

Prof.Dr.BORSOS ANTAL

Gyermek-nőgyógyászati helyreállító műtétek elvi és gyakorlati kérdései

Mi sem természetesebb, hogy amikor ezt a dolgot a barát születésnapja tiszteletére írom, a gyermeknőgyógyászat területről választom mondandómat. De először legyen itt a jókívánság:

Isten éltesse Kedves János!

Összefoglalás

A korrekciós gyermek-nőgyógyászati műtétek gyakran határterületi beavatkozásoknak számítanak és gyermeksebész, gyermek urológus közreműködését is igényelhetik.

A szerző több mint 40 év tapasztalatai alapján összegzi a tanulságokat. Az így levonható következtetések hasznosak lehetnek a jövő gyermeknőgyógyászai számára.

A paletta színes. A baleseti eredetű sérülések mielőbbi ellátása lehet a garancia a kedvező gyógyulásnak, majd az esetleg több lépcsőt tartalmazó végleges korrekció éppen úgy szigorú, de egyéni variációkat tartalmazó ellátási lépésekből állhat.

A fejlődési rendellenességek korrekciója nagyfokú hozzáértést igényel. Az elsődleges megoldásnak kell tökéletesnek lenni. Elrontott műtétek hegyszövetes környezetében már aligha érhetünk el szép eredményt. Gyakran kell súlyos döntést hozni, ilyen pl. melyik nem irányában történjen a beavatkozás. Hibás döntés esetén jóvátehetetlen lesz a végeredmény.

A szerző egyedi példákkal teszi nyomatékossá a fentieket. Gyakori, hogy hormonterápiával kell teljessé tenni a végeredményt. Mindezek csak centrumok létrehozásával és működtetésével valósíthatóak meg. A magyarországi helyzet ebből a szempontból kifejezetten jónak mondható.

Corrective surgery in pediatric gynecology : questions in theory and practice

Summary

Corrective surgery in pediatric gynecology is often perceived as a borderline territory of intervention, therefore cooperation with pediatric surgeon or pediatric urologist is often necessary. The author summarizes more than 40 years of experience in his review. The conclusions obtained may be useful for future generations of pediatric gynecologists. The scope is diverse. For traumatic injuries, surgical intervention must be undertaken as early as possible in order to guarantee optimal healing. Thereafter, final correction will proceed in several steps, in a strictly defined sequence which, however, may contain individual variations. Corrections of developmental disorders require high degree of expertise. Primary surgical intervention must already ensure perfect solution. To obtain optimal results is hardly possible after unsuccessful surgical attempts, in an environment of extensive scarring. It is often necessary to make decisions of vital importance, such as to decide which gender to aim with the intervention. In case of misjudgement the final result will be irreparable. The author presents individual case histories to emphasize these conclusions. Hormonal therapy is frequently necessary to achieve full results. All the above is only accomplished with establishment and functioning of dedicated centers. From this point of view, the situation in Hungary can be judged as very satisfactory.

Orvosegyetemi hallgatónknak tartott tantermi előadásait szívesen fűszereztem a szakmánkra vonatkozó kiegészítő gondolatokkal. Ezek egyik lényeges mondanivalója az, hogy szerencsés az, aki az orvosi hivatáson belül a szülészet - nőgyógyászatot választja. Szerencsés, mert sok a pozitív élmény. A születés élményének aktív résztvevői lehetünk, és viszonylag sikeresen kezeljük a nőgyógyászati daganatos betegeinket is. Segítünk abban, hogy a meddő házaspárok álma teljesülhessen és részesüljenek a gyermekáldás örömeiben. Az is szerencsés dolog, hogy a szakmának igen sok elágazása van.

Úgy lehet, un. ráépítéses szakvizsgát tenni vagy további szakvizsgát szerezni, hogy nem kell elhagyni az eredeti hivatásunkat. Szokványos és az élet által gyakran kikényszerített váltás, hogy a szülészkeedés nagyon szép, de igen fáradságos területéről a nőgyógyászat felé orientálódnak a kollégák. Ennél a lassú átalakulásnál sokkal kézenfekvőbb lehetőségek is vannak. Az alapszakmával párhuzamosan képesítést lehet szerezni, és így művelni a genetikát, onkológiát, endokrinológiát, in vitro fertilizációt, az infertilitás kezelését, és nem utolsósorban a számomra nagyon kedves területet, a gyermek-nőgyógyászatot is.

A szerteágazó nagy témát természetesen szűkíteni kellett. Így jutottam arra az elhatározásra, hogy a gyermek-nőgyógyászati un. „helyreállító” műtétek néhány izgalmas aspektusát tegyem elemzés tárgyává, amit megtehetek, hiszen 45 év tapasztalata áll mögöttem. A dolgozatot nem dicsekvésnek szánom, sokkal inkább azon tapasztalatoknak az összegzésére, amelyek segíthetik a kollégákat abban, hogy ne kövessék el újra a mások által már elkövetett hibákat, ne hozzák meg azokat a téves döntéseket, amelyeket a tapasztalatok hiányából tudunk levezetni. A hibák leggyakoribb forrása a műtét módjának téves megválasztása, a rossz időzítés, a társszakmák (urológia, gyermeksebészet, anaesthesiologia, gyermekgyógyászat) szakmai véleményének figyelmen kívül hagyása, a határterületi műtétben való aktív részvétel elmulasztása. Akut esetekben a késedelem pl. az adnexum elvesztését is jelentheti, Torquatio esetén pl. minden perc számít. A végleges adnexum károsodás előtt, a kocsánycsavarodást megszüntetve még remény van arra, hogy az adnexum túléli a katasztrófát.

Sajnos előfordul, hogy olyan ritka rendellenességgel is találkozunk, amivel kapcsolatosan nem találunk kellő útmutatást. Ilyen esetekben csak a kicsit is hasonlító elváltozások korábbi megoldása segíthet.

Lássuk, milyen műtéttípusokra kell számítanunk.

Műtétek a gyermek-nőgyógyászati gyakorlatban

- a genitáliát érintő baleseti sérülések ellátása
- a nemi erőszak sérültjeinek ellátása
- sérülést okozó idegentest szakszerű eltávolítása
- atresiák sürgősségi ellátása
- torquatiók lehetőleg konzervatív megoldása
- esztétikai jellegű beavatkozások (clitoris, kisajak)
- az uteruson végzett műtétek
- hüvelyhiány megoldása
- genito-urinalis és genito-analis fejlődési rendellenességek
- transzsexuálisok műtétei
- laparoszkoپیás eljárások kiterjedt alkalmazása

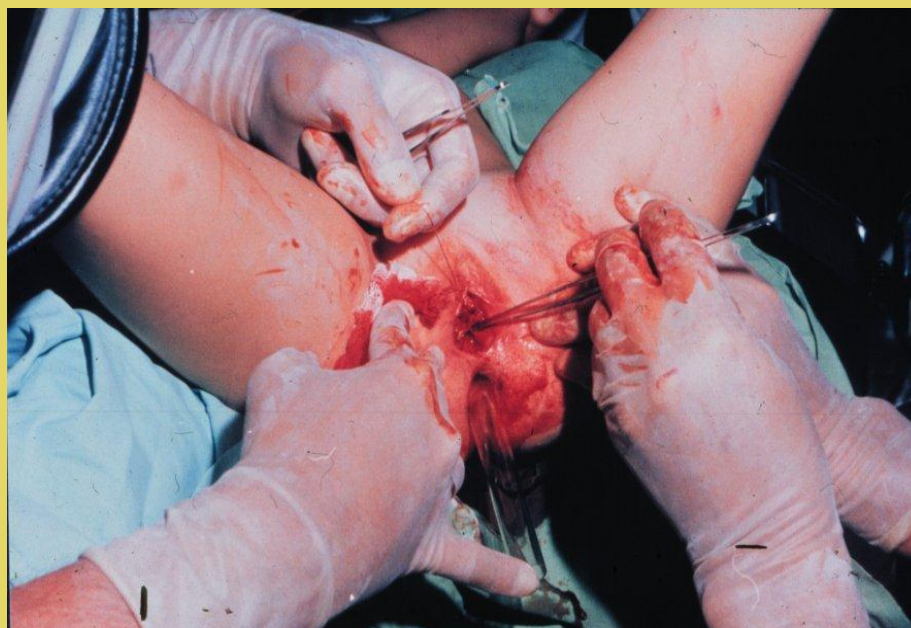
Sérülések

Gyermekkorban a szokványos és gyakori mikrosérülések (pl. közlekedési balesetek) kivételével két nagy területre számíthatunk. Az egyik a játszótéri balesetek, amelyekért nemcsak a gyermek, hanem a helytelen konstrukciójú eszközök (pl. csőszerkezetes mászóókák) is felelősek. A másik a nemi erőszak sérültjeinek az ellátása. Fontos szabály, hogy a látható zúzódásos sérülések mellett törések, húgycső-sérülések is előfordulhatnak, fel nem ismerésük tartós károsodást okozhat.

A nemi erőszak sérültjeinek az ellátása

Jogi vonatkozások miatt fontos, hogy az adat és bizonyítékgyűjtés szigorú szabályait betartsuk. Javasoljuk, hogy minden ambulancián legyen kész formanyomtatvány, aminek a precíz kitöltése biztosítja a fentieket. A sérült által elmondottak szó szerinti lejegyzése a későbbiekben, a jogi eljárás során nagy segítséget jelenthet. Nagyon fontos az is, hogy milyen információt közlünk az ott lévő hozzátartozókkal, a hivatalos szervekkel.

Bízzuk a szakvélemény elkészítését az igazságügyi szakértőre, de könnyítsük meg a dolgát azzal, hogy mindenben az előírásoknak megfelelően járunk el.



1. ábra.

Öt éves kislány nemi erőszak sérülésének ellátása közben

A sérülés gondos és kifogástalan ellátása később is nagy sikerélményt jelenthet az operatőrnek. Ilyen volt annak az 5 éves kislánynak az esete, akin dömper ment át, hólyag, hüvely és bélsérülést valamint többszörös medencecsonttörést okozva. Ellátásában sebész, urológus, anaesthesiológus, gyermekgyógyász, és jómagam közösen vettünk részt. Tizenévesen egy néptánc csoport tagjaként láttam újra. Nagy élmény volt.

Idegentest

A kislányok leleményesek abból a szempontból, hogy mit dugnak a hüvelybe. Ezek eltávolítása könnyen okozhat sérüléseket. Egy idegentest sérülésmentes eltávolításának számos trükkje van, amit minden szakorvosnak el kell sajátítani. A vaginoszkópos eszköz nagy segítséget nyújthat mind a felderítésben, mind pedig az idegentest eltávolításában. Ha tampon marad bent, a fonal leszakadása miatt toxikus shock szindrómára is számíthatunk. Saját gyakorlatomban fordult elő, hogy szexuális játék során a hüvelyben visszamaradt

borotvahabos kupak perforált a szabad hasüregbe, amely ott betokolódva hónapokig súlyos panaszok forrása volt. A műtéti eltávolítást nehezítette az idegentest szoros kapcsolata a jobb oldali ureterrel.

Atréziák

Az elhanyagolt haematocolpos és haematometra sürgős megoldást kíván. A haematocolposnak jellegzetes az ultrahang képe. A kis, izmos uterus rendszerint sapkaként ül a hatalmasra kitágult hüvely tetején. Az is gyakori, hogy a túlnyomás miatt a menstruációs váladék egy része kipréselődik a kürtökön át a hasüregbe és megteremti ezzel az endometriosis kialakulásának lehetőségét. Szerencsére az ilyen műtéti beavatkozás után hamar helyreáll a normális anatómiai viszony. A feszülés megszűnése nagy megkönnyebbülést jelent a páciensnek.



2. ábra.
Haematocolpos lebocsátása

Sokszor okoznak riadalmat, az un. kisajak **synechiák**. A laikus szülő (de néha még a gyermekgyógyász is) hüvelyhiányt vizionál. A kisajak összetapadása gyulladásos alapon jön létre és nem is igényelne beavatkozást, ha nem okozna vizeletürítési nehézséget.

Enyhébb esetben Ovestines krémmel végzett kezelés is segít a megoldásban, néha viszont aktív megoldásra kényszerülünk. Laeseres beavatkozás optimálisnak tekinthető.

Torquatiok

Az adnexumok könnyen megcsavarodnak a tengelyük körül. Csak ritkán - elhanyagolt esetekben - kényszerülünk adnexectomiára. Kétségtelen, hogy műtéttechnikailag a legkönnyebb megoldás az adnexectomia, melyet csak végső esetben alkalmazunk. De legalább a kürtöt próbáljuk megmenteni. Szerencsére az sokat kibír. Az ovárium állománya hamarabb tönkremegy. Sajnos gyakori, hogy - főleg sebészen - észlelve a torquatiot indokolatlan adnexectomiát végeznek. Ha sikerül megtartani az adnexumot, célszerű lehet az ismételt megcsavarodás ellen a fali peritoneumhoz fixálni, nehogy újabb torquatio következzen be.



3. ábra.
Ovarium torquatio

Esztétikai jellegű beavatkozások

A clitoris redukciója, a kisajkak kisebbítése részben jogi, részben pénzügyi okokból körültekintést igényel. A pszichés megterhelést, esetleg súlyos depressziót okozó elváltozások indokolhatják a beavatkozást. Adrenogenitalis szindróma esetén kétféle műtéti megoldás kínálkozik.

Az egyik a clitoris eltávolítása és ún. pseudoclitoris képzése, a másik a glans megmentése, ebben az esetben csak a barlangos test redukciója történik meg. Az irodalom inkább ezen utóbbi mellett foglal állást. Kétségtelenül nagyobb műtéti jártasságot igényel ez a megoldás. A külső nemi szerv nagy variabilitást mutat. A leggyakoribb „rendellenesség” az abnormálisan megnagyobbodott kisajak. Néha eléri vagy meghaladhatja a gyermektenyérszerű nagyságot is. Gyakran tapasztaljuk, hogy egy ilyen típusú elváltozás akár tartós depressziót, félszegséget, a testi kapcsolat kerülését is eredményezheti. Ilyen esetekben úgy gondolom, indokolt a kérésnek eleget tenni és elvégezni a kisajkak redukcióját.

Laparotomia

Az első gondolatunk az legyen, hogy a laparoscopia megoldást jelent-e, ha nem, akkor laparotomiára kényszerülünk. A hibás behatolásra sajnos bőségesen van példa. A mellékelt ábránkon jól látszik, milyen hanyagul történt a has megnyitása.



4. ábra.

Pfannenstiel metszés kijelölése (a) és helytelen kivitelezése (b)

Uterus műtétei

Fejlődési rendellenességek és igen ritkán fiatal korban jelentkező myoma képezheti az indikációt. A mélyen septált uterus műtéte inkább fiatal felnőtt korban jön szóba. Különösen akkor, ha a rendellenesség vetélést okoz. A myomák megjelenése pedig kifejezetten ritka tizenéves korban. Ennek ellenére előfordulhat, hogy kialakul, és gyorsan növekszik.

Ezekben az esetekben mihamarabb myoma enucleatiót kell végezni. Meglepő, hogy milyen nagy myoma is eltávolítható, pl. ha a góc mérete többszörösen meghaladja az uterus corpusának méretét. Nagyon fontos, hogy a kürtök eredési pontja ne sérüljön. Csak így lehet a fertilitást megőrizni. Nagy myoma eltávolítását követő terhesség uterus rupturával is járhat, ezért a szülés módjaként célszerű császármetszést választani.



5. ábra.
Kétosztatú corpus közös cervixel

Laparoscopia alkalmazása a gyermek-nőgyógyászati gyakorlatban

A felnőtt nőgyógyászatot művelők büszkék lehetnek arra, hogy a laparoscopia bevezetésében és széleskörű alkalmazásában élen jártak. Nem csoda tehát, hogy a gyermeknőgyógyászatban is nagy teret kapott és gyorsan elterjedt ez a briliáns eljárás. A kezdeti gyermekbetegségeket túlélve kialakult egy olyan végleges indikációs kör, ami már mentes volt a túlzásoktól.

Gondolok itt a malignus kismedencei elváltozásokra, az abnormálisan nagy myomás uterusra, amikor továbbra is a laparotomiás megoldás preferálható.

A laparoscopia eszközigényes eljárás, mely során egyre újabb és kellően tökéletesített eszközökkel találkozhatunk. Szempontjainkat figyelembe véve jelentősége van az eszközök miniatürizálásának. Kisebb átmérőjű eszközök használata után jobb az esztétikai eredmény és a gyógyulás is gyorsabb. Öröm számunkra az is, hogy a laparoscopiát elsők között alkalmaztuk a veleszületett hüvelyhiány műtéti megoldására.

Hüvelyhiány műtétei

Nem célszerű és nem praktikus azt „kitalálni”, amit már mások – ráadásul elérhető közelségben - kitaláltak. Néha azonban rákényszerülünk erre a lépésre. Jó példa erre a laparoscopos hüvelyképzés. Az első néhány műtétet laparotomia útján végeztük úgy, ahogyan azt Wechiatti leírta. Miután azonban Magyarországon is rohamosan tért hódított a laparoscopia és a feltételek adottak voltak, a világon elsők között ezen az úton kezdtük végezni a műteteinket, sikeresen. Sajnálatos, hogy a közléssel késlekedtünk, nagyobb esetszámot akartunk. Így aztán meg is előztek minket. Ma már túl vagyunk a 60-ik laparoscopos hüvelyképző műtéten. Később ezekre a műtétekre még visszatérek.

Előbb egy példa a hibás módszerválasztásra és a ma már túlhaladott eljárás kritikájára. Szerző (Luis-Silvestre) szigmabélből pótolja a hiányzó hüvelyt az alábbi „eredményekkel.”

Neovagina képzése szigmabélből

(Louis-Silvestre. esetszám: 16)

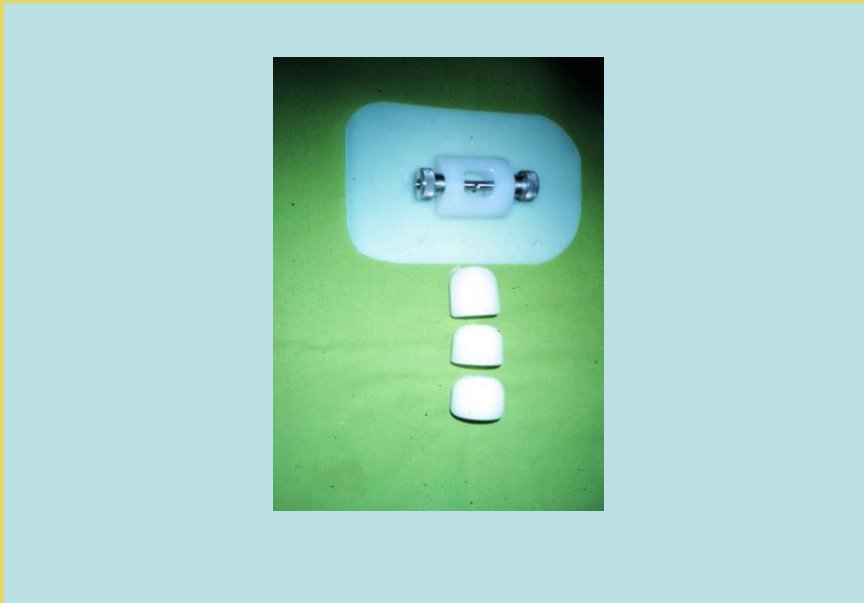
- 9 esetben műtét után dilatációra volt szükség
- 2 esetben prolabált a neovagina
- 4 páciens extrém váladékózásról panaszkodott
- az átlagos műtéti időtartam 4 óra 20 perc volt (3 ó. 20 p. és 6 ó. 40 p. között)
- csak 6 beteg tudott rendszeres nemi életet élni

Számunkra világos, hogy a resecált szigmabél felhasználásával készített neovagina nem ajánlható. Ezt az eljárást ma már nem használhatjuk, még akkor sem, ha vannak Magyarországon olyan jól képzett operatőrök, akik ezt a nehéz műtétet kifogástalanul elvégzik. Ugyanígy kifogásolható az un. félvastag bőrrel történő neovagina kibélelés. Mellékelt fotónkon jól látható, hogy a donor terület esztétikailag nem megfelelő. Ráadásul a páciens jelzi, hogy nem tud házasséleket élni az így kialakított hüvellyel.



6. ábra.
Hüvelyképzés félvastag bőrrel, látható „gyógyulással”

A Wechiatti módszer szerintünk felülmúlhatatlan. Szellemes, mert viszonylag kis műtéti beavatkozást igényel. Praktikus, mert maga a hüvely abból a kis „hüvelykezdeményből” kerül kialakításra, ami mindig megtalálható a hymen mögött. Kezdetben hihetetlennek tűnik, hogy 5-6 nap alatt ez a kis szövet hagyja magát 7-8 cm mélységűre behúzni és napok múlva már házasséleket is lehet élni. Az a tapasztalat, hogy rendszeres nemi élet hatására a hüvely még 2-3 cm-el hosszabbodik. Így műtét során nem is törekszünk a teljes hosszúság elérésére.



7. ábra.

Háromrésztes mulázs és a feszítő szerkezet (Bacskó-Major)

Természetes, hogy egy ilyen új eljárás meghonosítása során mindenki - így magunk is - igyekszünk hozzátenni a saját tapasztalatainkat. Így alakul ki egy olyan végleges eljárás, ami garancia a sikerre. Az általunk alkalmazott módosítások tovább javították a műtét sikerességét és az esetleges szövődmények számát is jelentősen csökkentették.

Módosításaink hüvelyképzés során

- laparoscopos úton, felülről alakítjuk ki a hüvely helyét
- egyetlen fonállal végezzük a húzást
- oliva helyett 3 résztes mulázst és újfajta húzó szerkezetet alkalmazunk (Bacskó-Major)
- retroperitoneálisan vezetjük a húzó fonalat
- portio hiánya esetén a cervix kiképzése után IUD behelyezéssel biztosítjuk a tartós eredményt

A módosított Wechiatti eljárásunk előnyei

- nincs maradandó nyoma a műtétnek
- nem kell „idegen” anyagot használni
- a sebészi eljárás átlagos időtartama 20-25 perc
- hüvely kialakításának ideje 5-8 nap
- a hüvely átlagos hossza műtét után 7-8, fél év múlva 10-12 cm

A legnagyobb műtéti kihívást a portiohiányos uterus megmentése jelentette. Ugyan nem mindig alakult ki haematometra, de ha igen, halasztást nem tűrve kellett a beavatkozást elvégezni. A legnagyobb csalódást és nehézséget az okozta, hogy a gondosan kiképzett nyakcsatorna - drenálás ellenére - a drain eltávolítását követően néhány héttel elzáródott. Erre dolgoztuk ki azt az eljárást, hogy IUD-t helyeztünk be és a jelzőfonál jelenléte elegendő volt ahhoz, hogy megakadályozza az összetapadást.

Következtetések több mint 60 laparoscopos hüvelyképző műtét alapján

- nem feltétlenül kell ragaszkodnunk a 18 év betöltéséhez
- nem ragaszkodunk a partner meglétéhez és a mielőbbi szexuális élet elkezdéséhez (mulázst szükséges)
- „közömbös” mulázst javasolunk
- a mulázst használatának „betanításra” nagy súlyt fektetünk

Természetesen kedvezőbb, ha a beteg túl van a 18-ik életévén, mivel jogilag így teljes értékű a döntésekbe való bevonás. Akadnak azonban olyan körülmények, amikor 18 év közelében szóba jöhet a műtét.

Néhány általánosnak mondható megjegyzés a fejlődési rendellenességek észlelésekor

A több szakmát érintő rendellenességek megoldására célszerű teameket szervezni. Jó végeredmény csak így várható. Soha ne feledkezzünk el a gyakran társuló, a vesékre és a vizeletelvezető rendszerre lokalizálódó társrendellenességek kereséséről, kizárásáról.

A pontos diagnosztikát követően meg kell határozni a rekonstrukciós műtétek feltételrendszerét. Kik azok, akik genitális rekonstrukciós műtétet végezhetnek és hol történhet a műtét: gyermeksebész, gyermeknőgyógyász, urológus, plasztikai sebész bevonása gyakran feltétlenül indokolt. A műtét történhet nőgyógyászaton, gyermeksebészeten, urológián, néhány műtét típusnál plasztikai sebészeti központban. A műtétek minimális technikai feltételei: operatív laparoscop, mikrosebészeti eszközök. Fontos a megfelelő laboratóriumi háttér: rutin, genetikai és endokrin laboratórium. Nélkülözhetetlen a jól képzett anaesthesiológus és a jól megválasztott anaesthesia. Fontosak az életkori szempontok.

A rekonstrukciós műtét optimális időpontja

A legellentmondásosabb kérdés, hiszen pszichés szempontból a mielőbbi műtéti megoldás lenne az indokolt, technikai, jogi - és egyéb szempontok alapján viszont később. Régen azt tartották elődeink vezérelvnek, hogy a látható elváltozásokat (pl. AGS esetén) közösségbe kerülést megelőzően, 2 éves kor körül kell a korrekciós műtétet elvégezni. Ma azt mondjuk, szerencsésebb akkor elvégezni a szükséges műtétet, amikor maga a páciens hozza meg a jelentős döntést nagykorúvá válását követően. A hüvelyképző műtétet egyenesen hiba kiskorúaknál erőltetni, mivel technikailag is és a tartós eredményességet mérlegelve optimálisabb a 18 év betöltése. Ugyanakkor gyakori, hogy a szülők siettetik a műtét elvégzését. Nem könnyű ezt az ellentmondást feloldani.

Jó példa az időpont, a korai döntés veszélyeire Reiner és Gearhart feldolgozása. Születéskor 16-ból 14 egyént leánynak, 2-t fiúnak véleményeztek. Nevelésük ilyen irányban történt a chromosoma kép ellenére. Felnőtt korban csak öten fogadták el a női szerepet, a többiek magukat a férfias karakterbe sorolták és férfiként szerettek volna élni.

Korábban elemeztem, hogy hol célszerű a műtéteket elvégezni. Az is nagyon fontos, hogy a beavatkozást végző intézet valódi centrum legyen a speciális és nagy tapasztalatot igénylő műtétek elvégzésére.

Elvárások a fekvőbeteg részlegtől

- személyi és technikai feltételek megléte (gyermekgyógyász, gyermeksebészeti, urológiai háttér, képalkotó eljárások stb.)
- intervenciós sebészeti beavatkozások lehetősége (laparoscopia, hysteroscopia stb.)
- minimál invazív technikai lehetőségek
- jártasság fejlődési rendellenességek korrekciójában
- jártasság gyermek-nőgyógyászati malignus tumorok kezelésében (kemoterápia, radiológiai kezelések)

Ma Magyarországon megfelelő számban adottak ezek a feltételek.

Sajnos, kritikai megjegyzéseket is megfogalmazhatunk a hazai rekonstrukciós műtétek területén:

A hibás elgondolások, ténykedések közül néhányat kiemelhetünk

- az adott rekonstrukciós műtétet „autodidacta” módon végzik
- nem készítenek részletes műtéti tervet
- türelmetlenek, kapkodva operálnak
- indokolatlanul radikálisak
- túlhaladott, ma már nem elfogadható módszert választanak
- rossz döntést hoznak (átalakítás iránya)
- rossz életkorban javasolják a műtétet
- nem veszik igénybe az illetékes társszakmák segítségét
- sikeres műtét után túl sokszor végeznek ellenőrző vizsgálatot
- elmulasztják igénybe venni pszichológus segítségét

Összefoglaló következtetések

- ha a jogi álláspontot követnénk (hol és kitől tanultuk az új műtéti eljárást), nagyon ritkán születne eredeti, új műtéti megoldás
- ha mindig ragaszkodnánk a „nagy nevek” javaslataihoz, gyakran zsákutcába kerülnénk
- ha sikerül egy jó és új műtéti eljárást kidolgozni, merjünk kiállni a „nemzetközi zsűri” elé (közlés rangos folyóiratban)
- mindig keresni kell azokat a módosításokat, amelyek tökéletesítik az eljárásunkat

Az a furcsa, hogy ha műtéti szövődmény lép fel és jogi útra terelődik az ügy, az első kérdés az, kitől tanultuk a módszert. Nehéz helyzetbe kerülünk, ha a kérdést nem tudjuk meggyőzően megválaszolni.

A híres operatőrök is ragaszkodhatnak idejét múlt megoldásokhoz, vagy idegenkedhetnek pl. a laparoscopiától. Mernünk kell – kellő gyakorlat birtokában - kedvezőbb módszert választani.

Az általunk jónak ítélt eljárást is kritika tárgyává kell időnként tenni és keresni kell a kedvező módosítások lehetőségeit.

Fontos a megerősítő visszajelzés. Egy szakmai kongresszus igen alkalmas erre a munkára.

A rekonstrukciós sebészet szerintem az operatív ténykedésünk csúcsát jelenti. Kellően nagyszámú un. rutin műtét adhat arra felhatalmazást, hogy helyreállító műtétet végezhesünk. Nagy lendületet adhat ennek a ténykedésnek egy megfelelő idejű tanulmányút olyan intézetben, ahol profi operatőrök adják át tudásukat.

Irodalom

Borsos A. (szerk.): Gyermeknőgyógyászat.
Golden Book Kiadó, Budapest 1998.

Lampé L.: Szülészeti - nőgyógyászati műtéttan.
Medicina Kiadó, Budapest 2000.

Papp Z. (szerk.): A szüléset - nőgyógyászat tankönyve.
Semmelweis Kiadó, Budapest 2002.

Dénes J.,Pintér A. (szerk.): Gyermeksebészet és határterületei.
Medicina Kiadó, Budapest 1987.

Csorba R., Borsos A. és mtsai: Characteristich of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001.
Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 120, 217-221, 2005.

L.Birinyi, P.Daragó, P.Török, P.Csiszár, T.Major, A. Borsos,
Gy.Bacskó: Predictive value of hysteroscopic examination in
intrauterine abnormalities.

Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 115, 75-79, 2004.

Borsos A.: A fiatalok szexuális veszélyeztetettsége.
Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle,
2002, 4, 1/S, p 51.

Csoknyai Judit, Borsos A.: Egészségnevelés és szexuális nevelés
serdülő fiatalok körében.

Egészségnevelés, 2001, 42, 210-212.

Borsos A.: Hüvelyképző műtétek.

Magyar Nőorvosok Lapja, 2001, 64, 55-59.

Borsos A., Major T., Bacskó Gy.: Laparoszko­pos hüvelyképző műtét
Mayer Rokitansky-Küster-Hauser-szindrómában.

Magyar Nőorvosok Lapja, 1996, 59, 393-395.

Bacskó Gy., Major T., Birinyi L., Borsos A.:
Operatív hiszteroszkópia a myoma kezelésében.
Endoscopia, 1998, 2, 29-31.