

Baross utcai Szülészeti Esték (53)

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

Magzati és újszülöttsebészet

Előadók:

- DR. C. MOLNÁR EMMA egyetemi docens
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. CSABA ÁKOS egyetemi tanársegéd
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. CSIZY ISTVÁN egyetemi docens
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Gyermekegyógyászati Klinika
- DR. FÜZESI KRISTÓF egyetemi tanár
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Gyermekegyógyászati Klinika
- DR. HARMAT GYÖRGY főigazgató főorvos
Madarász Utcai Gyermekkorház, Budapest
- DR. HARMATH ÁGNES egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. JOÓ JÓZSEF GÁBOR egyetemi tanársegéd
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. NÉMETH ÉVA klinikai főorvos
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Gyermekegyógyászati Klinika
- DR. PINTÉR ANDRÁS egyetemi tanár
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
Gyermekegyógyászati Klinika
- DR. SZAKÁCS KATALIN pszichiáter
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- TÍMÁR ANIKÓ klinikai gondozó
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
- DR. VEREBÉLY TIBOR egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Gyermekegyógyászati Klinika
- DR. VOTISKY PÉTER főorvos
Madarász Utcai Gyermekkorház, Budapest

Szponzor: Schering Rt.

Budapest, 2004. szeptember 23.

Az utóbbi évtizedekben az orvostudomány fejlődésének és a társadalmi változások eredményeként bővültek a betegek jogai, alapjaiban módosult a beteg és az orvos, a beteg és a társadalom viszonya és annak megítélése is. Különösen bonyolult a helyzet önrendelkezésre, akaratának kinyilvánítására képtelen újszülött, csecsemő és gyermek, de főleg a méhen belüli magzat esetében, hisz itt szétválaszthatatlanok a magzat és az anya nem mindig egybeeső érdekei és jogai.

Az újszülöttsebész együtt a genetikussal, a képalkotó eljárások szakemberével, a szüléssel és a neonatológussal meghatározó szerepet játszik a testileg, vagy testileg és szellemileg károsodott magzat, majd újszülött állapotának komplex értékelésében, a kezelés várható eredményességének megítélésében. Véleményt kell nyilvánítania a szülőknél a terhesség megtartásáról vagy megszakításáról szóló döntéséhez, javaslatot kell tennie a szülés esetleg előrehozott időpontjára, a világra jött újszülött szóbajövő kezelésére, a már megkezdett terápia kilátástalansága esetén pedig esetleg a kezelés folytatásának megszakítására.

A károsodott magzatokat prognosztikai szempontból hat csoportba sorolhatjuk:

1. a fejlődési rendellenesség kezelését követően teljes gyógyulás remélhető,
2. a sikeres kezelés után testi károsodás maradhat vissza,
3. a testi károsodás mellett a beteg állandó kezelést, felügyeletet igényel,
4. a testi károsodás mellett az intelligenciaszint a normális alatt marad,
5. súlyos somaticus és mentális károsodások maradhatnak vissza,
6. a kezelés, az életbenmaradás kilátástalan.

Az újszülöttsebésznek a magzat vagy az újszülött sorsának megítélésében, kezelési javaslatában orvosi eszköze mellett figyelembe kell vennie a megmentett élet várható tartamát és minőségét, saját lelkiismeretét, a jog szabályait, a társadalmi elvárásokat és a beteg hosszútávú kezelésének hazai lehetőségeit.

A tápcsatorna hasi szakaszán jelentkező fejlődési rendellenességek

Congenitalis hypertrophiás pylorusstenosis esetén a jellegzetes sugárhányáson és a laboratóriumi leletek tipikus eltérésein túl képpalkotó eljárások (ultrahang, CT) is szerepet kapnak a kórisme felállításában. Nem ritkán a klinikai tünetek jelenléte önmagában elegendő a műtéti javallat felállításához. A pylorusstenosis műtéti kezelésében a minimálisan invazív sebészeti eljárások élveznek prioritást.

A *bélatresziák* közül a *duodenum atresia* érdemel kitüntetett figyelmet, különös tekintettel a 21-trisomiához való gyakori társulására. A bélatresziák műtéti korrekciója általában sikeres, és jó életminőség várható.

A *ductus omphaloentericus* maradványai közül a Meckel-diverticulum a legnagyobb jelentőségű, mivel a benne gyakran előforduló ectopiás gyomornyálkahártya kifehélyesedése vérzést okozhat.

A *Hirschsprung-betegség* újszülöttkori megjelenése néha veszélyes állapotot, súlyos toxicus enterocolitist okozhat. Műtéti megoldásában a laparotomiát nem igénylő, ún. transanalis áthúzásos eljárás a legelterjedtebb.

Az *anorectalis malformatiók* megoldására alkalmazott műtéti eljárások közül az ún. Pena-műtét érdemel külön említést, hiszen a módszer az igen magas elzáródás eseteinek kivételével jó széklettartási készséget biztosít.

Hasfali defektusok

Az *omphalokele* a hasfal záródásának zavara, a köldök területén alakul ki. Az elváltozást tömlő borítja, a köldökzsinór a tömlő közepén helyezkedik el, nagysága 4-12 cm. Az omphalokele többnyire a gyomrot, a beleket, s az esetek csaknem felében a májat is magában foglalja. Gyakran társulnak hozzá más rendellenességek; a chromosoma-aberrációk társulása is viszonylag gyakori. A születést követő első ellátás (steril fedés, antibioticum, folyadék-electrolyt háztartás rendezése) után kerül sor az elváltozás sebészi kezelésére.

A *gastroschisis* az omphalokelétől eltérően extraumbilicalis hasfali defektus. Rendszerint a köldöktől jobbra helyezkedik el, átlagosan 2-5 cm nagyságú és tömlő soha nem borítja. Társuló rendellenesség meglehetősen ritka. Műtéti kezelése az omphalokele ellátásához hasonló. Az utóbbi időben egyre több esetet konzervatívan kezelnek.

Az *exstrophia cloacae* a septum urorectale fejlődési zavara. A sebészi beavat-

kozás (hasfalzárás, szervi rekonstrukciók) eredményessége meglehetősen kérdéses.

Az *exstrophia vesicae urinariae* a hasfal köldök alatti részének, illetve a húgyhólyag mellső falának defektusa. Többnyire kismedencei szervek rendellenességeihez társulva fordul elő.

Először 1-2 napos korban a húgyhólyag illetve a hasfal rekonstrukciója ajánlott. Amennyiben a húgyhólyag zárása nem megoldható, vizeletelvezető műtét végzése jön szóba. Az esetlegesen társuló epispadiasis műtéti kezelésére 2-3 éves korban, míg a húgyhólyag-nyak rekonstrukciójára 3-4 éves korban kell sort keríteni.

A nyelőcső és a rekeszizom rendellenességei

A *congenitalis hernia diaphragmatica* oka a pleuroperitonealis csatorna záródásának zavara. Állatkísérletes modellek alapján úgy tűnik, hogy a pleuroperitonealis lemez somatopleurából származó amuscularis mesenchymalis elemei felelősek a kórkép kialakulásáért, mivel nem biztosítanak megfelelő alapot a rekesz izomzatának kialakulásához. Etiológiája igen sokrétű, számos vizsgálat felvetette egyebek mellett a retinol kóroki szerepét, de szóbajönnek bizonyos chromosoma-rendellenességek is.

A veleszületett rekeszsérv előfordulási gyakorisága 1/2000-5000 élveszülés. Egyre gyakrabban kerül felismerésre a terhesség 24. hete előtt. Ezekben az esetekben a házaspárnak lehetősége van a terhesség befejezését kérni.

A rekeszsérv műtéti rekonstrukciójára baloldali elváltozás esetén laparotomiából, ellenoldali esetben thoracotomiából kerül sor. A megoperált újszülött prognózisát mindig a társuló tüdőhypoplasia mértéke határozza meg.

A veleszületett hernia diaphragmaticában szenvedő újszülöttek életbenmaradási esélye nem éri el az 50%-ot, ám a korszerű kezelés mellett túlélő újszülöttek műtét utáni életminősége megfelelő.

A rendellenesség neonatológiai ellátását illetően igen lényeges szempont a társuló tüdőhypoplasia foka, illetve az ennek talaján kialakuló pulmonalis hypertonia mértéke. Megszületést követően fontos a maszkkal és ballonnal történő lélegeztetés mellőzése, valamint tehermentesítő duplafalú szonda levezetése a gyomor-béltractus distenziójának megakadályozására. A felületaktív anyag, illetve praenatalisan a glükokortikoid adása a kezelési protokoll része.

A rendellenesség prognózisát a diagnózis felállításának az ideje, a társuló rendellenességek, illetve a születést követően megfelelő intézményben történő ellátás szabják meg. Hogy a túlélés eredményei javuljanak, a genetika, a szülészet, a neonatológia és a gyermeksebészet további együttes erőfeszítésére van szükség.

Az *oesophagus-atresia* gyakorisága 1/3000-5000 élveszülés. Társuló rendellenességként a VACTERL-associatio bármely tagja előfordulhat; leggyakoribb az alsó tracheafistulával társult formája. Terhesség alatt a rendellenességre az ultrahangvizsgálatok hívhatják fel a figyelmet, a megszületést követően nyálfolylás, szürkülés, dyspnoe vezethetnek a diagnózishoz. A kórisme egyértelműen a nyelőcső felső csonkjába vezetett sugárfogó szonda mellett végzett röntgenvizsgálattal állítható fel.

A helyreállító műtét a hónaljárokából történő behatolásból történik. A rekonstrukció során a cél a nyelőcső egyesítése és az esetleges fistula zárása. Amennyiben a csonkok túlságosan távol helyezkednek el egymástól, a hiányzó nyelőcsőszakasz pótlására vastagbél, esetleg retrosternalisan felhúzott gyomor jön szóba. A nyelőcső-atresia napjainkban alacsony halálozású és jó prognózisú rendellenességnek tekinthető.

Ajakhasadék

A korai konstrukció a gyermek, a szülők és az egész család számára jelentős előnyt jelent. Az ajakhasadék újszülöttkorban végzett műtéte még korántsem mondható általánosnak, annak dacára, hogy a budapesti Madarász utcai Gyermekkorházban már 27 éve végzik ezeket a műtéteket újszülötteken. Cél a hasadék minél korábbi egyesítése, a minél tökéletesebb esztétikai és funkcionális megoldás, megfelelő feltételek megteremtése az orthodontus számára, ezekből adódóan a minél jobb logopédiai eredmény, melyek segítségével és pszichológus közreműködésével a család és a gyermek pszichés rehabilitációja. Alapvető a száj körüli izmok korai, jó húzásirányú egyeztetése, ennek jó hatása az emocionális mozgásoknál látható, és jótékony, szabályozó hatást gyakorol az előreálló praemaxillára is. A jó ajakműködés 3-4 éves korban logopédiai vizsgálattal objektíven igazolható.

Intrauterin sebészeti beavatkozások

Egyes fejlődési rendellenességek esetében, neonatológusok és gyermeksebészek megfigyelései alapján felmerült a korai, már a méhen belül végzendő műtéti beavatkozások esetleges jótékony hatása. Noha a méhen belül felismert rendellenességek operatív kezelése postnatalisan változatlanul lényegesen hatékonyabb, ám bizonyos rendellenességek kapcsán reális előnnyel járhat az intrauterin kezelés is.

A korai diagnózis és a prognosztikai faktorok ismerete ilyen válogatott esetekben lehetővé teszi a házaspárok számára a választást: kívánna-e élni a magzati sebészeti beavatkozás lehetőségével vagy sem? Amennyiben a méhen belüli beavatkozás mellett döntenek, úgy a minden részletre kiterjedő tájékoztatás, a beavatkozás előnyeinek, hátrányainak, veszélyeinek részletes kifejtése alapvető feladat. Magzati sebészeti eljárás alkalmazását követően egyébként császármetszés útján indokolt a terhesség befejezése.

Veszesületett rekeszsérv eseteiben történtek már próbálkozások az anatómiai viszonyok intrauterin helyreállítására; részben nyitott sebészeti műtét, részben endoscopos eljárás segítségével. Az endoscopos módszer kevésbé invazív, alkalmazása kapcsán a túlélési arány is magasabb, mint a nyitott műtéti kezelés esetében.

Congenitalis cysticus adenomatoid malformatio és *bronchopulmonalis sequestratio* eseteiben szintén megkísérelték a terhesség alatti műtéti kezelést, a túlélési arány 50%-osnak bizonyult.

Az *obstruktív uropathiák* közül jelenleg egyedül a hátsó urethrabillentyű eseteiben jön szóba az intrauterin sebészeti kezelés. A beavatkozás elsődleges célja a rendellenesség kapcsán kialakult oligo-anhydramnion megszüntetése, a megfelelő magzatvízmennyiség helyreállítása. A jelenleg legelterjedtebb módszer a magzati húgyhólyag és az amnionűr közé beültetett „pigtail”-katéter alkalmazása.

A *sacroccygealis teratoma* a leggyakoribb újszülöttkori tumor, előfordulási gyakorisága: 1/10000-35000 élveszülés. Az intrauterin műtéti kezelés célja a tumor megkisebbitése, a következményes hydrops kialakulásának megelőzése, s ennek révén a magzat túlélési esélyeinek javítása.

A myelomeningokele, mint a *velőcsőzáródási rendellenességek* leggyakoribb formája mind izolált formájában mind hydrocephalushoz vagy egyéb rendellenességhez társul eseteiben meglehetősen rossz prognosztist jelent. Az utóbbi

évek vizsgálatai kapcsán igazolást nyert, hogy a magzatvíz – különösen a terhesség utolsó harmadában – egyértelműen toxicus hatású a gerincvelő állományára. Emiatt a laesio méhen belüli zárása ésszerű törekvésnek minősül: először laparoscopia, később laparotomia révén történtek erre irányuló kísérletek. A módszer hatékonyságát illetően egyelőre több vizsgálat is folyamatban van, tényleges helyét a terápiás lehetőségek között csak a későbbiekben lehet majd meghatározni.

Ugyancsak a központi idegrendszer fejlődési rendellenessége a *hydrocephalus*, melynek az a lényege, hogy a craniospinalis folyadék túltermelődik és/vagy elfolyása akadályozott. Az esetek kb. 40%-ában izolált. A méhen belüli kezelés szükségessége azokban az esetekben vetődik fel, melyekben az agykamratágulat progressziója alapján jelentős agyállomány-vesztés prognosztizálható. A beavatkozás lényege olyan shunt beépítése, mely biztosítja a craniospinalis folyadék zavartalan elfolyását. A létrehozott ventriculoamniális shunt az agyi oldalkamrák illetve a magzatvíztér között hoz létre összeköttetést.

A *szívfejlődési rendellenességek* közül azokban jön szóba praenatalis műtéti beavatkozás, melyekben célszerű megelőzni azoknak a irreverzibilis anatómiai/funkcionális változásoknak a kialakulását, melyek a postnatalis kezelés esélyeit jelentősen rontanák. Ballonkatéteres eljárás alkalmazására az aortabillentyű stenosisa, illetve a pulmonalis atresia jelentik a leggyakoribb javallatot. Az eljárás percutan úton, laparotomia révén, illetve nyílt magzati műtét útján egyaránt kivitelezhető (a. carotis communison, a. femoralison, köldökzsinóron keresztül).

A *gastroschisis* kapcsán ismét utalnunk kell a magzatvíz toxicus hatására, mely elsősorban csak a 30. hét után érvényesül, a vele érintkező hasúri szerveken, döntően a beleken steril gyulladást hozva létre. Éppen ezért a malformatio prognosisa nem is elsősorban a kiterjedésétől, hanem a kialakult gyulladás mértékétől függ. Méhen belüli beavatkozásként a magzatvíz rendszeres cseréje jön szóba, ami alkalmanként 600–900 cm³-nyi magzatvíz testhőmérsékletű fiziológias sóoldatra való kicserélését jelenti. A beavatkozás 2-3 hetente ismételhető, s a postnatalis kezelés esélyeit ténylegesen javítja.

A magzati sebészet aneszteziológiai vonatkozásai

A világon csak néhány centrumban végzett magzati műtéti beavatkozások aneszteziológiai szempontból is komoly kihívást jelentenek. A minimálisan

invazív beavatkozások (pl. húgyhólyag-shunt beültetés) csak az anyai hasfal helyi érzéstelenítését teszi szükségessé. A fetoscopos beavatkozások kapcsán az ún. „balance anaesthesia” alkalmazása tanácsos: ennek kapcsán opioidok és inhalációs anesztetikumok egyidejű adására kerül sor.

Aneszteziológiai szempontból a magzati műtétek egyik legfontosabb lehetséges szövődménye a magzati központi idegrendszer károsodása (20%). Ennek oka lehet a magzati agyi keringés romlása a műtét alatt rövidebb-hosszabb ideig fennálló anyai hypoxia kapcsán. Ez is indokolja az anyai monitorizáláson túl a magzat szoros műtét alatti észlelését: ez mind a szérum-glükóz, mind az elektrolitok, mind a vérgázok folyamatos követésére vonatkozik ugyanúgy, mint a vérnyomás, a szívfrekvencia, valamint a köldökzsinór-vérátáramlás megfigyelésére.

Minden intrauterin beavatkozás alatt és azt követően rendkívül fontos az anya tocolyticus kezelése, de ezzel kapcsolatban a magnéziumszulfát légzésdeprimáló és izomparalizáló hatása mindenképpen említést érdemel, csakúgy mint a béta adrenerg agonisták adásakor esetenként kialakuló tachycardia, hypotonia és tüdőoedema.

A beavatkozás kapcsán jelentkező magzati stresszre a magzati noradrenalin-szint emelkedése utal; a magzati fájdalom mérséklése nemcsak etikai szempontok alapján evidens, hanem a túlélés esélyeit is számottevően javítja. Fájdalomcsillapításra a magzati keringés biztosítja a legkézenfekvőbb utat, de a magzatvízbe juttatott analgeticum szintén jó hatékonyságú lehet. A Remifentanil az uteroplacentalis keringés révén gyorsan eljut a magzatba, felezési ideje rövid, légzésdeprimáló hatása csekély. Az alkalmazott fájdalomcsillapítás kapcsán fontos tudni, hogy a gyógyszerek magzati plazmakoncentrációja meghaladja az anyai plazmakoncentráció értékeit.

A magzati műtétek illetve az alkalmazott anaesthesia kapcsán a legfontosabb szabály mindig az anya életének és egészségének feltétlen védelme kell hogy legyen!

A korai anya-gyermek kapcsolat jellemzői beteg magzat/újszülött esetén

A szakirodalomban sok tanulmány jelent meg az egészséges anya-gyermek kapcsolatáról. Tudjuk az újszülöttről, hogy tudás birtokában jön a világra, tanulásra „van programozva”, és tanulásában előnyben részesít bizonyos emberekre vonatkozó ismereteket; a kapcsolatokból tanul a legtöbbet. Fejlődése nagyban

függ az anya tulajdonságaitól, képességeitől, attól a kapcsolattól, amit az anya vele ezek függvényében kialakít.

Az anya-gyermek kapcsolat alakulását lényegesen befolyásolja a magzat/újszülött egészségi állapota, az anya érzelmi-hangulati életének jellemzői és minősége, melyek kihatnak a tejelválasztás és a szoptatási képesség/készség alakulásán keresztül az anyaság átélésére.

Az anyaság átélését döntően a partnerkapcsolat stabilitása vagy ellenkezőleg, bizonytalansága befolyásolja. Az egészségesek, szemben a beteg csoport tagjaival stabil, érzelmileg szövetséges viszonyokról számolnak be, melyben „megengedhetik maguknak” a terhességgel, szüléssel együttjáró érzelmi-hangulati labilitást. A szülés, az újszülött fogadásának élményében együtt osztoznak, és nemcsak a gyermeküknek, hanem a partnerüknek okozott öröme is büszkék.

Ezzel szemben a beteg csoport tagjai bizonytalan párkapcsolatuk esetleges stabilizálódását várják a megszületendő gyermektől. A magzat betegsége miatti bizonytalanságukkal is egyedül maradnak, „jobb képet festenek” – elsősorban önmaguk előtt. A vágyaikban, elképzeléseikben való csalódást a szülés realizálja, és a rendeződés helyett az érzelmi-hangulati élet romlása következik be.

Az eddigi vizsgálatok eredményeinek birtokában igazoltnak látszik, hogy a beteg magzattal terhes populáció terhesség alatt disszimuláló magatartást mutat, ami a szülést követően összeomlik. Ezért e populáció mentálhigiénés támogatásának szükségességére és lehetőségére a jövőben behatóbban kell gondolnunk, az újszülött fejlődése ugyanis nagyban függ az anya tulajdonságaitól, képességeitől és érzelmi, hangulati állapotától.

Megállapítások, ajánlások

1. A magzati fejlődési rendellenességek egyre nagyobb hányada kerül felismerésre a praenatalis diagnosztika során.
2. Felismert magzati rendellenességek esetén a terhességet gondozó szülész, szükség esetén genetikus, ultrahangos szakember, neonatológus és gyermekbész bevonásával, gondos mérlegelés alapján kell, hogy véleményt mondjon a szülőknak a magzat további sorsát meghatározó döntés meghozatalához. Mind a tanácsadás, mind a döntés, mind a végrehajtás számos etikai dilemmával terhelt.

3. Az utóbbi 2 évtizedben a világ néhány centrumában történtek szellemes, olykor heroikus próbálkozások egyes magzati rendellenességek intrauterin magzatebészeti eljárással történő gyógyítására, de ezek a módszerek nem terjedtek el.
4. Napjainkban az operábilis magzati rendellenességek megoldása szempontjából a postnatalisan végzett újszülöttsebészeti műtét általában jobb prognoszt kínál, mint ami a praenatalis magzatebészeti eljárásoktól várható.
5. A klinikai tapasztalatok alapján különösen ajakhasadék, a tápcsatorna hasi szakaszának fejlődési rendellenességei, a hasfali defectusok, továbbá a nyelőlöcső - atresia és a rekeszizom - hiány miatt, avatott szakember által végzett újszülöttsebészeti műtétek ígérnek hosszútávon is kedvező kimenetelt.
6. Az újszülöttsebészeti műtét eredményességét nagy mértékben befolyásolja a korrekt praenatalis diagnosztika, a magzat világrahozatalának helye és időzítése, az újszülött ellátása a megszületés és az újszülöttsebészeti beavatkozás között, továbbá a perioperatív ellátás minősége, beleértve az aneszteziológiát, az intenzív terápiát és a szükséges utókezelést is.
7. A magzatebészeti vagy újszülöttsebészeti ellátásban részesült fejlődési rendellenességgel sújtott gyermek az optimális eredmény érdekében olykor hónapokig, vagy évekig tartó utókezelésre, fejlesztésre, pszichológiai vezetésre szorul a rehabilitáció folyamatában.
8. A beteg magzatot hordozó, majd ilyen magzatot világra hozó anya mentálhigiénés gondozást igényel.
9. A praenatalisan diagnosztizált és világra hozott magzatok/újszülöttek sikeres ellátása nagyrészt a szülészek, neonatológusok és gyermeksebészek korrekt együttműködésén alapul.



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

Jegyzet

Jegyzet

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 szüléset-nőgyógyászat pszichoszociális vonatkozásai*”
Baross utcai Szülészeti Esték 30. (1998. december 10.)
31. „*A szüléset-nőgyógyászat és a neonatologia szív- és érsebészeti vonatkozásai*”
Baross utcai Szülészeti Esték 31. (1999. február 25.)
32. „*Chemoterapia a szüléset-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 szülésetben*”
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 praeeimplantációs diagnosztikáig: 10 éves a klinika genetikai szolgáltatása*”
Baross utcai Szülészeti Esték 37. (2000. szeptember 28.)
38. „*A szüléset-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 szüléset-nőgyógyászatban*”
Baross utcai Szülészeti Esték 40. (2001. május 10.)
41. „*Diabetes és terhesség*”
Baross utcai Szülészeti Esték 41. (2001. szeptember 27.)
42. „*Új szüléseti trendek a szüléset-nőgyógyászat 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 szüléset-nőgyógyászat immunológiai vonatkozásai*”
Baross utcai Szülészeti Esték 45. (2002. szeptember 26.)
46. „*Palliatív kezelés a szüléset-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 interdiszciplináris ellátása*”
Baross utcai Szülészeti Esték 50. (2003. december 11.)
51. „*Szüléseti 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 újszülöttsebeszet*”
Baross utcai Szülészeti Esték 53. (2004. szeptember 23.)

(A kiadványok a klinika titkárságán beszerezhetők)

**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-szindróma praenatalis szűrése és diagnosztikája*”
Baross utcai Szülészeti Esték 3. (1992. február 6.)
4. „*A vesék és a vizelethvezetőrendszer rendellenességeinek praenatalis és újszülötthori 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 postmenopausal osteoporosis*”
Baross utcai Szülészeti Esték 8. (1993. május 13.)
9. „*A méhnyak zárófunkciója. Méhszájzárás, méhszájérelés 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 petefészekræk 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.)

(folyt. a borító belső oldalán)