	14	21,5	antibiotikum
Vérzés	16	24,6	laparotómia 4 laparoszkópia 12
Egyéb			
- csepleszkitapadás	5		
- szikepenge „elvesztése”	1	9,23	laparotómia

XV. Táblázat

Külön említést érdemel a gyomorfallal perforációja, mint a laparoszkópiák igen ritka (vagy talán nem is olyan ritka) szövődménye. Anyagunkban három esetben történt gyomorperforáció, mindig a behatolás során. Kétszer a nagygörbületnél, egyszer a kisgörbületnél trokárral illetve az optikával sértettük a gyomorfallat. Mindhárom esetben az optikával látható volt a gyomornyálkahártya, így azonnal laparotómiát végeztünk, és sebész segítségével elvarrtuk a perforációs nyílást. Késői szövődménye a gyomorfallsérülésnek nem volt.

Az egyéb szövődmények sorában két esetben fordult elő csepleszextrúzió a köldökgyűrűn keresztül, amely a betegek emittálása után napokkal vált nyilvánvalóvá. A cseplesz minilaparotómiával történt rezekciójával és visszahelyezésével oldottuk meg ezeket. Egy túlsúlyos betegnél fordult elő tartós alhasi fájdalom, mikor nagyobb mennyiségű gáz került a hasfal rétegei közé úgy, hogy a trokárral nem jutottunk túl a peritoneumon.

A másik ritka szövődmény egy szikepenge „elvesztése” volt a hasüregben, mikor még szétszedhető szikéket használtunk a trokár bevezetése előtt. Belső sérülést a hasba került szike nem okozott, és minilaparotómiával eltávolításra került.

Megbeszélés

A krónikus alhasi fájdalom, melynek oka fizikális vizsgálattal illetve a rendelkezésre álló indirekt vizsgáló módszerekkel (röntgen, ultrahang) nem, vagy csak nehezen deríthető ki, a nőgyógyászati betegforgalom jelentős hányadát teszi ki.

A hasi diagnosztikával foglalkozó szakmák (belgyógyászat, sebészet, stb.) is gyakran találkozhatnak ezzel a problémakörrel. Tekintettel arra, hogy a laparoszkópos módszer lehetővé teszi a pontos tájékozódást a hasi és kismedencei szervekről, kézenfekvő volt alkalmazása a tisztázatlan eredetű alhasi panaszok diagnosztikájában, illetve a diagnosztikán túlmenően a terápiában is.

Az irodalomban igen eltérő adatokat találhatunk pelvipátiás betegeknél a laparoszkópia során észlelt negatív leletek arányát tekintve. Murphy (34) 20%-ban, Jacobson (21) 23%-ban találtak negatív kismedencei leleteket. Ezzel szemben McBride (31) az esetek 50%-ában, Liston és mtsai (26) pedig az esetek 76%-ában nem észleltek anatómiai eltérést. Eredményeink Cunanan és mtsai (11) adataihoz állnak legközelebb, akik kismedencei fájdalommal bíró betegek 30%-ában észleltek negatív laparoszkópiás leletet. A viszonylag nagy eltéréseknek feltehetően a különböző beteganyag, valamint az eltérő diagnosztikus és terápiás elvek lehetnek az okai.

A pelvipátia igen összetett kórkép, melynek az esetek jelentős részében nincs kimutatható oka. Ezek az esetek nagy valószínűséggel a vegetatív neurózisok csoportjába tartoznak. Erre utalhat az is, hogy panaszai hosszabb ideje állnak fenn, és számos szakrendelést jártak már meg különösebb eredmény nélkül. Ugyanakkor az esetek kétharmadában jól definiálható és laparoszkópiával diagnosztizálható anatómiai elváltozás húzódik meg a háttérben. Ezek közül mindenképpen figyelemre méltóak a korábban végzett adnexműtétek, (extrauterin graviditás) valamint az appendektómiák. A diagnosztizált adhéziók magas száma utal arra, hogy a pelvipátiás panaszokkal jelentkező betegeknél minden korábban végzett hasi műtétet komolyan kell tekintetbe venni. A pelvipátia laparoszkópos diagnosztikájának és kezelésének jelentősége az alábbiakban foglalható össze:

1. A negatív hasi lelettel rendelkező betegek, akiknek panaszai feltehetően nagy valószínűséggel pszichogén eredetűek, a laparoszkópos vizsgálat, illetve az azt követő

felvilágosítás után jelentős arányban megszabadulnak betegségtudatuktól, nem egyszer karcinofóbiájuktól.

2. A pozitív kismedencei lelettel bíró betegeknel, akiknel a kismedence fizikális lelete negatív volt, a panaszokat kiváltó ok precízen diagnosztizálható.
3. A diagnosztikus beavatkozás során észlelt anatómiai elváltozások csaknem kétharmada megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező intézetben laparoszkóppal megoldható. Természetesen nem mondhatjuk azt, hogy a laparoszkópia megold minden problémát, amely e betegségcsoporttal kapcsolatban felmerül, azt azonban határozottan állíthatjuk, hogy a pelvipátiás betegek diagnosztikájában a laparoszkópia nélkülözhetetlen, a terápiában pedig igen eredményesen alkalmazható módszer.

Következtetések. Az eredmények gyakorlati hasznosítása

A célkitűzések című fejezetben feltett kérdésekre az általam végzett retrospektív vizsgálatok alapján az alábbi következtetésekre jutottam:

1. A krónikus alhasi fájdalom miatt jelentkező betegek több mint 2/3-ában mutatható ki anatómiai elváltozás a panaszok hátterében, mely laparoszkóppal diagnosztizálható.
2. A diagnosztikus célból végzett laparoszkópiák közel 10%-a pelvipátia miatt történik.
3. A diagnosztikus beavatkozás során észlelt anatómiai elváltozások több mint 60%-a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező intézetekben laparoszkóppal megoldható.
4. A krónikus kismedencei fájdalom okainak és következményeinek differenciál diagnosztikájában és kezelésében, továbbá a hatékony kezelés megtervezésében a laparoszkópia nélkülözhetetlen.
5. A pelvipátiás panaszok hátterében minden ötödik betegnél (21,6%-ban) endometriózis található. A panaszok, tünetek megszüntetésére legeredményesebben a kombinált (laparoszkópos sebészi + GnRh analóg adása) kezelés alkalmazható.
6. Az endometriózisos betegek a fertilitási rátája jelentősen javult a kombinált kezelés eredményeként. Minimális és enyhe endometriózisban 64%-al, közepes súlyos esetekben több mint 50%-al, súlyos esetekben 16%-al, összességében 53%-al.

7. Az endometriózis okozta pelvipátiás panaszok a műtéti és gyógyszeres kezelés után dysmenorrhoea esetén két hónap után jelentősen csökkentek, további változást a gyógyszeres kezelés hat hónapja alatt nem észleltem. Dyspareunia nem javult számottevően a kezelés hatására. A kismencedei fájdalom három hónapos kezelés után csökkent jelentősen, és a fájdalom intenzitásában további csökkenés volt megfigyelhető a hatodik hónap végéig.
8. Az endometriózis és pelvipátia gyakori előfordulása a hazai fertilis populációban felhívja a figyelmet ezen betegségcsoportnak népegészségügyi gondként való kezelésére. A hatékony és eredményes kezelés feltétele a korai diagnózis és a megfelelő laparoszkopos operatív ellátás.
9. Az irritábilis bél szindrómával kezelt betegek 4,5%-ában a panaszok háttérében a bélrendszeren kívül anatómiai elváltozást találtam, melyet megoldva a panaszok megszűntek, illetve mérséklődtek. Ennek alapján javaslom a laparoszkipia elvégzését ezen betegségcsoportnál.
10. A laparoszkopos műtétek szövődményeinek legnagyobb hányada a hasüregbe történő behatolás során lép fel. Az általam is használt direkt behatolási technika alkalmazásával jelentősen csökkenthetők a szövődmények. Leggyakoribb szövődmények a bélsérülés és vérzés, mely az összes beavatkozásra számítva 4,5%-ben fordult elő.

Felhasznált irodalom

1. Aldana JP, Marcovich R, Singhal P, Reddy K, Morgenstern N, El-Hakim A, Smith AD, Lee BR. Immune response to laparoscopic bowel injury. *J Endourol* 2003; 17: 317-22.
2. Almeida OD Jr, Val-Gallas JM. Conscious pain mapping. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 587-90.
3. Almeida OD Jr, Val-Gallas JM. Office microlaparoscopy under local anesthesia in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5: 407-10.
4. American Fertility Society Revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1985; 43: 351-352.
5. Bérubé S., Marcoux S., Maheux R, Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women. *Epidemiology* 1998; 9: 504-511.
6. Bhiwandiwalla P, Mumford SD, Feldblum PJ. A comparison of different laparoscopic sterilization osclusion techniques in 24 439 procedures. *Am J Obstet Gynec* 1982; 144: 319-31.
7. Bódis J, Drozgyik I, Arany A, Török A, Szekeres S, Gács E, Csaba I. Laparoszópia jelentősége a pelvipátia diagnózisában és terápiájában. *Magy Nőorv L* 1992; 55: 395-400.
8. Calhaz-Jorge C., Mol BW., Nunes J., Costa AP. Clinical predictive factors for endometriosis in a portuguese infertile population. *Hum Reprod* 2004; 9: 2126-2131.
9. Chamberlain G. Gynaecological laparoscopy. *Ann Royal Coll Surg* 1980; 62: 113-115.
10. Cramer DW., Wilson E., Stillman RJ., Berger MJ., Belisle S., Schiff I., Albrecht B., Gibson M., Stadel BV., Schoenbaum SC. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise. *J Am Med Assoc* 1986; 255: 1904-1908.
11. Cunanan, R.G, Jr. Courey N. G, Lippes J. Laparoscopic findings in patients with pelvic pain. *Am. J. Obstet Gynecol* 1983; 146:589.
12. Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. *Fertil Steril* 1997; 67: 238-43.

13. Drozgyik I, Szabó I. Krónikus alhasi fájdalom – laparoszkópia. *Magy Nőorv L* 2003; 66: 305-309.
14. Eskenazi B., Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24: 235-258.
15. Evers JLH. Endometriosis does not exist; all women have endometriosis. *Hum Reprod* 1994; 9: 2206-2208.
16. Gowri V, Krolkowski A. Chronic pelvic pain. Laparoscopic and cystoscopic findings. *Saudi Med J* 2001; 22: 769-70.
17. Houston DE., Noller KL., Melton J., Selwyn BJ., Hardy RJ. Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970-1979. *Am J Epidemiol.* 1987; 125: 959-969.
18. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 749-766.
19. Hulka JF, Peterson HB, Phillips JM, Surrey MW. Operative laparoscopy: American Association of Gynecologic Laparoscopists' 1991 membership survey. *J Reprod Med* 1993; 38: 569-571.
20. Hulka JF. Complications of laparoscopy. *Curr Prob Obstet Gynecol* 1980; 4: 1-63.
21. Jacobson L, Westrom L. Objectivised diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105: 1088-98.
22. Jacobson L, Westrom L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105: 1088-98.
23. Koninckx PR. Is mild endometriosis a condition occurring intermittently in all women? *Hum Reprod* 1994; 9: 2202-2205.
24. Lehmann-Willenbrock E, Riedel HH, Mecke H, Semm K. Pelviscopy/Laparoscopy and its complications in Germany 1949-1988. *J Reprod Med* 1992; 37: 671-677.
25. Liston WA, Bradford WP, Downie J, Kerr MG. Laparoscopy in a general gynecologic unit. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113: 672-7.
26. Liston WA, Brdford WP, Downie J, Kerr MG. Laparoscopy in a general gynecologic unit. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113: 672-7.
27. Loffer FD, Pent D. Indications, contraindications and complications of laparoscopy. *Obstet Gynec Surv* 1975; 30: 407-27.
28. Mahmood TA., Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1991; 6: 544-549.

29. Marcoux S., Maheux R., Bérubé S, Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. *N Engl J Med* 1997; 337: 217-222.
30. Matorras R., Rodriquez F., Pijoan JL., Ramon O., Terán GG., Rodriguez-Escudero F. Epidemiology of endometriosis in infertile women. *Fertil Steril* 1995; 63: 34-38.
31. McBride N, Newman RL. Diagnostic laparoscopy. *Int J Gynecol* 1978; 15: 556-8.
32. Mintz M. Risks and prophylaxis in laparoscopy: a survey of 100,000 cases. *J Reprod Med* 1977; 18: 269-277.
33. Molloy D. Kaloo PD, Cooper M, Nguyen TV. Laparoscopic entry: a literature review and analysis of techniques and complications of primary port entry. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42: 246-54.
34. Murphy A, Fliegner J. Diagnostic laparoscopy: Role in management of acute pelvic pain. *Med J Aust* 1981; 1: 571-3.
35. Nisolle M., Donnez J. Peritoneal, ovarian and rectovaginal endometriosis. The identification of three separate diseases. Parthenon Publishing, 1997.
36. Ostrzenski A. Laparoscopic intestinal injury: a review and case presentation. *J Natl Med Assoc* 2001; 93: 440-3.
37. Parazzini F., Ferraconi M., Fedele L., Bocciolone L., Rubessa S., Riccardi A. Pelvic endometriosis: reproductive and menstrual risk factors at different stages in Lombardy, northern Italy. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 61-64.
38. Peterson HB, Hulka JF, Phillips JM. American Association of Gynecologic Laparoscopists' membership survey on operative laparoscopy. *J Reprod Med* 1990; 35: 587-589.
39. Pizzo A, Salmeri FM, Ardita FV, Sofo V, Tripepi M, Marsico S. Behaviour of cytokine levels in serum and endometriosis. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54: 82-87.
40. Sampson JA. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary. *Arch Surg* 1921; 3: 245.
41. Semchyshyn S, Strickler RC. Laparoscopy. Is it replacing clinical acumen? *Obstet Gynecol* 1976; 48: 615-8.
42. Semchyshyn S, Strickler RC. Laparoscopy: is it replacing clinical acumen? *Obstet Gynecol* 1976; 48: 615-8.
43. Semm K. Die operative Pelviskopie. Urban und Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore, 1983.

44. Sharp HT, Dodson MK, Draper ML, Watts DA, Doucette RC, Hurd WW. Complications associated with optical-access laparoscopic trocars. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 553-5.
45. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994; 62: 696-700.
46. Szendei G., Hernádi Z., Dévényi N., Csapó Z. Meddőség-endometriosis és krónikus kismencedei fájdalom. *Magy Nőorv L.* 2004; 67: 63-71.
47. Vilos GA. Laparoscopic bowel injuries: forty litigated gynaecological cases in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24: 224-30.
48. Whiteside JL, Falcone T. Endometriosis-related pelvic pain: what is the evidence? *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 824-830.
49. Wieser, J, Fabjani G, Tempfer C, Schneeberger C, Zeillinger R, Huber JC, Wenzl R. Tumor necrosis factor- α and endometriosis. *J Soc Gynecol Investing* 2002; 9: 313-318.
50. Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Savitz LA, Steege JF. Recognition and treatment of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 761-7.
51. Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM et al. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril* 1990;53:978-983.
52. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78:719-726.
53. Thornton JG, Morley S, Lilleyman J et al. The relationship between laparoscopic disease, pelvic pain and infertility; an unbiased assessment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;74:57-62.

Publikációs jegyzék

A témakörben megjelent közlemények jegyzéke

1. Bódis J., **Drozgyik I.**, Török A., Gács E.:
Laparoszkópia jelentősége a pelvipátia diagnózisában és terápiájában.
Magy. Nőorv. L. 55:395-400. (1992)
2. **Drozgyik I.:**
Sterilitás, az endometriózis laparoszkópia útján történő kivizsgálása és kezelése.
Szülészeti és Nőgyógyászati Továbbképző Szemle, (4. évf. 1. Supplementum 108, 2002.
augusztus)
3. **Drozgyik I.**, Szabó I.:
Krónikus alhasi fájdalom – laparoszkópia.
Magy. Nőorv. L. 66. 305-309. (2003)
4. **Drozgyik I.**, Szabó I.:
Laparoszkópos beavatkozások szövődményei klinikai gyakorlatunk során 1990-2002.
között
Magy. Nőorv. L. 68. 185-189. (2005.)
5. Halvax L., Csermely T., **Drozgyik I.**, Werling J., Szabó I.:
Ultrahanggal asszisztált laparoszkópos hüvelyképző műtét.
Magy. Nőorv. L. 68. 261-265. (2005.)
6. **Drozgyik I.**, Mánfai Z., Szabó I.:
Tapasztalataink az endometriózis laparoszkópos diagnosztikájával és kombinált
kezelésével meddő betegeknél.
Magy. Nőorv. L. 68. 319-323. (2005.)
7. **Drozgyik I.**, Vizer M., Szabó I.:
Proper place of Laparoscopy in the management of IBS patients.
American Journal of Obstetrics and Gynecology. 195. 1189. (2006.) **Impact fact. 2,58.**
8. **Drozgyik I.**, Halvax L., Csermely T., Szabó I.:
Tapasztalataink az endometriózis talaján kialakult krónikus alhasi fájdalom
laparoszkópos diagnosztikájával és kombinált kezelésével.
Magy. Nőorv. L. 69. 439-444. (2006.)

9. **Drozgyik I., Vizer M., Szabó I.:**
Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain.
European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.
In press. **Impact fact. 1,07.**

A témakörben megjelent közlemények összesített impakt factora: 3,65

10.2. A témakörben elhangzott előadások jegyzéke

1. **Drozgyik I.:**
Laparoszkópia jelentősége a pelvipátia diagnosztikájában és terápiájában
MNT Kongresszus, Budapest, 1991.
2. **Drozgyik I.:**
Laparoszkópia jelentősége a nőgyógyászatban
Minimal Invasive Therapy Symposium, Pécs, 1993. március 12.
3. **Drozgyik I.:**
Hysteroszkópia a nőgyógyászatban. Tapasztalataink diagnosztikus és operatív
hysteroszkópiával.
MNT Kongresszus, Debrecen, 1994. március
4. **Drozgyik I.:**
Az endoszkópia szerepe a sterilitás kivizsgálásában és terápiájában.
Sterilitas Symposium, Pécs, 1995. június.
5. **Drozgyik I.:**
Az endometriózis sebészi kezelése.
Endometriosis Symposium, Pécs, 1997. április 26
6. **Drozgyik I.:**
Az endometriózis kombinált kezelése.
Magyar Nőorvos Társaság Kongresszusa, Pécs, 1998. április
7. **Drozgyik I.:**
Az endometriózis lézer (Yag) kezelése.
Laparoszkópia jelentősége az endometriózis kombinált (sebészeti és GnRh)
kezelésében.
Endoscopos Kongresszus, Szeged, 1998. szeptember.

8. **Drozgyik I.:**
Laparoszkópia szövödményei.
Magyar-Román B.T. Tudományos Ülése, Pécs, 1999. november 5.
9. **Drozgyik I.:**
Endometriózis korszerű kezelése.
Magyar Nőgyógyászok Endocrin Társasága I. Kongresszusa
Balatonfüred, 2000. szeptember 17-19.
10. **Drozgyik I.:**
Krónikus alhasi fájdalom laparoszkópos diagnosztikája nőknél.
Krónikus alhasi fájdalom simposium, PAB –Székház, 2000. december 9.
(felkért előadás)
11. **Drozgyik I.:**
Endometriózis – sterilitás.
Endoszkópos Társaság VIII. Kongresszusa, Békéscsaba, 2001. 05. 11-12.
12. **Drozgyik I.:**
A meddőség, az endometriózis laparoszkópia útján történő kivizsgálása, és kezelése.
MNT XXVII. Nagygyűlése, Budapest, 2002. 08. 28-31.
(felkért előadás)
13. **Drozgyik I.:**
Benignus adnex folyamatok laparoszkópos ellátása
Laparoszkópos Társaság X. Kongresszusa, Nyíregyháza, 2002. 09. 19-21.
(felkért előadás)
14. **Drozgyik I.:**
Endoszkópia szerepe a sterilitás kivizsgálásában, kezelésében
Határterületi Endoszkópia III. Országos Kongresszusa, Tihany, 2003. 04. 28-30.
(felkért referátum)
15. **Drozgyik I.:**
Infertilitás – endometriózis.
MART IV. Kongresszusa, Harkány, 2003. 05. 16-17.
16. **Drozgyik I.:**
Pelvipátia – Endometriózis – Infertilitás
MNET XVI. Kongresszusa, Sopron, 2005.

17. **Drozgyik I.:**

Petefészek cysták laparoszkópos diagnosztikája és terápiája
MNT XXVIII. Kongresszusa, Szeged, 2006.
(felkért előadás)

Nem a témakörben megjelent közlemények jegyzéke

1. Szabó I., Csaba I., **Drozgyik I.**, Novák P.:
A Clements-féle gyorseszteszt értéke a respiratorikus distress syndroma antenatalis diagnosztikájában.
Orv. Hetilap 118: 287, (1976)
2. Szabó I., Csaba I., Novák P., **Drozgyik I.:**
A szteroid terápia jelentősége az újszülöttkori respiratorikus distress syndroma megelőzésében.
Orv. Hetilap 118: 566, (1977)
3. Szabó I., Csaba I., Novák P., **Drozgyik I.:**
Single-dose glucocorticoid for prevention of respiratory-distress-syndrome.
Lancet II: 243, (1977) **Impact fact: 15,8710**
4. Szabó I., Csaba I., **Drozgyik I.**, Novák P.:
Amniotic fluid shake test versus lecithin-sphingomyelin ratio in the antenatal prediction of respiratory distress syndrome.
Z. Geburtsh. u. Perinat. 181: 260, (1977) **Impact fact: 0,3730**
5. Szabó I., Csaba I., **Drozgyik I.**, Novák P.:
Prevention of respiratory distress syndrome by glucocorticoid administered in a single dose.
IRCS Medical Science 5: 372, (1977)
6. Szabó I., Csaba I., Bücs G., Novák P., **Drozgyik I.:**
Az oxytocin terheléses teszt jelentősége a lepény funkcionális állapotának megítélésére.
Magy. Nőorvos. L. 41: 247, (1978)
7. Szabó I., Csaba I., Novák P., **Drozgyik I.:**
Effect of antenatal glucocorticoid administered in a single dose on the incidence of respiratory distress syndrome premature infants.
Z. Geburtsh. u. Perinat. 182: 219, (1978) **Impact fact: 0,3730**

8. Szabó I., Tényi I., Németh M., **Drozgyik I.**, Novák P.:
Cortisol concentration and lecithin-sphingomyelin ratios in amniotic fluid.
Lancet I: 283, (1978) **Impact fact: 15,8710**
9. Szabó I., Csaba I., Bódis J., Novák P., **Drozgyik I.**, Schwartz J.:
Effect of glucocorticoid on fetal lecithin and sphingomyelin concentrations. Lancet I:
320 (1980) **Impact fact: 8,6950**
10. Szabó I., Novák P., **Drozgyik I.**, Bódis J.:
Die rolle der endogenen glukokortikoide in der entwicklung der fetalen lungenreife.
Z. Gebrutsh. u. Perinat. 184: 350, (1980) **Impact fact: 0,3730**
11. Szabó I., Novák P., Bódis J., **Drozgyik I.**:
Az endogen glükokortikoidok szerepe a magzati tüdő érettségének kialakulásában.
Magy. Nőorv. L. 44: 331, (1981)
12. Szabó I., **Drozgyik I.**, Novák P., Bódis J., Csaba I.:
Die wirkung der während der graviditat durchgeführten glukokortikoidbehandlung auf
die lezithin synthese in der fetalen rattenlunge.
Z. Geburtsh. u. Perinat. 186: 31, (1982) **Impact fact: 0,2350**
13. Szabó I., Bódis J., **Drozgyik I.**, Novák P., Csaba I.:
Die wirkung der während der graviditat durchgeführten glukokortikoidbehandlung auf
die nebennierenfunction der neugeborenen ratten.
Z. Geburtsh. u. Perinat. 186: 27, (1982) **Impact fact: 0,2350**
14. Szabó I., Kynast G., **Drozgyik I.**, Novák P., Bódis J., Gács E., Csaba I.:
A magzati tüdő funkcionális érettségének vizsgálata a magzatvíz lecitin
koncentrációjának új, enzimatisus úton történő meghatározásával.
Magy. Nőorv. L. 47: 503, (1984)
15. **Drozgyik I.**, Bódis J., Szabó I., Novák P.:
Terhesség alatti glükokortikoid kezelés hatása az újszülöttek súlyára és a lepényi
vérátáramlásra.
Magy. Nőorv. L. 49. 155, (1986)
16. Szabó I., Lányi É., Vértés M., **Drozgyik I.** Csaba I.:
Glucocorticoid receptor sin human fetal lung.
„Problems of the fetal lung maturation and of insufficient lung maturity in the
newborn.” Ed.: I. Cretti Vol. I. 170, (1988)

17. Novák P., Szabó I., **Drozgyik I.**, Csaba I.:
Premature rupture of the membranes and respiratory distress syndrome.
„Problems of the fetal lung maturation and of insufficient lung maturity in the newborn.” Ed.: I. Cretti Vol. I. 156, (1988)
18. **Drozgyik I.**, Szabó I., Novák P., Csaba I.:
Prevention of respiratory distress syndrome by glucocorticoid administered in a single dose.
„Problems of the fetal lung maturation and of insufficient lung maturity in the newborn.” Ed.: I. Cretti Vol. I. 188, (1988)
19. Szabó I., **Drozgyik I.**, Novák P., Csaba I.:
The role of the fetal pituitary-adrenal axis in the development of the lung.
„Problems of the fetal lung maturation and of insufficient lung maturity in the newborn.” Ed.: I. Cretti Vol. I. 357, (1988)
20. Veszprémi B., **Drozgyik I.**, Tamás P., Szabó I.:
Seventeen year experience with continuous lumbal peridural anaesthesia.
Ed.: V. Cosmi Parthenon Pbl., Casteron Hall, Carnforth Lancs, 537-540. (1997)
21. **Drozgyik I.**, Rigó J.:
Terhesgondozás, terhességi dietetika, vitamin és ásványianyag upplementatio a terhességben.
Szülészeti, Nőgyógyászati Protokoll, Golden Book Kiadó, 199-211. (1999)
22. **Drozgyik I.:**
Magzati állapotdiagnosztika a terhesség második felében: Mit, mikor, hogyan vizsgáljunk?
Szülészeti és Nőgyógyászati Továbbképző Szemle, 1. évf., 2. sz., 125-127. (1999)
23. **Drozgyik I.:**
Non-stressz teszt értéke napjainkban.
Szülészeti és Nőgyógyászati Továbbképző Szemle, 7. évf., 4. sz., 214-216. (2005)

Nem a témakörben megjelent közlemények összesített Impact factora: 42,026

A jelölt közleményeinek összesített impakt faktora: 45,676