

**“Környezeti tényezők és műtétes nőgyógyászati beavatkozások hatásai
az életminőségre a változókorban”**

EGYETEMI DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

Dr. Répásy István

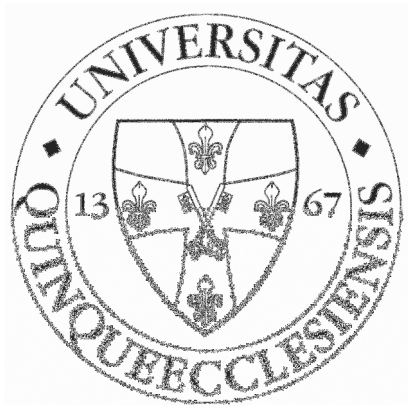
Akkreditált Ph.D. program: Reprodukciós egészségtudomány P3, C 21

Programvezető:

Prof. Dr. Bódis József egyetemi tanár, MTA Doktora

Témavezető:

Dr. Koppán Miklós, PhD. egyetemi docens



**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

2014

“A boldogság nem állapot, hanem aktivitás” (*Arisztotelész*)

1. BEVEZETÉS

Az életminőség fogalma és jelentősége a mai modern társadalmak központi célkitűzéseként fogalmazódott meg a XX. század második felére. Ekkorra ugyanis nyilvánvalóvá vált, hogy a felgyorsult gazdasági verseny, a fogyasztói társadalom folytonos kihívásai, az állandó növekedés gyakran kifejezetten károsak az emberi személyiség fejlődése szempontjából.

Az Egészségügyi Világszervezet az életminőséget az alábbiak szerint határozza meg:

"Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.(Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000)"

A menopauzát a petefészkek ciklikus működésének fokozatos megszűnése, ezáltal elsődlegesen a női nemi hormonok csökkent termelődése, az ovulációs ciklusok és a menstruáció megszűnése jellemzi. Definíció szerint menopauzának azon időszakot tekintjük, amikor a petefészkek által termelt hormonok révén létrehozott utolsó menstruációt 12 hónapon belül nem követi újabb (Soules et al., 2001).

A menopausa folyamatának kiindulópontja a petefészkek, melyben a primordialis tüszők száma az élet során folyamatosan csökken a spontán atresia és a tüszőérés következtében. Az ösztrogén és - ovulációt követően - a progeszteron termeléséért a tüszők felelősek, melyek érésének elmaradásával értelemszerűen csökken az általuk termelt ösztrogén, progeszteron mennyisége. A hypothalamo-hypophysealis rendszer negatív feed-back mechanizmusának működési elve alapján tehát, az agyalapi mirigy FSH és LH elválasztása fokozódik, míg a hypothalamusban a GnRH pulzatilis szekréciója fennmarad (Messinis, 2006). A nemi hormonok kis mennyiségben az élet folyamán a mellékvesekéreg zona reticularisában is termelődnek. Posztmenopauzában a mellékvesekéreg androgéntermelése részben (androstenedione) fennmarad (F. Labrie, Luu-The, Labrie, & Simard, 2001), melyből elsősorban a zsírszövetben kis mennyiségben továbbra is ösztrogének keletkeznek. A fertilis korban elvégzett kétoldali petefészkek eltávolítás az élettani menopauzával hasonló változást hoz létre a hormonrendszerben (műtéti menopausa). Hasonló hatású az irradiáció, illetve a kemoterápia (művi menopausa).

A menopausa szubjektív tünetei igen változatosak, olykor akár tartós tünetmentességtől a kínzó tünetekig, az életminőséget, a mindennapi életvitelt jelentősen korlátozhatják (Nelson, 2008). A tünetek időbeli lefolyása igen eltérő lehet. A klimakteriális tünetegyüttes jórészt az endokrin funkciók megváltozására vezethető vissza (Guthrie, Dennerstein, Hopper, & Burger, 1996), azonban e mellett egyéb faktorok is befolyásolják, és lehetséges, hogy a tünetek súlyosságának hirtelen fokozódása a peri- vagy postmenopausában inkább tekinthető bizonyos életesemények és életkörülmények következményének, mint pusztán a hormonális változások eredőjének (Pimenta, Leal, Maroco, & Ramos, 2012). Feltételezések szerint a hormonhatás visszaállítása (MHT) mellett az ún. életmódbeli tényezők optimális irányú változtatása, ill. az elért változások (pl. fitness szint) konszolidálása is hozzájárulhat a klimakteriális tünet-együttes egyes komponenseinek enyhítéséhez. A klimakteriális csonttritkulás lassítható pl. megfelelően kidolgozott és szakszerűen alkalmazott testgyakorlatokkal. ill. a táplálék kalciumtartalmának emelésével D3 vitaminnal együtt (Heinonen et al., 1996; Ziegler, Scheidt-Nave, & Scharla, 1995). Növényi eredetű táplálékokban található természetes anyagok (pl. egyes flavonoidok) ösztrogén-szerű hatást képesek kifejteni az emberi szervezet ösztrogén- receptorain keresztül, így remény van arra, hogy megfelelő mennyiségű bevitellel a kieső saját hormont részben helyettesítve a klimakteriális panaszok enyhülnek (Miksicek, 1994). A táplálkozási szokások helyes irányba történő változtatása ebben segíthet.

2. CÉLKITÚZÉS

A./ Tanulmányozni kívántuk a nők akut miokardiális infarktuszának (AMI) incidenciája és az életkor, azaz a pre-, illetve posztmenopausa között esetleg fellelhető összefüggést. Ezen vizsgálatunkat kiterjesztettük az incidenciának az évszakokkal, illetve a hét napjaival való esetleges összefüggésére is, keresve a választ arra, hogy Magyarországon is érvényesülnek-e a nemzetközi trendek. Munkánkban arra kívántunk választ kapni, hogy van-e különbség az AMI nők közötti incidenciájában a menopausa előtti és utáni időszakban, illetve szezonális vonatkozásában.

B./ Vizsgálni kívántuk azt is, hogy hatást gyakorolhat-e, és ha igen, milyen hatást, a méheltávolítás kapcsán elvégzett salpingectomy a hátrahagyott petefészkek túlélésére. A hiszterekтомиán átesett pácienseink 19 évet felölelő anyagának szisztematikus áttekintésével a csak petefészkekkel és az intakt adnexummal (méhkiürt és petefészkek) rendelkező csoportok

közi különbségeket vizsgáltuk olyan betegeknél, akiknél újabb, második műtétet igénylő kismencedei terime alakult ki, évekkel az első beavatkozás után. A tanulmány standard vizsgálati pontja volt a petefészkek cisztikus degenerációjának előfordulási gyakorisága, illetve annak a megelőző hiszterektómia után való megjelenési ideje. Ismereteink szerint ez az első tanulmány, ami a hiszterektómia során elvégzett kürteltávolításnak a petefészkek túlélésére gyakorolt hosszú távú hatását vizsgálta.

3. VIZSGÁLATI ANYAG ÉS MÓDSZER

A./ A női szívinfarktus esetek életkori alakulásának és szezonálisának vizsgálata

Vizsgált populáció

Magyarországon 2000. január 1. és 2004. december 31. között kórházi osztályokon AMI diagnózissal felvett és kezelt női betegek adatait elemeztük OEP adatbázis használatával, BNO adatok alapján (BNO I21, I22). Ha ugyanazon beteg többször szerepelt az adatbázisban, azt újabb esetként kezeltük (ugyanazon beteg ismételt felvétele miatt a ténylegesen érintett lakosságszám, azaz a betegszám, ennél alacsonyabb). Az AMI eseteket a felvétel napja, hónapja és éve, valamint nem és életkor szerint csoportosítottuk. A felvétel időpontját tekintettük az eset bekövetkezésének időpontjaként.

Statisztikai elemzés

A statisztikai adatok elemzése varianciaanalízis (ANOVA, Kruskal-Wallis teszt) és χ^2 -próba, az adatok feldolgozása SPSS 11.0 statisztikai programmal és Microsoft Excel programmal történt. Az AMI bekövetkeztenek gyakoriságát a hét napjaira, hónapjaira lebontva, évente elemeztük, és összefüggést kerestünk az évszakonkénti számok tükrében is. Ebből a célból a tavasz március 1-től május 31-ig, a nyár június 1-től augusztus 31-ig, az ősz szeptember 1-től november 30-ig, illetve a tél december 1-től február 28-ig tartott.

B./A műtét során konzervált petefészkek/függelék későbbi működésének vizsgálata

Vizsgálatainkhoz retrospektív analízist alkalmaztunk.

A 19 évet lefedő retrospektív analízisben 82 olyan betegről gyűjtöttünk adatokat, akik intézményünkben (a megszűnt Baranya megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályán) méheltávolításon, majd későbbi, adnexummal kapcsolatos eltérés miatt második sebészeti beavatkozáson estek át.

A minimum utánkövetési idő 10 év volt. A páciensek csoportosítása a kürt megléte alapján történt:

I. csoport: méhkürt jelen van, n=45;

II. csoport: nincs jelen méhkürt, n=37;

További alcsoportot jelentett az első műtétnél hátrahagyott petefészkek/adnexumok száma (egy- vagy kétoldali).

A csoportok nagyságát a hosszú távú követéses vizsgálat során elérhető páciensek száma határozta meg. Megtartott kürtök esetén csak azon páciensek adatai kerültek feldolgozásra, akiknél az első műtét során a leírásban nem merült fel egyéb, a kürtöket érintő kóros eltérés (pl. adhéziók). Egyik vagy mindkét megtartott kürt esetében az első műtétet kiváltó ok a későbbiekben is befolyásolhatja a hydrosalpinx kialakulását, így az adatok elemzésekor figyelembe vettük a hisztorektómia előtti diagnózist.

Mindezek alapján az adatok feldolgozása a következőket foglalta magában (ezek a vizsgálat kapcsán figyelembe vett tényezők.):

- a panaszok;
- a páciens életkora;
- az első műtét során a kürtök megtartása vagy eltávolítása;
- a hisztorektómia során épen maradt petefészkek/kürtök száma;
- a hisztorektómiától a második műtézig eltelt idő;
- az első műtéti beavatkozás előtt felállított diagnózis;
- a második műtéti beavatkozás előtt felállított diagnózis;
- a második műtéti beavatkozás típusa (laparoscopia vagy laparotomia);
- a második műtéti beavatkozás után nyert szövettani eredmény;
- a második beavatkozás sikerességi rátája a páciensektől származó vélemények alapján

Statisztikai analízis

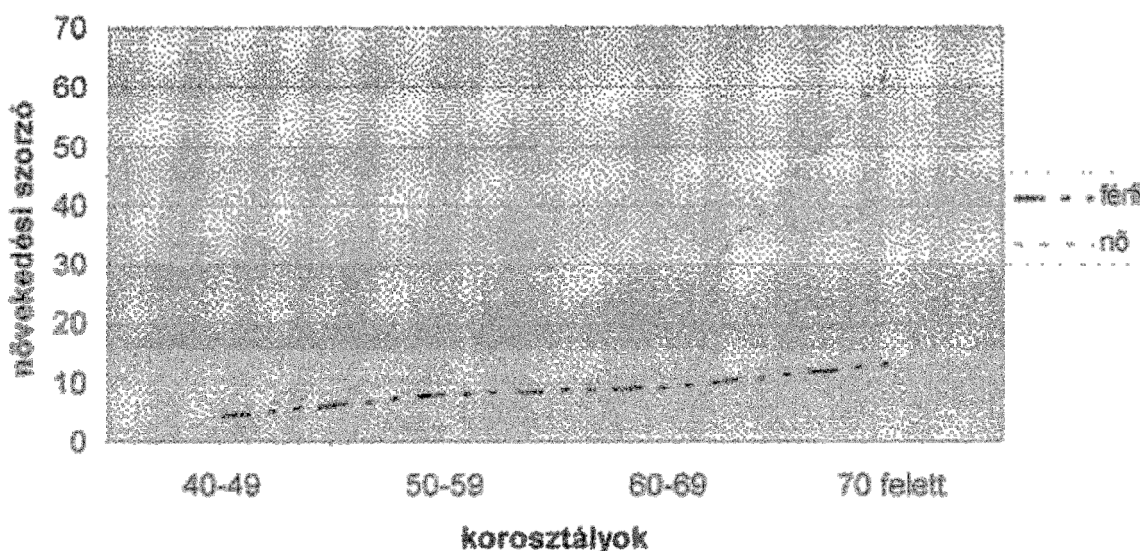
A Kruskal-Wallis One-Way ANOVA és a Mann-Whitney tesztek alkalmaztuk. Megadtuk az átlag±szórás (S. E.) és medián értékeket. Szignifikancia-szintként a $p \geq 0,05$ értéket állapítottuk meg. Statisztikai analízisre a Sigma Stat for Windows (Systat Software) jogtiszt verzióját alkalmaztuk.

4. EREDMÉNYEK

A./ A női szívinfarktus esetek életkori alakulásának és szezonálisának vizsgálata

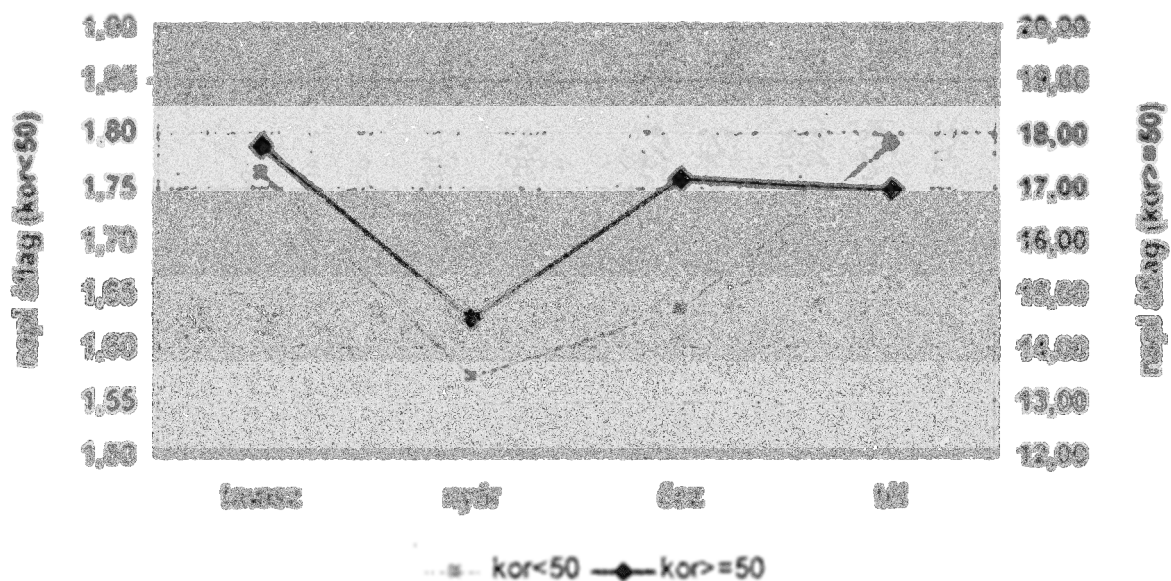
A vizsgált időszakban 32,345 olyan férfi és nőbeteg adatait elemeztük, akik AMI miatt kerültek kórházi felvételre. Az egészségügyi ellátó intézményekben az AMI-val kezelt női páciensek száma az 5 éves megfigyelési időszak adatai alapján folyamatos emelkedést mutatott. A 2000 és 2004-es évekhez tartozó esetszámok között szignifikáns különbséget tapasztaltunk ($p < 0,05$).

A megfigyelt időszak alatti ($n=72,617$) korosztály és nem szerinti csoportosításban az esetszámok alakulásánál a nők vonatkozásában 55 év felett egy lassú, majd 65 év felett egy hirtelen, jelentős emelkedést tapasztaltunk a 40 évnél fiatalabbakhoz képest, míg a férfiak esetében a szívinfarktus esetszám a 40-es évektől kezdve lassú növekedési ütemet mutat.



Szívinfarktus-esetek számának növekedési üteme a 40 év alatti korosztályhoz képest 2000-2004 között Magyarországon ($n=72617$)

A vizsgált időszakban az évszakonkénti eloszlás tekintetében a csúcsidezőszak tavaszra esett, majd az AMI-k száma fokozatosan csökkent, míg a nyári időszakban eredményezte a legalacsonyabb mutatót. Ezt követően egy hirtelen emelkedés figyelhető meg ősszel, majd egy kisebb csökkenés következett be a téli időszakban az 50 év alatti korcsoportban. Az 50 év feletti korcsoport esetében pedig további emelkedés figyelhető meg.

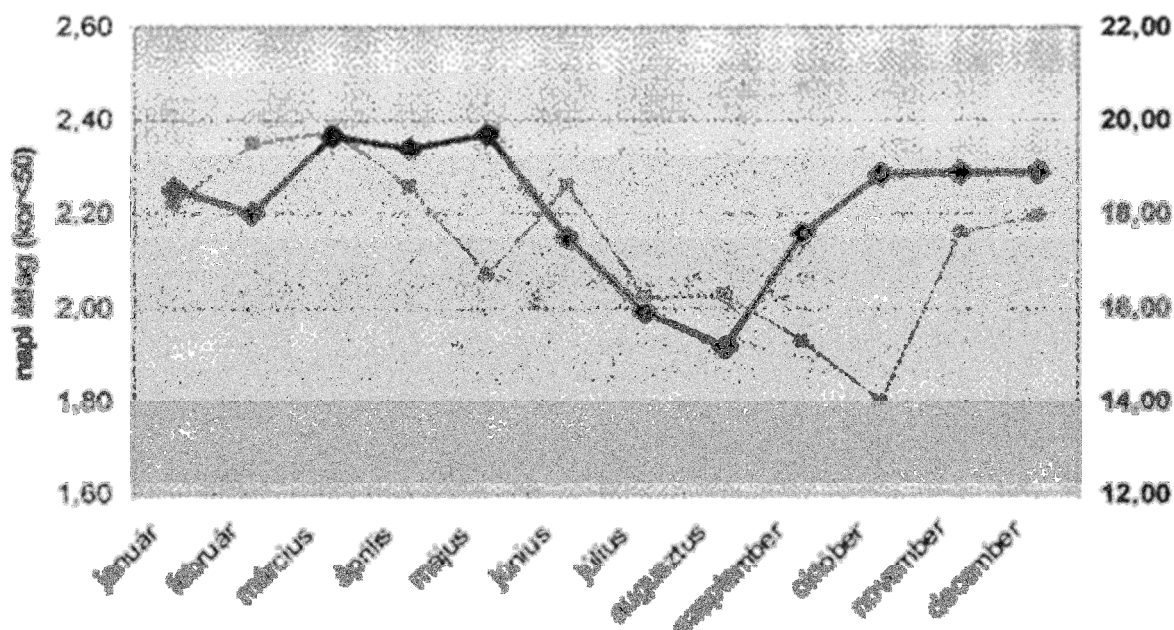


AMI esetek évszakos megoszlása női betegek esetén 2000-2004 között (n=32345)

Az évszakok között szignifikáns különbség van mindkét korcsoport esetén ($p < 0,01$). A két korcsoport között nincs szignifikáns különbség az évszakos eloszlásban.

AMI esetszám havi bontásban:

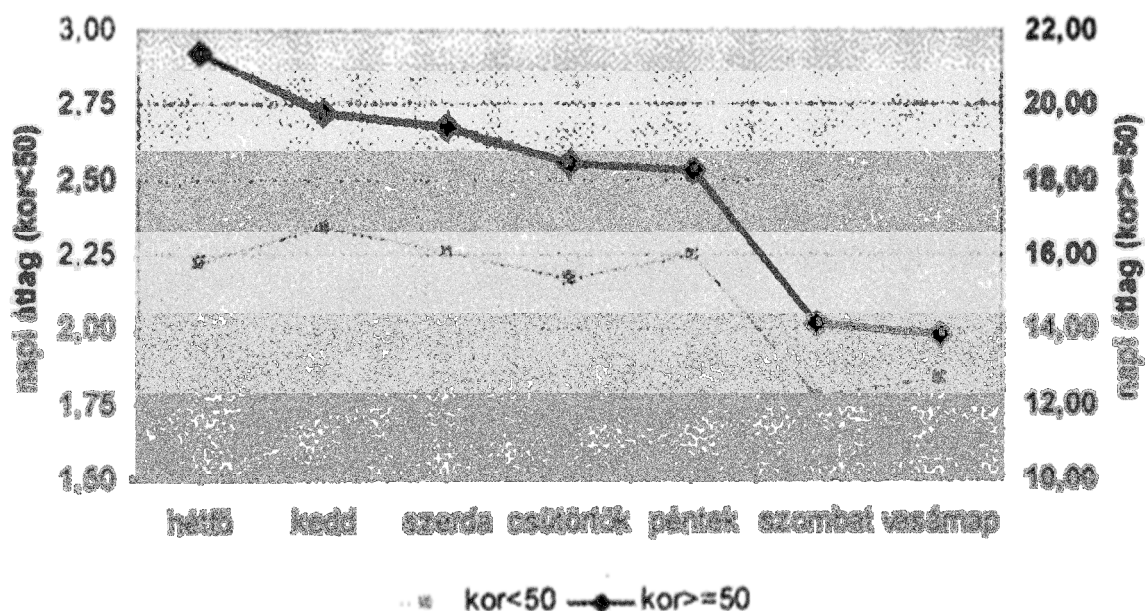
Az AMI bekövetkeztének időpontja mindkét korcsoportban a márciusi hónapban volt a legmagasabb, míg a legalacsonyabb mutatót az 50 év alatti korcsoportban az augusztusi, az 50 év felettiben az októberi hónapban eredményezte. A hónapok között szignifikáns különbség van mindkét korcsoport esetén, az 50 év alattiaknál $p < 0,05$, a másik korcsoportban $p < 0,01$. A két korcsoport között nincs szignifikáns különbség a havi eloszlásban.



AMI esetek havi megoszlása női betegek esetén 2000-2004 között (n=32345)

Az AMI megoszlása a hét napjai szerint:

Az AMI esetek heti eloszlásának csúcspontja a hét első napjaira esik, majd folyamatosan csökkenő tendenciát mutat szombat-vasárnapi legalacsonyabb értékkel bezárólag. Hétfőtől péntekig egyenletesen kb. 15%-kal csökken, a péntek és szombat között egy erős 23,7%-os csökkenés látható az esetek számában.



AMI esetek heti megoszlása női betegek esetén 2000-2004 között (n=32345)

A hét első öt napjához és a hétvégéhez tartozó esetszámok között varianciaanalízis szerint szignifikáns különbség tapasztalható ($p < 0,01$). A hét napjai között szignifikáns különbség van mindkét korcsoport esetén, az 50 év alattiaknál $p < 0,05$, a másik korcsoportban $p < 0,01$. A két korcsoport között nincs szignifikáns különbség a heti eloszlásban.

B./A műtét során konzervált petefészek/függelék későbbi működésének vizsgálata

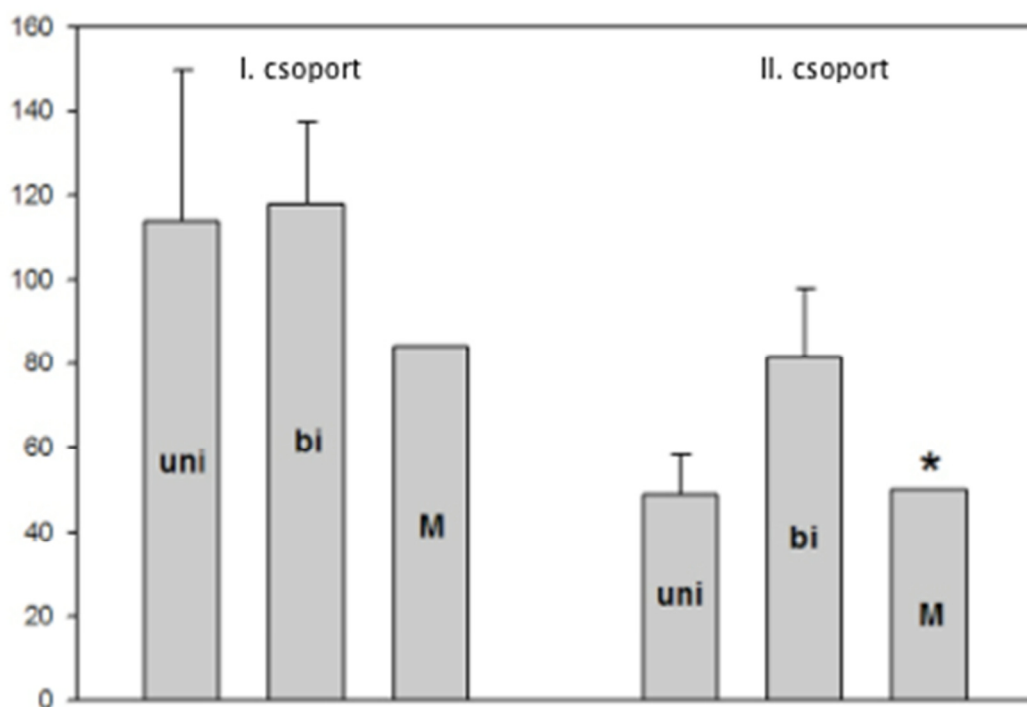
A két csoportban előforduló panaszok a következők voltak: alhasi fájdalom, dyspareunia és székelés közben jelentkező fájdalom. Az I. csoportba (méhkürt jelen van) beválogatott betegek között nem szerepelt olyan, akinél olyan kismencedei eltérés miatt végeztünk volna hysterectomiát, ami a hydrosalpinx kialakulásának kockázatával járt (kismencedei gennyes gyulladás, kiterjedt kismencedei összenövések okozta fájdalom), leszámítva két, később endometriosisnak bizonyult esetet. Az utóbbi két esetben később kialakult kismencedei képletek hydrosalpinx helyett ovarialis cysták voltak. Mindkét csoportban (kürttel rendelkező és kürt nélküli betegek) a myomák és a dysfunctionális vérzési rendellenességek jelentették döntően az első műtéti beavatkozások indikációit, mintegy 84%-ban.

	I. csoport	II. csoport
Myoma	20 (44.4%)	24 (64.8%)
Endometriosis	2 (4.4%)	0
DMV	18 (40%)	7 (18.9%)
Cc.in situ	2 (4.4%)	1 (2.7%)
Prolapsus	1 (2.2%)	0
PPV	1 (2.2%)	2 (5.4%)
PPID	0	2 (5.4%)
Benignus ovarium tumor	0	1 (2.7%)
Endometrium atypia	1 (2.2%)	0

Hysterectomia előtti diagnózisok. DMV, dysfunctionális méhvérvzés; PPV, post partum vérzés (beleértve placenta praeviat); PPID, purulens kismencedei gyulladás

I. csoport (méhkürt jelen van)

A 45 esetet számláló csoport átlagéletkora 50,8 év volt. Egyoldali 10, kétoldali adnexum 35 esetben maradt vissza; a méheltávolítástól a panaszok jelentkezéséig eltelt idő $114,1 \pm 35,9$ és $117,9 \pm 19,5$ hónap volt (az alcsoportok közti eltérések nem bizonyultak szignifikánsnak).



*A hysterectomia és a második műtétet szükségessé tevő kismencedei panaszok fellépte között eltelt időintervallum hónapokban (függőleges oszlop). I. csoport: méhkürt jelen van; II. csoport: nincs méhkürt. Az oszlopok az átlag $\pm$ standard hibát jelzik, uni: egyoldali ovarium/adnexum, bi: kétoldali ovarium/adnexum jelenléte. M: medián érték. A * statisztikai szignifikanciát jelez, ahol $p=0,031$.*

Az eltelt idő medián értéke az I. csoportban 84,2 hónap volt.

A második műteti beavatkozás előtti diagnózis 16 esetben hydrosalpinx volt, ami az összes eset 35,5%-át tette ki. Egyéb diagnózisként ovarialis cysta vagy endometrioma merült fel, 28 (62,2%), illetve 1 (2,2%) esetben. Minden klinikai diagnózist szövettani vizsgálat erősített meg. Ebben a csoportban malignus elváltozást nem találtunk. A 19 éves követési idő alatt két, hysterectomiát követő, kürtből kiinduló rosszindulatú daganatot észleltünk, a betegeket intézményünkben operáltuk. Második műteti megoldásként laparotomiát 7 esetben (15,9%), laparoscopiát 33 esetben (73,3%) választottunk. Öt páciensnél (11,1%) az anatómiai lelet miatt laparotomiára konvertáltunk. A műtétet követő panaszmentesség a következőképpen alakult: laparotomia után 5 (71,4%), laparoscopia után 31 (93,9%), míg konverziót követően 5

(100%) esetben értünk el panaszmentességet, a csoportok között statisztikai szignifikancia nélkül. A második műtéti beavatkozás utáni mediánkövetési idő 75,3 hónap volt.

II. csoport (nincs visszahagyott kürt)

A méhkürt nélküli, összesen 37 páciens átlagéletkora 46,7 év volt (e tekintetben nem volt szignifikáns eltérés a két csoport között). Tizenöt esetben egyik oldali, a többi 22 páciensnél mindkét ovariumot visszahagytuk. Ezen alcsoportokban a méheltávolítás és a panaszok megjelenése közt eltelt idő $48,6 \pm 9,7$, illetve $81,5 \pm 16,3$ hónap volt (az alcsoportok közti különbség nem volt szignifikáns).

A II. csoportban az első műtéti beavatkozástól a panaszok megjelenéséig eltelt idő medián értéke 50,0 hónap volt ($p=0,031$). A második műtéti beavatkozás 36 esetben (97,2%) ovarialis cysta, egy alkalommal (2,7%) pedig ovarialis neoplasia miatt történt, amit később a szövettani vizsgálat is megerősített. Második műtéti megoldásként a laparotomiát 9 (24,3%), a laparoscopiát 24 (64,9%) esetben választottuk. Négy páciensnél (10,8%) az anatómiai lelet miatt laparotomiára konvertáltunk. A műtétet követően panaszmentességet laparotomia után 9 esetben (100%), laparoscopia után 23 esetben (95,8%), míg konverziót követően 4 esetben (100%) sikerült elérnünk (az I. és II. csoport között nem volt szignifikáns különbség). A második műtéti beavatkozás utáni medián követési idő 44,0 hónap volt.

5. ÖSSZEFOGLALÁS

Az AMI esetszámok alakulásánál a nők vonatkozásában 55 év felett tapasztalható egy lassú, majd 65 év felett egy hirtelen, jelentős emelkedés a 40 évnél fiatalabbakhoz képest, míg a férfiak esetében a szívinfarktus esetszám a 40-es évektől kezdve lassú növekedési ütemet mutat. Mindez összefüggésbe hozható a reprodukív életszakasz befejeződésével és az azt követő endokrin és következményes anyagcsereváltozások kardiovaszkuláris rendszerre gyakorolt káros hatásával.

Valószínű, hogy a petefészek ciklikus működésének egy alacsonyabb, non-ciklikus, de permanensen meglévő szintre való átállása lehet a "trigger" számos, a poszt-menopauzában megfigyelhető élettani és kórélettani jelenség beindulásában.

A női populáció kardiovaszkuláris veszélyeztetettségének posztmenopauzában bekövetkező markáns emelkedése nagy valószínűséggel összefüggésbe hozható nemcsak közvetlen endokrin tényezőkkel, de hemoreológiai változásokkal is, melyek a menopauzát kísérik.

Eredményeink szerint hazánkban az AMI incidenciájának egyik csúcspontja a tavaszi, a másik pedig az őszi hónapokban van, a legalacsonyabb érték pedig a nyári hónapokra esik. A szezonális kérdése azonban nemcsak a kardiovaszkuláris rizikó szempontjából lényeges, hanem, érdekes módon, szerepet játszhat magának a menopauzának a beálltában is, és az évszakos ingadozás igazolni látszik a környezeti tényezők befolyását a női reprodukció ciklusra, még annak hanyatlása során is.

A környezeti tényezőkön túl, értelemszerűen, magának az orvosi beavatkozásnak, azon belül is a petefészkeket érintő nőgyógyászati sebészetnek is meghatározó szerepe lehet a menopausa beálltában, illetve a menopausára jellemző élettani változások létrejöttében.

A méheltávolítás hatása a petefészkek működésére még mindig ellentmondásosan ismert. Tudomásunk szerint a hysterectomián átesett, visszahagyott adnexummal rendelkező páciensek esetében a kürtök integritását még nem vizsgálták. Ezt érdemes megfontolni, főként, mivel egy már funkcióval nem bíró szerv a páciens számára sebészeti és onkológiai kockázatot is jelent.

Adatainkból kitűnik, hogy a hisztorektómiát követően jelentkező panaszok miatt második műtéti beavatkozásra kerülő betegek jelentős részénél hydrosalpinx van jelen. Emellett szintén megemlítendő a primer kürt-neoplázia kockázata is. Az arteria ovarica egy árkádszerű anasztomózisrendszert képez az arteria uterina kürtöt ellátó ágával a mesosalpinx és a mesoovarium találkozásánál, az ovarium hilusához közel. Így az ezen a területen végzett óvatos műtéti beavatkozás is kétségtelenül veszélyeztetheti a petefészkek artériás ellátását.

Kezelési stratégiánk, miszerint rutinszerűen elvégezzük a kürteltávolítást és "árva petefészket" hagyunk hátra, a fenti eredmények által kialakított újszerű nemzetközi szemlélettel harmonizál. Az indokolatlan ooforektómia viszont más típusú rizikóknak teszi ki a páciens.

6. ÚJ EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA, GYAKORLATI HASZNOSÍTÁSA

1. Az AMI esetszámok alakulásánál, nőknél 55 év felett egy lassú, majd 65 év felett egy hirtelen, jelentős emelkedés tapasztalható a 40 évnél fiatalabbakhoz képest, míg a férfiak esetében a szívinfarktus esetszáma a 40-es évektől kezdve lassú növekedési ütemet mutat.
2. Magyarországon a szívinfarktusos esetek számának alakulásában, korábbi külföldi tanulmányokhoz hasonlóan, szezonális és heti jellegzetességek állapíthatóak meg.
3. Eredményeink szerint hazánkban az AMI incidenciájának egyik csúcspontja a tavaszi, a másik pedig az őszi hónapokban van, a legalacsonyabb érték pedig a nyári hónapokra esik.

4. Az AMI keletkezése szempontjából a munkanapok, különösen a hét első napjai erőteljesebb kockázati tényezőt jelentenek, mint a munkaszüneti napok.
5. A függelék(ek) konzerválásával végzett hiszterektómiát követően jelentkező panaszok miatt végzett második műtét során a betegek több mint harmadánál hidroszalpinx volt jelen, tehát a hátrahagyott méhkürt jelentősen emeli a panaszokat okozó kismedencei terime miatti újabb műtét kockázatát.
6. A hiszterektómia és a második műtéti beavatkozást szükségessé tevő kismedencei panaszok fellépte közt eltelt idő szignifikánsan rövidebb az előzetesen kürteltávolításon átesett páciensek esetében, ami felveti a kürteltávolítás okozta lokális keringés-megváltozás lehetőségét, ezért az igényes műtéttechnika fontossága hangsúlyozandó.
7. A második műtétet követő panaszmentesség meglétében nem találtunk szignifikáns különbséget a műtétípussal összefüggésben (laparotomia, laparoscopia, konverzió) tehát a második műtét sikeressége nem függött a műtét típusától.

Gyakorlati hasznosítás:

Elmondhatjuk, hogy az AMI incidenciájának a nőknél 65 év felett megmutatkozó hirtelen, jelentős emelkedése fokozott feladatot jelent a kardiovaszkuláris prevencióban érintett valamennyi szakember számára. Mindezen túl, az AMI incidenciájának jellegzetes változásai az évszakokkal és a hét napjaival összefüggésben szintén olyan adatok, melyek figyelembevételét érdemes javasolni a prevenciós stratégiák kialakítása során. Ugyancsak hangsúlyozzuk, hogy a hiszterektómia során elvégzett salpingectomia után hátrahagyott „árva ovariumok” szignifikánsan korábban jelentkező cisztikus degenerációja figyelhető meg. Így tehát, hogy az első műtét későbbi negatív következményeit elkerüljük, érdemes figyelmet fordítani az ovarialis hilus közelében futó érképletek megkímélésére. Eszerint a mesosalpinx lekötése a kürrhöz a lehető legközelebb javasolható, így biztosítva az „árva petefészek” vérellátását. Ez könnyen kivitelezhető, ha az átvágás és lekötés a mesosalpinx fimbrialis végénél indul és a ferdén halad tovább, keresztezve a ligamentum ovarii propriumot.

Fentiekből következik, hogy a petefészek "szükségességének" megítélése nem alapulhat kizárólag azon, van-e még "petesejt-produkció" a petefészekben, azaz ciklikus hormontermelés tapasztalható-e, illetve van-e még fertilitási óhaj a háttérben. Mindezen túl, a petefészek közelében végzett beavatkozások esetén, még ezen ismeretek birtokában meghozott konzervatív sebészi döntés esetén is, kellő körültekintéssel ajánlatos eljárni, hogy a nem nyilvánvaló, de a háttérben jelen lévő és igen fontos működésében a petefészek zavart ne szenvedhessen.

7. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az értekezés elkészítése nagy kihívást jelentett számomra. Ezúton köszönöm meg mindenki a biztatását, támogatását.

Elsősorban köszönetem fejezem ki Prof. Dr. Bódis József rektor úrnak, akitől – mint egykori főnökömtől is – sokat tanultam, aki segítette/segíti szakmai előmeneteletem, pályafutásomat, folyamatosan figyelemmel kíséri kutatói munkámat.

Köszönöm témavezetőmnek Dr. Koppán Miklósnak a folyamatos ösztönzését, a doktori értekezés elkészítése során nyújtott mérhetetlen támogatását, szakmai és emberi segítségét.

Köszönöm főnökömnek Dr. Muth Lajosnak (a Balassa János Tolna megyei Kórház igazgatójának) kutatómunkám során nyújtott emberi támogatását.

Hálás szívvel gondolok †Kriszbacher Ildikó professzor asszonyra, aki minden segítséget megadott tudományos munkám elindításához, végzéséhez.

Köszönöm a PTE Egészségtudományi Kar Doktori Iskolája valamennyi munkatársának az értekezés elkészítése során nyújtott segítségét.

Végül köszönet mondok feleségemnek, aki mindig mellettem állt, segített, hogy elkészíthessem értekezésemet.

8. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK:

A TÉMAKÖRBEN KÉSZÜLT PUBLIKÁCIÓK

Nemzetközi tudományos közlemények:

1. **Repasy I**, Lendvai V, Koppán A, Bodis J, Koppán M. Effect of the removal of the Fallopian tube during hysterectomy on ovarian survival: the orphan ovary syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 May;144(1):64-7. (IF: 1.582)
2. Garai J, Világi S, **Répásy I**, Koppán M, Bódis J. Short communication: seasonal onset of menopause? Hum Reprod. 2004 Jul;19(7):1666-7. (IF: 3.365)

Hazai tudományos közlemények

1. Garai J, Világi Sz, **Répásy I**, Bódis J. A menopausa-syndroma és környezeti tényezők. Egy kétdőíves pilot-tanulmány kezdeti tanulságai. Magyar Nőorvosok Lapja 61, 289-295 (1998).

2. **Répásy I**, Kriszbacher I, Vas B, Vas G, Bódis J. A szívinfarktus előfordulásának szezonálisitása nőknél. Magyar Nőorvosok Lapja 70, 377-381 (2007)
3. Garai J, **Répásy I**, Világi Sz, Koppán M, Bódis J. Évszakfüggő a menopauza? Magyar Nőorvosok Lapja 70, 383-385 (2007)
4. **Répásy I**, Kovács G, Koppán Á, Kriszbacher I, Bódis J, Koppán M. A petefészkek túlélése méheltávolítás kapcsán elvégzett salpingectomiát követően – az árva ovárium szindróma: Magyar Nőorvosok Lapja 73, 275-279 (2010)
5. **Répásy I**, Kovács G, Koppán Á, Kriszbacher I, Bódis J, Koppán M. A hysterectomia során hátrahagyott méhfüggelékek: néma marad-e a kürt? Magyar Nőorvosok Lapja (74) 2011,

Felkért referátum:

Répásy I. Méheltávolítás adnexectomiával vagy adnexectomia nélkül. Semmelweis Fórum 7.: Hysterectomia. A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának szakmai továbbképző és tudományos rendezvénye. Budapest, 2012. szeptember 20.

TOVÁBBI PUBLIKÁCIÓK

Nemzetközi tudományos közlemény

1. Zámbo K, Szabó Z, Schmidt E, Koppán M, **Répásy I**, Bódis J.
Is the clinical staging system a good choice in the staging of vulvar malignancies? Eur J Nucl Med Mol Imaging.
2007 Nov;34 (11):1878-9. (IF: 4.101)

Hazai tudományos közlemény

1. Domány B, Koppán M, **Répásy I**, Bódis J. A Pelvicol (kollagén implantátum) beültetésével szerzett tapasztalataink stresszinkontinens betegeknél. Magyar Nőorvosok Lapja 68,191-193 (2005)