

# Syyskuu

**Tunnetko FIGO:n  
ja NFOG:n?**  
s. 18, 38

**Synnytystilastot 2013**  
s. 24

**Lääkärinä Zaatarin  
pakolaisleirillä**  
s. 12





# Suomen Gynegologiyhdistyksen Syyskoulutuspäivät 27.–28.11. Turussa

Syyskoulutuspäivät 2014  
järjestetään Turussa, uudistetussa  
Marina Palacessa Turun  
keskustassa, Aurajoen rannalla.

Ilmoittautuminen SGY ry:n  
kotisivujen kautta:  
[www.gyneekologiyhdistys.fi](http://www.gyneekologiyhdistys.fi)

Tervetuloa!





# Sykli

## SISÄLTÖ 3/14

|                                                                                                                    |           |                                                                      |           |                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Pääkirjoitus</b>                                                                                                | <b>5</b>  | <b>Menopausaikokongressissa Meksikossa</b>                           | <b>20</b> | <b>Tutkivat gynekologit Firenzessä</b>                     | <b>28</b> |
| <b>SGY:n kevätkoulutuspäivät 2014 Tampereella</b>                                                                  | <b>6</b>  | <i>Riina Katainen</i> postereineen kävi IMS:n kokouksessa Cancúnissa |           | <i>Anna Girsén</i> vieraili postereineen SGI:n kokouksessa |           |
| <b>VUOKKO -tutkimus 20 v.</b>                                                                                      | <b>10</b> | <b>Synnytystilastot 2013</b>                                         | <b>24</b> | <b>Väitelleet</b>                                          | <b>30</b> |
| Tutkimusryhmän yhteenvetoa                                                                                         |           | Yliopistosairaloiden mielenkiintoisia synnytyslukuja                 |           | <b>Koulutusta</b>                                          | <b>32</b> |
| <b>Tulevaisuus kahdessa kassissa</b>                                                                               | <b>12</b> | <b>Keskussairaalakolumni</b>                                         | <b>26</b> | <b>Gynaecologi Practici</b>                                | <b>36</b> |
| <i>Merja Metsä-Heikkilä</i> pukee sanoiksi <i>Päivi Hietasen</i> kokemukset Zaatarin pakolaisleiriltä Jordaniasta. |           | <i>Maisa Mäntymaa</i> miettii synnytyssairaalapolitiikkaa            |           | Uusi rahastonhoitaja esittäytyy                            |           |
| <b>Hallituskolumni</b>                                                                                             | <b>18</b> |                                                                      |           | <b>NFOG lukuina</b>                                        | <b>38</b> |
| <i>Seija Grénmanin</i> FIGO-terveiset Japanista                                                                    |           |                                                                      |           | <i>Seija Grénmanin</i> terveiset Tukholmasta               |           |
|                                                                                                                    |           |                                                                      |           | <b>Apurahat</b>                                            | <b>38</b> |
|                                                                                                                    |           |                                                                      |           | <b>Hallituksen pöydältä</b>                                | <b>40</b> |
|                                                                                                                    |           |                                                                      |           | <b>Koulutuskalenteri</b>                                   | <b>42</b> |
|                                                                                                                    |           |                                                                      |           | <b>Päätoimittajalta</b>                                    | <b>46</b> |
|                                                                                                                    |           |                                                                      |           | Ylpeästi vaan ei turhantärkeästi gynekologi                |           |



# Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry

– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928

– järjestöjäsenyydet: Duodecim, Väestöliitto, NFOG, FIGO, EBCOG, UEMS ja IFFS

### Julkaisija ja kustantaja

Suomen Gynekologiyhdistys ry –  
Finlands Gynekologförening rf  
[www.gynekologiyhdistys.fi](http://www.gynekologiyhdistys.fi)

### Päätoimittaja

Mari Aaltonen  
p. 050 3536 460  
[mari.aaltonen@sil.fimnet.fi](mailto:mari.aaltonen@sil.fimnet.fi)

Sykli verkossa: [www.sykli.gyn.fi](http://www.sykli.gyn.fi)

### Ilmoitusmyynti

Mari Aaltonen  
Viikinsaarekatu 1 B  
33250 TAMPERE  
p. 050 3536 460  
[mari.aaltonen@sil.fimnet.fi](mailto:mari.aaltonen@sil.fimnet.fi)

### Osoitteenmuutokset

SGY:n sihteeri  
Henna Kärkkäinen  
Lähettiläimistö,  
PL 100, 70029 KYS  
[henna.karkkainen@kuh.fi](mailto:henna.karkkainen@kuh.fi)

Ulkoasu: Taitotasku Oy  
Repro / Paino: PunaMusta Oy

Sykli (Painettu) ISSN 1795-0503  
Sykli (Verkkolehti) ISSN 1795-0511

Sykli julkaisee myös muiden  
yhdistysten koulutusilmoituksia,  
vuonna 2014 hintaan 300 e/sivu  
ja 150 e/puoli sivua.

### Seuraava Sykli 4/2014

ilmestyy 7.11.2014,  
aineiston ja ilmoitusten  
jättöpäivä on 3.10.2014

■ Kannessa vaihtuvat  
tänä vuonna vuodenajat.

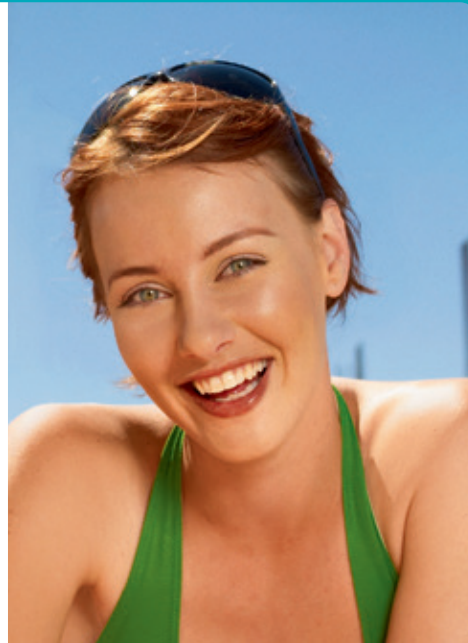


*Vapautta  
ja varmuutta*

**Yaz® on erityisesti  
nuorille naisille sopiva  
ehkäisypilleri.<sup>1,2</sup>**

**Helppo käyttää ja helppo  
muistaa!<sup>3</sup>**

- ☒ vähentää ihon rasvaisuutta  
ja akneoireita<sup>4</sup>
- ☒ ei kerrytä nestettä tai aiheuta  
siitä johtuvaa painonnousua<sup>5</sup>
- ☒ jopa 48 tunnin jousto  
ottamisajankohdassa



**Yaz® – Suomen käytetyin yhdistelmäehkäisypilleri.\***

**Viitteet:**

1. Dinger J. et al. Effectiveness of oral Contraceptive Pills in a Large U.S. Cohort Comparing Progestogen and Regimen. *Obstet Gynecol* 2011; 117 (1): 33-40.
  2. Dinger J. Comparative effectiveness of combined oral contraceptives in adolescents. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011;37(2):118.
  3. Bachmann G. et al. Efficacy and safety of a low-dose 24-day combined oral contraceptive containing 20 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Contraception* 2004 ;70(3):191-198.
  4. Koltun W. et al. Efficacy and safety of 3 mg drospirenone/20 mcg ethinylestradiol oral contraceptive administered in 24/4 regimen in the treatment of acne vulgaris: A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *Contraception* 2008;77:249-256.
  5. Oelkers W. et al. Effects of a new oral contraceptive containing an antimineralocorticoid progestogen, drospirenone, on the renin-aldosterone system, body weight, blood pressure, glucose tolerance, and lipid metabolism. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995;80(6):1816-21.
- \* IMS Dataview 03/2014

**YAZ®, lyhennelmä valmisteyhteenvedosta**

**Vaikuttavat aineet ja niiden määrät:** Drospirenoni 3 mg, Etinylliestradioli 20 mikrog. Pakkaus sisältää 24 vaaleanpunaista, vaikuttavaa ainetta sisältävää tablettia sekä 4 valkoista lumetablettia. **Käyttöaihe:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** Tabletteja otetaan yksi päivässä 28 peräkkäisen päivän ajan, ilman taukoja. Uusi läpipainopakkaus aloitetaan heti seuraavana päivänä kun edellisen pakkauksen viimeinen tabletti on otettu. **Vasta-aiheet:** Valtimo- tai laskimotromboosi, tromboosianamneesi tai tromboosin ennakkooire. Huomattavat valtimotromboosin riskitekijät: diabetes mellitus, johon liittyy verisuonioireita, vaikea hypertensio tai vaikea dyslipoproteinemia. Perinnöllinen tai hankittu laskimo- tai valtimotromboosialttius. Tämänhetkinen tai aiemmin sairastettu aivoverisuonitapahtuma. Haimatulehdus, johon on liittynyt vaikea hypertriglyseridemia. Vaikea maksasairaus. Vaikea tai akuutti munuaisten vajaatoiminta. Fokaalioirein esiintyvä migreeni. Maksakasvain, myös aiempi. Sukupuolielinten tai rintojen sukuhormoniriippuvaiset maligniteetit. Emätinverenvuoto, jonka syy on selvittämättä. Yliherkkyys jollekin tabletin aineosalle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Ennen aloitusta lääkärintarkastus, sukuanamneesi ja verenpaineen mittaus. **Huomioitavaa:** verenkiertohäiriöt: laskimon tai valtimon tromboottisten/tromboembolisten tapahtumien tai aivoverisuonitapahtuman oireita tai niiden vakavia tai useita riskitekijöitä. Muita: diabetes mellitus, SLE, hemolyytisy-ureeminen oireyhtymä, Crohnin tauti, colitis ulcerosa tai sirppisoluanemia. Muut, katso tarkemmin PF. **Raskaus ja imetys:** Ei saa käyttää raskauden aikana. **Haittavaikutukset:** Yleisimpiä ovat kuukautiskierron häiriöt, rintojen arkuus, päänsärky, pahoinvointi ja emotionaaliset oireet. Muut ks. PF. **Pakkaukset ja hinnat:** VMH + ALV (1.1.2014) 1 x 28 tabl. 13,27€, 3 x 28 tabl. 37,38€, 6 x 28 tabl. 73,12€. Reseptilääke. Ei SV-korvattava, Lisätietoja Pharmacia Fennica ja Bayer Oy, puh 020 785 21, [www.bayer.fi](http://www.bayer.fi)



# Hyvät Kollegat!

Kesä alkaa hiljalleen kääntyä syksyksi. Tätä pääkirjoitusta rustailllessani ensimmäinen syksyinen sade piiskaa ikkunoita. Toivottavasti kaikilla teillä oli mahdollisuus nauttia kesän aurinkoisista päivistä ja ladata akkuja syksyn tulevia koitoksia varten. Ainakin näin sairaala-maailmassa akkujen latausta – jopa oikosulkua – todella tarvitaan, kun tieto tulevista säästöta-voitteista tuli julki.

Kesän alkuun ajoittui myös ammatillista kou-luttautumista, kun Tukholmassa järjestettiin Pohjoismaisen yhdistyksemme, NFOG:n, tie-teellinen kokous. Järjestelyiltään ja puitteiltaan kokous onnistui erinomaisesti. Tieteelliseen ohjelmaan oli panostettu ja sosiaalisessa puolessa ei ollut moitteen sijaa. Skansen oli varattu tervetuliaisilta ja -juhlaa varten. Seuraa-vana iltana juhlatilana toimi Tukholman kaupun-gintalo, joka suurelle yleisölle varmasti on tuttu siellä vuosittain järjestettävistä Nobel-illallisista. Ruokalista mukaili tuota isompaa juhlaa ja meno oli ruotsalaiseen tapaan varsin mahtipontista.

Tieteellisestä ohjelmasta ainakin minulle mie-leenpainuvin esitys ajoittui viimeisen ohjel-mapäivän viimeiseksi luennoksi. Pakistanilainen kollegamme Shershah Syed piti luennon, jonka veroista en muista kuulleen. Hän kertoi tämän päivän pakistanilaisten naisten ja tyttöjen elä-mästä. Tuntuu erittäin vaikealta kuvitella, että tietyissä kolkissa tätä yhteistä maapalloamme naisia kohdellaan esineinä, joilla ei ole minkään-laista ihmisarvoa. Tohtori Syed näytti kuvia jouk-koraishatuista tytöistä, jotka oli hirtetty puiden oksille. Kuvia tytöstä, jonka kaula oli viilletty poikki oman isänsä toimesta. En ole koskaan nähnyt sellaista reaktiota luentosalissa. Esityk-sen jälkeen lähes puolet kuulijakunnasta itki avoimesti. Luennoitsijan toive oli, että länsimaat lähestyisivät Pakistanin johtavia poliitikoita esi-

merkiksi kirjeitse, jossa maan toiminta selkein sanoin tuomittaisiin.

Suomen delegaatio kokouksessa oli kohtalai-sen pieni, mutta sitäkin pippurisempi. Itse olisin toivonut enemmän tieteellistä panostusta meiltä. Tämän suhteen itsekin joudun peiliin katsomaan: meiltä Kuopiosta ei ollut yhtään abstraktia. Nostan tämän asian esille siksi, että seuraava NFOG:n kokous järjestetään kesällä 2016 Helsingissä. Kollegamme professori Oskari Heikinheimo on Helsingin kokouksen presi-denti. Meidän on pidettävä huoli siitä, että mah-dollisimman moni osallistuisi tähän kokoukseen. Nuorille, ja miksei vanhemmillekin tutkijoille vinkiksi, että tässä on vajaa pari vuotta aikaa tehdä urauurtavaa tutkimusta esitettäväksi sit-ten Helsingissä. Toivon, että koko kollegakunta antaa täyden tukensa Oskarille tulevan kokouk-sen järjestelyiden toteuttamisessa. Työsarkaa var-masti riittää.

Lopuksi vielä palaisin NFOG:n tehtäviin. Pohjoismaisella järjestöllämme on merkit-tävä rahasto, johon me suomalaisetkin olemme kortemme kekoon kantaneet jäsenmaksujen muodossa. Tästä rahastosta voi hakea apurahoja esimerkiksi klinikkavierailuja varten omien tietojen ja taitojen parantamiseksi. Näiden vierailujen on suuntauduttava oman maan rajojen ulkopuo-lle. Lisäksi voi hakea rahoitusta kehitysmaihin suuntautuvaa vapaaehtoistyötä varten tai ulko-mailla järjestettävälle kurssille. Suomesta näyttää tulevan varsin vähän apurahahakemuksia, aina-kin oman kokemukseni perusteella. Kannustan kaikkia asiasta kiinnostuneita käymään NFOG:n kotisivuilla ([www.nfog.org](http://www.nfog.org)).

Leppoisa syksyn jatkoa kaikille toivottelee Lpuheenjohtaja työhuoneestaan Puijon pie-lestä. ■

# Painavaa asiaa Tampereella nääs

## SGY:n kevätkoulutuspäiviltä poimittua



Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander aloittelemassa luentourakkaa

Suomen Gynekologiyhdistyksen kevätkoulutuspäivät pidettiin 8.–9.5. 2014 Tampereella. Luennot kuunneltiin Tampere-talolla ja torstain iltajuhlaa vietettiin hotelli Ilveksen Ballroomissa. Ensimmäistä kertaa presymposiumina järjestettiin nyt hands on -koulutusta, teemana tällä kertaa raskaudenaikaiset ultraäänitutkimukset.

**K**eskiviikkona 7.5. iltapäivällä Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien klinikan tiloissa pidettiin hands on -ultraäänikoulutusta presympo-

siumina kahdelle ryhmälle, joista toiselle oli järjestetty perustason opetusta ja toinen oli tarkoitettu jo edistyneemmille. Vetäjinä ryhmissä toimivat advanced-tason kurssilla professori Roya Sohaey, Portland, Oregon, USA (sikiön keskushermosto ja vatsan alueen elimet), professori Torvid Kiserud, Bergen, Norja (sikiön verenkierto) ja professori Juha Räsänen (sikiön sydän ja keskeinen verenkierto). Sikiön rakenneultraäänitutkimukseen keskittyntä Basic -tason kurssia vetivät Maija-Riitta Orden, Jukka Uotila ja Aydin Tekay. Kurseista tuli koulutuspäivien jälkeen mukavasti palautetta, josta valtaosa oli hyvin positiivista.

Torstiaamu 8.5. alkoi synnytysaiheisella tietoisuudella ennen varsinaista koulutuspäivien avaamista. Keskustelua herättäneenä aiheena olivat synnytukset sairaalan ulkopuolella. Gyneko-

login ja lastenlääkärin näkökulmasta asiaa alustivat dosentti Eeva Ekholm ja LT, neonatologi Kalle Korhonen. Koti-synnytysten puolesta puhujana esiintyi kättilö Anneli Skovbjerg.

Koulutuspäivät avasi nuijan varressa ensi kertaa Juha Räsänen ja ensimmäinen sessio käsitteli ultraäänitutkimuksia Räsänen ja Veli-Matti Ulanderin johtaessa puhetta. Ulander puhui asiantuntevasti sikiöseulonnoista ja vierailevana luennoitsijana kuulumme professori Roya Sohaeyta, joka luennoi sikiöanomaliaista. Lounaan jälkeen Juha Räsänen pääsi ääneen ultraäänitutkimuksen ja dopplerin fysiologisista perusteista ja Torvid Kiserud keskittyi luennoissaan sikiön maksan ja aivojen rakenteisiin.

Iltapäivällä Sohaey puhui vielä kokeneen asiantuntijan äänenpainoin adnexmuutosten ultraäänidiagnostiikka-



Eeva Ekholm tietoisuudessa



Professori Roya Sohaey luennoi



Professori Olli Jänne luennoi

Luentosali täyttyi aamupäivän mittaan



ta ja lopuksi kuultiin hyvin kiintoisia ultraäänitapausselostuksia.

Torstain luentopäivä päättyi yhdistyksen kevätkokoukseen ja Lääkäriliiton Suomen Gynekologit -alaosaston vuosikokoukseen, joiden jälkeen saatiin siirtyä Ilveksen Ballroomiin nauttimaan illallinen hyvässä seurassa ja seuraamaan pieniä ohjelmanumeroita iltajuhlissa. Laulua esitti ansiokkaasti Tampereen klinikan ylpeys, lauluyhtye Eka Parkasu, ja illan komediaosuudesta vastasivat klinikan erikoistuvat lääkärit.

Iltajuhla päättyi tanssiin erinomaisen liveorkesterin, Acoustixin, tahdittaessa.

#### **Perjantai 9.5. – Perhesuunnittelua**

Yllämainitulla, mukavasti kiinnostuneita keränneellä teemalla lähdettiin jälleen virkeinä liikkeelle perjantai-aamuna. Antti Perheentupa toimi pu-

heenjohtajana ja aamupäivällä luento-korokkeella vierailivat professori Olli Jänne aiheenaan steroidihormonien vaikutukset, LT Terhi Piltonen luen-  
nollaan ehkäisyhormonien metaboli-  
sista vaikutuksista sekä dosentti Oskari  
Heikinheimo, joka kertoi estrogeenin  
ja progestiinin valinnan merkityksestä  
ehkäisyvalmisteissa. LT Merja Metsä-  
Heikkilä päivitti tietomme kohdunsi-  
säisistä ehkäisimistä ja dosentti Satu  
Suhonen puhui raskauden jälkeises-  
tä ehkäisystä.

Ennen lounasta pidettiin SGY tut-  
kii -sessio, jossa tutkimusprojekte-  
jaan esittelivät Hanna Hautamäki (Do  
premenstrual symptoms predict post-  
menopausal complaints), Pia Heino-  
nen (Verkkoimplantit virtsainkonti-  
nenssin ja laskeumien leikkaushoidos-  
sa sekä sidekudosmuutokset laskeu-  
mapotilailla) ja Sanna Koskela (Anti-  
Müllerian -hormoni munasarjan toi-  
minnan merkkiaineena munasarjan  
kehityksessä ja sairauksissa). Varapu-  
heenjohtaja Seija Grénman johti ses-  
siossa puhetta tyytyväisenä siitä, että  
yhdistyksessämme on aina vain uutta,  
aktiivista tutkimustoimintaa.

Iltapäivällä perhesuunnitteluteeman  
parissa jatkoivat vieraileva luennoitsija  
Kristina Gemzell-Danielsson (Karolins-  
ka Institutet) joka kertoi perhesuunnit-  
telusta eurooppalaisesta näkökulmas-  
ta ja professori Mika Gissler Tervey-  
den ja Hyvinvoinnin Laitokselta kä-  
sitteli luennessaan raskaudenkeskey-  
tystä niinkään euroopan vinkkelistä.

Lopuksi ääneen pääsivät professo-  
ri Mervi Halttunen aiheenaan ehkäisy-  
neuvonnan yhteydessä annettava fer-  
tiliteettineuvonta sekä LT Maarit Niini-  
mäki, joka pohti raskaudenkeskeytyk-  
sen vaikutuksia tulevaan lisääntymis-  
terveyteen. Näiden luennoitsijoiden  
ansiosta kuulijalla ei tehnyt lainkaan  
tiukkaa säilyttää mielenkiinto vielä ai-  
van loppuminuuteille.

SGY:n puheenjohtaja sai päättää  
koulutuspäivät tyytyväisenä järjestelyi-  
hin. Kritiikkiä kertyi eniten Tampere-  
talon luentotilasta, joka oli tasalattialla  
ja näin ollen aiheutti osalle kuulijoista  
niskavaivoja, kun luennot heijastettiin  
kohtalaisen korkealle valkokankaal-  
le. Interaktiivista viestiseinää kokeil-  
tiin ensimmäistä kertaa kommentteja  
ja kysymyksiä sekä tiedotteita varten,  
ja siitä saatiin hyvää palautetta, joten  
käytäntöä on tarkoitus jatkaa. ■



Puheenjohtaja Juha Räsänen pääsi kuvaan Terhi Piltosen kanssa, Piltonen voitti palkinnon parhaasta ultraääni -case reportista.



Bändi sai kaikki tanssimaan

TAYS:n erikoistuvat lääkärit Eeva-Maria Pohjonen ja Tiina Vilmi-Kerälä viihdyttivät juhlapuheellaan, jossa kaikki ei mennyt ihan putkeen.

Portlandista luennoitsijana vieraillut Roya Sohaey miehensä, niinikään radiologina toimivan David Bostonin kanssa.



Iltajuhlassa oli rento tunnelma



Vieraat saivat SGY:ltä muistolahjat ja puheenjohtajalta lämpimät halaukset



Eka Parkasu iltajuhlassa

Suomalaisen innovaation, hormonikierukan voittokulku alkoi jo neljännesvuosisata sitten. Hormonikierukan terveyshyödyistä on kertynyt vahva näyttö. VuoKKo-tutkimus hormonikierukasta tai kohdunpoistosta runsaiden kuukautisten hoidossa on yksi tunnetuimmista kliinisistä tutkimuksista Suomessa. Tutkimus alkoi jo 20 vuotta sitten kaikkien maamme yliopistoklinikoiden yhteisenä projektina. VuoKKo-tutkimuksen 20-vuotisen taipaleen tieteellinen juhlasymposium oli 23.5.2014 Helsingin Kalastajatorpalla.



Suomalainen hormonikierukka on muuttanut runsaiden kuukautisvuotojen hoitolinjoja ympäri maailman

# VuoKKo-tutkimus

## (Vuodot, Kierukka, Kohdunpoisto)

**R**unsaat kuukautisvuodot (menorrhagia) on iso terveysongelma, josta kärsii joka kolmas nainen jossain elämänsä vaiheessa. Vaiva huonontaa elämänlaatua, aiheuttaa anemisoitumista ja monia muita terveyshaittoja sekä paljon töistä poissaoloja. Kohdunpoisto on tehokas, mutta radikaali menorrhagian hoito, johon liittyy komplikaatioita ja suuria kustannuksia. Suomen kohdunpoistoluvut olivat huipussaan 1990-luvulla ja VuoKKo-tutkijoiden kysymys hormonikierukan ja kohdunpoiston vertailusta koettiin tärkeäksi. Kaikki viisi yliopistoklinikkaa lähtivät mukaan tutkimukseen ja tutkimuksesta syntyi menestystarina. Tutkimuksen rahoitti Suomen Akatemia ja siihen rekrytoitiin 236 35–49 vuotiasta naista, jotka avohoito oli ohjannut runsaiden kuukautisten takia yliopistoklinikkaan kohdunpoistoleikkauksen harkintaan. Naisista 119 satunnaistettiin hormonikierukkaryhmään ja 117 kohdunpoistoryhmään. Tavoite oli tutkia hoitojen vaikutusta elämänlaatuun ja kustannusvaikuttavuuteen. Tuloksia raportoitiin yhden (1), viiden (2) ja kymmenen vuoden (3) kuluttua. Lähes kaikki naiset (94 %) olivat mukana seurannan loppuun, mikä on hyvin harvinaista. Seurannassa molemmat hoidot paransivat terveyteen liittyvää elämän-

laatua ja vähensivät haitallisia oireita kuten kipuja. Kohdunpoistoryhmässä esiintyi 10 vuoden kuluttua enemmän virtsankarkailua ja virtsatieinfektioita. Kohdunpoistoryhmässä oli myös enemmän munasarjatoiminnan heikkenemistä ja vaihdevuosisoireiden hormonihoitoa, samoin kuin sydän- ja verisuonitautien riskin lisääntymistä.

Kymmenen vuoden seurannassa noin puolelle hormonikierukkaryhmästä tehtiin kohdunpoisto. Tästä huolimatta hoidon suorat ja epäsuorat kokonaiskustannukset olivat hormonikierukkaryhmässä 31 % pienemmät kuin kohdunpoistoryhmässä. VuoKKo-tutkimuksen päätulokset on julkaistu lääketieteen huippulehdissä (Lancet, JAMA, Am J Obstet Gynecol) ja tutkimus on saavuttanut suuren kansainvälisen huomion. Tutkimus on tuottanut kolme väitöskirjaa ja lukuisia tieteellisiä julkaisuja (4-12). Tuoreimmat raportit ovat liittyneet 10-vuotis seurantaan, anemian ja raudan puutteen vaikutuksen elämänlaatuun sekä Mirenan vaikutuksesta PMS-oireisiin.

Tutkimuksen todellinen vaikuttavuus on ollut suuri, sillä se on osaltaan muuttanut hoitolinjoja ja koko hoitoprosessia eri puolilla maailmaa. Suomessa kohdunpoistoleikkaukset ovat VuoKKo- aikana vähentyneet puoleen aikaisemmasta (*taulukko*). Tutkimus

on malliesimerkki hyvästä satunnaistetusta kliinisestä tutkimuksesta, jolla etsitään vastausta tärkeään naisen terveyteen liittyvään kysymykseen. Tutkimus on myös loistava malli suomalaisesta kaikkien yliopistosairaaloiden yhteistyöstä. ■

### KIRJALLISUUTTA

Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A-M, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet* 357:273-277, 2001.

Hurskainen R, Paavonen J, Teperi J. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:83-93

Heliövaara-Peippo S, Hurskainen R et al. Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: a 10-year randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 209(6):535.e1-535.e14, 2013

Halmesmäki K, Hurskainen R, Tiitinen A, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Yliskoski M, Paavonen J. A randomised controlled trial of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of menorrhagia – effect on FSH and menopausal symptoms. *Hum Reprod* 19:378-382, 2004.

Halmesmäki K, Hurskainen R, Cacciatore



Henri Leminen, Eija Tomás, Sirkku Vuorma, Ritva Hurskainen, Jorma Paavonen, Juha Teperi, Satu Heliövaara-Peippo, Aarre Kivelä, Karoliina Halmesmäki, Marjo Tuppurainen

B, Tiitinen A, Paavonen J. Effect of hysterectomy or LNG-IUS on serum inhibin B levels and intraovarian artery blood flow. *Maturitas* 57:279-285, 2007.

Halmesmäki K, Paavonen J, Tuppurainen M, Hurskainen R. A randomised controlled trial of the effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on bone mineral density – a five-year follow-up. *Therapy* 3:509-515, 2006.

Halmesmäki K, Hurskainen R, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Tuppurai-

nen M, Yliskoski M, Vuorma S, Paavonen J. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on sexual functioning among women with menorrhagia: a 5-year randomised controlled trial. *BJOG* 114:563-568, 2007.

Heliövaara-Peippo, Halmesmäki K, Hurskainen R, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Tuppurainen M, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on lower abdominal pain among women treated

for menorrhagia: a five-year randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88:1389-1396, 2009

Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Hurskainen R, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Tomás E, Tuppurainen M, Paavonen J. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on lower urinary tract symptoms: a 10-year follow-up study of a randomised trial. *BJOG* 117:602-609, 2010

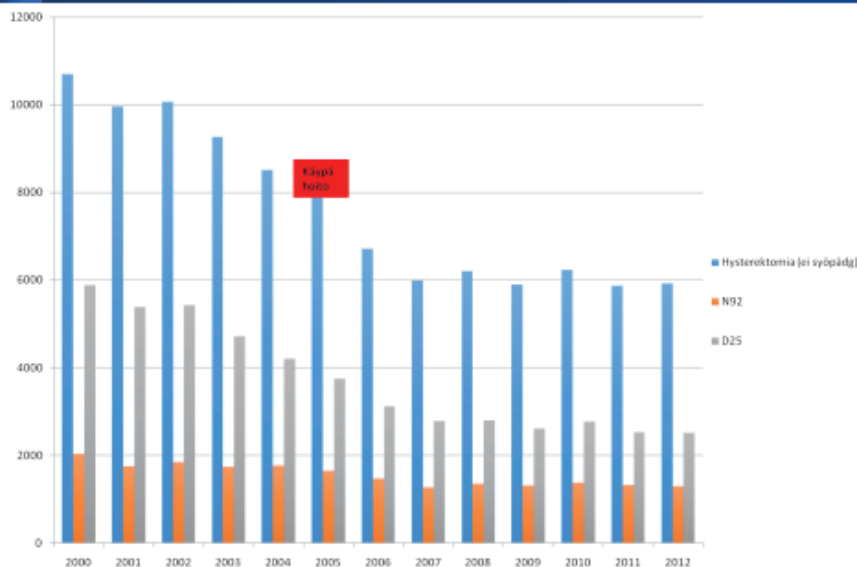
Heliövaara-Peippo S, Oksjoki R, Halmesmäki K, Kaaja R, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Surcel H-M, Tomás E, Tuppurainen M, Hurskainen R, Paavonen J. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on cardiovascular disease risk factors in menorrhagia patients: A 10-year follow-up of a randomised trial. *Maturitas* 69:354-358, 2011

Peuranpää P, Heliövaara-Peippo S, Fraser I, Paavonen J, Hurskainen R. Effects of anemia and iron deficiency on quality of life in women with heavy menstrual bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 93(7):654-60, 2014

Leminen H, Paavonen J. Kuukautisia edeltävä oireyhtymä (PMS) ja kuukautisia edeltävä dysforinen häiriö (PMDD). *Duodecim* 129:1756-63, 2013

Leminen H, Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, Tuppurainen M, Paavonen J, Hurskainen R. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on premenstrual symptoms in women treated for menorrhagia: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91:318-325, 2012

## Kohdunpoistot Suomessa 2000-2012



# Tulevaisuus kahdessa

Kuvittele, että istut aavikolla teltassa, yhdessä tuhansista. Omaisuutesi mahtuu kahteen kassiin, niihin, jotka olet jaksanut mukana kantaa. Entinen on poispyyhitty, tulevaisuus ulottuu huomiseen, kenties ensi viikkoon. Tällainen on tilanne pakolaisleirillä – sen lisäksi, että osa perheestäsi tai suvustasi saattaa olla kadonnut tai menehtynyt sodan melskeissä. Kollega Päivi Hietanen, Lääkärilehden tieteellinen päätoimittaja, pääsi viime keväävä vierailemaan Zaatarin pakolaisleirillä Jordaniassa.



# kassissa



**L**eiri tarjoaa suojaa Syyrian sisällissotaa pakeneville. Syyrian sisällissota on jälkimaininkeja Arabikevään 2012 kansannoususta, nykyään osa Lähi-Idän alati kiristyvää poliittista kriisiä. Väestö nousi vaatimaan oikeuksiaan al Assadin yksinvaltaisena pitämältään hallinnolta. Tilanne kuitenkin karkasi käsistä ja nykyään maassa ovat vastakkain toisaalla maltillisempi, lähinnä shiamuslimeihin tukeutuva hallinto, ►

Lapset tarpeineen ovat lapsia kaikkialla maailmassa, myös pakolaisleirillä.

toisaalla ääri-islamilaista suuntaa edustava erittäin hajanainen, jopa sadoista jihadistisistakin ryhmistä muodostuva oppositio. Kaikki sovitteluyritykset ovat kariutuneet. Sota on ajanut lähes puolet 22-miljoonaisesta kansasta pakoon kodeistaan, joko maan sisällä tai rajojen ulkopuolelle.

## Pakolaisena

Jordania on yksi pakolaisia vastaanottavista maista. Suurin osa, noin 80 % pakenevista on hajaantunut eri puolille maata rajan läheisyyteen ja vain osa – kenties onnekkain – sijoittunut pakolaisleireille. Arvioidaan, että syyrialaispakolaiset kasvattavat jo nyt Jordanian väkilukua kymmenyksellä. Pakolaisia tuli keväällä päivittäin 300–400 henkeä, mutta pahimmillaan kemiallisten iskujen aikana jopa 4000 henkeä yhden päivän aikana. Nykyään Jordaniakin on joutunut supistamaan pakolaisvirtaa, rajan pääsee ylittämään 300–400 henkeä viikossa.

Zaatarin leiri on tämänhetkisistä pakolaisia vastaanottavista leireistä suurin, noin 80 000 ihmisen asuttama. Leiri sijaitsee keskellä aavikkomaista aluetta, kesän aikana kuumaa ja talvella kylmää. Osa asumuksista on telttoja, osa liikuteltavia karavaaneja. Leiriä hallinnoi YK:n alainen UNCHR. Materiaalista tukea tulee lukuisilta eri länsimaisilta järjestöiltä mutta myös läheisistä arabimaista.

## Naisia ja lapsia

Leirille tullaan perhekunnittain, mutta tulijoissa on myös paljon äitejä lapsineen, puoliso on sotimassa tai menehtynyt. Lapsia tulee jonkin verran myös ilman vanhempiaan. Vanhuksia on poikkeuksellisen vähän, osittain syynä on Syyrian väestörakenne, osittain se, että vanhuksia eivät kestä usein fyysisesti erittäin raskasta pakomatkaa.

– Leirin katukuvassa huomiota kiinnittävät toimetomat nuoret pojat, heille ei oikein löydy tekemistä. Nuoret



Päivi Hietanen Zaatarin pakolaisleirin Champs Elyseesiksi ristityllä kauppakadulla.



Al Zaatarin leiri keskellä hiekka-aavikkoa.

tytöt integroituvat paremmin perheen arkisiin puuhiin, kertoo Päivi leirikokemuksistaan.

Leirielämä on ymmärrettävästi pääosin odottamista: että sota loppuisi, että olisi mahdollista päästä palaamaan. Jotkut palaavat sodasta huolimatta, osa siirtyy asumaan leirin ulkopuolelle, mikäli onnistuu järjestämään asumisensa ja toimeentulonsa. Suurimmalle osalle leiristä näyttää muodostuvan pitkäaikainen koti ja silloin tavoitteeksi muodostuu muutto kolmansiin maihin turvapaikanhakijana. Myös Suomi on sitoutunut vastaanottamaan syyrialaisia pakolaisia.

– Leirille päätyvien asiat ovat kuitenkin paremmin kuin niiden, jotka asettuvat Syyrian naapurimaihin ilman kotia tai toimeentuloa. Leirillä toimii terveydenhuolto ja ihmisille on tarjolla ruokaa ja turvaa. Myös näitä leirien ulkopuolelle sijoittuneita UNCHR pyrkii auttamaan elämän alkuun.

### Arjessa eteenpäin

UNCHR on strategiassaan pyrkinyt tukemaan leiriläisten omatoimisuutta.

Pakolaisia ei nähdä vain avustuskohteina, vaan heidän ihmisarvoaan ja vapauttaan vallitsevista olosuhteista päättää elämästään kunnioitetaan. Monet asukkaat ovat perustaneet pientä bisnestä: myydään kaikkea mahdollista, mitä elämässä voi tarvita. Enää asukkaille ei jaeta elintarvikkeita vaan kuponkeja, joilla he voivat ostaa ruokaa oman valintansa mukaan ja siten itse päättää ostoksistaan – silläkin uhalla, että jaettu ruoka saattaisi olla ravitsemuksellisesti parempaa, Päivi kertoo kokemuksistaan.

Lapsille on järjestetty mahdollisuus koulunkäyntiin, mutta valitettavasti vain pieni osa osallistuu. Monet lapset auttavat perhettään kaupustelulla ja monien kohdalla on varmasti takana myös se, että koulutuksen merkitystä ei ole helppo nähdä leiriolosuhteissa.

Lasten osa pakolaisuudessa on erityisen riipaiseva. Aikuisen tarve on käsinkosketeltava. Lapset hakivat kontaktia monin tavoin myös meihin vierailijoihin, muistelee Päivi.

Arabikulttuurissa mies on perheen pää ja elättäjä, naisten roolina on keskittyä kotiin ja perheeseen. Pakoilaisuuden olosuhteissa miehet harvoin voivat kuitenkaan ansaita perheen toimeentuloa ja tämä aiheuttaa turhautumista ja ristiriitoja. Perheväkivalta ei ole tuntematon ilmiö ja tämänkin asian kanssa leirillä tehdään töitä.

### Kolera ja muut kulkutaudit uhkaavat

Leirille tulevat käyvät läpi terveystarkastuksen ja saavat tarvittavat rokotukset. Vaikeimmin sairaat lähetetään suoraan jordanialaiseen sairaalaan. Leirillä on 4–5 terveyskeskusta, joissa on ympärivuorokautinen päivystys. Peruslääkkeistä ei ole pulaa ja ta-

vallisimmat sairaudet voidaan hoitaa hyvin. Vaikeammat tapaukset hoidetaan jordanialaisissa sairaaloissa, joihin potilaat siirretään ambulansseilla.

Pakolaiset siis kuormittavat huomattavasti Jordanian erikoissairaanhoidon, mutta yhteistyö leirin kanssa toimii hyvin.

– Kerrotaan, että jopa puolet syyrialaisista lääkäreistäkin on paennut kotiseuduiltaan ja osa heistä toimii leirillä lääkäreinä. Paikalla on myös kansainvälistä terveydenhoitohenkilöstöä.

Terveysongelmat ovat samanlaisia kuin kaikkialla maailmassa: infektiot, kroonisia sairauksia ja niin edelleen. Ihmisten olosuhteet sekä ennen leirille saapumista että leirillä huomioiden myöskään erilaiset psyykkiset ongelmat eivät ole harvinaisia ja niihinkin yritetään puuttua. Ei ole myöskään harvinaista, että sotatilanteen ja kodin menettämisen esiin nostamat traumat purkautuvat somaattisina oi-

reina, muun muassa epilepsian kaltaisina oireiluna.

Kuten aina leiriolosuhteissa, erilaiset tarttuvat sairaudet, pelätyimpänä kolera, ovat aineellinen uhka. Leirillä on järjestetty yhteisiä peseytymis- ja sanititeetitiloja, mutta niiden käyttöön liittyy sekä turvallisuussuhkia että kulttuurisia esteitä. Naiset eivät uskalla käyttää niitä pimeällä eikä islamilaisessa kulttuurissa edes naisten keskenään ole soveliaasta esiintyä pukeutumattomana. Niinpä monet ovat järjestäneet wc- ja pesutiloja asumustensa yhteyteen, mikä viemäreiden puuttuessa lisää ulosteiden välityksellä tarttuvien sairauksien riskiä.

Leirillä myös synnytetään, viimeisen vuoden aikana on syntynyt reilut 1300 lasta.

Sektioprosentti on kymmenen luokkaa ja vaikeimmat tapaukset, muun muassa teiniäidit, lähetetään sairaalaan leirin ulkopuolelle.



Leirillä toimii useita terveyskeskuksia, joissa työskentelee sekä Syyriasta paenneita kollegoja että kansainvälisiä avustustyöntekijöitä.



UNHCR on YK:n pakolaisten auttamisesta vastaava järjestö.



Vedenjakelua leirillä.

Naisille on tarjolla leirillä ilmaiseksi sekä perhesuunnittelu- että seksuaaliterveyteen liittyviä palveluja.

### Naisten erityisongelmia

Pakolaisina – erityisesti pakolaisleirien ulkopuolella – naiset kohtaavat monia erityisongelmia. Arabikulttuurin sekä uskonnollisten syiden vuoksi naisen asema poikkeaa länsimaisesta. Yksin

saapuneet naiset ovat erityisen haavoittuvia ilman miespuolisen perheenjäsenen tarjoamaa turvaa, jopa niin, että heidän liikkumisensa kodin seinien ulkopuolella muuttuu mahdottomaksi. Uhka seksuaalisesta häirinnästä ja jopa väkivallasta on todellisuutta. Taloudelliset seikat johtavat usein tyttöjen varhaiseen naittamiseen. Pahimmillaan naiset ajautuvat seksityöhön ruokkiakseen itsensä ja lapsensa.

### Lopuksi

Kesän uutiset Lähi-Idän alueelta ovat olleet musertavia. On vaikea kuvitella, mistä ja milloin ratkaisuja voisi löytyä sen enempää Syyriassa, Irakissa, Iranissa kuin Gazassakaan. Moni miettii varmasti, mitä itse voisi tehdä. Kaikki voivat tukea taloudellisesti hädänalaisia ihmisiä itselleen parhaiten sopivan organisaation välityksellä. Syyrialaisia on tullut ja tulee kiintiöpakolaisina myös Suomeen. Voimme tutkailla asenteitamme: ovatko maahanmuuttajat suomalaista hyvinvointia hyväksikäyttäviä ”muukalaisia” vai ihmisiä, joilla ei ole muita vaihtoehtoja kuin tulla tänne. Raha tai turvapaikka eivät kuitenkaan lopeta pakolaisuuden syitä. Tarvitaan poliittisia ratkaisuja, yhteistä tahtoa ja sen tahdon löytymistä. ■

# Mitä FIGO tarjoaa?

## Hallituksen kokous Japanissa

FIGO:n hallituksen kokous oli Japanissa heinäkuun alussa. Kokous oli järjestetty japanilaiseen tapaan kellon tarkkuudella ja päättyi viimeisenä iltana karaokeen, jonka avasi Japanin gynekologiyhdistyksen pj. Ikuo Konishi. Yleisön mielestä hän voisi ansaita elantonsa laulajana, jos kyllästyy lääkärin töihin!

**K**omiteoiden ja työryhmien projektien käsitteleminen vei leijonan osan ajasta. Se on ymmärrettävää, koska suuri osa työstä tehdään niiden toimesta. Lisäksi käsiteltiin mm. FIGO:n yleiskokouksen äänestysjärjestelmää, jonka sekavuudesta myös mukana olleilla suomalaisilla kollegoilla on kokemuksia. Yleiskokouksessa valitaan sekä virkailijat (Presidentti, varapresidentti jne.) että ne maat, jotka saavat jäsenen Executive Boardiin. Tähän asti voimassa olleen käytännön mukaan on äänestetty maata tietämättä, kuka sieltä on ehdokkaana. Pienen väännon jälkeen saimme läpi muutoksen, jonka mukaan maan asettuessa ehdokkaaksi on yhdistyksen ilmoitettava myös ehdokkaan nimi. Muutos tähtää pätevien ehdokkaiden valintaan ja naisten osuuden lisäämiseen. Hallituksen kokouksiin osallistuu yli 30 henkilöä: kuusi virkamiestä, jäsen 24 maasta ja alueelliset raportioijat mm. Euroopasta, Aasiasta ja Etelä-Amerikasta. Naisia on nykyisin vain kuusi: maiden valittuina edustajina kolme (Kanada, Tanska, Suomi), komiteoiden puheenjohtajina kolme ja alueen edustajana EBCOGin pj. Chiara Benedetto Euroopasta.

FIGO:n hallitus ryhmäkuvassa



Seija Grénman, Professori Tadashi Kimura, Japanin edustaja FIGO:n hallituksessa ja Dr Sachiko Shimizu, Japanin gynekologiyhdistyksen yleiskokouksen varapuheenjohtaja.

### FIGO pähkinäkuoressa

FIGO eli kansainvälisen yhdistyksemme lyhenne liittyy monien mielestä gynekologisten syöpien luokitukseen. Itse järjestö ja sen kotisivut saattavat olla vähemmän tunnettuja useimmille SGY:n jäsenille. FIGO:n toiminta on kuitenkin laajaa ja osittain erittäin konkreettista ruohonjuuritason työtä. Se rahoitetaan pääasiassa lahjoituksilla ja osittain jäsenyhdistyksiltä kerättävillä jäsenmaksuilla. Merkittävien tukija on Melinda ja Bill Gatesin säätiö. Se on tukenut mm. 2008–2013 toteutettua LOGIC-projektia (Leadership in Obstetrics and Gynaecology). Projektin tarkoituksena on vahvistaa kehitysmaissa pai-



Japanin gynekologiyhdistyksen puheenjohtaja Ikuo Konishi, Seija Grénman, FIGO:n hallituksen Kanadan edustaja Jeniffer Blake sekä Japanin yhdistyksen varapj. professori Mitsutoshi Iwashita.



kallisia yhdistyksiä, jotta ne voisivat parantaa monipuolisesti äitien ja lasten terveydenhuoltoa.

Järjestön toimintaan nähden pieni toimisto sijaitsee Lontoossa. Presidenttinä toimii Sir Sabaratman Arulkumaran, joka on kotoisin Sri Lankasta, mutta on tehnyt uran Englannissa ja ollut myös RCOG:n puheenjohtaja. FIGO:ssa on nykyisin jäsenenä gynekologiyhdistys 125 maasta tai alueelta. Pohjoismaat ovat useiden vuosien ajan onnistuneet yhteistyöllä saamaan jäsenen hallitukseen. Vaikka olenkin virallisesti Suomen edustaja, käyn NFOG:n hallituksen kokouksissa raporttoimassa FIGO:n toiminnasta. FIGO:n ja NFOG:n yhteistyötä pyritään tiivistämään ja prof. Lesley Regan, Women's Sexual and Reproductive Rights komitean puheenjohtaja tulee vierailemaan NFOG:n hallituksen seuraavaan kokoukseen.

### Komiteat

FIGOn hallitus kokoontuu kerran vuodessa. Pysyviä komiteoita on nykyisin 9 ja maailman kokousta valmistelevala tieteellinen komitea vaihtuu kolmen vuoden välein. Komiteoiden koko on pääsääntöisesti rajattu kahdeksaan jäseneseen, joita valittaessa pyritään osaamisen lisäksi huomioimaan alueellinen tasapaino. Viime aikoina on myös pyritty lisäämään naisten osuutta. Komiteoiden työpanos kohdistuu osittain eri maissa toteutettavien projektien koordinoointiin ja seurantaan, osittain suositusten kirjoittamiseen. Komiteat kokoontuvat yleensä kerran vuodessa ja työskentelevät valtaosin sähköpostin välityksellä. Niiden edellytetään olevan aktiivisia rahoituksen hankkimiseksi projekteille. Paineita uusien työryhmien perustamiseen on mm. rintasyövän dg ja hoidon parantamiseksi ja naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämiseksi. Gender Violence ryhmän työkenttä on laaja ja sen käsiteltäväksi ehdotettiin myös lapsiavioliittoja. Executive Boardin jäsenten näkemyserojen vuoksi näiden työryhmien perustaminen siirrettiin jatkovalmisteluun ja otetaan uudelleen käsiteltäväksi 2015 kokouksessa. Luettelo nykyisistä komiteoista on esitetty alla:

- Capacity Building in Education and Training
- Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health
- Fistula
- Gynecologic Oncology
- Menstrual Disorders
- Reproductive Medicine
- Safe Motherhood and Newborn Health
- Women's Sexual and Reproductive Rights
- Audit and Finance Committee

### Yleistietoa ja spesifisiä ohjeita

Komiteoiden työn tuloksena FIGO:n kotisivuilta löytyy sekä mielenkiintoista yleistietoa että yksityiskohtaisia



FIGO:n presidentin, Sir Sabaratman Arulkumaranin ja prof. Tadashin malja.

ohjeita ja suosituksia. Laajaan käyttöön sekä kehittyneis-  
sä että kehittyvissä maissa on otettu mm.:

- The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding
- FIGO Cancer Report 2012
- FIGO Infertility Tool Box
- FIGO Ethical Guidelines

Vuotohäiriöiden luokitusta edellytetään käytettäväksi mm. aiheesta tehtävässä tutkimustyössä. Syöpäraportti lienee tutuin FIGO:n raporteista ja tarjoaa hyödyllistä tietoa syöpien esiintyvyydestä, hoidoista ja ennusteesta. Infertility Tool Boxista löytyy hyvää koulutusmateriaalia. Tutustuminen eettisiin ohjeisiin voi olla hyödyksi, jos joutuu pohtimaan erityisryhmien hoitoa tai visaisia kysymyksiä esimerkiksi potilasvalitusten yhteydessä.

### FIGOn maailmankokous 2015 Vancouverissa

Seuraava FIGO:n maailmankokous on 4.–9. lokakuuta 2015 Vancouverissa. Päivämäärä kannattaa panna kalenteriin jo nyt, sillä sekä ohjelma että kokouspaikka tulevat olemaan korkealaatuisia. Tieteellisen toimikunnan vetäjänä on kanadalainen Joanna Cain ja Eurooppaa toimikunnassa edustaa tanskalainen Anette Toennes Pedersen.

Lisää tietoa FIGOsta löytyy kotisivulta [www.figo.org](http://www.figo.org)

### SGY Turku

Ennen FIGO 2015 kokousta ehdimme osallistua lukuisiin kotimaisiin ja kansainvälisiin kokouksiin. Yksi niistä, SGYN koulutuspäivät ovat marraskuussa Turussa.

Tervetuloa Varsinaiseen Suomeen! ■

# Uutta vaihdevuosista Meksikon mausteilla

International Menopause Society:n eli IMS:n 14. kongressi järjestettiin tänä vuonna Cancúnissa, Meksikossa.

IMS:n kongressi Cancúnissa 1.–4.5.2014 oli tutkijanurani ensimmäinen tilaisuus päästä esittelemään tutkimustani. Matkustin Cancúniin yhdessä ohjaajani Päivi Polon ja hänen toisen ohjattavansa Laura Lampion kanssa. Lensimme Cancúniin Lontoon ja Miamin kautta. Matkanteko osoittautui yllättävän rasakaaksi, sillä Miamin lentokentän ruuhkasta johtuen myöhästyimme toiselta jatkolennottamme ja jouduimme viettämään ensimmäisen yönne Miamissa. Lähdimme matkaan onneksi hyvissä ajoin, joten kongressiin osallistumiseen myöhästyminen ei vaikuttanut.

Cancún on Jukatanin niemimaalla Quintana Roon osavaltiossa sijaitseva rannikkokaupunki. Kongressi järjestettiin Cancún Centerissä, aivan hiekkarantojen tuntumassa keskellä hotellivyöhykettä.

Kongressissa oli lähes sata esiintyjää ja yli sata luentoa ja rinnakkaissessiota, joten oli mistä valita, ja toisaalta valinnanvaikeus oli huomattava. Suomalaisia esiintyjä oli kolme: Tomi Mikko-la, Päivi Polo sekä Italiasta Suomeen muuttanut Elena Toffol.

Oma tutkimukseni oli esillä posterisessiossa, jossa oli nähtävänä yli 300 posteria. Tilaisuus järjestettiin perjantai-iltana. Pidin ajankohtaa etukäteen jokseenkin epäedullisena, mutta yllättäen tilaisuudessa olikin hyvin runsaasti osallistujia. Tilaisuus tarjosi minulle oivan tilaisuuden saada kokemusta tutkimukseni esittelemiseen liittyen ja suomalainen tutkimus sai näkyvyyttä. Oman posterini lisäksi tilaisuudessa oli esillä myös kolme muuta posteria Suomesta.



Tervetuloseremoniassa nähtiin värikäs mayatanssiesitys.

Tieteellisen annin lisäksi, ensimmäisenä iltana oli tervetuloseremonia, jossa kuultiin mielenkiintoinen luento naisen asemasta mayakulttuurissa, ja nähtiin hyvin värikäs ja eloisa mayatanssiesitys.

Väli- ja Eteläamerikkalaisten kologoiden heikko englanninkielen taito yllätti. Ohjelmassa oli runsaasti espanjankielisiä esityksiä, ja useat englanninkieliset esitykset oli mahdollista kuunnella espanjaksi kuulokkeiden kautta. Interaktiivisissa sessioissa osa kommenteista esitettiin espanjaksi ja käännettiin edelleen englanniksi muille kuulijoille.

Kongressin aiheet käsittelivät hyvin laajasti kaikkea vaihdevuosiin liitty-

vää. Korostetusti esillä olivat hormonikorvaushoito, selektiiviset estrogeenireseptorin muuntelijat (SERM:t), testosteronihoito, emättimen paikallishoidot, osteoporoosi, rintasyöpä sekä seksuaalisuus ja mielenterveys. Emättimen paikallisesta estrogeenihoidosta oli tosiaan runsaasti esityksiä; muualla maailmalla ei emättimen limakalvojen paikallishoito liene yhtä hyvällä mallilla kuin meillä Suomessa. Hormonikierukan käyttö peri- ja postmenopausaalisilla vaikutti myös olevan vierasta. Yhdysvalloissa hormonikierukan käytöindikaatioihin ei sisälly sen estrogeenikorvaushoitoon liittäminen. Tästä aiheesta oli myös tarjolla useampia esityksiä. Yhdysvalloissa ei myöskään



Suomen delegaatio Chichén Itzássa.

paikallista estrogeenia uskalleta määrätä naisille joilla on jokin sydän- tai verisuonisairaus, sillä tämä on virallinen kontraindikaatio, ja potilaat voisivat haastaa lääkärin tästä oikeuteen.

Hormonikorvaushoidosta oli luonnollisesti runsaasti luentoja. Tämän suhteen käsiteltiin muun muassa aloitusajankohdan ja antoreitin merkitystä, käytön kestoa, käyttöindikaatioita, käyttöön liittyviä riskejä, saavutettavia hyötyjä, progestiinin liittämisen merkitystä ja toisaalta siihen liittyviä riskejä. Lisäksi muistutettiin, että transdermaalinen estrogeeni on valtimo- ja laskimotukosten suhteen turvallisempi vaihtoehto, kuin oraalinen estrogeeni.

Samuel Shapiro (ZA) kritisoi maailmanlaajuista Pink Ribbons (Roosa nauha) -kampanjaa. Vain pieni osa rintasyöpätapauksista voidaan liittää hormonikorvaushoittoon, ja hänen mielestään julkisuudessa liioitellaan hormonikorvaushoidon merkitystä. Shapiro kokee, että näyttävästä kampanjoinnista johtuen naiset pelkäävät rintasyöpää siinä määrin, etteivät uskalla

käyttää hormonikorvaushoitoa. Tämän seurauksena useiden menopausaalisten naisten terveys kärsii.

### **Selektiiviset estrogeenireseptorin muuntelijat**

SERM:eillä (Selective Estrogen Receptor Modulators) on estrogeenireseptoriin sekä agonistisia että antagonistisia vaikutuksia kohdekudoksesta riippuen. FDA on hiljattain suosittanut, että SERM-sanan tilalla käytettäisiin ilmaisua ”estrogen agonist/ antagonist with tissue selective effects.” Tunnetuimmat SERM:it ovat tamoksifeeni, raloksifeeni ja klomifeeni. SERM:ejä voidaan käyttää rintasyövän ja osteoporoosin ehkäisyyn ja hoitoon, ovulaatiohäiriöiden hoitoon, emättimen limakalvojen atrofian aiheuttamien yhdyntäkipujen hoitoon, raskauden ehkäisyyn ja estrogeenikorvaushoittoon liitettynä endometriumien liikakasvun ehkäisyyn (TSEC).

TSEC (tissue selective estrogen complex) on SERM:in ja estrogeenin

yhdistelmä. TSEC:eillä saavutetaan estrogeenin hyödyt vaihdevuosisoireiden hoidossa ilman rintakudokseen ja kohtuun kohdistuvia haitallisia vaikutuksia. Ensimmäinen estrogeenin ja SERM:in yhdistelmä, joka tulee lähitulevaisuudessa markkinoille Suomesakin, sisältää konjugoitua hevosen virtsasta peräisin olevaa estrogeenia (conjugated equine estrogen, CEE) sekä batsedoksifeenia (bazedoxifene, BZA). Tällä yhdistelmällä saavutetaan estrogeenin suotuisa vaikutus luuhun ja vasomotorisiin oireisiin ja batsedoksifeenin suojaava vaikutus rintakudokseen ja endometriumille. CE/BZA hoitaa tehokkaasti emättimen limakalvojen atrofiaa ja siihen liittyviä oireita, tämä on voitu osoittaa sekä limakalvonäytteitä tutkimalla että oirekyselyillä. Lisäksi hoidolla on todettu olevan positiivinen vaikutus uneen. Vuotohäiriöitä hoidon aikana on esiintynyt saman verran kuin plasebolla.

Ospemifeeni on tamoksifeenin biologisesti aktiivinen metaboliitti. Sen on osoitettu olevan tehokas postmeno-



Riina Katainen oman posterinsa kanssa.

pausaalisen ulkosynnyntien ja emättimen atrofian aiheuttaman dyspareunian hoidossa neljässä randomoidussa, kaksoissokkoutetussa plasebokontrolloidussa tutkimuksessa. Ospemifeeni aiheuttaa plaseboa enemmän endometriumien paksuuntumista ja sen yhdistämisestä estrogeenikorvaushoitoon ei ole toistaiseksi tehty tutkimuksia.

### Ultra-low-dose -hormonikorvaushoito

Nick Panay (UK) puhui hyvin pieniannoksisesta (ultra-low-dose) hormonikorvaushoidosta. Hän esitteli tutkimuksia, joissa 0.5 mg estradiolia oli yhdistetty noretisteroniasetaattiin (0.1 mg tai 0.25 mg). Plasebokontrolloidussa tutkimuksissa kyseinen annos osoitettiin tehokkaaksi kuumien aaltojen hoidossa. Postmenopausaalisia vuotohäiriöitä tai endometriumien paksuuntumista ei esiintynyt ja vaikutus rintakudokseen oli hyvin vähäinen tai neutraali.

## Seksuaalinen haluttomuus ja testosteroni

Kuten tiedämme, naisten seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä. Ongelmana voi olla esimerkiksi seksuaalinen haluttomuus, kiihottumisen tai orgasmin saannin vaikeus tai yhdyntäkipu. Yleisin seksuaalihäiriö on yhdysvaltalaisen Jan Shifrenin mukaan seksuaalinen haluttomuus, jonka etiologia on monitahoinen. Erilaisen psyykkisten ja fyysisten tekijöiden lisäksi taustalla voi olla muun muassa elämäntapaan, parisuhteeseen tai esimerkiksi kulttuuriin liittyviä tekijöitä. Mikäli taustalla ei löydy mitään erityistä syytä, voi testosteronihoidolla olla merkitystä postmenopausaalisien naisten haluttomuuden hoidossa. Randomoidussa, kaksoissokkoutetussa, plasebokontrolloidussa tutkimuksessa, haluttomuudesta kärsivillä postmenopausaalisilla naisilla, transdermaalaisella laastarimuotoisella testosteronihoidolla saatiin aikaan seksuaalisen halukkuuden ja aktiivisuuden sekä mielihyvän lisääntyminen. Transdermaalinen testosteronihoito oli yhtä tehokas luonnollisesti ja kirurgisesti menopausaalisilla naisilla, sekä estrogeenihoidoon liitettynä että ilman sitä. Sessiossa esiteltiin toisaalta myös kak-



si valmistajan randomoitua tutkimusta, joiden mukaan transdermaalisella testosteronilla ei ollut merkitsevää seksuaalisen halukkuuden tai aktiivisuuden lisääntymistä plaseboon verrattuna, huolimatta siitä, että mitatut testosteronipitoisuudet olivat vastaavat kuin edellä mainitussa tutkimuksessa. Näistä ristiriitaisista tutkimustuloksista voidaankin päätellä, että seksuaalisuus ja siihen liittyvät tekijät ovat monimuotoisia, mikä tekee hoidostakin haastavampaa. Testosteronihoidon mahdollisesti liitettyjä riskejä ja sivuvaikutuksia ovat hirsutismi, akne, maksantoimintahäiriöt, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, kardiovaskulaariset tapahtumat ja rintasyöpä. Näiden suhteen tutkimusnäyttö on kuitenkin ristiriitaista.

Susan Davis Australiasta muistutti, että suurin alenema testosteronipitoisuudessa, niin vapaassa kuin kokonaispitoisuudessa, tapahtuu jo ennen menopaussia. Testosteronilla ei ole merkitystä ainoastaan naisen seksuaalisten toimintojen kannalta vaan sitä tarvitaan myös munarakkuloitten kehittymiseen ja ovulaatioon, luuntiheyden ja lihassmassan ylläpitoon,



Päivi Polo, Laura Lampio, Elena Toffol ja Riina Katainen



verisuonten endoteelin toimintaan ja normaaliin kognitiiviseen toimintakykyyn. Sydän ja verisuonisairauksien ja testosteronipitoisuuden välillä on tutkimuksissa pääosin osoitettu olevan käänteinen suhde. Matalien testosteronipitoisuuksien yhteys kardiovaskulaarisairastavuuteen ja -kuolleisuuteen onkin syytä pitää mielessä, kun harkitaan terveiden munasarjojen poistoa. Davisin mukaan testosteroni ei myöskään liity endometriumsyöpään tai muihin maligniteetteihin; rintasyövän ja testosteronin suhde tosin on vielä kiistanalainen.

Shifren toi esiin, että testosteronihoidolle on myös vaihtoehtoja, joihin liittyy vähemmän sivuvaikutuksia ja riskejä. Seksuaalista haluttomuutta hoidettaessa on syytä muistaa emättimen limakalvojen atrofian hoito, seksuaaliterapia, parisuhdeterapia, elämäntapamuutosten merkitys ja parisuhteen hyvinvointiin panostaminen. Hän kertoi suositteluvansa asiakkailleen luottavaksi niin seksuaalisuutta käsitteleviä asiapitoisia kirjoja kuin eroottissävytteistä lukemistoakin. Eräs pariskunta oli kokenut seksuaaliterapian turhaksi ryhtyttyään lukemaan yhdessä Fifty Shades of Greytä. On muistettava myös mahdollisesti taustalla olevan masennuksen ja ahdistuksen hoito, ja kiinnitettävä huomiota masennuslääkitykseen. Esimerkiksi bupropioni voi olla SSRI-lääkkeitä parempi vaihtoehto. Shifrenin mielestä sildenafili voisi olla vaihtoehto naisille, joilla on ongelmana kiihottumisen tai orgasmin saannin vaikeus SSRI-lääkitykseen liit-

tyen, tosin tutkimuksissa sildenafilillä ei ole yleensä saatu plaseboa parempaa vastetta. Shifren tosin totesi, että plasebollakin saavutetaan seksuaalihäiriöiden hoidossa usein huomattava teho.

### Menopausi ja mielen terveys

Vaihdevuosi-ikäisten ja ikääntyvien naisten mielen terveydestä oli useita luentoja. Tutkimusten mukaan tärkein masennusoireita vaihdevuosissa ennustava tekijä on aikaisempi masennus. Menopausin vaikutuksesta masennusoireiden esiintymiseen on tutkimuksissa saatu ristiriitaisia tuloksia. Naisilla, joilla ei ole aiempaa masennusta, riski saada masennusoireita näyttäisi vähenevän menopausin jälkeen. Vaikea elämänaikainen stressi näyttäisi altistavan vaihdevuosi-ikässä ilmeneville masennusoireille myös ne naiset, joilla ei ole aikaisempaa masennusta.

### Postmenopausaalinen vuoto ja endometrium paksuus

Steven Goldstein Yhdysvalloista piti lennokkaan luennon endometrium tutkimisesta. Hän painotti aiemmin oppimaamme, eli postmenopausaalisen naisen emätinverenvuoto on syöpä kunnes toisin todistetaan. Kuitenkin, mikäli postmenopausaalisen vuodon yhteydessä endometrium paksuuden todetaan olevan alle 4 mm, on maligniteettiriski vain 1/917. Hän kuitenkin huomautti, että ultraäänitutkimus on tehtävä huolella. Vaikka endometrium

jossain kohtaa nähtäisiin ohuena, voi toisaalla, esimerkiksi kornun alueella, olla paksuuntuma. Eli on muistettava käydä läpi koko endometrium alue. Goldstein esitti myös tutkimuksia, joiden perusteella oireettomat polyyppit ovat hyvin yleisiä. 7–10 prosentilta oireettomista naisista löytyy endometrium polyyppi. Lisäksi lähes kaikki näistä ovat hyvänlaatuisia, joten niiden poistaminen vaikuttaisi olevan turhaa ja altistavan naisen tarpeettomasti mahdollisille toimenpidekomplikaatioille. Goldstein suositteli ultraäänitutkimuksen tekemistä kaikille yli 35-vuotiaille, joilla esiintyy anovulatorinen vuoto. Mikäli mahdollista, ultraäänitutkimus tulisi tehdä vasta vuodon ohituttua, sillä verihyytymät voivat aiheuttaa virheellisiä löydöksiä.

Oma tutkimukseni käsittelee vaihdevuosi-ikäisten naisten elämänlaatua Women's Health Questionnairella (WHQ) mitattuna. Tarjolla oli useita esityksiä, jotka sivusivat tutkimusaiheita. Kerrottiin vaihdevuosi-ikäisten naisten elämänlaadun tutkimiseen käytettävistä mittareista, siitä mitä ne pitävät sisällään ja toisaalta käsiteltiin myös elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tuotiin esille vaihdevuosisoireiden erilainen esiintyminen eri puolilla maailmaa, ja toisaalta oireiden ja niiden raportoinnin kulttuurisidonnaisuus. Kongressimatka oli oikein antoisa niin tutkijan uran kuin erikoistumisopintojenkin kannalta. SGY:n matka-apurahan avulla sain katettua osan matkakuluista, suuri kiitos yhdistykselle! ■

# Synnytystilastot 2013

Dosentti Jukka Uotila Tampereen yliopistollisesta sairaalasta on jälleen koonnut mielenkiintoisia synnytyslukujamme viime vuodelta tilastoksi yhteen taulukkoon.

Uotilan mukaan oheinen tilasto on epävirallinen ja alustava: yliopistosairaaloiden tiedot ovat sairaaloiden itsensä ilmoittamia. Valtakunnalliset tiedot ovat THL:stä, mutta osa synnytystiedoista vielä puuttuu tässä vaiheessa.

”Olemme saaneet THL:ltä erikseen tietoa yksittäisten yliopistosairaaloiden tunnusluvuista,” Uotila kertoo. ”Monissa niistä on vähäistä heittoa sairaalan itsensä ilmoittamaan.” Kyseiset tun-

nusluvut eivät näy oheisessa tilastossa.

Uotilan mukaan kuitenkin esimerkiksi tieto pkl-käyntien määrästä synnytystä kohti näytti olevan sairaaloiden ilmoittamana systemaattisesti pienempi luku kuin THL:n laskema. Vaikka näyttääkin siltä, että yo-sairaaloissa on vähemmän pkl-käyntejä kuin maassa keskimäärin, ero ei ollut näin suuri THL:n laskemien lukujen perusteella.

Uotila toteaa, että tilaston pohjalta ja näiden vertailulukujen äärellä jokaisessa sairaalassa voidaan miettiä omaa toimintaa. Samoin voidaan miettiä omia tilastointikäytäntöjä. Todennäköisesti edelleen osa sairaaloiden eroista selittyy sillä, että asiat kirjataan eri sairaaloissa eri tavoilla – tai jotkut asiat kirjataan huonosti. ”Näin



Jukka Uotila

esimerkiksi vastasyntyneen elvytys tai lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla – mitä näillä tarkoitetaan,” Uotila pohtii. Parhaillaan on työryhmä työskentelemässä THL:n syntymärekisterin uudistamiseksi. ”Yhtenä päämääränä on tietojen määrittelyn tarkentaminen,” kertoo Jukka Uotila. ■

## Suomen synnytyssairaaloiden tilastoa 2013

|                                             | HYKS (NKL, KOS, Jorvi) | TYKS   | Tays   | KYS    | OYS    | Koko maa |
|---------------------------------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|----------|
| Synnytyksiä                                 | 14 358                 | 4 044  | 5 213  | 2 418  | 4 279  | 57 732   |
| Äitiyspoliklinikan lääkärikäynnit           | 18 398                 | 7 168  | 8 425  | 4 463  | 8 182  |          |
| Päivystyskäynnit                            | 14 419                 | 2 387  | 2 663  | 3 824  | 3 131  |          |
| Poliklinikkakäyntejä / synnyttäjä           | 2,3                    | 2,4    | 2,1    | 3,4    | 2,6    | 3,3      |
| Synnyttäjistä ensisynnyttäjiä               | 46,6 %                 | 43,2 % | 42,3 % | 44,1 % | 33,7 % | 41,0 %   |
| Synnyttäjistä yli 40-vuotiaita %            | 3,6 %                  | 2,0 %  | 1,9 %  | 2,7 %  | 4,2 %  | 2,2 %    |
| Synnyttäjistä BMI > 30 %                    | 9,7 %                  | 13,7 % | 13,8 % | 14,1 % | 12,3 % | 13,2 %   |
| Synnyttäjistä insuliinihoitoon GDM %        | 1,7 %                  | 1,3 %  | 5,1 %  | 1,9 %  | 0,3 %  | 1,9 %    |
| Syntyneet lapset                            | 14 572                 | 4124   | 5302   | 2 454  | 4 357  | 58 532   |
| Kaksoset                                    | 212                    | 79     | 88     | 37     | 76     | 786      |
| < 37 viikon synnytyksiä                     | 6,4 %                  | 8,3 %  | 6,4 %  | 7,9 %  | 6,4 %  | 5,7 %    |
| < 28 viikon synnytyksiä                     | 0,5 %                  | 0,7 %  | 0,3 %  | 1,1 %  | 0,3 %  | 0,3 %    |
| > 42 viikon synnytyksiä                     | 6,3 %                  | 5,1 %  | 3,9 %  | 3,3 %  | 1,4 %  | 4,5 %    |
| < 1000 g syntymäpaino                       | 0,4 %                  | 0,7 %  | 0,5 %  | 1,1 %  | 0,4 %  | 0,3 %    |
| > 4500 g syntymäpaino                       | 2,6 %                  | 2,5 %  | 2,4 %  | 1,3 %  | 2,2 %  | 2,5 %    |
| Fetus mortuus                               | 50                     | 14     | 14     | 9      | 9      | 154      |
| < 7 päivän iässä kuolleita                  | 18                     | 7      | 5      | 4      | 3      | 50       |
| Perinataaliin mortaliteetti %               | 0,47 %                 | 0,51 % | 0,36 % | 0,53 % | 0,28 % | 0,35 %   |
| Hoito lasten teho- tai valvontaosastolla    | 10,8 %                 | 18,4 % | 16,7 % | 15,2 % | 10,3 % | 11,8 %   |
| Vastasyntyneen elvytys                      | 2,0 %                  | 2,3 %  | 0,8 %  | 0,5 %  | 1,3 %  | 1,0 %    |
| Napavaltimoveren pH < 7,00                  | 0,4 %                  | 0,4 %  | 0,4 %  | 0,3 %  | 0,6 %  | 0,4 %    |
| Synnytyksen käynnistäminen %                | 22,0 %                 | 20,5 % | 21,0 % | 22,7 % | 17,0 % | 20,4 %   |
| Sektiot %                                   | 17,6 %                 | 17,7 % | 15,1 % | 12,8 % | 18,3 % | 16,3 %   |
| Imukupit %                                  | 9,5 %                  | 10,3 % | 5,6 %  | 8,1 %  | 8,1 %  | 8,4 %    |
| Pihdit kpl                                  | 3                      | 0      | 0      | 0      | 0      |          |
| Perätarjonnan ulosautto                     | 1,0 %                  | 0,7 %  | 1,1 %  | 1,0 %  | 0,3 %  | 0,7 %    |
| Oksitosiinin käyttö synnytystä edistämään % | 43,0 %                 | 36,8 % | 56,1 % | 46,6 % | 47,4 % | 51,3 %   |
| Episiotomia (% alateitse synnyttäneistä)    | 18,2 %                 | 5,2 %  | 20,8 % | 14,8 % | 17,7 % | 18,6 %   |
| 3–4 asteen perineumrepeämä                  | 1,8 %                  | 1,5 %  | 0,9 %  | 0,3 %  | 0,8 %  | 1,1 %    |
| Verenvuoto > 1500 ml                        | 2,0 %                  | 1,7 %  | 2,9 %  | 2,7 %  | 1,1 %  |          |
| Verensiirto                                 | 4,4 %                  | 2,8 %  | 2,7 %  | 1,4 %  | 1,0 %  | 2,3 %    |
| Epiduraalipuudutus                          | 59,0 %                 | 51,0 % | 48,9 % | 48,9 % | 37,1 % | 48,3 %   |
| Spinaalipuudutus                            | 15,4 %                 | 5,1 %  | 17,6 % | 10,0 % | 19,9 % | 19,8 %   |
| Paracervikaalipuudutus                      | 0,7 %                  | 16,1 % | 23,0 % | 20,9 % | 32,6 % | 15,9 %   |
| Pudendushermon puudutus                     | 11,6 %                 | 0,4 %  | 8,9 %  | 9,7 %  | 3,0 %  | 8,9 %    |
| Hoitoaika synnytyksen jälkeen (päivää)      | 2,9                    | 3,1    | 2,2    | 3,5    | 3,1    | 2,9      |

# Femostonin neljä eri vahvuutta mahdollistavat potilaan yksilöllisen hoidon

Jatkuva sekventiaalinen hoito, kuukausittainen vuoto hoidon aikana



- 14 x 1 mg estradiolia
- 14 x 1 mg estradiolia + 10 mg dydrogesteronia

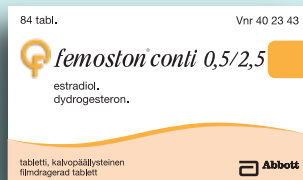


- 14 x 2 mg estradiolia
- 14 x 2 mg estradiolia + 10 mg dydrogesteronia

Jatkuva yhdistelmähoito, ei vuotoa hoidon aikana



- 28 x 1 mg estradiolia + 5 mg dydrogesteronia



- 28 x 0,5 mg estradiolia + 2,5 mg dydrogesteronia



**Femoston 1/10 ja 2/10, kalvopäällysteinen tabletti.** Femoston conti 0,5/2,5 ja 1/5, kalvopäällysteinen tabletti. **Vaikuttavat aineet:** Femoston 1/10: 14 tablettia, joissa on 1 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) ja 14 tablettia, joissa on 1 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) ja 10 mg dydrogesteronia. Femoston 2/10: 14 tablettia, joissa on 2 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) ja 14 tablettia, joissa on 2 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) ja 10 mg dydrogesteronia. Femoston conti 0,5/2,5: 28 tablettia, joista jokainen sisältää 0,5 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) sekä 2,5 mg dydrogesteronia. Femoston conti 1/5: 28 tablettia, joista jokainen sisältää 1 mg 17 $\beta$ -estradiolia (hemihydraattina) sekä 5 mg dydrogesteronia. **Vaikuttavat apuaineet:** laktoosimonohydraatti. **Käyttöaiheet:** Femoston 1/10 ja 2/10: Hormonikorvaushoito postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 6 kuukautta viimeisistä kuukautisista. Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. Femoston conti 0,5/2,5: Hormonikorvaushoito postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 12 kuukautta viimeisistä kuukautisista. Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. Yli 65-vuotiaiden naisten hoidosta saatu kokemus on vähäinen. **Annostus ja antotapa:** Femoston 1/10 ja 2/10: Jatkuvaan, sekventiaaliseen hoitoon tarkoitettu suun kautta annosteltava hormonikorvausvalmiste. Estrogeenia annostellaan jatkuvasti. Keltarauhashormonilla on 14 päivän ajan sekventiaalisesti jokaisessa 28 päivän sykissä. Hoitoa tulee jatkaa keskeytyksittä ilman, että pakkausten välillä pidetään taukoja. Valmiste voidaan ottaa ruokailuista riippumatta. Femoston conti 0,5/2,5 ja 1/5: Suun kautta otettava, jatkuvaan hoitoon tarkoitettu yhdistelmähormonikorvausvalmiste. Estrogeenia ja progesteronia annostellaan päivittäin ilman taukoja. Annostus on yksi tabletti päivässä 28 päivän syklin ajan. Valmistetta tulee käyttää jatkuvasti ilman taukoja pakkausten välillä. Valmiste voidaan ottaa ruokailuista riippumatta. Femostonia ei ole tarkoitettu lasten käyttöön. **Vasta-aiheet:** Todettu, sairastettu tai oletettu rintasyöpä, todettu tai oletettu estrogeeniriippuvaiset pahanlaatuiset kasvaimet (esim. endometriumien syöpä), selvittämätön verenvuoto emättimestä, hoitamaton endometriumien hyperplasia, aiempi tai tämänhetkinen laskimoperäinen tromboembolia (syvä laskimotukos, keuhkoembolia), todettu veren hyytymisen häiriö (esim. C-proteiini, S-proteiini tai antitrombiinin vajuus), aktiivinen tai äskettäin todettu valtimoperäinen tromboembolinen sairaus (esim. sepelvaltimotauti, sydäninfarkti), akuutti tai aiemmin todettu maksasairaus, kun maksan toimintakokeet eivät ole palautuneet normaaleiksi, porfyria, todettu yliherkkyys vaikuttaville aineille tai jollekin valmisteeseen apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Vaihdevuosi-ikäisten hoitamisen hormonikorvaushoitoa käyttäen tulisi aloittaa ainoastaan silloin, kun oireet vaikuttavat haitallisesti elämän laatuun. Kaikissa tapauksissa tulee vähintään vuosittain tehdä huolellinen hyöty-/haitta-arviointi ja hormonikorvaushoitoa jatkaa vain niin kauan kuin hyöty on riskiä suurempi. Ennen hormonikorvaushoidon aloittamista tai uudelleenaloittamista tulee potilasta ja perhettä koskeva tautihistoria selvittää ja tehdä potilaalle perusteellinen lääkärintarkastus (mukaan lukien rintojen tutkiminen ja gynekologinen sisätutkimus) kiinnittäen erityisesti huomiota käytön vasta-aiheisiin ja käyttöä koskeviin varoitusmerkkeihin. Mikäli jokin seuraavista tautitiloista todetaan, on todettu aiemmin ja/tai on pahentunut raskauden tai aiemman hormonikorvaushoidon aikana, on potilaan tilaa seurattava huolellisesti. On otettava huomioon, että Femoston-hoito saattaa palauttaa tai pahentaa näitä tiloja: leiomyooma (myoomat) tai endometriosi, tromboemboliaan viittaavat vaaratekijät, estrogeeniriippuvaiset kasvaimet (esim. rintasyövän esiintyminen 1. asteen sukulaisilla, kohonnut verenpaine, maksan toimintahäiriöt (esim. maksan adenooma), diabetes mellitus, johon liittyy tai ei liity mikro- tai makroangiopatiaa, sappikivitauti, migreeni tai (vaikea) päänsärky, SLE (systeeminen lupus erythematosus), sairastettu endometriumien liikkasvu, epilepsia, astma, otoskleroosi, meningeooma. Hoito tulee lopettaa, jos jokin vasta-aiheista ilmaantuu sekä seuraavien tilojen yhteydessä: keltatauti tai maksan toiminnan heikkeneminen, huomattava verenpaineen nousu, migreenityyppisen päänsäryn puhkeaminen, raskaus. On olemassa näyttöä siitä, että estrogeeni-progestiini-yhdistelmähoidon aikana, ja tapausten määrä nousee iän myötä. Estrogeeni-progestiini-yhdistelmähoidon lisäksi mammografiakuvissa näkyvän rintarauhasen tiheyttä, mikä voi hankaloittaa rintasyövän radiologisten toteamista. Munasarjasyöpä on rintasyöpää harvinaisempi. Pitkäaikaisen (vähintään 5 - 10 vuotta jatkuvan) estrogeenikorvaushoidon yhteydessä on todettu hieman lisääntynyt munasarjasyövän riski. Hormonikorvaushoitoon liittyy 1,3 - 3-kertainen laskimoperäisen tromboembolian eli syvän laskimotukoksen tai keuhkoembolian suurentunut riski. Tällainen todetaan todennäköisimmin ensimmäisen hormonikorvaushoitovuoden aikana kuin myöhemmin. Hormonikorvaushoito suositellaan keskeytettäväksi tilapäisesti 4-6 viikkoa ennen elektiviä leikkauksia, jos leikkauksista seuraa pitkittynyt immobilisaatio. Jos 1. asteen sukulaisilla on nuorella iällä todettu trombooseja, voidaan tarjota seulonatutkimuksia. Jos todetaan vakava trombofiilinen häiriö, hormonikorvaushoito katsotaan vasta-aiheeksi. Jos hoidon aloittamisen jälkeen ilmenee laskimoperäisiä tromboembolioita, valmisteeseen käyttö on lopetettava. Sepelvaltimotautiin suhteellinen riski on hieman lisääntynyt estrogeeni-progestiini-yhdistelmähoidon aikana, ja tapausten määrä nousee iän myötä. Estrogeeni-progestiini-yhdistelmähoidon ja pelkkää estrogeenia sisältävään hoitoon liittyy enintään 1,5-kertainen iskeemisen aivohalvauksen riski. Suhteellinen riski ei muutu iän tai menopaussin alkamisesta kuluneen ajan myötä. Estrogeenit saattavat aiheuttaa nesteretenttiä, mikä vuoksi sydämen tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavia potilaita tulee tarkkailla huolellisesti. Naisia, joilla on aiemmin todettu hypertriglyseridemia tai keuhkoembolian suurentunut riski. Tällainen todetaan todennäköisimmin ensimmäisen hormonikorvaushoitovuoden aikana. Potilaiden, joilla on harvinaisen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasinpuutos tai glukoosi-galaktoosi-imeytymishäiriö ei pidä käyttää Femoston-valmistetta. Femostonia ei ole tarkoitettu raskauden ehkäisyyn. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Yhteisvaikutuksia ei ole tutkittu. Estrogeenin ja progestiinin metaboliaa saattaa lisätä sellaisten lääkeaineiden samanaikainen käyttö, joiden tiedetään indusoivan lääkeainemetabolian vaikuttavien entsyymien, erityisesti sytokromi P450-entsyymien (Hypericum perforatum) sisältävät rohdosvalmisteet voivat indusoida estrogeenin ja progestiinin metaboliaa. **Raskaus ja imetys:** Femoston-valmistetta ei ole tarkoitettu käytettäväksi raskauden eikä imetyksen aikana. Valmisteen käyttö tulee välittömästi lopettaa, jos raskaus todetaan hoidon aikana. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset ( $\geq 1/10$ ): päänsärky, vatsakipu, selkäkipu, rintojen kipu/arkuus. Yleiset ( $\geq 1/100$ ,  $<1/100$ ): emättimen kandidiaasi, masennus, hermostuneisuus, migreeni, heitehuimaus, pahoinvointi, oksentelu, ihomauvat, allergiset ihoreaktiot, kuukautishäiriöt mukaan lukien postmenopausaalinen tiputtelu, metrorragia, menorragea, oligomenorrea/ amenorrea, epä säännölliset kuukautiset, dysmenorrea, lantionkipu, kohdunkaulanerite, asteniset tilat, painon nousu. **Yliannostus:** Sekä estradiolin että dydrogesteronin toksisuus on alhainen. **Pakkausko, hinta ja korvattavuus:** 84 kalvopäällysteistä tablettia; PVC/alumiinilämpäinpainopakkaus koteloissa. Femoston 1/10 23,94€; Femoston 2/10 25,15€; Femoston conti 1/5 25,82€; Femoston conti 0,5/2,5 25,82€ PK, YEK (101, 121) 02/2014 **Myyntiluvan haltija:** Abbott Healthcare Products B.V., Hollanti. Femoston conti 0,5/2,5: Abbott Oy, Espoo, Suomi. **Lisätietoja:** Pharmacia Fennica tai Abbott Oy, Pihatörmä 1 B, 02240 Espoo (09) 75184120 220114T

# Maan korvessa kulkevi synnyttäjän tie



Synnytykset ovat olleet menneen kesän aikana näyttävästi esillä eri medioissa. Maantien laidalla lapsensa maailmaan saattaneet isät ovat päässeet pääotsikoihin. Ministeriö on tuomassa päivätytysasetukseen synnytystoimintaa koskevia vaatimusten kiristystä jo ensi vuoden alussa, ja lopetusuhan alla olevien sairaalapaikkakuntien väestö aktivoituu oman synnytysyksikkönsä puolesta. Sairaalaoloja vieroksuville taas on lehti- ja netti-kirjoitusten mukaan tarjolla entistä enemmän kotisynnytyksiä hoitavien kättilöiden palveluita. Kesäperinteiden mukaisesti lööppiin on kelvannut hiukan vaatimattomampikin uutisaihe, kuten vaikkapa synnyttäneen äidin pieleen mennyt ateriatilaus ja siitä seurannut veret seisauttava mielensäpahoitus veritautikeskusteluineen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on kesän aikana tuonut julkisuuteen ehdotuksensa päivätytysasetuksen muutoksista, joista on kuultu myös yhdistyksemme edustajia. Vanhasta asetustekstistä poiketen asetukseen ollaan tuomassa synnytyssairaalalan kokoon liittyvä vaatimus sairaalan valmiudesta hoitaa vähintään 1000 synnytystä vuodessa. Tosin samaan hengenvetoon on todettu, että pitkien välimatkojen Kainuussa ja Lapissa tuosta rajasta voidaan edelleen poiketa.

Tuhannen synnytyksen abso-luuttisen määrän tuominen asetustekstiin ei nähdäkseni tuo olennaista uutta nykytilanteeseen nähden. Onhan jo voimassa olevassa asetustekstissä määritelty synnytyssairaalalle synnytysten, anestesian ja lastentautien lääkäripäivystyksen ja leikkaussalivalmiuden minimi, joiden täyttyminen

käytännössä tarkoittaa joka tapauksessa valmiutta hoitaa tuo mainittu tuhatkunta synnytystä vuodessa. Päivystysvalmiuden täyttäminen – tai vaikkapa kokonaan puuttuva lastenlääkäripäivystys – nostaa pienimmissä yksiköissä kustannukset todennäköisesti kuntien taloudellisen sietokyvyn yli. Pienten synnytyssairaaloiden puolestapuhjat ovat kritisoineet päivystyksen vaatimuksia ylimitoitetuiksi, kun raskaan päivystyksen koko toimintakapasiteettia vaativia tilanteita on harvoin. Kaikkien mahdollisten riskitilanteiden ennakoointi on kuitenkin mahdotonta: en ainakaan itse haluaisi asettua sen anestesiaalääkärin housuihin, joka hätäsektiotilanteessa voi riskiarvion epäonnistuttua joutua pohtimaan, keskittykö hän ongelmalliseen intubaatioon, massiiviin synnytysvuotoon vai huonokuntoisen vastasyntyneen elvytykseen lastenlääkäripäivystyksen puuttuessa. Kansalaisten henki ja terveys on perustuslain erityisessä suojelussa, ja vaikkapa vain kerran vuodessakin hätätilanteesta kuntoon hoidetun äidin ja lapsen laatupainotetun elinvuoden hinta jää kirkkaasti kannattavuusrajan paremmalle puolelle.

On syytä olettaa, että vielä muutama synnytyssairaala sulkee päivätytysasetuksen kiristyneiden vaatimusten takia ovensa lähi-

Kansalaisten henki ja terveys on perustuslain erityisessä suojelussa, ja vaikkapa vain kerran vuodessakin hätätilanteesta kuntoon hoidetun äidin ja lapsen laatupainotetun elinvuoden hinta jää kirkkaasti kannattavuusrajan paremmalle puolelle.

vuosina sellaisilla seuduilla, joissa pidentynyt matka sairaalaan voi oikeasti lisätä matkasynnytysten riskiä. Tilastot näyttävät kuitenkin, että suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset ovat lisääntyneet eniten Etelä-Suomessa ja jopa pääkaupunkiseudulla, jossa synnytyspaikkojen vähentymisestä huolimatta matkat lähimpään synnytyssairaalaan ovat pysyneet lähes poikkeuksetta tutkimustiedon mukaisten riskirajojen sisällä. Oikeasti pitkien välimatkojen Pohjois-Suomessa taas matkasynnytysten määrä on pysynyt ennallaan. Tutkittua tietoa tästä paradoksesta on vähän, joten allekirjoittanutkin joutuu tyytymään tämän ilmiön pohdinnassa satunnaisiin havaintoihin ja valistuneisiin arvauksiin.

Etelä-Suomessa toimintansa lopettaneet synnytysyksiköt ovat olleet pääasiassa kooltaan pieniä, selvästi alle 1000 synnytyksen pisteitä. Kun niiden toiminta on yleensä siirretty selvästi isompien sairaaloiden suojiin, on toimintoja yleensä silloin tehostettu ja virtaviivaistettu. Suurempi määrä synnytyksiä on siis hoidettu usein suhteessa pienemmällä henkilökuntamäärällä ja tiloilla. Hoitokäytännötkin ovat muuttuneet: synnytyshuone on varttu tositoimintaan, eikä osastoilla ole enää tilaa epäsäännöllisten supistusten seurantaan tai lapsive-

denmenon jälkeiseen synnytyksen odotteluun säännöllisessä raskaudessa. Synnytyssaliin pyrkijöitä palautetaan siis usein kotiin. Kun sitten tositoiminta koittaa, ei nykyisin välttämättä enää riitä synnyttävän äidin riipeä lähtö sairaalaan, vaan käynnistetään monimutkainen puolisoa tai tukihenkilöä sekä perheen muita lapsia ja heidän hoitoaan koskeva logistinen järjestely, joka ainakin nopealla uudelleensynnyttäjällä voi syödä vähiin sairaalaan siirtymiseen tarvittavan ajan. Päätös synnyttämään lähtemisestä voi lisäksi vaatia useamman puhelinkontaktin synnytyssalin kättilöihin. Cochrane-tasoisista näyttöä on siitä, että ”synnytyshuoneen esikartanon” tyyppisestä synnytys-salia vapaammasta mutta sairaalan turvaa tarjoavasta odottelutilasta voi olla hyötyä hitaasti käynnistyvän synnytyksen passiivivaiheessa. Ainakin allekirjoittaneelle on tullut

mieleen, voisiko tällainen ratkaisu ja tilaisuus muutaman tunnin tilan-  
neseurantaan nopean kotiin palaut-  
tamisen sijasta estää ainakin joitain  
sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä.  
On myös valitettavasti todettava, et-  
tä synnytysvalmennusta toteuttavil-  
la tahoilla ei ole enää aina vankkaa  
kokemusta synnytysten hoidosta, ja  
se näkyy epävarmojen synnyttäjien  
lisääntyneinä yhteydenottoina syn-  
nytyslaitteihin. Kaikkein nopeimpia  
suunnittele mattomia matkasynny-  
tyksiä emme voi estää.

Synnytyspäivystysvaatimukset näyttävät herättäneen lääkäreitä enemmän vastustusta kätilöiden ammattikunnassa. Osa tästä erosta näyttää olevan sinänsä ymmärrettävää huolta oman työpaikan säilymisen puolesta, mutta osassa näyttää olevan takana periaatteellinen näkemys ero synnytysten hoidosta yleensä. Niinpä osa käti-

löstä on rohkaistunut tarjoamaan kotisynnytyspalveluita. Kotisynnytyskäsiä hoitavien kättilöiden veloitusta näyttää median tietojen perusteella liikkuvan kahden ja kolmen tuhat euron välillä. Siihen hintaan saa kättilön tai kättilöparin hoidon kotiin ja varallaolon muutamaksi viikoksi lasketun ajan tienoilla. Sairaaloissa hoidettu synnytys maksaa useimmissa sairaaloissa kotikunnalle parituhatta euroa, ja se sisältää lähes aina kättilön palveluiden lisäksi päivystävän anestesia-, synnytys- ja lastenlääkäripalvelun, leikkaussalivalmiuden ja tarvittavat oheispalvelut laboratorioineen ja vuodeosastoineen. Synnyttävä äiti maksaa hoidosta vain murto-osan, ja lapsi hoidetaan useimmiten kaupan päälle. Kynttilänvalo ei valitettavasti ole mahdollista, se laukaisee palohälytyksen. Mitenkäs se mainosteksti nyt sanoikaan: se nyt vaan on tyhmää maksaa liikaa? ■



**elonva®**  
korifollitropiini alfa





## Todistettu teho:

- ▶ **38,9 %** jatkuvia raskauksia aloitettua hoitosykliä kohti¹

## Potilasystävällinen hoito:

- ▶ **1 korvaa 7²**

Viite 1: Devroey P, et al. Hum Reprod 2009; 24(12):3063-72.  
Viite 2: Elonva® -valmisteyhteenveto  
Tutustu Elonva® -valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.

**ELONVA®**  
**Vaikuttavat aineet ja niiden määrät:** ELONVA 100 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 100 mikrogrammaa korifollitropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. ELONVA 150 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 150 mikrogrammaa korifollitropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. **Lääkemuoto:** Injektioneste, liuos (injektioneste). **Käyttöaiheet:** ELONVA on tarkoitettu hallittuun munasarjojen stimulaatioon yhdessä GnRH-agonistin kanssa useiden munarakkuloiden kypsyttämiseksi naisille, jotka osallistuvat hedelmöityshuolto-ohjelmaan. **Annotus ja antota:** ELONVaa suositellaan käytettäväksi vain hedelmättömyyden hoitoon erikoistuneen erikoislääkärin valvonnassa. **Ennenkäyttö:** Ennen 60 kg painaville naisille annetaan 100 mikrogrammaa kerta-annoksena. Yli 60 kg painaville naisille annetaan 150 mikrogrammaa kerta-annoksena. **Stimulaatioväli 1:** ELONVA annetaan kertaannoksena ihoon alle, mieluiten vatsan alueelle varhaisen follikulaarivaiheen aikana. **Stimulaatioväli 5 tai 6:** Hoito gonadotropiiniin vapauttavan hormonin (GnRH) antagonisteilla aloitetaan 5. tai 6. stimulaatiovälinä riuheen munasarjasta. **Stimulaatioväli 8:** seitsemän vuorokautta ELONVA-pistoksen jälkeen hoitoa voidaan jatkaa antamalla päivittäisiä injektioita (rekombinanttia) follikkelia stimuloivaa hormonia (FSH:tä), kunnes kriteerit munasolun lopullisen kypsymisen käynnistymisestä (kolme > 17 mm:n munarakkulaa) täyttyvät. **Enlitysyhymät:** Munuaisten vajaatoiminta: Munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla ei ole tehty kliinisiä tutkimuksia. Koska korifollitropiini alfan eliminoitua vain heikentynyt munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. ELONVAn käyttöä ei suositella näille naisille. Maksan vajaatoiminta: Vaikka tietoa maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla ei ole saatavilla, maksan vajaatoiminta epätodennäköisesti vaikuttaa korifollitropiini alfan eliminaatioon. **Antota:** ELONVA-pistoksen voi annostella ihoon alle nainen itse tai hänen kumppaninsa edellyttäen, että lääkärit on saatu selkeät ohjeet. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai kohdassa mainituille apuaineille. **Munasarja-, rint-, kohtu-, aivolisäke- tai hypotalamuksen kasvaimet.** Poikkeava emätinverenvuoto, jonka syytä ei tunneta tai jota ei ole diagnosoitu. Primaarinen munasarjojen toimintahäiriö. Munasarjakystat tai suurettuneet munasarjat. Aikaisempi munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä (OHSS). Aikaisemmassa munasarjojen kontrolloidussa hyperstimulaatioissa (COS) havaittu ultraäänitutkimuksessa yli 30 munarakkulaa > 11 mm. Antraalisten munarakkuloiden määrä lähtötilanteesta > 20. Kohdun leiomyoomat, joiden vuoksi raskaus on mahdoton. Lisäntymiselinten epämuodostumat, joiden vuoksi raskaus on mahdoton. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset: Ennen hoidon aloittamista lasettomat partit pitää tutkia tarkoituksenmukaisella tavalla ja raskauden oletettavat vasta-aiheet tulee arvioida. ELONVA on tarkoitettu annettavaksi kertaannoksena ihoon alle. Saman hoitokierron aikana ei pidä antaa ylimääräisiä ELONVA-injektioita. Potilailla, joilla on lievä, kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta, korifollitropiini alfan erittyminen saattaa olla heikentynyt. Siksi ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoitoon. ELONVAn käytöstä yhdessä GnRH-agonistin kanssa on vain vähän tietoa. ELONVAn käyttöä ei suositella yhdessä GnRH-agonistin kanssa. Naiset, joilla on voimakkaan munasarjavasteen tunnettuja riskitekijöitä, saattavat olla erityisen alttiita OHSS:n kehittymiselle Elona-hoidon jälkeen. Munasarjojen ensimmäisen stimulaatiosyklin aikana, jolloin riskitekijät tunnetaan vasta osittain, naisen tulo on seurattava tarkoin munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymän varhaisten merkkien ja oireiden havaitsemiseksi. OHSS-riskin pienentämiseksi munarakkuloiden kehittymistä on seurattava ultraäänitutkimuksen avulla ennen hoitoa ja säännöllisin välein hoidon aikana. Samanlaisesta seerumin estradiolipitoisuuden määrittämisestä saatavaa myös hyödyä. Hedelmöitysoireyhtymä OHSS:n riski on suurentunut, jos vähintään 11 mm:n suuruisia munarakkuloita on 18 tai enemmän. Jos follikkeleita on yhteensä 30 tai enemmän, OHSS:n riski on vielä suurempi. Suositellun ELONVA-annoksen ja hoito-ohjelman uudelleen arvioiminen munasarjavasteen seuranta on tärkeää OHSS-riskin pienentämiseksi. Munasarjan kiertymistä on raportoitu gonadotropiiniin, myös Elonvaan, käytön jälkeen. Monisikiösraskaus ja -syyntyksiä on raportoitu kaikkien gonadotropiinihoitojen yhteydessä. Hedelmöityshoitoja saavilla hedelmättömillä naisilla kohdunkaulan raskauden ilmaantuvuus on suurentunut. Synnyneiden epämuodostumien ilmaantuvuus saattaa olla jonkin verran suurempi hedelmöityshoidon jälkeen kuin spontaanin hedelmöityksen jälkeen. Useilla hedelmättömyyden hoito-ohjelmilla lapikaynnäillä naisilla on todettu sekä hyvin- että pahalaatuisia munasarjojen ja muiden lisäntymiselinten kasvaimia. Ei tiedetä, lisääkö gonadotropiinihoito näiden kasvainten riskiä hedelmättömillä naisilla. Gonadotropiinihoitojen, myös Elonvan, jälkeen on raportoitu tromboembolisia tapahtumia sekä OHSS:n yhteydessä että erillisinä. Jos naisella on yleisesti tunnettu tromboembolisen tapahtumien riskitekijä, gonadotropiinihoito voi lisätä tätä riskiä. Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Ennen hoidon aloittamista lasettomat partit pitää tutkia tarkoituksenmukaisella tavalla ja raskauden oletettavat vasta-aiheet tulee arvioida. ELONVA on tarkoitettu annettavaksi kertaannoksena ihoon alle. Saman hoitokierron aikana ei pidä antaa ylimääräisiä ELONVA-injektioita. Potilailla, joilla on lievä, kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta, korifollitropiini alfan erittyminen saattaa olla heikentynyt. Siksi ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoitoon. ELONVAn käytöstä yhdessä GnRH-agonistin kanssa on vain vähän tietoa. ELONVAn käyttöä ei suositella yhdessä GnRH-agonistin kanssa. ELONVaa ei ole tutkittu potilailla, joilla on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoitoon. Munasarjavasteen todettiin olevan voimakkaampi ELONVA-hoidon kuin päivittäin annettavien rFSH-annosten jälkeen. Tästä johtuen naiset, joilla on voimakkaan munasarjavasteen tunnettuja riskitekijöitä, saattavat siten olla erityisen alttiita OHSS:n kehittymiselle ELONVA-hoidon aikana tai sen jälkeen. Suositellun ELONVA-annoksen ja hoito-ohjelman noudattaminen ja huolellinen munasarjavasteen seuranta on tärkeää OHSS-riskin pienentämiseksi. Monisikiösraskaus ja -syyntyksiä on raportoitu kaikkien gonadotropiinihoitojen yhteydessä. Synnyneiden epämuodostumien ilmaantuvuus saattaa olla jonkin verran suurempi hedelmöityshoidon jälkeen kuin spontaanin hedelmöityksen jälkeen. Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Yhteisvaikutukset:** ELONValla ei ole tehty yhteisvaikutustutkimuksia muiden lääkkeiden kanssa. **Raskaus ja imetys:** ELONVaa ei pidä käyttää raskauden tai imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön:** Tutkimuksia valmisteesta vaikutuksesta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn ei ole tehty. **Haittavaikutukset:** Kliinisissä tutkimuksissa yleisimpiä ELONVA-hoidon aikana raportoituja haittavaikutuksia ovat OHSS (5,2%), tampion alueen kiput (4,1%) ja vävät (5,5%), päänsärky (3,2%), pahoinvointi (1,7%), väsymys (1,4%) ja rintojen oireet (1,2%). Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Kestoaika:** 3 vuotta. **Säilytys:** Säilytä jääkaapissa (2° C–8° C). Mukavuuksia allergeenipitoisuus voi säilyttää valmistetä 25° C:ssa tai sen alle olevassa lämpötilassa enintään yhden kuukauden ajan. Ei saa jäättyä. Pida ruisku ulkopakkauksessa. Herkkä valolle. **Pakkaukset ja hinnat** (VOH+alv 07/2014): ELONVA 100 mikrogrammaa 633,59 €, ELONVA 150 mikrogrammaa 633,59 €. **Korvattavuus:** Peruseräkorvattava.

**Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 21.3.2014) tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650, www.msdf.fi, www.parempaalemaa.fi

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 01-2016-WOMN-1106337-0000

 **MSD**

# Äitien ja vastasyntyneiden terveys sekä lapsettomuusongelmat maailmalla

SGI-kokous Firenzessä 26.–29. maaliskuuta 2014

Maaliskuun lopulla Italian Firenzessä pidettiin Society of Gynecological Investigation -seuran vuosittainen tieteellinen kokous. Minä ja posteriputkiloni matkustimme kokoukseen tämänhetkisestä kodistani Pohjois-Kaliforniasta keväiseen, mutta alkuun varsin koleaan Firenzeen. Kokous alkoi dramaattisesti: ensimmäisenä iltana järjestettyyn tervetuloilaisuuteen kaupungintalolla, Palazzo Vecchiolla, ei päässyt sisään kuin murto-osa halukkaista ennen kuin Firenzen poliisi päätti ettei sisään päästetä enää yhtään juhlivaa gynekologia!



Kongressikeskus Firenze Fiera

**K**okouksen ensimmäinen pääpuhujana oli professori Robert Goldenberg, joka puhui maailmanlaajuisista haasteista odottavien äitien ja vastasyntyneiden terveydenhuollossa. Professori Goldenbergin oma tutkimus- ja avustustoiminta on sijoittunut Afrikkaan, erityisesti Saharan eteläpuoliseen Afrikkaan, missä tapahtuukin suurin osa maailman vuosittaisesta 255 000 äitikuolemasta ja kolmesta miljoonasta vastasyntyneen kuolemasta. Professori Goldenberg esitteli tilastotietoja Ruotsista aina 1900-luvun alusta alken yrittäen tulkita, kuinka teollistuneissa maissa päästiin nykyisiin marginaalisiin äitien ja vastasyntyneiden kuolleisuustilante-

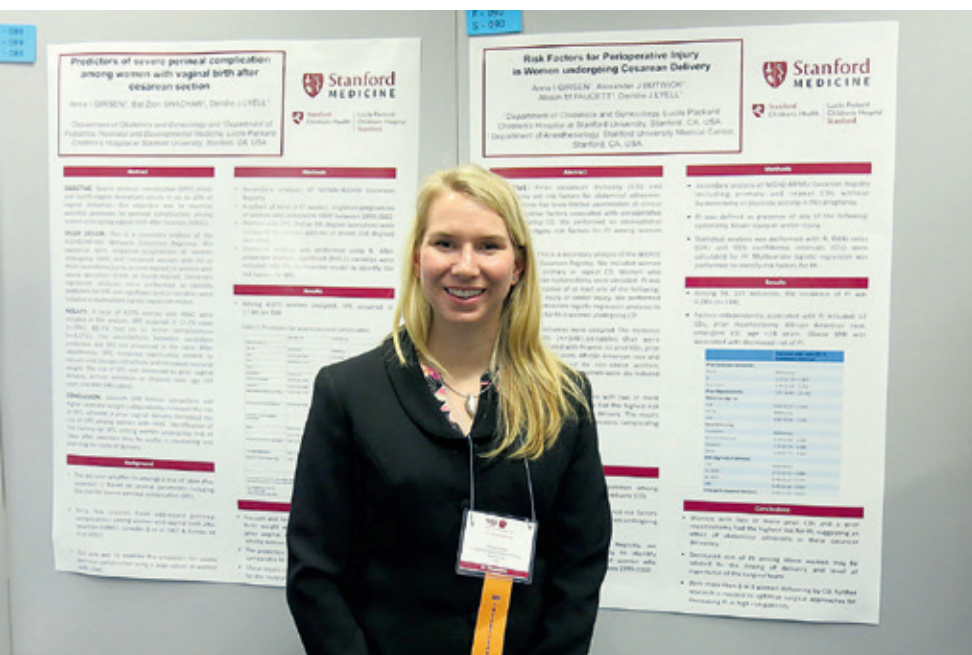
miin – tästä kun voitaisiin ottaa oppia nyt kehittyvissä maissa. Hän kertoi myös, kuinka äitien raskauden ja synnytyksen seuranta on suoraan yhteydessä vastasyntyneiden kuolleisuuteen. Hyviä tuloksia oli saatu alueilla, joissa synnytyksessä mukana olevaa, Educated doula -nimikkeellä määriteltyä henkilöä oli koulutettu edes sen verran, että hän oli nähnyt vähintään yhden synnytyksen. Suurin osa synnytyksiä avustavista henkilöistä maailmassa on luku- ja kirjoitustaidottomia naisia, joilla ei ole minkäänlaista kokemusta lääketieteellisistä apuvälineistä tai menetelmistä. Vaikkei esityksessä näin sanottukaan, tuli mieleeni että Ruotsin ja Suomen kaltaisten menes-

tystarinoiden takana on kaikille naisille avoin neuvolajärjestelmä osaavine terveydenhoitajineen ja kättilöineen.

Seuraavana kokouspäivänä sai toisena pääpuhujana puheenvuoron professori Marcia Inhorn, joka antoi uusia näkökulmia lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä lisääntymisterveyteen. Professori Inhorn on antropologi, joka on tutkinut mm. kulttuurin ja sosiaalisen yhteisön vaikutusta lisääntymisterveyteen sekä lapsettomuushoitoja eri kulttuureissa, varsinkin arabimaissa ja islaminuskoisissa maissa. Lapsettomuudesta kärsitään maailmassa eniten Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, Latinalaisessa Amerikassa, Etelä-Aasiassa se-



Ponto Vecchio -silta Firenzessä



Anna Girsén omien postereidensa kanssa

kä Itä-Euroopassa. Varsinkin Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, joka on yksi maailman hedelmällisimmistä alueista, tahaton lapsettomuus on naiselle julma kohtalo. Sen tiedetään usein johtavan hajonneisiin parisuhteisiin, väkivaltaan, hyväksikäyttöihin, seksin myymiseen sekä HIV-infektioihin – valtavaan määrään ihmiskärsimystä. Professori Inhorn kertoi islaminuskon hyväksyvän lapsettomuushoidot, mikä hänen mukaansa on antanut uuden positiivisen sävyn parisuhteisiin monissa arabimaissa. Ratkaisuksi maailmanlaajuisiin lapsettomuusongelmiin tarvittaisiin parempaa pääsyä hoitoihin, jotka monessa kehittyneessäkin maassa ovat tavallisen palkansaajan

tavoittamattomissa. Professori Inhorn antoi esimerkin kahdesta lääkilähtökäytännöstä, jotka edistävät lapsettomuushoidojen saatavuutta.

### Postereita lisääntymisterveyden laidasta laitaan

Kokouksen ensimmäisenä päivänä julistettiin, että yhdistyksen nimi muutuu, ja uudeksi nimeksi on valittu Society of Reproductive Investigation eli SRI. Tämän perusteltiin kuvaavan paremmin yhdistyksen tekemää tutkimusta synnytys- ja naistentautien saralla. Kokouksen aiheet luentosarjoissa sekä suulliset ja posteriesitykset olivatkin hyvin monipuolisia ulottuen perusbiologiasta tutkimuksista synny-

tys- ja naistentaudeissa aina maailmanlaajuisiin epidemiologisiin katsauksiin.

Minä esitin kaksi Stanfordin yliopistossa amerikkalaisen NICHD/MFMU-verkoston keräämän aineiston pohjalta tehtyä kliinistä kohorttitutkimusta, joissa kartoitettiin riskitekijöitä suolistotai virtsatievauriooon keisarileikkauksessa sekä vakavia perianaalikomplikaatioita alatesynnytyksessä keisarileikkauksen jälkeen. Kaikkiaan kliiniset tutkimukset tuntuivat olevan kokouksessa vähemmistössä. Itse koin kuitenkin oppivani paljon uutta kuunnellessani esityksiä uusista löydöksistä genetiikan sekä perustutkimuksen alueella.

### Suomalaista tutkimusta SGI:ssä

Olipa mukavaa tavata Firenzessä myös muita suomalaisia alan tutkijoita ja vaihtaa kuulumisia! Heti kokoukseen saavuttuani tapasin Oulusta Firenzeen saapuneen neonatologin, emeritusprofessori Mikko Hallmannin. Helsingin yliopistossa tutkimusta tekevä erikoistuva lääkäri Miira Klemetti esitteli minulle tutkimuksensa, jossa oli löydetty yhteys HO-1 geenin promoottori-alueen polymorfismin ja lievän, myöhäisen pre-eklampsian välillä. Myös emeritusprofessori Kari Teramo oli esittelemässä tutkimusryhmänsä tuloksia erytropoietiini- ja erytropoietinireseptorigeenien ekspressioista istukassa 1-typin diabeteksen ja pre-eklampsian komplisoimissa raskauksissa.

Firenzestä kotiin viemisinä tuli paljon uusia ideoita ja uutta virtaa tutkimuksen tekoon. Suurkiitos Suomen Gynekologiyhdistykselle saamastani apurahasta, joka mahdollisti tämän antoisan kokousmatkan! ■

# Happi- radikaalien yhteys rintasyövän ja gynekologisen syövän kehittymiseen

LL Henri Sovan väitöskirja  
"Oxidative stress in breast and  
gynecological carcinogenesis"  
tarkastettiin Oulun yliopis-  
ton naistentautien klinikassa  
4.4.2014. Vastaväittäjänä toimi  
professori Seppo Heinonen Kuo-  
pion yliopistollisesta sairaaltasta  
ja kustoksena vt professori Ulla  
Puistola Oulun yliopistollisesta  
sairaalasta.



Syöpä on nykyisin maailman yleisin kuolinsyy. Vaikka syöpätutkimukseen kohdistetaan maailmanlaajuisesti huomattavia resursseja, on syövän kehittymisen perimmäinen syy edelleen heikosti tunnettu. Yhä suurenevan todistusaineiston perusteella happiradikaalien on epäilty liittyvän läheisesti syövän kehittymiseen. Nämä erittäin reaktiiviset hapen aineenvaihduntatuotteet ovat välttämättömiä solujemme normaalille toiminnalle mutta liian suurina määrinä ne voivat vaurioittaa solun rakenteita ja häiritä solun normaalia viestintää. Solut sisältävät useita antioksidantteja, joiden tärkeimpänä tehtävänä on kontrolloida happiradikaalien määrää ja näin ylläpitää solun hapetus-pelkistys-tasapaino vakaana.

Tässä väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin happiradikaalien yhteyttä syövän kehittymiseen tarkastelemalla niiden aiheuttaman DNA-vaurion merkkiainetta, 8-hydroksideoksiguanosiinia (8-OHdG), rintasyövässä ja endomet-

rioosiin liittyvässä munasarjasyövässä sekä lisäksi peroksiredoksiini-perheen antioksidanttientsyymejä endometrioosiin liittyvässä munasarjasyövässä. 8-OHdG:n avulla selvitettiin myös munasarjojen monirakkulaoireyhtymän ja endometrioosin yhteyttä syövän kehittymiseen. Lisäksi tutkittiin metformiinin ja verisuonien uudismuodostukseen liittyvien tekijöiden vaikutusta happiradikaalien aiheuttamaan DNA-vaurioon.

Väitöskirjatutkimuksen tulosten perusteella 8-OHdG:n määrä vähentyy rintasyövän edetessä ja endometrioosiin liittyvän munasarjasyövän kehityksessä. Matalat 8-OHdG tasot syöpäkudoksessa ja verinäytteissä ovat yhteydessä aggressiivisempaan taudinkuvaan rintasyövässä. Endometrioosiin liittyvässä munasarjasyövässä kudoksen ilmentämä 8-OHdG ja Prx II vähentyi asteittain siirryttäessä hyvänlaatuisesta endometrioosista munasarjasyöpään. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymässä potilaiden ve-

rinäytteiden 8-OHdG tasot olivat merkittävästi matalammat verrattuna terveisiin kontrolleihin. Seerumin VEGF ja Ang-2 tasot eivät eronneet merkittävästi PCOS -potilaiden ja terveiden kontrollien välillä. Metformiini laski merkittävästi verinäytteiden 8-OHdG tasoa lihavilla munasarjojen monirakkulaoireyhtymäpotilailla.

Tulosten perusteella korkeat happiradikaalipitoisuudet ja tästä aiheutuva DNA-vaurio ovat tärkeässä roolissa syövän syntyvaiheessa, kun taas syövän myöhemmissä kehitysvaiheissa matalat happiradikaalipitoisuudet tukevat syövän kasvua ja selviytymistä soluviestinnän avulla. Kohonnut munasarjasyöpäriski endometrioosipotilailla vaikuttaisi olevan seurausta runsaasta happiradikaalien aiheuttamasta DNA-vauriosta endometrioosikudoksessa. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymässä poikkeavien happiradikaalitasojen aiheuttama puutteellinen soluviestintä liittyy mahdollisesti taudin patogeneesiin ja syöpäriskiin. ■



## Papilloomavirus uhkaa myös miesten terveyttä

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, LL Katja Keron väitöskirja ”Ihmisen papilloomaviruksen taudinkuva suomalaisperheiden seurantatutkimuksen mieskohortissa” tarkastettiin 16.5.2014 Turun yliopistollisessa sairaalassa.

Vastaväittäjänä toimi professori Christine Clavel-Cravoisier, CHU Reims, Laboratoire Pol Bouin, Hôpital Maison Blanche Reims, Ranska. Kustoksena toimi professori Stina Syrjänen, Suupatologia, Hammaslääketiede, Turun yliopisto.

Ihmisen papilloomaviruksen (human papillomavirus, HPV) tiedetään olevan yhteydessä suun ja

sukuelinalueiden syyliin sekä syövän esiasteisiin ja edelleen syöpään. Tunnetuin papilloomaviruksen aiheuttama pahanlaatuinen muutos on kohdunkaulan syöpä. HPV-perintöainesta esiintyy myös suuressa osassa sukuelinalueen syövästä sekä lisäksi pään ja kaulan alueen syövässä, erityisesti suunielun alueella. Tieto HPV:n aiheuttamasta tautitaakasta on lisännyt kiinnostusta myös miehen HPV-tulehdukseen.

### Suun ja sukuelinalueen HPV-tulehdus oireettomilla miehillä

Väitöskirjatyö on osa suomalaista seurantatutkimusta, jossa tutkitaan HPV-infektioiden tartuntareittejä 329 perheessä. Tutkimuksessa keskityttiin tutkimukseen osallistuneiden 131 miehen aineistoon. HPV-typitystä varten suun limakalvonäytteitä otettiin seitsemän vuoden aikana seitsemässä aikapisteessä sekä sukuelinalueen näytteitä tutkimuksen alussa ja lopussa. Sa-

moilla käynneillä tehtiin vaaratekijöitä kartoittava kyselytutkimus.

### Suun HPV-tulehdus on yleinen miehillä ja tupakointi lisää riskiä tulehduksen kroonistumisesta

Seitsemän vuoden aikana suun HPV-tulehduksen esiintyvyys vaihteli 15 % ja 31 % välillä osoittaen että HPV-tulehdus on yhtä yleinen miesten suun limakalvoilla kuin aikaisemmin raportoimassamme tutkimuksessamme heidän puolisoillaan. Valtaosa miesten suun HPV tulehduksista parani seurannan aikana. Suun krooninen HPV-infektio todettiin 14 %:lla miehistä. Tupakointi lisäsi korkean riskin HPV tyyppien aiheuttamien suutulehduksen kroonistumista, kun taas aikaisemmin sairastetut sukuelinten kondyloomat suojasivat siltä. Suun HPV-tulehduksen ja suuseksin välillä ei löytynyt yhteyttä.

### Sukuelinalueen HPV-tulehdus todettiin kolmanneksella oireettomista miehistä

Sukuelinalueen HPV-tulehdus todettiin 36 %:lla miehistä tutkimuksen alku- ja 33 %:lla lopputilanteessa. Krooninen tulehdus, jolla sama HPV-tyyppi esiintyi sekä alkutilanteessa että seitsemän vuoden seurantapisteen kohdalla, löytyi ainoastaan yhdeltä mieheltä. Uusi infektion ilmaantui 23 %:lle miehistä seurannan aikana.

### Vakaa parisuhde suojaa papilloomavirustartunnoilta

Miestä on pidetty lähinnä vain HPV-tulehduksen tartuttajana partneriinsa. Tutkimus selvitti myös pitkäaikaisessa parisuhteessa elävien partnerien HPV-tyyppien vastaavuutta ja tähän liittyviä mahdollisia riskitekijöitä. Oireettomat HPV infektiot olivat alkutilanteessa yleisiä molemmilla sukupuolilla, mutta HPV:n tyyppien vastaavuus partnereiden välillä oli vähäinen. Naisen, mutta ei miehen, seksuaalinen riskikäyttäytyminen oli yhteydessä pariskunnan HPV tyyppien vastaavuuteen. Tutkimuksen perusteella myös naisen rooli miehen tartuttajana korostui. Partnerin ja siviilisäädyn vaihtaminen (eroaminen) lisäsivät miehen riskiä saada uusia HPV infektoita. ■

# Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 27.–28.11.2014 Turku, Radisson SAS Marina



## Torstai 27.11.2014

- 9.00 Edunvalvontasymposium:  
Valinnanvapaus terveydenhuollossa  
Lauri Vuorenkoski, LT  
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto  
Terveyspoliittinen asiantuntija, SLL
- 10.00 Koulutuspäivien avaus  
SGY:n pj. Juha Räsänen
- Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa**  
Pj: Anna-Maija Tapper ja Juha Mäkinen
- 10.10 Lisääntymisterveyden trendejä  
Prof. Mika Gissler, THL
- 10.40 Hedelmöityshoidot erityistilanteissa  
Prof. Aila Tiitinen, HYKS
- 11.20 Ajankohtaisia eettisiä ja lainsäädännöllisiä  
näkökulmia hedelmöityshoitoihin  
Lainsäädäntöneuvos Salla Silvola, Oikeusministeriö

## 12.00–13.00 Lounas ja näyttely

**Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa jatkuu**  
Pj: Tytti Raudaskoski ja Seija Grénman

- 13.00 Naisen synnyttämisen sydänvika  
Prof. Risto Kaaja, TY/SatKS
- 13.30 Raskaus elinsiirron jälkeen  
Dos. Risto Tertti, TYKS
- 14.00 Nuorena syövän sairastaneiden naisten  
raskaudet ja synnytykset  
LT Laura Madanat-Harjuoja, Lastentaudit, HUS,  
Suomen syöpärekisteri

## 14.30 Kahvitauko ja näyttely

Pj: Juha Räsänen  
15.20 Seth Wichmann-luento

**Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa jatkuu**  
Pj: Tytti Raudaskoski ja Anna-Maija Tapper

- 15.50 Raskaus ja komplisoitunut diabetes  
Dos. Marja Vääräsmäki, OYS
- 16.25 Obstetrisen katastrofin jälkeinen raskaus  
LT Kati Ojala, OYS
- 17.00 SGY:n vuosikokous
- 19.00 Iltajuhla



## Perjantai 28.11.2014

Pj: Mervi Halttunen-Nieminen

## 8.30–9.20 Hot topics

- Social Egg freezing: family planning for  
Twenty-first Century women?  
Gillian Lockwood, Medical director  
Midland Fertility Services Ltd, England
- Sosiaalinen munasolun pakastus Suomessa  
Dos. Viveca Söderström-Anttila, Väestöliitto
- 9.20 Discussion

## 9.30–10.00 Kahvitauko ja näyttely

**Teema: Suomalainen gynekologi auttajana maailmalla**  
Pj: Merja Metsä-Heikkilä, Juha Tapanainen

- 10.00 Suomen kehityspolitiikka  
LL, Senior Health Adviser Gisela Blumenthal  
Ulkoasianministeriö, kehityspoliittinen osasto
- 10.30 "Lääkärin sosiaalinen vastuu ry:n  
kehitysyhteistyöhankkeet – kokemuksia Nigeriasta ja  
Intiasta"  
LL Miira Klemetti, EKKS
- 10.50 Rotary -järjestön avustusprojektit lääkäreille  
EL Liisa Raatema, EKKS
- 11.10 Lääkärit SPR:n delegaattina erilaisissa tehtävissä  
Pirkko Tolvanen, Kansainvälisten ohjelmien tuen  
päälikkö, SPR
- 11.30 Lääkäri YK:n HIV/AIDS -ohjelman työntekijänä  
LL Mari Luntamo, Turku
- 11.50 Kysymykset ja keskustelu  
pj:t Merja Metsä-Heikkilä ja Juha Tapanainen

## 12.00–13.00 Lounas ja näyttely

**Teema: Seksologiaa gynekologille**  
Pj: Pirkko Brusila ja Hannu Martikainen

- 13.00 Mielen seksuaalisuus – avain oman seksuaalisuuden  
ymmärtämiseen  
Prof. Osmo Kontula, Väestöliitto
- 13.30 Naisen kokemus haluttomuus  
Kliininen seksologi, psykoterapeutti  
Tarja Santalahti, Väestöliitto
- 14.00 Naisen seksuaalisilla toimintahäiriöillä  
geneettinen tausta?  
PsM Annika Gunst, Åbo Akademi
- 14.30 Herkän siemensyöksyn vaikutus parisuhteeseen  
Dos. Juhana Piha, Mehiläinen Turku
- 15.00 Päivien päätös SGY:n pj. Juha Räsänen

Tervetuloa obstetriikan  
hands on- ja  
simulaatiokoulutukseen  
TYKS:n naistenlinikalle  
keskiviikkona 26.11  
klo 16–19.30.

#### Aikataulu:

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 16.00–17.30 | simulaatio/hands on |
| 17.30–18.00 | kahvi               |
| 18.00–19.30 | simulaatio/hands on |

#### Koulutuspisteet:

- 1) Pihti- ja perätilatyöpaja
- 2) Hartiadytostiasimulaatio
- 3) Raskaana olevan elvytys -simulaatio
- 4) Vastasyntyneen virvoittelu -simulaatio

#### Ohjelma:

Työpajassa käydään läpi pihti- ja perätilasyntymyksen periaatteita lantiomallin avulla. Simulaatioissa on ensin teoriaosuus, jonka jälkeen harjoitellaan lavastetussa tilanteessa ja lopuksi käydään simulaation pohjalta oppimiskeskustelu.

Huom! Kukin osallistuja on mukana kahdessa koulutuspisteessä.

Kerro ilmoittautuessasi mihin kahteen haluaisit osallistua ja laita ilmoittautumiseesi myös kolmas vaihtoehto varalle.

Hands on/simulaatiokoulutukseen otetaan 32 osallistujaa. Osallistumistushinta on 150 euroa. Koulutukseen osallistuvilta edellytetään osallistumista myös SGY:n syyskoulutuspäiville. Koulutukseen on haettu erikoistumispisteitä Naistentautien ja synnytysten alalle Itä-Suomen yliopistosta 4 h.

Kouluttajina toimivat professori Risto Erkkola, perinatologit Eeva Ekholm, Tuija Heikkinen ja Nanneli Pallasmaa, neonatologit Kalle Korhonen ja Hanna Soukka, anestesialääkärit Miretta Tommila ja Olli Vanttinen sekä kätilöt Sanna-Mari Manninen ja Mari Soini.

Ilmoittautuminen sähköpostilla osoitteeseen:  
[eevekh@utu.fi](mailto:eevekh@utu.fi)



Kuva Kadri Lill

## Uudet jäsenet SGY-päiville ilman osallistumismaksua

Haluamme tutustua uusiin jäseniimme koulutuspäivillä!

Tervetulotoivotuksena yhdistykseemme vapautamme uudet jäsenet koulutuspäivien osallistumismaksusta, kun he tulevat henkilökohtaisesti paikalle hakemaan jäsenkirjaansa jäsenyyden voimaantuloa seuraavien koulutuspäivien SGY-kokoukseen. (Etua ei voi käyttää myöhemmin.) Mainitsethan ilmoittautuessasi, että olet uusi jäsen. Tervetuloa!



### SGY:n Syyskoulutuspäivät Turussa 27.–28.11.2014 Marina Palace

Syyskoulutuspäivät 2014 järjestetään Turussa, uudistetussa Marina Palacessa Turun keskustassa, Aurajoen rannalla Linnakatu 32, Turku. <http://www.radissonblu.fi/hotelli-turku>

Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta:  
[www.gynekologiyhdistys.fi](http://www.gynekologiyhdistys.fi)

Ilmoittautumislomakkeessa on pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 12.11.2014 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: [koulutussihteeri@duodecim.fi](mailto:koulutussihteeri@duodecim.fi). Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Erikoislääkärit 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää.

#### HUOM! Maksukäytäntö:

Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteeseen. Ilmoittautumispäivän 12.11.2014 jälkeen tehdyistä peruutuksista osallistumismaksua ei palauteta ja sen jälkeen ilmoittautuneilta peritään osallistumismaksun lisäksi toimistokuluja 15 e.

Iltajuhla vietetään Marina Palacen Kustaa Juhana – juhlatiloissa. Luvassa on hylatonta menoa Turkulaisten speksien virittämänä, lopputahtien tahdittajana Neljä Veljeä – ja ehkä enemmänkin. Avcien iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoituskiintiö on myös varattu kokous-iltajuhla -hotelliimme: Hotelli Radisson Blu Marina Palace, Linnakatu 32, Turku. Tel +358 20 1234 710  
Tunnuksella SGY varattavissa 29.10.2014 saakka 100/ 110 €. (yhden/kahden hengen huone) [info.turku@RadissonBlu.com](mailto:info.turku@RadissonBlu.com)

Tervetuloa !!!



## Suomen Gynekologiyhdistyksen kevätkokous

**Paikka:** Radisson Blu Marina Palace, Turku

**Aika:** 27.11.2014 klo 17.00

#### Esityslista

1. Kokouksen avaus
2. Kokouksen järjestäytyminen ja esityslistan hyväksyminen
3. Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus
4. Kevätkokouksen 2014 pöytäkirja
5. Sääntömääräiset kokousasiat
  - 5.1 Vuosikertomus, tilinpäätös ja tilintarkastuskertomus
  - 5.2 Vastuuvapauden myöntäminen
  - 5.3 Jäsenmaksun suuruus
  - 5.4 Hallituksen erovuoroiset jäsenet ja uusien valinta
  - 5.5 Tilintarkastajan, toiminnantarkastajan ja varatoiminnantarkastajan valinta
6. Apurahojen jako
  - 6.1 Erikoistuvien ja erikoislääkäreiden matka-apurahat
7. Jäsenasiat
  - 7.1 Uusien jäsenien jäsenkirjojen jako
  - 7.2 Kunniajäsenen valinta
8. Ilmoitusasiat
  - 8.1 Tulevat koulutuspäivät
    - 8.1.1 16.–17.4.2015 Kevätkokous, Kotka
    - 8.1.2 26.–27.11.2015 Vuosikokous, Helsinki
9. Muut asiat
  - 9.1 U-M Mäkilän palkinnon tulevaisuus
10. Kokouksen päättäminen

Kuopiossa 15.8.2014

SGY:n hallitukselta toimeksiannon saaneena  
Henna Kärkkäinen  
SGY:n sihteeri

# SGY Kevätkoulutuspäivät 2015

## Kotkan Höyrypanimo



### Torstai 16.4.2015

- 9.00 Koulutuspäivien avaus SGY pj. Juha Räsänen  
9.05 Tietoisku (aihe avoin)

#### Teema: Kohtu sairastaa

Puheenjohtajana: Annika Tulenheimo-Silfvast ja Johanna Mäenpää

- 9.45 Myoomista- mitä uutta?  
LL Pia Suvitie, TYKS  
10.15 Myoomien hoito  
ei-kirurginen (20 min.)  
Dos. Maritta Hippeläinen, KYS  
kirurginen (20 min.)  
Dos. Anna-Mari Heikkinen, Suomen Terveystalo  
11.00 Adenomyoosi  
LT Päivi Joki-Korpela, HUS  
11.30 Endometriumpolyypit. Milloin poistan?  
Dos. Päivi Härkki, HYKS

#### 12.00–13.00 LOUNAS

Puheenjohtajana Aila Tiitinen ja Juha Mäkinen

- 13.00 Office-hysteroskopia  
Dos. Ritva Hurskainen, Hyvinkään sairaala, HUS  
13.30 Uterusanomaliat, merkitys ja hoito  
Prof. Pentti Heinonen, TAYS  
14.00 Uterus transplantation  
Prof. Mats Brännström, Göteborg

#### 14.45–15.30 Kahvitauko ja näyttely

- 15.30 Sektioarpi gynekologisenä ongelmana  
LL Reita Nyberg, TAYS  
16.00 Fertility preservation in gynecological malignancies  
Prof. Mats Brännström, Göteborg  
16.45 SGY kevätkokous



### Perjantai 17.4.2015

#### Teema: Voiko raskausongelmia ennustaa ja estää?

Pj: Jukka Uotila ja Kaarin Mäkilallio

- 8.30 Kannattaako pre-eklampsiaa seuloa ja voidaanko sitä ehkäistä?  
LT Elina Keikkala, HUS

#### 9.00 SGY tutkii

Pj. Prof. Seija Grénman

#### Kahvitauko 9.45–10.30

#### Teema: jatkuu

- 10.30 Ennenaikaista synnytystä ennustavat biomarkerit  
LT Mervi Väisänen-Tommiska, HUS  
11.00 Clinical value of the assessment of cervical length during pregnancy  
Professor Jay Iams, Ohio State University  
11.30 Progesteronin merkitys ennenaikaisen synnytyksen estossa  
Dos. Erja Halmesmäki, HYKS  
12.00 The role of cervical cerclage /pessary in the prevention of preterm birth  
Professor Jay Iams, Ohio State University

#### 12.30–13.30 Lounas

#### 13.30 Teema: Korioamnioniitti

Pj: Prof. Seppo Heinonen ja Marja-Liisa Mäntymaa

#### Puolesta / vastaan

- 13.30 Invasiivinen infektiodiagnostiikka ennenaikaisen lapsivedenmenon yhteydessä  
Puolesta Dos. Vedran Stefanovic  
Vastaa Dos. Eeva Ekholm  
14.15 Korioamnioniitti ennenaikaisessa raskaudessa  
Välitön synnyttäminen on tarpeellista  
Dos. Jukka Uotila  
Synnyttämistä voidaan odottaa  
Prof. Liisa Lehtonen  
15.00 Kuume ja korioamnioniitti täysiaikaisessa synnytyksessä  
Dos. Leea Keski-Nisula  
15.20 Mitkä gynekologiset infektiot tulee tutkia ja hoitaa raskausaikana  
Dos. Tytti Raudaskoski  
15.40 Koulutuspäivien päätös  
SGY:n pj. prof. J. Räsänen

# Hyvät Syklin lukijat!

Enpä arvannut saavani kynää käteeni laskujen ja maksukuittien sijaan ryhtyessäni Gynaecologi Practicin rahastonhoitajaksi kevään vuosikokouksessa. Ehkä hyvä niin, saahan työnkuva olla vaihteleva ja yllätyksellinenkin.

Olen 58-vuotias gynekologian erikoislääkäri. Oulussa opiskellut, Helsingissä erikoistunut, lapsuuden pohjoisesta vähitellen alaspäin valunut. Nykyisin työskentelen Kymenlaakson Keskussairaalassa naistentaukoiden apulaisylilääkärinä, sivutoimisesti sitten Kotkan Lääkärikeskuksessa. Olen vuosia tehnyt sairaalassa nelipäiväistä työviikkoa, mutta juuri nyt olen ”täysi-aikainen.” Perheeseeni kuuluu tytär ja poika, joista kumpikaan ei enää asu kotona.

Aikaa vievin harrastukseni, lukemattomien kollegoiden tapaan, lienee työnteko. Se vie suhteettoman osan päivästä, mutta antaa paljon. Aina, kun pystyn, matkustan mielelläni historiaan, luontoon tai kulttuuriin liittyviin kohteisiin. Klassinen musiikki on myös tärkeää, eniten kuorolaulu ja ooppera – tosin ei itse laulaen. Joskus teen käsitöitä, parannan maailmaa ystävien kanssa tai yritän säilyttää status quon vaatimattomassa ranskan-kielessäni. Liikuntaa pitää harrastaa sen verran, että lapaluut pysyvät irti selkärangasta ja kilot kuosissa.

Olen Gynaecologi Practicin jäsen jo viime vuosituhannelta. Aiemmin luulin, että jäsenyyteen vaaditaan täysipäiväinen yksityisvastaanotto. Onneksi kyseessä oli harhaluulo; me osa-aikapraktikuksetkin saamme liittyä seuraan. Sittemmin on vain harmittanut, etten tiennyt liittyä jo aiemmin. Vaikka lapset olivat melko pieniä, ei viiden tai kuuden illan poissaolo vuodesta sietämättömiä tunnontuskia olisi aiheuttanut.

GP:n luennot ovat pääosin hyvin käytännönläheisiä. Niissä käsitellään potilasta askarruttavia kysymyksiä gynekologian ulkopuolelta. Aiheina ovat olleet esimerkiksi päänsäryt, vatsavaivat, iho-oireet, unihäiriöt, seksuaalisuuden ongelmat, ravitsemus, liikunta ja potilaan motivoiminen. Onpahan tutustuttu seksikaupan valikoimaankin, tosin vain luentosalissa. Usein GP auttaa tietämään, mistä potilaat – ja media – puhuvat. Obstetriikka jää luonnollisesti jonkin verran vähemmälle huomiolle. Ammattitaidon ylläpitoa jäsenet pitävät selvästi kunniasanaan. Yhdistyksen hallitukset ovat uskomattoman hyvin keksineet kiinnostavia ja ajankohtaisia luentoaiheita vuodesta toiseen: esimerkiksi kansainvälisestä reseptistä kuultiin luento toukokuussa. Mainioiden luennoitsijoiden löytäminen tuntuu aina vain onnistuvan. Yksityislääkärien edunvalvonta kiinnostaa myös GP:tä, yhteistyössä Lääkäriliiton kanssa.

Yksityislääkärien saattaa olla hankalaa hankkia pakollinen säteilyturvakoulutus, eikä se ole ihan vaivatonta kuntapuolellakaan; niinpä GP huolehtii siitäkin. Vuosi sitten jopa parhaaksi luennoitsijaksi valittiin fyysikko. Hän tempaisi mukaansa meidät maallikot ja luento oli valovuosien päässä jostain puisevasta nettikurssista läkipykäläviidakkoineen. Pidän GP:n koulutuksia tärkeinä ja taatusti kätevimpänä sekä miellyttävimpänä keinona pysyä ajan tasalla. Osa-aikapraktikustakin anti hyödyttää – myös sairaalasektorilla. Jäsenmaksu saattaa alkuun tuntua korkeahkolta, mutta se sisältää koko vuoden koulutukset.

Ammattillisen ulottuvuuden ohella GP:ssä sosiaalinen puoli on hyvin olennainen vastapaino yksityislääkärin melko yksinäiselle puurtamiselle. Illallisella ja luentotauoilla voi tutustua eri paikkakuntien kollegoihin, vaihtaa ajatuksia



Gynaecologi Practicin hallituksen vaihtokokous elokuussa 2014. Liisa Tikkala on toinen oikealta.

ja saada vinkkejä. Hyvän illallisen kera tämä on perin rattoisaa. Onpa yhdistys järjestänyt kevätretkiäkin muun muassa Utöhen ja Bengtskärin majakkasaarelle. Viime toukokuussa kesäisen lämpimänä päivänä kiipesimme Suomen korkeimpaan majakkatorniin ja kiertelimme kallioilla kivipiirroksia etsimässä. Vieressä haahkaemot hautoivat häiriintymättä muniaan. Jokunen varhainen poikanen treenasi jo ensiaskeleitaan. Kuulimme selostusta saaren historiasta ja entisten asukkaiden elämästä ja söimme lohikeittoa. Nämä todella mieleen jäävät elämykset jäisivät useimmilta kokeematta, jos ne pitäisi itse järjestää.

Hallitustyöskentely on minulle uutta, mutta onneksi muut jäsenet ovat konkareita. Tunsin velvollisuudekseni viimein osallistua järjestelypuoleenkin tultuani vuosikaudet kuin valmiiseen pöytään. Rahastonhoitajan täsmällinen toimenkuva selviää kokonaisuudessaan vasta ajan mittaan – ei kuumelma ole ”kovin paha.” Onneksi apuna taustalla on tilitoimiston ammatilainen. Toivon kovasti pysyvän olemaan hyödyksi yhdistykselle järjestettäessä uusia hienoja koulutuksia. Sitä paitsi hallituksen kokoukset kuuluvat olleen varsin hauskoja; hallitustoverit tuntien en epäile sitä lainkaan. Lopuksi vielä ei-jäsenille: Tulkaa ihmeessä mukaan! ■



Kenenkään ei tarvitse  
elää ja asua wc:ssä.

 **Betmiga® 50 mg▼**  
mirabegroni

Ensimmäinen yliaktiivisen rakon  
hoitoon hyväksytty  $\beta_3$ -agonisti

**Viitteet:** 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. ▼ Tähän lääkkeeseen kohdistuu lisäseuranta. Tällä tavalla voidaan havaita nopeasti uutta turvallisuutta koskevaa tietoa. Terveystieteiden ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan epäillyistä lääkkeen haittavaikutuksista. **Betmiga 50 mg ja 25 mg depottabletti. Vaikuttava aine:** Mirabegroni. **Käyttöaiheet:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamisepäilyn, tihtyntyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisilla potilailla. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu annos on 50 mg kerran vuorokaudessa ruoan kanssa tai ilman. Munuaisten ja maksan vajaatoiminta: Betmiga-valmistetta ei ole tutkittu potilailla, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus (GFR < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> tai hemodialyysia tarvitsevat potilaat) tai vaikea maksan vajaatoiminta (Child–Pugh-luokka C), eikä sitä siksi suositella käytettäväksi näille potilasryhmille. Seuraavassa taulukossa ovat vuorokausiannoksia koskevat suositukset henkilöille, joilla on munuaisten tai maksan vajaatoiminta ja jotka joko saavat tai eivät saa vahvoja CYP3A:n estäjiä.

|                                          |             | Vahvat CYP3A:n estäjät <sup>3</sup> |               |
|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------|
|                                          |             | Ei estäjää                          | Estäjä        |
| Munuaisten<br>vajaatoiminta <sup>1</sup> | Lievä       | 50 mg                               | 25 mg         |
|                                          | Kohtalainen | 50 mg                               | 25 mg         |
|                                          | Vaikea      | 25 mg                               | Ei suositella |
| Maksan<br>vajaatoiminta <sup>2</sup>     | Lievä       | 50 mg                               | 25 mg         |
|                                          | Kohtalainen | 25 mg                               | Ei suositella |

1. Lievä: GFR 60–89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; kohtalaisen vaikea: GFR 30–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; vaikea: GFR 15–29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

2. Lievä: Child–Pugh-luokka A; kohtalaisen vaikea: Child–Pugh-luokka B.

3. Vahvat CYP3A:n estäjät, kuten itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviri ja klaritromysiini

Turvallisuutta ja tehoa alle 18-vuotiaiden lasten hoidossa ei ole varmistettu. Tabletti otetaan kerran vuorokaudessa nesteen kanssa. Tabletti pitää niellä kokonaisena, eikä sitä saa pureskella, jakaa eikä murskata. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys valmisteeseen sisältämille aineille. **Varoitukset ja varoitoimet:** Ei suositella potilaalle, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus; joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä; joilla on vaikea maksan vajaatoiminta; joilla on kohtalaista maksan vajaatoimintaa, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä. Betmiga-valmistetta ei ole arvioitu potilailla, joilla on vakava hallitsematon hypertensio; siksi sitä ei suositella käytettäväksi tälle potilasryhmälle. Tietoja asteen 2 hypertensiota sairastavista potilaista on niukasti. Varovaisuutta on noudatettava potilailla, joilla tiedetään esiintyneen QT-ajan pidentymistä tai joiden käyttämien lääkevalmisteiden tiedetään pidentävän QT-aikaa. Betmigaa tulee määrätä varovaisuutta noudattaen potilaalle, joilla on kliinisesti merkittävä virtsarakon ulosvirtauksesta tai potilaalle, jotka käyttävät antimuskariniinista lääkitystä OAB:n hoitoon. **Yhteisvaikutukset:** Potilailla, joilla on lievä tai kohtalaisen vaikea munuaisten tai lievä maksan vajaatoiminta ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä (itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviri, klaritromysiini), suositeltu annos on 25 mg kerran vuorokaudessa. Varovaisuuteen on syytä, jos mirabegronia annetaan samanaikaisesti lääkevalmisteiden kanssa, joilla on kapea terapeuttinen indeksi ja jotka metaboloituvat pääasiassa CYP2D6:n välityksellä (tiordatsiini, ryhmän 1C rytmihäiriölääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet), ja kun mirabegronia annetaan samanaikaisesti sellaisten CYP2D6-substraattien kanssa, joiden annos titrataan yksilöllisesti. Potilaalle, jotka aloittavat Betmiga-valmisteen käytön yhdessä digoksiinin kanssa, tulisi aluksi määrätä digoksiinin pienin annos. Seurauksena digoksiinipitoisuuksia on seurattava ja digoksiiniannos on titrattava niiden perusteella halutun kliinisen vaikutuksen saamiseksi. **Raskaus ja imetys:** Ei suositella raskauden aikana, eikä naisille, jotka voivat tulla raskaaksi eivätkä käytä ehkäisyä. Mirabegroni erittyy jyrjsijöiden maitoon ja siksi sitä oletetaan olevan ihmisen rintamaidossa. Ei pidä käyttää imetyksen aikana. **Ajaminen ja koneiden käyttö:** Ei vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Yleiset: virtsatieinfektio, takykardia. Melko harvinaiset: eteisvärinä. **Reseptilääke.** **Pakkaukset ja hinnat 01.01.2014** (sis. alv 10 %): Betmiga 25 mg 30 tabl. 53,15 €, 25 mg 90 tabl. 137,87 €, 50 mg 30 tabl. 53,15 €, 50 mg 90 tabl. 137,87 €. **Korvattavuus:** Betmiga 50 mg on rajoitetusti peruskorvattava 1.11.2013 alkaen. **Erilliselvytys:** Lääkärinlausunto B hoitavalta lääkäriltä. **Lääketieteelliset edellytykset:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamisepäilyn, tihtyntyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisille potilaalle, jotka eivät siedä antikolinergisesti vaikuttavaa lääkettä tai joille antikolinergisesti vaikuttava lääke ei tehoa tai on vasta-aiheinen. **Lisätiedot:** Pharmacia Fennica. **Myyntiluvanhaltija:** Astellas Pharma Europe B.V. **Markkinoija Suomessa:** Astellas Pharma, Vaisalan tie 2-8, 02130 Espoo, info.fi@astellas.com. Teksti perustuu 23.04.2014 päivättyyn valmisteyhteenvetoon.

# NFOG 2014 -kokous Tukholmassa

**O**n ilmeistä, että pohjoismaisella kokouksella on oma vahva sijansa muiden kansainvälisten kokouksien joukossa. Tieteellinen ohjelma on monipuolinen ja free communication -sessiot ovat korkeatasoisia. Tukholma tietenkin tarjosi omaa luokkaansa olevat puitteet kokoukselle, sokerina pohjalla iltajuhla Nobel-illallisiinkin käytetyssä kaupungintalossa.

NFOG 2014 -kokous keräsi kesäiseen Tukholmaan 787 kollegaa. Kutsuttuja puhujia oli peräti 105 ja näytteilleasettajia 113. Pohjoismaiden ulkopuolelta vahvin edustus oli Virossa 25 osallistujalla, Pohjoismaiden edustus on lueteltu alla:

|         |     |
|---------|-----|
| Ruotsi  | 452 |
| Tanska  | 179 |
| Norja   | 153 |
| Suomi   | 89  |
| Islanti | 16  |

Suullisiksi esityksiksi oli hyväksytty 54 abstraktia kaikkiaan 357 lähetetyn joukosta. Posterit olivat hyvin esillä,



mutta posterisessioiden toteutus jätti sijaa parannusehdotuksille. Sessiotkin toteutettiin posterialueella, jossa sekä näkyvyys että kuuluvuus jätti toivomisen varaa.

Tukholmassa oli useita Helsingissä 2016 pidettävän NFOG:n kokouksen järjestelytoimikunnan jäseniä ja on ilmeistä, että valmistelut ovat hyvässä vauhdissa. Oskari Heikinheimon ja

kumppaneiden vetämällä Helsingin kokouksella on kaikki mahdollisuudet saavuttaa uusi osallistujaennätys – kuten Olavi Ylikorkalan vetämä kokous vuonna 2004 teki.

## Muista NFOG Fund – dead line 1.10.2014

NFOG Fundin apurahat ovat taas haussa lokakuun alussa. Hyvät anomuksen tulevat lähes poikkeuksetta hyväksytyksi. Anomukseen tarvitaan lyhyt suunnitelma: mitä aikoo tehdä, positiivinen signaali vastaanottavalta taholta ja kohtuullinen kustannussuunnitelma. Tarkempia tietoja löytyy osoitteesta [www.nfog.org](http://www.nfog.org) sekä Antti Perheentuvalta, joka on Suomen edustaja hakemukset arvioivassa NFOG:n tieteellisessä komiteassa.

FIGOn hallitukseen kuuluu kolleigoita 24 maasta. He ovat erinomaisia yhteyshenkilöitä, jos suunniteltiin klinikavierailua ulkomaille. Olen tarvittaessa mielelläni välittäjänä, jos jollakin SGYN jäsenellä on suunnitelmia lähteä tutustumaan kliniseen käytäntöön jossain päin maailmaa. ■

## Apurahat



### Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö jakaa Bayer-apurahan

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön ja Bayer Oy:n yhteistyönä on perustettu uusi Bayer-apuraha, joka jaetaan kahdessa osassa vuonna 2014 ja 2016. Apurahaa (ä 6.400 €) voi hakea aktiivisesti tutkimusta tekevä Suomen Gyneko-

logiyhdistyksen jäsen. Tutkimustyön tulee olla suuntautunut synnytys- ja naistentautiopin alalle. Apurahan saajan valitsee synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus. Apuraha tullaan jakamaan yhdessä Bayerin edustajan kanssa Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivillä marraskuussa 2014 Turussa.

Apurahahakemukset tulee toimittaa viimeistään tiistaihin 30.9.2014 klo 16.00 mennessä, jolloin myös postitetun hakemusten on oltava perillä Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön teknisellä sihteerillä Maaria Puupposella (osoite: HUS/Naistenklinikka, Haartmaninkatu 2, PL 140, 00029 HUS), jolta saa lisäohjeita (e-mail: [maaria.puupponen@hus.fi](mailto:maaria.puupponen@hus.fi)). Myöhästyneitä hakemuksia ei käsitellä.

Hakulomake löytyy Suomen Gynekologiyhdistyksen verkkosivuilta: [www.gynekologiyhdistys.fi](http://www.gynekologiyhdistys.fi) kohdasta [apurahat, palkinnot](#). Hakemus pohja on täytettävä ja tulostettava allekirjoitustavarten. Hakemus osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitukselle ja lähetetään kymmenenä kappaleena säätiön tekniselle sihteerille Maaria Puupposelle.

Apurahan saajan tulee yhden vuoden kuluessa apurahan myöntämisestä antaa säätiölle selvitys apurahan käyttämisen kohteesta ja tavasta.

Toimeksi saaneena  
Maaria Puupponen  
Synnytys- ja naistentautiopin  
tutkimussäätiön hallitus

# NUVARING®

etonogestreeli/etinyyliestradioli ehkäisyrengas  
vapauttaa 0,120 mg/0,015 mg vuorokaudessa

• Tehokas ehkäisy  
kerran kuussa<sup>1</sup>

• Erinomainen  
syklikontrolli<sup>2</sup>



## NuvaRing®

**Vaikuttavat aineet ja niiden määrät:** Etonogestreeli 11,7 mg. Etinyyliestradioli 2,7 mg. Emätinrenkaasta vapautuu keskimäärin 0,120 mg etonogestreeliä ja 0,015 mg etinyyli-estradiolia vuorokaudessa 3 viikon ajan. **Käyttöaiheet:** Raskauden ehkäisy. **Annoistus ja antotapa:** Nainen voi itse asettaa NuvaRing-renkaan emättimeen. Lääkärin tulee neuvoa potilaalle valmisteen asetus ja poisto. NuvaRingin tarkalla sijainnilla emättimessä ei ole merkitystä ehkäisytehon kannalta. Kun NuvaRing on asetettu paikalleen, se jätetään emättimeen yhtäjaksoisesti kolmeksi viikoksi. NuvaRing on poistettava 3 viikon käytön jälkeen samana viikonpäivänä kuin se asetettiin. Viikon tauon jälkeen asetetaan uusi rengas. Tyhjennysvuoto alkaa yleensä 2-3 päivän kuluttua NuvaRingin poistamisesta ja saattaa jatkua vielä kun on aika asettaa uusi rengas. **Vasta-aiheet:** Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ei pidä käyttää seuraavien tilojen yhteydessä tai jos jokin ao. tiloista ilmenee NuvaRingin käytön aikana, rengas on poistettava heti: laskimotromboembolia (VTE) tai sen riski, laskimotromboembolia – tällä hetkellä esiintyvä VTE tai anamneesissa VTE, tiedossa oleva perinnöllinen tai hankittu laskimotromboembolia-alttius, kuten APC-resistenssi, (mukaan lukien Faktor V Leiden), antitrombiini III:n puutos, C-proteiinin puutos, S-proteiinin puutos, suuri leikkauksen jälkeinen immobilitaatio, useiden riskitekijöiden aiheuttama suuri laskimotromboembolian riski; valtimotromboembolia tai sen riski, valtimotromboembolia – tällä hetkellä esiintyvä tai aiemmin esiintynyt valtimotromboembolia tai sitä ennakoiva tila, aivoverisuonisairaus – tällä hetkellä esiintyvä tai aiemmin esiintynyt aivohalvaus tai sitä ennakoiva tila, tiedossa oleva perinnöllinen tai hankittu valtimotromboembolia-alttius, kuten hyperhomokysteinemia; haimatulehdus tai aikaisempi haimatulehdus, jos siihen liittyy vakava hepatoglyseridemia; vaikea maksasairaus, nykyinen tai aiemmin ilmennyt, niin kauan kuin maksa-arvot eivät ole palautuneet normaaleiksi; nykyinen tai aiemmin ilmennyt hyvän- tai pahanlaatuisen maksakasvaimen; todettu tai oletettu sukupuolielinten tai rintojen maligniteetit, joihin sukupuolihormonit vaikuttavat; vaginaverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty; yliherkkyys vaikuttaville aineille tai jollekin NuvaRingin apuaineelle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** NuvaRingin käytöstä aiheutuva hyöty on arvioitava siitä mahdollisesti koituvista haitoista vasten jokaisen käyttäjän kohdalla erikseen, ja käyttäjän kanssa on keskusteltava asiasta ennen kuin hän päättää NuvaRingin käytön aloittamisesta. Jos jokin näistä sairauksista tai riskitekijöistä pahenee tai ilmenee ensimmäistä kertaa käytön aikana, käyttäjää on neuvottava ottamaan yhteyttä lääkäriin, joka päättää NuvaRingin käytön keskeyttämisestä. Laskimotromboembolian (VTE) riski: Kaikkien hormonaalisten yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttö suurentaa laskimotromboembolian (VTE) riskiä verrattuna siihen, ettei niitä käytetä. Levonorgestreeliä, norgestimeettia tai noretisteronia sisältäviin valmisteisiin liittyy pieni laskimotromboembolian riski. NuvaRingin käyttöön liittyvästä VTE:n riskistä on saatu ristiriitaisia tuloksia verrattuna levonorgestreeliä sisältävien yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön (suhteellisen riskin estimaatit vaihtelevat siitä, ettei kasvua ole (RR=0,96) lähes 2-kertaiseen kasvuun (RR=1,90)). Tämä vastaa noin 6-12 VTE-tapausta vuodessa jokaista 10 000 NuvaRing-valmistetta käyttävää naista kohten. Molemmissa tapauksissa VTE-tapausten määrä vuotta kohti on pienempi kuin määrä, joka on odotettavissa naisilla raskauden aikana tai synnytysjälkeisenä aikana. Päättöstä käyttää jotakin muuta valmistetta kuin sellaista, johon tiedetään liittyvän pienin laskimotromboembolian riski, ei saa tehdä ennen kuin käyttäjän kanssa on keskusteltu ja varmistettu, että hän ymmärtää hormonaalisiin yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin liittyvän laskimotromboembolian riskin, ja sen, miten hänen omat riskitekijänsä vaikuttavat tähän riskiin, ja että laskimotromboembolian riski on suurimmillaan ensimmäisen vuoden aikana, kun hän käyttää hormonaalisia yhdistelmäehkäisyvalmisteita ensimmäistä kertaa elämässään. Lisäksi on jonkin verran näyttöä siitä, että riski suurenee, kun hormonaalisen yhdistelmäehkäisyvalmisteen käyttö aloitetaan uudelleen vähintään 4 viikon tauon jälkeen. Hormonaalisia yhdistelmäehkäisyvalmisteita käyttävillä laskimotromboembolisten komplikaatioiden riski voi huomattavasti suurentua, jos naisella on muita riskitekijöitä, erityisesti, jos riskitekijöitä on useita. Epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu, että hormonaalisten yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön liittyy suurentunut valtimotromboembolian (sydäninfarktin) tai aivoverisuonitapahtumien (esim. ohimenevän aivoverenkiertohäiriön tai aivohalvauksen) riski. Riski on korkeampi niillä naisilla, joilla on riskitekijöitä. NuvaRingin käyttö on vasta-aiheista, jos naisella on yksi vakava tai useita valtimotromboembolian riskitekijöitä, jotka muodostavat suuren valtimotromboembolian vaaran. Ks. valmisteyhteenveto. Jos hyöty-haittasuhteesta katsotaan negatiiviseksi, ei naiselle saa määrätä hormonaalista yhdistelmäehkäisyvalmistetta. Jos naisella ilmenee laskimo- tai valtimotromboembolian oireita, häntä on neuvottava hakeutumaan välittömästi lääkärin hoitoon ja kertomaan, että hän käyttää hormonaalista yhdistelmäehkäisyvalmistetta. Ks. valmisteyhteenveto. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Ks. valmisteyhteenveto. **Raskaus ja imetys:** NuvaRing ei ole tarkoitettu käytettäväksi raskauden aikana. Jos raskaus havaitaan NuvaRing-renkaan käytön aikana, tulee rengas poistaa. Estrogeenit voivat vaikuttaa imetykseen, sillä ne voivat vähentää rintamaitojen määrää ja muuttaa sen koostumusta. Siksi NuvaRing-renkasta tulisi yleisen suosituksen mukaisesti käyttää vasta, kun lapsi on vieroitettu rintamaidosta. Pieni määrä kontraseptiivisiä steroideja ja/tai niiden metaboliitteja voi erittyä rintamaitoon, mutta tämän haitallisuudesta lapsen terveydelle ei ole näyttöä. **Haittavaikutukset:** Yleisimpiä (Vleisti  $\geq 1/100$ ,  $\leq 1/10$ ) haittavaikutuksia ovat emätintulehdus, masennus, libidon heikkeneminen, päänsärky, migreeni, vatsakivut, pahoinvointi, akne, rintojen arkuus, sukupuolielinten kutina naisella, kuukautiskivut, lantion kipu, valkovuoto, painonnousu, renkaan epäpuhtaus, lääkinällisen laitteen aiheuttama epämukavuus. Muut haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja valmisteen kuvaus:** NuvaRing on pakattu pakkaukseen, joka sisältää 1 tai 3 yksittäispakattua rengasta. **Säilytys:** Apteekista toimittamisen jälkeen: 4 kk, säilytettävä alle 30 °C:ssä. **Säilytys alku- ja loppupäivämerkinnällä.** **Hinnat ja hofokustannukset (VOH+alv 06/2014):** 1 x ehkäisyrengas 15,40 € ja 3 x ehkäisyrengas 44,21 € (14,74 €/kk). **Korvattavuus:** Ei sv-korvattava. **Lisätietoja:** Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 14.5.2014), Pharmacia Fennica tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650.

Tutustu NuvaRing-valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä, [www.msd.fi](http://www.msd.fi), [www.parempaaelamaa.fi](http://www.parempaaelamaa.fi)

1. Nuvaring – valmisteyhteenveto, 2. Oddyson et al. Human Reproduction 2005; 20 (2); 557-62.

• Hallituksen tämän vuoden neljäs kokous järjestettiin kesäkuun alkupuoliskolla Krapihovissa, Tuusulan kauniissa järvimaisemissa. Rahastonhoitajan pitämän tilannekatsauksen jälkeen huojentuneina totesimme, että yhdistyksen taloustilanne ja maksuvalmius on pysynyt hyvänä. Keväällä 2014 Tampereella järjestetyt koulutuspäivät olivat voitolliset.

• Ensimmäistä kertaa järjestimme hallituksen toimesta presymposiumin ennen varsinaisten koulutuspäivien alkua keskiviikkoiltapäivälle. Presymposiumin aihepiirinä oli raskaudenaikea ultraäänitutkimus. Koulutus oli jaettu kahteen eri tasoon: basic-taso oli tarkoitettu uransa alkupuolella oleville kollegoille ja advanced-taso jo asiaa hieman kauemmin harrastaneille. Osanottomäärä oli rajattu 30 henkilöön ja molemmat ryhmät täyttyivät hyvin nopeasti ilmoittautumisaikaa alettua. Palaute tästä presymposiumista oli hyvin positiivinen ja päätimme jatkaa vastaavanlaista toimintaa. Syksyn Turun päivien presymposiumissa pureudumme synnytyksen aikaisten hätätilanteiden simulaatio-opetukseen. Kevään 2015 Kotkan päivien yhteyteen olemme valinneet presymposiumin aiheeksi kolskopio-opetuksen.

• Hallitus käsitteli kevään koulutuspäivien palautetta, joka oli pääasiassa positiivinen. Luentosalin tasainen lattia sai moitteita, niskat tulivat joillakin kipeäksi. Joidenkin mielestä ensimmäisen

päivän ultraääniaiheet olivat liian spesifisiä. Joukossa oli myös ehdotuksia tulevien koulutuspäivien aiheiksi. Tätä palautetta käytämme apuna suunniteltaessa tulevia ohjelmia. Hallitus kiittää palautteesta! Palautteen antajien kesken arvottiin yksi jäsen, joka voittaa ilmaiset Turun päivät ja arpa suosi Timo Rapelia. Onnittelut Timolle! Viestiseinä sai positiivista palautetta. Viestiseinän käyttöä päätettiin jatkaa myös seuraavien koulutuspäivien yhteydessä.

• Hallituksen suuri huolenaihe edelleen on, että yhdistykseemme hakeneet ja hyväksytyt uudet jäsenet loistavat poissaolollaan koulutuspäiviltä. Tilanteen korjaamiseksi hallitus on päättänyt, että tervetuloitotuksena yhdistykseemme vapautamme uudet jäsenet koulutuspäivien osallistumismaksusta, kun he tulevat henkilökohtaisesti paikalle hakemaan jäsenkirjansa yhdistyksen kokouksessa, joka järjestetään jäsenyyden voimaantulon jälkeen. Tämä tarkoittaa niitä koulutuspäiviä, jotka seuraavaksi järjestetään jäsenyyden hyväksymisen jälkeen. Tämä velvoittaa myös niitä ylläkkäreitä, jotka ovat puoltaneet jäsenyyttä. Toisin sanoen, kun puollat jäsenyyttä, kyseinen henkilö pääsee automaattisesti seuraaville koulutuspäiville. Toivottavasti tämä tuli riittävän selkeästi esitettyä.

• Syksyn 2014 koulutuspäivien ohjelma on valmis ja järjestelyt ovat loppusuoralla. Koulutuspäivät järjestetään samanaikaisesti operatiivisten päivien

kanssa. Kevään 2015 Kotkan koulutuspäivien ohjelma on valmis. Hallitus on omasta mielestään onnistunut ohjelman laadinnassa hyvin. Torstain vieraileva luennoitsija on professori Mats Brännström Ruotsista. Hän kertoo muun muassa kohtutransplantaatiosta. Perjantain vieraileva luennoitsija, professori Jay Iams Yhdysvalloista, on monelle obstetrikolle hyvin tuttu. Hän on julkaissut erittäin paljon tutkimuksia kohdunkaulan mittaamisesta ultraäänellä ja sen kliinisestä merkityksestä. Tämä on myös hänen toisen luentonsa aihe.

• On valitettava yhteensattuma, että perinatologinen seura päätti järjestää omat koulutuspäivänsä täsmälleen samaan aikaan. Toivomme kuitenkin, että erinomainen ohjelmamme houkuttaa mahdollisimman monen yhdistykseemme jäsenen matkaamaan kevääseen Kotkaan! Syksyn 2015 koulutuspäivien ohjelmarunko on jo hyvin pitkälle työstetty ja se on loppuhiontaa vaille valmis. Perjantain ohjelman suunnitteluvuorossa on urogynekologinen pienryhmä.

• Mari Aaltonen Syklin päätoimittajana on saanut runsaasti kiitosta erinomaisesti tehdystä työstä. Johanna Hautala puolestaan vastaa kotisivuistamme ja hän on sillä saralla toiminut kiitettävällä tavalla.

• Puheenjohtaja toivottaa kaikille kollegoille hyvää syksyn alkua! ■

## Via Lattea – Sestriere ja luminen linnunrata kutsuu **Laskettelevia LapsenPäästäjiä** hiihtokokoukseen vk 5, 24.–31.1.2015

Sestriere on Fiatin perustajasuvun Agnellien luomus, josta maamerkkinä on pyöreä kerrostalo keskeisellä paikalla kylää. Rakennus näkyy aina Clavieren rinteille saakka, joten tuntuu kuin laskettavaa olisi silmänkantamattomiin. Alueen hiihtotarjonta on erinomainen ja kulinaristiset nautinnot varsin kattavat, kuten Italian tyyliin sopii. Luentojen välissä on mahdollisuus nauttia ulkoilusta – rinnekilometrejä löytyy 400, kaikille varmasti sopivia haasteita. Murtomaahiihtoon myös mahdollisuus. Käy tutustumassa [www.vialattea.it](http://www.vialattea.it).

Majoitusvaihtoehdot – noin 40 paikkaa varattu: Hotelli Il Fraitevino\*\*\*+ aamiaisella alk.1095 €, Hotelli Savoy Edelweiss\*\*\*+ puolihioidolla 1275 €, Hotelli Cristallo\*\*\*\* puolihioidolla 1495 € ja Hotelli Villaggio Olimpico, kaksiossa 4 hlöä 1025 € per hlöä, sisältää kaksi iltateriaa. Ilmoittautumiset **to 30.10.2014** mennessä: You Travel Groups puh. 0201551102, [group@youtravel.fi](mailto:group@youtravel.fi) **Ilmoita:** - ryhmä - sgy:läisten hiihtokokousmatka, nimi, s-postiosoite, ikä ja vuokraatko sukset.

Tiedustelut: Mervi – puh, 0503012808, [mervi.haarala@fimnet.fi](mailto:mervi.haarala@fimnet.fi)

UUTUUS



**VEREGEN®**

**VIHREÄN TEEN LEHTIUUTE**

*– reseptilääke*



## – luonnollinen valinta genitaalisyylien hoitoon

• Täydellinen syylien häviäminen 52,4% ( $p < 0,001$ )<sup>1</sup> • Syylien uusiutuminen 6,5% (NS)<sup>1</sup> • Lievät paikalliset ihoreaktiot liittyvät vaikutusmekanismiin eivätkä vaadi hoidon keskeyttämistä.<sup>1</sup>

**Veregen® (vihreän teen lehtiuute) 10 % voide. 1 g voidetta sisältää:** 100 mg Camellia sinensis (L.) -uutetta O. Kuntze, folium (vihreän teen lehti) (24-56:1), joka vastaa: 55-72 mg (-)-epigallocatekinigallaattia. Apuaineet: propyleeniglykolimonopalmiitostearaatti ja isopropyyylimyristaatti. **Käyttöaihe:** Ulkoisten genitaal- ja perianaalisyylien hoitoon (condylomata acuminata) vähintään 18-vuotiaille immunokompetenteille potilaille. **Annostus:** 0,5 cm voidetta (vastaa 250 mg:aa) kaikkiin syyliin yhteensä, levitettynä kolme kertaa vuorokaudessa. Hoitoa jatketaan kunnes kaikki syylät ovat kokonaan hävinneet, kuitenkin korkeintaan 16 viikkoa. Voidetta ei tarvitse pestä pois hoidetulta alueelta ennen seuraavaa voitelua. Vain ulkoiseen käyttöön. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vihreän teen uuteelle tai apuaineille. Vaikea maksan vajaatoiminta. **Yhteisvaikutukset:** Muiden paikallisten hoitojen samanaikaista käyttöä on syytä välttää. Tämä koskee myös "istumakylpyjä" ja paikallisesti käytettävää sinkkivoidea tai E-vitamiinia. Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet: Voidetta ei saa levittää avohaavoihin eikä rikkoutuneelle tai tulehtuneelle iholle. Ei virtsaputken, emättimen, kohdunkaulan, peräsuolen tai intra-anaalisten syylien hoitoon. Veregen saattaa heikentää kondomeita ja emätinrenkaita, lisäehkäisyä on harkittava. **Raskaus ja imetys:** Voidetta ei suositella raskaana oleville eikä imettäville. **Haittavaikutukset:** Yleisimmin havaitut haittavaikutukset olivat punoitus, kutina, ärsytys (lähinnä polttava aistimus), kipu, turvotus, haavaumat, kovettumat ja rakkulat. Havaittujen haittavaikutusten intensiteetti oli suurin ensimmäisten hoitoviikkojen aikana. Lievät paikalliset ihoreaktiot liittyvät vaikutusmekanismiin, hoitoa ei pidä keskeyttää niiden vuoksi. Naispotilailla, joilla oli syyliä vulvan alueella, on havaittu tällä alueella enemmän vakavia paikallisia ihoreaktioita. Okklusiivisissa olosuhteissa on nähtävissä lisääntynyt haittavaikutusten esiintyminen. Muut haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja hinnat (06/2014, vmh+alv):** Voide 15 g 60,41 €. **Korvattavuus:** Ei SV-korvattava reseptilääke. **Lisätietoja:** Valmisteyhteenveto [www.fimea.fi](http://www.fimea.fi) ja Azanta Oy, [info.fi@azanta.com](mailto:info.fi@azanta.com). Tutustu valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.

1. Veregen®-valmisteyhteenveto

Azanta Oy · Sinikalliontie 3 B · 02630 Espoo · Puh. 09 72554420 · [www.azanta.com](http://www.azanta.com)

**Azanta**

## Koulutuskalenteri SGY

■ PEKKA YLITALO päivitetty 4.9.2014 (pekka.ylitalo (ät) helsinki. fi) Ilmoitusehdotuksia otetaan vastaan!

### 2014 SYYSKUU

- 18.-19.9. Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät, Helsinki. [www.gks.fi](http://www.gks.fi)
- 18.-20.9 Conference of Nordic Association for Clinical Sexology, Malmö Ruotsi. [www.nacs.fi](http://www.nacs.fi)
- 24.-26.9. 23rd ESGE congress – your key to endoscopy, Brussels, BE
- 25.-27.9. 9th National Congress of Maternal Fetal Medicine and Perinatology Association of Turkey, Istanbul Turkki. [www.tmfptkongre2014.org/en](http://www.tmfptkongre2014.org/en)
- 26.-27.9. Gynaecologi Practici koulutuspäivät, Tuohilampi Vihti.
- 26.-30.9. ESMO Congress, Madrid Espanja. [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

### LOKAKUU

- 2.-3.10. Perinatologipäivät, Oulu [www.perinatologinenseura.net](http://www.perinatologinenseura.net)
- 8.-10.10. 60th Congress of DGGG (German Society of Obstetrics and Gynecology), München Saksa.

- [www.dggg.de/dggg-kongress](http://www.dggg.de/dggg-kongress)
- 8.-11.10. Central Association of Obstetrics & Gynecologist 2014 Annual Meeting, Albuquerque, USA. [www.caog.org](http://www.caog.org)
- 15.-18.10. NAMS 25th Annual Meeting (North American Menopause Society), Maryland Yhdysvallat. [www.menopause.org](http://www.menopause.org)
- 18.-22.10. 70th Annual Meeting of the ASRM, Hawaii USA. [www.asrm.org](http://www.asrm.org)
- 24.10. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseurain koulutus, Helsinki. [www.ultraaaniseura.fi](http://www.ultraaaniseura.fi)
- 20.-24.10. ICS Annual Meeting (International Continence society), Rio de Janeiro, Brasilia. [www.ics.org/2014](http://www.ics.org/2014)
- 26.-29.10. ISSHP World Congress, New Orleans Yhdysvallat. [www.isshp.org](http://www.isshp.org)
- 27.-31.10. Annual Congress of ICS (the International Continence Society), Rio de Janeiro, Brasilia. [www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)
- 29.-31.10. 34th Congress of the European Society of Surgical Oncology (ES- SO) Valencia, Spain. [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)

- 30.-31.10. EGO-päivät obstetriikka, Tampere EGO
- 30.-31.10. Endopäivät – 67th Annual Meeting of the Finnish Endocrine Society, Helsinki. [www.endokrinologiyhdistys.fi](http://www.endokrinologiyhdistys.fi)

### MARRASKUU

- 8.-11.11.2014 15th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS), Melbourne Australia. [www.igcs.org](http://www.igcs.org)
- 14.11. Suomen Menopausitutkimus-seuran syyskokous, Helsinki. [menopausseura.net](http://menopausseura.net)
- 16.-19.11. The 15th Congress of the International Society of Twin Studies, Budapest Hungary. [www.twinstudies.org](http://www.twinstudies.org)
- 27.-28.11. SGY Vuosikokous, Turku

### JOULUKUU

- 4.-7-12. The 20th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI), Pariisi Ranska.
- 12.12. Gynaecologi Practici koulutuspäivä, Helsinki

*My-Sure*



**MyoSure**-menetelmä polyyppien ja myomien poistoon hysteroskooppisesti.

**MyoSure**-menetelmällä polyyppit ja myomat poistetaan mekaanisesti hoitokärjen leikkaavalla terällä ja toimenpiteet voidaan tehdä polikliinisesti.

**MyoSure** instrumentaatio

- MyoSure -laite ja jalkapoljin
- MyoSure -skooppit 0° optikalla
- kertakäyttöiset hoitokärjet



*NovaSure*



Runsaiden kuukautisten hoitoon

- voidaan tehdä paikallispuudutuksessa
- ei vaadi kohdun limakalvon esihoitoa
- voidaan tehdä kierron vaiheesta riippumatta

Lisätietoa:

Anu Parviainen  
tuoteryhmäpäällikkö  
0400 606 476

[anu.parviainen@steripolar.fi](mailto:anu.parviainen@steripolar.fi)

*uusia innovaatioita hoitotyöhön*

**Steripolar**

Puh. 09 417 606 00, fax 09 417 606 90  
[www.steripolar.fi](http://www.steripolar.fi)

Iso 9001:2008, ISO 14001:2004

## 2015

### TAMMIKUU

- 29.-31.1. NUGA Nordic Urogynecological Association 29th Biannual Meeting, Tukholma Ruotsi. [www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

### HELMIKUU

- 2.-7.2. Society for Maternal-Fetal Medicine: 34rd Annual Meeting. The Pregnancy Meeting, San Diego, CA USA. [www.smfm.org](http://www.smfm.org)

### MAALISKUU

- 18.-21.3. 16th World Congress on Human Reproduction, Berliini Saksa. [www.humanrep2015.com](http://www.humanrep2015.com)
- 25.-28.3. SGI Annual Scientific Meeting, San Francisco USA. [www.sgonline.org](http://www.sgonline.org)

### HUHTIKUU

- 6.-17.4. SGY kevätkokous, Kotka.
- 15.-18.4. The 8th International DIP Symposium (Diabetes, Hypertension, Metabolic syndrome & Pregnancy), Berliini Saksa. [www.comtecmed.com](http://www.comtecmed.com)

- 16.-17.4. SGY Kevätkokous, Kotka

### TOUKOKUU

- 21.-22.5. EGO-päivät, ultraääni, Oulu. EGO

### KESÄKUU

- 9.-13.6. Annual Meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Nizza, Ranska. [www.iuga.org](http://www.iuga.org)

### LOKAKUU

- 4.-9.10. XXI FIGO World Congress, Vancouver, Kanada. [www.figo.org](http://www.figo.org)
- 10.-15.10. ISUOG 25th World Congress, Montreal Kanada. [www.isuog.org](http://www.isuog.org)
- 17.-21.10. 71st Annual Meeting of the ASRM, Baltimore USA. [www.asrm.org](http://www.asrm.org)
- 21.-24.10. 11th Congress of the European Society of Gynaecology, Praha Tšekki. [www.seg2015.com](http://www.seg2015.com)
- 24.-27.10. European Gynaecological Oncology Congress 2015, Nizza Ranska. [www.esgo.org](http://www.esgo.org)
- 31.10. Ultraääniseurannan koulutuspäivät, Helsinki. [www.ultraaaniseura.fi](http://www.ultraaaniseura.fi)

### MARRASKUU

- 26.-27.11. SGY Vuosikokous, Helsinki

## 2016

### MAALISKUU

- 16.-19.3. SGI Annual Scientific Meeting, Montreal Kanada. [www.sgonline.org](http://www.sgonline.org)

### HUHTIKUU

- 14.-15.4. SGY kevätkokous, Kuopio

### SYYSKUU

- 24.-29.9. IFFS 22nd World Congress on Fertility and Sterility, New Delhi Intia. <http://www.iffs-reproduction.org>

### MARRASKUU

- 24.-25.11. SGY syyskokous

## 2017

### MAALISKUU

- 15.-18.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florida USA. [www.sgonline.org](http://www.sgonline.org)

# SUOMALAINEN + YKSILÖLLINEN



Suuren ja kotimaisen terveydenhoito-organisaation edut yksilöllisten ammattilaisten osaavissa käsissä – siitä PlusTerveydessä on kyse.

Tarjoamme sinulle kaikki samat edut kuin oma osakeyhtiö, mutta työsuhteen helppoudella.

Jo lähes 180 yksityislääkärä ja 350 hammaslääkärä on valinnut PlusTerveyden.

yhteydenotto@plusterveys.fi  
09 3510 4474  
[plusterveys.fi/ammattilaisille](http://plusterveys.fi/ammattilaisille)

OTA YHTEYTTÄ –  
KYSY LISÄÄ!



# ALY r.y. 40-vuotta

Hyvä vanha tai uusi ALY:lainen, HUS Naistenklinikan Apulaislääkäriyhdistyksen perustamisesta on kulunut 40 vuotta.

Juhlistamme pyöreitä vuosia 7.11.2014 Symposiumilla Naistenklinikan Seth Wichmann salissa ja Juhlaillallisella ravintola Töölönrannassa.

Virallinen kutsu postitetaan 9/2014, mikäli et saa kutsua, ilmoittautumiset [jonna.salonen@helsinki.fi](mailto:jonna.salonen@helsinki.fi).

*ALY:n juhlatoimikunta*

Suomen  
suosituin  
rautalääke<sup>3)</sup>



- Vatsaystävällinen<sup>1)</sup>
- Imeytyy tehokkaasti<sup>2)</sup>
- Kapseli päivässä



Obsidan Fe<sup>++</sup> 100 mg kapselit. Raudanpuutostilojen hoitoon. **Vaikuttava aine:** ferroglysiinisulfaatti. **Annostus:** Aikuiset ja yli 6-vuotiaat lapset: 1 kapseli päivässä. Tarvittaessa kapselin voi avata ja niellä rakeet sellaisenaan pureskelematta veden kera. Obsidan sopii käytettäväksi myös raskauden ja imetyksen aikana. Rautavalmisteet saattavat vaikuttaa muiden lääkeaineiden imeytymiseen. Ruuansulatuskanavan haavaumia sairastavien tulee noudattaa varovaisuutta Obsidanin käytössä. Pakkaus: 100 mg Fe<sup>++</sup> 50 kapselia. Hinta 1.3.2014 (vmh sis. alv): 15,37€. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Apteekista.

<sup>1)</sup>Dietzfelbinger H.1991, Deutsches ÄrzteMagazin 39:30-36 <sup>2)</sup>Heinrich H. 1986, Schweiz Apotheker Zeitung 124: 1231-1256 <sup>3)</sup>Suomen Lääkedata 12/2013



# obsidan®

[www.rautainfo.fi](http://www.rautainfo.fi)

# Seuraava Sykli 4/2014 ilmestyy 7.11.2014, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 3.10.2014

## Sykli on facebookissa!

Syklille on perustettu suljettu ryhmä. Päästäksesi mukaan sinun on itsesi oltava fb:ssä ja lähetettävä kaveripyyntö Sykli -ryhmään. Ryhmässä on mahdollista keskustella, kommentoida, kysyä, ehdottaa – pääset mukaan tekemään lehteä.



## SGY:n hallitus

### Puheenjohtaja

Juha Räsänen  
KYS Naistenklinikka  
PL 1777, 70211 Kuopio  
juha.rasanen@kuh.fi

### Varapuheenjohtaja

Seija Grénman  
TYKS Naistenklinikka  
Kiinamyllynkatu 4–8  
PL 52 20521 Turku  
seija.grenman@tyks.fi

### Sihteeri

Henna Kärkkäinen  
Lähettilöimistö, PL 100, 70029 KYS  
henna.karkkainen@kuh.fi

### Varainhoitaja

Taru Ahava  
yksityisgynekologi  
Syrjäläntie 10, 01840 Klaukkala  
taru.ahava@kolumbus.fi

### Klubimestari

Anna-Maija Tapper  
HYKS  
Naistenklinikka  
Haartmaninkatu 2, 00290 HKI  
anna-maija.tapper@hus.fi

### Jäsenet

Annika Tulenheimo-Silfvast  
yksityisgynekologi  
Kaakkurikuja 1, 00200 Helsinki  
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

### Kirsi Kuismanen

TAYS  
PL 2000, 33521 Tampere  
kirsi.kuismanen@pshp.fi

### Kaarin Mälikallio

OYS, Naistenklinikka  
PL 24, 90029 OYS  
kaarin.makikallio@oulu.fi

### Mervi Halttunen-Nieminen

HYKS/Nkl PI 140, 00029 HUS  
mervi.halttunen@hus.fi

### Marja-Liisa Mäntymaa

Kymenlaakson KS/Naistentaudit  
Kotkantie 41, 48210 Kotka  
marja-liisa.mantymaa@carearea.fi

### Pekka Ylitalo

HYKS, Naistenklinikka  
Haartmaninkatu 2, 00290 Helsinki  
pekka.ylitalo@helsinki.fi

[www.gynekologiyhdistys.fi](http://www.gynekologiyhdistys.fi)

# Taitoa

on valita oikeat välineet.

## HITACHI ALOKA



**F37** uusi ergonominen väriduppler gynekologiaan Hitachi Alokalta. Tutustu. Ihastu.

## stanS3I™



**Stan S3I** korkeatasoinen KTG-laite synnytysaleihin, johon saa optiona mm. äidin parametrit, ST-analyysin sekä STV-mikrovaihteluanalyysin.

## SONESTA®



**Sonesta 6302**, gynekologinen pöytä, jossa monipuoliset säädöt ja optimaalinen työskentelyasento kaikkiin tutkimuksiin. Erinomainen mukavuus potilaalle.

Tuotteet terveydenhuollon diagnostiikkaan ja tutkimukseen. Tutustu tuotteisiimme osoitteessa [www.sonar.fi](http://www.sonar.fi)

**SONAR**

puh. 020 7411 990 • [sonar@sonar.fi](mailto:sonar@sonar.fi)

# Naisten terveys on huipputärkeää

**S**GY:n hallituksen kokouksessa mietittiin taanoin, kuinka saada naistentautien tutkimukselle ja naisten terveyden edistämiselle vastaavaa näkyvyyttä kuin lastentaudeille. Onhan hienoa, että julkkikset keräävät varoja syöpäsairaille lapsille ja uudelle lastensairaalalle. Mutta kun kerran auttamishalua löytyy, olisiko sitä jotenkin ohjattavissa myös naistentautien saralle? Ehkä naisten terveyden ajatellaan olevan jo huipussaan. Mutta esimerkiksi gynekologisten syöpien alueella on vielä hurjasti tuntematonta tutkittavaa hoitojen kehittämiseksi, samoin obstetriikalta vaikkapa pre-eklampsiaista, jonka ainoa tehokas hoitokeino on edelleen synnytys.

**P**ohdimme, olisiko Naistentautien tutkimussäätiölle kehitettävissä varojenkeräystapoja samalla tavalla kuin esimerkiksi juuri lastensairaalalle. Erilaisia myyntiartikkeleita ehdotettiin sairaaloiden kioskeissa myytäväksi. Tuli myös idea posti- ja joulukorteista, jota lähdettiinkin toteuttamaan. Sopiiko Naistentautien tutkimussäätiön varojen keräämiseen alusvaatemallisto tai tiskirätiit? Aihealue ei ole niin helppo ja tunteita herättävä kuin sairast lapset. Jotain varmasti olisi kuitenkin tehtävissä. Naistentaudit tarvitsevat nostoa ja näkyvyyttä.

**K**eskustelimme myös työtovereiden kanssa kahvipöydässä gynekologin ammatista ja sen tunnettuudesta. Monet kertoivat, että omat lapset kertovat kavereilleen esimerkiksi vain, että isä tai äiti hoitaa synnytystä tai ylipäänsä hoitaa naisia sairaalassa tai vastaanotolla. Joidenkin lapset häpeävät eivätkä kerro mitään. Itsekin tunnustan, että en mainosta ammattiani tai erikoisalaani kovinkaan laajalti lapsilleni saati muillekaan. Kuinka monet alaa tuntemattomat edes tietävät, mitä gynekologin työhön sisältyy? Monelle lääkärikuntaan kuulumattomalle tuttavalleni on tullut yllätyksenä tieto, että gynekologit tekevät leikkauksia (osa on kuvitellut että sektioonkin kutsutaan kirurgi

leikkaamaan) tai hoitavat syöpäpotilaita. Toisaalta moni on siinä uskossa, että kättilö tekee päästävät toimenpiteet synnytyksessä. Joissain maissahan näin voi ollakin. Gynekologihan on se vähän perverssi, joka tiirailee erilaisilla tähystimillä naisen sukuelimiä ja hoiotelee hiivatulehduksia?

**A**letaanpa olla entistäkin ylpeämpiä tästä ammatista ja kertoa laajemminkin kaikesta upeasta ja tärkeästä, jota tähän alaan kuuluu. Kerrotaan, että tässäkin maassa, jossa äitejä kuolee synnytyksiin aniharvoin, on nuoria naisia, jotka menehtyvät kohdunkaulasyöpään tai menettävät lisääntymiskykynsä ja seksuaalisuutensa, sekä äitejä, joiden esikoinen jää ainoaksi tai jotka jäävät kokonaan ilman elävää lasta raskaus- tai synnytyskomplikaatioiden vuoksi. Ihan vain esimerkkinä mainitakseni. Kerrotaan myös, että tehokkaan toimintamme ansiosta ihmishenkiä, pieniä ja isompia, pelastuu päivittäin ja moni äiti ja isoäiti saa lisää elinvuosia. Spekulat ojoon ja rinta rottingille, kollegat! Ilman terveitä naisia ei ole terveitä lapsia. ■



Ammattilypeitä gynekologeja

Kuva Seija Grénman

Over 130 cities participated last year.  
Get ready for an even bigger 2014!

Coming to a city near you in September.



## Suomen Globeathon -kävelyt 21.9.2014

gynekologisten syöpien voittamiseksi ja  
tietoisuuden lisäämiseksi.

Tarkista oman paikkakuntasi reitti ja aikataulu  
Globeathon Finlandin Facebook -sivulta

<https://www.facebook.com/pages/Globeathon-Finland/>



Ovarian  
Cancer



Uterine  
Cancer



Cervical  
Cancer



Vulvar  
Cancer



Vaginal  
Cancer

**Take a Step to End Women's Cancers. Take the Pledge Today.**

[www.globeathon.com/pledge](http://www.globeathon.com/pledge)



## Kuvia postikortteihin

Osaatko valokuvata tai  
omaatko taiteilijan vikaa?

SGY suunnittelee omia postikortteja, joiden  
myynti alkaa tulevilla syksyn koulutuspäivillä  
marraskuussa.  
Korttien tuotto ohjataan Synnytys- ja Naisten-  
tautiopin tutkimussäätiön hyväksi. Tarvitsemme  
kuva-aiheita kortteja varten.

Lähetä oma ehdotuksesi SGY:n sihteerille!  
Jos kuvasi valitaan kortteihin, palkkioksi saat  
hyvän mielen ja tietenkin nimesi mainitaan kortin  
kääntöpuolella.