

„A kismedencei süllyedés sebészete”

Baross utcai Szülészeti Esték (64.)

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

„A kismedencei süllyedés sebészete”

Előadók: DR. BÓDIS JÓZSEF egyetemi tanár, osztályvezető főorvos
Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Pécs

DR. C. MOLNÁR EMMA egyetemi docens
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

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

DR. DERZSY ZOLTÁN szakorvosjelölt
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. HAMVAS ANTAL egyetemi docens
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Urológiai Klinika

DR. HIDVÉGI JÁNOS egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. KELEMEN ZSOLT egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Urológiai Klinika

DR. PATKÓS PÉTER egyetemi docens
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

DR. SILHAVY MIHÁLY egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

TÁPAINÉ BAJNAY MÁRTA gyógytornász
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Szponzor: **BÉRES Gyógyszergyár Zrt.**

Budapest, 2007. május 17.

A női kismencedei szervek süllyedései közé a húgyhólyag, a méh, a méheltávolítást követően a hüvelyfalak, a vastag-, esetleg vékonybelek előesése tartozik. A kismencedei süllyedésre hajlamosító alapvető tényezők: a hüvelyi szülések száma, az életkor és az elhízás. Az elősegítő szülészeti tényezők közé tartozik a terhességek száma, a fiatal korban történő először szülés, a fogóműtét, a nagy magzat, az elhúzódó kitolási szak. Egyéb hajlamosító tényező a nehéz fizikai munka, a veleszületett kötőszöveti gyengeség, a dohányzás, a krónikus tüdőbetegségek, az ösztrogén hiány, a székrekedés valamint a ritkábban megfigyelhető családi és etnikai halmozódás is.

A medencefenék betegségeiből fakadó általános szexuális funkciózavarok nemcsak testi, hanem ezen keresztül lélektani következményeket, szövődményeket is okozhatnak, az önbecsülés csökkenését, depressziót, dyspareuniát, idegentest-érzést, a szexuális élet kerülését vagy felfüggesztését, incontinenciát, szégyenérzetet, sőt akár részleges (a családra korlátozott), akár családtól is eltávolodó izolációt.

Süllyedés okozta vizeleti zavarok

A megfigyelések szerint a szült nők kb. 50%-ának lehet kismencedei süllyedés, s közülük mindössze 20% számol be panaszokról. Az anatómiai eltérések okozta leggyakoribb urológiai tünet a stressz-incontinentia. A váratlan hasi nyomásfokozódás telt hólyag mellett fokozza a rendszerint különböző mértékben prolabált mellső hüvelyfal süllyedését, ezáltal a hólyagnyak megtörik és ez a záróizom alkalmankénti gyengülését okozza, ami vizeletcsepegéshez vezet. A prolapsusban szenvedő betegek jelentős része azonban nemcsak a köhögésre, tüszentésre jelentkező *vizeletvesztés*ről számol be, hanem egy részük emellett gyakori vizelésről, ismétlődő húgyúti infekciókról és nemegyszer kifejezett vizeletürítési nehézségről is panaszkodik. E vizeleti tünetek az életminőséget jelentősen befolyásolják, és a süllyedéssel

járó szexuális zavarok mellett kifejezetten csökkentik a nők önértékelését, gátolják mindennapi munkájukat, zavart okozhatnak a párkapcsolatokban.

Urodinamikai vizsgálattal tisztázható, hogy a záróizom elégtelensége, esetleg neurológiai eltérés vagy csak önmagában a jelentős prolapsus okozza-e a vizelési panaszokat. Ezután jöhet szóba a prolapsus különféle megoldása, amely az incontinentia illetve az egyéb vizelési panaszok megszűnését is elősegíti. Ebben még ma is nagy szerepe lehet a jól elvégzett mellső fali hüvelyplasztikának, annak ellenére, hogy ma már az incontinentia a szalagműtétekkel jól gyógyítható, igaz ugyanakkor, hogy ezek a prolapsust nem szüntetik meg. Idősebb korban az uterus prolapsusa esetén a hysterectomia és a mellső-hátsó hüvelyplasztika kombinációja lehet a végleges megoldás.

A fentebb említett vizelési panaszok mellett ritkább ugyan, de így is majd mindennapos, hogy a betegek *nehézvizelés*ről számolnak be. Egyes vizsgálatok szerint a 80 éves nőbetegek mintegy 40%-a üríti gyengébb sugárban a vizeletét, urodinamikai vizsgálat során ez a szám már kevesebb, csak 15-20% volt, s ez a jelenség a fiatalabbak között is 10%-os gyakoriságú. A nehezebben ürülő vizelet oka a jelentős prolapsus mellett a húgycső/hólyag szöglet megtörésében keresendő, amely azután több év alatt a detrusor izomzat kimerüléséhez, vizeletretencióhoz, vagy akár vizelési képtelenséghez is vezethet. Az uroflow-vizsgálat, a reziduum mérése, valamint a folyás-nyomás vizsgálat során felvilágosítást kaphatunk a hólyagizomzat állapotáról. A cystoscopos vizsgálat tisztázza a belső húgycsőnyílás állapotát, szűkületét. Kizárható a sphincter sclerosis mint urológiai betegség és így elkerülhetők a felesleges prolapsus-műtétek. Amennyiben az urológiai vizsgálat kizárta a hólyagműködés urológiai ill. neurológiai zavarait, akkor ezen esetekben is jó eredményt adhatnak a már említett prolapsus-műtétek, beleértve a mellső fali hüvelyplasztikákat is.

Az említett vizelési panaszok (incontinentia, hyperaktiv hólyag, nehézvizelés, vizeletretenció) gyógyszeres kezelése is hozhat átmeneti javulást, de a panaszt okozó kisebb vagy nagyobb prolapsusok műtéti megoldása hozza meg igazán a betegek számára a végleges javulást. Ez érvényes az előrehaladott korra is, hiszen ma már a hüvelyi hálók lehetővé teszik kis műtéti megterhelés mellett is a betegek süllyedéses állapotának teljes rekonstrukcióját és a kísérő húgyúti tünetek javítását is. A műtéti megoldásnál mindig tekintettel kell lenni a szexuális élettel kapcsolatos elvárásokra is. A nőkben is tudatosítani kell, hogy a kismencede funkciója jelentős szerepet játszik a pszichoszociális egészség és jólét fenntartásában.

A női húgycső diverticuluma

A női húgycső diverticuluma 0,6-6%-os gyakorisággal, főleg a 3-5. évtizedben jelentkezik, ugyanakkor az alsó húgyúti panaszokkal jelentkező nőknél előfordulása 16-40%-ra tehető. A húgycső ürterével összefüggő tasak urothel bélése gyulladás következtében laphámmá, hengerhámmá alakulhat. Rendszerint a paraurethralis mirigyek elgennyedése és a tályog húgycsőbe törése következtében jön létre, de húgycsősérülés következtében áldiverticulum képében is létrejöhet. Sajátos panasz lehet a vizelés utáni utócspegezés, a húgycsőtáji érzékenység, fájdalmas közösülés, és a húgycső alatt terime észlelése. Nem jellegzetes tünetek, úgymint gyakori, fájdalmas illetve nehézvizelés mögött is meghúzódhat. Míg korábban nagyjából megtekintéssel és a hüvely felől történő tapintással, váladékknak a húgycsőnyílásban való megjelenése alapján lehetett felismerni, a képalkotó vizsgálatok (urethrographia, ultrahang, MRI, urethroscopia, urodinámia) birtokában gyakrabban, enyhe tünetek mögött is kimutatható, és pontosabb műtéti terv elkészítése válik lehetővé. Húgycsőpolypustól, paraurethralis cystától, cysto-urethrocelétől kell elkülöníteni, és fontos a húgycsődaganat kizárása is.

A panaszokat okozó, felismert húgycsődiverticulum műtéileg eltávolítható. Megfigyelés, konzervatív kezelés legfeljebb a tünetmentes esetekben jöhet szóba. Terhességben átmenetileg a diverticulum tartalmának leszívásával tolható el a műtét a szülés utáni időszakra. Heveny gyulladás esetén először antibiotikum-kezelést indokolt alkalmazni, de idült fertőzés esetén is célszerű a műtét előtti antibiotikum-kúra.

A posthysterectomiás hüvelyeversio műtéti megoldása

A leggyakoribb nőgyógyászati nagyműtét a hysterectomia. Az Egyesült Államokban több mint 630 ezret végeznek évente. Hysterectomia után mintegy 1,8–11%-ban bizonyos hajlamosító tényezők esetén posthysterectomiás hüvelyeversio jöhet létre. Pontos arányt nehéz mondani, mert az érintettek betegségüket takargatják, jóllehet a hüvelykifordulás az élet minőségét megrontó panaszokat okoz. A kóros állapotot érdemben csak műtéti beavatkozással lehet segíteni.

A süllyedéssel járó panaszok korrigálására mintegy 40 különféle műtétet dolgoztak ki, számtalan módosítással.

A kóros állapot megszüntetésére kidolgozott műtétek 2 csoportban oszthatók:

1. A hüvely elzárását célzó, úgynevezett obliteratív megoldás: csak olyan idős, egészségileg korlátozott műtéti teherbírású betegeknél jön szóba ez az eljárás, akik nem élnek szexuális életet és a hüvely megszüntetése nem járt női mivoltuk elvesztésének negatív élményével.

A műtét lényege, hogy a hüvelyfal denudálása után úgynevezett zsindegy varrattal vagy egymás fölé helyezett dohányzacskó varratokkal szüntetik meg a hüvelyt, előtte az urethra alapárnázásával akadályozzuk meg a fokozott incontinentia veszélyt. Nagy

levator öltéssel emeljük meg a gátat. Gátplasztikával tesszük teljessé és kulturálttá a műtéti területet.

2. A reconstructiv eljárások lényege mind az anatómiai, mind a funkcionális reconstructio között a szexuális funkció rehabilitációja is. A megoldási mód lehet hüvelyi és abdominális.

Fontos, hogy azt a műtéti megoldást válasszuk, melynek végzésében a legnagyobb gyakorlatunk van, amelyhez rendelkezésre állnak a szükséges eszközök és a megfelelő asszisztencia, és amelyet az aneszteziológus, a belgyógyász a beteg teherbíró képességének ismeretében elvégezhetőnek tart. Munkánk eredményességének megítélésekor vegyük figyelembe, hogy sikertelen műtét esetén a beteg általában már nem minket keres fel.

A hátsó medencefenék betegségei

A hátsó medencefenék a rectummal és a hátsó hüvelyfallal áll szoros anatómiai és funkcionális kapcsolatban. Betegségei megjelenhetnek kismedencei prolapsus, illetve descensus-tünetcsoport részeként, de önállóan, anorectalis működészavar formájában is. Mind a székrekedés mind a széklet-incontinentia súlyos hátrány az egyén közösségben vállalható szerepére, szexuális életére, mindennapos tevékenységére nézve. Székrekedést az endocrinologiai-, metabolicus-, neuromuscularis rendszer betegségein, psychés zavarokon, gyógyszerhatásokon, térfoglaló folyamatokon túl a hátsó medencefenék strukturális eltérései, ezen belül a rectocele és az enterocele okozhatnak. Kismedencei prolapsusos betegek 76%-ában van jelen rectocele, de csak egyharmadánál tartózza székrekedés a tüneteket. Oki tényezőként a 2 cm-nél nagyobb rectocele szerepe merül fel. A székrekedést konzervatív, diétás, fizioterápiás kezeléssel javasolt megszüntetni, ha 2 cm-nél kisebb rectocele áll fenn.

A nagyméretű rectocele műtéti kezelése közel 100%-ban szünteti meg a székrekedést. A hagyományos colporrhaphia posterior, szükség esetén colpoperineorrhaphia az elsődlegesen ajánlott eljárás a szülész-nőgyógyászok számára. A fascia rectovaginalis helyreállítása külön öltésekkel a fenti műtétekéhez hasonló eredményekhez vezet. A széklet-incontinentia 2%-os átlagos prevalenciája bizonyos betegcsoportokban, pl. kismencedei prolapsus esetén 7-30%-ra emelkedik. Központi idegrendszeri, neuromuscularis degeneratív betegségeket leszámítva a székletincontinentia kiváltója a m. sphincter ani externus/internus direkt sérülése. Kóroki szerepe a szövődményes hüvelyi szülésnek, elhúzódó kitolási szaknak, fogóműtétnek van.

Hüvelyi szülés után a fiatal nők széklet-incontinentiájának hátterében 80%-ban sphinctersérülés áll. Szülést követően a III. és IV. fokú gátruptura azonnali ellátása javasolt. A primer ellátás az esetek felében fertőzés, sepsis, szöveti faktorok vagy éppen a felismerés hiányában sikertelen. Amennyiben a beteg csak híg székletre nézve incontinens, a táplálék folyadék- és rosttartalmának változtatásával, obstipáns adásával, oktatással continenssé tehető. A konzervatív kezelés sikertelensége, súlyos incontinentia esetén sebészi kezelés javasolt. A m. sphincter ani externus és internus rostjainak felkeresése, vég a véghez történő vagy a rostok átfedő egyesítésével a sphincterfunkció és a continencia helyreállítható. A hátsó medencefenék betegségeinek keletkezésében a legfőbb aetiologiai tényezők a szülészeti események, ezért a gondos szülészeti tevékenység mind a megelőzés, mind a korai és késői szövődmények ellátása révén elsődleges jelentőségű.

A kismencedei süllyedés konzervatív kezelési lehetőségei, fizioterápiás módszerek

A kismencedei szervek süllyedésének következtében kialakuló kórképek esetében élesen el kell különíteni egymástól azokat az elváltozásokat, amelyek konzervatív módszerekkel is

eredményesen kezelhetők, és azokat, amelyeknél csak az anatómiai viszonyokat helyreállító műtétet követően alkalmazhatók a fizioterápiás eljárások. A medencefenékizmok konzervatív kezelési lehetőségei: a gyógytorna, az elektroterápia, a biofeedback és a vaginális súlyokkal történő izomerősítés.

A medencefenék-izomzat fizioterápiás kezelésének első lépése a szakszerű izomvizsgálat. Ez történhet objektív úton, műszeres méréssel (vaginométer, biofeedback), de jól vizsgálható manuális módon is, amikor a gyógytornász a kezével informálódik az izom erejéről, az ellazítás képességéről, a szorítás megtartási idejéről, az izommozgás ismétlési számáról. A gondos anamnéziszfelvétel és az izomvizsgálat eredményének birtokában személyre és kórképre szabott kezelési tervet kell készíteni, amelyben rögzítjük a kiválasztott kezelési módokat, a megérettetési technikákat, a tornagyakorlatok megtanításának módszereit. Ha a beteg megtanulta a tornagyakorlatokat, a továbbiakban a számára összeállított írott anyag vagy hangkazetta segítségével az otthon végzendő gyakorlatokkal az izom megerősítése az igazi feladat.

Az otthoni gyakorlást és a torna motivációját nagyban segíti a biofeedback készülék, amelynek használata során a beteg egy fülhallgatón át kapja a tornára az utasításokat, a hüvelyben lévő érzékelőn át a készülék méri a kivitelezett mozgás hatékonyságát, és a fülhallgatón át visszajelez a páciensnek a mozgás eredményességéről.

A béna vagy éppencsak rezdülni képes izmot először szelektív ingerárammal kell megerősíteni, hogy a beteg tudatos izommozgással is képes legyen az izmok erejét növelni. A fizioterápiás eredményeket dokumentálni kell, és ha a kezelés sikertelen, vagy ha az eredmény a vártnál kisebb, akkor a kezelési tervet módosítani szükséges, és a beteget vissza kell irányítani az orvoshoz. A konzervatív kezelés eredményessége függ a páciens motivációjától, a pontos orvosi diagnózistól és kezelési javaslattól nem kevésbé a terapeuta szakszerű munkájától.

Megállapítások, ajánlások

1. A stressz-incontinentia kezeléséhez az 1960-as évektől fokozatosan tért hódítanak a minimálisan invazív sebészi, többnyire laparoscópos módszerek (pl. a laparoscópos colposuspensio). A szalagok közül a feszülésmentes hüvelyszalag (TVT) alkalmazása jelenti a legnagyobb áttörést.
2. Az abdominalis sacrocolpopexia során alkalmazott nem felszívódó szintetikus vagy biológiai protézisek gyakran okoznak erosiót. A hüvelyfal műtétek kapcsán behelyezett műanyagból készült hálókkel kapcsolatos tapasztalatok még nem elegendők.
3. A következő években a sebészi innováció gazdagodásának lehetünk tanúi, a minimálisan invazív sebészeti módszerek fognak tért hódítani.
4. A kismedencei süllyedés okozta panaszok megoldására kitűnő műtéti technikák állnak rendelkezésre. Ezekre a műtétekre azonban különösen érvényes az a régi sebészeti igazság, hogy a beteget lehetőleg egyszer kell megoperálni, de akkor jól. A sok kiújulás nem feltétlenül a beteg kötőszöveti gyengeségére, sokkal inkább a sebész nem megfelelő felkészültségére utal. Fiatal orvosok nem ritkán plasztikai műtéteket kapnak első műtétként, holott ellenkezőleg, csak megfelelő műtéti tapasztalattal rendelkező nőgyógyásznak volna helyes a kismedencei süllyedés műtéti kezelésére vállalkoznia.
5. A női kismedencei süllyedés sok kellemetlenséget okoz a betegnek, kezelésével nőgyógyászok és urológusok egyaránt foglalkoznak. A két szakterület művelőinek – egymás diagnosztikai és terápiás lehetőségeit ismerve – a beteg érdekeinek figyelembevételével kell döntenünk, hogy a beteggel milyen szakember foglalkozzon.

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

Utolsó oldal:

**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 cerebrospinalis malformatiók praenatalis szűrése és diagnosztikája"
Baross utcai Szülészeti Esték 2. (1991. december 12.)
3. "A Down-syndroma praenatalis szűrése és diagnosztikája"
Baross utcai Szülészeti Esték 3. (1992. február 6.)
4. "A vesék és a vizeletvezetőrendszer rendellenességeinek 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 hypoxiás 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 szövődmények 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.)
28. "Perinatalis pathologia"
Baross utcai Szülészeti Esték 28. (1998. május 28.)
29. "A tüdő betegségei terhesség és szülés alatt"
Baross utcai Szülészeti Esték 29. (1998. szeptember 24.)

30. "A szülészet-nőgyógyászat pszichoszociális vonatkozásai"
Baross utcai Szülészeti Esték 30. (1998. december 10.)
31. "A szülészet-nőgyógyászat és a neonatologia szív- és érsebészeti vonatkozásai"
Baross utcai Szülészeti Esték 31. (1999. február 25.)
32. "Chemoterapia a szülészet-nőgyógyászatban"
Baross utcai Szülészeti Esték 32. (1999. május 6.)
33. "Többes fogamzás - többes terhesség"
Baross utcai Szülészeti Esték 33. (1999. szeptember 30.)
34. "Sexologia az új évezred küszöbén"
Baross utcai Szülészeti Esték 34. (1999. december 9.)
35. "Vitatott kérdések a szülészetben"
Baross utcai Szülészeti Esték 35. (2000. február 10.)
36. "Vitatott kérdések a nőgyógyászatban"
Baross utcai Szülészeti Esték 36. (2000. május 11.)
37. "Genetikai tanácsadástól a praeimplantációs diagnosztikáig: 10 éves a klinika genetikai szolgáltatása"
Baross utcai Szülészeti Esték 37. (2000. szeptember 28.)
38. "A szülészet-nőgyógyászat jogi vonatkozásai"
Baross utcai Szülészeti Esték 38. (2000. december 7.)
39. "Eredmények az intenzív újszülöttellátásban: 25 éves a Neonatális Intenzív Centrum (NIC) klinikánkon"
Baross utcai Szülészeti Esték 39. (2001. február 15.)
40. "Sürgősségi ellátás a szülészet-nőgyógyászatban"
Baross utcai Szülészeti Esték 40. (2001. május 10.)
41. "Diabetes és terhesség"
Baross utcai Szülészeti Esték 41. (2001. szeptember 27.)
42. "Új szülészeti trendek a szülészet-nőgyógyászati ellátásban"
Baross utcai Szülészeti Esték 42. (2001. december 13.)
43. "Fiatalkorúak sexualis felvilágosítása és hormonális fogamzásgátlása"
Baross utcai Szülészeti Esték 43. (2002. február 14.)
44. "Az urogynecologia aktuális kérdései"
Baross utcai Szülészeti Esték 44. (2002. május 16.)
45. "A szülészet-nőgyógyászat immunológiai vonatkozásai"
Baross utcai Szülészeti Esték 45. (2002. szeptember 26.)

46. „Palliatív kezelés a szülészet-nőgyógyászatban”
Baross utcai Szülészeti Esték 46. (2002. december 12.)
47. „Epilepsia és terhesség”
Baross utcai Szülészeti Esték 47. (2003. február 13.)
48. „A terhesgondozás hazai gyakorlatának aktuális kérdései”
Baross utcai Szülészeti Esték 48. (2003. május 15.)
49. „A polycystás ovarium (PCO) syndroma”
Baross utcai Szülészeti Esték 49. (2003. szeptember 25.)
50. „Geronto-gynaecologia. Az idős nőbetegek interdisciplináris ellátása”
Baross utcai Szülészeti Esték 50. (2003. december 11.)
51. „Szülészeti sepsis a 21. században”
Baross utcai Szülészeti Esték 51. (2004. február 12.)
52. „Pajzsmirigy és terhesség”
Baross utcai Szülészeti Esték 52. (2004. május 13.)
53. „Magzati és újszülöttsebészet”
Baross utcai Szülészeti Esték 53. (2004. szeptember 23.)
54. „A gyermeknőgyógyászat aktuális kérdései”
Baross utcai Szülészeti Esték 54. (2004. december 9.)
55. „A magzat agykárosodásának kockázati tényezői terhesség és szülés alatt”
Baross utcai Szülészeti Esték 55. (2005. február 17.)
56. „Új nőgyógyászati műtéti eljárások. 5 éves a Klinika új műtőblokkja és intenzív osztálya”
Baross utcai Szülészeti Esték 56. (2005. május 12.)
57. „Újabb eredmények a genetikában. 15 éves a Klinika genetikai szolgáltatása”
Baross utcai Szülészeti Esték 57. (2005. szeptember 29.)
58. „Depresszió a nő egyes életszakaszaiban”
Baross utcai Szülészeti Esték 58. (2005. december 15.)
59. „A szoptatás orvosi szempontjai”
Baross utcai Szülészeti Esték 59. (2006. február 16.)
60. „Klónozás, őssejtek”
Baross utcai Szülészeti Esték 60. (2006. május 18.)
61. „A koraszülés megelőzése. Kockázatkezelés a perinatalis ellátásban. 30 éves az intenzív újszülöttosztály (NIC) klinikánkon”
Baross utcai Szülészeti Esték 61. (2006. szeptember 21.)

62. „Cervixcarcinoma és a humán papillomavírus (HPV)”
Baross utcai Szülészeti Esték 62. (2006. december 14.)
63. „Szemészeti és ideggyógyászati betegségek terhességben”
Baross utcai Szülészeti Esték 63. (2007. február 15.)
64. „A kismedencei süllyedés sebészete”
Baross utcai Szülészeti Esték 64. (2007. május 17.)

(A kiadványok a klinika titkárságán beszerezhetők, a korábbi kiadványok a tankönyvhöz tartozó DVD-lemezen hozzáférhetők, 2007-től pedig a friss összefoglalók a www.papp-szulészet.hu honlapon is olvashatók)