

# „A gyermeknőgyógyászat aktuális kérdései”

- Előadók:*
- DR. BORSOS ANTAL egyetemi tanár, igazgató  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. CSATLÓS ÉVA klinikai orvos  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. CSORBA ROLAND egyetemi tanársegéd  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. JUHÁSZ GÁBOR klinikai orvos  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. KOVÁCS ESZTER klinikai orvos  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. KRASZNAI ISTVÁN egyetemi tanársegéd  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. KRASZNAI ZOÁRD klinikai orvos  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. MAJOR TAMÁS egyetemi adjunktus  
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. ÖRLEY JUDIT főorvos  
Országos Gyógyintézeti Központ  
Gyermeknőgyógyászati Osztály
- DR. SÁGODI LÁSZLÓ főorvos  
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház  
Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc
- DR. UJHÁZY ANDRÁS egyetemi tanársegéd  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

*Szponzor:* Johnson and Johnson és a Schering

*Budapest, 2004. december 9.*

A gyermeknőgyógyászat a születéstől 18 éves korig a leányok nőgyógyászati betegségeinek megelőzését, felderítését és gyógykezelését, továbbá az utógondozás és egészségnevelés feladatait foglalja magában. Hazánkban az elmúlt 30 évben 94-en tették le a gyermeknőgyógyász szakvizsgát. Ezek a szakemberek szakrendeléseken bizonyítják jártasságukat, noha a célirányos kivizsgálás és kezelés e téren zömmel a gyermekendokrinológia kezében van.

### ***Prevenációs lehetőségek és feladatok***

- Az egészségnevelés legfogékonyabb csoportját képezik a gyermeknőgyógyászatban gondozottak
- Az egészségmegőrzés célkitűzései ebben a korcsoportban még maradéktalanul érvényesíthetőek
- A praeconceptionalis gondozás szempontjai érvényre juthatnak
- A gyermeknőgyógyászat „nővédelmi” feladatokat is teljesít
- Mivel a leányok nagy többsége jól meghatározott közösségekben (oktatási intézményekben) elérhető és gondozásba vehető, a gyermeknőgyógyászati munkát hatékonyabbá tevő ún. „prospektív tanulmányok”, „longitudinális vizsgálatok” a leghatékonyabban itt szervezhetőek
- Hatékony, gyors és utókövetkezményektől mentes gyógyítást lehet és kell biztosítani.
- A betegek utógondozása és a recidívák megelőzése
- A betegségek megelőzése jól szervezett szűrővizsgálatokkal
- A speciális egészségnevelési célkitűzések teljesítése
- Előkészítés a felnőtté válásra, az anyaszerep vállalására
- A meglévő egészség megőrzése
- Küzdelem a serdülőkori nem kívánatos terhességek és a szexuális úton terjedő betegségek ellen, fogamzásgátlás
- Általános egészségnevelési feladatok
- Szexuális felvilágosítás és nevelés.

### ***Primaer amenorrhoea***

A primaer amenorrhoea általában csak az egyik jelzője a komplex zavarnak és ennek megfelelően a kezelést mindig a kiváltó ok határozza meg. A kivizsgálás lehetőleg olyan intézetben történjék, ahol a kezelési feltételek is adottak.

A kivizsgálás lépései: anamnesis felvétel, fizikális vizsgálat, kromoszóma analízis, gonadotropinok és nemi szteroidok, TSH, prolactin, androgenek, SHBG meghatározása, GnRH-teszt, Clomiphen-teszt, ultrahangvizsgálat (mellékvese is), laparoscopia, hysteroscopia, vaginoscopia, CT, MRI, csontkor meghatározása.

A primaer amenorrhoea következményei: a kívánt terhesség elmaradása, ösztrogén hiány esetén osteoporosis és genitalis atrophia, gesztagén hiány következtében endometriumcarcinoma is kialakulhat, testicularis szövet esetén annak malignus elfajulása, esetleg súlyos pszichés zavarok okozása.

### *Pubertas praecox*

A gyermeknőgyógyászat egyik sarkalatos problémája a korai nemi érés felismerése és kezelése. Tekintettel az akcelerációra, korai nemi érésről 8 éves életkor alatt beszélünk. Korszerű diagnosztika csak LHRH (gonadorelin) teszt segítségével lehetséges. Kivitele: alap gonadotropin értékek meghatározása után 0,1 mg gonadorelinacetat inj. iv. beadása, majd 30,60,90 perc múlva ismételt vérvételből FSH, LH, PRL és ösztradiol szint vizsgálata. Valódi pubertas praecoxról csak abban az esetben beszélhetünk, ha GnRH adására az LH kibocsátás pubertalis szintűvé válik, vagyis ha a basalis LH-érték a stimuláció után megugrik és 4mIU fölé kerül. A korai nemi érés legnagyobb hátránya a végleges testmagasság; a megnövekedett nemihormonszintek indirekt hatása következtében a növekedési hormon és az IGF-1 (inzulin-like growth factor-1) koncentráció is megnő. Ezáltal a csontokban és a porcokban helyileg megnő az IGF-1 expresszió és hatás, ami a korai epiphysis záródáshoz vezet.

A valódi isosexualis pubertas praecox háttérben gyakran ismerhetők fel a központi idegrendszer térfoglaló daganatai, (pl. hamartoma, glioma) amelyek a III. agykamra oldalfalára kifejtett fokozott nyomás által vezetnek pubertas praecoxhoz.

Feltűnően sok közlés jelent meg az utóbbi években az alacsony születési súllyal születettek (small for gestational age) IGF-1 szintjeiről, illetve annak receptor mutációjáról. A korai adrenarchéről bebizonyosodott, hogy az nem tekinthető ártalmatlan jelenségnek, hanem későbbi felnőtt betegségek előjele lehet. Ezért nagy figyelmet kell szentelni a korai adrenarche jelenségeinek, és ma mód van arra, hogy a metformin segítségével az anyagcsere rendellenességeit leküzdhessük.

## *Teendők interszexualitás esetén*

Vannak, akik a szociális környezet és a nevelés szerepét hangsúlyozzák a nemi identitás kialakulásában. Egy másik irányzat rámutat arra, hogy a nemi identitás és a szexuális orientáció már a praenatalis időszakban eldőlt. A humán tanulmányokból elérhető adatok megerősítik a korai hormonhatás szerepét a fejlődő emberi idegrendszer formálásában.

A legújabb ajánlás (Intersex Society of North America) az, hogy az interszexuális egyének maguk döntsék el nemi identitásukat.

A genetikai kaskádrendszer zavarai az *interszexualitás különböző formáit* eredményezhetik. Teendők ilyen esetekben:

Tisztázni kell a kromoszomális, a gonadalis nemet, a hormonszinteket valamint a külső és belső nemi szervek anatómiáját. Egyes kórképeknél időben el kell kezdeni a hormonkezelést illetve hormonpótlást. Az egyszerű incisiótól eltekintve, a leggyakrabban alkalmazott sebészeti eljárás a feminizáló genitoplastica, amelynek alapvetően két típusát különböztetjük meg: az egy ülésben (a clitoris, kisajkak, nagyajkak mellett hüvelyképző, vagy tágtító műtét is történik) – és a két ülésben (a hüvelyképzés, vagy tágtítás csak későbbi időpontban történik) végzett genitoplasticát. Minimális virilissatio esetében nem szükséges sebészeti beavatkozás!

Feminizáló genitális sebészeti beavatkozást csak megfelelő tapasztalatú szakemberekkel rendelkező centrumokban szabad végezni (>3-4 eset/év). A klinikai tapasztalatok alapján a korrekció elvégzésére előnyös a 2-6 hónapos életkor. Korábban clitoris resectiót alkalmaztak, ami jelenleg nem elfogadott eljárás, mivel az így kialakított clitoris az eredeti funkcióját nem őrzi meg. A clitoris plastica lényege, hogy megőrzi a glans clitoridist, valamint az azt ellátó ereket és idegeket (a corpus cavernosum resectiója történik) Teljes clitoris eltávolítást sohasem szabad végezni!

Sebészi korrekció 1 éves kor és a serdülő kor között nem ajánlott, hacsak nem áll fenn orvosi beavatkozást igénylő komplikáció.

A nemi szerveket érintő *fejlődési rendellenességek*:

**Vulva:** clitoris hypertrophia, labioscrotalis redők fúziója, kisajkak hypertrophiája, cloaca, húgyhólyag exstrophia, ureter ectopia, introitus környéki cysták

**Hymen:** imperforált hymen, microperforált hymen, rigid hymen, hymen-nyúlvány

**Vagina:** congenitalis hiány (részleges, teljes, septum, vak tasak), harántirányú gyűrűszerű septum, ectopiás, hüvelybe nyíló ureter

**Uterus:** hypoplasia, agenésia, unicornis, didelphys, bicornis, septus, subseptus, arcuatus, DES okozta anomáliák

### *Hüvelyképző műtétek*

- Tágítás ujjal, vagy dilatátorral
- Amnionnal fedett protézis
- Williams szerinti vulvovaginoplastica
- Teljes, vagy felezett bőrrel fedett hüvelyképzés
- Peritoneummal fedett protézis
- Vastag- vagy vékonybél felhasználásával képzett hüvely
- Protézis behelyezése a képzett hüvelybe
- Vecchietti-féle transabdominalis húzás

Vecchietti 1965-ben írta le a később róla elnevezett műtéti technikát, amelyet azóta sokan továbbfejlesztettek. Az eljárás lényege a végleges vagina kialakítása dilatatio útján 7–9 nap alatt. A műtét során felkeressük a vesicorectalis junctiót és azt szétválasztjuk. A kettő közötti téren át a vakon végződő hüvelytasakba transabdominalisan 2 polyglycolsavas fonalat vezetünk, amelyek a hüvelytasakban egy csomóban végződnek. A fonal két végét a hasfalon kívül rögzítjük és minden nap feszítünk rajta néhány mm-t. A műtét történhet laparoscopos úton is.

***Hüvelyi vérzés gyermekkorban:*** Haematoma, hüvelyből származó friss vérzés, véres folyás, bűzös váladékozás, sérülés, idegentest gyanúja, nemi közösülés, fejlődési rendellenesség, tumor esetén diagnosztikai lehetőség a hagyományos vaginoscopia, új diagnosztikai lehetőség a hysteroscopos vaginoscopia.

### ***A szexuális úton terjedő fertőzések jelentősége fiatalokban***

Az alsó genitális traktus védekező mechanizmusai közül a legfontosabb tényező a kolonizáló lactobacillus flóra, mely élettani körülmények között védő hatást fejt ki fertőzésekkel szemben. A bakteriális vaginosis (BV) okozó törzsek mucináz termelnek, mellyel a hüvelyváladékot károsítják. Ugyanakkor a kolonizáló flóra védő hatást fejt ki mind a sarjadzó gombafertőzéssel, mind a BV-t okozó törzsekkel szemben.

A hüvelyfertőzések közül késői potenciális szövődményei miatt a BV a legfontosabb, hiszen ascendáló fertőzés, kismencedei gyulladás, petevezeték eredetű meddőség alakulhat ki a többnyire tünetmentesen zajló hüvelyfertőzés következményeképpen.

Az alsó genitális traktus fertőzéseiből tartozó endocervicitist Chlamydia trachomatis, ritkábban Neisseria gonorrhoeae okozza. A C. trachomatis okozta cervicitis felismerésének és a késői szövődmények (petevezeték eredetű meddőség, méhen kívüli terhesség, chronicus kismencedei fájdalom) fellépése

előtti kezelésének népegészségügyi jelentősége van. Tünetei: bővebb hüvelyváladék, dysuria (urethritis), kontakt vérzés. A *C. trachomatis* fertőzés többnyire tünetmentes, vagy tünetszegény lefolyása a kórkép felismerését megnehezíti. A kórokozó kimutatásának megbízhatóbb módja a polimeráz láncreakció alkalmazása. Epidemiológiai vizsgálatok a *C. trachomatis* fertőzés rizikófaktorainak meghatározásával próbálnak arra vonatkozóan ajánlásokat megfogalmazni hogy, mely csoportokban célszerű szűrővizsgálat (polimeráz láncreakció) végzése.

A petevezeték eredetű meddőség leggyakoribb oka a döntően tünetmentesen, vagy tünetszegényen zajló kismedencei gyulladás, melyet az alsó genitális traktus fertőzései közül a fent említettek (*BV*, *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*) egymástól függetlenül is kiválthatnak.

A *C. trachomatis* fertőzés szempontjából nagyobb kockázatú csoportokban végzett szűrővizsgálatok költséghatékonysága igazolt.

### ***Dysmenorrhoea – fel nem ismert endometriosis?***

A menstruációs ciklussal együtt járó hormonális változások a legtöbb nőnél okozhatnak enyhe szubjektív tüneteket, ezek azonban az életmódot, aktivitást nem befolyásolják. A menses körüli időszakban kifejezett panaszok jelentkezhetnek, amelyek akár a normális életvitelt is akadályozhatják. Gyakori panasz a fájdalmas havivérzés (*dysmenorrhoea*), amikor a menstruációt kifejezett alhasi, deréktáji fájdalom, görcsök, egyéb szubjektív tünetek kísérik.

A *dysmenorrhoea* már fiatal korban is lényegesen gyakoribb, mint azt általában feltételezik. A rövid időtartamú iskolai hiányzások jelentős hányadának a *dysmenorrhoea* az oka. A 14 év alatti korcsoportban néhány százalékban, öt évvel az első havivérzés jelentkezése után pedig már minden negyedik nőben enyhébb, vagy súlyosabb *dysmenorrhoea* fordul elő.

A primer *dysmenorrhoea* kezelésében a nem steroid gyulladáscsökkentők és az orális fogamzásgátló tabletták használatával az esetek többségében fájdalommentesség érhető el. Kiegészítő kezelésként B- és E-vitamin, magnézium szupplementáció, só- és zsírszegény diéta, a fizikai aktivitás fokozása, akupunktúra is szóba jöhet.

Terápia rezisztens esetekben az esetleges organikus ok kizárására laparoscopia végzése lehet indokolt. Az operatív beavatkozás célja kettős: segítségével nemcsak a sekunder *dysmenorrhoeák* hátterében álló kismedencei elváltozások diagnosztizálhatók, de normális kismedencei viszonyok esetén is van lehetőség fájdalomcsillapító beavatkozásra. Irodalmi adatok szerint a konzervatív kezelésre

nem reagáló, serdülőkori primaer dysmenorrhoeás esetekben laparoscopia során 60–70%-ban találtak különböző fokú endometriosiszt. Az endoscopia fejlődése és az atípusos endometriosis megismerése miatt ez az arány az elmúlt években nőtt. A fájdalmas havi vérzés előfordulása a rectovaginalis septum endometriosisa esetén a leggyakoribb. Laparoscopia során a detektált endometriotikus szigetek koagulálása, illetve amennyiben kóros elváltozás nem igazolható, a sacrouterin szalagok denervációja képezheti a műtéti megoldást.

### ***A gyermeknőgyógyászat onkológiai vonatkozásai***

A gyermek- és fiatalkorban előforduló malignus tumorok közül kiemelkedő jelentőségűek a hüvely és a petefészek daganatos megbetegedései. Az endometriumcarcinoma ebben az életkorban irodalmi ritkaság, ezért a serdülőkori uterinális vérszavarok esetén mindig konzervatív kezelésre indokolt törekedni, a curettage csak legvégső esetben jön szóba.

A cervix malignus epithelialis daganatai ebben az életkorban ugyan nem jellemzőek a megelőzés szempontjából mégis említésre méltóak. A pathogenesisben vezető szerepet játszó HPV fertőzés ugyanis már adolescens korban nagy százalékban kimutatható, aminek a perzisztálása évek alatt invazív cervixcarcinoma kialakulásához vezethet, ezért a korcsoport egészségnevelése, majd rendszeres szexuális aktivitás kialakulásával kolposzkópos és az onkocytológiai szűrése fontos feladat.

A hüvely (cervix) daganatai közül kiemelendő a csecsemőkortól előforduló botryoid sarcoma, mely a hüvelyből szőlőfürtszerűen kitüremkedő tumor, illetve hüvelyi véres folyás képében jelentkezhet. Fontos a korai pontos szövettani diagnosis, a rapid terjedés miatt azonnali (lehetőleg szervmegtartó) műtét, és kombinált kemoterápiás kezelés (VAC/VAI).

Az ovarialis malignomák aspecifikus tüneteken (pl. fájdalom, tapintható resistencia, haskőrfogat növekedés) kívül – amennyiben hormont termelnek – specifikus tünetekkel (pl. pseudopubertas praecox) is járhatnak. A felnőtt korra jellemző epitheliális tumorok ritkán fordulnak elő ellentétben a csírasejt eredetű tumorokkal; ezek közül is a dysgerminoma a leggyakoribb. Ez jellemzően alacsony malignitású, de 15–20%-ban kétoldali tumor, ezért nem radikális műtét esetén az ellenoldali ovarium biopsziája szükséges. Bár a daganat sugárérzékeny, a fertilitas megőrzése végett inkább posztoperatív kemoterápia javasolt BEP, VBC illetve platina rezisztencia esetén VAC protokollal. Mivel a daganat gyakran fordul elő gonaddysgenesisekben, kromoszómavizsgálat is ajánlatos.

A másik gyakori csírasejtes daganat, a teratoma embryonale solidum eseteinek fele ebben a korcsoportban fordul elő. Mindhárom csíralemezből származó sejteket tartalmaz, a neuroectodermális szöveti elemeknek prognosztikai jelentősége van. Terápiája sebészi kezelésből és posztoperatív kemoterápiából (BEP) áll.

Az endodermális sinus tumor gyorsan növekvő, igen malignus daganat, emelkedett AFP értékekkel jár, szövettani szerkezetében a Schiller- Duval testek jellemzőek. A daganat nagyfokú malignitása miatt a kiterjesztett műtét nem javítja a prognoszt, a hangsúly itt is a postoperatív kemoterápián (BEP) van.

Az ivarléc-stroma eredetű daganatok ritkábbak, kevésbé malignusak, általában hormonalisan aktívak és egyoldaliak. Kezelésükben szervmegtartó műtét javasolt az ellenoldali adnexum tüzetes vizsgálatával.

A fiatalkori ovarialis malignomák kezelésében általános szempont a lehető legnagyobb konzervativizmus (szervmegtartó műtét végzése). Csonkoló műtét csak definitív szövettani eredmény birtokában jön szóba. Az alacsony műtéti esetszám miatt a műtéteket speciális centrumokban, a legmagasabb szinten, gondos praecoperatív kivizsgálás után, egyénre szabottan kell végezni. Fontos a szülők részletes tájékoztatása, különös tekintettel a hosszú időtartamú utókezelésekre.

### *Szexuális erőszak fiatalok ellen*

A nemi erőszak gyakori előfordulása, súlyos egészségkárosító hatása és az áldozat egész életére kiható következményei miatt az orvosi és büntetőjogi gyakorlat fontos kérdése lett. A fizikai erőszakból adódó testi sérülések akár halálhoz is vezethetnek. A szexuális bűncselekmények nagyobb része többszörös, „krónikus” előfordulású, családon belüli elkövető által okozott. Ez a „néma járvány” több fiatalok életét oltja ki, mint az azonos életkorúak rosszindulatú megbetegedései. Gyakorisága az egyes országokban: Nagy-Britannia, Svájc: 20%, Németország: 20,1%, Spanyolország: 22%, Norvégia: 17%, Svédország: 13%. Hazánkban nincs összefoglaló adat a fiatalok sérelmére elkövetett szexuális bűncselekményekről az orvosnak pedig nincs büntetőjogi szankcióval terhelt bejelentési kötelezettsége.

Lelki következmények: depresszió, szorongás, poszttraumás stressz, öngyilkossági szándék, alvási és táplálkozási zavarok, krónikus kimerültség, alkohol- és drogfüggőség. A következmények között szerepel az összes érzelmi, pszichoszomatikus, önpusztító és antiszociális viselkedési zavar.

A szexuális kapcsolat következményei: nem kívánt terhesség, törvénytelen vetélés, nemi betegségek, meddőség, szerzett immunhiányos állapot, irritábilis

bél szindróma, emésztőrendszeri zavarok, praemenstruális szindróma, krónikus kismencedei gyulladás és fájdalom.

Az esetek nagy részében a szexuális bántalmazás elkövetői a gyermek által ismert, elfogadott és szeretett egyének. Az esetek egyötödében az elkövető családtag, a bűncselekmény otthon történik. Rendszerint többszöri cselekményről van szó, mely ritkán jár sérüléssel. Így nehezen bizonyítható, a család által elhallgatott esetekről van szó. Az ilyen esetek későn, vagy egyáltalán nem kerülnek orvoshoz, így jogi következményük sincs. Ezzel szemben ismeretlen elkövető áldozatai azonnal jelentkeznek orvosnál, bizonyítékokkal.

*Megelőzés:* a fiatalkorúakkal szembeni szexuális bűncselekmények elleni sikeres fellépésnek alapfeltétele az érintett szakmák közötti összefogás. Interdiszciplináris, jogi és társadalmi összefogástól várható a „néma járvány” leküzdésének sikere. A nemi erőszak megelőzését szolgáló oktatásnak jelen kell lennie a közművelődés minden szintjén.

### *A nem kívánt terhességek megelőzése*

Ha egy tizenéves terhes lesz, súlyos válsághelyzet alakul ki. Ennek mind lelki, mind pedig testi következményei lehetnek. Az elvégzett beavatkozások olyan pszichés vagy esetleg fizikai sérülést okozhatnak a leányoknak, melyek hosszútávon, akár egész életükön át elkísérhetik őket.

A gyermeknőgyógyász feladatai: a nem kívánt terhességek megelőzése, a terhességmegszakítások számának csökkentése a korosztályban, és ha mégis sor kerül rá, kíméletes terhességmegszakítási módszerek. A tájékoztató és felvilágosító munkának óriási a szerepe a megelőzés és a felelősség tudatosításának kérdésében!

A fogamzásgátlás fő szempontjai: a lehető legjobb hatékonyság, megbízhatóság, egyszerű alkalmazhatóság, ami könnyen elsajátítható, minimális mellékhatások, visszafordíthatóság a későbbi fogamzóképeség érdekében. A módszer ne legyen ártalmas az alkalmazása alatt esetleg mégis bekövetkező terhességre, ne legyen illúzióromboló, legyen tartósan alkalmazható, ára pedig elérhető legyen.

Orvosi segítség nélkül alkalmazható módszerek:

**Coitus interruptus:** nem megbízható módszer (korai magömlés, elkésztett mozdulat), de kisebb-nagyobb sikerrel alkalmazható.

**Condom:** különösen javasolt alkalmi kapcsolatok esetén. Védelmet nyújt a nemi úton terjedő betegségekkel szemben. Az óvszer sérülése vagy lecsúszása esetén esemény utáni hormonkészítmény alkalmazása javasolt.

A tizenéveseknél ennek a módszernek van a legnagyobb jelentősége.

A természetes fogamzásgátló módszerek közül a naptármódszer, a hőmérő módszer, a Billings-módszer jönnek szóba.

Orvosi segítséggel elsajátítható módszerek: a hüvelyi **pessarium** a serdülők körében bonyolult használata és kényelmetlensége miatt nem közkedvelt, a hüvelybe felhelyezhető **spermicid anyagokat** tartalmazó készítmények könnyen alkalmazhatók, megfelelő alkalmazásuk kellő biztonságot nyújt, sőt a spermicidok csökkentik bizonyos nemi úton terjedő fertőzések (Pl.: Chlamydia) veszélyét is.

Orvosi közreműködéssel alkalmazható módszer a **hormonális fogamzásgátlás**. Ma az ún. harmadik generációs kombinált készítmények ajánlhatók, melyek igen kevés, de még hatékony mennyiségben tartalmazzák a bevitt hormonokat.

Az úgynevezett „esemény utáni” tableta nem rendszeres szexuális kapcsolat esetén kedvelt sürgősségi fogamzásgátlás. 72 órán belül alkalmazható.

**Kettős védekezés:** a fiatalkorúak szexuális életének sajátosságai (promiscuitas) miatt ajánlatos felhívni a figyelmüket a kettős védekezés lehetőségére és hasznosságára, mely a condom és az orális anticoncipiens együttes alkalmazását jelenti.

### *Megállapítások, ajánlások*

1. Az egészségnevelés legfogékonyabb alanyait képezi a gyermeknőgyógyászaton gondozott korcsoport.
2. A gyermeknőgyógyászat egyik sarkalatos problémája a korai nemi érés felismerése és kezelése.
3. Minimális virilisatio esetében nem szükséges sebészeti beavatkozás.
4. Feminizáló genitális sebészeti beavatkozást csak megfelelő tapasztalatú szakemberekkel rendelkező centrumokban szabad végezni (>3-4 eset/év).
5. A Chlamydia trachomatis fertőzés szempontjából nagyobb kockázatú csoportokban végzett szűrővizsgálatok költséghatékonysága igazolt.
6. A konzervatív kezelésre nem reagáló serdülőkori primaer dysmenorrhoeás esetekben elvégzett laparoscopiák során 60–70%-ban találhatunk különböző fokú endometriosiszt.
7. A fiatalkori ovarialis malignomák kezelésében a konzervatív, illetve konzerváló szemlélet az irányadó.
8. A nemi erőszak megelőzését szolgáló oktatásnak jelen kell lennie a közművelődés minden szintjén.
9. A gyermeknőgyógyászat egyik legalapvetőbb egészségnevelési feladata a nem kívánt terhességek megelőzése. A korosztály szexuális életének sajátosságai

miatt tanácsos előnyben részesíteni a condom használatát. Bizonyos esetekben jelentősége lehet a kettős védekezésnek (condom + orális fogamzásgátló tableta). Sok esetben pedig hasznos lehet a sűrűösségi fogamzásgátló is.

10. A terhességmegszakítások számának csökkentése céljából kiemelt hangsúlyt kell fektetni a fáradhatatlan felvilágosításra és tájékoztatásra.



DR. PAPP ZOLTÁN  
egyetemi tanár  
az I. számú Szülészeti  
és Nőgyógyászati Klinika  
igazgatója