

**A proximalis tuba oclusio klinikai vizsgáló módszereinek összehasonlító
elemzése és az ezekkel kapcsolatos beteg-elégedettség vizsgálata**

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Dr. Szabó István

logo

logo

logo

Doktori Iskola vezetője: Dr. Bódis József, egyetemi tanár, MTA Doktora

Programvezető: Dr. Bódis József, egyetemi tanár, MTA Doktora

Témavezető: Dr. Bódis József, egyetemi tanár, MTA Doktora

Pécsi Tudományegyetem

Egészségtudományi Kar

Pécs, 2010

Összefoglalás

Értekezésünkben a Semmelweis Egyetem II. sz. Nőgyógyászati Klinikájának beteganyagából a petevezető átjárhatóságára irányuló eljárásokat tekintjük át. 500 HSG vizsgálat, 312 laparoscopos chromopertubatio (LSCT), 348 hagyományos hysteroscopos vizsgálat, 145 „No-touch” hysteroscopos vizsgálat, valamint 100 video dokumentált (endoscopos műtét) esetet dolgozunk fel retrospektív módon. A HSG vizsgálatok során 25.2% unilateralis occlusiot, 5.8%-ban bilateralis occlusiot találtunk. LSCT esetén a megfelelő adatok 22.7% illetve 8.7%, hysteroscopia során pedig 7.36 % és 19.47% . A HSG és az LSCT közel hasonló eredményessége megfelel az irodalmi adatoknak. A kis különbséget az magyarázza, hogy különböző nyomás alatt (TPP) nyílnak meg a petevezetők. Ezt támasztja alá a HSG és az LSCT összehasonlítása során mutatkozó különbség bilateralis occlusiok illetve unilateralis occlusiok (zárójelben levő adatok) esetén: a szenzitivitás 72.73 (56.52), a specificitás 53.85 (65.52), a pozitív prediktív érték 20.77 (39.39), negatív prediktív érték pedig 87.50 (79.17). A hysteroscopos vizsgálati eredmények jelentős eltérését az magyarázza, hogy az egyébként meglévő áramlást nem tudjuk megfigyelni minden esetben. A HSCPT (hysteroscopos szelektív chromopertubatio) során a korábban HSG-vel, vagy LSCT-vel két oldalon lezártnak véleményezett petevezetők esetén 66,66%-ban értünk el sikert (a korábbi diagnózissal szemben átjárhatóságot igazoltunk), egy oldali elzáródás eseteiben 80.95%-ban (az utóbbi két adat különbségét, ugyancsak a petevezetőnkénti különböző TPP-vel magyarázzuk). A petevezető teljes katéterezése után felvezetett tuboscoppal 79.17%-ban sikeresen ítélt meg a petevezető belső felszíne, amennyiben azt nem károsodott petevezetőkön hajtjuk végre. Az előzetes vizsgálatok alkalmával valamilyen patológiás eltérést mutató petevezetők esetén a sikertelenségi ráta azonban 49.9%-ig is emelkedhet, a vizsgált beteganyagtól függően. A tuboscopos vizsgálatot ezért nem ajánljuk a PTO vizsgálatára, illetve kezelésére sem. Csak válogatott esetekben ajánlott elvégezni a beavatkozást. Javasoljuk azonban az akár „No touch” technikával is végrehajtható HSCPT alkalmazását. Anyagunkban bemutatjuk, hogy a „No touch” technika korábban nem szült, I. steril pácienseknél is könnyedén végezhető beavatkozás, akár érzéstelenítés nélkül is, a betegek műtéti megterhelése pedig alacsony. Ezért akár első vizsgálatként a HSG alternatívájaként, akár (a korábban felállított PTO diagnózis megerősítésére, vagy kizárására) második vonalas vizsgálatként alkalmazva, a

HSCPT lehetővé teszi a petevezető átjárhatóság pontosabb megítélését. Az említett endoscopos műtétek megfelelő dokumentálása lehetőséget nyújt a betegek pontos, részletes tájékoztatására a műtéti felvételek bemutatásával. Felmérésünk alapján a páciensek ezt igénylik, s jelentősen növeli a beteg elégedettséget is. A pontos képi (film) dokumentálás a későbbi beavatkozások tervezését is megkönnyíti.

Bevezetés

A meddőség hátterében kb. 30%-ban a petevezető valamilyen károsodása áll. A petevezető és a méhüreg vizsgálata ugyanakkor ma Magyarországon esetenként kívánni valót hagy maga után. Anyagi, és/vagy szakmai okból nem alkalmazzuk az ide vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat és ajánlásokat. Ennek következtében kerülhetnek a páciensek beteg státuszba, s ennek okán indokolatlan kezelés(ek)en eshetnek át. Ugyanakkor ezt esetlegesen elkerülő, külföldön ajánlott és kivitelezhető módszereket nem vehetnek igénybe önhibájukon kívül. A petevezető vizsgálatai közül a HSG-t, a laparoscopos chromopertubatiót és a hysteroscopia során megfigyelhető petevezető átjárhatóságot Magyarországon több intézetben a napi gyakorlatban alkalmazzák. A SE. II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján a fenti beavatkozásokon kívül tuboscopiat, hysteroscopos szelektív áramlásfestést, hysteroscopos szelektív katéterezést és teljes petevezető kanülálást is végzünk, amely vizsgálatok számítógépes dokumentálására és bemutatására is lehetőségünk van. A zömében egyszeri HSG vizsgálattal megállapított proximalis tuba occlusio (PTO) Magyarországon is az In Vitro fertilisatio indikációját képezi. Annak ellenére így van ez, hogy ismert tény, hogy a szelektív salpingographia és a különböző katéterezések és rekanalizációk nagy százalékban visszaállítják az átjárhatóságot, adott esetben tehát a fertilitást is. Az IVF procedúra mind financiálisan, mind emocionálisan kérdéses ezekben az esetekben, valamint szövődményeket is okozhat. Ilyen a hyperstimulációs szindróma kockázata, vagy a többes terhesség problémaköre, amely mind az anya, mind az újszülöttje számára komplikációkat jelenthet.

Célkitűzések

1. Áttekintjük a HSG vizsgálatot, mint elsődleges szűrő módszert, majd összevetjük saját eredményeinket a nemzetközi adatokkal.
2. Összehasonlítjuk a laparoscopos chromopertubatio vizsgálat és a HSG vizsgálat eredményességét saját vizsgálataink alapján.
3. Elemezzük a hysteroscopos vizsgálatok során leírható petevezető átjárhatóság kérdését, valamint a szerző egyedüli hazai tapasztalatai alapján bemutatjuk a „No-touch” hysteroscopia kivitelezését és előnyeit. Meghatározzuk a módszer helyét az általunk kialakított kivizsgálási procedúrában.
4. Ismertetjük a szerző PTO szelektív vizsgálatára kifejlesztett módszerét, saját anyagunk és eredményeink elemzése és bemutatása alapján.
5. A szerző által végzett tuboscopos vizsgálatok egyedüli hazai tapasztalatainak figyelembevételével véleményezzük és értékeljük a vizsgáló módszert, valamint meghatározzuk annak lehetséges helyét a petevezető kivizsgálásának procedúrájában.
6. A beteg-elégedettség növelése céljából egy, a klinikánkon kidolgozott, új tájékoztatói módszert ismertetünk, amelyet a fenti endoscopos műtétek kapcsán alkalmazunk. A módszer sikerességét és létjogosultságát kívánjuk igazolni vizsgálataink tükrében.
7. Ismertetjük az általunk kidolgozott meddősségi kivizsgálási protokollt, amely a belső női nemi szervek - különös tekintettel a petevezetők anatómiájára- állapotát tisztázza. Ennek helyességét alátámasztjuk a korábbi pontok ide vonatkozó következtetéseivel, s ajánlasként megfogalmazzuk más intézetek számára is, mint alkalmazható vizsgálati sort.

Betegek és módszer

A legrégebben kifejlesztett petevezető vizsgálati módszer a HSG. Klinikánk 2 éves beteg anyagából (2007-2009) retrospektív módon kigyűjtöttük az első 500 HSG vizsgálati esetet, amelyet a dolgozat témájaként elemzünk.

Kialakítottunk egy adatbázist, az Semmelweis Egyetem II.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1998.01.01. és 2009.12.31. között elvégzett endoscopos vizsgálatok feldolgozásából. Az egyik része az elvégzett hysteroscopos vizsgálatok (n:827) részletes feldolgozásából (LSC vizsgálattal együtt, vagy anélkül), a másik pedig az ebben az időszakban elvégzett laparoscopos chromopertubatio esetek (n=312) feldolgozásából áll. A témának megfelelően kiválasztott eseteket (átjárhatósági vizsgálat) elemeztük. A hysteroscopos vizsgálat során (n=348) a petevezető proximális szájadéka jól megítélhető, s legtöbbször azok átjárhatóságáról is tudunk nyilatkozni. Magyarországon először mi végeztünk „No-touch” hysteroscopos vizsgálatokat (n=145), amelyek eredményeit szintén retrospektív módon dolgoztuk fel a fenti adatbázis használatával.

Ugyancsak retrospektív módon elemezzük a klinikán, s eddig Magyarországon is egyedüli szériaként elvégzett 22 tuboscopia (falloscopia) esetét. A saját tapasztalataink, valamint az irodalmi adatok ismeretében értékeljük a vizsgáló módszert. A HSG kapcsán felismert PTO manapság a világirodalomban is az egyik legvitatottabb kérdés a meddőségi kivizsgálásban. Ismertetjük az általunk kidolgozott szelektív petevezető átjárhatósági vizsgálat módszerét. Az eljárás hatékonyságát a saját eredményeink részletes elemzése után értékeljük (n=67).

Oktatási és tájékoztatási céllal 100 páciens műtétét digitálisan rögzítettük - a beteg előzetes beleegyezése után - majd igény esetén megmutattuk a vizsgált személynek. Ennek kapcsán egy kérdőívet töltöttünk ki velük. Arra kerestünk választ, hogy van-e igény az ilyen típusú tájékoztatásra, és ha igen, akkor miért? Segít-e a betegségük jobb megértésében, illetve annak feldolgozásában az alkalmazott módszer?

HSG

Hüvelyi feltárás után Foley-katétert (8 Charieres=2.66 mm) vezettünk a méh üregébe lehetőség szerint a portio fixálása nélkül. A Foley-katéter ballonját az uterus üreg nagyságától függően 0.7-2 ml. NaCl fiziológiás oldattal feltöltöttük. Ezután a Radiológiai

Klinikán röntgen képerősítő alatt (Siemens, Sirescop CX) vízdékony kontrasztanyagot (Peritrast, Omnipaque 300-GE Healthcare) fecskendeztünk a méh üregébe.

LSC-LSCT

Direkt behatolással (umbilicalisan), vagy előzetes Veres-tűs (ellentett McBurnay ponton) CO₂ insufflatio után (kb. 3000 ml, 15 Hgmm intraabdominalis nyomás értékig) rutin laparoscopiát végeztünk. LSCT során Schultze-eszközt vezettünk a méh üregébe, metilén kékkel (Blue patenté v. 2ml, Sodique Guerbet 2.5%, Guerbet Bp, Cedex) feltöltve. A vizsgálat során a befecskendezett metilén kék megjelenését a hasüregben video-laparoscopos (Olympus visera) rendszeren keresztül figyeltük meg. Kóros eltérés esetén a megfelelő LSC-s technikát alkalmazva elvégeztük a szükséges beavatkozásokat is.

HSC, „No-touch” technika

Laminaria előtágítás után (ritkábban anélkül) kezdtük a vizsgálatot. Kizárólag rigid hysteroscopokat használtunk (single flow vagy continuous flow feltöltéssel), amelyek külső átmérője 2.5-8.5 mm volt. Distendáló anyagként fiziológiás só oldatot, vagy anionikus Purisolt (27,0 g/l sorbitolum, 5,4 g/l mannitolomos keverékét) használtunk, a tervezett beavatkozásnak (diagnosztikus, operatív), és/vagy az elektromos eszköznek (bipolaris resectoscop, unipolaris resectoscop, Olympus) megfelelően. Érzéstelenítés nélkül, local anesztéziában, IVN-ben vagy ITN-ben végeztük a beavatkozásokat, a hüvely feltárása, portio megragadása, esetleg Hegar tágítása után. „No-touch” technika esetén ez utóbbiakra nincs szükség (a hysteroscop direkt felvezetéséhez egy hüvelybe vezetett mutatóujj segítségével is elég).

HSCPT

A vizsgálatokat continuous flow (CF) 7 French (Fr) munkacsatornás, 30 fokos optikájú rigid Olympus hysteroscoppal végeztük. Az uterus üregének áttekintése után egy 7 Fr (2,3 mm) külső kaliberű katéter (Conceptus CoAxess Uterin Catheter) vezettünk a méh üregébe, majd a vezetőnyársát eltávolítottuk. Metilén kék finom injektálását (1-2 ml/min) végeztük a tubaszájadékok közelében, amellyel a méhüregből a petevezetőbe áramló folyadékot megfestettük, és ezzel a tuba átjárhatóságát igazoltuk. Amennyiben áramlás nem látszott, úgy a petevezető proximális szakaszát megkatétereztük (Conceptus VS Catheter,

Falloscopy Giudewire/torquer), majd ismételt festést, szükség esetén pedig nagy nyomású (300-600 Hgmm) injektálást hajtottuk végre.

Teljes petevezető katéterezés, Tuboscopia

LSC kontroll mellett, a petevezető teljes katéterezését elvégeztük (Conceptus VS Catheter, Falloscopy Giudewire/torquer), majd a katéterbe 15-25 Hgmm nyomású átáramoltatás mellett felvezettük a 0.5 mm átmérőjű, 120 cm hosszú, 3000 pixeles tuboscopot (Conceptus, Inc., San Carlos , CA, USA), egészen a hasüregig (tuba fimbriai közötti). Ezután retrográd módon teljes hosszában áttekintettük a petevezető belső felszínét, az eszköz lassú visszahúzása közben.

A betegtájékoztatásra és a felvilágosításra irányuló vizsgálatunk kivitelezése

Klinikánkon 2006. szeptember és 2007. január között, a betegek előzetes beleegyezése után 100 nőgyógyászati endoscopos műtét során készítettünk a beavatkozásokról felvételt. A páciensek műtét előtt és után egy kérdőívet töltöttek ki. (Az endoscopos műtéteknél Olympus visera videó rendszert használtunk, és a felvételeket egy Super rach ShuttleX PC-re vittük fel. A műtéti felvételt Windows Movie Maker-rel megvágtuk és mentettük, majd Pen drive-ra másoltuk). A vágott felvétel a kezdeti állapotot és a betegséget (cysta, myoma, endometriosis stb.), az operáció fontosabb lépéseit, valamint a végső anatómiát mutatta be. A vágást minden esetben az operatőr végezte. A felvételt a műtét másnapján, szóbeli magyarázattal kiegészítve, az operáló orvosok egyike mutatta meg.

Alkalmazott statisztikai módszerek

Az összegyűjtött és az elektronikusan rögzített adatok kiértékelését az alábbi módszerekkel végeztük el: Student-féle kétmintás t-próbával, a szignifikancia-határt (p-érték) a nemzetközileg elfogadott 5%-os értéknél húztuk meg ($p \leq 0.05$). A leírt műszeres vizsgálatok diagnosztikus hatékonyságának összehasonlítását (specifititás, szenzitivitás, pozitív és negatív prediktív érték) Fischer-teszttel végeztük, a szignifikancia-határ ebben az esetben is 5% ($p \leq 0.05$). Analízisünk során az SPSS 17-es statisztikai szoftvercsomagot vettük igénybe.

Az értekezésben szereplő legfontosabb eredmények, újdonságok összefoglalása és gyakorlati jelentősége

1. HSG során azokban az esetekben, ahol korábban nem volt kimutatott patológiás eltérés 69.00%-ban kétoldali átjárhatóságot, 25.20%-ban egyoldali elzáródást, 5.80%-ban pedig kétoldali elzáródást igazoltunk. Az összes petevezető érintettség aránya anyagunkban 42.6%. Az egyoldali proximális petevezető elzáródás aránya 14.4%, a kétoldali PTO-é 4.8%. A megismételt HSG aránya 4.8%.

- A felmérésünk alapján a HSG-vel észlelt patológiás elváltozások a nemzetközi adatokkal egyeznek PTO tekintetében. Az úgynevezett tubafaktor, valamilyen típusú elzáródást vizsgálva azonos (25.20%). Minden HSG által leírt patológiát tekintetbe véve azonban magasabb az általunk megállapított előfordulás (42.6%). Az ismételt HSG-k aránya ugyanakkor, szinte megmagyarázhatatlanul alacsony.

2. Laparoscopos chromopertubatio vizsgálataink során mindkét petevezető 68.6%-ban volt átjárható, míg egy oldalon 22.7%-ban, két oldalon pedig 8.7%-ban volt lezárt. 26.6 %-ban történt korábban HSG vizsgálat. Kétoldali PTO esetén az LSCT-hez viszonyított HSG szenzitivitása (sz) 72.73, specificitása (sp) 53.85, pozitív prediktív értéke (pp) 20.77, negatív prediktív értéke (np) 87.50. Egyoldali PTO esetén, amennyiben az ellenoldal nyitott volt a HSG szerint a megfelelő adatok a következők: sz=56.52, sp=65.52, pp=39.39, np=79.17.

- Figyelembe véve az LSCT indikációit megállapítható, hogy az „indokolt második átjárhatósági vizsgálatoknak” csupán 32-42%-a történik meg.
- Az egy-, illetve kétoldali petevezető elzáródás minőségi jellemzőiben mutatkozó különbség, a petevezetőnként különböző TPP-vel magyarázható.

3. Hysteroscopos vizsgálataink során kétoldali átjárhatóságot 73.15%-ban, egyoldali elzáródás 7.36%-ban, és kétoldali elzáródás 19.47%-ban igazoltunk. „No touch” hysteroscopos vizsgálataink indikációja 42.7%-ban meddőséggel kapcsolatos probléma, míg 57.2%-ban egyéb nőgyógyászati eltérés volt. Az anesztézia szempontjából vizsgálva a kérdést a megoszlás a következő: 50 esetben ITN-ben, 49-ben IVN-ben, 31-ben local anesztéziában, 15 esetben pedig anesztézia nélkül történtek a beavatkozások. A I. steril csoportban a megfelelő adatok a következők: 7, 9, 4, 2, a II. steril csoportban pedig 16, 12, 5, 7.

- A hagyományos hysteroscopos vizsgálat során nem ítélték meg biztonsággal a petevezetők kismértékű folyadék átáramlása.
- A „No-touch” technika biztonsággal alkalmazható még korábban nem szült nők meddőségi kivizsgálásában is.

4. A 67 szelektív festés és/vagy katéterezéson kívül 26 egyéb hysteroscopos beavatkozást is végeztünk. 28.5%-ban a feltételezett egyéb diagnózis nem igazolódott, ugyanakkor a hysteroscopos vizsgálatok kapcsán 14.9%-ban korábban fel nem ismert elváltozásokat diagnosztizáltunk. A szinkron végzett LSC-k során, az LSCT-n kívül végzett beavatkozások átlaga esetre számolva 1.536, az új diagnózisok aránya pedig 0.682. Az összes PTO-ra vonatkoztatva mindkét oldal érintettsége esetén 66,66%-ban volt sikeres az eljárásunk, egyoldali elzáródások esetén pedig 80,95%-ban. A korábban lezártak diagnosztizált petevezetők vonatkozásában 24,56%-ban elégséges volt a szelektív festés az eltérés igazolására. További 47,36%-ban katéterezésre is szükség volt. Az LSCT 5 páciensnél talált egyoldali elzáródást, amely után egy ülésben elvégezve a HSCPT-t mindegyik esetben átjárhatóságot igazoltunk módszerünkkel. Anyagunkban 12.6%-ban 300 Hgmm felett, 9.5%-ban 200-300 Hgmm között, 10.5%-ban 150-200 Hgmm között, 46.3%-ban 120- 150 Hgmm közötti, 21%-ban pedig 120 Hgmm alatti TPP mellett vált átjárhatóvá a petevezető.

- A hysteroscopia során kimutatott diagnosztikai eltérések alátámasztják a vizsgálat prioritását mind HSG-vel, mind LSCT-vel szemben.
- A magas számban végzett egyéb LSC-s beavatkozások, valamint a felismert új eltérések száma igazolja a LSC központi szerepét, a meddőség kivizsgálásában.
- HSG és/vagy LSCT során diagnosztizált PTO-k esetén a HSCPT eredményessége jobb, mint a megismételt HSG-é. Adataink a legjobb egyéb nemzetközi, második vonalas, szelektív vizsgálati eredményekkel konkurálnak.
- Amennyiben a meddő beteg első, átjárhatóságot célzó vizsgálata a HSC, és áramlás nem látszik egyik oldalon sem, úgy az általunk kifejlesztett áramlásfestési módszert (szelektív chromopertubatio) elvégezve 55.76%-ban bizonyítható áramlás. A tubakatéterezést is alkalmazva további 36.53%-ban kimutatható a könnyed

átjárhatóság, további 5,76%-ban azonban csak nagy TPP érték mellett. 1,92%-ban biztos lezártág igazolható. Mivel a szelektív vizsgálatok kivitelezésekor 38.80%-ban nem kell LSC kontrol, ez a szintén a HSC prioritását támasztja alá a HSG-vel szemben.

- A kidolgozott módszer lehetővé teszi nagy esetszám prospektív vizsgálata során, egy folyamatos TPP- várható PR görbe megalkotását 300 Hgmm-es nyomásig. Megfelelő műszer fejlesztés esetén magasabb tartományban is.

5. A preoperative felállított kóros petevezető diagnózishoz képest a tuboscopia során felállított diagnózis 65%-ban egyezett, 20%-ban azonban különbözött (de kóros volt) az eredetitől. A vizsgálat 15%-ban nem igazolta a feltételezett károsodást, viszont 5 %-ban korábban nem ismert eltérést talált. Az összes petevezető vizsgálatra vonatkoztatott sikertelenség oka 20.45%-ban katéterezési probléma, 11.36%-ban értékelhetetlen képi megjelenítés volt, míg 9.09%-ban csak fimbrioscopiaival együtt volt értékelhető a kép, összesen tehát 49.9%-ban. A teljesen ép petevezetők esetén 79.17%-os a sikeresen kivitelezett vizsgálatok aránya.

- Tuboscopias anyagunkban a magas sikertelenségi ráta oka az, hogy a vizsgálatokat nem átlagos populáción alkalmaztuk, hanem mintegy „ultimum refugium”-ként a legnehezebb esetekben.
- A „nem terhelt” populáció 79.17%-os sikerrátája, a megfelelő összehasonlításban, a nemzetközi adatokkal egyezik.
- A tuboscopia alkalmazását csak válogatott esetekben ajánljuk. PTO kérdéskörében az módszer alkalmazása nem indokolt.

6. A betegtájékoztatói módszerünk során igazolódott, hogy 92%-ban igény van a műtéti felvételek megtekintésére, jónak tartják a módszerünket, és segít a betegségük jobb megértésében. 91%-ban a műtét előtti feszültséget már annak a tudata is csökkenti, hogy a beteg akár „ellenőrizheti” is, hogy mi történt vele műtét alatt. 82% igényt tartana fényképes és/vagy video dokumentációra is.

- A képi vagy film (CD, DVD, pen drive) dokumentáció sokat segít a kezelő orvosnak mind egy második beavatkozás, mind egy más jellegű további terápia tervezésekor.



Amennyiben az általunk ajánlott kivizsgálási protokollt követjük, azok és csak azok a páciensek kerülnek IVF programba tubapatológia alapján, akik bizonyosan csak így tudnak teherbe esni. (A kétoldali lezáródás kizárása nemcsak a spontán teherbeesést teszi lehetővé, hanem utat enged más, ART-nek is, mint pl. az inseminatio.)

Köszönetnyilvánítás

Életem elmúlt 20 éve alatt sok ember támogatott pályám alakításában. Közülük mindazokat szeretném név szerint megemlíteni, akik tudományos munkám megalkotását segítették.

Hálás vagyok intézetvezető professzoraimnak. Zsolnay Béla professzor úrnak, hogy kiválasztott és pályámon elindított, Paulin Ferenc professzor úrnak, aki tuboscopot és így lehetőséget adott kezembe, valamint Pajor Attila professzor úrnak, aki minden segítséget megadott munkám végzésében és értekezésem megalkotásában.

Szeretettel köszönöm Siklósi György professzor úrnak a baráti beszélgetéseket és azt, hogy a legnehezebb pillanatban is kiállt mellettem.

Külön köszönöm Bódis József professzor úrnak, hogy az endoszkópos társaság elnökeként főtitkárának választott, PhD iskolájába befogadott, s minden támogatást megadott számomra a tudományos munkám megformálásában.

Tisztelettel köszönöm Schaff Zsuzsa professzor asszonynak, hogy egy izgalmas világba, a transmembran proteinek kutatásába bekapcsolódhattam, s így számos tudományos közlemény szerzője is lehettem.

Őszintén köszönöm Lintner Ferenc főorvos úrnak, hogy tanítványaként megismerhettem az endoszkópos technika alapjait, amely meghatározza jelenleg is gyógyító munkámat.

Köszönettel tartozom két ifjú kollégámnak, Langmár Zoltánnak és Sobel Gábornak odaadó és nélkülözhetetlen munkájukért, segítségükért és baráti támogatásukért.

Köszönöm Sziller Péternek a segítséget a technikák megvalósításában, Fazekas Anitának, Galamb Ádámnak, Hazay Máténak, Szabó Ildikónak és Zergényi Molnár-Dórának adatgyűjtő munkáját, s minden munkatársamnak, akik munkájukkal valamilyen módon segítettek.

S végül köszönöm a legfontosabbaknak, a családomnak, szüleimnek és testvéremnek, hogy mindig bíznak bennem.

Publikációs jegyzék

Témakörben megjelent angol nyelvű közlemények jegyzéke

1. **Szabó I**, László Á. Veres needle: In memoriam of the 100th birthday anniversary of Dr János Veres, the inventor. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:352-353 **IF: 2.43**
2. **Szabó I**, Langmár Z, Fontányi Z, Sobel G, Pajor A. Selective chromopertubation via hysteroscopic tubal canulation. Clinical and Experimental Medical Journal (közlésre elfogadva. Ref.:Ms.No.CEMED_2009_6)
3. **Szabó I**, Börzyönyi B, Demendi Cs, Langmár Z. Successful laparoscopic management of a non-communicating rudimentary horn pregnancy. Clinical and Experimental Medical Journal (közlésre elfogadva Ref.: Ms. No. CEMED_2009_7)
4. **Szabó I**, Langmár Z, Sobel G, Fontányi Z, Sziller P, Hazay M, Paulin F, Pajor A. Falloposcopic examinations in our clinic. Clinical and Experimental Medical Journal (közlésre elfogadva Ref.: Ms. No. CEMED_2009_9)

Témakörben megjelent magyar nyelvű közlemények jegyzéke

1. Gimes G, **Szabó I**, Tóth P. Nőgyógyászati endoscopia- Hysteroscopia. Csaláadorvosi Fórum 2003; 11:48-51
2. **Szabó I**, Tóth P, Gimes G. Nőgyógyászati endoscopia, Laparoscopia Csaláadorvosi Forum 2004; 1:52-57
3. **Szabó I**, Sobel G, Lintner B, Schaff Zs, Paulin F. Praesacralis utóbélcysta. Orv Hetil 2004; 145:1141-1143
4. **Szabó I**, Sziller P, Langmár Z, Sebestyén A, Paulin F. Tuboscopia(falloposcopia): új diagnosztikus és terápiás lehetőség Magyar Nőorv L 2004; 67:179-182 *Nívódíjas Közlemény*
5. **Szabó I**. Új tapasztalatok a hysteroscopos meddővé tétellel kapcsolatban Nőgyógyászati és Szülészeti továbbképző szemle 2007; 9:28-30
6. **Szabó I**, Börzsönyi B, Demendi Cs, Langmár Z. Nem kommunikáló rudimenter szarvban kialakult terhesség sikeres eltávolítása laparoscopia útján Orv Hetil 2009; 150:513-5
7. **Szabó I**, Langmár Z, Sobel G, László Á. A Veres-tű története. Nőgyógyászati Onkológia 2009; 14:138
8. **Szabó I**, Langmár Z, Fontányi Z, Sobel G, Hazay M, Galamb Á, Zergényi-M. D, Sziller P, Pajor A. Szelektív chromopertubatio hysteroscopos kürt katéterezés útján Orv Hetil (Közlésre elfogadva. Ref.:Ms.No.HMJ-D-10-00010)
9. **Szabó I**, Langmár Z, Sobel G. Igénylik-e betegeink, hogy megmutassuk műtétjüket? Orv Hetil (Közlésre elfogadva. Ref.: Ms. No. HMJ-D-10-00012R1)

10. **Szabó I**, Langmár Z, Sobel G. A méhkürtök endoscopos vizsgálata (Lege Artis Medicinae lektorálás alatt)
11. **Szabó I**, Langmár Z, Fontányi Z, Pajor A, Sobel G. A petevezető vizsgálatának rövid története Magyar Nőorv L elfogadva)
12. **Szabó I**, Langmár Z, Sobel G. A proximalis tuba occlusio klinikuma – diagnosztika és terápia (Orvosi Hetilap lektorálás alatt)

Tankönyv fejezet

Dr.Szabó István. A petevezető endoszkópos vizsgálata. In: Dr. Bódis József, Endoscopos és minimálisan invazív nőgyógyászati sebészet. 2009; 233-241 (Tankönyv 25. Fejezet Kiadja a MNET)

Témakörben elhangzott angol nyelvű előadások jegyzéke

1. **Szabó I**, Paulin F. The first falloposcopic examinations in Hungary. J Assis Rep Gen 2000; 17:485 (abstract)
2. **Szabo I.** Endoscopic selective chromopertubation. Német Magyar Szül. Nőgy. Baráti Társ. IX. Kongresszusa. 2003; Balatonaliga
3. **Szabo I**, Gimes G, Demendi Cs, Lintner B, Börzsönyi B, Bánhidly F, Csömör S. Endoscopic selectiv chromopertubation. Sixième Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie. 2002; Paris
4. **Szabo I**, Csömör S, Valent S, Gidai J, Sziller P, Pajor A, Paulin F. Experiences in falloposcopic examinations. Sixième Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie. 2002; Paris

Témakörben elhangzott magyar nyelvű előadások jegyzéke

1. **Szabó I**, Valent S, Melczer Zs, Lintner F. Hysteroscopia az infertilitas diagnosztikájában és kezelésében. Fiatal Szülész-nőgyógyászok Országos Tudományos Ülése. 1993; Debrecen
2. Melczer Zs, **Szabó I**, Valent S, Lintner F. Laparoscopia infertilitásban. Fiatal Szülész-nőgyógyászok Országos Tudományos Ülése. 1993; Debrecen
3. Valent S, Melczer Zs, **Szabó I**, Lintner F. Hysteroscopia helye a vérzészavarok diagnosztikájában. Fiatal Szülész-nőgyógyászok Országos Tudományos Ülése. 1993; Debrecen
4. **Szabó I**, Sipos M, Fontányi Z, Harashti L, Lintner F. Hysteroscopia szerepe a meddőség kivizsgálásában. Fiatal Nőorvosok Kongresszusa. 1995; Miskolc
5. Sipos M, Harashti L, Szabó I, Fontányi Z, Lintner F. Hysteroscopia és vérzészavarok. Fiatal Nőorvosok Kongresszusa. 1995; Miskolc
6. **Szabó I**, Paulin F. Tuboscopia alkalmazása során szerzett első hazai tapasztalatok. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinologiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred

7. **Szabó I**, Ács N, Sziller P, Sipos M. Endometrium resectio utáni sikeres terhesség. A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusa. 2001; Békéscsaba
8. **Szabó I**, Sziller P, Paulin F. Transcervicalis tuboscopy. A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusa. 2001; Békéscsaba
9. Fontányi Z, **Szabó I**, Radványi K, Gimes G. Resectoscopus beavatkozások vérzészavarban. A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusa. 2001. Békéscsaba
10. **Szabó I**, Újvári E, Sziller P, Paulin F. Resectoscopus beavatkozások utáni sikeres terhesség. A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusa. 2001; Békéscsaba
11. Újvári E, Fontányi Z, Sziller P, **Szabó I**. Intrauterin idegentest eltávolítás utáni sikeres terhességek. A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusa. 2001; Békéscsaba
12. Sziller P, **Szabó I**. Tartós tamoxifen kezelés mellett kialakult nagyméretű méhtestpolyp hysteroscopes ellátása. MNET IX kongresszusa. 2002; Nyíregyháza
13. **Szabó I**, Sziller P, Paulin F. Endoscopus selectív chromopertubatio. MNET IX.kongresszusa. 2002; Nyíregyháza
14. **Szabó I**. Az endoscopia szerepe az IVF kivizsgálásában. NIC X.jubileumi Tudományos mebeszélés. 2002; Balatonfüred
15. **Szabó I**. Tuboscopy helye a nőgyógyászati endoscopyban. Nőgyógyászati endoscopus tanfolyam. SE. I.sz.Szül. és Nőgyógy. Klinika. 2002-2009;
16. **Szabó I**. Aktualitások a tudomány világából (A petevezető endoscopus vizsgálata). Védőnői kongresszus. 2003; Budapest
17. Sobel G, **Szabó I**, Paulin F, Chapman L, Gambadauro P, Polyzos D, Papadikis J, Papadopoulos N, Papalambous P, Magos A. Tradicionális kontra "no-touch" technika. MNT kongresszusa 2006; Szeged
18. Sobel G, Tömösváry Z, Sziller P, **Szabó I**, Pajor A. Van –e igény arra, hogy betegeinknek megmutassuk műtétjüket. Határterületi Mikroinvazív Beavatkozások V. Konferencia. 2007; Tihany
19. Sobel G, Magos Á, Tömösváry Z, Sziller P, **Szabó I**, Pajor A. Ambuláns hysteroscopy: Tradicionális kontra „no-touch“ technika. MNET XII. kongresszusa 2007; Kecskemét
20. Szeverényi M, Sobel G, **Szabó I**. Ambuláns hysteroscopy (no-touch technika) Fialat Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
21. Hazay M, Fazekas A, Galamb Á, Zergényi – MD, **Szabó I**. Hysteroscopes szelektív átjárhatósági vizsgálat. MNET XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
22. Galamb Á, Sobel G, Hazay M, Zergényi – MD, Fazekas A, **Szabó I**. No-touch hysteroscopy. MNET XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
23. Fazekas A, Hazay M, Galamb Á, Zergényi – MD, **Szabó I**. Hysteroscopes myoma resectio klinikánk gyakorlatában. MNET XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen

Nem a témakörben megjelent angol nyelvű közlemények jegyzéke

1. Vermes G, Ács N, **Szabó I**, Langmár Z, Járay B, Bánhidly F. Simultaneous Bilateral Occurrence of a Mixed Mesodermal Tumor and Cystadenocarcinoma in the Ovary. Path Oncol Research 2004; 10:117-118
2. Páska Cs, Bögi K, Szilák L, Tókécs A-M, Szabó E, Sziller I, Rigó J, Sobel G, **Szabó I**, Kaposi-Novák P, Kiss A, Schaff Zs. Effect of formalin, acetone and RNA later fixatives on tissue preservation and different size amplicons by real-time PCR from paraffin-embedded tissue. Diagn Mol Pathol 2004; 13:234-240 **IF: 2.292**
3. Sobel G, Páska Cs, **Szabó I**, Kiss A, Kádár A, Schaff Zs. Increased expression of claudins in cervical squamous intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma. Hum Pathol 2005; 36:162-169 **IF:2.55**
4. Sobel G, **Szabó I**, Páska Cs, Kiss A, Kovalszky I, Kádár A, Paulin F, Schaff Zs. Changes of cell adhesion and extracellular matrix (ECM) components in cervical intraepithelial neoplasias. Pathology Oncology Research 2005; 11:26-31 **IF:1.162**
5. Sobel G, Halász J, Bogdányi K, **Szabó I**, Borka K, Molnár P, Schaff Zs, Paulin F, Bánhidly F. Prenatal diagnosis of a giant congenital primary cerebral hemangiopericytoma. Pathology Oncology Research 2006; 12: 123-127 **IF:1.241**
6. Sobel G, Németh J, Kiss A, **Szabó I**, Udvarhelyi N, Schaff Zs, Páska Cs. Claudin 1 differentiates endometrioid and serous papillary endometrial adenocarcinoma. Gynecologic Oncology. 2006; 103:591-598 **IF:2.319**
7. Sebestyén A, Várbíró S, Sára L, Deák G, Kerkovits L, **Szabó I**, Kiss I, Paulin F. Successful management pregnancy with nephrotic syndrome due to preexisting membranous glomerulonephritis: a case report. Fetal Diagnosis and Therapy. 2008; 24:186-189 **IF:1.184**
8. **Szabó I**, Kiss A, Schaff Zs, Sobel G. Claudins as diagnostic and prognostic markers in gynecological cancer (Review). Histology and histopathology 2009; 24:1607-1615 **IF:2.194**

Nem a témakörben megjelent magyar nyelvű közlemények jegyzéke

1. Gimes G, **Szabó I**, Tóth P. Nőgyógyászati vérzési rendellenességek. Családorvosi Fórum 2002; 6:3-6
2. Istók R, Langmár Z, **Szabó I**, Glasz T, Székely E, Bánhidly F, Ács N, Paulin F, Magyar É, Schaff Zs. Unilateral Sertoli-sejtes androblastoma fiatal nő petefészkében. Orv Hetil 2004; 145:693-696
3. Sobel G, **Szabó I**, Wiegandt P, Nobilis A, Paulin F, Bánhidly F. IVF-t követő ikerterhesség egyik magzatának vetélése után sikeresen kihordott magzat. Esetismertetés. Magy Nőorv L 2005; 68:333-335
4. Vermes G, Ács N, **Szabó I**, Járay B, Bánhidly F. Rosszindulatú kevert mesodermális daganat és serous cystadenocarcinoma együttes előfordulása petefészekben. Magy Nőorv L 2005; 68:195-199
5. Istók R, **Szabó I**, Illyés Gy. Ovariumáttétet adó gastrointestinalis stromalis tumor. Orv Hetil 2005; 146:223-226
6. Sebestyén A, Várbíró S., Deák Gy, Gimes G, **Szabó I**, Sára L. Paulin F. Nephrosis szindrómás terhesség kezelésének problémái. Magy Nőorv L 2005; 68:57-60

Könyv fejezet

Dr.Szabó István, Dr.Paulin Ferenc. Terhesség és szülés előzetes méhen végzett műtét után. Betegség Enciklopédia 2. kötet,1137-1140, Springer Tudományos Kiadó Kft.,2002

Dr.Szabó István. Hysteroscopia. Eü. Főiskolai tankönyv (megjelenés alatt) szerk: Dr.Paulin Ferenc

Dr.Szabó István. LAVH (Laparoszkóppal asszisztált vaginális hysterectomia) Eü. Főiskolai tankönyv (megjelenés alatt) szerk: Dr.Paulin Ferenc

Dr.Szabó István. Hasi méheltávolítás. Eü. Főiskolai tankönyv (megjelenés alatt) szerk: Dr.Paulin Ferenc

Nem a témakörben elhangzott angol nyelvű előadások jegyzéke

1. Lukácsi L, Bánhidy F, **Szabó I**, Zsolnai B, Somogyi J. The role of changes in Mg-Ca ratio of the myometrium in normal and abnormal labour. STF. IV. 1995; Budapest
2. Bánhidy F, Melczer Zs, Lukácsi L, **Szabó I**, László Á, Ungár L, Siklós P. Measurement of cellular immunity after radical hysterectomy and curative radiotherapy. STF. IX. 1999; Budapest
3. Börzsönyi B, Csömör S, Demendi Cs, Valent S, **Szabó I**, Mericli M, Paulin F. Emergency contraception: Experiences with Rigesoft. Sixièmes Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie. 2002; Paris
4. Valent S, Gidai J, Tóth P, Csömör S, **Szabó I**, Börzsönyi B, Paulin F. Doppler measurement of the uterine arteries and the risk of the adverse pregnancy outcome. Sixièmes Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie. 2002; Paris
5. Gimes G, **Szabó I**, Tóth P, Paulin F. Treatment of acne and hirsutism with cyproteron acetate. Sixièmes Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie. 2002; Paris
6. Bánhidy F, **Szabó I**, Lukácsi L, Siklós P, Bakáts T. Decrease in Nk and K cell activity in patients with relapsed malignant gynecologic tumors. OECl. Conf.an Canc.and Qual.of Life. 1995; Bled 1995
7. Gimes G, Siklósi Gy, **Szabó I**, Olajos F, Paulin F. Steps of Successful Ovulation Induction in Polycystic Ovarian Syndrome. FFS 1998; Budapest, Hungary, Fertility and Sterility 1998; 70. No. 3, Suppl. 1. 143-145

Nem a témakörben elhangzott magyar nyelvű előadások jegyzéke

1. Fontányi Z, **Szabó I**, Bánhidy F, Bakos L. Endorfin és ACTH szintek meghatározása spontán hüvelyi szülések után arteria umbilicalisból. Fiatal Szülész-nőgyógyászok Országos Tudományos Ülése. 1993; Debrecen
2. **Szabó I**, Pajor A, Kelemen E, Lehoczky D, Lintner F. Terhesség idiopathias aplasztikus anémiában. MNT. 25. Nagygyűlése. 1994; Debrecen,1994
3. Bánhidy F, Siklós P, Lukácsi L, **Szabó I**, Bakáts T. A Wertheim műtét sejtes immunitást /NK, ADCC/ befolyásoló hatása. MAKIT XXII. Kongresszusa. Suppl. Medicina Thorecalis 1994; P:42.7.

4. Bánhidy F, Siklós P, Ungár L, Lukácsi L, **Szabó I**, Bakáts T. Nőgyógyászati rosszindulatú daganatos betegeken végzett kismencedei lymphadenectomia hatása a sejtes immunrendszer / NK sejt/ aktivitásra. MIT XXIV. Gyűlése. 1994; Szolnok
5. Bánhidy F, Siklós P, Ungár L, Lukácsi L, **Szabó I**, Bakács T. Az altatás hatása a sejtes immunrendszer két alakjára nézve / NK, ADCC / jóindulatú nőgyógyászati daganatos betegek műtété kapcsán. MIT XXIV.Gyűlése. 1994; Szolnok
6. Bánhidy F, Siklós P, Ungár L, Lukácsi L, **Szabó I**, Bakács T. Előrehaladott rosszindulatú nőgyógyászati daganatos betegek sejtes / NK, K / immunválaszának alakulása exenteratio kapcsán. Fiatal Onkológusok Fóruma. 1994; Gyula
7. Bánhidy F, Siklós P, Ungár L, Lukácsi L, **Szabó I**, Bakáts T. NK sejtes aktivitás változása benignus petefészkek folyamatok kezelése kapcsán. MAKIT XXII. Kongresszusa. Suppl. Medicina Thorecalis. 1994; P:24.
8. Melczer Zs, **Szabó I**, Krizsa F, Mericli M, Bánhidy F, Lukácsi L, Pajor A. A szülést követő vérzések elemzése klinikai anyagunkban 1985 - 1992 között. MNT. XXV. Nagygyűlése. 1994; Debrecen
9. Lukácsi L, Ács N, **Szabó I**, Bánhidy F, Paulin F. Ásványi anyag ellátottság jelentősége postmenopausalis osteoporosis kialakulásában. Fiatal Szülész-Nőgyógyászok Tudományos Ülése. 1995; Szeged
10. Lukácsi L, Bánhidy F, **Szabó I**, Zsolnai B, Somogyi J. The role of changes in Mg-Ca ratio of the myometrium in normal and abnormal labour. STF. IV. 1995; Budapest
11. Melczer Zs, Bánhidy F, **Szabó I**. Tumormmunológiai paraméterek vizsgálata I - II stadiumu méhnyakrákos betegeken. Fiatal Szülész-Nőgyógyász Orvosok Tudományos Ülése. 1995; Miskolc
12. **Szabó I**, Bánhidy F, Lukácsi L, Siklós P, Bakáts T. NK,K-sejt aktivitás emelkedés relapsusban lévő malignus nőgyógyászati daganatos betegeknél. Fiatal Szülész-Nőgyógyász Orvosok Tudományos Ülése. 1995; Miskolc
13. Sipos M, Sebestyén A, **Szabó I**. Kissúlyú koraszülések vezetésének gyakorlata klinikánk elmúlt 5 éves anyagában. A Magyar Nőorvos Társaság és a Magyar Gyermekeorvos Társaság Perinatalis Szekciójának Országos Kongresszusa. 1995; Pécs
14. Fontányi Z, Sipos M, **Szabó I**, Haraszti L, Lintner F. PCO syndroma kezelése laparoscopiával. Fiatal Nőorvosok Kongresszusa. 1995; Miskolc
15. Bánhidy F, Melczer Zs, **Szabó I**, Radványi K. A méhnyakrák kuratív sugárterapiájának hatása a K és NK sejttrendszerre. Fiatal Szülész és Nőgyógyász Orvosok Tudományos Ülése 1997; Győr
16. Melczer Zs, Bánhidy F, **Szabó I**, Radványi K. Méhnyakrák praeoperatív sugárterapiájának atása a K és NK sejttrendszerre. Fatal Szülés és Nőgyógyász Orvosok Tudomnyos Ülése. 1997; Győr
17. Bánhidy F, Melczer Zs, Lukácsi L, **Szabó I**, László Á, Ungár L, Siklós P. Measurement of cellular immunity after radical hysterectomy and curative radiotherapy. STF. 1999; Budapest
18. **Szabó I**, Szentkirályi Z, Gimes G, Paulin F. Klinikai tapasztalataink az endometriosisal kapcsolatban. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinológiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred

19. **Szabó I**, Fontányi Z, Radványi K, Csömör S, Paulin F. Az endometriosisos betegek kor szerinti megoszlása klinikai felmérésünk alapján. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinologiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred
20. Fontányi Z, Gimes G, **Szabó I**, Lukácsi L, Paulin F. Acne és hirsutismus kezelése cyproteron acetáttal. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinologiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred
21. Gimes G, Tóth P, Siklósi Gy, **Szabó I**, Valent S, Paulin F. A sikeres ovulacio indukció egyes lépései PCO szindrómás betegeknél. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinologiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred
22. **Szabó I**. "Így csinálom én". Endometriosis laparoscopos kezelése. Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endocrinologiai Társaság I. Kongresszusa. 2000; Balatonfüred
23. Sziller P, **Szabó I**, Paulin F. A laparoscopia lehetőségei a gennyes kismedencei gyulladások kezelésében. MNT Infektológiai Szekciójának II. Kongresszusa. 2001; Győr
24. **Szabó I**, Bánhidly F, Sziller P, Paulin F. Laparoscopos myoma-műtétek. MNET IX. Kongresszusa. 2002;Nyíregyháza
25. Lintner B, Fontányi Z, **Szabó I**. Laparoscoposan assistált vaginalis hysterectomia Klinikánkon. MNET IX. Kongresszusa. 2002; Nyíregyháza
26. **Szabó I**. Az IVF szülészeti és neonatológiai vonatkozásai. NIC X. Jubileumi Tudományos Megbeszélés. 2002; Balatonfüred
27. Fontányi Z, Ács N, Haraszi L, **Szabó I**, László Á. Többesterhességek elemzése klinikánk elmúlt 5 éves anyagában. Fiatal Szülész-Nőgyógyász Orvosok Tudományos ülése. 2002; Miskolc
28. Mericli M, Bánhidly F, **Szabó I**, Várbíró Sz, Antony Mór P, Paulin F. Myocardialis infarctus és terhesség. MNT. XVII. Naggyűlése. 2002; Budapest
29. **Szabó I**, Sobel G, Sziller P, Bíró J. Cervicalis carcinoma in situ laproszkópos megoldása. Cervixpathologiai Társaság I. Kongresszusa. 2006; Békéscsaba
30. Sobel G, **Szabó I**, Paulin F, Papalampros P, Chapman L, Polyzos D, Gabadauro P, Papadopoulos N, Magos A. Laparoskopos myomectomy tripla tourniquet használatával. MNT. Kongresszusa. 2006; Szeged
31. Sobel G, **Szabó I**, Paulin F, Chapman L, Gambadauro P, Polyzos D, Papadikis J, Papadopoulos N, Papalambous P, Magos A. Tradicionális kontra "no-touch" technika. MNT Kongresszusa. 2006; Szeged
32. **Szabó I**, Sziller P, Sobel G, Csömör S. Laparoscopos Lymphadenectomy endometrium carcinomas esetekben. Határterületi Mikroinvazív Beavatkozások V. Konferencia. 2007; Tihany
33. **Szabó I**. Hogyan kezdjük el (Laparoscopos lymphadenectomy) MNET. XII. Kongresszusa. 2007; Kecskemét 2007
34. **Szabó I**, Sobel G, Tömösváry Z, Sziller P, Pajor A. Gondolatok az endoscopos oktatásról (Lap Sim, Pelvic trainer). MNET. XII. Kongresszusa. 2007; Kecskemét
35. Sziller P, **Szabó I**, Sobel G, Csömör S. Az endometriosis laparoskopos kezelése: kockázatok és mellékhatások. MNET. XII. Kongresszusa. 2007; Kecskemét

36. Lintner B, Sobel G, Csömör S, Tömösváry Z, Sziller P, **Szabó I**, Pajor A. Újra LAVH. MNET. XII. Kongresszusa. 2007; Kecskemét
37. Tömösváry Z, Sobel G, Sára L, Gidai J, **Szabó I**. Nőgyógyászati kisműtétek szövődményeinek laparoscopos ellátása. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
38. Demendi Cs, Börzsönyi B, Langmár Z, Várbíró Sz, **Szabó I**. Endometrium ablációs módszerek összehasonlítása. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
39. Sobel G, **Szabó I**. Endoszkópos myoma műtétek. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
40. Gidai J, Sára L, Tömösváry Z, Demendi Cs, **Szabó I**. Hysterectomia lehetséges módszerei laparoscoppal, klinikánk gyakorlatában. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
41. Lintner B, **Szabó I**. Kismedencei retroperitoneum anatómiája laparoscopos szemszögből. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
42. Sára L, Tömösváry Z, Gidai J, **Szabó I**. Új eljárások a nőgyógyászati endoszkópia területén. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
43. **Szabó I**. Endoszkópia a nőgyógyászati onkológiában. Fiatal Nőorvosok III. Kongresszusa. 2007; Siófok
44. **Szabó I**. A hastükrözés helye (a korai méhnyakrák –St IA1-IA2- kezelésében) Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság II. Nagygyűlése. 2009; Budapest
45. Vonnák E, Sziller P, Langmár Z, Csömör S, Pajor A, **Szabó I**. Fiatal nőbeteg stromasarcómájának endoscopos megoldása. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
46. Zergényi-Molnár D, Vonnák E, Pánczél Z, Csömör S, **Szabó I**, Pajor A. LH után kialakult abscessus laparoscopos megoldása. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
47. Sobel G, Bánhidly F, Sára L, Sziller P, **Szabó I**. Arteria uterina átmeneti lezárása laparoscopos műtétek kapcsán. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
48. Pánczél Z, Sára L, Zergényi - Molnár D, Vonnák E, Tömösváry Z, **Szabó I**. Ovárium herniatio ritka esete. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
49. Demendi Cs, Sziller P, Bánhidly F, **Szabó I**. Húgyhólyag-sérülés laparoscopos megoldása. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
50. **Szabó I**, Sziller P, Sobel G, Langmár Z, Pajor A. Laparoscopos radikális hysterectomia (LRH, Wertheim). MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
51. Tömösváry Z, Langmár Z, Sobel G, **Szabó I**. Feltárásvajító felfüggesztések laparoscopos műtétekben. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
52. Sára L, Sziller P, Gidai J, **Szabó I**. Myoma laparoscopos megoldásának technikái. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
53. Gidai J, Galamb Á, Csömör S, Pajor A, **Szabó I**. Laparoscopiás subtotalis hysterectomia klinikánk gyakorlatában. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen
54. Csömör S, Sziller P, Bánhidly F, Zergényi – Molnár D, **Szabó I**. LH, LSH, LAVH klinikánk anyagában. MNET. XIII. Kongresszusa. 2009; Debrecen