

# *Baross utcai Szülészeti Esték (56)*

*A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának  
szakmai továbbképző sorozata*



# *„Új nőgyógyászati műtéti eljárások. 5 éves a Klinika új műtőblokkja és intenzív osztálya”*

*Előadók:*

DR. ÁDÁM ZSOLT egyetemi tanársegéd  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. DEMETER JÁNOS osztályvezető főorvos  
Szent Rókus Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

DR. GAVAI MÁRTA egyetemi adjunktus  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. GERŐ GYÖRGY osztályvezető főorvos  
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Kistarcsa

DR. HUPUCZI PETRONELLA egyetemi adjunktus  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. IFFY LÁSZLÓ egyetemi tanár  
Department of Obstetrics New Jersey University  
Medical School Newark, USA

DR. IMRE JÓZSEF főorvos  
Tolna Megyei Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Szekszárd

DR. KRASZNAI PÉTER osztályvezető főorvos  
Péterfy Sándor utcai Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

DR. LINTNER FERENC osztályvezető főorvos  
Szent János Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

DR. MÁTÉ SZABOLCS szakorvosjelölt  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. PAPP ZOLTÁN egyetemi tanár, igazgató  
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. UNGÁR LÁSZLÓ osztályvezető főorvos  
Szent István Kórház  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

*Szponzor:* Wyeth Kft.

Budapest, 2005. május 12.

A császármetszés a leggyakrabban, a méheltávolítás a második leggyakrabban végzett nagyműtét a világon. A műtéttechnika és az aneszteziológia fejlődése, valamint a társadalmi igények, elvárások jelentős változása a korábban szinte egyeduralgónak tekinthető két vezető pozíciójú nagyműtét mellett a XX. század második felétől a szülészet-nőgyógyászati műtėti paletta jelentős kiszélesedéséhez, kibővüléséhez vezetett. A társadalom részéről tapasztalható elvárások változása, a sokszor megalapozatlanul, nyereszkedő céllal indított orvosperek megjelenése és széles körű elterjedése komoly szemléletbeli változásokat is hozott a szakma által végzett műtétek terén. A szervmegtartó szemlélet, valamint a minimálisan invazív sebészet hatása ugyancsak jelentősen átformálta a szülészet-nőgyógyászat műtėti spektrumát. A betegjogoknak az orvosperek alapján „elvárt” mértékű figyelembé vétele már a hagyományos orvos-beteg kapcsolat szinte teljes megfordulását eredményezheti: a beteg „megrendelheti” a beavatkozást, az orvos feladatát az elvárásnak ebben a rendszerében csak a kért ellátás tökéletes szintű elvégzése jelenti. Hozzá kell szoknunk, hogy célkeresztben mozogva végezzük gyógyító tevékenységünket, minden más szakmánál inkább kiteve jogi és társadalmi támadásoknak, és hogy ezen behatások sokszor nem megfelelő irányban mozdítják el cselekedeteinket. Bár a szülészet-nőgyógyászat mindennapi műtėti tevékenysége – már a beavatkozások jelentős száma alapján is – rutinfeladatnak minősül, átgondolása, naprakész és kritikus ismerete minden gyakorló szülész-nőgyógyász számára alapkövetelmény.

## *A császármetszés különböző technikái*

A császármetszés műtét lényege a hasüreg és a méh megnyitása, a magzat és a lepény eltávolítása, majd a méh sebének és a hasmetszésnek a zárása. A műtét alaplépései érthetően a kezdetek óta nem változtak, az újítások szele azonban a beavatkozás technikai lépéseit is elérve módosításokat eredményezett a szülőnő terhelésének, a műtét időtartamának, költségeinek, a posztoperatív állapot kellemetlenségeinek csökkentése céljával.

A has megnyitása eleinte főként alsó medián metszésből történt: bár a feltárás, az egyszerűség tekintetében ez a behatolás előnyösnek mondható, ugyanakkor a hasfal statikáját, valamint kozmetikai szempontokat figyelembe véve napjainkban ez a műtéti behatolási mód csak ritkán, kellően indokolt esetben fogadható el. Ma a császármetszések döntő többségét valamilyen alsó haránt metszésből – Pfannens-tiel, vagy Joel-Cohen féle behatolásból – végezzük. A különböző technikák a hasfal rétegeinek tompa, illetve éles megnyitásában is eltérnek. A visceralis peritoneumot élesen meghasítva a mobilizálást már többnyire tompán végezzük, hasonlóképpen a méh éles megnyitását követően a sebzés megnagyobbítása történhet tompán és élesen, itinerárium felhasználásával. A magzat világra segítése és a lepény megszü-ltetése után a méh sebének zárása történhet a méh előemelésével, illetve anél-kül. Egyes vélemények szerint az uterus előemelése kevesebb vérzéssel jár, jobb hozzáférést biztosít, ugyanakkor a peritoneum vongálása még megfelelő regionális anaesthesia esetén is kellemetlen tüneteket okozhat a betegnek. A méh sebének zárását illetően megoszlanak a vélemények: vitatott, hogy a méhizomzat egy, illetve két rétegben való egyesítésének van-e jelentősége a posztoperatív gyógyulás tekintetében. A hasüregbe került vér, magzatvíz, magzatmáz eltávolítására a hasúri öb-lítés tanácsos. Erősen vitatott a peritonizálás kérdése: egyes vélemények szerint a visceralis és parietalis peritonizálásnak nincs jelentősége a posztoperatív gyógyulást illetően. Saját tapasztalatunk azonban ennek ellent mond: megfigyelésünk szerint a gondos peritonizálás jelentős szerepet játszik a posztoperatív adhaesiók kialakulá-sának megelőzésében. A hasfali seb zárásában is jelentős különbségek figyelhetők meg: egyes szerzők vitatják a suprafascialis drainage jelentőségét, ugyanakkor a be-helyezett drainen keresztül sokszor tapasztalható jelentős mennyiségű sebváladék elvezetése, ami minden bizonnyal elősegíti az optimális sebgyógyulást. A bőr zá-rásának különböző módozatai között érdemi különbség a gyógyulás tekintetében nincsen, a megfelelően kivitelezett csomós öltések az intracutan tovafutó varrathoz hasonlóan jó esztétikai és functionális eredményt adnak.

## *A méheltávolítás napjainkban*

A méheltávolítás a leggyakrabban végzett nőgyógyászati nagyműtét a világ szinte minden pontján, definitív megoldás számos benignus és malignus betegség kezelésében. Mint minden csonkolással járó beavatkozás során, így a hysterectomia kapcsán is számos „új” kérdésfelvetéssel kell szembenéznie a műtétet végző orvosnak és a betegnek. Át kell gondolni a beavatkozás javallatát, az azt esetlegesen kiváltó alternatív kezelések lehetőségét, elemezni kell a műtét technikai részleteit, teljes alaposággal koncentrálni annak az életminőségre gyakorolt hatására, és nem utolsósorban a döntés egyik lényeges szempontjává vált a beavatkozás finansziális vonatkozása is.

A műtéti dispositio tehát már nem egyszerűen a műtét elrendelését jelenti. A felvilágosult szemlélet térhódítása nem csak a szakma részéről felvetett kérdések és kétségek helyes megválaszolását jelenti, hanem a betegek információéhségének, életminőséget érintő felvetéseinek való megfelelést is. Van-e a műtétnek reális és közel egyenértékű alternatívája, hogyan történjék a műtét ha elkerülhetetlennek bizonyul, illetve milyen életminőségbeli változások várhatók a beavatkozás után: ezek napjaink dilemmái minden egyes eset kapcsán.

Bár sokak szemében a műtét „standardjának” a hasi méheltávolítás tűnik, a beavatkozás történelmét áttekintve kiderül, hogy ez a régmúltban érthető okokból közel sem volt így. A modern aneszteziológia, az antibiotikum éra és a megfelelő műtéti vérpótlás megszervezése előtti korszakban a hüvelyi méheltávolítás volt szinte kizárólag a „járható” műtéti út.

Az első hasi méheltávolítások kivétel nélkül subtotalis hysterectomiák voltak: a műtét rövidebb időtartama, a kevesebb vérveszteség és kisebb fertőzésveszély miatt a műtét ezen formája sokáig uralkodó maradt. Drámai változás az 50-es években következett be: a supracervicalis amputatiót szinte kizárólagosan a totalis hysterectomia váltotta fel. A hasi méheltávolítások technikai háttérének javulásával a korábban egyeduralkodónak tekinthető hüvelyi méheltávolítás vesztett népszerűségéből.

A méheltávolítás általános gyakoriságát meghatározni – a jelentős regionális eltérések miatt – nem lehet. Az Egyesült Államokban 5,4, Olaszországban 3,7, míg Norvégiában 1,2 műtétet végeznek évente 1000 nőre számítva. Az Egyesült Államokban a műtét „lifetime” prevalenciája 43%, míg Dániában ugyanez az érték alig 10% feletti. Az eltérő értékek háttérben vélhetően nem csak a műtét javallatát képező állapotok eltérő előfordulása, hanem az alternatív megoldások régióként különböző népszerűsége állhat.

Hasonló különbségek észlelhetők a benignus elváltozás miatt végzett hysterectomiák javallatai tekintetében világszerte, egyedül a myoma, mint vezető javallat szerepe tekinthető egységesnek: az összes méheltávolítás közel 40%-a történik a méhizomzat jóindulatú daganata miatt. Vértészavar (dysfunctionalis méhvérvzés) miatt végzik a hysterectomiák 10–33%-át (Finnország és az Egyesült Államok: 10%, míg Egyesült Királyság: 33%), endometriosis miatt a 3–20%-át (Dánia: 3%, Egyesült Államok: 20%). A kismencedei szervek süllyedéses kóralapottai jelentik a műtét javallatát kb. 10–15%-ban.

A különböző méheltávolítási technikákat összehasonlító legátfogóbb és legtöbbször idézett tanulmányt a CDC jelentette meg 1982-ben. A klinikailag jelentős és jelentéktelen szövődmények összesített aránya hüvelyi méheltávolítás esetén 24,5%, míg hasi műtét esetén 42,8% volt. Egy vagy több szövődmény előfordulásának relatív kockázata 1,7-szeresnek bizonyult hasi méheltávolítás esetén a hüvelyi műtéttel összehasonlítva.

Ha figyelmen kívül hagyjuk a méh süllyedésével járó kórképeket, mint a hüvelyi méheltávolítás klasszikus javallatait, úgy a vaginalis hysterectomia részaránya az összes méheltávolításhoz viszonyítva ritkán haladja meg a 30%-ot. Az ACOG 1990-es irányelveiben megállapítja, hogy bár egy algoritmus segítségével elvileg eldönthető, hogy mely esetben melyik műtéti típus javasolt, a döntő preferenciát mégis a műtétet végző orvos gyakorlata jelenti. A gyakorlat pedig többnyire a regionális képzés, a tanítómesterek, helyi iskolák függvénye, ez magyarázhatja az igen szélsőségesen eltérő arányokat egyes intézetek, sőt egyes orvosok gyakorlata között.

Feltételezések, érvek és ellenérvek nagy számban vannak mind a portio megtartása, mind eltávolítása mellett hysterectomia során. Félő, hogy a subtotalis technika mellett érvek gyakorta csak a műtétet végző orvosok nem kellő felkészültségének, operatív készségének „álruháját” jelentik. A subtotalis hysterectomia mellett szóló „történelmi” érvek döntő többsége ma már megoldottnak, és így túlhaladottnak tekinthető.

Menopausa előtti korban lévő beteg hysterectomiája során, amennyiben egyéb javallat nem áll fenn, többnyire törekszünk az adnexumok megtartására. *Siddle* 1987-es megfigyelése volt az első, mely hysterectomiát követően a visszahagyott petefészkek korai működési zavaráról számolt be. Feltételezhető, hogy a visszahagyott ovariumok keringésének zavara lehet az az oki tényező, mely a petefészkek működésének idő előtti leállását eredményezheti.

## *A hysterectomia alternatívái*

A hysterectomia műtétét kiváltó kezelési lehetőségek elsősorban a dysfunctionalis méhvérvzés, valamint a myomás uterus esetében jelenthetnek reális alternatívát.

A levonorgestrel tartalmú méhen belüli eszközök alkalmazását vizsgáló tanulmányok eredményei alapján megállapítható, hogy ez a kezelési lehetőség – bár egyes, válogatott esetekben hosszútávú megoldást is jelenthet – többnyire csak a műtét későbbre halasztását eredményezi.

A **hysteroscopia** előretörése lehetővé tette a méhűr kórállapotainak felismerését, sok esetben megoldását. Segítségével elkerülhetővé vált a hysterectomia endometrium-polypus, submucosus myoma gób okozta panaszok jelentős hányadában. Az **endometrium-ablatio** azonban mint a dysfunctionalis méhvérvzés hysterectomiát kiváltó lehetséges alternatívája nem teljesen váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Jelentős esetszámú kontrollált tanulmány igazolta az endometrium-ablatio előnyeit a morbiditas, a kezelési- és felépülési idő, valamint a költségek tekintetében, ugyanakkor a hosszútávú nyomonkövetés eredményei alapján a hysterectomia magasabb beteg-elégedettségi mutatókat eredményezett. Endometrium-ablatiót követően az ismétlődő vérvészavar kialakulásának esélye a megfigyelések alapján elérheti a 20%-ot is. Az első generációs ablatiós technikák (transcervicalis resectio, „rollerball” ablatio, lézer ablatio) a 90-es évek elején tapasztalt népszerűségüket gyorsan elvesztették, a második generációs módszerek (hőhatáson alapuló technikák, mikrohullám alkalmazása) megfelelő erejű tudományos vizsgálata még nem áll rendelkezésre.

A **myoma-enucleatio** az esetek jelentős részében definitív és szervmegtartó megoldást jelenthet a myoma okozta panaszok kezelésében. Alkalmazásával lehetőség nyílna a fertilitás megőrzésére, további gyermekvállalás elősegítésére. A myoma-enucleatio műtétét azonban olyan esetekben is célszerű megkísérelni, amikor noha ezt a további gyermekvállalási szándék nem indokolná, a beteg ragaszkodása méhéhez, mint a nőiség egyik szimbólumához mégis indokoltá teszi. A myoma-enucleatiót szélsőséges esetben súlyos magzati deformációval fenyegető állapotban még terhesség alatt is – megfelelő műtéti felkészültség esetén – indokolt lehet elvégezni.

## *Szervmegtartó megoldások cervixcarcinoma esetén*

A cervix rosszindulatú folyamatainak egyre fiatalabb korban történő megjelenése magával hozta a reproduktív képesség esetleges megőrzésének az igényét is az érintett betegek esetében. A cervix teljes eltávolításával, a paracervicalis régió kitakarításával és a Wertheim műtétnél megszokott lymphadenectomiával, valamint hüvely felső szakaszának egyidejű eltávolításával, ugyanakkor a méh corpusának megőrzésével járó beavatkozást **trachelectomiának** nevezik. A trachelectomia vaginalis műtétét először a 90-es évek közepén egy francia nőgyógyász, Daniel Dargent végezte Lyonban. A műtét hasi formájának bevezetése a New York-i Guiseppe Del Priore nevéhez fűződik. A beavatkozás során az ovarialis erek sértetlenek maradnak, megfelelő vérellátást biztosítva az uterus visszahagyott corpusának. A cervix eltávolítása a paracervicalis régióval, valamint a hüvely felső egyharmadával együtt történik egyidejű lymphadenectomiával egyetemben. A méhűr drainálását megoldva kerül sor a méhtestnek a hüvely visszahagyott részéhez való rögzítésére. Ismeretes a műtét laparoscopos változata is, melynek során a radicalis lymphadenectomiát, illetve a cervix extirpációját követően egy „cerclage” öltés kerül felhelyezésre a corpus alsó szegmentumában, elősegítve ezzel a méhszáj zárófunkciójának pótlását.

Régóta használatos egyébként az egyszerű collum-amputatio és regionalis lymphadenectomia is a korai esetek kezelésére fiatal nőknél.

A cervixcarcinoma radicalis műtét javallatát képezi, ám ha mégis kevésbé invazív beavatkozást választunk, szem előtt kell tartanunk, hogy a beavatkozást csak korai invazív cervixfolyamat (maximum korai I/B stádium) esetén, a beteg részletes felvilágosítása után szabad elvégeznünk, előrehaladottabb stádiumban lévő folyamat semmiképpen sem teszi lehetővé a méhtest megtartását.

## *A TVT műtét helye napjainkban*

Az uppsalai Egyetem Nőgyógyászati Klinikáján dolgozó munkacsoport Ulmstein professzor vezetésével a medencefenéki izomzat működésének tanulmányozását követően új műtéti megoldást dolgozott ki a vizelet-incontinentia kezelésére. Elméletük szerint a stressz incontinentia egy szalag, a lig. pubourethrale elégtelenségére, funkciójának elvesztésére vezethető vissza. Ez a szalag

normális körülmények között a húgycső középső szakasza és a szeméremcsont belső éle között feszül ki. A meglazult szalag nem képes a medencefenéki izomzat húzásának (megsüllyedésének) ellene tartva a húgycső enyhe megtörésére, ami a húgycső zárófunkcióját volna hivatott biztosítani, ezért a vizelet a hasúri nyomás fokozódásának hatására elcseppen. Az új eljárás során beültetett, a felfüggesztést „alátámasztó” eszköz neve: TVT (tension-free vaginal tape) – a hüvely felől feszülésmentesen felvezethető szalagot jelent. A TVT műtét vitathatatlan előnyei közé tartozik egyszerűsége, könnyű elsajátíthatósága, valamint az általa elért állapot javulás tartóssága. A műtét önállóan nem alkalmas a hüvely anatómiai elváltozásainak (cystocele, rectocele) korrekciójára, így nem tekinthető a hüvelyplasztikai műtétet kiváltó beavatkozásnak, helye azonban a nőgyógyászati műtétek palettáján napjainkban már biztosnak tekinthető.

### *Metroplastica*

A Müller-csővek egyesülési zavarainak következtében kialakuló méhfejlődési rendellenességek esetében a normális anatómiai viszonyok helyreállítását célul kitűző műtéti eljárásokat összefoglaló néven metroplasticának nevezzük. Az uterus fejlődési rendellenességeinek egy része sem a fogamzást, sem a terhesség kiviselését nem akadályozza, így ezek műtéti korrekciót nem igényelnek (uterus didelphys, uterus arcuatus). A metroplastica klasszikus javallatát a habituális vetélést okozó uterus septus vagy subseptus képezi. Napjainkban abdominalis metroplastica alatt a méhúri sővény sagittalis átmetszését és a két sővényfél haránt irányú bemetszése által kialakított méhüreg feletti uterusfal egyesítését értjük. A méhúr postoperatív adhaesióinak megelőzése és a termelődő sebváladék elvezetése céljából lényeges a méh üregének drainálása és megfelelő „sámfázása”. A méhúri drainage-t 10 nap után javasolt megszüntetni. A teherbeesést legkorábban három menstruációs ciklus eltelte után javasoljuk, a megfogant terhességet terminus előtt 1-2 héttel elektív császármetszéssel tartjuk célszerűnek befejezni.

Metroplasticának (septoplasticának) nevezik a sővények hysteroscopos incisióját is. Ezzel hasonlóan jó eredmények érhetők el, tudni kell azonban, hogy az uterus bicornis kizárólag hasi úton operálható.

## *Megállapítások, ajánlások*

1. A császármetszés kivitelezésének legfőbb szempontja a szövetbarát szemlélet, az igényes műtéttechnika. Csak így kerülhet el a postoperatív szövődmények kialakulása, és így válhat lehetővé további zavartalan terhesség(ek) vállalása, szövődménymentes hüvelyi, illetve műtétes szülésvezetés.
2. Hysterectomia mérlegelésénél az adott beteg kapcsán mindig szem előtt kell tartani az esetleges alternatív kezelések hatékonyságát, azoknak az életminőségre gyakorolt hatását.
3. Ha a feltételei adottak, előnyben kell részesíteni a vaginalis hysterectomiát, melynek előnyei vitathatatlanok a hasi műtéttel szemben. Minden nőgyógyásznak biztonsággal kell tudnia végezni méheltávolítást hüvelyi úton is!
4. A hüvelyi méheltávolítás laparoscoppal történő asszisztálása rutinos operatőr esetén szükségtelen, nem kellő tapasztalatú operatőr esetén pedig a beteg főlegesen megterheléséhez vezető beavatkozás. A két módszer egyidejű alkalmazásából származó esetleges előnyök tisztázása további vizsgálatokat igényel.
5. A portio megtartása abdominalis hysterectomia során csak kivételesen indokolt esetben látszik helyes eljárásnak. Egyetlen megbízható tanulmány sem látszik alátámasztani a méh subtotalis eltávolításából származó vélt előnyöket. Az a tény, hogy a műtét technikailag legnehezebb része a portio eltávolítása, nem lehet elégséges érv a portio megtartása mellett! A beteggel a kérdést a műtét előtt meg kell beszélni!
6. A hysteroscopia napjainkban nemcsak diagnosztikus beavatkozás, hanem sok esetben az intrauterin elváltozások operatív kezelését is lehetővé teszi. Kedvező tapasztalatokat lehetett szerezni az utóbbi időben az endometrium-ablatio különböző módszereivel is.
7. Panaszokat okozó myoma esetén feltétlenül javasolt a szervmegtartó szemlélet alkalmazása: törekedni kell a myoma eltávolítására, a méh konzerválására. A myoma-enucleatio műtéte indokolt esetben terhesség alatt is elvégezhető.
8. Korai invazív cervixfolyamat egyes válogatott eseteiben, amennyiben a fertilitás megőrzése kellően indokoltnak tekinthető, megkísérelhető a méhtest megtartásával járó radicalis műtét, a trachelectomia elvégzése. Egyes esetekben mérlegelendő a collumamputatio is.

9. A TVT műtét, mint a vizelet-incontinentia egyik hatékony gyógyító eljárása napjainkban már a nőgyógyászok kezében is rutin beavatkozásnak számít. Megfelelő javallat esetén gyors, egyszerű, a beteg számára kis megterhelést jelentő beavatkozás, mely azonban nem jelenti a klasszikus hüvelyplasztikai műtét alternatíváját.
10. Habitualis vetéléshez vezető Müller-cső fejlődési rendellenességek esetén a metroplastica jelenti a beteg fertilitásának helyreállítását eredményező beavatkozást. Uterus septus, illetve subseptus esetén a hasi úton végzett metroplastikai műtét eredményessége hasonló a hysteroscopos úton végezhető septum incisióhoz, az uterus bicornis azonban csak hasi úton műthető eredményesen.



Dr. Papp Zoltán  
egyetemi tanár,  
az I. Sz. Szülészeti  
és Nőgyógyászati Klinika  
igazgatója

# *Jegyzet*

---

# *Jegyzet*

---

28. **„Perinatalis pathologia”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 28. (1998. május 28.)
29. **„A tiúó betegségei terhesség és szúlés alatt”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 29. (1998. szeptember 24.)
30. **„A szúlészet-núgyúgyászat pszichoszociális vonatkozásai”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 30. (1998. december 10.)
31. **„A szúlészet-núgyúgyászat és a neonatológia szú- és érsebészeti vonatkozásai”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 31. (1999. február 25.)
32. **„Chemotherapy a szúlészet-núgyúgyászatban”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 32. (1999. május 6.)
33. **„Többes fogamzás - többes terhesség”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 33. (1999. szeptember 30.)
34. **„Sexologia az új évezred húszöbén”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 34. (1999. december 9.)
35. **„Vitatott kérdések a szúlészetben”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 35. (2000. február 10.)
36. **„Vitatott kérdések a núgyúgyászatban”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 36. (2000. május 11.)
37. **„Genetikai tanácsadástól a praemplantációs diagnosztikáig: 10 éves a klinika genetikai szolgáltatása”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 37. (2000. szeptember 28.)
38. **„A szúlészet-núgyúgyászat jogi vonatkozásai”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 38. (2000. december 7)
39. **„Eredmények az intenzív újszúlóttellátásban: 25 éves a Neonatális Intenzív Centrum (NIC) klinikánkon”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 39. (2001. február 15.)
40. **„Súrgósségi ellátás a szúlészet-núgyúgyászatban”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 40. (2001. május 10.)
41. **„Diabetes és terhesség”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 41. (2001. szeptember 27.)
42. **„Új szúlészeti trendek a szúlészet-núgyúgyászati ellátásban”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 42. (2001. december 13.)
43. **„Fiatalkoriák szexuális felvilágosítása és hormonális fogamzásgátlása”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 43. (2002. február 14.)
44. **„Az urogynecologia aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 44. (2002. május 16.)
45. **„A szúlészet-núgyúgyászat immunológiai vonatkozásai”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 45. (2002. szeptember 26.)
46. **„Palliatív kezelés a szúlészet-núgyúgyászatban”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 46. (2002. december 12.)
47. **„Epilepsia és terhesség”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 47. (2003. február 13.)
48. **„A terhesgondozás hazai gyakorlatának aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 48. (2003. május 15.)
49. **„A polycystás ovarium (PCO) szúndroma”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 49. (2003. szeptember 25.)
50. **„Geronto-gynaecologia. Az idős nőbetegek interdisciplinális ellátása”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 50. (2003. december 11.)
51. **„Szúlészeti sepsis a 21. században”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 51. (2004. február 12.)
52. **„Pajzsmirigy és terhesség”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 52. (2004. május 13.)
53. **„Magzati és újszúlóttsebeszet”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 53. (2004. szeptember 23.)
54. **„A gyermeknúgyúgyászat aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 54. (2004. december 9.)
55. **„A magzat agyhárosodásának kocházati tényezői terhesség és szúlés alati”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 55. (2005. február 17.)
56. **„Új núgyúgyászati műleti eljárások. 5 éves a Klinika új műtöblokkja és intenzív osztálya”**  
Baross utcai Szúlészeti Esték 56. (2005. május 12.)

**A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar  
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának kiadványai**

1. **„A placenta pathomorphológiája és ultrahangdiagnosztikája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 1. (1991. október 3.)
2. **„A cerebroszpinális malformációk praenatalis szűrése és diagnosztikája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 2. (1991. december 12.)
3. **„A Down-szindróma praenatalis szűrése és diagnosztikája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 3. (1992. február 6.)
4. **„A vesék és a vizelethvezetőrendszer rendelkezésségeinek praenatalis és újszülöttkori szűrése, diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 4. (1992. május 27.)
5. **„Az idő előtti burokrepedés”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 5. (1992. szeptember 17.)
6. **„A méhnyakrák szűrése, diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 6. (1992. december 10.)
7. **„A molekuláris genetika klinikai alkalmazása”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 7. (1993. február 11.)
8. **„A postmenopausalis osteoporosis”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 8. (1993. május 13.)
9. **„A méhnyak zárófunkciója. Méhszájzárás, méhszájérlelés és méhnyaktágítás”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 9. (1993. szeptember 30.)
10. **„Az endometrium-carcinoma diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 10. (1993. december 16.)
11. **„A szülészeti-nőgyógyászati anesztézia aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 11. (1994. február 10.)
12. **„A méhen kívüli terhesség modern diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 12. (1994. május 12.)
13. **„A hyoxiás magzat és újszülött”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 13. (1994. október 13.)
14. **„A vulva és a vagina rosszindulatú daganatainak elváltozásai”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 14. (1994. december 15.)
15. **„Szülészeti infektológia”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 15. (1995. február 16.)
16. **„Nőgyógyászati infektológia”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 16. (1995. május 18.)
17. **„Az endometriosis diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 17. (1995. szeptember 28.)
18. **„A petefészekrák diagnosztikája és terápiája”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 18. (1995. december 14.)
19. **„A neonatológia aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 19. (1996. február 15.)
20. **„A sikertelen terhesség”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 20. (1996. május 16.)
21. **„Haematológiai szövödmények terhességben és a szülés alatt”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 21. (1996. szeptember 26.)
22. **„A daganatos beteg szupportív kezelése és pszichoszociális támogatása”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 22. (1996. december 12.)
23. **„A transzplantáció szülészeti vonatkozásai”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 23. (1997. február 13.)
24. **„Hüvelyi műtétek”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 24. (1997. május 15.)
25. **„A fogamzásgátlás aktuális kérdései”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 25. (1997. szeptember 25.)
26. **„A szülés alatti észlelés és a per vias naturales szülés vezetése”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 26. (1997. december 11.)
27. **„A terhességi hypertonia, praeeclampsia és eclampsia”**  
Baross utcai Szülészeti Esték 27. (1998. február 12.)

(folyt. a borító belső oldalán)