



Προγεννητικός έλεγχος: παρακολούθηση ομαλά εξελισσόμενης, ανεπίπλεκτης κύησης

Εισαγωγή

Η ολοκληρωμένη παρακολούθηση της κύησης από το 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 ανεπίπλεκτης 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 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 κατευθυντήριων προτεινόμενων οδηγιών.

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

Η εκτίμηση παραγόντων κινδύνου από το ιστορικό της εγκύου, κλινικά ευρήματα ή ανάπτυξη συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως και παθολογικά αποτελέσματα εκ του βασικού προτεινόμενου κλινικοεργαστηριακού ελέγχου, επιβάλλουν τη διενέργεια ειδικών κατά περίπτωση διαγνωστικών εξετάσεων και ενδεχομένως θεραπευτικών παρεμβάσεων από το Μαιευτήρα – Γυναικολόγο, εξατομικευμένα για κάθε έγκυο.

Προτεινόμενος έλεγχος – οδηγίες κατά τη διάγνωση της κύησης

Κατά την πρώτη επικοινωνία της εγκύου με το Μαιευτήρα – Γυναικολόγο προτείνεται η επιβεβαίωση της διάγνωσης της φυσιολογικά εξελισσόμενης ενδομήτριας κύησης με διενέργεια υπερηχογραφικού ελέγχου μεταξύ 5^{ης} – 8^{ης} εβδομάδος κύησης (διάγνωση μονήρους ή πολύδυμης κύησης, διαπίστωση θέσης εμφύτευσης, υπερηχογραφικής -



με βάση το κεφαλουραίο μήκος του εμβρύου - ηλικίας κύησης, όπως και ανίχνευση εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας). Με τη διάγνωση πρέπει να συστήνεται η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων φυλλικού οξέος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης (προτεινόμενη δοσολογία 400 mcg / ημέρα) προς πρόληψη ανοικτών βλαβών του νευρικού σωλήνα του εμβρύου (Βαθμίδα Σύστασης Α) και να δίδονται σαφείς οδηγίες πάνω σε θέματα υγιεινής και διατροφής, προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος, σχετιζομένων με λήψη ακατάλληλης τροφής, λοιμώξεων της μητέρας. Παρεμβάσεις επί του τρόπου ζωής των εγκύων, όπως η διακοπή του καπνίσματος, τροποποίηση βλαπτικών για το έμβρυο φαρμακευτικών αγωγών που ελάμβαναν και ενημέρωσή τους για τις αρνητικές επιπτώσεις της λήψης εθιστικών ουσιών και αλκοόλ στην εγκυμοσύνη πρέπει να λαμβάνουν χώρα πολύ ενωρίς, ιδανικά κατά τη συμβουλευτική πριν καν την επίτευξη της κύησης.

Η έγκυος πρέπει να ενημερώνεται εξ'αρχής (Βαθμίδα Σύστασης Γ) για την καθοριστική αξία των εξετάσεων πληθυσμιακού ελέγχου κατά τον προγεννητικό έλεγχο (έλεγχος για αιμοσφαιρινοπάθειες, έλεγχος χρωμοσωμιακών ανωμαλιών του εμβρύου κατά το πέρας του πρώτου τριμήνου, έλεγχος ανατομίας του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο). Ο προγραμματισμός των μαιευτικών επισκέψεων κατά την παρακολούθηση της κύησης είναι επίσης βασικός. Σε περίπτωση πρωτοτόκου με ανεπίπλεκτη ομαλά εξελισσόμενη κύηση, θεωρείται πως 10 επισκέψεις στο Μαιευτήρα – Γυναικολόγο καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι επαρκείς. Εάν πρόκειται για πολυτόκο, τότε οι 7 συνολικά μαιευτικές επισκέψεις για ομαλά εξελισσόμενη ανεπίπλεκτη κύηση είναι – συνήθως - αρκετές.

Ιδανικά, από την πρώτη εξέταση πρέπει να προτείνεται στην έγκυο η διενέργεια των κάτωθι εργαστηριακών εξετάσεων: γενική εξέταση αίματος (Βαθμίδα Σύστασης Β), καθορισμός ομάδας αίματος / Rhesus (Βαθμίδα Σύστασης Β) και σε Rhesus αρνητικές γυναίκες έλεγχος Rhesus του συντρόφου και έμμεσος Coombs στον ορό της εγκύου. Εάν διαπιστωθεί αναιμία, η λήψη σκευασμάτων σιδήρου, πέραν της όποιας άλλης διαφοροδιαγνωστικής περαιτέρω προσέγγισης, πρέπει να συσταθεί στην έγκυο (Βαθμίδα Σύστασης Α).

Επίσης, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και δοκιμασία δρεπανώσεως πρέπει να πραγματοποιούνται όσο το δυνατό ενωρίτερα κατά την κύηση όταν πρόκειται για πρωτοτόκο, προκειμένου να ανιχνευθεί φορεία αιμοσφαιρινοπαθειών (θαλασσαιμίας, δρεπανοκυτταρικής αναιμίας). Εάν οι συγκεκριμένες εξετάσεις έχουν λάβει χώρα σε προηγούμενη κύηση δεν απαιτείται επανάληψη. Επί ανίχνευσης φορείας της εγκύου για αιμοσφαιρινοπάθεια απαιτείται αντίστοιχος έλεγχος του συντρόφου.

Γενική ανάλυση ούρων και καλλιέργεια ούρων πρέπει να διενεργούνται ενωρίς κατά την κύηση προς έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία ασυμπτωματικής βακτηριουρίας που άλλως μπορεί να οδηγήσει σε πυελονεφρίτιδα και αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Αντιθέτως, καλλιέργεια κολπικού – τραχηλικού εκκρίματος προς διάγνωση ασυμπτωματικής κολπίτιδος ή χλαμυδιακής λοίμωξης δεν προτείνεται, καθώς δε



φαίνεται ότι η διάγνωση και αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων ελαττώνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού ή αρνητικών γενικότερα επιπτώσεων στην εξέλιξη της κύησης (Βαθμίδα Σύστασης Α).

Οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες υποστηρίζουν τον ορολογικό έλεγχο της εγκύου ενωρίς κατά την κύηση για ανίχνευση ηπατίτιδος Β (Βαθμίδα Σύστασης Α), HIV (Βαθμίδα Σύστασης Α) και σύφιλης (Βαθμίδα Σύστασης Β). Υπάρχουν συγκεκριμένες αποτελεσματικές και οικονομικά οφέλιμες για το σύστημα υγείας προσεγγίσεις σε περιπτώσεις διαπίστωσης θετικών των ανωτέρω εξετάσεων, ώστε να ληφθούν μέτρα πρόληψης κάθετης μετάδοσης της λοίμωξης από τη μητέρα στο έμβρυο – νεογνό. Επίσης, σημειώνεται η αξία του ορολογικού ελέγχου της εγκύου, κατά τη διάγνωση της κύησης, προς έλεγχο αντισωμάτων κατά του ιού της ερυθράς (Βαθμίδα Σύστασης Β), ώστε σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι δεν είναι ευαισθητοποιημένη να προφυλαχθεί από επαφή με ομάδες υψηλού κινδύνου (αναγκασίος ο εμβολιασμός της μετά το πέρας της κύησης προκειμένου να προστατευθούν αποτελεσματικότερα μελλοντικές ενδεχόμενες κύσεις).

Αντιθέτως, υφίσταται έλλειμμα τεκμηριωμένων ενδείξεων γύρω από το όφελος σε σχέση με το σχετικό κόστος από τη συστηματική υιοθέτηση άλλων συχνά εφαρμοζόμενων διαγνωστικών δοκιμασιών [ορολογικός έλεγχος αντισωμάτων έναντι ηπατίτιδος C (Βαθμίδα Σύστασης Γ), κυτταρομεγαλοϊού (Βαθμίδα Σύστασης Β), τοξοπλάσματος (Βαθμίδα Σύστασης Β) αλλά και καλλιέργεια ρουτίνας κολπικού εκκρίματος για έλεγχο ομάδος Β στρεπτοκοκκικής λοίμωξης (Βαθμίδα Σύστασης Γ)].

Είναι σημαντικό λαμβάνεται αναλυτικό ιστορικό από την έγκυο, να πραγματοποιείται και να καταγράφεται μέτρηση του βάρους και του ύψους (υπολογισμός δείκτη μάζας σώματος) της κατά την πρώτη επίσκεψη (Βαθμίδα Σύστασης Β), ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης με την αντίστοιχη περιοδική μέτρηση του σωματικού της βάρους στις μεταγενέστερες επισκέψεις (Βαθμίδα Σύστασης Γ). Επίσης, ο έλεγχος του τραχήλου της μήτρας κλινικά με επισκόπηση και κυτταρολογικά με δοκιμασία κατά Παπανικολάου προτείνονται κατά τη διάγνωση κύησης, εάν δεν έχουν λάβει χώρα κατά τη διάρκεια του παρελθόντος ενός έτους. Τέλος, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης της εγκύου πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα κάθε επίσκεψής της στο Μαιευτήρα – Γυναικόλογο, με ακόμη συχνότερες μετρήσεις να προτείνονται στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση προεκλαμψίας (πρωτοτόκες, προχωρημένη ηλικία μητέρας, οικογενειακό ή ατομικό αναμνηστικό προεκλαμψίας, υψηλός δείκτης μάζας σώματος, προυπάρχουσα αρτηριακή υπέρταση ή νεφροπάθεια, πολύδυμος κύηση). Συστηματικός πληθυσμιακός έλεγχος με υπερηχογραφική εκτίμηση έγχρωμης ροής - Doppler μητριάων αρτηριών δεν προτείνεται (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 11 – 13⁺⁶ εβδομάδων κύησης

Κατά την ηλικία αυτή της κύησης πρέπει να εξετάζεται η πρόοδος της εγκυμοσύνης,



να συζητώνται 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 Μαιευτήρος – Γυναικολόγου και εγκύου, επί τη βάση της ιδιαίτερης σχέσης που αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Βαθμίδα Σύστασης Γ).

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 ή 'αυχενική διαφάνεια') που πρέπει απαραίτητως να γίνεται σε όλες τις εγκύους προς ανίχνευση χρωμοσωματικών ανωμαλιών των εμβρύων (τρισωμία 21, 18, 16). Η ανίχνευση αυτή επιχειρείται από το συνδυασμό παραμέτρων από το ιστορικό της εγκύου (ηλικία εγκύου, ηλικία κύησης), τα υπερηχογραφικά ευρήματα (αυχενική διαφάνεια, λοιποί δείκτες όπως παρουσία / απουσία ρινικού οστού) και τη μέτρηση β-χοριακής γοναδοτροπίνης και σχετιζόμενης με την κύηση πρωτεΐνης Α (PAPP-A) στον ορό της εγκύου (υπολογισμός τελικής ανασυνδυασμένης πιθανότητας για σύνδρομο Down και λοιπές τρισωμίες). Σε περίπτωση αποτελέσματος ενδεικτικού υψηλού κινδύνου για τρισωμία του εμβρύου, θα πρέπει να λαμβάνει κατάλληλη συμβουλευτική από εξειδικευμένο στην εμβρυομητρική ιατρική προσωπικό, προκειμένου να συζητώνται περαιτέρω ενέργειες, όπως επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος με βιοψία χοριακών λαχνών ή αμνιοπαρακέντηση. Ο έλεγχος ανατομίας του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης δεν υποκαθιστά το υπερηχογράφημα αυχενικής διαφάνειας ως προς την αξία του στον πληθυσμιακό έλεγχο για σύνδρομο Down. Εάν η έγκυος δεν υποβληθεί στον πρώτο πληθυσμιακό προγεννητικό έλεγχο, τότε θα πρέπει να ακολουθήσει το 'τριπλό test', μεταξύ 15 – 20 εβδομάδων κύησης, κατά το οποίο η μέτρηση της β-χοριακής γοναδοτροπίνης σε συνδυασμό με την οιστριόλη και την α-φετοπρωτεΐνη δίδουν χρήσιμες πληροφορίες για την πιθανή παρουσία τρισωμίας του εμβρύου.

Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 16 – 17⁺⁶ εβδομάδων κύησης

Κλινική εξέταση της εγκύου, μέτρηση σωματικού βάρους – αρτηριακής πίεσης, ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών και επαναληπτικές εξετάσεις γενικής και καλλιέργειας ούρων μπορούν να λάβουν χώρα. Συστηματικός υπερηχογραφικός έλεγχος προς διαπίστωση του φύλου του εμβρύου ή της προόδου της κύησης δεν προτείνεται (επί ανεπίπλεκτων ομαλά εξελισσόμενων κύσεων).

**Προτεινόμενος έλεγχος μεταξύ 20 – 23⁺⁶ εβδομάδων κυήσεως**

Πέραν της κλινικής εκτίμησης της εγκύου, βασικό ρόλο κατά την περίοδο αυτή της εγκυμοσύνης κατέχει ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανατομίας του εμβρύου (υπερηχογράφημα β' – επιπέδου) στον οποίο πρέπει να υποβάλλονται όλες οι έγκυες από εξειδικευμένο στην Εμβρυομητρική Ιατρική Μαιευτήρα – Γυναικολόγο με χρήση κατάλληλου εξοπλισμού (Βαθμίδα Σύστασης Α). 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 κυήσεως ανάλογα με τη βαρύτητα της διαγιγνωσκόμενης ανωμαλίας, υποστηρικτική αγωγή, τοκετός σε εξειδικευμένο για τη μετέπειτα αντιμετώπιση του νεογνού κέντρο). Η βασική εμβρυϊκή υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση πρέπει να αποτελεί τμήμα του υπερηχογραφήματος β – επιπέδου. Η σύγχρονη μέτρηση επιπέδων α- φετοπρωτεΐνης ορού της μητέρας δεν προτείνεται. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σωματικού βάρους και αναλύσεις ούρων πρέπει να πραγματοποιούνται.

Προτεινόμενος έλεγχος 28 εβδομάδων κυήσεως

Στις Rhesus αρνητικές εγκύους πραγματοποιείται έλεγχος αντισωμάτων (Βαθμίδα Σύστασης Β) και σύμφωνα με τα αποτελέσματα χορήγηση υπεράνοσης αντι – D – γ – σφαιρίνης. Επίσης, προτείνεται εξέταση γενικής αίματος (Βαθμίδα Σύστασης Β), γενικής ούρων και επί παραγόντων κινδύνου για σακχαρώδη διαβήτη της κυήσεως (δείκτης μάζας σώματος άνω των 30 kg/m², ατομικό αναμνηστικό προηγούμενου τοκετού μακροσωμικού νεογνού βάρους άνω των 4.5 kg, ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη της κυήσεως, οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη) συνιστάται κατάλληλος έλεγχος με δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (καμπύλη σακχάρου με μέτρηση γλυκόζης νηστείας, όπως και μετά από χορήγηση 75 γρ. γλυκόζης στα 60 και 120 λεπτά).

Συστηματικός υπερηχογραφικός έλεγχος για τη διαπίστωση της ανάπτυξης του εμβρύου ή για την εκτίμηση του μήκους του τραχήλου της μήτρας και του κινδύνου πρόωρου τοκετού δε συνιστάται μετά τις 24 εβδομάδες της κυήσεως (Βαθμίδα Σύστασης Α). Μόνον επί διαπίστωσης επιπωματικού ή χαμηλής πρόσφυσης πλακούντος κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο δευτέρου τριμήνου συνιστάται περιοδικός επανέλεγχος με διακοιλιακό υπερηχογράφημα (και επί αδυναμίας εκτίμησης, εκτέλεση διακοιλιακού υπερηχογραφήματος).

Επίσης, σε χαμηλού κινδύνου, ανεπίπλεκτες ομαλά εξελισσόμενες κυήσεις δεν προτείνεται εφαρμογή συστηματικού Doppler υπερηχογραφικού ελέγχου.

Προτεινόμενος έλεγχος 32, 34, 36, 38, 40 εβδομάδων κυήσεως

Με βάση τις ανωτέρω επισημάνσεις για τον περιορισμό της υιοθέτησης υπερηχογραφικού ελέγχου μετά τις 24 εβδομάδες της κυήσεως σε περιπτώσεις



μονήρων ομαλά εξελισσόμενων κηήσεων, η κλινική εκτίμηση του ύψους του πυθμένα της μήτρας σε σχέση με την ηβική σύμφυση έχει βασικό ρόλο στις επισκέψεις του τρίτου τριμήνου. Οι χειρισμοί του Λεοπόλδου μετά την 36η εβδομάδα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τον κλινικό προσδιορισμό της προβολής (Βαθμίδα Σύστασης Γ) και επί υπόνοιας ανώμαλης προβολής να εκτελείται υπερηχογραφικός έλεγχος. Πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε επίσκεψη συστηματική μέτρηση σωματικού βάρους, αρτηριακής πίεσης και παραπομπή για αναλύσεις ούρων.

Δεν προτείνεται συστηματική υπερηχογραφική εξέταση Doppler ομφαλικής αρτηρίας για πρόγνωση ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου σε υγιείς έγκυες με ομαλά εξελισσόμενη, ανεπίπλεκη κύηση (Βαθμίδα Σύστασης Α).

Επίσης, η εφαρμογή συστηματικού καρδιοτοκογραφικού ελέγχου ηρεμίας σε μονήρεις, ανεπίπλεκτες κηήσεις, δε συνιστάται (Βαθμίδα Σύστασης Α).

Βέβαια, επί άρνησης της μητέρας να υποβληθεί σε πρόκληση τοκετού κατά την 41^η εβδομάδα της κηήσεως, θα πρέπει να διασφαλίζεται το καλώς έχειν'του εμβρύου στο διάστημα που ακολουθεί μέχρι τον τοκετό, με υπερηχογραφική εκτίμηση δείκτη αμνιακού υγρού και καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα.

Βιβλιογραφία

- 1 Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Mar. 56 p. (Clinical guideline; no. 62).
- 2 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Prenatal screening tests for trisomy 21, trisomy 18 and neural tube defects (C-Obs 04). October 2013
- 3 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Prenatal screening for abnormalities (C-Obs 35). October 2013
- 4 Βραχνης Ν., Γρηγοριάδης Χ. Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 9 της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας. Πρόκληση Τοκετού. Ιανουάριος 2014. www.hsog.gr
- 5 Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(2).
- 6 British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. Guidelines for blood grouping and red cell antibody testing during pregnancy. Transfusion Medicine 1996;6:71-4.
- 7 Ostrowsky JT, Lippman A, Scriver CR. Cost-benefit analysis of a thalassemia disease prevention program. American Journal of Public Health 1985;75(7):732-6.
- 8 Wald NJ, Bestwick JP, Morris JK. Cross-trimester marker ratios in prenatal screening for Down syndrome. Prenatal Diagnosis 2006;26(6):514-23.
- 9 Gilbert RE, Augood C, Gupta R, et al. Screening for Down's syndrome: effects, safety, and cost effectiveness of first and second trimester strategies. British Medical Journal 2001;323:1-6.
- 10 Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. Health Technology Assessment 2000;4:1-193.



- 11 Ritchie K, Bradbury I, Slattery J, et al. Economic modelling of antenatal screening and ultrasound scanning programmes for identification of fetal abnormalities. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;112(7):866-74.
- 12 Little PJ. The incidence of urinary infection in 5000 pregnant women. *Lancet* 1966;2:925-8.
- 13 Etherington IJ, James DK. Reagent strip testing of antenatal urine specimens for infection. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993;100:806-8.
- 14 McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J, Vigneswaran R. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(2):1-30.
- 15 Peckham CS, Coleman JC, Hurley R, Chin KS, Henderson K, Preece PM. Cytomegalovirus infection in pregnancy: preliminary findings from a prospective study. *Lancet* 1983;1352-5.
- 16 Sehgal A, Sehgal R, Gupta I, Bhakoo ON, Ganguly NK. Use of hepatitis B vaccine alone or in combination with hepatitis B immunoglobulin for immunoprophylaxis of perinatal hepatitis B infection. *Journal of Tropical Pediatrics* 1992;38:247-51.
- 17 Tovo PA, Pembrey L, Newell M-L. Persistence rate and progression of vertically acquired hepatitis C infection. *Journal of Infectious Diseases* 2001;181:419-24.
- 18 Ketzinel-Gilad M, Colodner SL, Hadary R, Granot E, Shouval D, Galun E. Transient transmission of hepatitis C virus from mothers to newborns. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* 2000;19:267-74.
- 19 Duong T, Ades AE, Gibb DM, Tookey PA, Masters J. Vertical transmission rates for HIV in the British Isles: estimates based on surveillance data. *British Medical Journal* 1999;319:1227-9.
- 20 Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 1998;158:1449-57.
- 21 Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(3).
- 22 Miller E, Cradock-Watson JE, Pollock TM. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. *Lancet* 1982;2:781-4.
- 23 Smaill F. Intrapartum antibiotics for group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;(3):1-5.
- 24 Gibbs RS, McNabb F. Randomized clinical trial of intrapartum clindamycin cream for reduction of group B streptococcal maternal and neonatal colonization. *Infectious Disease in Obstetrics and Gynecology* 1996;41:25-7.
- 25 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and its Complications from Preconception to the Postnatal Period*. London: RCOG Press; 2008.
- 26 Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstetrics and Gynecology* 2002;99:692-7.
- 27 Newnham JP, Patterson LL, James IR, et al. An evaluation of the efficacy of Doppler flow velocity waveform analysis as a screening test in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;162(2):403-10.

**Επίπεδα Τεκμηρίωσης**

- I** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη
- II-1** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον καλά σχεδιασμένη ελεγχόμενη μη τυχαιοποιημένη μελέτη
- II-2** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον άλλου τύπου καλά σχεδιασμένη εν μέρει πειραματική μελέτη
- III** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από καλά σχεδιασμένες, μη πειραματικές, περιγραφικές μελέτες, όπως μελέτες σύγκρισης, συσχέτισης και σειρές περιπτώσεων.
Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών, ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών.

Βαθμίδες Σύστασης

- A** Απαιτεί τουλάχιστον μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη καλής ποιότητας και συνοχής που στηρίζει τη συγκεκριμένη σύσταση, επιπέδου τεκμηρίωσης I.
- B** Απαιτεί καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες, όχι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, επί του αντικειμένου της συστάσεως, επιπέδου τεκμηρίωσης II.
- Γ** Απαιτεί τεκμηριωμένη γνώση προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών. Υποδεικνύει απουσία άμεσα διαθέσιμων κλινικών μελετών καλής ποιότητας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης III)

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή και τον Χ. Γρηγοριάδη. Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή. Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Μάρτιος 2014.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ. : 2107774607 Fax : 2107774609.

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.