

Odjel za ženske bolesti i porodništvo,¹ Odsjek za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje,²
Odjel za otorinolaringologiju,³ Odjel za dječje bolesti⁴ Opće bolnice Virovitica

PERINATALNI ISHOD PREEKLAMPSIJE: CARSKI REZ I TRAHEOSTOMIJA – PRIKAZ SLUČAJA

PERINATAL OUTCOME OF PREECLAMPSIA: CAESAREAN SECTION AND TRACHEOSTOMY – CASE REPORT

Jadranko Šegregur,¹ Igor Žigman,² Siniša Stevanović,³ Kornelija Koši-Šantić⁴

Prikaz slučaja

Ključne riječi: preeklampsija, carski rez, traheotomija

SAŽETAK. Najviše se anestezioloških komplikacija opisuje pri hitnim carskim rezovima indiciranim zbog ugroženosti roditelje ili fetusa. Prikazana je 42-godišnja pluripara primljena u rodilište Opće bolnice Virovitica zbog glavobolja, vaginalnog krvarenja i povišenog krvnog tlaka (RR 170/110) u 37. tjednu neredovito kontrolirane trudnoće. Unatoč započetoj antihipertenzivnoj terapiji došlo je do porasta krvnog tlaka (RR 190/120). S obzirom na preeklampsiju i sumnju na abrupciju posteljice, odlučilo se trudnoću dovršiti hitnim carskim rezom. Nakon uvođenja u opću anesteziju ne uspije se se intubirati (Mallampati IV), povraća želučani sadržaj, neuspio ponovni pokušaj intubacije, pad saturacije kisika uz znakove aspiracije. Nakon buđenja pacijentice neuspio pokušaj spinalne i ponovne opće anestezije. CTG povremeno registrira fetalnu bradikardiju. Učinjena je hitna traheotomija, a pacijentica hemodinamski stabilizirana. Carskim rezom porođeno je teško asfiktichno novorođenče, intubirano i reanimirano (Apgar indeks 0,2,5). Rodilja je premještena u JIL gdje se provodi daljnja intenzivna terapija usmjerena na stabilizaciju stanja i zbrinjavanje respiratornih komplikacija. Šesnaesti post operativni dan roditelja i novorođenče su otpušteni kući u općem dobrom stanju.

Case report

Key words: preeclampsia, caesarean section, tracheostomy

SUMMARY. The most of anesthesiology complications are described in connection with urgent cesarean sections indicated because of the threat for the health of the mother or a child. This case report describes 42 years old multipara admitted to the maternity ward of the Virovitica hospital because of the headache, vaginal bleeding and high blood pressure (170/110 mmHg) in the 37th week of pregnancy who was not regularly controlled. In spite of the antihypertensive therapy the blood pressure was continuously rising (190/120 mmHg). Considering preeclampsia and suspect placental abruption, we decided to urgent termination of pregnancy by cesarean section. After induction in general anesthesia the intubation was unsuccessful (Mallampati IV), she vomited the gastric content. Another attempt to intubate failed, oxygen saturation dropped and signs of aspiration appeared. The attempt of spinal anesthesia also failed and another general anesthesia likewise. CTG occasionally showed fetal bradycardia. Finally it was decided to do the urgent tracheostomy and the patient's hemodynamic parameters stabilised. A fairly asphyctic newborn was delivered by cesarean section, intubated and reanimated. The mother was transferred to intensive care unit where further intensive therapy measures were undertaken with the aim of stabilisation of the patient and treatment of respiratory complications. Sixteen days after, both mother and the newborn left the hospital in a fairly good condition.

Uvod

Preeklampsiju karakteriziraju hipertenzija, proteinurija i generalizirani edemi koji se javljaju u trudnoći. Posljedica je nepotpune invazije trofoblasta, neadekvatnog imunološkog odgovora majke, neodgovarajuće placencije, poremećaja angiogeneze, smanjene perfuzije posteljice i razvoja oksidativnog stresa s endotelnom disfunkcijom majke. Pojavljuje se u oko 3% trudnoća i uzrok je oko 100 000 smrti majki godišnje u svijetu. Početak i tijek preeklampsije je nepredvidiv, utječe i na fetus izravno zbog placentalne insuficijencije ili komplikacija u porodu.^{1–3} Rizik za nastanak preeklampsije raste u žena s ranijim preeklampsijama u anamnezi, s lupus eritematosusom, pregestacijskim dijabetesom, kroničnom hipertenzijom, dobi starijom od 40 godina, multiparitetom, s pretilošću i bolestima bubrega.⁴

Najviše anestezioloških komplikacija opisuje se pri hitnim carskim rezovima indiciranim zbog ugroženosti roditelje ili fetusa. Anestezija bi trebala biti brza i sigurna, osigurati operateru optimalne uvjete, a da ne ugrozi sigurnost roditelje, ne pogorša fetalnu asfiksiju i ne kompromitira fetalne kompenzatorne mehanizme. Tradicionalno se izabire opća endotrahealna anestezija zbog vjerovanja u najmanje hemodinamske promjene u trudnice i kompromitiranje uteroplacentarne cirkulacije, te najbržeg postizanja zadovoljavajuće dubine anestezije, što ne znači uvijek i najsigurniji način. Danas se kod carskog reza potpuno sigurno i ravnopravno koristi regionalna anestezija.^{5–8}

Kod operativnog zahvata u kojeg se očekuje otežana intubacija, smetnje održavanja dišnog puta i predviđa potreba za traheotomijom, potrebno je učiniti elektivnu

traheotomiju u lokalnoj anesteziji prije planiranog zahvata. Krikotireotomija je u većini slučajeva prikladniji postupak za hitnu traheotomiju. Prednost joj je blizina krikotireoidne membrane površini kože, a ograničenje oštećenje subglotičnog larinksa i razvoj subglotične stenozе.^{9,10}

U novorođenčadi majki s preeklampsijom češći je intrauterini zastoj rasta, asfiksija, nedonošenost, respiratorni distresni sindrom, sepsa i nekrotizirajući enterokolitis koji jače koreliraju sa stupnjem proteinurije nego s visinom hipertenzije.¹¹

Prikaz bolesnice

Trudnica R.D. u dobi od 42 godine, u 37. tjednu neredovito kontrolirane trudnoće primljena je 19.03.2008. u 14.10 sati u rodilište Opće bolnice Virovitica zbog glavobolje, vaginalnog krvarenja i povišenog krvnog tlaka. Obiteljska anamneza uredna. Osobna anamneza – 1998. godine lijevostrana nefrektomija zbog ksantogranulomatoznog apscedirajućeg pijelonefritisa. Menarhe u 16. godini, ciklusi redoviti, zadnja menstruacija 05. 07. 2007. Do sada imala tri uredne trudnoće i poroda – 1990. godine muško 3500/50, 1993. godine žensko 3080/50 i 2000. godine žensko 2800/50.

Tijekom trudnoće tri kontrole – u 16. tjednu (UZV morfologija i dinamika uredni, za 15⁺⁴ hbd), u 30. tjednu (RR 169/84, UZV morfologija i dinamika uredni, za 29⁺¹ hbd, AU RI 0,71) i u 34. tjednu (RR 144/78).

U trenutku hospitalizacije bila je u dobrom općem stanju, afebrilna, eupnoična, naznačenih edema potkoljenica, puls 84/minuti, RR 170/110. Vanjsko spolovilo pluripare, rodnicu prostranu, sa srednje obilno tamne tekuće krvi, porcija polovica članka, cervikalni kanal za prst prohodan do unutarnjeg ušća, vodenjak intaktan, vodeća čest glavica koja balotira. Uterus mekan, bezbolan, auskultatorno KČS uredni. Opseg trbuha 110 cm, tjelesna visina 152 cm, tjelesna težina 75 kg (+11 kg), urednih vanjskih mjera zdjelice.

Ordinirana je antihipertenzivna terapija (Ebrantyl) i sedativa (Normabel). Kardiotokografski (CTG) zapis pokazuje povremeno suženu undulaciju, temeljne frekvencije 145/minuti, trudove ne registrira. Ultrazvučnim pregledom nađeno je: BIP 95, HC 333, AC 318, FL 68, za 37 tjedana, 2828 g, glava I, plodova voda oskudna, posteljica straga III. stupnja zrelosti, AU RI 0,49, ACM RI 0,67. Učinjene su hitno laboratorijske pretrage (nalaži u granicama normalnih vrijednosti). S obzirom na znakove preeklampsije, uz terapiju porast RR na 190/120 i sumnju na abrupciju posteljice, odlučilo se trudnoću dovršiti hitnim carskim rezom.

Iz anesteziološke anamneze i statusa – pacijentica konzumirala hranu prije pet sati, ima kriterije otežane intubacije (kratak, slabo pokretan vrat, Mallampati IV), auskultacijski normalan šum disanja. U 15,10 započeta je opća anestezija (tiopental 300 mg, leptosukcin 100 mg) s bezuspješnim uvođenjem endotrahealnog tubusa. Unatoč Selikovom manevru i blagom antitrendelenbur-



Slika 1. Rtg snimka pluća traheotomirane pacijentice s prikazom plastične endotrahealne kanile i nehomogenog infiltrata parakardijalno lijevo
Figure 1. Rtg. lungs picture of patient with tracheostomy; endotracheal plastic canule and inhomogenic infiltration paracardial left is seen

govom položaju, u drugom pokušaju direktne laringoskopije uslijedila je obilna regurgitacija želučanog sadržaja, uglavnom tekućeg s nešto sitnih ostataka hrane. Ponovljen je pokušaj intubacije od strane drugog anesteziologa uz korištenje manjeg endotrahealnog tubusa sa stiletom, McCoy laringoskopa i endofleks tubusa, u »sniffing position«, no bez uspjeha. Za vrijeme neuspjelih pokušaja intubacije pacijentica je u više navrata povraćala, postavljena je u lijevi bočni položaj, aspirirana, te za to vrijeme i ventilirana. Došlo je do pada saturacije kisika uz znakove aspiracije, otežanog, stridoroznog disanja, hemodinamske nestabilnosti i višestrukog povraćanja. Ordiniran je Solu Medrol, aminofilin i uz ventilaciju na masku uspostavljena je zadovoljavajuća oksigenacija i krvni tlak, a pacijenticu se postepeno budilo.

Od kuće je pozvan najiskusniji anesteziolog. Postavljen je CTG aparat, fetalna frekvencija 140–160/minuti, nadzor otežan zbog postupaka anesteziologa. U 15.45. neuspio je pokušaj spinalne anestezije u lijevom bočnom položaju, zbog pretilosti, hipoksije i nemira pacijentice uzrokovanog rezidualnim djelovanjem anestetika. Ponovno je od najiskusnijeg anesteziologa uvedena u opću anesteziju (tiopental 400 mg, leptosukcin 100 mg) ponovno s neuspjehom intubacijom i regurgitacijom želučanog sadržaja. Nije uspjela ni retrogradna intubacija korištenjem seta subklavijalnih katetera (punkcija krikotiro-

idne membrane s provođenjem vodilice preko koje se povlači tubus za intubaciju). Pacijentica se ponovo budi.

CTG je registrirao fetalnu bradikardiju do 70/minutu. Postavljena je indikacija za hitnu traheotomiju, te je iz pripravnosti pozvan otorinolaringolog. CTG je registrirao KČS 150/minutu. Otorinolaringolog je uz Ketalar i ventilaciju na masku učinio hitnu traheotomiju. Po intubaciji anestezija je produbljena Sevoranom i Pavulonom pa se u 16,20 sati pristupilo hitnom carskom rezu, te je porođeno novorođenče i predano pedijatru. Opioidni analgetici su korišteni nakon rezanja pupkovine i poroda novorođenčeta. Za vrijeme zahvata otorinolaringolog je formirao traheostomu oblikovanjem prozorčića na prednjoj stijenci traheje, uz postavljanje plastične kanile.

Rodilja je premještena u JIL gdje je provedena daljnja intenzivna terapija usmjerena na stabilizaciju stanja i zbrinjavanje respiratornih komplikacija. Provedena je umjetna ventilacija (FiO₂ 60%, PEEP 7 cm), uveden kavafiks na desnu podlakticu, ordiniran Kefcef, Efloran, Garamycin, Controloc, Clivarin, metilprednizolon, aminofilin, Dormicum, Tramal, Analgin i dopamin. Bronhoskopski hiperemična sluznica oba plućna krila, aspiriran je sadržaj i učinjena lavaža fiziološkom otopinom. RTG pluća i srca (ležeći): inhomogeno, mrljasto zasjenjenje lijeve plućne baze karakteristike bronhopneumonične infiltracije. Acidobazni status: pH 7,221, pCO₂ 7,29, pO₂ 14,19, BE –6,4, sO₂ 96,8, standardni bikarbonati 23,6.

Drugi postoperativni dan, uz zadovoljavajući acidobazni status, L 15,2, CRP 94,1, aspirat traheje – fiziološka flora, pacijentica se odvaja od aparata za disanje i spontano diše na kanilu. Rtg. snimka pluća pokazuje regresiju inhomogenog infiltrata parakardijalno lijevo.

Četvrti postoperativni dan, nakon postavljanja metalne kanile, učinjena je fiberendoskopija: na sluznici orofarinksa i hipofarinksa nađeni su kontuzijski otisci i hematomi u regresiji, desna glasiljka je postavljena paramedijano, nepomična, lijeva je uredno pomična. Na objema glasiljkama je uočeno intenzivno i difuzno crvenilo te hemoragične ciste na prednjim trećinama obiju glasiljki, na lijevoj plitka i manja, na desnoj veća (8 mm) cista, u inspiriju se uvlači subglotično. Subglotično je nalaz uredan, bez granulacija i razvoja stenoze.

Šesti postoperativni dan pacijentica je premještena u rodilište. UZV abdomena – desni bubreg veličine 124x63 mm, široke zone blago inhomogenog parenhima, žarišne lezije se ne vide, pravilnih vanjskih kontura uz vikarnu hipertrofiju. U renalnom sinusu prikazala se hipotonija kanalnog sustava donje polovine, znakova litijaze nema. Lijeve bubrežna loža s vijugama crijeva, stanje nakon nefrektomije. Kontrolni laboratorijski nalazi u granici normalnih vrijednosti, rana carskog reza zarasla uredno, porcija formirana, ušće zatvoreno, uterus subinvoluiran. Stoma traheotomije svedena je na nekoliko milimetara, disanje dobro, bez smetnji. Šesnaesti postoperativni dan rodilja i novorođenče otpušteni su kući uz preporučenu kontrolu.

Novorođenče je po porodu asfiktično, atonično, bez spontanah respiracija, srčane akcije i podražljivosti. Intubirano je i reanimirano, Apgar indeks 0, 2, 5, ordiniran nalokson, uspostavljena respiracija, akcija srca uredna, te je premješteno na Neonatološki odsjek. Donošeno, hipotrofično normosomno muško novorođenče (PT 2620 g, PD 47 cm), akrocijanotično, plitkih površnih respiracija (35–40/min.), održane srčane akcije (140/min.), izrazito hipotonično, oskudne spontane motorike i oslabljene refleksne podražljivosti, Moro ne izvodi, grasp pozitivan, gestacijska dob po Petrussi 38 tjedana. Praćene su mu vitalne funkcije, ordiniran fenobarbiton, antibiotik, kavitan 1mg i infuzija 10% glukoze, te je smješteno u inkubator. Acidobazni status: pH 7,306, pCO₂ 6,41, pO₂ 7,67, BE –3,2, ostali laboratorijski nalazi su u granicama normalnih vrijednosti. UZV mozga: hipoksično ishemijske promjene PVBS frontalno i okcipitalno, krvarenje u pleksus koriodeuse II. stupnja lijevo i III. stupnja desno. Kod otpusta djeteta je bilo hipotrofično, u dobrom općem stanju sa znacima neurološkog odstupanja.

Rasprava

U našoj je ustanovi uobičajeni način izvođenja carskog reza u općoj anesteziji, neovisno o stupnju hitnosti, te do sada nisu zabilježene ozbiljnije komplikacije. Prikazana trudnica bila je više životne dobi, pretila (BMI 32,5), imala je hipertenziju, sumnju na abrupciju posteljice i radilo se o hitnom carskom rezu kod kojeg nije uspjela intubacija ni spinalna anestezija, te je učinjena traheotomija radi osiguranja dišnog puta. Zbog neprikazivanja rime i otežane intubacije došlo je do ozljeda lariniksa i do vjerojatne luksacije krikoaritenoidnog zgloba, te nastanka paretične glasiljke i hemoragičnih cista na glasilnicama. Nakon dekanilmana i zacjeljivanja traheostome disanje pacijentice je potpuno uredno, glas zadovoljavajući uz potrebu redovite otorinolaringološke kontrole.

Porast BMI u žena je povezan s većom učestalošću preeklampsije, gestacijske hipertenzije i carskog reza.¹² Turski autori opisuju učestalost SC u preeklampsiji od 63,8%, kao i 1,2% maternalnog i 14,4% perinatalnog mortaliteta povezanog s hipertenzijom u trudnoći.¹³ Više studija pokazuje veću učestalost carskog reza, neuspjelih intubacija i većeg maternalnog mortaliteta u pretilih trudnica. Najčešći faktori rizika u smrtnim slučajevima uzrokovanim anestezijom u trudnica su pretilost, hitni operativni zahvat i hipertenzija.^{14–16}

Preeklampsija je značajni uzrok fetalnih i neonatalnih smrti, naročito u prijevremeno rođene novorođenčadi nakon opstetričke intervencije u postupku liječenja preeklampsije.¹⁷ Neki radovi govore o povoljnom utjecaju hipertenzije i preeklampsije na smanjenu učestalost intrakranijalnih krvarenja i cerebralne paralize u novorođenčadi, dok su blaže neuromotorne smetnje jednako prisutne.^{11,18}

Ležeći litotomni položaj i uvođenje u opću anesteziju pogoršava kod adipoznih trudnica već otežane respiracijske kretnje, povećava utrošak energije za respiraciju, povećava minutni volumen srca i potrebu za kisikom. Poseban rizik su trudnice s hipertenzijom i koronarnom bolesti. Zbog usporenog pražnjenja i povećanog volumena gastrointestinalnog sadržaja, povišenog intragastričnog tlaka, smanjenog tonusa ezofagealnog sfinktera i povećane kiselosti želučanog sadržaja postoji visoki rizik za povraćanje i aspiraciju želučanog sadržaja. Prije operacije je potrebna pravilna procjena i monitoring kardiorespiratornog statusa, pravilan položaj na operacijskom stolu, primjena dopaminskih antagonista i postupanje prema algoritmu za otežanu intubaciju. Da bi se izbjegao rizik opće anestezije, otežane intubacije i ventilacije, te rizik aspiracije želučanog sadržaja, češće se primjenjuje regionalna anestezija, koja pruža veću kardiorespiratornu stabilnost, naročito kod hipertenzije trudnica. Izbor je epiduralna ili spinalna anestezija koje zbog pretilosti isto mogu biti otežane ili neuspješne.¹⁹ Američki autori opisuju kod carskog reza neuspjeh u postavljanju katetera u 4,3% epiduralnih i 2,7% spinalnih anestezija.²⁰

Procijenjeno je da se laringealnom maskom (LMA) ne bi postigla adekvatna ventilacija zbog obilne regurgitacije, visokih vršnih tlakova i nakupljanja svježe krvi uslijed manipulacije, kao što nije aplicirana ni nazogastrična sonda zbog opasnosti dodatnog otvaranja donjeg sfinktera ezofagusa, dok fleksibilni bronhoskop u operacijskoj sali nije bio na raspolaganju. Blokatori H₂ receptora i metoklopramid u svrhu prevencije aspiracije nisu ordinirani.

Martin i sur.²¹ prikazuju slučaj žene s preeklampsijom, pretilosti i Crouzonovim sindromom, problemima pri endotrachealnoj intubaciji kod carskog reza i traheotomijom nakon poroda radi osiguranja dišnog puta. Kafali i sur.²² prikazali su sličan postupak kod žene s eklamptičkim napadom i ugrizom za jezik.

Patohistološke promjene na posteljici u preeklampsiji su akutna ateroza, okluzivna tromboza, infarkti, retroplacentarni hematomi, obliterirajući endarteritis i pojava Tenney-Parkerovih promjena.²³ Patohistološkom analizom posteljice nađeni su hiatus villorum placentae, angiomatosis i chorioamnionitis acuta.

Uspješna suradnja i grupni rad opstetričara i anesteziologa važni su u zbrinjavanju adipoznih žena, kao i liberalnije korištenje regionalne anestezije u smanjenju anestezioloških komplikacija i maternalnog mortaliteta.²⁴

Otežana intubacija i aspiracija želučana sadržaja su jedan od najstresnijih događaja u radu anesteziologa, posebice u opstetriciji, zbog ugroženosti trudnice i fetusa. Danas su metode regionalne anestezije, zahvaljujući svojim prednostima, značajno potisnule opću anesteziju, no tamo gdje to nije moguće ostaje klasična opća anestezija, čije nedostatke treba pokušati razriješiti u skladu s predviđenim protokolima.

Zaključak

Kod hitnog carskog reza posebice u pretilih roditelja postoje povećani rizici opće anestezije, otežane su intubacija i ventilacija, može nastati aspiracija želučanog sadržaja. Prednost ima primjena regionalne anestezije.

Literatura

1. Knotek M. Patofiziologija preeklampsije. U: Djelmiš J et al. Hipertenzija u trudnoći. Zagreb: Grafoplast 2002:43–51.
2. Shennan AH. Recent developments in obstetrics. Br Med J 2003;327(7415):604–8.
3. Redman CW, Sargent IL. Latest advances in understanding preeclampsia. Science 2005;308(5728):1592–4.
4. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. Br Med J 2005;330(7491):565.
5. Cooper GM, McClure JH. Maternal deaths from anaesthesia. An extract from Why Mothers Die 2000–2002, the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Br J Anaesthesiol 2005;94(4):417–23.
6. Levy DM. Emergency caesarean section: best practice. Anaesthesia 2006;61(11):1120–1.
7. Oreb L. Anestezija kod hitnog carskog reza, U: Djelmiš J et al. Hitna stanja u ginekologiji, porodništvu, anesteziologiji i neonatologiji. Zagreb: Grafoplast 2008:302–5.
8. McCahon RA, Catling S. Time required for surgical readiness in emergency caesarean section: spinal compared with general anaesthesia. Int J Obstet Anesth 2003;12(3):178–82.
9. Weissler MC, Couch ME. Tracheotomy and intubation. U: Bailey BJ et al. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 4nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2006: 786–800.
10. Drake AF, Ferguson MO. Controversies in upper airway obstruction. U: Bailey BJ et al. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 4nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2006:804–12.
11. Polak-Babić J. Novorođenče majke s hipertenzijom. U: Djelmiš J et al. Hipertenzija u trudnoći. Zagreb: Grafoplast 2002:225–8.
12. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. BMC Public Health 2007;7(147):168.
13. Yücesoy G, Ozkan S, Bodur H et al. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. Arch Gynecol Obstet 2005;273(1):43–9.
14. Endler GC, Mariona FG, Sokol RJ, Stevenson LB. Anesthesia-related maternal mortality in Michigan, 1972 to 1984. Am J Obstet Gynecol 1988;159(1):187–93.
15. Soens MA, Birnbach DJ, Ranasinghe JS, van Zundert A. Obstetric anesthesia for the obese and morbidly obese patient: an ounce of prevention is worth more than a pound of treatment. Acta Anaesthesiol Scand 2008;52(1):6–19.
16. Hawkins JL, Koonin LM, Palmer SK, Gibbs CP. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979–1990. Anesthesiology 1997;86(2):277–84.

17. Basso O, Rasmussen S, Weinberg CR, Wilcox AJ, Irgens LM, Skjaerven R. Trends in fetal and infant survival following preeclampsia. JAMA. 2006;296:1357–62.

18. Baud O, Zupan V, Lacaze-Masmonteil T et al. The relationships between antenatal management, the cause of delivery and neonatal outcome in a large cohort of very preterm singleton infants. Br J Obstet Gynaecol 2000;107(7):877–84.

19. Zulić V. Anestezija za trudnice s povećanom tjelesnom težinom, U: Đelmiš J et al. Hitna stanja u ginekologiji, porođništvu, anesteziologiji i neonatologiji, Zagreb: Grafoplast 2008: 299–301.

20. Pan PH, Bogard TD, Owen MD. Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthe-

sia: a retrospective analysis of 19,259 deliveries. Int J Obstet Anesth 2004;13(4):227–33.

21. Martin TJ, Hartnett JM, Jacobson DJ, Gross JB. Care of a parturient with preeclampsia, morbid obesity, and Crouzon's syndrome. Int J Obstet Anesth. 2008;17(2):177–81.

22. Kafali H, Necat N, Ganidagli S. Management of eclampsia complicated with traumatic macroglossia occurring after tongue bite. The Internet Gynecol Obstet 2004;3,2.

23. Kos M. Patomorfološke promjene posteljice, fetusa, novorođenčeta i trudnice koje prate hipertenziju. U: Djelmiš J et al. Hipertenzija u trudnoći. Zagreb: Grafoplast 2002:231–47.

24. Saravanakumar K, Rao SG, Cooper GM. The challenges of obesity and obstetric anaesthesia. Curr Opin Obstet Gynecol 2006;18(6):631–5.

Članak primljen: 7. 05. 2008.; prihvaćen: 31. 07. 2008.

Adresa autora: Jadranko Šegregur, dr. med., Odjel za ženske bolesti i porođništvo Opće bolnice Virovitica, Gajeva 21, 33 000 Virovitica. E-mail: segregur@vt.t-com.hr

* * *

VIJESTI NEWS

I. HRVATSKI KONGRES GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE Zagreb, Hotel International, 13.–16. XI. 2008.

Organizator: Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD) uz European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)

Predsjednik kongresa: prof. dr. Vlastimir Kukura, Zagreb; **potpredsjednici:** prof. dr. Ante Ćorušić, Zagreb; prof. dr. Herman Haller, Rijeka; **tajnici:** dr. Ingrid Marton, dr. Karlo Polančec, Zagreb.

Teme kongresa i voditelji tema:

- I. Preinvazivne lezije stidnice, rodnice i vrata maternice (Goran Grubišić, Zagreb);
- II. Rak stidnice, rodnice i vrata maternice (Ante Ćorušić, Zagreb);
- III. Rak endometrija (Herman Haller, Rijeka);
- IV. Rak jajnika i jajovoda (Vlastimir Kukura, Zagreb);
- V. Rak dojke (Ivo Drinković, Zagreb);

Slobodna priopćenja, poster, videoprezentacije, satelitski simpoziji.

Sažetke slobodnih priopćenja treba poslati elektronskom poštom **do 1. 08. 2008.** na www.stranici.kongresa.

Kotizacija: Do 30. lipnja 2008. za članove HGOD (s plaćenom članarinom) 1000 Kn, za ostale 1200 Kn. Od 01. srpnja za članove HGOD 1200 Kn, za ostale 1400 Kn. Na mjestu za članove HGOD 1400 Kn, za ostale 1600 Kn. Specijalizanti, umirovljeni liječnici i medicinske sestre 800 Kn, a osobe u pratnji 500 Kn.

Hotelski smještaj: Hotel International, jednokrevetna soba 740,00 kn; dvokrevetna soba: 840,00 kn.

Prijave, registracije i informacije: SPEKTAR PUTOVANJA, Zagreb, Tkalčićeva 15/II;

do 7. 11. 2008. na web stranici kongresa: www.hgod.hr/hgod/kongres.

Tel. +385 1 48 62 600; fax. +385 1 48 62 622;

E-mail: sanja.vukov-colic@spektar-holidays.hr; www.hgod.hr