



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία
No 60
Ιούλιος 2021

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΟΜΑΛΑ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗΣ, ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Ποιοι είναι οι στόχοι του προγεννητικού ελέγχου;
- Πότε πρέπει να ξεκινά ο προγεννητικός έλεγχος;
- Τι περιλαμβάνει ο προγεννητικός έλεγχος κατά την αρχική επίσκεψη της εγκύου;
- Τι περιλαμβάνει η ο προγεννητικός έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης;
- Τι περιλαμβάνει η εκπαίδευση και προώθηση της υγείας της εγκύου;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή.....	2
II. Στόχοι	2
III. Χρόνος έναρξης προγεννητικής φροντίδας	3
IV. Προγεννητικός έλεγχος κατά την αρχική επίσκεψη της εγκύου	3
V. Προτεινόμενος έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης.....	6
VI. Εκπαίδευση και προώθηση της υγείας της εγκύου	7
VII. Σύνοψη.....	9
VIII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (No 10/2014)	9
IX.Βιβλιογραφία	10

I. Εισαγωγή

Σκοπός αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας είναι να αναδείξει ότι η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική διαδικασία και ότι οι παρεχόμενες παρεμβάσεις πρέπει να έχουν γνωστά οφέλη και να είναι αποδεκτές από τις εγκύους γυναίκες.

Η κατευθυντήρια οδηγία έχει τους ακόλουθους στόχους: παροχή πληροφοριών σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές, βασική κλινική φροντίδα για όλες τις εγκυμοσύνες και πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την προγεννητική φροντίδα υγιούς γυναίκας με ομαλή εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές.

Παρέχει αποδεικτικά στοιχεία και πληροφορίες για χρήση από κλινικούς ιατρούς και εγκύους γυναίκες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις κατάλληλες θεραπείες σε ειδικές περιστάσεις.

Η ολοκληρωμένη παρακολούθηση της κύησης από τον Μαιευτήρα – Γυναικολόγο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ελάττωση των ποσοστών μητρικής αλλά και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι κατάλληλες οδηγίες γύρω από τη διατροφή, την άσκηση, τον τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη αλλά και η ενδεδειγμένη κλινική, εργαστηριακή και υπερηχογραφική παρακολούθηση στοχεύουν στην πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών της κύησης.

Βεβαίως, επί ομαλά εξελισσόμενης ανεπείπλεκτης κύησης πρέπει να υφίσταται ως σημείο αναφοράς ένας βασικός προγεννητικός έλεγχος που να συνδυάζει την ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση για την ασφαλή και απρόσκοπτη συνέχιση της κύησης, με τον απαιτούμενο σεβασμό επί των θεμάτων οικονομίας των συστημάτων υγείας. Είναι γεγονός πως η διαρκής παραπομπή της υγιούς εγκύου για διενέργεια συχνά ανώφελων εξετάσεων οδηγεί σε επίταση του άγχους της και σε συνοδό οικονομική επιβάρυνση τόσο της ίδιας όσο και των συστημάτων υγείας.

Η παρούσα οδηγία αναφέρεται στον προτεινόμενο ολοκληρωμένο κλινικο-εργαστηριακό προγεννητικό έλεγχο επί του ελληνικού πληθυσμού για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων από τη μητέρα ή το έμβρυο (όπως αιμοσφαιρινοπαθειών, προεκλαμψίας, σακχαρώδους διαβήτη κύησης, ανατομικών ανωμαλιών του εμβρύου). Η περαιτέρω αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών αποτελεί αντικείμενο επιμέρους προτεινόμενων κατευθυντήριων οδηγιών.

Ο πληθυσμός αναφοράς της παρούσας οδηγίας είναι οι υγιείς Ελληνίδες έγκυες που φέρουν μονήρη, ανεπείπλεκτη, ομαλά εξελισσόμενη κύηση.

Οι γυναίκες, οι σύντροφοί τους και οι οικογένειές τους θα πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται με ευγένεια, σεβασμό και αξιοπρέπεια. Οι απόψεις, οι πεποιθήσεις και οι αξίες της γυναίκας, του συντρόφου της και της οικογένειάς της σε σχέση με αυτήν καθώς και η φροντίδα του νεογνού αποτελούν παραμέτρους οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, να γίνονται σεβαστές και να συζητούνται με την έγκυο και, εφόσον το επιθυμεί, με το περιβάλλον της.

Οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την περίθαλψη και τη θεραπεία τους, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας.

Η αναγνώριση παραγόντων κινδύνου από το ιστορικό της εγκύου, κλινικών ευρημάτων ή συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και παθολογικών αποτελεσμάτων εκ του βασικού προτεινόμενου εργαστηριακού ελέγχου, επιβάλλουν τη διενέργεια ειδικών κατά περίπτωση διαγνωστικών εξετάσεων και ενδεχομένως θεραπευτικών παρεμβάσεων από τον Μαιευτήρα - Γυναικολόγο, εξατομικευμένα για κάθε έγκυο.

II. Στόχοι

➤ Ποιοι είναι οι στόχοι του προγεννητικού ελέγχου;

Ο κύριος στόχος της προγεννητικής φροντίδας είναι να συμβάλλει στη διασφάλιση της γέννησης ενός υγιούς νεογνού, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο για τη μητέρα. Υπάρχουν πολλές παράμετροι που εμπλέκονται στην επίτευξη αυτού του στόχου όπως:

- Η πρόωμη και ακριβής εκτίμηση της ηλικίας κύησης
- Η ανίχνευση κύησης υψηλού κινδύνου σχετιζόμενες με πτωχή περιγεννητική έκβαση
- Η συνεχής αξιολόγηση της κατάστασης της μητέρας και του εμβρύου
- Η πρόβλεψη πιθανών επιπλοκών ώστε εάν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις, για την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση νοσηρότητας
- Η προώθηση της υγείας, της εκπαίδευσης, της υποστήριξης της εγκύου καθώς και της κοινής λήψης αποφάσεων.

III. Χρόνος έναρξης προγεννητικής φροντίδας

➤ Πότε πρέπει να ξεκινά ο προγεννητικός έλεγχος;

Η παροχή προγεννητικής φροντίδας θα πρέπει να ξεκινήσει στο πρώτο τρίμηνο, ιδανικά πριν από τις 10 εβδομάδες κύησης, καθώς ορισμένες προγεννητικές διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν σε αυτήν την ηλικία κύησης. Η έγκαιρη έναρξή της είναι χρήσιμη για τον προσδιορισμό νωρίς στην κύηση μετρήσεων αναφοράς (π.χ. βάρος, αρτηριακή πίεση, εργαστηριακή αξιολόγηση γυναικών με χρόνιες ασθένειες) και για την παροχή έγκαιρης υποστήριξης και παρέμβασης, όταν απαιτείται.

Σε περίπτωση προγραμματισμένης κύησης, ειδικά όταν υπάρχει υποκείμενη χρόνια νόσος, συστήνεται, εάν αυτό είναι εφικτό, η συμβουλευτική σχετικά με την παρακολούθηση της κύησης τόσο από τον Μαιευτήρα - Γυναικολόγο όσο και από τον ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας να λαμβάνει χώρα πριν από τη σύλληψη.

Ο προγραμματισμός των μαιευτικών επισκέψεων κατά την παρακολούθηση της κύησης είναι επίσης βασικός. Σε ανεπίπλεκτη, ομαλά εξελισσόμενη κύηση, θεωρείται πως 8 επισκέψεις στον Μαιευτήρα - Γυναικολόγο καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι επαρκείς. Κάτω από συνθήκες οι οποίες απαιτούν τη χρήση ειδικών υγιονομικών πρωτοκόλλων (πανδημία COVID-19) ο αριθμός των επισκέψεων μπορεί να περιοριστεί μόνο σε αυτές που απαιτούν την υποχρεωτική φυσική παρουσία της εγκύου στα μαιευτικά ιατρεία. (ΕΜΓΕ, οδηγία No 43: <https://hsog.gr>)

IV. Προγεννητικός έλεγχος κατά την αρχική επίσκεψη της εγκύου

➤ Τι περιλαμβάνει ο προγεννητικός έλεγχος κατά την αρχική επίσκεψη της εγκύου;

Προτεινόμενος έλεγχος & οδηγίες κατά τη διάγνωση της κύησης

1. Ιστορικό

Κατά την πρώτη επικοινωνία της εγκύου με τον Μαιευτήρα - Γυναικολόγο προτείνεται αρχικά η λήψη ενός αναλυτικού ιατρικού / μαιευτικού ιστορικού το οποίο βοηθά τόσο στην εξασφάλιση πλήρους και συστηματικής τεκμηρίωσης της εγκυμοσύνης όσο

και στην αναγνώριση παραγόντων κινδύνου οι οποίοι θα μπορούσαν να τροποποιήσουν τη διαχείριση της κύησης.

Το ιστορικό της εγκύου θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Προσωπικές και δημογραφικές πληροφορίες
- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό
- Ατομικό ιατρικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών, πληροφορίες για κληρονομικές παθήσεις και χρήση ουσιών, ιστορικό λοιμώξεων και έκθεσης σε τερατογόνα
- Προηγούμενο χειρουργικό ιστορικό και γυναικολογικό ιστορικό
- Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό παρούσας κύησης
- Ταξίδια σε περιοχές ενδημικές για ελονοσία, φυματίωση, ιό Zika
- Έκθεση σε δυνητικά τοξικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Ψυχοκοινωνικές πληροφορίες

2. Φυσική εξέταση

Θα πρέπει να περιλαμβάνει τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος και την καταγραφή του βάρους και του ύψους της μητέρας. Ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ, BMI: kg/m^2) διευκολύνει την παροχή συμβουλών σχετικά με την κατάλληλη πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεν είναι υποχρεωτική η εξέταση των μαστών κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας. Η εξέταση της πυέλου της εγκύου προγεννητικά δεν αξιολογεί με ακρίβεια ούτε την ηλικία της κύησης, ούτε προβλέπει με ακρίβεια τον πρόωρο τοκετό ή την κεφαλοπυελική δυσαναλογία.

3. Υπερηχογραφική εξέταση

Η υπερηχογραφική εξέταση συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση της έκτοπης κύησης, μπορεί να διαπιστώσει εάν πρόκειται για μονήρη ή πολύδυμη ενδομήτρια κύηση, να ανιχνεύσει την εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία μετά τις 6 εβδομάδες και να προσδιορίσει υπερηχογραφικά την ηλικία κύησης με βάση το κεφαλουραίο μήκος του εμβρύου μετά τις 8 εβδομάδες. Σε κύσεις ομαλά εξελισσόμενες, χωρίς επιπλοκές ή άλλες ειδικές ενδείξεις, ο υπερηχογραφικός έλεγχος της αρχόμενης κύησης δεν θεωρείται απαραίτητος. Η επιβεβαίωση της κύησης γίνεται είτε με εξέταση στα ούρα (test κύησης

ούρων) ή με βιοχημικό έλεγχο στο αίμα (μέτρηση β-χοριακής γοναδοτροπίνης). Σε περίπτωση επιπλοκής (πχ κολπική αιμόρροια) συνιστάται ο υπερηχογραφικός έλεγχος.

4. Συμβουλευτική

Η έγκυος πρέπει να ενημερώνεται από την αρχή της κύησης για την καθοριστική αξία των εξετάσεων πληθυσμιακού ελέγχου κατά τον προγεννητικό έλεγχο (έλεγχος για αιμοσφαιρινοπάθειες, ανίχνευση χρωμοσωμικών ανωμαλιών του εμβρύου, έλεγχος ανατομίας του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο).

Σκοπός της συμβουλευτικής για τις ανευπλοειδίες (χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως το σύνδρομο Down) είναι η ενημέρωση της εγκύου για τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες (πχ. τι είναι το σύνδρομο Down), η παροχή πληροφοριών σχετικά με τον ατομικό κίνδυνο της μητέρας να κυοφορεί ένα έμβρυο με ανευπλοειδία και η ενημέρωσή της σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές, ώστε να μπορέσει να κάνει μια συνειδητή επιλογή για ανίχνευτικό έλεγχο ή διαγνωστικές εξετάσεις.

Μετά από κάθε εξέταση και συζήτηση, κάθε έγκυος έχει το δικαίωμα να αποδεχτεί ή να απορρίψει εξετάσεις πληθυσμιακού ελέγχου (όπως το συνδυασμένο test πρώτου τριμήνου ή το ελεύθερο DNA) ή διαγνωστικές εξετάσεις (όπως η λήψη χοριακών λαχνών ή η αμνιοπαρακέντηση).

Η ηλικία της μητέρας είναι σημαντική στον υπολογισμό του ατομικού κινδύνου της εγκύου να κυοφορεί έμβρυο με ανευπλοειδία (χρωμοσωμική ανωμαλία), ωστόσο, δεν συστήνεται να χρησιμοποιείται ως μοναδικό κριτήριο για το αν θα προσφέρεται πληθυσμιακός έλεγχος ή διαγνωστική δοκιμασία για χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

Η συμβουλευτική πρέπει να είναι μη κατευθυντική (non-directive) με σκοπό να επιτρέπει στους γονείς να επιλέξουν μετά από κατάλληλη ενημέρωση είτε μη επεμβατικό, είτε επεμβατικό ή κανένα έλεγχο.

Στους γονείς που επιθυμούν να υποβληθούν σε πληθυσμιακό έλεγχο για τρισωμία 21 (σύνδρομο Down), προτείνεται η διενέργεια του συνδυασμένου ελέγχου κατά τις 11⁺⁰-13⁺⁶ εβδομάδες κύησης που περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο (αυχενική διαφάνεια) και βιοχημικές εξετάσεις (fβHCG και PAPP-A), από ιατρούς με κατάλληλη πιστοποίηση. Μετά την πραγματοποίηση της εξέτασης, οι γονείς ενημερώνονται για την τροποποιημένη πιθανότητα η έγκυος να κυοφορεί έμβρυο με σύνδρομο Down και για τις επιλογές τους, που είναι οι εξής:

α. Κανένας περαιτέρω έλεγχος.

β. Διαγνωστική εξέταση (όπως η λήψη χοριακών λαχνών ή αμνιοπαρακέντηση), εάν θέλουν οι γονείς να γνωρίζουν με βεβαιότητα εάν το έμβρυο φέρει σύνδρομο Down.

γ. Μη επεμβατικός έλεγχος με εξέταση του ελεύθερου DNA στο αίμα της μητέρας (cfDNA). Η εξέταση αυτή, χωρίς να είναι διαγνωστική, παρέχει μια αξιόπιστη εκτίμηση του κινδύνου, ειδικά για το σύνδρομο Down (και σε μικρότερο βαθμό για τις τρισωμίες 13 και 18, αλλά όχι για άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες ή γενετικά σύνδρομα). Προτείνεται να προηγείται συμβουλευτική καθοδήγηση ώστε να αποσαφηνίζονται οι περιορισμοί της μεθόδου. Δεν πρέπει να λαμβάνεται αμετάκλητη μαιευτική απόφαση για διακοπή της κύησης σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για χρωμοσωμική ανωμαλία χωρίς την πραγματοποίηση επεμβατικής διαγνωστικής εξέτασης (ΕΜΓΕ, οδηγία Νο 27: <https://hsog.gr>).

Η απόφαση για τις παραπάνω επιλογές αφορά αποκλειστικά το ζευγάρι.

5. Εργαστηριακός έλεγχος

Κατά την πρώτη επίσκεψη, η οποία, όπως αναφέρθηκε ήδη, ιδανικά λαμβάνει χώρα πριν από τη 10^η εβδομάδα κύησης, πρέπει να προτείνεται στην έγκυο η διενέργεια των κάτωθι εργαστηριακών εξετάσεων:

- I. Γενική εξέταση αίματος.
- II. Καθορισμός ομάδας αίματος / Rhesus και έλεγχος εμμέσου Coombs στον ορό της εγκύου και, σε Rhesus αρνητικές γυναίκες, έλεγχος Rhesus του συντρόφου.
- III. Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και δοκιμασία δρεπανώσεως, προκειμένου να ανιχνευθεί φορεία αιμοσφαιρινοπαθειών (θαλασσαιμίας, δρεπανοκυτταρικής αναμίας). Επί ανίχνευσης φορείας της εγκύου για αιμοσφαιρινοπάθεια συνιστάται αντίστοιχος έλεγχος του συντρόφου.
- IV. Γενική ανάλυση ούρων και καλλιέργεια ούρων προς έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία ασυμπτωματικής βακτηριουρίας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πυελονεφρίτιδα και αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού.
- V. Ορολογικός έλεγχος της εγκύου για την ανίχνευση ηπατίτιδος Β, ηπατίτιδος C, HIV και σύφιλης προκειμένου να χορηγηθεί η αντίστοιχη θεραπεία και να μειωθούν οι πιθανότητες μετάδοσης στο έμβρυο - νεογνό.

- VI. Έλεγχος των αντισωμάτων έναντι του ιού της ερυθράς, του κυτταρομεγαλοϊού και του τοξοπλάσματος, ώστε σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι η έγκυος δεν είναι ευαισθητοποιημένη να προφυλαχθεί από την έκθεση. Προτείνεται ο εμβολιασμός της γυναίκας έναντι της ερυθράς πριν από την κύηση ή μετά το πέρας της κύησης, προκειμένου να προστατευθούν αποτελεσματικότερα μελλοντικές ενδεχόμενες κυήσεις.
- VII. Η χρησιμότητα της καλλιέργειας κολπικού - τραχηλικού εκκρίματος προς διάγνωση βακτηριακής κολπίτιδας, ή κολπίτιδας από τριχομονάδα ή χλαμυδιακής και γονοκοκκικής λοίμωξης είναι αμφιλεγόμενη καθώς δεν είναι τεκμηριωμένο ότι η διάγνωση και αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων ελαττώνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού ή αρνητικών γενικότερων επιπτώσεων στην εξέλιξη της κύησης. Συνεπώς, ο έλεγχος χλαμυδιακής και γονοκοκκικής λοίμωξης θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε άτομα υψηλού κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ο έλεγχος για τριχομονάδα σε HIV θετικές εγκύους.
- VIII. Όσον αφορά τον έλεγχο λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος, παρότι δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία στη διεθνή βιβλιογραφία που να τον καθιστούν απαραίτητο, λαμβάνοντας υπόψιν το υψηλό ποσοστό παθήσεων του θυρεοειδούς που συναντάται στον ελληνικό πληθυσμό και τη συσχέτιση των παθήσεων του θυρεοειδούς με κακή περιγεννητική έκβαση, συστήνεται η μέτρηση της TSH κατά την πρώτη επίσκεψη. Σε όλες τις έγκυες γυναίκες θα πρέπει να λαμβάνεται ιστορικό σχετικά με παθήσεις ή λήψη φαρμάκων που σχετίζονται με θυρεοειδική δυσλειτουργία.
- IX. Όσον αφορά τον έλεγχο της παθολογίας τραχήλου στις εγκύους προτείνονται οι ίδιες κατευθυντήριες οδηγίες όπως και στον γενικό πληθυσμό (ΕΜΓΕ, οδηγία No 47: <https://hsog.gr>).
- Σημειώνεται ότι, αναφορικά με την ομάδα αίματος και Rh, τον έλεγχο για κληρονομικές αιμοσφαιρινοπάθειες και τα αντισώματα της ερυθράς, δεν απαιτείται έλεγχος εφόσον η γυναίκα έχει ήδη υποβληθεί στις εξετάσεις αυτές στο παρελθόν και τις προσκομίσει.

6. Πληθυσμιακός έλεγχος για Σακχαρώδη Διαβήτη της Κύησης

Ο πληθυσμιακός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη της κύησης συστήνεται σε όλες τις εγκύους

επειδή ο εντοπισμός εγκύων γυναικών με διαβήτη ακολουθούμενος είτε από αλλαγή του τρόπου ζωής (διατροφή ή/και άσκηση) είτε από κατάλληλη θεραπεία μπορεί να μειώσει τα ποσοστά νοσηρότητας μητέρας και εμβρύου, ιδιαίτερα μακροσωμία, δυστοκία ώμων και προεκλαμψία. (ΕΜΓΕ, οδηγίες No 35 & 36: <https://hsog.gr>).

7. Πληθυσμιακός έλεγχος για προεκλαμψία

Η πρόβλεψη προεκλαμψίας μπορεί να πραγματοποιηθεί με βάση παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης προεκλαμψίας από το ατομικό και μαιευτικό ιστορικό της μητέρας. Οι γυναίκες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας είναι αυτές που έχουν 1 παράγοντα υψηλού κινδύνου ή τουλάχιστον 2 παράγοντες μέτριου κινδύνου για προεκλαμψία.

Οι παράγοντες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Υπερτασική νόσος σε προηγούμενη εγκυμοσύνη
- Χρόνια υπέρταση
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος ή το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο
- Διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2

Οι παράγοντες μέτριου κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Πρώτη κύηση
- Ηλικία μητέρας > 40 ετών
- Χρονικό διάστημα μεταξύ δύο κύσεων > 10 ετών
- Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ή κατά την πρώτη επίσκεψη
- Πολύδυμη κύηση
- Οικογενειακό ιστορικό προεκλαμψίας

Στις έγκυες γυναίκες οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας πρέπει να συστήνεται, όπου δεν υπάρχει αντένδειξη, χορήγηση περίπου 150 mg ακετυλοσαλικυλικού οξέος, καθημερινά, μετά το τελευταίο γεύμα της ημέρας, από τις 12⁺⁰ έως τις 36⁺⁰ εβδομάδες κύησης.

Ο πληθυσμιακός έλεγχος για προεκλαμψία μπορεί επίσης να γίνει με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κατά την υπερηχογραφική εξέταση στις 11⁺⁰-13⁺⁶ εβδομάδες κύησης, με τον συνδυασμό του ατομικού και μαιευτικού ιστορικού, της μέτρησης της αρτηριακής πίεσης της μητέρας, της εκτίμησης της ροής του αίματος στα μητριάα αγγεία και της βιοχημείας του πρώτου τριμήνου.

Τέλος, η μέτρηση και η καταγραφή της αρτηριακής πίεσης της εγκύου καθώς επίσης και του βάρους της πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα κάθε επίσκεψης ενώ οι μετρήσεις γίνονται συχνότερες σε κύσεις υψηλού κινδύνου για προεκλαμψία.

V. Προτεινόμενος έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης

➤ Τι περιλαμβάνει η ο προγεννητικός έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης;

Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 11⁺⁰ - 13⁺⁶ εβδομάδων κύησης

Κατά την ηλικία αυτή της κύησης πρέπει να εξετάζεται η πρόοδος της εγκυμοσύνης, να συζητούνται θέματα επί της διατροφής, του τρόπου ζωής της εγκύου, των τεχνικών ασκήσεων πυελικού εδάφους που μπορεί να βοηθήσουν κατά τον τοκετό αλλά και των ειδικών συνθηκών του Μαιευτηρίου όπου πρόκειται να λάβει χώρα ο τοκετός, προκειμένου να επιχειρείται η ολοένα και μεγαλύτερη εξοικείωση της εγκύου με τη διαδικασία του τοκετού. Ευαίσθητα θέματα, όπως αυτά ενδεχόμενης ενδοοικογενειακής βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, ψυχολογικών μεταβολών και κατάχρησης ουσιών πρέπει να θίγονται σε κάθε ευκαιρία μεταξύ Μαιευτήρα - Γυναικολόγου και εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων που ζητήθηκαν από την έγκυο κατά την πρώτη επίσκεψη μπορεί να λάβει χώρα στην εξέταση αυτή.

Κυρίαρχο ρόλο κατέχει ο υπερηχογραφικός έλεγχος κατά την ηλικία αυτή της κύησης (υπερηχογραφικός έλεγχος πρώτου τριμήνου) που πρέπει απαραίτητως να προσφέρεται ως επιλογή σε όλες τις εγκύους. Κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με το υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου κύησης είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα της ΕΜΓΕ (ΕΜΓΕ, οδηγία Νο 28, <https://hsog.gr>).

Εάν η έγκυος για οποιοδήποτε λόγο δεν υποβληθεί στον πληθυσμιακό προγεννητικό έλεγχο του πρώτου τριμήνου, τότε μπορεί να γίνει σύσταση για βιοχημικό έλεγχο 2ου τριμήνου («τριπλό test», ή «τετραπλό test») μεταξύ 15 - 22 εβδομάδων κύησης, κατά τον οποίο η μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) σε συνδυασμό με την οιστρίδη (uE3), την α-φετοπρωτεΐνη (AFP) (τριπλό test) και την inhibin A (DIA) (τετραπλό test) επιτυγχάνει ανίχνευση περίπου 70% των εμβρύων με σύνδρομο Down.

Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 16⁺⁰ - 17⁺⁶ εβδομάδων κύησης

Μέτρηση σωματικού βάρους και αρτηριακής πίεσης, ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών και έλεγχος για πρωτεϊνουρία (dipstick ούρων).

Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 20⁺⁰ - 23⁺⁶ εβδομάδων κύησης

Σε αυτή την ηλικία κύησης πρέπει να πραγματοποιείται μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σωματικού βάρους και έλεγχος για πρωτεϊνουρία.

Βασικό ρόλο κατά την περίοδο αυτή της εγκυμοσύνης κατέχει το ανατομικό υπερηχογράφημα του εμβρύου (Β' επιπέδου) που συστήνεται να γίνεται μεταξύ 20-23⁺⁶ εβδομάδων κύησης και στο οποίο πρέπει να υποβάλλονται όλες οι έγκυες από εξειδικευμένο στην Εμβρυομητρική Ιατρική Μαιευτήρα - Γυναικολόγο. Ο σκοπός του πληθυσμιακού αυτού ελέγχου είναι η πιθανή εντόπιση υφιστάμενων ανατομικών ανωμαλιών του εμβρύου, ώστε να δοθεί εν συνεχεία στους γονείς η δυνατότητα κατάλληλης συμβουλευτικής προκειμένου να ληφθούν έγκαιρα αποφάσεις (ενδομήτρια θεραπεία εμβρύου, διακοπή κύησης ανάλογα με τη βαρύτητα της ανωμαλίας, υποστηρικτική αγωγή, τοκετός σε εξειδικευμένο για τη μετέπειτα αντιμετώπιση του νεογνού κέντρο).

Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο, προτείνεται επιπλέον η υπερηχογραφική εκτίμηση του μήκους του τραχήλου ως πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για τον πρόωρο τοκετό. Επίσης, προτείνεται η μέτρηση της αντίστασης της ροής αίματος στις μητρίαίες αρτηρίες με χρήση Doppler ως πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για την προεκλαμψία και την υπολειπόμενη αύξηση του εμβρύου. Αν οι έγκυες βρεθούν με αυξημένο κίνδυνο για τις ανωτέρω επιπλοκές (μήκος τραχήλου < 25mm και mean PI μητρίαίων αρτηριών > 95^η εκ θέση, αντίστοιχα) τροποποιείται ανάλογα και η διαχείριση της κύησης. (ΕΕΥΜΓ, https://www.hellenicultrasound.gr/images/hellenicultrasound/HSUOG_2_trimester_guideline_May17.pdf)

Προτεινόμενος έλεγχος 28 εβδομάδων κύησης

Πρέπει να πραγματοποιείται μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σωματικού βάρους και έλεγχος για πρωτεϊνουρία. Επίσης, προτείνεται γενική εξέταση αίματος. Στις Rhesus αρνητικές εγκύους χορηγείται υπεράνοσος αντι-D γ-σφαιρίνη. Όλες οι έγκυες που δεν έχουν προϋπάρχοντα σακχαρώδη

διαβήτη ή προηγουμένως διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη της κύησης πρέπει να υποβάλλονται σε καμπύλη ανοχής γλυκόζης μεταξύ 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας κύησης (ΕΜΓΕ, οδηγίες Νο 35 & 36: <https://hsog.gr>). Εφόσον η έγκυος προσέλθει μετά τις 28⁺⁰ εβδομάδες, θα της συσταθεί να υποβληθεί στην καμπύλη ανοχής το συντομότερο δυνατό.

Προτεινόμενος έλεγχος 32, 36, 40 εβδομάδων κύησης

Πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε επίσκεψη συστηματική μέτρηση σωματικού βάρους, αρτηριακής πίεσης και έλεγχος για πρωτεϊνουρία (με ταινία εξέτασης ούρων - dipstick ούρων).

Η προγεννητική ανίχνευση της εμβρυικής υπολειπόμενης σωματικής αύξησης (Fetal Growth Restriction - FGR) παρέχει το πλεονέκτημα παρεμβάσεων για μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με αυτή την κατάσταση. Η σχετιζόμενη με την FGR κακή έκβαση περιλαμβάνει την προωρότητα, την περιγεννητική ασφυξία, τον ενδομήτριο και νεογνικό θάνατο, άμεσες επιπλοκές όπως η κακή θερμορύθμιση, η υπογλυκαιμία, η πολυκυτταραιμία, η επηρεασμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού, καθώς και απώτερες όπως η νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση.

Ο συστηματικός, καθολικός υπερηχογραφικός έλεγχος των κύσεων στο τρίτο τρίμηνο αποτελεί μέθοδο ελέγχου της κατάστασης του εμβρύου. Διεθνώς, δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με το χρονοδιάγραμμα ή τον αριθμό των υπερηχογραφικών εξετάσεων. (ΕΕΥΜΓ, https://www.hellenicultrasound.gr/images/hellenicultrasound/3st_trimester/3RD_TRIMESTER_HSUOG.pdf)

Συστήνεται οι έγκυες γυναίκες να υποβάλλονται σε έλεγχο για αποικισμό β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου (GBS) με λήψη επιχρίσματος εισόδου κόλπου και ορθού μεταξύ 36⁺⁰ και 37⁺⁶ εβδομάδων. Οι έγκυες που αποκλείονται είναι εκείνες με βακτηριουρία GBS διαγνωσμένη νωρίτερα στην παρούσα κύηση ή εκείνες που γέννησαν νεογνό με GBS νόσο, καθώς αυτές οι έγκυες θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λάβουν προληπτικά αντιβιοτική αγωγή κατά τον τοκετό. Η χημειοπροφύλαξη αποικισμένων εγκύων γυναικών έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης νεογνικής λοίμωξης με GBS.

Μετά τις 36 εβδομάδες, ο προσδιορισμός της προβολής του εμβρύου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε υπερηχογραφικά είτε με τους χειρισμούς του Λεοπόλδου.

Η εφαρμογή συστηματικού καρδιοτοκογραφικού ελέγχου ηρεμίας σε μονήρεις, ανεπίπλεκτες κύσεις, δεν είναι απαραίτητη.

Προτεινόμενος έλεγχος μετά τις 40 εβδομάδες κύησης

Εφόσον ο τοκετός δεν έχει περατωθεί μέχρι τη συμπλήρωση των 40⁺⁰ εβδομάδων κύησης, συστήνεται η υπερηχογραφική εκτίμηση του αμνιικού υγρού και καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας ή ο έλεγχος του βιοφυσικού προφίλ δύο φορές την εβδομάδα. Συστήνεται η ενημέρωση της εγκύου για την αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα μετά τις 41⁺⁰ εβδομάδες κύησης και η πρόκληση τοκετού.

VI. Εκπαίδευση και προώθηση της υγείας της εγκύου

➤ Τι περιλαμβάνει η εκπαίδευση και προώθηση της υγείας της εγκύου;

1. Ψυχική υγεία

Περίπου 9% των εγκύων και 10% των λεχωίδων πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης σοβαρών καταθλιπτικών διαταραχών. Η περιγεννητική κατάθλιψη συνδέεται με σημαντικό κόστος για άτομα, παιδιά, οικογένειες και την κοινότητα. Αρκετά εργαλεία διάλογής έχουν επικυρωθεί για χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας ώστε να βοηθήσουν στη συστηματική αναγνώριση ασθενών με περιγεννητική κατάθλιψη. Ένα από αυτά, η κλίμακα του Εδιμβούργου (EPDS) συχνότερα τόσο ερευνητικά όσο και στην κλινική πράξη και θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος της προγεννητικής φροντίδας ήδη από το πρώτο τρίμηνο για την ανίχνευση ψυχικής νόσου στην κύηση και στη λοχεία. Σε γυναίκες που ανιχνεύονται ως υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη προτείνεται η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση.

2. Διατροφή

Ιδανικά, η διατροφική κατάσταση μιας γυναίκας αξιολογείται αρχικά πριν από την επίτευξη εγκυμοσύνης, έτσι ώστε οι διατροφικές αλλαγές για τη βελτιστοποίηση της υγείας της μητέρας και του παιδιού να ξεκινήσουν πριν από τη σύλληψη. Η διατροφική αξιολόγηση και συμβουλευτική συστήνεται να συνεχιστεί σε όλη την εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Τα βασικά συστατικά της υγιεινής διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν:

- Την ενδεικνυόμενη αύξηση σωματικού βάρους της εγκύου (πίνακας Institute of Medicine, US, 2009)

	Ολική αύξηση βάρους	Ρυθμός αύξησης βάρους στο 2 ^ο και 3 ^ο τρίμηνο κύησης
ΔΜΣ προ κύησης	Εύρος σε kg	Μέση τιμή (εύρος) σε kg/εβδομάδα
Λιποβαρής (<18.5 kg/m ²)	12.5 to 18	0.51 (0.44 to 0.58)
Φυσιολογικό βάρος (18.5-24.9 kg/m ²)	11.5 to 16	0.42 (0.35 to 0.50)
Υπέρβαρη (25.0-29.9 kg/m ²)	7 to 11.5	0.28 (0.23 to 0.33)
Παχύσαρκτη (≥30.0 kg/m ²)	5 to 9	0.22 (0.17 to 0.27)

- Την κατανάλωση ποικιλίας κυρίως μη επεξεργασμένων τροφίμων σε κατάλληλες ποσότητες ώστε να εξασφαλίζεται η επαρκής, αλλά όχι η υπερβολική, αύξηση βάρους της μητέρας.
- Χορήγηση κατάλληλου συμπληρώματος βιταμινών και ιχνοστοιχείων όπου αυτό απαιτείται.
- Η σύσταση για αποφυγή αλκοόλ, διακοπή του καπνίσματος, τροποποίηση βλαπτικών για το έμβρυο φαρμακευτικών αγωγών και ενημέρωση για τις αρνητικές επιπτώσεις της λήψης εθιστικών ουσιών στην εγκυμοσύνη πρέπει να λαμβάνουν χώρα πολύ νωρίς, ιδανικά πριν την επίτευξη της κύησης.
- Σύσταση για ασφαλή χειρισμό τροφίμων: πρέπει να δίδονται σαφείς οδηγίες πάνω σε θέματα υγιεινής και διατροφής, προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος, σχετιζόμενων με λήψη ακατάλληλης τροφής, λοιμώξεων της μητέρας. Συνιστάται επιμελής καθαρισμός φρούτων και λαχανικών, καθώς επίσης και το καλό μαγείρεμα των κρεατικών - πουλερικών (κίνδυνος επιμόλυνσης από *Toxoplasma*, *Listeria* και *Salmonella*). Επιπλέον, προτείνεται η αποφυγή βρώσης ωμών θαλασσινών και οστρακοειδών μέχρι τη 12^η εβδομάδα κύησης (κίνδυνος επιμόλυνσης από *Norovirus*, *Listeria* και παράσιτα). Επιτρέπεται η λήψη καφεΐνης μέχρι 150mg - 300mg / ημέρα.

3. Εργασία

Η εργασία δεν αντενδίδκνυται κατά τη διάρκεια της ομαλά εξελισσόμενης ανεπίπλεκτης κύησης.

4. Σεξουαλικές σχέσεις

Η σεξουαλική επαφή επιτρέπεται εφόσον δεν συντρέχουν παθολογικές καταστάσεις (π.χ. αιμορραγία, ρήξη των εμβρυικών υμένων).

5. Ταξίδια

Οι έγκυες μπορούν να ταξιδεύουν με αυτοκίνητο καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης και πρέπει να ενημερώνονται για τη σωστή τοποθέτηση της ζώνης ασφαλείας. Το κατώτερο τμήμα της ζώνης τοποθετείται κάτω από την κοιλιά και το ανώτερο τμήμα της πάνω από την κοιλιά και ανάμεσα από το στήθος.

Όσον αφορά τα αεροπορικά ταξίδια, πολλές αεροπορικές εταιρείες επιτρέπουν πτήσεις μέχρι την 37^η εβδομάδα της κύησης στις μονήρεις κυήσεις. Για ταξίδια διάρκειας μεγαλύτερης των τεσσάρων ωρών συστήνεται η άφθονη λήψη υγρών και η συχνή κινητοποίηση (περπάτημα ανά 30 λεπτά) προς αποφυγή εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Επίσης, συστήνεται η χρήση ελαστικών καλτσών κάτω από το γόνατο, η αποφυγή περιοριστικών και στενών ενδυμάτων και η συνεχής χρήση ζώνης ασφαλείας για προστασία από τραυματισμούς από απρόσμενες αναταράξεις.

6. Άσκηση και σωματική δραστηριότητα

Για τις περισσότερες έγκυες γυναίκες με μονήρεις ανεπίπλεκες κυήσεις, συστήνεται σωματική άσκηση ως μέρος ενός υγιούς τρόπου ζωής. Συγκεκριμένα η έγκυος μπορεί να ασκείται με μέτρια ένταση (ώστε να μπορεί να συνεχίσει μια κανονική συνομιλία κατά τη διάρκεια της άσκησης) που περιλαμβάνει αερόβια άσκηση και δυναμικές ασκήσεις, για 30 λεπτά καθημερινά, πέντε έως επτά ημέρες την εβδομάδα. Αν και είναι ευρέως διαδεδομένη η πεποίθηση πως η κατάκλιση βελτιώνει την έκβαση σε κυήσεις υψηλού κινδύνου, τα δεδομένα δεν υποστηρίζουν ότι η ανάπαυση στο κρεβάτι μειώνει τον κίνδυνο αποβολής, πρόωρου τοκετού ή προεκλαμψίας ή βελτιώνει την έκβαση σε πολύδυμες κυήσεις ή σε κυήσεις με εμβρυική υπολειπόμενη σωματική αύξηση. Αντίθετα, η κατάκλιση έχει συνδεθεί με επιπλοκές όπως απώλεια της πυκνότητας του δοκιδωτού οστού, αύξηση του κινδύνου φλεβοθρόμβωσης και σημαντικό βαθμό ψυχοκοινωνικού stress.

7. Φαρμακευτικά σκευάσματα

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συστήνεται η χορήγηση των εξής φαρμακευτικών σκευασμάτων από του στόματος:

1. Φυλλικού οξέος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και, εάν η κύηση είναι προγραμματισμένη, τέσσερις εβδομάδες πριν από τη γονιμοποίηση και μέχρι και τη 12^η εβδομάδα κύησης. Η προτεινόμενη δοσολογία είναι 400 mcg / ημέρα προς πρόληψη ανοικτών βλαβών του νευρικού σωλήνα του εμβρύου. Σε περίπτωση που η κυοφορούσα αναφέρει ιστορικό προηγούμενης κύησης με ανοικτή βλάβη του νευρικού σωλήνα του εμβρύου συστήνεται η προφυλακτική λήψη 5 mg φυλλικού οξέως, ξεκινώντας δώδεκα εβδομάδες πριν από την γονιμοποίηση και μέχρι και τη 12^η εβδομάδα κύησης.
2. Στοιχειακού Σιδήρου σε δοσολογία 30 mg - 60 mg / ημέρα, από το πρώτο τρίμηνο, ειδικά αν η αιμοσφαιρίνη είναι < 10.5 g/dl.
3. Ασβεστίου 1.5 - 2.0 g / ημέρα. (WHO), εφόσον η διατροφή της μητέρας δεν επαρκεί για τις ανάγκες της κύησης
4. Βιταμίνης D σε γυναίκες υψηλού κινδύνου για έλλειψη αυτής, σε δοσολογία 600 IU/ ημέρα κατά την περίοδο της κύησης και του θηλασμού.

8. Εμβολιασμός

Πρέπει να συστήνεται εμβολιασμός σε όλες τις εγκύους:

1. Έναντι του ιού της γρίπης κατά την ετήσια περίοδο εμβολιασμού, ανεξαρτήτως εβδομάδας κύησης.
2. Με μία δόση Tdap (έναντι του τετάνου-διφθερίτιδας-κοκκύτη) μεταξύ 27^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας της κύησης.
3. Σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι της COVID-19 έχει εκδοθεί από την ΕΜΓΕ η οδηγία 57/2021

VII. Σύνοψη

- Η προγεννητική φροντίδα πρέπει να ξεκινά στο πρώτο τρίμηνο, ιδανικά πριν από τις 10 εβδομάδες κύησης, καθώς αρκετές εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου μπορούν να πραγματοποιηθούν σε αυτήν την ηλικία κύησης.
- Ένας βασικός στόχος της προγεννητικής φροντίδας είναι η αναγνώριση των γυναικών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών

κατά την κύηση ή ανωμαλιών του εμβρύου. Αυτό επιτυγχάνεται λαμβάνοντας ένα ολοκληρωμένο ιατρικό, μαιευτικό, ψυχοκοινωνικό και οικογενειακό ιστορικό, με την ακριβή χρονολόγηση της κύησης και τη διενέργεια κατάλληλων εξετάσεων κατά τη διάρκειά της.

- Ο βασικός υπερηχογραφικός έλεγχος της μονήρους ανεπίπλεκτης κύησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:
 1. Υπερηχογράφημα 11⁺⁰ -13⁺⁶ εβδομάδων (εξέταση αυχενικής διαφάνειας)
 2. Υπερηχογράφημα 2ου τριμήνου κύησης (ανατομικών ανωμαλιών/ Β' επιπέδου, 20⁺⁰ -23⁺⁶ εβδομάδες)
 3. Υπερηχογράφημα εμβρυικής σωματικής αύξησης (Doppler, 32⁺⁰ - 36⁺⁶ εβδομάδες)

VIII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (No 10/2014)

1. Συστήνεται μη κατευθυντική συμβουλευτική (non-directive) με σκοπό να επιτρέπει στους γονείς να επιλέξουν μετά από κατάλληλη ενημέρωση είτε μη επεμβατικό, είτε επεμβατικό ή κανένα έλεγχο για χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
2. Συστήνεται πληθυσμιακός έλεγχος για προεκλαμψία από το πρώτο τρίμηνο της κύησης και χορήγηση ασπιρίνης στις κυήσεις υψηλού κινδύνου.
3. Συστήνεται οι έγκυες γυναίκες να υποβάλλονται σε έλεγχο για αποικισμό β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου (GBS) με λήψη επιχρίσματος εισόδου κόλπου και ορθού μεταξύ 36⁺⁰ και 37⁺⁶ εβδομάδων.
4. Προτείνεται να αποτελέσει μέρος της προγεννητικής φροντίδας ήδη από το πρώτο τρίμηνο η ανίχνευση ψυχικής νόσου στην κύηση και στη λοχεία. Σε γυναίκες που ανιχνεύονται ως υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη προτείνεται η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση.
5. Συστήνεται εμβολιασμός σε όλες τις εγκύους έναντι του ιού της γρίπης κατά την ετήσια περίοδο εμβολιασμού, ανεξαρτήτως εβδομάδας κύησης καθώς και μία δόση Tdap (έναντι του τετάνου-διφθερίτιδας-κοκκύτη) μεταξύ 27^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας της κύησης. Σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι της COVID-19 έχει εκδοθεί από την ΕΜΓΕ η οδηγία 57/2021.

6. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο 2^{ου} τριμήνου, προτείνεται υπερηχογραφική εκτίμηση του μήκους του τραχήλου ως πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για τον πρόωρο τοκετό και μέτρηση της αντίστασης της ροής αίματος στις μητριαίες αρτηρίες με χρήση Doppler ως πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για την προεκλαμψία και την υπολειπόμενη αύξηση του εμβρύου.
7. Συστήνεται υπερηχογράφημα εμβρυικής σωματικής αύξησης (fetal growth) μεταξύ 32⁺⁰ – 36⁺⁶ εβδομάδων.

Ομάδα σύνταξης

Μακάριος Ελευθεριάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Αλέξανδρος Σωτηριάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Παρασκευάς Πετρόπουλος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Νικόλαος Βλάχος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Γεώργιος Δασκαλάκης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Ομάδα συντονισμού

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

ΙΧ.Βιβλιογραφία

1. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *THYROID* Volume 27, Number 3, 2017 ^a American Thyroid Association, ^a Mary Ann Liebert, Inc.OI: 10.1089/thy.2016.0457.
2. Peter N. Taylor et al. Thyroid Screening in Early Pregnancy: Pros and Cons. *Frontiers in Endocrinology* | October 2018, Volume 9, Article 626.
3. Analysis of foetal DNA in the woman's blood: non-invasive prenatal testing (NIPT) for trisomy 13, 18 and 21. SFOG Guidelines 2016, developed by Ultra ARG interdisciplinary.
4. Non-invasive Prenatal Testing: A Review of the Cost Effectiveness and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2014.
5. 2018 Clinical Practice Guidelines Committees for the development of the Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 42 (2018) A6–A16.
6. The Levels of Evidence and their role in Evidence-Based Medicine. NIH Public Access *Plast Reconstr Surg.* 2011 July; 128(1): 305–310. doi:10.1097/PRS.0b013e318219c171.
7. Υπερηχογραφική παρακολούθηση στην κύηση χαμηλού κινδύνου Κατευθυντήριες οδηγίες υπερηχογραφικού ελέγχου στη Μαιευτική, Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων στη Μαιευτική & Γυναικολογία 2018.
8. Antenatal care for uncomplicated pregnancies NICE guidelines Reference Number CG62, 2008.
9. Antenatal care for uncomplicated pregnancies, NICE guidelines 2016.
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.
11. Routine antenatal assessment in the absence of pregnancy complications, The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016.
12. O'Gorman et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49: 756–760.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy. London: RCOG Press, 2010.
14. ACOG. First-trimester risk assessment for early-onset preeclampsia. Committee opinion No. 638. *Obstet Gynecol* 2015; 126: e25–27.
15. Rolnik et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med* 2017;377:613–622.
16. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan, ISUOG, 2010.

17. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns: ACOG Committee Opinion, Number 797. *Obstet Gynecol.* 2020;135(2):e51.
18. Grobman WA et al., Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med.* 2018 Aug 9;379(6):513-523. doi: 10.1056/NEJMoa1800566.
19. ACOG Practice Bulletin No. 163, Prenatal Diagnostic Testing for Genetic Disorders.
20. Colicchia LC et al. Patient-Health Care Provider Conversations About Prenatal Genetic Screening: Recommendation or Personal Choice. *Obstet Gynecol.* 2016 Jun;127(6):1145-52. doi: 10.1097/AOG.0000000000001433.
21. Screening for perinatal depression ACOG COMMITTEE OPINION No 757, 2018.
22. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Rasmussen KM, Yaktine AL (Eds), National Academies Press (US), The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health, Washington (DC) 2009.
23. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice_advisory/articles/2018/08/clinical-guidance-for-integration-of-the-findings-of-the-arrive-trial.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.