

Látogatóban a Szent István és Szent László Kórház szülészet-nőgyógyászatán

Vendéglátónk Dr. Siklós Pál osztályvezető főorvos

Csúcsintézményeket bemutató sorozatunk keretében ezúttal a Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályára látogattunk. A 24 órás rooming-in rendszer meghonosítása, valamint a „Baba-barát” WHO cím elnyerése és megtartása révén a Nagyváradi téri szülészeti méltán vált népszerűvé a gyermeküket világra hozó édesanyák körében. A nőgyógyászat – kiemelt profilja, az onkológiai beavatkozások vonatkozásában – az ország legnagyobb betegforgalmat lebonyolító osztályai közé tartozik. Mint azt Dr. Siklós Pál osztályvezető főorvos lapunknak adott interjújában elmondta, osztályuk egyben akkreditált képzőhely is, mely részt vesz a hatodéves szigorló orvosok oktatásában és a szakorvosképzésben.

– Milyen területi ellátási kötelezettségeknek tesz eleget az osztályuk?

Tudvalevő, hogy intézményünk két kórház – a Szent László és a Szent István Kórház – összevonásával jött létre, korábban mindkettőben működött önálló szülészeti és nőgyógyászati ellátás. A Szent László Kórházban elsősorban a fertőzőes szülészeti esetek ellátásával foglalkoztak, ám ez a részleg jó tíz évvel ezelőtt megszűnt. Ma az egyesített intézmény szülészeti-nőgyógyászati osztályát mi működtetjük. A területi besorolást tekintve a főváros IX. és XIX. kerületének alapellátásáért felelünk. 71 aktív ágyunkon tavaly 5.472 fekvőbetegét láttunk el, míg az ambuláns ellátásban 44 ezer fős betegforgalmat bonyolítottunk le.

BABA-BARÁT SZÜLÉSZET

Az osztályunkon levezetett szülések éves átlaga korábban meghaladta a 3000-et, ám az utóbbi években 2600-2800-ra csökkent. Ez a tendencia megfelel annak a hazai statisztikának, amely szerint Magyarországon a születések száma tíz százalékkal mérséklődött. A császármetszések 23-24 százalékos aránya az országos átlag alatt van. Ez az arány egyáltalán nem mondható túlzottan alacsonynak, ám nem is olyan indokolatlanul magas, mint egyes, a mienkhez hasonló kategóriájú osztályokon, ahol akár a 40 százalékot is meghaladja. Természetesen más a helyzet az intenzív újszülött, illetve koraszülött osztályt működtető intézményekben, hiszen ott orvosilag indokolt lehet a magasabb császármetszési arány. Elmondhatjuk tehát, hogy a mi osztályunk viszonylag alacsony császármetszési rátával dolgozik, ugyanakkor a perinatális mortalitási értékeink egyáltalán nem rosszabbak az országos átlagnál. Megjegyzem, régóta ismert és bizonyított tény, hogy a császármetszések számának növelésével nem lehet javítani a szülés körüli magzati halálozás mutatóit.

– Tudomásom szerint osztályuk igen népszerű a kismamák körében az ún. Baba-barát szülészeti ellátás révén. Pontosan mit takar ez az ellátási forma?

Szülészetünk Budapesten az egyetlen, amelyik elnyerte a WHO „baby-friendly hospital” címét. Osztályunk az országban kilencedikként, 1998-ban szerezte meg a kitüntető titulust, amelynek viselésére mindmáig jogosult. A címet azoknak az intézményeknek ítélik oda, amelyek kiemelten támogatják a szoptatást, és megfelelnek a WHO szigorú, tízpontos kritériumrendszerének. Az a mondás járja, hogy ezt a tiltulust nem könnyű megszerezni, de talán még nehezebb megtartani. Az Egészségügyi Világszervezet háromévente ellenőrzi a szabályok betartását, és a nem teljesítő osztályoktól megvonja a cím viselésének jogát. Ezek a minimumfeltételek tartalmazzák a szoptatásra való felkészítést a várandósság alatt, a szoptatás szülés utáni és korai gyermekágyi támogatását, betanítását. Minderre ki kell képezni az osztályon dolgozó munkatársakat – szülésznőket, csecsemőápolókat – is. Biztosítani kell az anya és újszülöttje 24 órás „rooming-in” rendszerben történő elhelyezését. Ez azt jelenti, hogy a csecsemő a nap 24 órájában az édesanyjával egy kórteremben tartózkodik. Anya és gyermeke szülés utáni közvetlen együttléte, az újszülött korai mellre helyezése ugyanis nagyon fontos szerepet játszik a tejelválasztás megindulásában és serkentésében, az anya felépülésében és az újszülött egészséges fejlődésében. A szoptatás technikájának és az újszülött gondozás alapjainak elsajátításában a kórházi dolgozók segítik az édesanyákat.

– Milyen forrásból biztosították az ideális körülmények megteremtéséhez szükséges anyagi fedezetet?

Az osztályunkon működő Boldog Születésért Alapítványon keresztül, amelyet többek között abból a célból létesítettünk, hogy javítsuk a családközpontú szülészeti ellátás személyi és tárgyi feltételeit. Az alapítványhoz érkező támogatásokból, egyszázalékos felajánlásokból sikerült korszerűsíteniünk, komfortosítaniunk a kórtermeket és a szülőszobákat. Az egyágyas szülőszobák kialakításán túlmenően speciális szülőágyakat és észlelő műszereket szereztünk be, amelyek mind a kismamák mozgási szabadságát hivatottak biztosítani a vajúdas alatt. Legutóbb egy tízmillió forint értékű ultrahangkészüléket vásároltunk. Kiterjedten alkalmazzuk az alternatív szülészet módszereit: rendelkezünk a vízben vajúdáshoz szükséges medencés vajúdával, valamint víz alatt használható telemetriás kardiokográffal (CTG). A szülő asszonyok igényeinek megfelelően alkalmazzuk a vertikális szülés módszereit is. A modern szülőágyak segítségével a szülési pozíciót sokoldalúan változtathatjuk, aszerint, hogy a kismamának melyik testhelyzet felel meg a legjobban. A telemetriás CTG készülékeknek köszönhetően a szülő anyák

nincsenek helyhez kötve, szabadon mozoghatnak a vajúdás alatt, miközben a magzat szívhangjait megnyugtató módon tudjuk ellenőrizni. Törekszünk a minél rövidebb hazaadási időre, ami alatt azt értem, hogy szövődésmenyes szülés után a kismamák mindössze három napot töltenek az osztályunkon.

– A varratszedésre visszarendelik őket?

Igen, de erre csak a császármetszések után van szükség. Ha a gáttájékon varrunk, gyorsan felszívódó varratot használunk, amit nem kell kiszedni. Osztályunkon a gátmetszések aránya 50 százalék alatt van, ami magyarországi viszonylatban kiemelkedően jó aránynak számít.

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

– Van-e a nőgyógyászatban belül olyan speciális szakterület, amellyel kiemelten foglalkoznak?

Kiemelt profilunk a nőgyógyászati onkológia. Az onkológiai beavatkozások vonatkozásában országos feladatokat látunk el. Osztályunk a rosszindulatú daganatok műtéti kezelését tekintve hazánk vezető intézményei közé tartozik. A méhnyakrák kezelése, a kiterjesztett méheltávolítás, a petefészekrák és a szeméremtestrák gyógyítása mellett speciálisan az emlődaganatok kezelésével is foglalkozunk. Évente átlagosan 150-200 emlődaganatos beteget látunk el. Tavaly 193 emlőműtétet végeztünk, ami kiemelkedően magas szám a sebészeti osztályokkal összevetve. Itt fontos megjegyezni, hogy mind az emlőtumoros, mind pedig a szeméremtestrákos betegeinket ún. őrszem nyirokcsomó technikával operáljuk, mivel ezzel a módszerrel nagymértékben csökkenthető a műtét utáni szövődésmenyes és a késői utóhatások száma. A gyógyulást tekintve ugyanis nem mindegy, hogy a teljes nyirokcsomóblokkot távolítjuk el, vagy csak az első őrszem nyirokcsomót. Amennyiben az egész nyirokcsomóblokkot kivesszük, az emlőműtött betegek karjában, illetve a szeméremtestrákkal operáltak lábában keringési problémák léphetnek fel a hónalj, illetve a lágyékhajlat nyirokáramlásának nagyfokú zavara miatt. Ha azonban keressük és megtaláljuk az őrszem nyirokcsomót, abban az esetben, ha az negatív, főlegesen eltávolítani az egész blokkot. Természetesen, ha daganatsejtet találunk az őrszem nyirokcsomóban, akkor ki kell emelni a többi nyirokcsomót is.

– Az esetek hány százalékában pozitív az őrszem nyirokcsomó?

Az esetek mindössze kb. 20 százaléka pozitív. Ebből az következik, hogy korábban, amikor még nem ismertük ezt az eljárást, tízből hét-nyolc betegnek főlegesen távolítottuk el a teljes nyirokcsomó állományát.

– Alkalmaznak egyéb, a betegeket kímélő műtéti eljárásokat is?

Körülbelül tizenöt éve vezettük be, ma pedig már rutinszerűen alkalmazzuk méhnyakrákban szenvedő betegeinknél az ún. méhtest-megtartó műtéti technikát. Ez a daganatgyógyításban kompromisszumot nem ismerő műtéti eljárás bevált, és időközben világszerte alkalmazott módszer lett. Lényege, hogy a kiterjesztett műtét során a méhnyakat és a

környező kötőszövetet eltávolítjuk, de a méhtestet visszahagyjuk, mivel annak – az esetek többségében – nincs szerepe a méhnyakrák gyógyításában. A megőrzött méhtestet visszavarrjuk a hüvelyboltozatra, így a beteg gyógyulását követően megmarad a gyermekvállalás lehetősége. A technika bevezetése idején – az ezredfordulón – ez a módszer olyanira újfajta eljárásnak minősült, hogy ezt az úttörő tevékenységet az egészségügyi kormányzat miniszteri oklevélben ismerte el.

Fontos megemlíteni, hogy bővülő lehetőségeinknek köszönhetően egyre nagyobb számban hajtunk végre laparoszkópiás műtétet. 2013-ban 457 ilyen beavatkozásra került sor. Ma már a nőgyógyászati műtétek döntő többsége elvégezhető hastükrözéssel – más néven kulcslyuk – technikával. Ezt a területet folyamatosan fejlesztjük, mert a laparoszkópiával végzett operációk jóval gyorsabb gyógyulást eredményeznek, mint a hagyományos, feltárással végzett műtétek.

– Tudomásom szerint a laparoszkópiás beavatkozásokhoz szükséges műszerek meglehetősen drágák. Milyen forrásból fedezték a beszerzésüket?

A kismencedei daganatok kezeléséhez szükséges személyi és tárgyi feltételek javítása érdekében létrehoztuk a Kismencedei Daganatok Leküzdéséért Alapítványt. Nagy értékű műszereink és vizsgálóberendezéseink beszerzésének költségeit az alapítványra befolyó adományokból tudjuk fedezni.

– Az osztályon dolgozó orvoskollégák mindegyike képes kulcslyuk technikával operálni?

Nem mindenki. Az idősebb kollégák nehezebben sajátítják el ezt az újfajta módszert, ami érthető, hiszen ők még egy másik érában – a hagyományos műtétek korában – nőttek fel. A fiatalabb generáció számára természetesen könnyebben megtanulható a laparoszkópia. Ez már nem a jövő, hanem a jelen technikája, és úgy gondolom, hogy ezen a téren szépen lépegetünk előre.

Nagy hangsúlyt fektetünk a kollégák képzésére és továbbképzésére. Osztályunk akkreditált oktatóhely: részt veszünk a hatodéves szigorló orvosok képzésében és a szakorvosképzésben is. Az ország különböző pontjairól érkeznek hozzánk szakorvosjelöltek, akik számára – adottságainknak, a nagyszámú betegforgalomnak és a kollégák szaktudásának köszönhetően – a nálunk töltött idő alatt a legszélesebb spektrumú képzést tudjuk biztosítani. Az osztályon dolgozó kollégák közül kilencen PhD és ketten habilitált doktori tudományos fokozattal rendelkeznek.

TEGYÜNK A MÉHNYAKRÁK ELLEN!

– Visszatérve a nőgyógyászati rosszindulatú daganatokra, több éve aktuális és népegészségügyi szempontból fontos téma a méhnyakrák szűrése. Javult-e már valamelyest ez irányban a magyar hölgyek hajlandósága?

Számtalan próbálkozás történt, hogy a hölgyeket ebbe az irányba mozgósítsák, ám hazánkban a méhnyakrákszűrés még mindig sok kívánnivalót hagy maga után. Magyarországon jó néhány éve stagnál az újonnan felfedezett méh-

nyakrák esetek száma, ami a rossz átszűrtségnek tudható be. A legutóbbi pilot study eredmények alapján az egészségügyi kormányzat nemrég úgy döntött, hogy bevonja a védőnőket a szűrésbe. A tervek szerint ők fogják elvégezni a sejtvizsgálat-hoz szükséges mintavételt, erre történő kiképzésük egy TÁMOP program keretében jelenleg már zajlik. A védőnők közreműködése remélhetőleg előremozdítja a szűrés ügyét, hiszen – jól tudjuk – a nők második leggyakoribb rosszindulatú daganata, a méhnyakrák előfordulása minimalizálható lenne a megelőző állapotok felismerésével.

Tudvalevő, hogy a méhnyakrákot a humán papillomavírus (HPV) okozza. Több mint százféle HPV altípus létezik, amelyek között több magas rizikójú – rákkeltő – típust ismerünk. A betegséget okozó HPV valamely fajtájával csaknem minden nő találkozik valamikor az élete folyamán. A rák kialakulásáért felelős HPV típusok egyes esetekben idővel kiürülhetnek a szervezetből, esetenként azonban a fertőzés tartóssá válik. Ez hosszú évek alatt a méhnyak sejtjeiben rosszindulatú elváltozást okozhat. A rák kialakulása több fázis alatt megy végbe, és a rákmegelőző állapot szűréssel felismerhető és jól gyógyítható.

– Része már a szűrésnek a HPV kórokozó kimutatása?

A HPV kimutatása még nem része a hazai szűrési protokollnak. A méhnyakrákszűrés jelenlegi módja a citológiai vizsgálat. Magyarországon háromévente kötelező a citológiai szűrés, amelyet az egészségbiztosító finanszíroz. Sokan azt hiszik, hogy érdemes évente elmenni a szűrésre, ez azonban felesleges, mivel az évente elvégzett vizsgálatok szűrési eredményei nem mutatnak jelentős eltérést a háromévenként végzettekhez képest. Ami a kérdését illeti: a világon elterjedőben van az a nézet, amely szerint specifikusabb eredményt kaphatunk, ha a citológiai vizsgálattal egyidejűleg a HPV kimutatását is elvégezzük. Az USA-beli szűrési protokoll szerint a 30 évnél idősebb hölgyek esetében, amennyiben az egy-

szerre elvégzett citológiai és HPV vizsgálat negatív eredményt ad, elegendő öt év múlva elmenni a következő szűrésre. Ez az egyelőre csak az Egyesült Államokban érvényes gyakorlat előbb-utóbb el fog terjedni, a magyar valóság azonban – a HPV meghatározás magas költsége miatt – a citológiai alapszűrés. Más lapra tartozik, hogy ha a citológiai vizsgálat eltérést mutat, akkor természetesen elvégezzük a HPV kimutatást és folyamatosan követjük is, ez azonban már nem a szűrés része. Mint azt említettem, az asszonyok többségénél a HPV magától meggyógyul, azonban néhány százaléknál szöveti elváltozást, majd méhnyakrák megelőző állapotot idéz elő. A karcinogenezis 8-10 évig tart, van tehát rá idő, hogy időben észrevegyük, és gyógyítsuk a megelőző állapotot. Sajnos jelenleg még a gyógyítás egyetlen módja a károsodott szövet eltávolítása.

– Mennyire hatékony megelőzési forma a HPV elleni vakcináció?

A hazánkban korábban bevezetett oltóanyagok képesek megelőzni a HPV okozta elváltozások kb. 70 százalékát. Ha belegondolunk, ez igen jó arány, hiszen a védőoltásnak köszönhetően száz méhnyakrákos esetből hetven előfordulását megakadályozhatjuk. Ezért nagyon fontos lenne elérni az érintett populáció áttoltottságát. Célszerű az oltás beadása azon korosztályban – a 12 éves lányok körében –, amelyik vélhetően még nem találkozott a humán papillomavirussal. A védőoltás a javasolt kategóriába tartozik, tehát a szülők nem kötelezettek az oltás beadatására, de mindenképpen javasolni kell. Jelenleg zajlik a hatodik osztályos általános iskolás lányok beoltására vonatkozó tender, tehát reményeink szerint még idén ingyenesen meg fogják kapni az amúgy nem olcsó, három oltásból álló sorozatot. Természetesen az érintett korosztály tagjainak az oltást követően a rendszeres szűrésre továbbra is el kell járniuk, hiszen a szűrés és az oltás együttes alkalmazása biztosítja a leghatékonyabb védelmet méhnyakrák ellen.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Siki Pál szülész-nőgyógyász szakorvos, a Fővárosi Egyesített Szent István Kórház és Szent László Kórház – Rendelőintézet Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályának osztályvezető főorvosa.

Tanulmányok, képzettség: 1970-76. SOTE ÁOK diploma, Népköztársasági ösztöndíjjal végzett, 1980. szülészeti-nőgyógyászati szakvizsga, 1989. PhD (A killersejt aktivitás változása), 1999. habilitáció.

Munkahelyek: 1976-92 SOTE II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, osztályvezető egyetemi tanársegéd. 1992-2008 Fővárosi Szent István Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Nőgyógyászati onkológia osztályvezető-helyettes, 2008-tól osztályvezető főorvos.

Szakmai tevékenység: Magyarországon egyik kifejlesztője a méhmegtartó műtétnek méhnyakrákos esetekben. Kezdeményezője a vízben vajúdás és egyéb alternatív szülési módok bevezetésének. Alternatív szülészeti osztályt alakított ki a Fővárosi Szent István Kórházban.

Kutatási területe: terhességi immunológia, tumorimmunológia. E témában 55 tudományos szakmai publikációja jelent meg.

Kitüntetések: Népköztársasági tanulmányi érdemérem (1977), Miniszteri elismerő oklevél (2002)

Tagságok: Európai Nőgyógyász Onkológus Társaság, Magyar Nőorvosok Társasága, Magyar Nőgyógyász Onkológus Társaság, Magyar Szenológia Társaság, Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság, (elnök). A Kismencedei Daganatok Leküzdéséért Alapítvány és a Boldog Születésért Alapítvány kuratóriumi elnöke.