



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διευθυντής Προγράμματος Καθηγητής Πέτρος Δρακάκης



ΕΚΤΑΚΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

Μεταπτυχιακή Εργασία

ΔΙΟΝΥΣΗΣ ΡΟΔΗΣ



ΑΘΗΝΑ 2023

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διευθυντής Προγράμματος Καθηγητής Πέτρος Δρακάκης

**ΕΚΤΑΚΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ**

Μεταπτυχιακή Εργασία

ΔΙΟΝΥΣΗΣ ΡΟΔΗΣ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Καλανταρίδου Σοφία, *Καθηγήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας/Στείρωσης ΕΚΠΑ*
Επιβλέπουσα
2. Χαλβατσιώτης Παναγιώτης, *Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ*
3. Καραλέξη Μαρία, *Ακαδημαϊκή Υπότροφος Ιατρικής ΕΚΠΑ*

*Στην μητέρα των παιδιών μου
για το υπέροχο ταξίδι στην εγκυμοσύνη που μου πρόσφερε*

*Στα παιδιά μου
τα δώρα μου στο τέλος αυτής της διαδρομής*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής και συγκεκριμένα την επιβλέπουσα κ. Καλανταρίδου Σοφία, Καθηγήτρια Μαιευτικής και Γυναικολογίας/Στείρωσης ΕΚΠΑ, τον κ. Χαλβατσιώτη Παναγιώτη, επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας ΕΚΠΑ, και την κ. Καραλέξη Μαρία, παιδίατρο, ακαδ.υπότροφο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ για την βοήθεια τους και την καθοδήγησή τους κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου. Επίσης ευχαριστώ όλους τους διδάσκοντες στο ΠΜΣ «Παθολογία της Κύησης» για το βήμα γνώσης που μας βοήθησαν να κάνουμε στο πολύ ενδιαφέρον αυτό πεδίο.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω το δίκτυο των SOS Ιατρών, τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής της εταιρείας και ιδιαίτερα τον πρόεδρο των SOS Ιατρών κ. Θεοχάρη Γιώργο, παθολόγο, Διευθυντή της κλινικής των SOS Ιατρών για την υποστήριξη τους στην συλλογή των δεδομένων της μελέτης μου και να εκφράσω τα συγχαρητήρια μου για το έργο τους και την συμβολή τους στην μελέτη των δεδομένων των κατ' οίκον επισκέψεων μέσα από την επιμελή καταγραφή των στοιχείων και την καθιέρωση της γραπτής ιατρικής γνωμάτευσης που συνοδεύει κάθε επίσκεψη.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και όσους ανθρώπους από το περιβάλλον μου με στήριξαν σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Διονύσης Γ. Ρόδης

Ειδικός Παθολόγος

Νάξου 3, 111 46 Γαλάτσι, Αθήνα

T. +30 210 293 4047 - M. +30 694 6464846

dionisisrodiss@gmail.com

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

10/ 2013 - σήμερα:	Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο (Νάξου 3, Γαλάτσι).
2022:	Συμμετοχή στο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας για τον COVID-19 του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
2021/2022:	Κλινική ασθενών COVID ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
5/2018 - σήμερα :	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ(www.euroclinic.gr). Αναπληρωτής Διευθυντής παθολογικής κλινικής
5/2007 - 5/2018:	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ (www.euroclinic.gr). Επιμελητής παθολογικής κλινικής
1/2008 - σήμερα:	Δίκτυο SOS ΙΑΤΡΩΝ (www.sosiatroi.gr). Συνεργαζόμενος Παθολόγος με εμπειρία στην επείγουσα εξωνοσοκομειακή ιατρική
9/2001 - 11/2006:	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Κρατική Παθολογική Κλινική. Ειδικευόμενος Παθολόγος. Περιλαμβάνεται 3μηνη εκπαίδευση στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γ.Ν.Α «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», 3μηνη εκπαίδευση στο διαβητολογικό τμήμα, στο τμήμα δυσλιπιδαιμιών, στην καρδιολογική κλινική του Γ.Ν.Α «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» και σε δερματολογικό ιατρείο του νοσ/μείου «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ».
2/ 1998 – 8/ 1999:	Κέντρο Υγείας Ερυμάνθειας, Π.Ι. Μανεσίου, ν. Αχαΐας. Υπηρεσία Υπαίθρου.
9/ 1999 – 5/2001:	Θητεία στην Αεροπορία με την ειδικότητα του ιατρού.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1991 - 1997:	Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Πτυχίο Ιατρικής. Βαθμός «Λίαν Καλώς».
12/ 1996 - 1/ 1997:	Royal Infirmary Hospital, Εδιμβούργο, Σκωτία. Προπτυχιακή εξάσκηση στην πανεπιστημιακή χειρουργική κλινική και στο Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2020	<ul style="list-style-type: none">• Πιστοποίηση επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος επιμόρφωσης <u>«Σακχαρώδης Διαβήτης- Από τη θεωρία στην πράξη»</u> του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (10/2019-5/2020)
2020	<ul style="list-style-type: none">• Πιστοποίηση επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος επιμόρφωσης <u>«Εφαρμογές της επιστήμης της Διατροφής και της Φυσικής Άσκησης»</u> του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (10/2019-1/2020)
2017 - 2019	<ul style="list-style-type: none">• Παρακολούθηση των <u>ετήσιων Σεμιναρίων της Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης (28^η και 29^η σειρά)</u> και πιστοποίηση επιτυχούς ολοκλήρωσης του <u>Σχολείου Υπέρτασης (4^ο)</u>
2012	<ul style="list-style-type: none">• Πιστοποίηση εκπαίδευσης στην Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (Advanced Cardiac Life Support, eACLS) από την Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (έτος πιστοποίησης 2012).
Τακτική ετήσια πιστοποιημένη παρακολούθηση σχετικών με το γνωστικό αντικείμενο επιστημονικών εκδηλώσεων όπως :	<ul style="list-style-type: none">• Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας (ετήσιο), Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο (ετήσιο), Πανελλήνιο Συνέδριο Σακχαρώδη Διαβήτη, Μετεκπαιδευτικά μαθήματα στον Σακχαρώδη Διαβήτη του διαβητολογικού κέντρου του Ιπποκρατείου (ετήσια), Μετεκπαιδευτικά μαθήματα στις Λοιμώξεις, ημερίδες για τις διαταραχές της οξυοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών κ.α.

ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

- 3/2007: Απόκτηση Τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας Παθολογίας.
6/2001: Εγγραφή στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών.
11/ 1997: Άδεια ασκήσεως Ιατρικού επαγγέλματος.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

- 2022: Υπονατρίαζμία, κενό τουρκικό εφίππιο και γενικοί ιατροί Διονύσης Ρόδης, Θεοχάρης Συνειφακούλης, Γιώργος Θεοχάρης Εξωνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική (2022) κεφ4: 284-287 ISBN 978-960-02-3878-5
- 2022: Long COVID ή οι επιπτώσεις μετά τη νόσο COVID-19 Διονύσης Ρόδης Ενδοσκοπήσεις (2022) τεύχος 59
- 2018: A Model for Out-of-Hospital Multispecialty Emergency Medicine: Accomplishments and Challenges
George Theocharis, Konstantinos S Kechagias, Michael Oikonomou, Stamatia Chorepsima, **Dionisis Rodis**, Ioannis Salpigktis and Matthew E Falagas
Health Services Insights Volume 11: 1–2 (2018)
DOI: 10.1177/1178632918805996
- 2012: Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) at home in Attica, Greece. Theocharis & P. I. Rafailidis & **D. Rodis** & I. Kontopidis & S. G. Barbas & M. E. Falagas.
Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2012) 31:2957–2961
DOI 10.1007/s10096-012-1647-1
- 2009: Paraneoplastic cerebellar degeneration: initial presentation in a patient with anaplastic T-cell lymphoma, associated with ichthyosiform cutaneous lesions.
Rodis D, Liatsos GD, Moulakakis A, Pirounaki M, Tasidou A.
Leuk Lymphoma. 2009 Aug;50(8):1369-71. PMID: 19544138 [PubMed - indexed for MEDLINE]

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- 19.3.2022 6ο Επιστημονικό Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής (συμμετοχή στην οργανωτική και επιστημονική επιτροπή)
-Παρουσίαση με θέμα: Τα συχνότερα διαγνωστικά λάθη στον γηριατρικό ασθενή

- 11-12.3.2022 Καρκίνος 2022: Τα νέα όπλα που προστίθενται στη διάγνωση και θεραπεία εκτοπίζουν το παλιό οπλοστάσιο (συμμετοχή στην επιστημονική επιτροπή)
- 2-3.4.2021 Σύγχρονη Ογκολογία: Ολιστική προσέγγιση, guidelines, ιατρική ακριβείας ή ιατρική τέχνη; (συμμετοχή στην επιστημονική επιτροπή)
- 6-7.3.2020 BIG DATA Ψηφιακή επανάσταση 'Νεωτερισμός στην έρευνα ή νέα ισχυρά όπλα στην αντιμετώπιση του καρκίνου; (συμμετοχή στην επιστημονική επιτροπή)
- 23.11.2019 5ο Επιστημονικό Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής (συμμετοχή στην οργανωτική και επιστημονική επιτροπή)
- 5-6.4.2019 Καρκίνος: Επιβιούντες ή επιβιώσαντες. Είναι δυνατή η ίαση; (συμμετοχή στην επιστημονική επιτροπή)
- 10-11.11.2017 4ο Επιστημονικό Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής (συμμετοχή στην οργανωτική και επιστημονική επιτροπή)
- 20-21.10.2017 Αλγόριθμοι στην Ογκολογία: Χρήσιμοι σύμμαχοι ή Αυταρχικοί δικτάτορες (συμμετοχή στην επιστημονική επιτροπή)
- 28.11.2015 3ο Επιστημονικό Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής (συμμετοχή στην οργανωτική και επιστημονική επιτροπή)
- 10.2013
Πράγα 12ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Παθολογίας
-Άσκηση της παθολογίας κατ' οίκον (έξω από τους τοίχους του νοσοκομείου): Η εμπειρία της ομάδας παθολόγων των SOS Ιατρών στην εξωνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική
- 11.2012
Σαντιάγο Χιλής 31ο Διεθνές Συνέδριο Παθολογίας
- Μια συγκριτική μελέτη των επιδημικών κυμάτων της γρίπης κατά τη διάρκεια του 2011 και του 2012 βάσει του μοντέλου της εξωνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής των SOS Ιατρών στην Αθήνα, Ελλάδα.
- 5-8.10.2012: 17° Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας.
- Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in Attica, Greece.
- 5-8.10.2011: 10ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Παθολογίας
- Αποτελεσματικότητα της εξωνοσοκομειακής παρεντερικής αντιβιοτικής θεραπείας (ΕΠΑΘ) στην Αττική
- 9-13.5.2006: 32° Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.
-Επιπλοκές της βιοψίας ήπατος παρά την καθοδήγηση με υπερήχους.

- Η αιμοχολία σπάνια επιπλοκή της διαδερμικής βιοψίας ήπατος.
 - Παραμένουσα ανταπόκριση μετά την θεραπεία με απλή ιντερφερόνη και πεγκυλιωμένη σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη ασθενών με ΧΗC και γονότυπο 2,3.
 - Θρομβοπενία επαγόμενη μετά από την χορήγηση ηπαρίνης συνεπεία ηπαρινισμού περιφερικού φλεβοκαθετήρα.
 - Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με T-λέμφωμα με πρώτη εκδήλωση σπάνια παρανεοπλασματική νευρολογική διαταραχή.
- 26-28.1.2006: 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής.
- Σύγκριση αποτελεσμάτων μακροχρόνιας ανταπόκρισης από χορήγηση συνδυασμού ιντερφερόνης και λαμβιβουντίνης έναντι μονοθεραπείας με ιντερφερόνη σε ασθενείς με χρ. Ηπατίτιδα Β αντι ΗΒε(+).
 - Ορολογική και κλινική εξέλιξη 165 ασθενών με ΗΒsΑg(+) λοίμωξη.
- 10-15.10.2005: 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας.
- Νόσος Still εκδηλωθείσα ως υποτροπιάζουσα μυοπερικαρδίτιδα.
 - Συμβάματα από την βιοψία ήπατος σε παθολογική κλινική ηπατολογικής κατεύθυνσης.
 - Επιπολασμός ΣΔ σε ασθενείς με ηπατίτιδες Β και C.
 - Εξέλιξη μικτών ιογενών λοιμώξεων από τους ιούς Β και C.
 - Θεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α 2b ασθενών με σοβαρή ηπατίτιδα C και ετεροζυγωτία Β-μεσογειακής αναιμίας.
- 27-29.5.2005: 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής.
- Μειονεκτική απόκριση στη χορήγηση ανασυνδυασμένου εμβολίου ηπατίτιδας Β σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.
- 17-21.5.2005: 31^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.
- Ο επιπολασμός ΣΔ σε ασθενείς με ΧΗC.
- 29-31.1.2004: 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής.
- Έναρξη χρήσης πριν το 1992 συσχετίζεται με έκθεση στον ΗΒV σε χρήστες ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών με χρόνια ΗCV λοίμωξη.
- 4-9.1.2004: 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας.
- Εκτίμηση επίδρασης της αγωγής με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου της ηπατίτιδας Β, σε ασθενείς με ΧΗC.
 - Μηδαμινός ο κίνδυνος μετάδοσης της ηπατίτιδας C μεταξύ μονογαμικών συζύγων.
 - Η επίδραση της χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών στο βαθμό της ίνωσης του ήπατος σε ασθενείς με ΧΗC.
- 6-11.10.2003: 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογίας.
- Αποτελεσματικότητα της ιντερφερόνης α σε ασθενείς με ΧΗC και συμπτωματική μεικτή κρυοσφερναιμία (ΠΡΩΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ).
 - Αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου 1 και Τρίτη ηλικία.
 - Μηνιγγίτιδα/μηνιγγοεγκεφαλίτιδα σε ασθενείς παθολογικής κλινικής σε μια τριετία:συχνή εκδήλωση με άτυπη εικόνα.

-Ηπατοτοξικότητα από χορήγηση ταμοξιφένης σε ασθενείς με προϋπάρχουσα στεάτωση ήπατος.
-Μικροβιαμία και μηνιγγίτιδα από Λιστέρια σε ασθενή με καρκίνο τραχήλου υπό χημειοθεραπεία.
-Άτυπη εκδήλωση σπλαχνικής λεισμανίασης σε ανοσοεπαρκή ασθενή.
-Σακχαρώδης διαβήτης που βελτιώθηκε με κορτικοστεροειδή. Σπάνια περίπτωση αυτοανόσου παγκρετίτιδας.

- 1-5.10.2003: 23^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας.
-Πυογόνα αποστήματα ήπατος.
-Θεραπευτική αντιμετώπιση πρώην χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών με ΧΗC.
- 8-11.5.2003: 8^ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο.
-Ανάπτυξη αντοχής μετά από μακρά θεραπεία με λαμβουδίνη σε ασθενείς με HbeAg(-) χρόνια ηπατίτιδα Β.
-Οι νεοπλασματικοί δείκτες στην χρόνια ιογενή ηπατίτιδα.
-Σοβαρή οξεία φαρμακευτική ηπατίτιδα από ισονιαζίδη.
- 20-24.5.2003: 29^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.
-Προτάσεις για την αρχική αξιολόγηση ασθενών με πρωτοδιαγνωσθέντα ασκίτη.
- 23-25.1.2003: 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής.
- Θεραπεία με LAMIVUDINE της σοβαρής και παρατεταμένης οξείας ηπατίτιδας Β επί χρονίας ηπατίτιδας C.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ

- 2010 – σήμερα: Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου Ιατρών της «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ» από τον 11/2013, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου από 2010
- 3/ 2014 – σήμερα: Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής.
- 2016 - σήμερα: Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
Μέλος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
Μέλος της European Federation of Internal Medicine (EFIM)
Μέλος της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
I. Εισαγωγή.....	3
1. Γενικά στοιχεία.....	3
2. Ιατρική φροντίδα στην κύηση.....	5
2.1. Τακτική ιατρική φροντίδα.....	5
2.2. Έκτακτη ιατρική φροντίδα.....	6
II. Μαιευτικές παθήσεις.....	7
1. Αυτόματη αποβολή κύησης.....	7
2. Έκτοπη ή εξωμήτριος κύηση.....	8
3. Τροφοβλαστική νόσος της κύησης.....	9
4. Αιμορραγία μετά τον τοκετό (μαιευτική αιμορραγία).....	10
5. Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα.....	12
6. Παθολογική διείδυση πλακούντα.....	13
7. Προδρομικός πλακούντας.....	14
8. Πρόωρος τοκετός.....	15
9. Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων.....	16
10. Υπερτασικές διαταραχές κύησης.....	17
11. Επιπλοκές της λοχείας.....	20
11.1. Επιλόχειες πυελικές λοιμώξεις.....	20
11.2. Λοιμώξεις των μαστών.....	21
11.3. Άλλες αιτίες.....	21
III. Μη μαιευτικές παθήσεις.....	22
1. Παθήσεις αναπνευστικού.....	22
1.1. Φυσιολογικές αλλαγές του αναπνευστικού συστήματος κατά την κύηση.....	22

1.2.	Λοιμώξεις ανωτέρου αναπνευστικού (ΛΑΑ).....	23
	- Οξεία Ρινοφαρυγγίτιδα.....	24
	- Οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα.....	24
	- Οξεία ρινοκολπίτιδα.....	25
	- Οξεία μέση ωτίτιδα	26
1.3.	Λοιμώξεις κατωτέρου αναπνευστικού (ΛΑΑ)	26
	- Οξεία βρογχίτιδα.....	26
	- Πνευμονία	27
	- Γρίπη.....	29
	- COVID-19.....	31
	- Ανευμευλογία.....	33
1.4.	Άσθμα.....	34
2.	Θρομβοεμβολικές παθήσεις.....	35
2.1.	Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση.....	37
2.2.	Πνευμονική εμβολή.....	37
3.	Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	38
3.1.	Φυσιολογικές αλλαγές του καρδιαγγειακού συστήματος στην κύηση.....	39
3.2.	Κατάταξη της καρδιακής νόσου στην κύηση.....	40
3.3.	Σημαντικότερες καρδιαγγειακές παθήσεις	40
4.	Παθήσεις ουροποιητικού.....	41
4.1.	Λοιμώξεις ουροποιητικού.....	42
	- Ασυμπτωματική βακτηριουρία	42
	- Κυστίτιδα	43
	- Οξεία πυελονεφρίτιδα.....	43
4.2.	Λιθίαση.....	44
4.3.	Οξεία νεφρική βλάβη.....	45

5.	Παθήσεις πεπτικού.....	45
5.1.	Φυσιολογικές αλλαγές.....	45
5.2.	Υπερεμεσία κύησης.....	46
5.3.	Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση / Οισοφαγίτιδα.....	48
5.4.	Πεπτικό έλκος / Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού.....	48
5.5.	Οξεία γαστρεντερίτιδα.....	49
5.6.	Εντερική απόφραξη.....	50
5.7.	Ψευδοαπόφραξη παχέος εντέρου - Σύνδρομο Ogilvie.....	51
5.8.	Οξεία σκωληκοειδίτιδα.....	51
5.9.	Ενδοηπατική χολόσταση κύησης.....	52
5.10.	Οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης.....	53
5.11.	Οξεία ιογενής ηπατίτιδα.....	54
5.12.	Οξεία χολοκυστίτιδα / χοληδοχολιθίαση.....	55
5.13.	Οξεία παγκρεατίτιδα.....	56
6.	Άλλοι λοιμώδεις παράγοντες που προκαλούν λοιμώξη του εμβρύου ή του νεογνού.....	57
6.1.	Κυτταρομεγαλοϊός (CMV).....	57
6.2.	Παρβοϊός B19.....	57
6.3.	Ιός της ερυθράς.....	58
6.4.	Ιός Ζίκα.....	58
6.5.	Λιστερίωση.....	58
6.6.	Τοξοπλάσμωση.....	59
7.	Παθήσεις δέρματος.....	59
7.1.	Ενδοηπατική χολόσταση της κύησης.....	59
7.2.	Πεμφιγοειδές της κύησης.....	60
7.3.	Κνησμώδεις και κνιδωτικές βλατίδες και πλάκες της κύησης (PUPPP).....	60
7.4.	Ατοπικό εξάνθημα της κύησης.....	60

8. Νευρολογικές παθήσεις.....	60
8.1. Κεφαλαλγία τάσης.....	60
8.2. Ημικρανία.....	61
8.3. Δευτεροπαθείς αιτίες κεφαλαλγίας.....	61
8.4. Αγγειακές εγκεφαλικές νόσοι.....	61
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	64
I. Εισαγωγή.....	66
II. Σκοπός της μελέτης.....	67
III. Υλικό και μέθοδοι.....	67
1. Η βάση δεδομένων των SOS ΙΑΤΡΩΝ.....	67
2. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	70
3. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων.....	70
IV. Αποτελέσματα.....	71
V. Σχολιασμός.....	91
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	98

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Έκτακτη Ιατρική Φροντίδα στην Κύηση

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Γενικά στοιχεία

Κύηση ή εγκυμοσύνη ονομάζεται η περίοδος κατά την οποία η γυναίκα φέρει στο σώμα της ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο. Η περίοδος αυτή ξεκινάει με την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα και ολοκληρώνεται φυσιολογικά με τη γέννηση του νεογνού, ενώ με την ευρύτερη έννοια η κύηση τελειώνει με την έξοδο των προϊόντων της σύλληψης από το σώμα.

Στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων η κύηση εξελίσσεται φυσιολογικά, δηλαδή με τις αναμενόμενες αλλαγές και προσαρμογές στην μητέρα και στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, που οδηγούν στην γέννηση ενός υγιούς νεογνού και στην αποκατάσταση των αλλαγών στην μητέρα στην περίοδο μετά την τοκετό. Σε ένα ποσοστό όμως των περιπτώσεων η κύηση συνδέεται με διάφορες καταστάσεις μητρικής και εμβρυικής νοσηρότητας και θνητότητας.

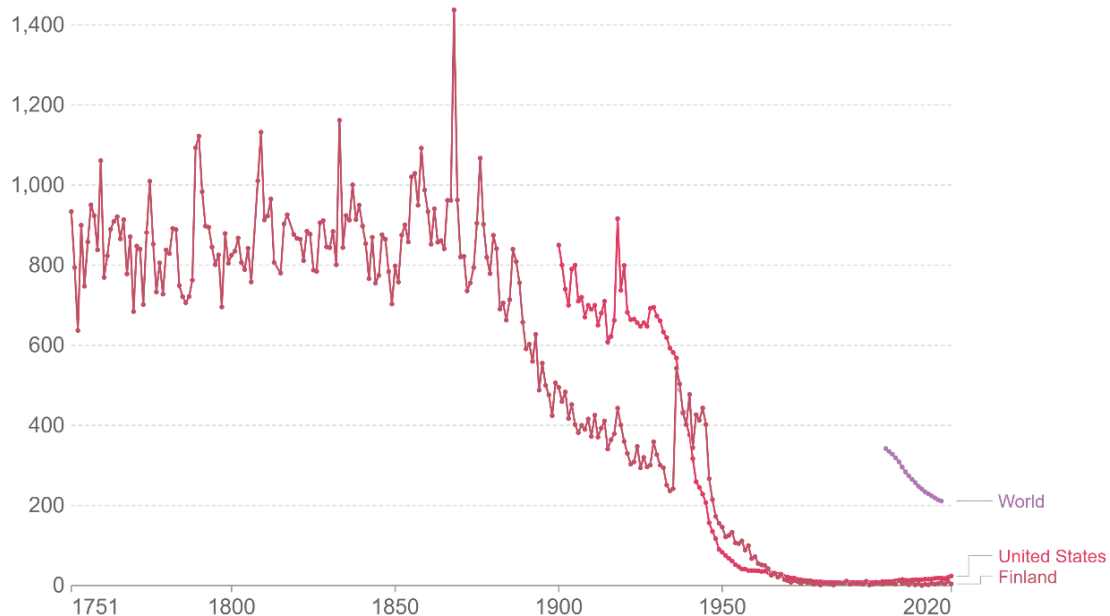
Για την αξιολόγηση της έκβασης της κύησης σε επίπεδο πληθυσμού χρησιμοποιούνται στατιστικοί δείκτες από τους οποίους η μητρική θνητότητα, η σοβαρή μητρική νοσηρότητα, και η περιγεννητική θνητότητα είναι από τους πιο χρήσιμους. Αυτοί οι δείκτες, μαζί με άλλους, αποτελούν ένα μέτρο της ποιότητας της φροντίδας στην κύηση σε επίπεδο πληθυσμού.

Η έκβαση της κύησης συνολικά έχει βελτιωθεί δραματικά μετά το 1900 και ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες και αυτό αντανakλάται στην εντυπωσιακή μείωση της μητρικής θνητότητας. (Διάγραμμα 1)

Maternal mortality ratio, 1751 to 2020



The maternal mortality ratio is the number of women who die from pregnancy-related causes while pregnant or within 42 days of pregnancy termination per 100,000 live births.



Source: Gapminder (2010), WHO (2019) and OECD (2022)

OurWorldInData.org/maternal-mortality • CC BY

Διάγραμμα 1

Η φροντίδα από εξιδεικευμένους επαγγελματίες υγείας είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της κύησης, κάτι που έχει φανεί ήδη σε μελέτες από τις προηγούμενες δεκαετίες [1]. Η θεαματική βελτίωση των δεικτών έκβασης της κύησης ιστορικά, αλλά και η σημαντική διαφορά τους ανάμεσα στις χώρες με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (15 φορές μεγαλύτερος δείκτης μητρικής θνητότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις αναπτυγμένες) αποδίδεται σε σημαντικό βαθμό στην διαφορές στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό της μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας μπορεί να προληφθεί με σωστή παροχή φροντίδας υγείας [2],[3].

Η συχνότητα των σημαντικότερων αιτιών νοσηρότητας και θνητότητας στην κύηση έχει επίσης διαφοροποιηθεί ιστορικά. Η συχνότητα της κλασικής τριάδας των μαιευτικών (δυσνηκτικά θανατηφόρων) επιπλοκών -δηλαδή της αιμορραγίας, της προεκλαμψίας και των λοιμώξεων- έχει ελαττωθεί, ενώ τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η μυοκαρδιοπάθεια, τα αγγειακά εγκεφαλικά, και άλλες νόσοι έχει αυξηθεί ως ποσοστό. [4] Επίσης έχει παρατηρηθεί μία τάση αύξησης της μητρικής θνησιμότητας την τελευταία 20ετία στις ΗΠΑ, η οποία σε ένα βαθμό οφείλεται στην συστηματικότερη καταγραφή. Φαίνεται όμως

ότι οι παραπάνω τάσεις εξηγούνται και από άλλες αλλαγές, με σημαντικότερες την αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης, την αύξηση των γυναικών με προϋπάρχουσες παθήσεις που τεκνοποιούν (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας), την αύξηση του ποσοστού της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής [2], [4]. Οι παραπάνω αλλαγές έχουν οδηγήσει σε αλλαγές σε πολιτικές υγείας και στην βελτίωση της ιατρικής φροντίδας με σκοπό την μείωση του ποσοστού δυσμενούς έκβασης στην κύηση [2].

2. Ιατρική φροντίδα στην κύηση

Η ιατρική φροντίδα στην κύηση μπορεί να διακριθεί στην τακτική φροντίδα (προγεννητική, περιγεννητική, φροντίδα στην λοχεία) και στην έκτακτη ιατρική φροντίδα.

2.1. Τακτική ιατρική φροντίδα

Η τακτική ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει

- α) *Την προγεννητική παρακολούθηση της κύησης*, της οποίας οι στόχοι είναι [5]:
 - Η πρόωμη και ακριβής εκτίμηση της ηλικίας κύησης.
 - Η ανίχνευση κυήσεων 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.
- β) *Την ιατρική φροντίδα του τοκετού και της περιγεννητικής περιόδου*
- γ) *Την προγραμματισμένη παρακολούθηση κατά την λοχεία*

Η παρακολούθηση αυτή γίνεται με τακτικές προγεννητικές επισκέψεις της εγκύου και κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, που καθορίζεται ανάλογα με το επίπεδο κινδύνου για εμφάνιση επιπλοκών στο οποίο κατατάσσεται κάθε κύηση.

2.2. Έκτακτη Ιατρική Φροντίδα

Ο όρος Έκτακτη Ιατρική Φροντίδα στη Κύηση αναφέρεται σε όλες τις μορφές μη προγραμματισμένης ιατρικής φροντίδας που χρειάζονται για την αντιμετώπιση οξέων και έκτακτων προβλημάτων υγείας που μπορεί να προκύψουν κατά την περίοδο της κύησης.

Τα οξέα προβλήματα υγείας στην κύηση μπορεί να παρουσιάζουν μια μεγάλη ποικιλία βαρύτητας και συνεπειών. Τα βαρύτερα από αυτά μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν σε νοσοκομείο. Σε μία μεγάλη μελέτη σε 46,179 εγκύους στις ΗΠΑ, 10.1 γυναίκες για κάθε 100 γεννήσεις χρειάστηκε να νοσηλευθούν τουλάχιστον 1 φορά κατά την διάρκεια της κύησης. [6]

Η έκτακτη ιατρική φροντίδα στην κύηση μπορεί να προσφερθεί, ανάλογα με την βαρύτητα του προβλήματος και τις διαθέσιμες υγειονομικές δομές, στο σπίτι, στο ιατρείο, στο νοσοκομείο ή ακόμα και απομακρυσμένα.

Τα οξέα προβλήματα υγείας στην κύηση προκαλούνται από:

- (α) Παθήσεις σχετιζόμενες με την κύηση (μαιευτικές παθήσεις)
- (β) Παθήσεις μη σχετιζόμενες με την κύηση (μη μαιευτικές παθήσεις)

Θα περιγράψουν σύντομα τα συχνότερα νοσήματα που μπορούν να εμφανιστούν οξέως κατά την κύηση και να απαιτήσουν έκτακτη ιατρική φροντίδα.

II. ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. Αυτόματη αποβολή κύησης [7]

Ως αυτόματη αποβολή κύησης ορίζεται η αυτόματη (σε αντιδιαστολή με την τεχνητή) διακοπή της κύησης πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο εκτός μήτρας. Το συμβατικό όριο είναι η 20^η εβδομάδα κύησης ή πριν το κύημα φτάσει το βάρος των 500 γραμμαρίων.

Το 80% των αυτόματων αποβολών κύησης συμβαίνουν στο 1^ο τρίμηνο της κύησης. Υπολογίζεται ότι το 30% των κυήσεων αποβάλλεται αυτόματα προ ή τις πρώτες εβδομάδες μετά την εμφύτευση (έως περίπου την 6^η εβδομάδα). Η πλειοψηφία αυτών των αποβολών είναι υποκλινικές και το μόνο εύρημα είναι μια παροδική αύξηση της β χοριακής γοναδοτροπίνης ("βιοχημική" κύηση). Στις κυήσεις μεταξύ 5-20 εβδομάδων η επίπτωση είναι 11 έως 22 % και μειώνεται όσο προχωρά η ηλικία κύησης. Έτσι στο 2ο τρίμηνο κύησης η επίπτωση υπολογίζεται στο 1.5-3%, ενώ μετά την 16^η εβδομάδα πέφτει στο 1%.

Ποσοστό 5 % των γυναικών εμφανίζουν 2 ή περισσότερες αυτόματες αποβολές ενώ ποσοστό 1% έχουν ιστορικό 3 ή περισσότερων. Οι παραπάνω περιπτώσεις εμπίπτουν στον τελευταίο ορισμό (2018) των καθ' ἑξίν ή υποτροπιαζουσών αποβολών της European Society of Human Reproduction and Embryology [8]

Περίπου στις μισές περιπτώσεις αυτόματων αποβολών η υποκείμενη αιτία είναι μια χρωμοσωμιακή διαταραχή, με συνηθέστερες τις τρισωμίες 13,16,18,21,22 και το 95% είναι μητρικής προέλευσης. Οι αποβολές αυτές συμβαίνουν συνήθως πρώιμα (75% έως την 8^η εβδομάδα). Εκτός από τις εμβρυικές αιτίες αυτόματης αποβολής άλλες αιτίες είναι: (α) Μητρικοί παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία, οι λοιμώξεις, υποκείμενα νοσήματα όπως ο αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η θυρεοειδοπάθεια, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η θρομβοφιλία, το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και (β) Πατρικοί παράγοντες.

Οι κλινικές αποβολές μπορούν να **εκδηλωθούν οξέος** με κοιλιακή αιμόρροια, κοιλιακό πόνο. Σπανιότερα μπορεί να υπάρχουν σηπτικές επιπλοκές που εκδηλώνονται με πυρετό και συμπτώματα μέτριας ή βαρύτερης συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, τον διακολπικό υπέρηχο, την μέτρηση του ρυθμού μεταβολής της β-hCGN.

Η αντιμετώπιση γίνεται με απλή παρακολούθηση στις περιπτώσεις της υποκλινικής ή της ανεπίπλεκτης πλήρους αποβολής έως την θεραπευτική απόξεση, την φαρμακευτική διακοπή στις περιπτώσεις με ενδομήτρια στοιχεία του κυήματος, και την αντιβιοτική αγωγή σε περιπτώσεις με σηπτικές επιπλοκές.

2. Έκτοπη ή εξωμήτριος κύηση [9]

Έκτοπη κύηση ονομάζεται η εμφύτευση της βλαστοκύστης οπουδήποτε εκτός της ενδομητρικής κοιλότητας. Η συχνότητα της υπολογίζεται σε 0.5 έως 1.5 % των κύσεων 1^{ου} τριμήνου, αλλά είναι το αίτιο στο 3% των μητρικών θανάτων που σχετίζονται με την κύηση.

Το 95% των έκτοπων κύσεων εμφυτεύονται σε μία από τις σάλπιγγες, εκ των οποίων το 70% ανευρίσκεται στην λήκυθο. Το υπόλοιπο 5% των εξωμήτριων κύσεων ανευρίσκεται στην ωοθήκη, στην περιτοναϊκή κοιλότητα, στον τράχηλο ή σε προϋπάρχουσα καισαρική τομή.

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα έκτοπης κύησης είναι ανατομικές ανωμαλίες της διάπλασης των σαλπίγγων, μικροβιακή σαλπγγίτιδα (γονόκοκκος, χλαμύδια κ.α.), ιστορικό προηγούμενης έκτοπης κύησης, εξωσωματική γονιμοποίηση, ενδομητρίωση, προηγηθείσα καισαρική τομή ή άλλες γυναικολογικές επεμβάσεις, ινομυωμάτωση.

Οι μισές περιπτώσεις εξωμητρίου κύησης εμφανίζονται οξέος με την κλασσική τριάδα συμπτωμάτων που είναι η αμηνόρροια, ο κοιλιακός πόνος και η κοιλιακή αιμόρροια. Μπορεί να συνυπάρχουν άλλα συμπτώματα της κύησης όπως ναυτία, ενώ οι περιπτώσεις ρήξης με σημαντική ενδοπυελική αιμορραγία μπορεί να συνοδεύονται από σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, έντονη ευαισθησία στην κοιλιακή και γυναικολογική εξέταση και τα σημεία υποογκαιμικής καταπληξίας με ταχυκαρδία, υπόταση, εφίδρωση, ολιγουρία, πτώση επιπέδου συνείδησης.

Η φυσική εξέλιξη της σαλπγγικής έκτοπης κύησης μπορεί να είναι:

- α) Η αυτόματη αποβολή του κυήματος
- β) Ο αυτόματος τερματισμός της κύησης με διακοπή της περαιτέρω ανάπτυξης του
- γ) Η ρήξη της σάλπιγγας που είναι και η πιο δραματική εξέλιξη

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, τον διακολπικό υπέρηχο και την μέτρηση των μεταβολών των επιπέδων της β -hCGN στο αίμα. Μερικές φορές για την διάγνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέτρηση της προγεστερόνης αίματος. Συχνά η διαφοροδιάγνωση μεταξύ αρχόμενης ενδομήτριας κύησης και έκτοπης κύησης μπορεί να είναι δύσκολη και να απαιτεί στενή παρακολούθηση, εφόσον η κλινική εικόνα επιτρέπει την αναμονή, ενώ δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση τίθεται με λαπαροσκόπηση.

Η αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης είναι χειρουργική (συνηθέστερα λαπαροσκοπική σαλπινγγοστομία ή σαλπινγγοεκτομή), φαρμακευτική με χορήγηση μεθοτρεξάτης ή αναμονή σε επιλεγμένες περιπτώσεις με πτωτική τάση της β -hCGN και μικρών διαστάσεων κύημα. Σε περιπτώσεις με ρήξη και σοβαρή ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία με σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας χρειάζεται επείγουσα λαπαροτομία, που γίνεται με την ένδειξη της πιθανής ρήξης έκτοπης κύησης, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα προεγχειρητικής επιβεβαίωσης της διάγνωσης

3. Τροφοβλαστική νόσος της κύησης [10] [11]

Ο όρος τροφοβλαστική νόσος της κύησης αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα παθήσεων που οφείλονται σε διαταραχές του πολλαπλασιασμού των τροφοβλαστικών κυττάρων του πλακούντα. Περιλαμβάνει τις παρακάτω νοσολογικές οντότητες:

- i. Υδατιδώδης μύλη κύηση (μερική ή πλήρης)
- ii. Διθητική μύλη κύηση
- iii. Χοριοκαρκίνωμα
- iv. Τροφοβλαστικός όγκος στην περιοχή του πλακούντα

Οι τρεις τελευταίες οντότητες, αν και παρουσιάζουν διαφορές στην ιστολογική τους εικόνα, ανήκουν στο φάσμα της *τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης*, λόγω της ικανότητας του να διηθούν το μυομήτριο και να δίνουν μεταστάσεις.

Η συχνότητα της τροφοβλαστικής νόσου της κύησης υπολογίζεται σε 1 έως 2 περιπτώσεις ανά 1000 τοκετούς. Η σημαντικότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία >35 ή <20 ετών και το ιστορικό τροφοβλαστικής νόσου της κύησης. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η ομάδα αίματος A,B, και η έλλειψη βιταμίνης A.

Η υδατιδώδης μύλη κύηση οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες κατά την γονιμοποίηση. Συγκεκριμένα η πλήρης μύλη κύηση προκύπτει από την γονιμοποίηση ενός ωαρίου που στερείται χρωμοσωμάτων, από ένα σπερματοζώαριο που διπλασιάζει τα χρωμοσώματα του, ή από δύο σπερματοζώαρια. Το αποτέλεσμα είναι ένας διπλοειδικός ζυγώτης 46,XX ή 46,XY που περιέχει μόνο τα πατρικά χρωμοσώματα. Η μερική μύλη κύηση προκαλείται από την γονιμοποίηση ενός φυσιολογικού ωαρίου από δύο σπερματοζώαρια με αποτέλεσμα τον σχηματισμό ενός τριπλοειδικού ζυγώτη 69,XXX ή 69,XXY.

Η υδατιδώδης μύλη κύηση οδηγεί στην μερική ή πλήρη κατάληψη της ενδομητρικής κοιλότητας από τροφοβλαστικό ιστό με τις χαρακτηριστικές υδρωπικές λάχνες. Στην μερική μύλη κύηση συνυπάρχει και εμβρυϊκός ιστός. Οι μορφές της τροφοβλαστικής νεοπλασίας της κύησης δεν εμφανίζουν τις υδρωπικές λάχνες, αλλά διηθούν το μυομήτριο και μπορεί να εμφανίσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η τροφοβλαστική νόσος μπορεί να εμφανιστεί κλινικά με κολπική αιμόρροια, πυελικό άλγος, προεκλαμψία σε ηλικία κύησης <20 εβδομάδων, υπερθυρεοειδισμό, αύξηση μεγέθους μήτρας, αμνηνόρια, αναιμία, υπερεμεσία κύησης, αποβολή δια του κόλπου υδρωπικών κυστιδίων.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, τον διακολπικό υπέρηχο (υδατοειδής κύστεις, ωχρινικές κύστεις και διόγκωση μήτρας σε πλήρη μύλη) και την εκσεσημασμένη αύξηση της β-hCGN, συνήθως σε επίπεδα πολύ ανώτερα των αναμενόμενων για την ηλικία κύησης. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται πάντα ιστολογικά από το υλικό της απόξεσης, ενώ συχνά προσδιορίζεται ταυτόχρονα ο καρυότυπος.

Η θεραπεία της υδατιδώδους μορφής είναι χειρουργική, συνήθως με εκκενωτική απόξεση με χρήση αναρροφητικού ξέστρου και σπανιότερα με υστερεκτομή. Η τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης αντιμετωπίζεται ανάλογα με το στάδιο με χημειοθεραπεία και επί ενδείξεων υστερεκτομή.

4. Αιμορραγία μετά τον τοκετό (μιαευτική αιμορραγία) [12]

Αιμορραγία μετά τον τοκετό ονομάζεται η απώλεια αίματος σε τέτοια ποσότητα ώστε να προκαλέσει αιμοδυναμική αστάθεια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως μιαευτική αιμορραγία την απώλεια >500ml αίματος σε φυσιολογικό τοκετό ή >1000ml αίματος σε καισαρική τομή.

Διακρίνεται σε *πρώιμη ή πρωτοπαθή* όταν συμβαίνει μέσα στις πρώτες 24 ώρες από τον τοκετό και σε *καθυστερημένη ή δευτεροπαθή* όταν συμβαίνει από 24 ώρες έως 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Σε σχέση με την βαρύτητα διακρίνεται σε *ελάσσονα αιμορραγία* όταν η απώλεια αίματος είναι 500-1000 ml και σε *μείζονα αιμορραγία* όταν η απώλεια αίματος είναι μεγαλύτερη των 1000 ml.

Η μαιευτική αιμορραγία συμβαίνει σε ποσοστό 3-5% των κολπικών τοκετών και σε ποσοστό 6.5% των καισαρικών τομών. Είναι αίτιο σοβαρής νοσηρότητας για την μητέρα, και ευθύνεται για το 8% της μητρικής θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό φτάνει το 25%

Τα κύρια αίτια της μαιευτικής αιμορραγίας συνοψίζονται στα 4T's :

- TONE – Ατονία μήτρας (70%)
- TRAUMA – Κακώσεις γεννητικού συστήματος μετά τον τοκετό (20%)
- TISSUE – Παθολογική πρόσφυση πλακούντα (10%)
- THROMBIN – Διαταραχές του μηχανισμού πήξης (1%)

Παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία μετά τον τοκετό είναι οι εξής:

α) Προ τοκετού

- Προεκλαμψία
- Πρωτοτόκος
- Πολύδυμη κύηση
- Ιστορικό αιμορραγίας μετά τον τοκετό
- Προηγηθείσα καισαρική τομή

β) Κατά τον τοκετό

- Παράταση 3^{ου} σταδίου (>30λεπτά)
- Αναστολή καθόδου
- Περινεοτομία
- Ρήξη τραχήλου, κόλπου, περινέου
- Εμβρυουλκία
- Πρόκληση ή ενίσχυση του τοκετού

Η αιμορραγία μετά τον τοκετό εκδηλώνεται με αυξημένη σε σχέση με την αναμενόμενη κολπική αιμόρροια και σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας που εξαρτώνται

από την βαρύτητα της αιμορραγίας. Τέτοια είναι η ωχρότητα, το υγρό κολλώδες δέρμα, τα κρύα άκρα, η ταχυκαρδία, η υπόταση, ο νηματοειδής σφυγμός, η ολιγοανουρία, η πτώση του επιπέδου συνείδησης.

Η αντιμετώπιση απαιτεί την έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου, την αντιμετώπιση από έμπειρη ομάδα και επί ενδείξεων την έγκαιρη μεταφορά σε ΜΑΦ. Η αντιμετώπιση της αιτίας γίνεται με μαιευτικούς χειρισμούς (μάλαξη πυθμένα μήτρας, αμφίχειρη συμπίεση), χορήγηση μητροσυσπαστικών (ωκυτοκίνη, εργομετρίνη, προσταγλανδίνες), αντιμετώπιση της αιμοδυναμικής αστάθειας με εφ χορήγηση υγρών, αίματος, πλάσματος, παραγόντων πήξης και η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση (επιπωματισμός μήτρας, απολίνωση έσω λαγονίου αρτηρίας, τοποθέτηση ράμματος κατά B-Lynch, υστερεκτομή), αγγειογραφικός εμβολισμός, ενδομητρική τοποθέτηση μπαλονιού Bakri.

5. Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα [13],[14]

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αναφέρεται σε όλες τις περιπτώσεις μερικού ή ολικού αποχωρισμού του πλακούντα από την περιοχή πρόσφυσης πριν τον τοκετό.

Η συχνότητα της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα υπολογίζεται στο 1% των κύσεων, ενώ αποτελεί συχνό αίτιο εμβρυϊκού θανάτου, που υπολογίζεται σε ποσοστό 20-40% αναλόγως της έκτασης της αποκόλλησης. Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία της κύησης και φτάνει στο μέγιστό της κατά το 3^ο τρίμηνο.

Προδιαθεσικοί παράγοντες αποτελούν η προχωρημένη ηλικία της μητέρας, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό αποβολής, οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης, η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, το κάπνισμα.

Η αποκόλληση του πλακούντα ξεκινά με αιμορραγία από ρήξη κάποιας σπειροειδούς αρτηρίας, που δημιουργεί ένα αιμάτωμα στον βασικό φθαρτό, το οποίο στην συνέχεια επεκτείνεται αποκολλώντας τις γειτονικές περιοχές. Στα αρχικά στάδια η αποκόλληση είναι συχνά υποκλινική. Συνήθως με την επέκταση του αιματώματος το αίμα βρίσκει διέξοδο μεταξύ των εμβρυϊκών μεμβρανών και της μήτρας και εξέρχεται από το τραχηλικό στόμιο με αποτέλεσμα να εκδηλώνεται κολπική αιμόρροια. Συχνά υπάρχει κοιλιακός πόνος και οσφυαλγία. Επίσης ανάλογα με την βαρύτητα και τον χρόνο της αιμορραγίας μπορεί να προκύψουν αιμορραγικές εκδηλώσεις από διάφορα όργανα, λόγω

διαταραχών της αιμόστασης από κατανάλωση των παραγόντων πήξης. Τέλος σε σπανιότερες περιπτώσεις μεγάλης αιμορραγίας μπορεί να εκδηλωθούν σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και τα ευρήματα της υπερηχογραφικής μελέτης, αν και δεν είναι λίγες οι φορές που η υπερηχογραφική ανάδειξη της αποκόλλησης είναι δύσκολη, κάτι που δυσχεραίνει την διάγνωση ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χωρίς κολπική αιμόρροια.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την έκταση της αποκόλλησης, την ηλικία κύησης και την επίδραση στην μητέρα και στο κύημα. Έτσι σε περιπτώσεις με ζωντανό έμβρυο που μπορεί να επιβιώσει προτιμάται η καισαρική τομή. Σε περιπτώσεις με νεκρό έμβρυο προτιμάται ο κολπικός τοκετός. Αν το έμβρυο δεν εμφανίζει σημεία δυσπραγίας και είναι ανώριμο, τότε μπορεί να επιλεγθεί η αναμονή υπό στενή παρακολούθηση. Αν η αποκόλληση εκδηλωθεί με σημεία βαριάς αιμορραγίας με αιμοδυναμική αστάθεια, τότε χρειάζεται αιμοδυναμική υποστήριξη και χειρουργική αντιμετώπιση.

6. Παθολογική διείδυση πλακούντα [15],[16]

Η παθολογική διείδυση πλακούντα αναφέρεται στις καταστάσεις με ανώμαλη εμφύτευση, διείδυση ή σύμφυση του πλακούντα. Συγκεκριμένα περιγράφονται οι εξής μορφές παθολογικής διείδυσης:

- Ο συμφυτικός πλακούντας (placenta accreta) με διήθηση του ενδομητρίου και απλή προσκόλληση στο μυομήτριο.
- Ο στιφρός πλακούντας (placenta increta) με μικρού βαθμού διήθηση του μυομητρίου.
- Ο διειδυτικός πλακούντας (placenta percreta) ο οποίος διηθεί το μυομήτριο σε όλο το πάχος του με πιθανή επέκταση σε παρακείμενα πυελικά όργανα, όπως η ουροδόχος κύστη.

Βασικό ρόλο στην παθολογική διείδυση του πλακούντα φαίνεται ότι παίζει η μερική ή ολική απουσία του φθαρτού στην περιοχή της πρόσφυσης. Αυτό φαίνεται ότι εξηγεί την μεγάλη αύξηση του επιπολασμού κατά 10 φορές τις τελευταίες δεκαετίες φτάνοντας το 1 ανά 2500 τοκετούς, που αποδίδεται στην αύξηση των χειρουργικών

επεμβάσεων της μήτρας, όπως η καισαρική τομή, η απόξεση, τα υστεροσκοπικά χειρουργεία.

Τα σύνδρομα παθολογικής πρόσφυσης μπορεί να εκδηλωθούν με κολπική αιμόρροια πριν τον τοκετό και αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και τα υπερηχογραφικά ευρήματα.

Η προγεννητική διάγνωση είναι πολύ σημαντική, μιας και επιτρέπει την προετοιμασία του μαιευτήρα για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό που αποτελεί συχνή επιπλοκή και οφείλεται στην αδυναμία να αποκολληθεί τελείως ο πλακούντας.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία κύησης και τις επιθυμίες της γυναίκας για διατήρηση της μήτρας και της γονιμότητας. Συνήθως γίνεται καισαρική τομή ή υστερεκτομή, ενώ η αντιμετώπιση της μαιευτικής αιμορραγίας γίνεται με τα μέσα που περιγράφονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

7. Προδρομικός πλακούντας [16]

Ο όρος προδρομικός πλακούντας περιγράφει τις περιπτώσεις όπου ο πλακούντας έχει εμφυτευτεί στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, είτε πάνω από το έσω τραχηλικό στόμιο είτε κοντά σε αυτό.

Η συχνότητα του προδρομικού πλακούντα έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και υπολογίζεται σε 1 ανά 200 τοκετούς. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στην αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης και στην αύξηση των συχνότητας των υποβοηθούμενων κύσεων και των καισαρικών τομών, που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου.

Ο προδρομικός πλακούντας μπορεί να εκδηλωθεί με ανώδυνη κολπική αιμόρροια συνηθέστερα μετά το μέσο της κύησης. Συνήθως αυτά τα επεισόδια προειδοποιητικής αιμορραγίας σταματούν αυτόματα, αλλά υποτροπιάζουν συχνά.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τα συμπτώματα, την βαρύτητα της αιμορραγίας και την ηλικία κύησης. Ασυμπτωματικές γυναίκες μπορεί να παρακολουθηθούν σε εξωτερική βάση, αφού εξηγηθεί η πιθανή ανάγκη για επείγουσα και άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο. Συμπτωματικά περιστατικά υποστηρίζονται ενδονοσοκομειακά μέχρι να φτάσουν σε ηλικία κύησης βιώσιμη για το έμβρυο, οπότε γίνεται καισαρική τομή. Σε όλες

τις περιπτώσεις ο μαιευτήρας πρέπει να έχει προετοιμαστεί για το ενδεχόμενο αιμορραγίας μετά τον τοκετό, που επιπλέκει συχνά τον προδρομικό πλακούντα.

8. Πρόωρος τοκετός [17],[18]

Ως πρόωρος τοκετός ορίζεται κάθε τοκετός που συμβαίνει πριν την 37^η εβδομάδα κύησης. Η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα, θνητότητα και ανάγκη για νοσηλεία του νεογνού, που είναι τόσο μεγαλύτερη όσο ελαττώνεται η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.

Η επίπτωση του πρόωρου τοκετού υπολογίζεται στο 11% του συνόλου των γεννήσεων. Από αυτά το 84% συμβαίνει μεταξύ 32⁺⁰-36⁺⁶ εβδομάδας κύησης (όψιμα πρόωρα νεογνά), το 10% μεταξύ 28⁺⁰-31⁺⁶ εβδομάδα (πρώιμα πρόωρα νεογνά), και το 5% πριν την 27⁺⁶ εβδομάδα.

Οι αιτιολογία στο 30-50% των περιπτώσεων δεν είναι σαφής (αυτόματος πρόωρος τοκετός). Άλλες αιτίες είναι η πρόωμη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (5-40%), η πολύδυμη κύηση (10-30%), η προεκλαμψία (12%), η αιμορραγία (6-9%), η καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη (2-4%), άλλα αίτια (8-9%). Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα πρόωρου τοκετού είναι αιμορραγία ή επαπειλούμενη αποβολή σε προωριότερη φάση της κύησης, εμβρυϊκά ελλείματα, το κάπνισμα, το χρόνιο στρες, η κατάθλιψη, γενετικοί λόγοι, η περιοδοντική νόσος, το μικρό μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων, το ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού, οι λοιμώξεις.

Τα συμπτώματα του πρώιμου τοκετού είναι οι μητρικές συσπάσεις που διαφοροποιούνται από τις συσπάσεις Braxton Hicks σε ένταση, διάρκεια, συχνότητα. Επίσης μπορεί να υπάρχει κολπική έκκριση και χαμηλή οσφυαλγία.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, την κλινική εξέταση (διάμετρος τραχήλου), τον διακολπικό υπέρηχο (μέτρηση του μήκους του τραχήλου η μείωση του οποίου αυξάνει την πιθανότητα επερχόμενου τοκετού), καθώς και από ταχέα διαγνωστικά τεστ στις κολποτραχηλικές εκκρίσεις με σημαντικότερη την μέτρηση της εμβρυϊκής ινωδονεκτίνης.

Η προσέγγιση της εγκύου με επερχόμενο πρώιμο τοκετό εξαρτάται από την ηλικία της κύησης και την ωρίμανση του εμβρύου, τις επιπτώσεις στην μητέρα και την αιτία του πρώιμου τοκετού. Έτσι στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει αντένδειξη επιχειρείται

πρόληψη του τοκετού με τραχηλική περίδεση και προφύλαξη με προγεστερόνη. Επίσης χορηγούνται κορτικοστεροειδή που βοηθούν την πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου, μαγνήσιο για νευροπροφύλαξη του νεογνού, αντιβιοτικά όταν υπάρχει λοίμωξη, ενώ σε επιλεγμένες περιπτώσεις γίνεται φαρμακευτική τοκόλυση για αναστολή του τοκετού. Η επιλογή μεταξύ κολπικού τοκετού ή της καισαρικής τομής εξαρτάται από την ηλικία κύησης και αποφασίζεται κατά περίπτωση

9. Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων [18],[19]

Ως Πρόωρη Ρήξη εμβρυϊκών Υμένων (ΠΡΥ) ορίζεται η ρήξη των υμένων περισσότερο από μία ώρα πριν την ενεργό έναρξη του τοκετού. Όταν συμβαίνει πριν την 37^{ης} εβδομάδα κύησης ονομάζεται *πρώιμη πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων*, ενώ η ρήξη που συμβαίνει περισσότερο από 12 ώρες πριν την έναρξη του τοκετού ονομάζεται *παρατεταμένη πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων*.

Η ΠΡΥ επιπλέκει το 2-3% των κυήσεων, ενώ αποτελεί το αίτιο πρόωρου τοκετού σε ποσοστό έως 40%. Στο 50-75 % των περιπτώσεων ΠΡΥ ο τοκετός επέρχεται μέσα σε 1 εβδομάδα. Η ΠΡΥ συνδέεται με σοβαρή εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνητότητα, που επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία κύησης στην οποία συμβαίνει. Έτσι συνδέεται με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού (35%), συμπίεση ομφάλιου λώρου (32-76%), χοριοαμνιονίτιδα (13-60%), αποκόλληση του πλακούντα (4-12%), ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου (1-2%), αυξημένο ποσοστό περιγεννητικών λοιμώξεων, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, νευροαναπτυξιακής καθυστέρησης, ανώμαλης προβολής του εμβρύου.

Παράγοντες κινδύνου για ΠΡΥ είναι η ενδοαμνιακή φλεγμονή, το ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού, η μαύρη φυλή, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το κάπνισμα, το ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ο χαμηλός δείκτης μάζας-σώματος <19.8, η κολπική αιμόρροια κατά την κύηση, διατροφικές ελλείψεις σε χαλκό και ασκορβικό οξύ, η περίδεση της μήτρας, οι καταστάσεις που συνδέονται με διάταση της μήτρας όπως η πολύδυμη κύηση και το πολυδράμιο.

Η ΠΡΥ εκδηλώνεται κλασικά με απώλεια υγρών από τον κόλπο. Στις περιπτώσεις με κλινική χοριοαμνιονίτιδα μπορεί να εμφανιστεί πυρετός και σημεία συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης, λευκοκυττάρωση, ευαισθησία στην μήτρα, δύσοσμη κολπική έκκριση, και σημεία εμβρυϊκής δυσχέρειας (ταχυκαρδία >160 σφύξεις ανά λεπτό, χαμηλή

βαθμολογία βιοφυσικού προφίλ, ελάττωση αμνιακού υγρού, απουσία εμβρυικών κινήσεων). Στην γυναικολογική εξέταση με κολποδιαστολέα φαίνεται εκροή αμνιακού υγρού από το τραχηλικό στόμιο ή συγκέντρωση υγρού στον οπίσθιο κολπικό θόλο.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την κλινική εξέταση. Η μέτρηση υψηλού pH του κολπικού υγρού και της ικανότητας του να κρυσταλλώνεται στην μικροσκοπική εξέταση συνεπικουρούν στην διάγνωση.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία κύησης, την τεκμηρίωση της πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου, την παρουσία εμβρυϊκών ή μητρικών επιπλοκών. Με βάση τα παραπάνω αποφασίζεται είτε η άμεση πρόκληση τοκετού, είτε η αναμονή για να δοθεί χρόνος να προχωρήσει η πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου. Επίσης χορηγούνται ενδομυϊκά κορτικοστεροειδή που προωθούν την πνευμονική ωρίμανση, και αντιβιοτική αγωγή επί χοριοαμνιονίτιδας ή θετικής καλλιέργειας κολπικού υγρού.

10. Υπερτασικές διαταραχές κύησης [20], [21], [22]

Ως υπερτασικές διαταραχές κύησης ορίζονται οι εξής 4 οντότητες:

- I. Προεκλαμψία (υπέρταση μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης με πρωτεϊνουρία) και εκλαμψία (προεκλαμψία επιπλεγμένη με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς)
- II. Χρόνια υπέρταση οποιασδήποτε αιτιολογίας που προϋπήρχε της κύησης
- III. Προεκλαμψία που επιπλέκει χρόνια υπέρταση
- IV. Υπέρταση της κύησης (υπέρταση >140/90mm/Hg που ανευρίσκεται για πρώτη φορά μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης χωρίς πρωτεϊνουρία)

Η συχνότητα των υπερτασικών διαταραχών υπολογίζεται σε 6-8% όλων των κύσεων και της προεκλαμψίας 1.4-4%. Σημαντικά μεγαλύτερη είναι η επίπτωση σε γυναίκες αфро-αμερικανικής και ισπανόφωνης προέλευσης. Είναι επίσης πολύ πιο συχνή σε πρωτότοκες γυναίκες. Εκτός από τους παραπάνω, οι πιο σοβαροί παράγοντες κινδύνου είναι η πολύδυμος κύηση, η χρόνια υπέρταση, η ηλικία >35 έτη, η παχυσαρκία, το ιστορικό προηγούμενης προεκλαμψίας, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική νόσος, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, το ιστορικό αποβολής.

Το σύνδρομο της προεκλαμψίας αποτελεί μια συστηματική διαταραχή της κύησης που πυροδοτείται από παθολογική πλακουντιοποίηση και παθολογική διείσδυση της τροφοβλάστης (στάδιο 1). Αυτό προκαλεί την απελευθέρωση πλακουντιακών παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για την γενικευμένη ενδοθηλιακή βλάβη και την κλινική έκφραση του συνδρόμου (στάδιο 2).

Έτσι η προεκλαμψία εκδηλώνεται με υπέρταση μετά την 20^η εβδομάδα που δεν προϋπήρχε (συστολική αρτηριακή πίεση >140 mmHg ή αύξηση πάνω από 30 mmHg από την τιμή βάσης / διαστολική αρτηριακή πίεση >90 mmHg ή αύξηση πάνω από 15 mmHg από την τιμή βάσης), πρωτεϊνουρία, περιφερικό οίδημα, και σε βαρύτερες περιπτώσεις άλγος δεξιού υποχονδρίου, σημεία πνευμονικού οιδήματος, ολιγουρία, νευρολογικά σημεία όπως κεφαλαλγία, θόλωση όρασης και σκοτώματα, γενικευμένη επιληψία (εκλαμψία), πτώση επιπέδου συνείδησης και θάνατος. Σημειώνεται ότι η προεκλαμψία παραμένει μία από τις κύριες αιτίες μητρικού θανάτου με ποσοστό 16% επί του συνόλου στις αναπτυγμένες χώρες. Άλλες σοβαρές μητρικές επιπλοκές είναι η βαριά οξεία νεφρική βλάβη, το ηπατικό αιμάτωμα, η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, το εστιακό ή γενικευμένο εγκεφαλικό οίδημα, η εγκεφαλική αιμορραγία. Οι σοβαρότερες εμβρυϊκές επιπλοκές είναι το ολιγοϋδράμνιο, η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, η αποκόλληση του πλακούντα, ο ενδομήτριος θάνατος.

Στα παρακλινικά ευρήματα της προεκλαμψίας περιλαμβάνεται η σημαντική πρωτεϊνουρία (>300 mg / 24ωρο σε ούρα 24ωρου ή λόγος λευκώματος / κρεατινίνη >0.3 σε δείγμα ούρων), η αύξηση της κρεατινίνης, του ουρικού οξέος, των τρανσαμινασών και της γαλακτικής αφυδρογονάσης, η θρομβοπενία και άλλα σημεία αγγειοπαθητικής αιμόλυσης (σχιστοκύτταρα, κατανάλωση αιπτοσφαιρινών, διαταραχές των παραγόντων πήξης).

Ένα ποσοστό 4-12% γυναικών με προεκλαμψία εμφανίζουν εκσεσημασμένα σημεία αγγειοπαθητικής αιμόλυσης, θρομβοπενίας και ηπατικής βλάβης, ένα σύνδρομο που ονομάστηκε HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count). Το σύνδρομο είναι δυνατόν να εμφανιστεί και χωρίς προϋπάρχουσα διαγνωσθείσα προεκλαμψία και έχει βαρύτερη πρόγνωση από αυτήν. [23]

Τα σημεία και τα συμπτώματα που υποδηλώνουν βαριά προεκλαμψία είναι τα εξής:

- i. Αρτηριακή πίεση >160/110 mmHg
- ii. Πρωτεϊνουρία >5gr / 24ωρο
- iii. Νευρολογικά συμπτώματα: Κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, πτώση επιπέδου συνείδησης, επιληπτικοί σπασμοί

- iv. Ολιγουρία
- v. Άλγος δεξιού υποχονδρίου
- vi. Πνευμονικό οίδημα
- vii. Αύξηση κρεατινίνης
- viii. Θρομβοπενία <100.000 / μ L
- ix. Εκσεσημασμένη τρανσαμινασαιμία
- x. Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη
- xi. Πρώιμη προεκλαμψία <34^η εβδομάδα κύησης

Η πρώιμη αναγνώριση των εγκύων με υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη προεκλαμψίας από το πρώτο τρίμηνο με βάση τους παράγοντες κινδύνου από το ιστορικό, την τιμή της αρτηριακής πίεσης, μετρήσεις Doppler, και βιοχημικούς δείκτες (PAPP-A, PLGF) και η έναρξη λήψης ασπιρίνης προ της 16^{ης} εβδομάδας σε αυτόν τον πληθυσμό φαίνεται να μειώνει σημαντικά την συχνότητα της πρώιμης (<34^{ης} εβδομάδας) και λιγότερο της όψιμης προεκλαμψίας. [24]

Η οριστική θεραπεία της προεκλαμψίας γίνεται μόνο με τον τοκετό και την αποβολή του πλακούντα. Έτσι οι στόχοι της αντιμετώπισης είναι η ολοκλήρωση της κύησης με τις λιγότερες δυνατές επιπτώσεις στην μητέρα και το έμβρυο και η αποκατάσταση της υγείας της μητέρας μετά.

Έτσι αν η ηλικία κύησης είναι >38 εβδομάδες, αν υπάρχουν σημεία βαριάς προεκλαμψίας ή εμβρυϊκής δυσπραγίας, υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης ή ολιγοϋδράμνιο επιλέγεται η πρόκληση τοκετού. Σε υπέρταση κύησης χωρίς λευκωματουρία ή σε ήπια προεκλαμψία με ανώριμο έμβρυο επιλέγεται η αναμονή για την συμπλήρωση της ωρίμανσης υπό στενή παρακολούθηση για τυχόν μητρικές ή εμβρυϊκές επιπλοκές. Για τον έλεγχο της μέτριας και σοβαρής υπέρτασης χορηγούνται η μεθυλντόπα, υδραλαζίνη, λαβηταλόλη, νιφεδιπίνη. Για την θεραπεία και την πρόληψη των σπασμών χορηγείται θειϊκό μαγνήσιο παρεντερικά, ενώ η κορτιζόνη ευοδώνει την πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου όταν χορηγείται πριν τον τοκετό. Η αντιμετώπιση των βαρύτερων περιπτώσεων απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η προεκλαμψία συνδέεται με μακροχρόνιες συνέπειες τόσο για την μητέρα (αυξημένη συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης, καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου, νεφρικής νόσου, νευρονοητικών διαταραχών, αμφιβληστροειδοπάθειας), όσο και για το παιδί (παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, αρτηριακή υπέρταση).

11. Επιπλοκές της λοχειάς

11.1. Επιλόχειες πυελικές λοιμώξεις [25]

Ο εμφάνων πυρετός $>38^{\circ}\text{C}$ μετά τον τοκετό πρέπει να διερευνάται. Μία από τις πιο συχνές και σοβαρές αιτίες είναι η λοιμώξεις της μήτρας. Οι λοιμώξεις αυτές συχνά αφορούν όχι μόνο τον φθαρτό αλλά και το μυομήτριο με τους παραμήτριους ιστούς, γι' αυτό περιγράφονται με τον περιεκτικό όρο *μητρίτιδα με πυελική κυτταρίτιδα*.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η καισαρική τομή, η πρόωγη ρήξη υμένων και η χοριοαμνιονίτιδα, ο παρατεταμένος τοκετός, οι πολλαπλές τραχηλικές δακτυλικές εξετάσεις, η βακτηριακή κολπίτιδα, ο αποικισμός με στρεπτόκοκκο ομάδας B, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Οι μικροοργανισμοί που ευθύνονται είναι αυτοί που ανήκουν στην χλωρίδα του κόλπου και συχνά η αιτία είναι πολυμικροβιακή.

Από το αερόβια βακτήρια συχνότερα ανευρίσκονται:

- στρεπτόκοκκοι συνήθως της ομάδας B (σπανιότερα της ομάδας A, D, εντερόκοκκοι)
- Gram (-) βακτήρια (E. coli, Klebsiella, Proteus)
- Staph. aureus (σπάνια)

Από τα αναερόβια βακτήρια συχνότερα ανευρίσκονται:

- Κόκκοι (Peptostreptococcus)
- Βακτηροειδή (Bacteroides, Clostridium, Fusobacterium)

Από τα άτυπα βακτηρίδια:

- Chlamydia
- Mycoplasma

Η διάγνωση τίθεται από την κλινική εικόνα του πυρετού, της πυελικού πόνου και της ευαισθησίας, της αποβολής πυωδών και δύσοσμων λοχειών.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής είτε από του στόματος σε ελαφρύτερες περιπτώσεις, είτε παρεντερικά σε βαρύτερη κλινική εικόνα. Προτείνεται η έναρξη ενδοφλέβιας εμπειρικής αγωγής με:

- πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη,

- μεροπενέμη σε βαρύτερη κλινική εικόνα,
- Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί κεφτριαξόνη + κλινδαμυκίνη ή μετρονιδαζόλη,
- αμοξικιλίνη / κλαβουλανικό οξύ,
- επί υποψίας λοίμωξης από Chlamydia ή Mycoplasma προτείνεται η προσθήκη δοξυκυκλίνης.

Οι λοιμώξεις της μήτρας μπορούν να επιπλακούν με:

- λοιμώξεις του τραύματος,
- νεκρωτική περιτονίτιδα,
- ωοθηκικό απόστημα,
- παραμήτριο φλέγμονα,
- σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα,
- λοίμωξη του περινέου,
- σύνδρομο τοξικού σοκ.

11.2. Λοιμώξεις των μαστών [26], [27]

Οι λοιμώξεις του μαστού εμφανίζονται στο 5-10% των γυναικών που θηλάζουν και συνήθως προκαλούνται από τον Staph.aureus (συχνά MRSA). Παράγοντες κινδύνου είναι η λεμφαγγειίτιδα του μαστού, η αθεράπευτη συμφόρηση, τα προβλήματα στον θηλασμό, οι ραγάδες. Τα συμπτώματα είναι ετερόπλευρο συνήθως άλγος και ερυθρότητα του μαστού, πυρετός και επώδυνοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, ενώ το γάλα μπορεί να έχει πυώδη πρόσμειξη. Για την θεραπεία χορηγείται αντιβιοτική αγωγή με δοξυκυκλίνη ή, σε λοίμωξη με MRSA τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη ή κλινδαμυκίνη ή ενδοφλέβια βανκομυκίνη.[28] Η συνέχιση του θηλασμού και η άντληση του γάλατος φαίνεται ότι μειώνει την συχνότητα του σχηματισμού αποστήματος, επιπλοκής που χρήζει χειρουργικής παροχέτευσης.

11.3. Άλλες αιτίες

Άλλες συχνές αιτίες πυρετού στην λοχεία είναι η λοιμώξεις του ουροποιητικού και του αναπνευστικού, η ύπαρξη των οποίων πρέπει να διερευνάται ώστε να λάβουν την κατάλληλη αγωγή.

III. ΜΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. Παθήσεις αναπνευστικού

1.1. Φυσιολογικές αλλαγές του αναπνευστικού συστήματος κατά την κύηση

Οι σημαντικότερες φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο αναπνευστικό σύστημα με την κύηση είναι οι εξής: Ο βλεννογόνος του αναπνευστικού γίνεται οιδηματώδης και υπεραίμικος και αυξάνεται η παραγωγή βλέννας. Η άνοδος του διαφράγματος κατά 4-5 εκ. από την αναπτυσσόμενη μήτρα προκαλεί πίεση επί του θωρακικού κλωβού με αποτέλεσμα αύξηση της περιφέρειας του θώρακα κατά 5-7 εκ. και αύξηση της υποστερνικής γωνίας από 70° σε 100°. Τα παραπάνω προκαλούν μείωση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας με ταυτόχρονη αύξηση της εισπνευστικής χωρητικότητας με αποτέλεσμα η ολική πνευμονική χωρητικότητα να μην μεταβάλλεται παρά ελάχιστα. Ο εισπνεόμενος ανά λεπτό όγκος αυξάνεται προοδευτικά έως 40%, με αποτέλεσμα αύξηση του O₂ που κυκλοφορεί στο αίμα της εγκύου και αποδίδεται στο έμβρυο καθώς και αύξηση της αποβολής CO₂. Η αύξηση του εισπνεόμενου όγκου προκαλείται από την διέγερση του κέντρου της αναπνοής από τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης που προκαλούν υπεραερισμό. Έτσι αυξάνεται η αποβολή CO₂ από τους πνεύμονες της εγκύου και ελαττώνεται η PaCO₂ σε επίπεδα 28-32 mmHg, μια κατάσταση ήπιας αναπνευστικής αλκάλωσης, που ευοδώνει την μεταφορά CO₂ από το έμβρυο προς την μητρική κυκλοφορία. Η αλκάλωση αυτή απελευθερώνει κατιόντα από την κυκλοφορία της μητέρας που προσλαμβάνονται από το έμβρυο για την διατήρηση της οξεοβασικής του ισορροπίας και ταυτόχρονα συντηρεί στην έγκυο μια ήπια αλκαλαιμία με pH=7.4-7.45 [29]

Οι παραπάνω φυσιολογικές αλλαγές, μαζί με τις προσαρμογές του ανοσοποιητικού συστήματος στην κύηση έτσι ώστε να διατηρηθεί μια κατάσταση «ανοσοανοχής» για το έμβρυο, έχουν συσχετιστεί με την αυξημένη συχνότητα επιπλοκών ιδιαίτερα των

βαρύτερων λοιμώξεων αναπνευστικού και την μειωμένη ανοχή στην πνευμονική νόσο, ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο.

Οι συχνότερες παθήσεις του αναπνευστικού που χρειάζονται έκτακτη ιατρική φροντίδα στην κύηση είναι οι παρακάτω:

1.2. Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού (ΛΑΑ)

Οι ΛΑΑ αφορούν την ανώτερη μοίρα των αεραγωγών και συγκεκριμένα τις περιοχές της ρινός, των παραρινίων κόλπων, του φάρυγγα, του λάρυγγα και της τραχείας. Αποτελούν τη συχνότερη λοίμωξη στον άνθρωπο και μία από τις συχνότερες αιτίες ιατρικών επισκέψεων. Υπολογίζεται ότι ένας ενήλικας έχει κατά μέσο όρο 2-4 επεισόδια ΛΑΑ ανά έτος, ενώ η επίπτωση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας αυξάνει πολύ (6-8 επεισόδια ανά έτος κατά μέσο όρο) [30]. Η επίπτωση των ΛΑΑ εμφανίζει μια ξεκάθαρη εποχική διακύμανση με σημαντική αύξηση τους φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες στον βόρειο ημισφαίριο [31]

Οι γυναίκες στην κύηση δεν αποτελούν εξαίρεση στα παραπάνω, και η συχνή παρουσία στο οικογενειακό τους περιβάλλον παιδιών προσχολικής ηλικίας αυξάνει την έκθεση τους στους λοιμώδεις παράγοντες που προκαλούν ΛΑΑ.

Έχει διατυπωθεί η υποψία συσχέτισης μεταξύ ΛΑΑ και δυσμενούς περιγεννητικής έκβασης (πρόωρο τοκετό) [32], αλλά η σχέση αυτή δεν έχει ποτέ επιβεβαιωθεί σε μεγάλες μελέτες.

Πάνω από 90% των ΛΑΑ προκαλούνται από ιούς, με τους ρινοϊούς να αποτελούν την συχνότερη αιτία (30-50% όλων των επεισοδίων που μπορεί να φτάνει το 80% κατά τις φθινοπωρινές εξάρσεις). Άλλα συχνά αίτια είναι οι κορονοϊοί με τον SARS-COV2 να αποτελεί την αιτία της πανδημίας COVID-19, οι ιοί της ομάδας των εντεροϊών (ιοί Coxsackie, Echo), οι αδενοϊοί, ορθομυξοϊοί με κυρίαρχο τον ιός της γρίπης, παραμυξοϊοί (ιοί parainfluenza), ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV), ο ιός Epstein-Barr, ο ανθρώπινος μεταπνευμονοϊός (hMPV) [33]

Ένα ποσοστό 5-15% των ΛΑΑ προκαλούνται ή επιπλέκονται από μικρόβια [33]. Στις περιπτώσεις φαρυγγοαμυγδαλίτιδας τα συχνότερα μικροβιακά αίτια είναι ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος της ομάδας A (*Streptococcus pyogenes*) που είναι και το αίτιο του ρευματικού πυρετού, στρεπτόκοκκοι ομάδας C και G, γονόκοκκος, κορνοβακτηρίδια (αιμολυτικό και διφθερίτιδας), σπανίως άτυπα βακτήρια (*Mycoplasma*

pneumoniae και Chlamydia pneumoniae). Στις περιπτώσεις παραρρινοκολπίτιδας και μέσης ωτίτιδας που επιπλέκει ΛΑΑ τα συχνότερα μικροβιακά αίτια είναι ο πνευμονιόκοκκος (Streptococcus pneumoniae), ο αιμόφιλος της ινφλουένζας (Haemophilus influenzae), η μοραξέλλα (Moraxella catarrhalis), ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος (Staphylococcus aureus), σπανιότερα στρεπτόκοκκοι ομάδας Α, γλαμύδια πνευμονίας, γονόκοκκος, αναερόβια και gram (-) αερόβια.[33]

▪ ***Οξεία Ρινοφαρυγγίτιδα***

Οι ασθενείς με κοινό κρυολόγημα εμφανίζουν ερυθρότητα και οίδημα του ρινικού βλεννογόνου με υδαρή, βλενώδη ή πυώδη καταρροή, παρμό, κεφαλαλγία, ενίοτε πυρετό. Στην κύηση προτείνεται συμπτωματική αγωγή με ρινοπλύσεις, ρινικές ταινίες, παρακεταμόλη, αντισταμινικά. Η συστηματική λήψη αποσυμφορητικών από του στόματος δεν ενδείκνυται στην κύηση, αλλά η τοπική χρήση θεωρείται σχετικά ασφαλής για περιορισμένο χρονικό διάστημα. [34]. Η χρήση ιβουπροφαίνης για συμπτωματική ανακούφιση για περιορισμένο χρονικό διάστημα στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο της κύησης φαίνεται ασφαλής. [34]. Τέλος η ασφάλεια χρήσης παρακεταμόλης και αντισταμινικών στην κύηση είναι επαρκώς τεκμηριωμένη, και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συμπτωματική ανακούφιση. [34]

▪ ***Οξεία φαρυγγαμυγδαλίτιδα***

Εκδηλώνεται με πυρετό, φαρυγγαλγία. Παρά το γεγονός ότι είναι πολύ συχνότερα ιογενούς αιτιολογίας, εν τούτοις η διαφοροδιάγνωση του από την στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα είναι πολύ σημαντική για την χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος του ρευματικού πυρετού και του περιαμυγδαλικού αποστήματος, που μπορεί να επιπλέξει την αμυγδαλίτιδα από β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α (GAS). Έχουν προταθεί 4 κριτήρια, γνωστά ως κριτήρια του Cendor, για την διαφοροδιάγνωση μεταξύ ιογενούς και στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας και την απόφαση χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής. Αυτά είναι:

- Θερμοκρασία >38⁰C
- Εξίδρωμα ή οίδημα αμυγδαλών
- Ευαίσθητοι, διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες
- Απουσία βήχα (και ρινίτιδας)

Η ύπαρξη κάθε ενός από αυτά βαθμολογείται με έναν βαθμό. Έτσι για βαθμολογία 0-1 δεν προτείνεται περαιτέρω έλεγχος ή αντιβιοτική αγωγή, για βαθμολογία 2 συστήνεται Strep-test και επί θετικού αποτελέσματος αντιβιοτική αγωγή, σε βαθμολογία 3 άμεση έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής ή μετά από θετικό Strep test κατά περίπτωση, σε βαθμολογία 4 άμεση έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής χωρίς περαιτέρω έλεγχο. [35]

Επί απόφασης χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής κατά την κύηση συστήνεται πενικιλίνη ως αντιβιοτικό πρώτης εκλογής και εναλλακτικά αμοξυκιλίνη, κεφαλοσπορίνες α' και β' γενιάς με στενό μικροβιακό φάσμα, ενώ επί αλλεργίας σε β λακταμικά προτείνεται μακρολίδη (προσοχή για κλινική αποτυχία λόγω υψηλού ποσοστού ανθεκτικότητας) ή κλινδαμυκίνη [35].

▪ ***Οξεία ρινοκολπίτιδα***

Πρόκειται για την φλεγμονή του βλεννογόνου της ρινός και τουλάχιστον ενός εκ των παραρρινίων κόλπων. Υπολογίζεται ότι το 87% των ανθρώπων με κοινό κρυολόγημα έχουν οξεία ιογενή ιγμορίτιδα που συνήθως αποδράμει χωρίς ειδική αγωγή. Το 0.5-2% των ασθενών αυτών παρουσιάζουν ως επιπλοκή οξεία βακτηριακή παραρινοκολπίτιδα, που αναπτύσσεται στο έδαφος φλεγμονής του βλεννογόνου, απόφραξης των τρημάτων των κόλπων και μείωσης της βλενοκροσσωτής δραστηριότητας, παράγοντες που δημιουργούν ευνοϊκό περιβάλλον για τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων. [36]

Εκδηλώνεται με ρινική συμφόρηση, πυώδη ρινική ή οπισθορινική έκκριση, πόνο στην πίεση επί του κόλπου, κεφαλαλγία, οδονταλγία, πυρετό και κακουχία. [35]

Η επέκταση της φλεγμονής στις γειτονικές δομές (οστά, κόγχοι, ενδοκράνιοι βόθροι, εγκέφαλος) μπορεί σπάνια να οδηγήσει σε βαριές επιπλοκές.

Η διάγνωση είναι κατά βάση κλινική. Η ακτινογραφία παραρρινίων κόλπων μπορεί να αναδείξει θολερότητα ή υδραερικό επίπεδο, ευρήματα που μπορεί να υπάρχουν τόσο στην ιογενή όσο και στην βακτηριακή παραρινοκολπίτιδα. Η αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου ενδείκνυται σε υποψία επιπλοκών.[36] Και οι δύο ακτινολογικές εξετάσεις που προαναφέρθηκαν θεωρούνται ασφαλείς στην κύηση.

Για την θεραπεία της οξείας ρινοκολπίτιδας στην κύηση προτείνεται συμπτωματική αγωγή (βλέπε παραπάνω για την συμπτωματική ανακούφιση στο κοινό κρυολόγημα). Επί εμμονής των συμπτωμάτων >7 ημέρες συστήνεται η έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθούν κεφαλοσπορίνες 2^{ης} και

3^{ης} γενεάς, ενώ επί αλλεργίας στα β λακταμικά μπορεί να χορηγηθεί κλινδαμυκίνη. Σε χώρες που υπάρχει υψηλή συχνότητα αντοχής του πνευμονιοκόκκου στις μακρολίδες όπως στην Ελλάδα, η θεραπεία με αυτές συνδέεται με υψηλά ποσοστά κλινικής αποτυχίας. [36]

- ***Οξεία μέση ωτίτιδα***

Πρόκειται για την φλεγμονή των δομών του μέσου ωτός. Είναι νόσος της πρώτης παιδικής ηλικίας, αλλά μπορεί να εμφανιστεί στους ενήλικες σαν επιπλοκή ΛΑΑ, που επεκτείνεται στο μέσω ος μέσω της ευσταχιανής σάλπιγγας όπου, λόγω του οιδήματος και της απόφραξης των αεροφόρων οδών, δημιουργούνται ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη παθογόνων. [37]

Εκδηλώνεται συνηθέστερα με ωταλγία και βαρηκοΐα κατά την πορεία μιας ΛΑΑ. Στην ωτοσκόπηση η τυμπανική μεμβράνη εμφανίζει σημεία φλεγμονής. Σπανιότερα η οξεία μέση ωτίτιδα στους ενήλικες μπορεί να επιπλακεί με διάτρηση του τυμπάνου και ωτόρροια, ενώ η επιπέμηση των γειτονικών δομών μπορεί να οδηγήσει σπάνια σε σοβαρές επιπλοκές, όπως μαστοειδίτιδα, πάρεση προσωπικού νεύρου, λαβυρινθίτιδα, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα. [37]

Η θεραπεία στην κύηση δεν διαφέρει από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Περιλαμβάνει την τοπική ρινική αποσυμφόρηση, την αναλγητική αγωγή με παρακεταμόλη ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως η ιβουπροφαίνη και στις περιπτώσεις με μικροβιακή λοίμωξη την αντιβιοτική αγωγή με αμοξικιλίνη, αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό, κεφαλοσπορίνες, ή μακρολίδες επί αλλεργίας στα β λακταμικά. [37]

1.3. Λοιμώξεις κατωτέρου αναπνευστικού (ΛΚΑ)

- ***Οξεία βρογχίτιδα***

Πρόκειται για την φλεγμονή του βλεννογόνου του βρογχικού δέντρου. Αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες ιατρικών επισκέψεων. Υπολογίζεται ότι 5% των ενηλίκων παρουσιάζουν ένα επεισόδιο οξείας βρογχίτιδας κάθε έτος και το 90% από αυτούς αναζητούν ιατρική εξέταση. [38]

Στο 95% των περιπτώσεων το αίτιο είναι ιοί με συχνότερους αυτούς που προκαλούν τις λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού (βλέπε παραπάνω). Μικροβιακά αίτια

εμπλέκονται σε μικρό ποσοστό των περιπτώσεων, μεταξύ αυτών τα *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. [39]

Εκδηλώνεται συνήθως σαν συνέχεια μιας ΛΑΑ, με βήχα, συνήθως παραγωγικό, με εκκρίσεις που μπορεί να είναι υδαρείς, κιτρινωπές, πρασινωπές ή ακόμα και με πρόσμειξη αίματος. Το χρώμα των εκκρίσεων δεν είναι αξιόπιστο σημείο διαφοροδιάγνωσης μεταξύ ιογενούς και μικροβιακού αίτιο. Ο βήχας μετά την βρογχίτιδα μπορεί να διαρκεί 10-20 ημέρες. Ο πυρετός δεν είναι συχνό σημείο στην οξεία βρογχίτιδα, και η ύπαρξη του μπορεί να υποδηλώνει γρίπη ή βρογχοπνευμονία. [38]

Στην ακρόαση του αναπνευστικού μπορεί να υπάρχει συριγμός. Η ύπαρξη τριζόντων ή αιγοφωνίας πρέπει να εγείρει την υποψία πνευμονίας.

Η αντιμετώπιση της οξείας βρογχίτιδας στην κύηση δεν διαφέρει από αυτή του γενικού πληθυσμού. Είναι πρωτίστως συμπτωματική με φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέσα. Από τα μη φαρμακευτικά μέσα προτείνονται απλά μη φαρμακευτικά καταπραϋντικά σε μορφή παστίλιας, ροφημάτων κλπ. Από τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οπιοειδή κατασταλτικά του βήχα (κωδεΐνη και παράγωγά της) φαίνονται να είναι ασφαλή στην κύηση (εκτός από την παρατεταμένη χρήση που συνδέεται με σύνδρομο στέρησης στο νεογνό), ενώ από τα βλεννολυτικά η ακετυλοκυστεΐνη έχει καλό προφίλ ασφάλειας. Σε περιπτώσεις με έντονο βρογχόσπασμο και συριγμό μπορούν να χορηγηθούν εισπνεόμενοι β-διεγέρτες όπως η σαλβουταμόλη. [38]

Τα αντιβιοτικά στη οξεία βρογχίτιδα δεν προτείνονται στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων λόγω της υποκείμενης ιογενούς αιτιολογίας. [38]

▪ ***Πνευμονία***

Πνευμονία είναι η οξεία λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος. Αποτελεί μία από της σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας. Η ετήσια επίπτωση της πνευμονίας της κοινότητας στις ΗΠΑ υπολογίζεται σε 248 ανά 10000 ενήλικες ετησίως, ενώ αποτελεί την 9η συχνότερη αιτία θανάτου. [40]

Η πνευμονία στην κύηση δεν είναι σπάνια νόσος. Παλαιότερες μελέτες αναφέρουν συχνότητα από 0.7-2.7 ανά 1000 κήσεις, ενώ αποτελεί την συχνότερη μη μαιευτική αιτία μητρικού θανάτου [41] και το αίτιο για το 4.2% των προγεννητικών εισαγωγών. [6]

Η πνευμονία κλασσικά διακρίνεται σε:

- Πνευμονία της Κοινότητας (ΠτΚ) όταν συμβαίνει σε ασθενή που δεν νοσηλεύταν σε νοσοκομείο τις προηγούμενες 2 εβδομάδες

- ο Νοσοκομειακή Πνευμονία (ΝΠ) όταν συμβαίνει σε ασθενή ≥ 48 ώρες από την εισαγωγή του σε νοσοκομείο.

Στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων (62%) ο λοιμώδης παράγοντας που προκαλεί την ΠτΚ στους ενήλικες δεν απομονώνεται, ακόμα και με την εφαρμογή ευαίσθητων μοριακών τεχνικών. [42] Τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί όλο και περισσότερο ο ρόλος των ιών στην παθογένεια της ΠτΚ, όπου φαίνεται να είναι ο μόνος λοιμώδης παράγοντας στο 22% των περιπτώσεων, ενώ μικροβιακά αίτια ανευρίσκονται στο 11% και συνλοιμώξεις στο 5%. [42] Από τους ιούς ο ρινοϊός και ο ιός της γρίπης ήταν τα συχνότερα αίτια στην προ COVID-19 περίοδο, ενώ από τα μικροβιακά αίτια ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus pneumoniae*) αναδεικνύεται στις μισές περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες μισές απομονώνονται άλλα μικρόβια με συχνότερα τον *Haemophilus influenzae*, την *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella* spp, *Staphylococcus aureus*. [43]

Τα τυπικά συμπτώματα της πνευμονίας περιλαμβάνουν τον βήχα (ξηρός ή συχνότερα παραγωγικός), την δύσπνοια, τον πλευριτικό πόνο, την κακουχία και καταβολή δυνάμεων. Συχνά προηγούνται τα συμπτώματα από ΛΑΑ που εξελίσσεται σε πνευμονία. Στην κλινική εξέταση μπορεί να υπάρχουν τρίζοντες στην ακρόαση του πνεύμονα, αν και συχνά απουσιάζουν στις περιπτώσεις άτυπης πνευμονίας και στην πνευμονία από COVID-19. Η λευκοκυττάρωση και η αύξηση των δεικτών φλεγμονής είναι συχνά ευρήματα. Όπως προαναφέρθηκε η απομόνωση του λοιμώδους παράγοντα δεν είναι δυνατή σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 60%, και ο ειδικός διαγνωστικός έλεγχος δεν προτείνεται, εκτός από τον έλεγχο για SARS-Cov-2 και για τον ιό της γρίπης σε περιόδους υψηλής κυκλοφορίας των ιών στην κοινότητα. [44]

Σε κάθε έγκυο που υπάρχει υποψία πνευμονίας πρέπει να γίνεται ακτινογραφία θώρακος προς επιβεβαίωση ή αποκλεισμό της διάγνωσης. Τυπικά ακτινολογικά ευρήματα αποτελούν οι διάσπαρτες σκιάσεις, η πύκνωση με αεροβρογχόγραμμα, η παραπνευμονική συλλογή, οι βλάβες τύπου "θολής υάλου" στην αξονική τομογραφία πνεύμονα.

Η πνευμονία στην κύηση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, νοσηρότητας και θνητότητας στην μητέρα. Επίσης έχει συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα δυσμενών επιπτώσεων στην έκβαση της κύησης, και συγκεκριμένα αύξηση της συχνότητας πρόωρου τοκετού και μικρών για την ηλικία κύησης νεογνών. [45], [46]

Η αντιμετώπιση της ΠτΚ στην κύηση πρέπει να γίνεται μετά από προσεκτική αξιολόγηση της βαρύτητας βάσει της οποίας αποφασίζεται αν η θεραπεία θα γίνει σε

εξωτερική βάση ή με εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το καλύτερο εργαλείο αξιολόγησης της βαρύτητας της ΠτΚ, το PSI (Pneumonia Severity Index) δεν έχει αξιολογηθεί στην κύηση. Το PSI διακρίνει 5 επίπεδα βαρύτητας, βάσει των οποίων προτείνεται θεραπεία σε εξωτερική βάση για τα επίπεδα I και II, θεραπεία σε εξωτερική βάση ή βραχεία νοσηλεία για το επίπεδο III, και νοσηλεία στο νοσοκομείο για το επίπεδο IV,V. Για την απόφαση αντιμετώπισης της πνευμονίας εκτός ή εντός νοσοκομείου στην κύηση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών σε σχέση με τις αντίστοιχες μη έγκυες γυναίκες και η αυξημένη συχνότητα δυσμενών επιδράσεων στην έκβαση της κύησης. Κριτήρια βαρύτητας είναι: αναπνευστική συχνότητα ≥ 30 /λεπτό, ταχυκαρδία ≥ 125 /λεπτό, $PaO_2/FiO_2 \leq 250$, διήθηση πολλαπλών λοβών, σύγχυση/αποπροσανατολισμός, ουραιμία, θρομβοπενία $< 100000/\mu L$, θερμοκρασία $< 36^\circ C$ ή $> 39.9^\circ C$, υπόταση, οξέωση, υπονατριαιμία, υπεργλυκαιμία $> 250 mg/dl$, υποξαιμία, πλευριτική συλλογή, η ύπαρξη συνοσηροτήτων. [45]

Η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή της θεραπείας ΠτΚ σε εγκύους χωρίς σημεία βαριάς κλινικής εικόνας, επιπλοκών ή συνοσηρότητας σε περιοχές με χαμηλό ποσοστό ανθεκτικότητας του πνευμονιόκοκκου (σημειώνεται ότι η Ελλάδα θεωρείται χώρα με υψηλό ποσοστό) μπορεί να γίνει με μονοθεραπεία με μακρολίδες (αζιθρομυκίνη ή κλαριθρομυκίνη). Σε βαρύτερες περιπτώσεις ή με συνοσηρότητες ή σε περιοχές με υψηλό ποσοστό ανθεκτικότητας του πνευμονιόκοκκου η αγωγή πρέπει να περιλαμβάνει συνδυασμό β-λακταμικού αντιβιοτικού όπως αμοξυκιλίνης/κλαβουλανικό, κεφουροξίμη, κεφτριαξόνη + μακρολίδη. Η χρήση αναπνευστικών κινολονών (λεβοφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη) που χρησιμοποιούνται συχνά εκτός κύησης, πρέπει να χορηγούνται όταν ενδείκνυται στην ΠτΚ στην κύηση και να μην αποφεύγονται λόγω του χαμηλού κινδύνου τερατογένεσης με την οποία έχουν συσχετιστεί. Τέλος σε περιπτώσεις σταφυλοκοκκικής πνευμονίας μπορούν να χορηγηθούν βανκομυκίνη και λινεζολίδη. [46]

▪ **Γρίπη**

Ο ιός της γρίπης είναι ένας RNA ιός της οικογένειας των ορθομυξοϊών και διακρίνεται σε τρεις αντιγονικές ομάδες Α,Β,С με συχνότερο παθογόνο για τον άνθρωπο την ιό της ομάδας Α. Είναι νόσος με υψηλή μεταδοτικότητα που γίνεται μέσω της εισπνοής του αερολύματος που παράγεται με τον βήχα, τον πταρμό ή την ομιλία από έναν φορέα του ιού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο υπάρχουν περίπου 1 δισεκατομμύριο κρούσματα γρίπης, 3 έως 5 εκατομμύρια σοβαρά

κρούσματα και 290.000-650.000 θάνατοι σχετιζόμενοι με γρίπη. [47] Ο ιός της γρίπης ήταν υπεύθυνος για 4 πανδημίες από την αρχή του 20^{ου} αιώνα (το 1918-1919 με την φονική πανδημία της ισπανικής γρίπης που οδήγησε σε μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από ότι ο Α΄ παγκόσμιος πόλεμος, και τις πανδημίες 1957-1958, 1968-1969, 2009-2010).

Η περίοδος επώασης είναι κατά μέσο όρο 2 ημέρες με διακύμανση από 1-4 ημέρες. Τα συμπτώματα της γρίπης είναι βήχας ξηρός ή παραγωγικός, πυρετός, φαρυγγαλγία, μυαλγίες, κεφαλαλγία, ρινική καταρροή, καταβολή δυνάμεων, ταχυκαρδία, ερυθρότητα επιπεφυκότων. Η βαρύτητα της νόσου μπορεί να είναι αυτή μιας ήπιας αυτοπεριοριζόμενης λοίμωξης αναπνευστικού έως μια βαριά νόσο που χρειάζεται νοσηλεία. Η μετάδοση της γρίπης έχει ξεκάθαρα εποχιακή διακύμανση με την επιδημική περίοδο να ξεκινά από το φθινόπωρο, να κορυφώνεται στα μέσα Φεβρουαρίου του επόμενου χρόνου και να αποδράμει σταδιακά ως το τέλος της άνοιξης.

Οι γυναίκες στην κύηση έχουν αυξημένο ποσοστό νοσηρότητας και θνητότητας από την γρίπη. Ιστορικά δεδομένα από τις προηγούμενες πανδημίες δείχνουν δυσανάλογα ψηλά ποσοστά θνητότητας σε σχέση με τον αντίστοιχο ηλικιακό πληθυσμό, που ανέρχονταν σε 27-45% το 2018 και σε 20% το 1957, ενώ το 2009 οι σχετιζόμενοι με την γρίπη θάνατοι εγκύων αποτελούσαν το 5% των συνολικών θανάτων σχετιζόμενων με γρίπη, όταν οι έγκυες αποτελούσαν το 1% του πληθυσμού. [48] Επίσης η πιθανότητα νοσηλείας από γρίπη είναι 3-7 φορές υψηλότερη κατά την κύηση. [48] Ο κίνδυνος επιπλοκών αυξάνει με την ηλικία της κύησης και είναι ψηλότερος στο 3^ο τρίμηνο και σε γυναίκες με συνυπάρχουσες παθήσεις. Επίσης η γρίπη συνδέεται με αυξημένο ποσοστό δυσμενούς έκβασης στην κύηση, κυρίως με αποβολή και πρόωρο τοκετό. [48]

Η πιο συχνή επιπλοκή της γρίπης είναι η πνευμονία που μπορεί να είναι πρωτοπαθής από τον ιό ή δευτεροπαθής από επιλοίμωξη με μικρόβια, συνηθέστερα *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* και *Staphylococcus aureus*. [46]

Κάθε έγκυος με υποψία γρίπης πρέπει να αξιολογείται συστηματικά. Αν δεν έχει συμπτώματα ή σημεία ενδεικτικά αυξημένης βαρύτητας (δύσπνοια, πλευριτικό πόνο, δυσκολία λήψης υγρών, αφυδάτωση, επηρεασμένο επίπεδο επικοινωνίας, υποτροπή πυρετού μετά από περίοδο απυρεξίας, $sO_2 \leq 94\%$, παθολογικούς ήχους στην ακρόαση) συστήνεται η χορήγηση αναστολέων νευραμινιδάσης (οσελταμιβίρη από του στόματος ή ζαναμιβίρη ενδορρινικά) μέσα στις πρώτες δύο μέρες από την έναρξη της, και συμπτωματική αγωγή. Σε παρουσία οποιουδήποτε από τα παραπάνω ανησυχητικά σημεία ή σε περίπτωση συνοσηρότητας (όπως άσθμα, ΧΑΠ, HIV) ή μαιευτικών επιπλοκών

συνιστάται η παραπομπή σε νοσοκομείο για περαιτέρω αξιολόγηση και αντιμετώπιση. [49]

Για την πρόληψη της νόσου συστήνεται ο εμβολιασμός έναντι της γρίπης σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης.

▪ **COVID-19**

Η ιός SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) είναι ένας νέος ιός της οικογένειας των κορονοϊών, η λοίμωξη από τον οποίο είναι το αίτιο της πανδημίας COVID-19 (COronaVirus Disease 2019).

Ο ιός μεταδίδεται κυρίως μέσω σταγονιδίων και δευτερευόντως μέσω αερολύματος, ενώ η μετάδοσή του μέσω επαφής φαίνεται ότι παίζει πολύ μικρό ρόλο. Με την είσοδο του στο αναπνευστικό ο ιός συνδέεται μέσω της επιφανειακής πρωτεΐνης S (spike) στον υποδοχέα ACE2 και ακολούθως εισέρχεται στο κύτταρο, όπου ακολουθεί ο πολλαπλασιασμός του στο κυτταρόπλασμα και η απελευθέρωση των νέων ιικών σωματιδίων.

Η λοίμωξη από τον SARS-Cov-2 μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Στις συμπτωματικές περιπτώσεις έχουν περιγραφεί τα παρακάτω:

- Πυρετός, φρίκια, ρίγος
- Βήχας
- Δύσπνοια
- Καταβολή δυνάμεων
- Μυαλγίες
- Κεφαλαλγία
- Ανοσμία / αγευσία
- Φαρυγγαλγία
- Διάρροιες
- Ρινική καταρροή

Η κλινική βαρύτητα του COVID-19 διακρίνεται στα εξής στάδια: [50]

- Ασυμπτωματική ή προσυμπτωματική νόσος είναι η ανεύρεση θετικού τεστ σε ασθενή χωρίς συμπτώματα

- Ήπια νόσος είναι ύπαρξη συμπτωμάτων χωρίς σημεία λοίμωξης του κατωτέρου αναπνευστικού, χωρίς δύσπνοια, με $sO_2 > 94\%$ σε αέρα δωματίου ($> 95\%$ για την κύηση)
- Μέτρια νόσος είναι η συμπτωματική νόσος με ευρήματα ή ενδείξεις λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού, χωρίς δύσπνοια, με $sO_2 > 94\%$ σε αέρα δωματίου ($> 95\%$ για την κύηση)
- Σοβαρή νόσος στην οποία ο ασθενής έχει είτε $sO_2 < 90\%$, είτε $< 94\%$ (95% στην κύηση) αλλά ταχέως επιδεινούμενος:
 - ή/και σημεία σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας (> 30 αναπνοές/λεπτό, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, αδυναμία εκφοράς πλήρων προτάσεων)
 - ή/και εκτεταμένα διηθήματα ($> 50\%$) στην απεικόνιση θώρακα
 - ή/και επιμένων υψηλός πυρετός μετά τις 4-5 αρχικές μέρες και ακόμη περισσότερο ή υποτροπή του μετά από μέρες απυρεξίας
 - ή/και συνδυασμό εργαστηριακών εξετάσεων (λεμφοκύτταρα $< 1000/ml$, φερριτίνη $> 1000\text{ mg/ml}$, CRP $> 100\text{ mg/l}$ με φυσιολογική τιμή $< 5\text{ mg/l}$).

Οι περισσότερες έγκυες γυναίκες με COVID-19 (73-86%) είναι ασυμπτωματικές, ενώ η πλειοψηφία των συμπτωματικών γυναικών έχει ήπια συμπτώματα. Οι εγκυμονούσες όμως φαίνεται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρού COVID-19 από τον αντίστοιχο ηλικιακά πληθυσμό, ιδιαίτερα στο 3^ο τρίμηνο. Παράγοντες κινδύνου είναι οι προϋπάρχουσες παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια υπέρταση που προϋπήρχαν της κύησης, η παχυσαρκία με $BMI > 25\text{ kg/m}^2$, η ηλικία > 35 ετών, η απουσία εμβολιασμού, η μαύρη φυλή, η ασιατική ή μειονοτική καταγωγή, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Επίσης φαίνεται ότι οι έγκυες με COVID-19 έχουν αυξημένη κίνδυνο προεκλαμψίας, τοκετού με καισαρική τομή, πρόωρου τοκετού, και θνησιγένειας. [48]

Η έγκυος με COVID-19 πρέπει αρχικά να αξιολογείται για την βαρύτητα της νόσου. Συμπτώματα ή σημεία ενδεικτικά αυξημένης βαρύτητας είναι η δύσπνοια, ο πλευριτικός πόνος, η δυσκολία λήψης υγρών, η αφυδάτωση, το επηρεασμένο επίπεδο επικοινωνίας, $sO_2 \leq 95\%$, οι μαιευτικές επιπλοκές. Σε περίπτωση ύπαρξης οποιουδήποτε από τα παραπάνω ή σε περίπτωση συνυπάρχουσας νοσηρότητας πρέπει να γίνεται περαιτέρω αξιολόγηση και επί ενδείξεων εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Η αντιμετώπιση του COVID-19 στην κύηση εξαρτάται από το κλινικό στάδιο βαρύτητας. Σε περιπτώσεις ασυμπτωματικές ή ήπιας βαρύτητας, χωρίς παράγοντες

κινδύνου και χωρίς μαιευτικές επιπλοκές συνιστάται η συνήθης μαιευτική παρακολούθηση και η απομόνωση στο σπίτι βάσει των οδηγιών για τον γενικό πληθυσμό. Σε περιπτώσεις με κλινικές ενδείξεις μέτριας ή σοβαρής βαρύτητας ή με παράγοντες κινδύνου ή με μαιευτικές επιπλοκές συνιστάται η παραπομπή σε νοσοκομείο για περαιτέρω αξιολόγηση και επί ενδείξεων εισαγωγή.

Η αντιμετώπιση των γυναικών με COVID-19 στην κύηση που εισάγονται στο νοσοκομείο περιλαμβάνει την οξυγονοθεραπεία με κλιμακούμενη τιτλοποίηση ώστε να διατηρείται $sO_2 > 94\%$, χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη για θρομβοπροφύλαξη, πρεδνιζολόνη/μεθυλπρεδνιζολόνη ή υδροκορτιζόνη (δεξαμεθαζόνη για πνευμονική ωρίμανση σε προγραμματισμό τοκετού) ενώ σε βαρύτερες ή επιδεινούμενες ασθενείς ή σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου μπορεί να εξεταστεί η χορήγηση τοσιλιζουμάμπης, σαριλουμάμπης, εξουδετερωτικών αντισωμάτων, νιρματελερβίρης/ριτοναβίρης, αντιβιοτικών σε υποψία βακτηριακής επιμόλυνσης. [51]

Ο εμβολιασμός έναντι SARS-CoV-2 συνιστάται σε όλες τις γυναίκες σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών.

▪ *Ανεμμευλογία*

Η ανεμμευλογία προκαλείται από την πρωτολοίμωξη από τον ιό της ανεμμευλογιάς / έρπη ζωστήρα. Ο ιός μεταδίδεται από την άμεση επαφή και μια επίνοσος γυναίκα έχει 60-95% πιθανότητα να μολυνθεί μετά από επαφή με ασθενή. Εκδηλώνεται αρχικά με γριπώδη συνδρομή και μετά από 1-2 ημέρες εμφανίζεται ένα κνησμώδες φυσαλιδώδες εξάνθημα που εφελκιδοποιείται μετά από 3-7 ημέρες.

3-5% των γυναικών που νοσούν στην κύηση επιπλέκονται με πνευμονίτιδα. Η μητρική θνητότητα των εγκύων με πνευμονίτιδα ανέρχεται σε 1-2%. [45]

Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 3-5 μέρες από τη έναρξη της νόσου και περιλαμβάνουν πυρετό, ξηρό βήχα, ταχύπνοια, δύσπνοια, και πλευριτικό πόνο. Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι οζώδη διηθήματα.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και μπορεί να επιβεβαιωθεί με μοριακή δοκιμασία στο υγρό των φυσαλίδων ή με θετικό επίχρισμα Tzanck από την βάση των φυσαλίδων. [45]

Για την θεραπεία χορηγείται ακυκλοβίρη από του στόματος στις ανεπίπλεκτες περιπτώσεις και ενδοφλέβια στο νοσοκομείο όταν συνυπάρχει πνευμονίτιδα. [45]

Η ανεμευλογιά μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του εμβρύου και συγγενές σύνδρομο στο 0.4-2% των περιπτώσεων, όταν η λοίμωξη της μητέρας συμβεί στο 1^ο μισό της κύησης. [45]

1.4. Άσθμα [52]

Το άσθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών που χαρακτηρίζεται από υπεραντιδραστικότητα του τραχειοβρογχικού δένδρου σε διάφορα ερεθίσματα. Το χαρακτηριστικό σημείο του άσθματος είναι η αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών λόγω σύσπασης των λείων μυϊκών ινών των βρόγχων, ενώ συνυπάρχει αγγειακή συμφόρηση και οίδημα του βλεννογόνου με παραγωγή κολλωδών εκκρίσεων. Η υπεραντιδραστικότητα συμβαίνει σε έδαφος φλεγμονής του βρογχικού βλεννογόνου από διήθηση από ηωσινοφιλα, μαστοκύτταρα και T-λεμφοκύτταρα και μπορεί να πυροδοτηθεί από διάφορα ερεθίσματα όπως ερεθιστικά συστατικά του αέρα, ιογενείς λοιμώξεις, εισπνοή κρύου αέρα, άσκηση, λήψη ασπιρίνης.

Στη σπιρομέτρηση η αποφρακτική διαταραχή του άσθματος προκαλεί χαρακτηριστικά μια αναστρέψιμη με τα βρογχοδιασταλτικά ελάττωση του λόγου του δυναμικά εκπνεόμενου όγκου στο 1 δευτερόλεπτο (FEV_1), του λόγου του FEV_1 προς την δυναμική ζωτική χωρητικότητα (FEV_1/FVC) και της μέγιστης εκπνευστικής ροής.

Τα κλασσικά συμπτώματα του άσθματος είναι τα επεισόδια με συριγμό, βήχα, δύσπνοια και συσφιγτικό αίσθημα στο στήθος. Η κλινική βαρύτητα κάθε επεισοδίου κλιμακώνεται ως εξής:

- Ήπια συμπτώματα με υποκαπνία, νορμοξαιμία, ήπια αναπνευστική αλκάλωση, $FEV_1 \sim 65-80\%$.
- Βαρύτερα συμπτώματα με υποκαπνία, ήπια υποξαιμία, σοβαρότερη αναπνευστική αλκάλωση, $FEV_1 \sim 50-65\%$.
- Σημεία αρχόμενης αναπνευστικής ανεπάρκειας, νορμοκαπνία, σοβαρή υποξαιμία, $FEV_1 \sim 35-50\%$.
- Έκδηλη αναπνευστική ανεπάρκεια με υπερκαπνία, βαριά υποξαιμία, οξέωση, $FEV_1 < 35\%$.

Οι ασθματικές διαταραχές στην κύηση, ιδίως στις περιπτώσεις με αυξημένη βαρύτητα, δεν είναι τόσο καλά ανεκτές, όσο στις αντίστοιχες ηλικιακά μη εγκυμονούσες ασθενείς, λόγω της ελάττωσης του λειτουργικού υπολειπόμενου όγκου και του αυξημένου

πνευμονικού shunt στην κύηση που κάνουν τις γυναίκες επιρρεπείς στην υποξία. Φαίνεται ότι το άσθμα συνδέεται με μικρή αύξηση στην συχνότητα δυσμενών εκβάσεων στην κύηση όπως είναι η προεκλαμψία, ο πρόωρος τοκετός, η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου και η περιγεννητική θνητότητα, αλλά αυτό φαίνεται ότι αφορά στις περιπτώσεις με βαρύ άσθμα και πτωχό έλεγχο της νόσου, και όχι εκείνες με ικανοποιητική ρύθμιση.

Η αντιμετώπιση του άσθματος στην κύηση δεν διαφέρει από αυτήν στο γενικό πληθυσμό. Περιλαμβάνει τον έλεγχο του χρόνιου άσθματος με εισπνεόμενη αγωγή (βραχείας και μακράς δράσης β-διεγέρτες και αντιχολινεργικά, κορτικοειδή) και συστηματικά κορτικοειδή ανάλογα με την βαρύτητα. Η αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων δεν διαφέρει επίσης από τον γενικό πληθυσμό και γίνεται με εισπνεόμενη αγωγή (βραχείας δράσης β-διεγέρτες, αντιχολινεργικά, κορτικοειδή) και επί ενδείξεων με συστηματικά χορηγούμενα κορτικοειδή και β-διεγέρτες. Σε βαρύτερες περιπτώσεις (status asthmaticus) μπορεί να χρειαστεί υποστήριξη της αναπνοής με μηχανικά μέσα.

2. Θρομβοεμβολικές παθήσεις [53]

Ο κίνδυνος των θρομβοεμβολικών παθήσεων στην κύηση, παρά την χαμηλή απόλυτη επίπτωση τους που είναι 1 έως 2 περιστατικά ανά 1000 κύσεις, είναι περίπου 5 φορές υψηλότερος από τις αντίστοιχο ηλικιακά πληθυσμό των μη εγκύων γυναικών. Επίσης αποτελεί το συχνότερο από τις άμεσα σχετιζόμενες με την κύηση αιτίες θανάτου [2]. Οι μισές περίπου περιπτώσεις συμβαίνουν πριν τον τοκετό και οι μισές στην λοχεία.

Η κύηση είναι μια κατάσταση που επιτείνει τις τρεις συνθήκες του Virchow που προδιαθέτουν σε φλεβική θρόμβωση, δηλαδή την στάση, τον τοπικό τραυματισμό και την υπερπηκτικότητα. Η συμπίεση των πυελικών φλεβών από την αναπτυσσόμενη μήτρα μειώνει την φλεβική επιστροφή δημιουργώντας συνθήκες στάσης για το φλεβικό σύστημα των κάτω άκρων. Ο τοκετός δημιουργεί συνθήκες τοπικού τραυματισμού. Τέλος η σύνθεση των περισσότερων παραγόντων πήξης ενισχύεται στην κύηση δημιουργώντας συνθήκες υπερπηκτικότητας.

Παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο στην κύηση είναι:

- **Μαιευτικοί παράγοντες**
 - Τοκετός με καισαρική τομή

- Μαιευτική υστερεκτομή
 - Διαβήτης
 - Αιμορραγία και αναιμία
 - Ακίνητοποίηση, παρατεταμένος κλινοστατισμός
 - Υπερεμεσία
 - Πολύδυμη κύηση
 - Πολύτοκος
 - Προεκλαμψία
 - Επιλόχεια λοίμωξη
 - Θνησιγενές έμβρυο
- **Μη μαιευτικοί παράγοντες**
 - Ηλικία >35 έτη
 - Ανατομικές ανωμαλίες
 - Καρκίνος
 - Νόσος συνδετικού ιστού
 - Αφυδάτωση
 - Ακίνητοποίηση
 - Λοίμωξη
 - Μυελούπερπλαστική νόσος
 - Νεφρωτικό σύνδρομο
 - Παχυσαρκία
 - Ιστορικό θρομβοεμβολικού επεισοδίου
 - Κάπνισμα
 - Θρομβοφιλία

Ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου είναι το ιστορικό θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Η θρομβοφιλία διακρίνεται σε κληρονομική και επίκτητη. Τα συχνότερα αίτια κληρονομικής θρομβοφιλίας είναι η μετάλλαξη V Leiden, η ανεπάρκεια της αντιθρομβίνης, η ανεπάρκεια της πρωτεΐνης C και S, η μετάλλαξη G20221A της προθρομβίνης. Οι σημαντικότερες αιτίες επίκτητης θρομβοφιλίας είναι ο καρκίνος, το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, η θρομβοπενία επαγόμενη από ηπαρίνη.

Παρά το ότι κάποια υποκείμενη θρομβοφιλία ανιχνεύεται σε ποσοστό έως 15% του γενικού πληθυσμού στους λευκούς Ευρωπαίους, ανευρίσκεται σε ποσοστό περίπου 50% στις γυναίκες με θρομβοεμβολικό επεισόδιο στην κύηση.

2.1. Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση [53]

Οι περισσότερες περιπτώσεις εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης στην κύηση συμβαίνουν στις εν τω βάθει φλέβες των κάτω άκρων. Περίπου 70% αυτών συμβαίνουν στις λαγονομηριαίες φλέβες χωρίς επέκταση στις γαστροκνημίες. Τα κλασσικά συμπτώματα είναι πόνος, οίδημα και θερμότητα του μηρού και του κάτω άκρου που εμφανίζεται αιφνίδια. Σε μερικές περιπτώσεις συνυπάρχει ωχρότητα και ψυχρότητα λόγω αντανακλαστικού αρτηριακού σπασμού. Το σημείο Homans (πόνος με την έκταση του Αχιλλείου τένοντα) μπορεί να είναι θετικό. Σε αρκετές περιπτώσεις τα τοπικά συμπτώματα μπορεί να είναι αμβληγρά, παρά την ύπαρξη σημαντικής έκτασης θρόμβωσης.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και τον έλεγχο με υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων και μαγνητική φλεβογραφία για την θρόμβωση των φλεβών της πυέλου. Η χρήση των d-dimers στην κύηση ως εργαλείου αποκλεισμού της θρόμβωσης έχει περιορισμένη αξία, αλλά μια αρνητική τιμή αποκλείει την θρόμβωση με μεγάλη ασφάλεια.

Η θεραπεία γίνεται με την χορήγηση κλασσικής ή συχνότερα χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη.

2.2. Πνευμονική εμβολή [53]

Η πνευμονική εμβολή στην κύηση αποτελεί την πιο συχνή από τις άμεσα σχετιζόμενες με την κύηση αιτίες θανάτου [2]. Η επίπτωση είναι περίπου 1 ανά 7000 κυήσεις. Το 70% των εγκύων με πνευμονική εμβολή έχουν ευρήματα εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης.

Τα συχνότερα συμπτώματα είναι δύσπνοια (82%), θωρακικό άλγος (49%), βήχας (20%), συγκοπτικό επεισόδιο (14%), αιμόπτυση (7%).

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να υπάρχει δεξιά στροφή του άξονα και αναστροφή των T στις πρόσθιες απαγωγές. Η ακτινογραφία θώρακα είναι φυσιολογική στο 40%, και στις υπόλοιπο ποσοστό έχει μη ειδικά ευρήματα (ατελεκτασία, διήθημα, πλευριτική συλλογή). Οι περισσότερες ασθενείς έχουν υποξαιμία, αλλά η νορμοξαιμία δεν

αποκλείει την πνευμονική εμβολή, αφού 30% έχει $pO_2 > 80 \text{ mmHg}$. Ως μαζική πνευμονική εμβολή ορίζεται η πνευμονική εμβολή που συνοδεύεται από αιμοδυναμική αστάθεια. Πνευμονική υπέρταση και οξεία διάταση της δεξιάς κοιλίας μπορεί να συμβεί σε απόφραξη του 60-75% της πνευμονικής κυκλοφορίας, ενώ σε απόφραξη $> 75-80\%$ μπορεί να επέλθει κυκλοφοριακή κατέρρευση, κατάσταση που ορίζεται ως μαζική πνευμονική εμβολή. Η δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας είναι βαρύ προγνωστικό σημείο αφού η ύπαρξή του συνδέεται με θνητότητα 25%, ενώ σε απουσία του αυτή πέφτει στο 1%.

Για την διάγνωση της πνευμονικής εμβολής χρειάζεται υψηλή κλινική υποψία. Η μέθοδος αναφοράς είναι η αξονική αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών (CTPA), όμως η ακτινοβολία της μητέρας και του εμβρύου προκαλούν δισταγμούς στην απόφαση για την διενέργειά της, που συχνά όμως παραμερίζονται από τον φόβο να διαλάθει μία σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση σαν την πνευμονική εμβολή. Έτσι στον διαγνωστικό αλγόριθμο της πνευμονικής εμβολής στην κύηση προτείνεται καταρχάς η διερεύνηση με σπινθηρογράφημα αερισμού/αιμάτωσης, που εκθέτει την έγκυο και το έμβρυο σε πολύ λιγότερη ακτινοβολία, και χρήση της CTPA μόνο σε περίπτωση αμφίβολων αποτελεσμάτων.

Η θεραπεία γίνεται με χορήγηση κλασσικής ή -συνηθέστερα- χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης. Σε υποτροπή μπορεί να τοποθετηθούν φίλτρα στην κάτω κοίλη φλέβα, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις μπορεί να γίνει θρομβόλυση και σπανιότερα εμβολεκτομή.

3. Καρδιαγγειακές παθήσεις [54]

Η κύηση είναι μία περίοδος κατά την οποία οι φυσιολογικές προσαρμογές που γίνονται μπορούν να οδηγήσουν σε ρήξη της αντιρρόπησης σε γυναίκες με σοβαρή καρδιακή νόσο, με επακόλουθο σοβαρή νοσηρότητα και θνητότητα. Η καρδιακή νόσος αποτελεί σήμερα την πιο συχνή αιτία μητρικού θανάτου, έχοντας παρεκτοπίσει σε συχνότητα τις άλλοτε κυρίαρχες αιτίες που σχετίζονταν άμεσα με την κύηση, δηλαδή την αιμορραγία, τις υπερτασικές διαταραχές και την θρομβοεμβολική νόσο. [3]

Η αύξηση της συχνότητας της καρδιακής νόσου στην κύηση οφείλεται πιθανά στην υψηλότερη επίπτωση της παχυσαρκίας, της χρόνιας υπέρτασης και του διαβήτη, στην τάση αύξησης της ηλικίας κύησης, καθώς και στο μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με συγγενείς καρδιοπάθειες που προχωρούν σε εγκυμοσύνη. [2]

3.1. Φυσιολογικές αλλαγές του καρδιαγγειακού συστήματος στην κύηση [29]

Οι φυσιολογικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα εμφανίζονται ήδη από την 5η-8η εβδομάδα της κύησης και οι περισσότερες έχουν εγκατασταθεί έως την 16η εβδομάδα, οπότε διατηρούνται έως τον τοκετό, και αποκαθίστανται 4-12 εβδομάδες μετά από αυτόν.

Από την 5η-8η εβδομάδα της κύησης ξεκινά το φαινόμενο της αγγειοδιαστολής. Ο κύριος παράγοντας που το προκαλεί, είναι η δράση των αυξημένων επιπέδων προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων των αγγείων. Αυτή προκαλεί χάλαση των μυϊκών ινών λόγω μείωσης του δυναμικού τους ηρεμίας, οπότε αυξάνεται ο ουδός του ερεθίσματος που χρειάζεται για την πρόκληση σύσπασης. Η αγγειοδιαστολή προκαλεί μείωση των αντιστάσεων τόσο της συστηματικής όσο και της πνευμονικής κυκλοφορίας. Έτσι έχουμε πτώση τόσο της συστολικής και ακόμα περισσότερο της διαστολικής αρτηριακής πίεσης που ολοκληρώνεται ως το τέλος του 1ου τριμήνου, παραμένει σε όλη την διάρκεια του 2ου τριμήνου, ενώ στο 3ο τρίμηνο η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στα επίπεδα προ κύησης.

Την ίδια περίοδο έχουμε αύξηση του όγκου αίματος (έως 40-50%) και αύξηση της βασικής καρδιακής συχνότητας κατά 15-20 παλμούς/λεπτό στην μονήρη κύηση. Αυτά προκαλούν σημαντική αύξηση του κατά λεπτό όγκου αίματος (ΚΛΟΑ) κατά 30-50%. Η αύξηση αυτή κορυφώνεται στην 20-24η εβδομάδα, εν συνεχεία παραμένει σταθερά αυξημένη σε αυτά τα επίπεδα και ελαττώνεται ελαφρά στο τέλος της κύησης. Έτσι η κυκλοφορία του αίματος κατά την κύηση χαρακτηρίζεται ως υπερδυναμική, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές αν υπάρχει υπόστρωμα καρδιοπάθειας (καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες κ.λπ.).

Λόγω της αύξησης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος η καρδιά κατά την κύηση εμφανίζει μια αναμενόμενη υπερτροφία με αύξηση του τελοδιαστολικού της όγκου κατά 10%. Λόγω των ανατομικών αλλαγών και της υπερδυναμικής κυκλοφορίας παρατηρείται αύξηση της έντασης των καρδιακών τόνων, εμφάνιση 3ου τόνου καθώς και συστολικά φυσήματα εξώθησης. Επίσης η αύξηση του καρδιακού όγκου μαζί με την πίεση από το άνοδο του διαφράγματος οδηγούν σε μετατόπιση της θέσης της καρδιάς προς τα πάνω και αριστερά.

Όλα τα παραπάνω προκαλούν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές. Παρατηρείται αύξηση της καρδιακής συχνότητας, μείωση του εύρους του QRS, αναστροφή των T στις πλάγιες απαγωγές, Q στην III, βράχυνση του PQ διαστήματος και αριστερή στροφή του άξονα.

3.2. Κατάταξη της καρδιακής νόσου στην κύηση [54]

Οι σημαντικότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες καρδιολογικών επιπλοκών στην κύηση είναι: 1) προηγούμενη καρδιακή ανεπάρκεια, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, αρρυθμία, ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, 2) καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου NYHA III ή IV ή κυάνωση, 3) σημαντική απόφραξη αριστερής καρδιάς και συγκεκριμένα σημαντική στένωση μιτροειδούς ή/και αορτικής βαλβίδας, 4) κλάσμα εξώθησης <40%.

Το πιο ολοκληρωμένο σύστημα διαστρωμάτωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου στην κύηση είναι αυτό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπου οι καρδιαγγειακές παθήσεις κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες, κάθε μία από τις οποίες χαρακτηρίζεται από κλιμακούμενο κίνδυνο επιπλοκών και από την ανάλογη σύσταση για το επίπεδο παρακολούθησης που πρέπει να υπάρχει κατά την κύηση.

3.2. Σημαντικότερες καρδιαγγειακές παθήσεις [54]

Οι σημαντικότερες καρδιαγγειακές παθήσεις στην κύηση είναι οι βαλβιδοπάθειες (στένωση ή ανεπάρκεια μιτροειδούς, αορτικής, πνευμονικής βαλβίδας) οι συγγενείς καρδιοπάθειες, η πνευμονική υπέρταση ανεξαρτήτως αιτιολογίας, οι μυοκαρδιοπάθειες (υπερτροφική, διατατική, περιγεννητική, δευτεροπαθής), η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, οι αρρυθμίες, οι νόσοι της αορτής (διαχωρισμός, σύνδρομο Marfan, στένωση), η ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Ανεξάρτητα από την υποκείμενη νόσο, η εκδήλωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας ή ρήξη μιας χρόνιας αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας στην κύηση συμβαίνει συνήθως σε γυναίκες με μαιευτικές επιπλοκές (προεκλαμψία, αιμορραγία, λοιμώξεις, σήψη κ.α.). Πολύ συχνά η καρδιακή ανεπάρκεια εκδηλώνεται σε γυναίκες με χρόνια υπέρταση που επιπλέκεται από προεκλαμψία. Είναι συνηθέστερη στο τέλος του 2^{ου} και στις αρχές του 3^{ου} τριμήνου και περιγεννητικά. Εκδηλώνεται με δύσπνοια, ορθόπνοια, αιμόπτυση, αίσθημα παλμών, οπισθοστερνικό πόνο, νυκτερινό βήχα, και απότομη μείωση της ανοχής στην προσπάθεια. Κλινικά σημεία είναι οι τρίζοντες στις αναπνευστικές

βάσεις, περιφερικό οίδημα, ταχύπνοια. Ακτινολογικά ευρήματα αποτελούν η καρδιομεγαλία και τα σημεία του πνευμονικού οιδήματος, ενώ η υπερηχογραφική μελέτη μπορεί να αναδείξει την συστολική ή διαστολική ανεπάρκεια και τα ευρήματα που συνοδεύουν τυχόν υποκείμενη καρδιοπάθεια.

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται στην κύηση με την κλασική συμπτωματολογία του στηθαγχικού πόνου αιφνίδιας έναρξης που μπορεί να συνοδεύεται από τα σημεία της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας, του συγκοπτικού επεισοδίου ή από αιφνίδιο θάνατο. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές και η αύξηση των μυοκαρδιακών ενζύμων χρησιμοποιούνται για την διάγνωση όπως και στον γενικό πληθυσμό. Οι προεξάρχουσες αιτίες στην κύηση είναι ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίου αγγείου (43%) και η αθηρωματική νόσος (27%).

4. Παθήσεις ουροποιητικού [55]

Οι παθήσεις του ουροποιητικού απασχολούν συχνά την κύηση. Κάποιες προϋπάρχουν της κύησης όπως η νεφρολιθίαση, ενώ άλλες ευοδώνονται από την κύηση όπως η πυελονεφρίτιδα.

Οι φυσιολογικές αλλαγές στην κύηση αφορούν όλα τα μέρη του ουροποιητικού συστήματος. Η αποχετευτική μοίρα του υφίσταται σημαντικές αλλαγές. Αφενός η προοδευτικά διογκούμενη μήτρα προκαλεί μηχανική πίεση στους ουρητήρες, ιδιαίτερα στον δεξιό, και στην ουροδόχο κύστη, αφετέρου η δράση της προγεστερόνης προκαλεί χάλαση των λείων μυϊκών ινών των ουρητήρων. Τα παραπάνω προκαλούν κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση και συνοδό διάταση των ουρητήρων και άλλοτε άλλου βαθμού υδρονέφρωση. Επίσης η πίεση της μήτρας επί της ουροδόχου κύστης είναι υπεύθυνη για την συχνουρία που παρατηρείται στην κύηση, ενώ προκαλεί βράχυνση της ουρήθρας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω μεταβολών αυξάνεται η συχνότητα των ουρολοιμώξεων.

Οι νεφροί κατά την κύηση αυξάνονται σε μέγεθος, ενώ ιστολογικά παρατηρείται αύξηση του μεγέθους των σπειραμάτων και χάλαση και αγγειοδιαστολή τόσο των προσαγωγών, όσο και των απαγωγών αρτηριδίων. Ως αποτέλεσμα η αιματική ροή αυξάνεται σταδιακά έως 80% και ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης έως 30-50% έως το τέλος του 1^{ου} τριμήνου, σταθεροποιούνται στο 2^ο τρίμηνο και ελαττώνονται σταδιακά στο

3^ο τρίμηνο. Έτσι παρατηρείται μείωση των τιμών ουρίας, κρεατινίνης και ουρικού οξέος πλάσματος.

Στην εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας κατά την κύηση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: Η γενική εξέταση των ούρων είναι βασικά ίδια με αυτή εκτός της κύησης, όμως η αυξημένη σπειραματική διήθηση και η ελαττωμένη ικανότητα σωληναριακής επαναρρόφησης μπορεί να οδηγήσουν περιστασιακά σε γλυκοζουρία κατά την κύηση. Το λεύκωμα που εκκρίνεται στα ούρα αυξάνεται στην κύηση, όμως τιμές $\geq 300\text{mg}/\text{ημέρα}$ ή λόγος πρωτεΐνης/κρεατινίνης >0.3 σε δείγμα ούρων πρέπει να θεωρείται παθολογικός. Όπως αναφέρθηκε η κρεατινίνη αίματος στην κύηση ελαττώνεται λόγω αυξημένης σπειραματικής διήθησης και τιμές $>0.9\text{ mg}/\text{dl}$, παρότι βρίσκονται μέσα στο φυσιολογικό εύρος για τον γενικό πληθυσμό, πρέπει να οδηγούν σε περαιτέρω διερεύνηση για υποκείμενη νεφρική νόσο. Μικροσκοπική αιματοουρία χωρίς άλλη υποκείμενη νόσο μπορεί να βρίσκεται σε ποσοστό έως και 15%, ενώ περιστασιακά η ανεύρεση πυουρίας μπορεί να οφείλεται σε επιμόλυνση από τον κόλπο.

Η φυσιολογική κύηση συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα από το ουροποιητικό. Συχνουρία, ακράτεια ούρων προσπαθείας, επιτακτική ούρηση, ατελής κένωση ουροδόχου κύστης, κολικός νεφρού από την διάταση της αποχετευτικής μοίρας και την φυσιολογική υδρονέφρωση.

Σπάνια η υδρονέφρωση της κύησης μπορεί να επιπλεχθεί με αυτόματη ρήξη νεφρού, που εκδηλώνεται με πόνο, αιματοουρία, ψηλαφητή μάζα στον νεφρό, υπόταση και συνήθως εκδηλώνεται επί προϋπάρχουσας νεφρικής νόσου (πχ όγκος)

4.1. Λοιμώξεις ουροποιητικού

▪ *Ασυμπτωματική βακτηριουρία*

Ασυμπτωματική βακτηριουρία ονομάζεται η ανεύρεση θετικής καλλιέργειας ούρων που δεν συνοδεύεται από συμπτωματολογία λοίμωξης ουροποιητικού. Η συχνότητά της στην κύηση υπολογίζεται σε 2-7% και είναι ίδια με αυτή των μη εγκύων. Παράγοντες κινδύνου είναι ο διαβήτης, η πολυτοκία, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το ιστορικό υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων, η δρεπανοκυτταρική νόσος. Η διάγνωση απαιτεί την ανεύρεση θετικών ουροκαλλιεργειών $>10^5\text{ cfu}/\text{ml}$ σε 2 διαφορετικά δείγματα

ή $>10^3$ σε ένα δείγμα από το μέσο της ούρησης. Σε ποσοστό 70-95% των περιπτώσεων απομονώνεται E.coli.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι αν οι γυναίκες με ασυμπτωματική βακτηριουρία δεν πάρουν αντιβιοτική θεραπεία, θα αναπτύξουν συμπτωματική λοίμωξη σ'ένα ποσοστό 25% κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε αντίθεση με ένα ποσοστό 2.4% αυτών που θα λάβουν αντιβιοτική αγωγή. Λόγω των παραπάνω συστήνεται έλεγχος βακτηριουρίας σε όλες τις εγκύους κατά την πρώτη επίσκεψη στον γυναικολόγο. Επί θετικής καλλιέργειας συστήνεται αντιβιοτική αγωγή με αμοξυκιλίνη, κεφαλοσπορίνη, νιτροφουραντοΐνη (σύσταση για αποφυγή της τελευταίας στο 3^ο τρίμηνο λόγω συσχέτισης με αιμολυτική αναιμία στο νεογνό), τριμεθοπρίμη / σουλφομεθοξαζόλη (στο 2^ο τρίμηνο), φωσφομυκίνη

▪ ***Κυστίτιδα***

Η κυστίτιδα εκδηλώνεται με δυσουρία, συχνουρία, δύσοσμα ούρα και περιστασιακά μακροσκοπική αιματουρία, χωρίς συστηματικά συμπτώματα. Στις εξετάσεις ούρων υπάρχει πυουρία, αιματουρία, βακτηριουρία. Η κυστίτιδα στην κύηση αν δεν θεραπευθεί, επιπλέκεται συχνά με λοίμωξη του ανώτερου ουροποιητικού. Η θεραπεία είναι ίδια με αυτή ασυμπτωματικής βακτηριουρίας.

▪ ***Οξεία πυελονεφρίτιδα***

Η οξεία πυελονεφρίτιδα είναι από τις συχνότερες από τις σοβαρές παθολογικές επιπλοκές στην κύηση. Η συχνότητα της υπολογίζεται σε 1-2% και είναι συνηθέστερη στο 3^ο τρίμηνο. Είναι από τις κύριες αιτίες νοσηλείας και συχνό αίτιο σηπτικής συνδρομής κατά την κύηση. Επίσης η ενδοτοξαιμία διεγείρει την μήτρα προκαλώντας συσπάσεις, ενώ υπάρχει συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού.

Εκδηλώνεται με απότομη έναρξη πυρετού με ρίγος και πόνο ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα στην οσφύ και δυσουρία, συχνουρία. Συχνά συνοδεύεται από ανορεξία, ναυτία και εμέτους που επιδεινώνουν την αφυδάτωση. Κατά την κλινική εξέταση υπάρχει ευαισθησία κατά την πλήξη της μίας ή σπανιότερα και των δύο πλευροσπονδυλικών γωνιών (θετικό σημείο Giordano). Σε βαρύτερες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν σημεία σηπτικής συνδρομής.

Στον εργαστηριακό έλεγχο αναδεικνύεται πυουρία, βακτηριουρία, ενώ βακτηριαίμια αναδεικνύεται στο 15-20%. Από τα μικρόβια που απομονώνονται τα συχνότερα είναι: E.coli (70-80%), Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, group B Streptococcus, Staphylococcus aureus.

Συχνά υπάρχει λευκοκυττάρωση, εκσεσημασμένη αύξηση της CRP και αναιμία. Σε 20% των περιπτώσεων υπάρχει οξεία νεφρική βλάβη που αντανακλάται στην αύξηση της κρεατινίνης. Η ενδοτοξιναιμία ευθύνεται για την ανάπτυξη συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) σε 2% των γυναικών και για σηπτική καταπληξία.

Η αντιμετώπιση συχνά πρέπει να γίνεται ενδονοσοκομειακά με έγκαιρη έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής και ενυδάτωσης προς αποφυγή οξείας νεφρικής βλάβης και παρακεταμόλης για την καταστολή του πυρετού. Η επιλογή αντιβιοτικής αγωγής περιλαμβάνει την αμοξυκιλίνη + αμινογλυκοσίδη, τις κεφαλοσπορίνες, τις πενέμες, την βανκομυκίνη, την τριμεθοπρίμη / σουλφομεθοξαζόλη (στο 2^ο τρίμηνο).

Η παραπάνω αγωγή οδηγεί στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων σε κλινική βελτίωση μέσα σε 1-2 ημέρες. Αν αυτό δεν συμβεί, τότε πρέπει να γίνει διερεύνηση για υποκείμενη απόφραξη του ουροποιητικού συνηθέστερα λόγω νεφρολιθίασης ή για άλλη διαταραχή.

4.2. Λιθίαση

Η συχνότητα της νεφρολιθίασης υπολογίζεται από 0.3 έως 1.7 ανά 1000 κήσεις. Η απόφραξη που προκαλεί ο λίθος, εκδηλώνεται με κολικό και μικροσκοπική και σπανιότερα μακροσκοπική αιματουρία. Συχνά συνυπάρχει ναυτία και έμετοι που επιδεινώνουν την αφυδάτωση. Ένα ποσοστό επιπλέκεται με οξεία πυελονεφρίτιδα, λόγω της επιμόλυνσης των ούρων από την στάση. Η συμπτωματική νεφρολιθίαση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και με τον απεικονιστικό έλεγχο. Εξέταση 1^{ης} γραμμής είναι ο υπέρηχος νεφρών ουρητήρων κύστεως, ο οποίος όμως έχει χαμηλή ευαισθησία (34%) [56], ενώ συχνά δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής υδρονέφρωσης της κύησης και διάτασης από απόφραξη από λίθο. Συχνά ο διακολλικός υπέρηχος μπορεί να θέσει την διάγνωση. Αν δεν είναι δυνατή η ανάδειξη του κωλύματος, τότε 2^{ης} γραμμής εξέταση στην κύηση θεωρείται η μαγνητική τομογραφία και επί αποτυχίας η αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τα συμπτώματα, τις επιπλοκές και την ηλικία κύησης. Στο 65-80% των περιπτώσεων χορηγούνται αναλγητικά (παρακεταμόλη, οπιοειδή) και ενδοφλέβια ενυδάτωση και ο λίθος αποβάλλεται αυτόματα. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις χρειάζεται παρέμβαση όπως τοποθέτηση ουρητηρικού stent, διαδερμική νεφροστομία, ουρητηροσκόπηση και διουρηθρική λιθοτριψία. Αν εκδηλωθεί πυελονεφρίτιδα, που αναφέρεται στο 50% των γυναικών, πρέπει να χορηγηθεί ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και ενυδάτωση.

4.3. Οξεία νεφρική βλάβη

Η οξεία νεφρική βλάβη στη κύηση συνήθως συμβαίνει σαν επιπλοκή σοβαρών μαιευτικών και μη μαιευτικών επιπλοκών, με συχνότερη την προεκλαμψία και το σύνδρομο HELLP, την αιμορραγία, την αποκόλληση του πλακούντα, την σηψαιμία, το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις η οξεία νεφρική βλάβη εκδηλώνεται στην λοχεία. Συχνά εκδηλώνεται με ολιγουρία που συνυπάρχει με τα συμπτώματα της πρωτεύουσας διαταραχής.

Η αντιμετώπιση γίνεται αρχικά συντηρητικά με ενδοφλέβια ενυδάτωση βάσει ισοζυγίου υγρών και ειδική αντιμετώπιση της πρωτεύουσας διαταραχής. Σε ένα ποσοστό θα χρειαστεί κάποιας μορφής υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας (αιμοδιήθηση ή αιμοδιάλυση).

5. Παθήσεις πεπτικού

5.1. Φυσιολογικές αλλαγές [29]

Η κύηση συνοδεύεται από μια σειρά σημαντικών φυσιολογικών αλλαγών και προσαρμογών του πεπτικού συστήματος, οι οποίες αφενός είναι υπεύθυνες για συχνά συμπτώματα της κύησης όπως η ναυτία, αφετέρου διαφοροποιούν την εκδήλωση νοσημάτων του πεπτικού. Οι σημαντικότερες από αυτές τις αλλαγές είναι οι εξής:

Τα αυξημένα επίπεδα β-HCG αλλά και άλλων ορμονών της κύησης είναι υπεύθυνα για την ναυτία και τους εμέτους που εμφανίζονται πολύ συχνά κυρίως στο 1^ο τρίμηνο της κύησης. Τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης προκαλούν χάλαση του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα, μείωση της περισταλτικότητας όλου του πεπτικού σωλήνα και μείωση της

γαστρικής έκκρισης οξέος. Οι παραπάνω προσαρμογές βοηθούν στην αποτελεσματικότερη πολτοποίηση των τροφών και στην καλύτερη απορρόφηση νερού και θρεπτικών συστατικών, καθώς και στην ταχύτερη επούλωση των πεπτικών ελκών. Από τη άλλη μεριά προκαλούν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του οπισθοστερνικού καύσου, οισοφαγίτιδα, ακόμα και εισροφήσεις υγρών και τροφής. Επίσης ευθύνονται για την δυσκοιλιότητα που παρατηρείται συχνά. Το ήπαρ υπό την επίδραση των οιστρογόνων κατά την κύηση αυξάνει την βιοσυνθετική του ικανότητα με αύξηση της πρωτεϊνοσύνθεσης (ιδιαίτερα των δεσμευτικών πρωτεϊνών) και της παραγωγής του ινωδογόνου. Η ηπατική αλκαλική φωσφατάση αυξάνεται 2-4 φορές, ενώ οι τρανσαμινάσες παραμένουν σε σταθερά επίπεδα. Η χοληδόχος κύστη εμφανίζει διάταση και μείωση της κινητικότητας της λόγω της επίδρασης της προγεστερόνης, γεγονός που προδιαθέτει την έγκυο σε χολολιθίαση και χολοστατικό ίκτερο. Τέλος το πάγκρεας αυξάνει την έκκριση ινσουλίνης λόγω της υπερπλασίας και υπερτροφίας που παρατηρείται στα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans.

5.2. Υπερεμεσία κύησης

Η ναυτία και οι έμετοι της κύησης εμφανίζονται στο 75% των κυήσεων. Παρά την συχνή χρήση του όρου «πρωινή ναυτία», εν τούτοις 80% των γυναικών αναφέρουν ότι τα συμπτώματα υπάρχουν όλη την ημέρα. Συνήθως ξεκινά 4 εβδομάδες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση, κορυφώνεται ως την 9^η εβδομάδα και υποχωρεί ως το τέλος του 1^{ου} τριμήνου (60% των γυναικών) ή ως την 20^η εβδομάδα (87% των γυναικών). [57]

Ως υπερεμεσία της κύησης ορίζεται η κατάσταση σοβαρής ναυτίας και οι εμέτων της κύησης που δεν ανταποκρίνεται σε απλά διαιτητικά και φαρμακευτικά μέσα και προκαλεί απώλεια >5% του βάρους προ κύησης, αφυδάτωση, κέτωση, μεταβολική υποχλωραιμική αλκάλωση και υποκαλιαιμία. Η συχνότητα της υπολογίζεται σε 1 % των κυήσεων, ενώ αποτελεί αιτία για το 1.5% των εισαγωγών στην κύηση [58], αποτελώντας το συχνότερο αίτιο εισαγωγών στο 1^ο τρίμηνο. [57]

Στην αιτιοπαθογένεια της ναυτίας/εμέτων της κύησης και της υπερεμεσίας της κύησης φαίνεται ότι βασικό ρόλο παίζουν οι ορμόνες της κύησης και κυρίως η hCG. Άλλες ορμόνες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η λεπτίνη, η αυξητική ορμόνη του πλακούντα, η προλακτίνη, η θυροξίνη, οι φλοιοεπινεφριδικές ορμόνες. Σημαντικό ρόλο επίσης φαίνεται να παίζουν ψυχογενείς παράγοντες, η πολύδυμη κύηση, η τρισωμία 21, ο υπερθυρεοειδισμός, η μύλη κύησης, ο διαβήτης, γαστρεντερική

νόσος, μερικές περιοριστικές δίαιτες, το άσθμα, πιθανά η λοίμωξη με *Helicobacter pylori*, η χρήση μαριχουάνας, το θήλυ έμβρυο. [57], [59]

Ενώ η ανεπίπλεκτη ναυτία της κύησης δεν συνδέεται με δυσμενείς επιπτώσεις, η υπερεμεσία της κύησης, όταν επιπλέκεται με απώλεια βάρους πρώιμα στην κύηση, εμφανίζει αυξημένο ποσοστό υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης και λιποβαρών νεογνών και προεκλαμψίας.[57] Μερικές από τις σοβαρές επιπλοκές της υπερεμεσίας στην μητέρα είναι η οξεία νεφρική βλάβη, η κατάθλιψη, η ρήξη του διαφράγματος, η ρήξη του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhaave), η υποθρομβιναιμία από ανεπάρκεια βιταμίνης Κ, διαταραχές υποθρεψίας, σύνδρομο Mallory-Weiss, πνευμοθώρακας, πνευμομεσοθώρακιο, ραβδομύλυση, εγκεφαλοπάθεια Wernicke (σε έδαφος ανεπάρκειας θειαμίνης). [59]

Η διάγνωση της ναυτίας της κύησης γίνεται από την κλινική εικόνα και την απουσία αφυδάτωσης ή άλλων παθολογικών σημείων στην εξέταση. Οι περιπτώσεις που συνοδεύονται από άλλα ανησυχητικά συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, πυρετό, υπέρταση ή με άτυπη παρουσίαση (έναρξη μετά την 9^η εβδομάδα, συνέχιση μετά το 1^ο τρίμηνο, κεφαλαλγία, υπερεμεσία), πρέπει να αξιολογούνται ώστε να αποκλειστούν άλλες αιτίες (μύλη κύηση, υπερθυρεοειδισμός, χολοκυστίτιδα, γαστρεντερίτιδα, κολικός νεφρού, πυελονεφρίτιδα, σκωληκοειδίτιδα, ηπατίτιδα, παγκρεατίτιδα, πεπτικό έλκος, προεκλαμψία, εντερική απόφραξη, οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης, ουραιμία, διαβητική κετοξέωση, νόσοι κεντρικού νευρικού συστήματος κ.α.) [57]

Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων της κύησης στις περισσότερες περιπτώσεις αρκούν απλά μέτρα, όπως διαιτητικές προσαρμογές (κατανάλωση πολλών μικρών γευμάτων, αποφυγή πολύ λιπαρών γευμάτων και κατανάλωση εύπεπτων γευμάτων με υδατάνθρακες, αποφυγή καρυκευμάτων και έντονων οσμών), κατανάλωση πιπερόριζας (τζίντζερ). Από τα φαρμακευτικά μέτρα προτείνεται η χορήγηση βιταμίνης Β6 (θειαμίνης), δοξυλαμίνη στις ελαφρύτερες περιπτώσεις, και σε πτωχή ανταπόκριση προμεθαζίνη, διμενυδρινάτη, μετοκλοπραμίδη, ονδανσεντρόνη, αντιόξινα, κορτικοστεροειδή (μετά την 10^η εβδομάδα κύησης). Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών με υπερεμεσία της κύησης θα χρειαστεί νοσηλεία λόγω αφυδάτωσης, υποθρεψίας και σπανιότερα λόγω των σοβαρότερων επιπλοκών που προαναφέρθηκαν, οπότε γίνεται ενδοφλέβια ενυδάτωση, χορήγηση Β6 και κατασταλτικών της ναυτίας. Σπανιότερα χρειάζεται να γίνει εντερική σίτιση λόγω σοβαρής υποθρεψίας. Η παρεντερική σίτιση πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε αποτυχία της εντερικής θρέψης, καθώς εμφανίζει μεγάλα ποσοστά επιπλοκών στην κύηση (σηψαιμία, στεατοηπατίτιδα). [57], [59]

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών με ναυτία της κύησης βελτιώνεται με τα απλά συμπτωματικά μέτρα. Από τις γυναίκες με υπερμεσσία της κύησης περισσότερες από τις μισές θα χρειαστούν νοσηλεία και 25-35% από αυτές που θα νοσηλευτούν θα χρειαστούν επανεισαγωγή. [59]

5.3. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση / Οισοφαγίτιδα

Το κύριο σύμπτωμα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ) είναι ο οπισθοστερνικός καύσος. Πρόκειται για πολύ συχνό σύμπτωμα στην κύηση. Η συχνότητά του αυξάνει όσο προχωράει η κύηση, από 26% στο 1^ο τρίμηνο, σε 36% στο 2^ο τρίμηνο και 51% στο 3^ο τρίμηνο. [59]

Βασική αιτιοπαθογενετικό ρόλο στην ΓΟΠ της κύησης φαίνεται ότι παίζει η χάλαση του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα από την δράση των αυξημένων επιπέδων προγεστερόνης. Επίσης μηχανικοί παράγοντες όπως η μετατόπιση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, μιας περιοχής αρνητικής πίεσης, μέσα στην θωρακική κοιλότητα ευοδώνει την παλινδρόμηση. Τέλος η πίεση της μήτρας στο στομάχι και η επιβράδυνση της κινητικότητας του εντέρου συμβάλουν σε ένα βαθμό στην ΓΟΠ.[60]

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αρχικά διαιτητικά μέτρα, όπως κατανάλωση μικρών γευμάτων, αποφυγή κλινοστατισμού αμέσως μετά τα γεύματα, ανύψωση του πάνω μέρους του κρεβατιού, αποφυγή καπνίσματος, αλκοόλ, λιπαρών τροφών, καφέ, γλυκών. Επί εμμονής των συμπτωμάτων μπορεί να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή με αντιόξινα, σουκραλφάτη, ανταγωνιστές των H₁ υποδοχέων, αναστολέων της αντλίας πρωτονίων. Επί εμμονής έντονων συμπτωμάτων μπορεί επιλεκτικά να γίνει οισοφαγοσκόπηση. [59]

5.4. Πεπτικό έλκος / Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού [59]

Το πεπτικό έλκος στην κύηση έχει μειωμένη επίπτωση, λόγω της μειωμένης παραγωγής οξέος και της αύξησης παραγωγής γαστροπροστατευτικής βλέννας. Παρά την ελάττωση της συχνότητάς, μπορεί να εκδηλωθεί στην κύηση και συχνά υποδιαγιγνώσκεται, γιατί τα συμπτώματα του αποδίδονται στην ΓΟΠ της κύησης.

Η διάγνωσή του γίνεται από την κλινική εικόνα της επιγαστραλγίας, ναυτίας, εμέτων, οπισθοστερνικού καύσου και από την γαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση, η οποία μπορεί να γίνει στην κύηση επί υποψίας πεπτικού έλκους.

Η θεραπεία του πεπτικού έλκους στην κύηση γίνεται με διαιτητικές παρεμβάσεις, χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων και επί συνύπαρξης *Helicobacter pylori* χορήγηση αγωγής εκρίζωσης.

Η αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού εκδηλώνεται με καφεοειδείς εμέτους, αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις και σε βαρύτερες περιπτώσεις με σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία είναι το σύνδρομο Mallory-Weiss από βλάβες του βλεννογόνου πλησίον της καρδιοοισοφαγικής συμβολής από υπερεμεσία, ενώ σπανιότερα η αιτία είναι ένα πεπτικό έλκος. Σπάνια η αιτία μπορεί να είναι η ρήξη του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhaave). Η αντιμετώπιση γίνεται με εισαγωγή στο νοσοκομείο και περιλαμβάνει διακοπή σίτισης, ενδοφλέβια ενυδάτωση και χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Η διάγνωση γίνεται με ενδοσκόπηση. Σε βαρύτερες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση αίματος.

5.5. Οξεία γαστρεντερίτιδα [59]

Η οξεία γαστρεντερίτιδα είναι μια συχνή νόσος, η μηνιαία επίπτωση της οποίας υπολογίζεται σε 3-7% στους ενήλικες. Σε αναπτυσσόμενες χώρες με περιορισμένη πρόσβαση σε πόσιμο νερό και πτωχές κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές συνθήκες η συχνότητά της γαστρεντερίτιδας στην κύηση είναι υψηλή και φαίνεται να συσχετίζεται με δυσμενείς επιπτώσεις στην έκβαση της κύησης (υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη). [61] Τέτοια συσχέτιση δεν έχει επιβεβαιωθεί σε αναπτυγμένες χώρες. [62]

Η οξεία γαστρεντερίτιδα συνήθως είναι λοιμώδους αρχής και οι λοιμώδεις παράγοντες που αποτελούν το αίτιο μπορεί να είναι ιοί (norovirus -το συχνότερο αίτιο επιδημικής γαστρεντερίτιδας παγκόσμια-, rotavirus, adenovirus, sapovirus, astrovirus), μικρόβια (εντεροπαθογόνα στελέχη *E.coli*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *Aeromonas*, *Bacillus cereus*, *Staphylococcus* spp, *Vibrio* spp, *Clostridium difficile*), πρωτόζωα (*Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*) και έλμινθες.

Ο τρόπος μετάδοσης (κοπρανοστοματική οδός, άμεση σωματική επαφή, αερογενής ή με σταγονίδια, μολυσμένες επιφάνειες, σεξουαλική επαφή) και ο χρόνος επώασης εξαρτάται από το λοιμώδες αίτιο.

Τα συμπτώματα είναι διάρροιες, ναυτία, έμετος, πυρετός. Τα σημεία που πρέπει να οδηγήσουν σε προσεκτική αξιολόγηση είναι η αφυδάτωση, οι άφθονες υδαρείς διάρροιες, η πρόσμειξη αίματος, ο υψηλός πυρετός, η εμμονή των συμπτωμάτων χωρίς βελτίωση

>48ώρες, η πρόσφατη αντιβιοτική αγωγή που προδιαθέτει σε διάρροιας από *Clostridium difficile*, και τυχόν υποκείμενη ανοσοκαταστολή.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα. Η μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων μπορεί να αναδείξει την παρουσία πυοσφαιρίων, αίματος, παράσιτων, έλμινθων. Η καλλιέργεια κοπράνων μπορεί να αναδείξει το λοιμώδες αίτιο, αλλά είναι χρονοβόρα και η ευαισθησία της ποικίλει ανάλογα με το λοιμώδες αίτιο (αδυναμία απομόνωσης ιών στα κοινά καλλιεργητικά μέσα). Σε υποψία διάρροιας εξ αντιβιοτικών γίνεται ανίχνευση της τοξίνης του *Clostridium difficile*. Οι δοκιμασίες των κοπράνων με panel πολλαπλών στόχων με μοριακές τεχνικές κερδίζουν όλο και περισσότερο έδαφος στην γρήγορη ανίχνευση των παθογόνων, αλλά η ερμηνεία των αποτελεσμάτων απαιτεί προσοχή για να γίνει διάκριση από τις περιπτώσεις με απλό αποικισμό.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι ήπιες περιπτώσεις (1-2 διάρροιας/ημέρα, με ήπια συστηματικά συμπτώματα) συνήθως υποχωρούν με αντιδιαρροϊκή διατροφή και ενυδάτωση. Σε μέτριες περιπτώσεις (3-5 διάρροιας/ημέρα με ήπια ή εντονότερα συμπτώματα που επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες), χωρίς πυρετό και χωρίς τα επιβαρυντικά σημεία που προαναφέρθηκαν μπορούν να δοθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα όπως λοπεραμίδη, σαλικυλικό βισμούθιο, προσροφητικές ουσίες όπως ο δυοσμεκτίτης. Στις βαρύτερες περιπτώσεις με αφυδάτωση, άφθονες υδαρείς διάρροιας, πρόσμειξη αίματος, υψηλό πυρετό, εμμονή των συμπτωμάτων χωρίς βελτίωση >48ώρες, πρόσφατη λήψη αντιβιοτικής αγωγής πρέπει να γίνεται προσπάθεια ανεύρεσης του λοιμώδους αίτιου, αιματολογικός έλεγχος για αξιολόγηση των δεικτών φλεγμονής, των ηλεκτρολυτών, της νεφρικής λειτουργίας και σπάνιων αλλά σοβαρών επιπλοκών όπως το ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο, χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και ηλεκτρολυτών και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή (προσοχή στην σύσταση για έναρξη εμπειρικής αγωγής με αζιθρομυκίνη, αντί της παλαιότερης σύστασης για σιπροφλοξασίνη λόγω των υψηλών ποσοστών αντοχής στη τελευταία του *Campylobacter*). [63]

5.6. Εντερική απόφραξη [64]

Αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία οξείας κοιλίας στην κύηση μετά την σκοληκοειδίτιδα. Περίπου οι μισές περιπτώσεις οφείλονται σε συμφύσεις από προηγούμενα χειρουργεία στην πύελο περιλαμβανόμενης της καισαρικής τομής, λόγω πίεσης από την αναπτυσσόμενη μήτρα πάνω στο συμφύσεις. Αυτό συμβαίνει συχνότερα

στην μέση ή στο τέλος της κύησης ή αμέσως μετά τον τοκετό. Η συστροφή τμήματος εντέρου (σιγμοειδούς, τυφλού ή λεπτού εντέρου) αποτελεί την αιτία στο 25% των περιπτώσεων (συχνότερα στο τέλος της κύησης και στην λοχεία). Άλλη αιτία αποτελεί ο εγκολεασμός ή επιπλοκές σε έδαφος προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων (Roux-en-Y γαστρικό bypass, κολεκτομή).

Τα συμπτώματα είναι το κολλικοειδές κοιλιακό άλγος, η ναυτία και οι έμετοι, η κοιλιακή ευαισθησία, οι παθολογικοί εντερικοί ήχοι. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας μετά από πρόσληψη γαστρογραφίνης μπορεί να αναδείξει σημεία απόφραξης σε ποσοστό 90%. Πολύ μεγαλύτερη ευαισθησία έχουν η MRI και η CT κοιλίας.

Η εντερική απόφραξη στην κύηση έχει σημαντική θνητότητα λόγω της δυσκολίας στην διάγνωση, στην διστακτικότητα για χειρουργική αντιμετώπιση και την ανάγκη για επείγουσα αντιμετώπιση.

5.7. Ψευδοαπόφραξη παχέος εντέρου-Σύνδρομο Ogilvie [65]

Ονομάζεται ψευδοαπόφραξη παχέος εντέρου γιατί προκαλεί κλινική εικόνα παρόμοια με αυτήν της απόφραξης, χωρίς να υπάρχει μηχανικό κώλυμα. Προκαλείται από μαζική διάταση του παχέος εντέρου το οποίο γίνεται άτονο, πιθανά λόγω διαταραχής της ρύθμισης της κινητικότητας του παχέος εντέρου από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα. Περίπου 10% των περιπτώσεων σχετίζεται με την κύηση και έχει αναφερθεί ότι η συχνότητα του στην κύηση μπορεί να φτάσει μέχρι 1 ανά 1500 κυήσεις. Συνηθέστερα συμβαίνει μετά από τοκετό με καισαρική τομή και μπορεί να επιλεχθεί με διάτρηση. Η θεραπεία περιλαμβάνει την ενδοφλέβια χορήγηση νεοστιγμίνης, την θεραπευτική αποσυμφόρηση με κολονοσκόπηση, την χειρουργική επέμβαση σε περίπτωση διάτρησης.

5.8. Οξεία σκωληκοειδίτιδα

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η συχνότερη αιτία οξείας κοιλίας τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και στην κύηση (30%). Η πιθανότητα σκωληκοειδίτιδας κατά την διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου είναι 7-10%, ενώ η συχνότητά της στην κύηση αναφέρεται 1 ανά 1400-1500 γεννήσεις. [66]

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο πρώιμου τοκετού (4.6%) και αυτόματης αποβολής εμβρύου (2.6 %), ποσοστό που φτάνει στο 10.9 % έως 23% εάν επιπλεχθεί με περιτονίτιδα. [67]

Τα συμπτώματα είναι ναυτία, έμετοι, κοιλιακό άλγος που τυπικά ξεκινάει περιομφαλικά και στην συνέχεια μετακινείται στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, πυρετός, ανορεξία. Η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην κύηση μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη για τους εξής λόγους:

- (1) Η αναπτυσσόμενη μήτρα απωθεί την σκωληκοειδή απόφυση με αποτέλεσμα η ευαισθησία να μετακινείται προς το δεξιό υποχόνδριο όσο προοδεύει η κύηση.
- (2) Τα σπλάγχνα απομακρύνονται από το περιτόναιο με αποτέλεσμα το μειώνεται η ένταση του άλγους.
- (3) Η χαλάρωση των μυϊκών τοιχωμάτων κάνει την σύσπαση τους ηπιότερη.
- (4) Η λευκοκυττάρωση που προκαλεί η σκωληκοειδίτιδα είναι συχνή στην φυσιολογική κύηση.
- (5) Συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, κολικοειδή άλγη συνοδεύουν την φυσιολογική κύηση.

Ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος γίνεται με τον υπέρηχο δεξιού λαγονίου βόθρου. Η εξέταση με την μεγαλύτερη ευαισθησία είναι η αξονική τομογραφία κοιλιάς, όμως η μαγνητική τομογραφία κοιλιάς προτιμάται όταν είναι διαθέσιμη λόγω της ικανοποιητικής ευαισθησίας και ειδικότητας, της δυνατότητας απεικόνισης άλλης ενδοκοιλιακής παθολογίας και της απουσίας ακτινοβολίας.

Η θεραπεία της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι η σκωληκοειδεκτομή η οποία συνήθως γίνεται λαπαροσκοπικά ιδίως στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο. [59]

5.9. Ενδοηπατική χολόσταση κύησης

Η ενδοηπατική χολόσταση της κύησης είναι μια ειδική ηπατοπάθεια της κύησης που χαρακτηρίζεται από ατελή απέκκριση των χολικών αλάτων στην χολή με αποτέλεσμα την συσσώρευσή του στο αίμα. Φαίνεται ότι σε γυναίκες με γενετική προδιάθεση υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στην χολοστατική δράση των φυλετικών ορμονών και κυρίως των οιστρογόνων. Έτσι η εκσεσημασμένη αύξηση της συγκέντρωσης τους στην κύηση, πιθανά μαζί με περιβαλλοντικούς παράγοντες οδηγεί στην εκδήλωση της νόσου συνηθέστερα στο

3^ο τρίμηνο που κορυφώνεται η έκκριση των φυλετικών ορμονών, με συχνότητα περίπου 1% επί των κύησεων. [68]

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει τον κνησμό, που έχει ιδιαίτερη προτίμηση για τα πέλματα, τις δευτεροπαθείς δερματικές βλάβες, τον ίκτερο που έπεται του κνησμού κάποιες εβδομάδες, ενώ χαρακτηριστικά απουσιάζουν συστηματικά συμπτώματα. [68]

Ο ειδικότερος δείκτης της νόσου είναι η αυξημένη συγκέντρωση των χολικών αλάτων στο αίμα, ενώ συχνά συνυπάρχει τρανσαμινασαιμία, και αυξημένες τιμές ολικής χολερυθρίνης, αλκαλικής φωσφατάσης, γ-GT, χολικού και χηνοδεοξυχολικού οξέος με αυξημένο τον μεταξύ τους λόγο. [69]

Η χολόσταση της κύησης δεν συνδέεται με δυσμενή πρόγνωση για την γυναίκα και υποχωρεί τελείως μετά τον τοκετό. Συνδέεται όμως με σοβαρές επιπλοκές για το έμβρυο σε ποσοστό έως 25% που περιλαμβάνουν το εμβρυικό στρες από εισρόφηση μηκωνίου, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, πρόωρο τοκετό και ενδομήτριο θάνατο, που φαίνεται ότι αυξάνουν ανάλογα με τα επίπεδα των χολικών αλάτων στο αίμα. [68]

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την μείωση του κνησμού με αντισταμινικά και τοπικές ενυδατικές κρέμες, χολεστυραμίνη και ουρσοδεοξυχολικό οξύ, στενή παρακολούθηση του εμβρύου και επί δυσπραγίας πρόκληση τοκετού. [68]

5.10. Οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης [59]

Το οξύ λιπώδες ήπαρ είναι η πιο συχνή αιτία οξείας ηπατικής ανεπάρκειας στην κύηση. Είναι σπάνια νόσος με συχνότητα 1 ανά 10000 κύησεις και χαρακτηρίζεται από μικροφουσαλιδώδη λιπώδη διήθηση των ηπατοκυττάρων, πιθανά λόγω ελλείματος στην λειτουργία της β-οξειδωσης των λιπαρών οξέων.

Το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης εμφανίζεται σχεδόν πάντα όψιμα στο 3^ο τρίμηνο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ναυτία, εμέτους, κακουχία, ανορεξία, επιγαστρικό πόνο, ίκτερο, πυρετό, ολιγουρία. Στις μισές περιπτώσεις συνυπάρχει προεκλαμψία με υπέρταση, πρωτεϊνουρία, οιδήματα κάτω άκρων.

Ο αιματολογικός έλεγχος αναδεικνύει εικόνα ηπατικής ανεπάρκειας με υποϊνδογοναιμία, υπαλβουμιναιμία, υποχοληστερολαιμία, υπογλυκαιμία και παράταση χρόνων πήξης. Επίσης υπάρχει αύξηση της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών και σημεία ενδοθηλιακής ενεργοποίησης και διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης με παράταση χρόνων πήξης, θρομβοπενία, αύξηση LDH, παρουσία κατακερματισμένων ερυθρών, ενώ η τριχοειδική αύξηση της διαπερατότητας οδηγεί σε ενδοαγγειακή απώλεια υγρών, οξεία

νεφρική ανεπάρκεια με συνοδό αιμοσυμπύκνωση και αύξηση ή διατήρηση σταθερού αιματοκρίτη παρά την αιμόλυση.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει εντατική υποστηρικτική θεραπεία και πρόκληση τοκετού (κολπικά ή με καισαρική τομή κατά περίπτωση).

Σε παλαιότερες μελέτες η μητρική και περιγεννητική θνητότητα έφτανε το 75% και 85% αντίστοιχα, ενώ σήμερα με την εντατική υποστήριξη και την μαιευτική παρέμβαση τα ποσοστά αυτά έχουν πέσει στο 7% και 15% αντίστοιχα.

5.11. Οξεία ιογενής ηπατίτιδα [65]

Η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων οξείας ιογενούς ηπατίτιδας προκαλείται από τους ιούς της ηπατίτιδας A, B, C (HAV, HBV, HCV). Άλλα αίτια είναι ο ιός της ηπατίτιδας D που προκαλεί συνλοίμωξη με τον HBV, και ο HEV που αποτελεί συχνό αίτιο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ο HAV μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, οι HBV, HCV μέσω του αίματος, της σεξουαλικής επαφής, της κάθετης μετάδοσης από την μητέρα στον νεογνό, της μεταμόσχευσης μολυσμένων οργάνων, ο HDV μεταδίδεται μόνο σε συνλοίμωξη με τον HBV, ενώ ο HEV μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού και συνήθως μέσω μολυσμένου νερού.

Η οξεία λοίμωξη είναι ασυμπτωματική και ανικτερική σε μεγάλο ποσοστό. Στις συμπτωματικές περιπτώσεις η κλινική εικόνα περιλαμβάνει αρχικά ναυτία, εμέτους, ανορεξία, κεφαλαλγία, κακουχία, πυρετό, ενώ ο ίκτερος εμφανίζεται 1-2 εβδομάδες μετά. Η πλήρης αποδρομή των κλινικών και παρακλινικών ευρημάτων γίνεται αργά σε περίοδο 1-2 μηνών.

Στον εργαστηριακό έλεγχο υπάρχει εκσεσημασμένη τρανσαμινασαιμία και υπερχολερυθριναιμία, ενώ με τον ορολογικό και μοριακό έλεγχο ταυτοποιείται το λοιμώδες αίτιο. Ένα ευτυχώς πολύ μικρό ποσοστό των περιπτώσεων (1%) αναπτύσσει κεραυνοβόλο ηπατίτιδα ή κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια που εκδηλώνεται συνήθως με ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ενώ εργαστηριακά υπάρχει παράταση χρόνων πήξης, υπαλβουμιναιμία, υπογλυκαιμία.

Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η αντιμετώπιση είναι συμπτωματική. Σε οποιαδήποτε υποψία ηπατικής ανεπάρκειας η ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο και να γίνεται εντατική υποστήριξη.

Η ηπατίτιδα Α συνδέεται με αυξημένη μητρική και εμβρυική θνητότητα στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά αυτό δεν συμβαίνει στις αναπτυγμένες χώρες. Η ηπατίτιδα Ε συνδέεται με μια δραματική αύξηση της μητρικής και εμβρυϊκής θνητότητας που υπολογίζεται σε 21% και 34% αντίστοιχα στις αναπτυσσόμενες χώρες, και αποδίδεται στο μεγάλο ποσοστό κεραυνοβόλου ηπατίτιδας που προκαλεί ειδικά κατά την κύηση.

Η κάθετη μετάδοση του HBV συμβαίνει στο 10-20% των γυναικών με HBV λοίμωξη και γίνεται αποκλειστικά περιγεννητικά. Το ποσοστό αυτό μειώνεται δραματικά με την χορήγηση αντιϊκής αγωγής στις εγκύους με υψηλό ιϊκό φορτίο και την χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG) και εμβολίου έναντι του HBV στο νεογνό αμέσως μετά την γέννηση. Η κάθετη μετάδοση του HCV συμβαίνει στο 4-7% των γυναικών που είναι HCV-RNA θετικές, και στα 2 στις 3 περιπτώσεις συμβαίνει περιγεννητικά.

Η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να επιπλέξει το 1% των γυναικών και το 90% των νεογνών που μολύνονται με κάθετη μετάδοση από HBV και το 75%-85% των ανθρώπων που μολύνονται από το HCV.

5.12. Οξεία χολοκυστίτιδα / χοληδοχολιθίαση [59]

Η συχνότητα της χολολιθίασης υπολογίζεται σε 20% των γυναικών άνω των 40 ετών στις ΗΠΑ. Ο αθροιστικός κίνδυνος να χρειαστεί ένας άνθρωπος με χολολιθίαση χειρουργείο λόγω συμπτωμάτων ή επιπλοκών είναι 10% στα 5 έτη, 15% στα 10 έτη και 18% στα 15έτη.

Η οξεία χολοκυστίτιδα προκαλείται συνήθως όταν ο κυστικός πόρος αποφράσσεται από λίθο, ενώ στο 50-85% των περιπτώσεων υπάρχει και μικροβιακή επιλοίμωξη. Στο 10% των περιπτώσεων χολολιθίασης συνυπάρχει χοληδοχολιθίαση.

Μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης η μεταγευματική κένωση της χοληδόχου κύστης είναι ατελής με αποτέλεσμα την παραμονή χολής πλούσιας σε χοληστερινικούς κρυστάλλους, που αποτελούν το υπόστρωμα για τον σχηματισμό χολόλιθων. Χολική λάσπη και χολόλιθοι στην κύηση έχουν αναφερθεί με συχνότητα 31% και 2 % αντίστοιχα.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο δεξιό υποχόνδριο (κολικός χοληφόρων), ναυτία, εμέτους, πυρετό. Στον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να υπάρχει λευκοκυττάρωση, αύξηση δεικτών φλεγμονής, τρανσαμινασαιμία. Στις περιπτώσεις με χοληδοχολιθίαση μπορεί να έχουμε αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης και ίκτερο, υπέρχρωση ούρων και αμυλασαμία επί επιπλοκής με παγκρεατίτιδα, ή ανιούσα χολαγγειίτιδα.

Η διάγνωση τίθεται από την κλινική εικόνα, τον εργαστηριακό και τον απεικονιστικό έλεγχο. Η εξέταση εκλογής για την χολοκυστίτιδα είναι ο υπέρηχος άνω κοιλίας, ενώ σε υποψία χοληδοχολιθίασης η μαγνητική παλίνδρομος χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) μπορεί να θέσει την διάγνωση.

Η αντιμετώπιση της οξείας ανεπίπλεκτης χολοκυστίτιδας γίνεται ενδονοσοκομειακά, αρχικά συντηρητικά με διακοπή σίτισης, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αναλγητικών και αντιβιοτικών. Παλαιότερα η αντιμετώπιση ήταν πιο συντηρητική με προσπάθεια αναβολής της χολοκυστεκτομής μετά την κύηση. Τα τελευταία χρόνια έχει φανεί ότι υποτροπή της χολοκυστίτιδας κατά την διάρκεια της κύησης συμβαίνει στο 25-50% των γυναικών και ότι πιθανά η συντηρητική αντιμετώπιση συνδέεται με μεγαλύτερη συχνότητα επανεισαγωγών, πόνου, πρόωρου τοκετού, και καισαρικών τομών. Έτσι η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή κατά την διάρκεια της κύησης κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, αφού φαίνεται ότι μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια σε όλα τα τρίμηνα της κύησης και δεν φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών για την μητέρα ή το έμβρυο.

Η αντιμετώπιση της χοληδοχολιθίασης γίνεται με την ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCPC), με την οποία γίνεται αφαίρεση του λιθιασικού περιεχομένου του χοληδόχου πόρου και σφιγκτηροτομή

5.13. Οξεία παγκρεατίτιδα [59]

Η οξεία παγκρεατίτιδα στην κύηση συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά ως επιπλοκή της χοληδοχολιθίασης. Άλλοι σπάνιοι λόγοι είναι η υπερτριγλυκεριδαιμία, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, συγγενείς ανωμαλίες, φάρμακα.

Τα συμπτώματα είναι επιγαστρικός πόνος, ναυτία, έμετοι, κοιλιακή διάταση, πυρετός, και σε βαρύτερες περιπτώσεις υπόταση, οξύ σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων, ολιγουρία.

Στον εργαστηριακό έλεγχο υπάρχει εκσεσημασμένη αύξηση της αμυλάσης και της λιπάσης και λευκοκυττάρωση. Άλλα ευρήματα μπορεί να είναι η υπασβεστιαϊμία, η υπερχολερυθριναιμία και η τρανσαμινασαιμία σε υποκείμενη χοληδοχολιθίαση. Σε βαρύτερες περιπτώσεις με ανεπάρκεια οργάνων μπορεί να υπάρχουν ευρήματα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας ή διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης. Ο υπέρηχος, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία και η μαγνητική παλίνδρομος χολαγγειοπαγκρεατογραφία

(MRCP) αναδεικνύουν την φλεγμονή του παγκρέατος, επιπλοκές όπως η νέκρωση και οι ψευδοκύστες και υποκείμενες αιτίες όπως χοληδοχολιθίαση.

Η αντιμετώπιση γίνεται ενδονοσοκομειακά με ενδοφλέβια ενυδάτωση, αναλγητικά, και αναστολή σίτισης αρχικά για να μειωθεί η γαστρική έκκριση και σταδιακή επανέναρξη μετά την σταθεροποίηση. Σε σηπτικές επιπλοκές χορηγείται ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή. Σε υποκείμενη χοληδοχολιθίαση ενδείκνυται η διενέργεια ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP) και σε δεύτερο χρόνο χολοκυστεκτομή.

Η οξεία παγκρεατίτιδα συνδέεται με αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού, εμβρυϊκής και μητρικής θνητότητας.

6. Άλλοι λοιμώδεις παράγοντες που προκαλούν λοίμωξη του εμβρύου ή του νεογνού [70]

6.1. Κυτταρομεγαλοϊός (CMV)

Η λοίμωξη στην μητέρα είναι συνήθως ασυμπτωματική (80-85%) ή εκδηλώνεται σαν σύνδρομο λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Η πρωτολοίμωξη στην μητέρα οδηγεί σε εμβρυϊκή λοίμωξη σε 40% των περιπτώσεων, ενώ η αναζωπύρωση στο 0.5-1%. Η εμβρυϊκή λοίμωξη μπορεί να εκδηλωθεί στο 10-15% των μολυσμένων εμβρύων με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη, μικροκεφαλία, νευρονοητική καθυστέρηση, ενδοκράνιες επαβεστώσεις, ηπατοσπληνομεγαλία, αιμολυτική αναιμία.

6.2. Παρβοϊός B19

Προκαλεί το λοιμώδες ερύθημα ή Πέμπτη νόσο. Μεταδίδεται με σταγονίδια ή με την επαφή χειρών-στόματος. Η λοίμωξη στην μητέρα μπορεί να είναι ασυμπτωματική (30%) ή να εκδηλωθεί σαν γριπώδης συνδρομή που ακολουθείται μετά από μερικές μέρες από το χαρακτηριστικό εξάνθημα (εξάνθημα «ραπισμένης παρειάς» στο πρόσωπο και ακολούθως δαντελωτό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στον κορμό και τα μέλη) και συμμετρική παροδική πολυαρθρίτιδα.

Η λοίμωξη του νεογνού συμβαίνει στο 1/3 των περιπτώσεων προκαλώντας εμβρυϊκό ύδρωπα και σπανιότερα ενδομήτριο θάνατο.

6.3. Ιός της ερυθράς

Η ερυθρά στην μητέρα είναι μια ήπια εμπύρετος λοίμωξη που συνοδεύεται από κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που ξεκινά από το πρόσωπο και εξαπλώνεται στον κορμό και στα άκρα, ενώ στο 25-50% των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματική.

Η ερυθρά στην μητέρα στο 1^ο τρίμηνο της κύησης προκαλεί λοίμωξη στο έμβρυο στο 90% των περιπτώσεων και το σύνδρομο της συγγενούς ερυθράς (καρδιακά ελλείματα, πνευμονική στένωση, μικροκεφαλία, καταρράκτη, μικροφθalmία, ηπατοσπληνομεγαλία, κώφωση, διανοητική καθυστέρηση)

6.4. Ιός Ζίκα

Ο ιός Ζίκα μεταδίδεται κύρια από δήγμα κουνουπιού, και σπανιότερα με την σεξουαλική επαφή. Η λοίμωξη με τον ιό Ζίκα στην μητέρα μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να προκαλεί ήπια συμπτώματα με εξάνθημα, πυρετό, κεφαλαλγία, αρθραλγίες.

Το έμβρυο μολύνεται στο 6% των περιπτώσεων. Η συγγενής λοίμωξη από ιό Ζίκα συνδέεται με εμβρυϊκό θάνατο, ενώ στα ζωντανά έμβρυα μπορεί να προκαλέσει μικροκεφαλία, κοιλιομεγαλία, ενδοκράνιες επασβεστώσεις, οφθαλμικές ανωμαλίες.

6.5. Λιστερίωση

Προκαλείται από την *Listeria monocytogens*, που μπορεί να απομονωθεί στο 1-5% των κοπράνων των ενηλίκων. Μεταδίδεται τροφογενώς και συνηθέστερα ενοχοποιούνται τα ωμά λαχανικά, το γάλα, παγωτά, τα μαλακά τυριά, επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος (πατέ, αλλαντικά, προμαγειρεμένα προϊόντα κρέατος), ωμά ψάρια.

Η λοίμωξη στην μητέρα μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή με συμπτώματα γριπώδους συνδρομής. Η λοίμωξη στο έμβρυο προκαλεί χαρακτηριστικά διάχυτα μικροαποστήματα και προκαλεί αποβολή, θνησιγένεια, πρόωρο τοκετό ή νεογνική σήψη.

Η θεραπεία γίνεται με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής τόσο στην μητέρα όσο και στο νεογνό, που περιλαμβάνει την αμπικιλίνη με γενταμυκίνη.

6.6. Τοξοπλάσμωση

Το *Toxoplasma gondii* που είναι το αίτιο της νόσου μεταδίδεται στον άνθρωπο μέσω επαφής με τα κόπρανα της γάτας ή από την κατανάλωση ωμού ή μέτρια μαγειρεμένου κρέατος που περιέχουν κύστες από το παράσιτο.

Η λοίμωξη στην μητέρα είναι συνήθως ασυμπτωματική, ενώ περιστασιακά μπορεί να εκδηλωθούν συμπτώματα κόπωσης, πυρετού, κεφαλαλγίας, μυαλγιών, κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος και οπίσθιας τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας.

Η πρωτολοίμωξη στην μητέρα μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του εμβρύου που είναι συχνότερη όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία κύησης. Η βαρύτητα όμως της εμβρυϊκής λοίμωξης είναι πολύ μεγαλύτερη στην αρχή της κύησης.

Τα περισσότερα νεογνά με συγγενή λοίμωξη γεννιούνται χωρίς ευρήματα. Αυτά που εκδηλώνουν τα στίγματα της συγγενούς τοξοπλάσμωσης εμφανίζουν χαμηλό βάρος γέννησης, ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, αναιμία, και σε μερικά υπάρχει υδροκεφαλία ή μικροκεφαλία, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, ενδοκράνιες επασβεστώσεις και σπασμοί.

7. Παθήσεις δέρματος [71]

Το δέρμα κατά την κύηση υφίσταται διάφορες μεταβολές. Καταρχήν η έκκριση μελανοτρόπου ορμόνης από τον πλακούντα διεγείρει τα μελανοκύτταρα προκαλώντας μελάγχρωση, χλόασμα στις παρειές, το μέτωπο και την μύτη και μία σκουρόχρωμη κάθετη λωρίδα στην μέση γραμμή της κοιλιάς κάτωθεν του ομφαλού. Επίσης η μηχανική διάταση μαζί με τις ορμονικές επιδράσεις δημιουργούν διάσπαση του κολλαγόνου και ραβδώσεις. Η αγγειοδιαστολή δημιουργεί ερύθημα στις παλάμες και αραχνοειδείς σπίλους, ενώ η κατακράτηση των χολικών αλάτων μπορεί να προκαλέσει κνησμό.

Υπάρχουν 4 δερματοπάθειες που εμφανίζονται αποκλειστικά στην εγκυμοσύνη.

7.1. Ενδοηπατική χολόσταση της κύησης

(Βλέπε στο κεφάλαιο παθήσεις πεπτικού συστήματος)

7.2. Πεμφιγοειδές της κύησης

Πρόκειται για σπάνια αυτοάνοση πάθηση που προκαλείται από την εναπόθεση μητρικής ανοσοσφαιρίνης G (IgG) στο κολλαγόνο XVII της βασικής μεμβράνης του δέρματος και στο αμνιοτικό επιθήλιο.

Εκδηλώνεται συνήθως στο 2^ο και στο 3^ο τρίμηνο με κνησμώδεις βλατίδες και κνιδωτικές πλάκες που μετά από 2 εβδομάδες εξελίσσονται σε φυσαλίδες και πέμφιγες. Συνήθως κατανέμονται περιομφαλικά, αλλά δεν προσβάλλουν τους βλεννογόνους, το πρόσωπο και το κεφάλι. Η πάθηση συνδέεται με αυξημένα ποσοστά πρόωρου τοκετού και υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης.

Η βιοψία της βλάβης επιβεβαιώνει την διάγνωση. Η θεραπεία γίνεται με αντισταμινικά, τοπική και από του στόματος κορτιζόνη.

7.3. Κνησμώδεις και κνιδωτικές βλατίδες και πλάκες της κύησης (PUPPP)

Γνωστό και ως Πολύμορφο εξάνθημα της κύησης εμφανίζεται στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο με έντονα κνησμώδεις κνιδωτικές ερυθματώδεις βλατίδες και πλάκες στην κοιλιά και στου μηρούς. Συνήθως ξεκινούν από ραγάδες αλλά δεν προσβάλλουν την περιομφαλική περιοχή. Η θεραπεία γίνεται με αντισταμινικά και τοπικά κορτικοειδή.

7.4. Ατοπικό εξάνθημα της κύησης

Εμφανίζεται στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο με μορφή εκζέματος. Η θεραπεία γίνεται με αντισταμινικά και τοπικά κορτικοειδή.

8. Νευρολογικές παθήσεις [72]

8.1. Κεφαλαλγία τάσης

Είναι η συχνότερη αιτία κεφαλαλγίας στην κύηση και χαρακτηρίζεται από αίσθημα μυϊκής τάσης και μέτριο πόνο στον αυχένα και στο κεφάλι, χωρίς νευρολογικά σημεία. Απαντά στην χαλάρωση, τις μαλάξεις και απλά αναλγητικά

8.2. Ημικρανία

Οι περισσότερες γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας βελτιώνονται στην κύηση. Οι ημικρανίες εκδηλώνονται με μεγάλης έντασης κεφαλαλγία με φωτοφοβία, ναυτία, εμέτους της οποίας συχνά προηγείται η αύρα.

Η ημικρανία φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας, υπέρτασης της κύησης, πρόωρου τοκετού, καρδιαγγειακού συμβάματος.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, την παρακεταμόλη, τις τρυπτάνες, ενώ στις βαρύτερες μορφές μπορεί να χορηγηθεί για προφύλαξη αμιτριπτιλίνη, προπρανολόλη, μετοπρολόλη.

8.3. Δευτεροπαθείς αιτίες κεφαλαλγίας

Πρέπει να γίνεται προσεκτική αξιολόγηση προς αποκλεισμό άλλων αιτιών. Οι σημαντικότερες είναι:

- Τραύμα
- Ισχαιμικό και αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Θρόμβωση εγκεφαλικών φλεβών
- Αποχή από ουσίες
- Λοίμωξη κεντρικού νευρικού
- Διαταραχές αιμόστασης
- Κρανιοπροσωπικές διαταραχές
- Ψυχιατρικές διαταραχές

8.4. Αγγειακές εγκεφαλικές νόσοι

Τα περισσότερα εγκεφαλικά επεισόδια στην κύηση εκδηλώνονται είτε στη διάρκεια του τοκετού είτε στην λοχεία. Ο πιο σοβαρός παράγοντας κινδύνου είναι οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης και κυρίως η προεκλαμψία. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, οι ημικρανίες, η προϋπάρχουσα υπέρταση, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, καρδιολογικές παθήσεις όπως η ενδοκαρδίτιδα, οι προσθετικές βαλβίδες, το ανοιχτό ωοειδές τρήμα, το κάπνισμα.

Οι κύριες αγγειακές εγκεφαλικές νόσοι στην κύηση περιλαμβάνουν το ισχαιμικό και αιμορραγικό (παρεγχυματικό ή υποσκληρίδιο) εγκεφαλικό επεισόδιο, την αρτηριακή εγκεφαλική θρόμβωση, την θρόμβωση των εγκεφαλικών κόλπων.

Εκδηλώνονται με κεφαλαλγία και νευρολογικά σημεία που εξαρτώνται από την ισχαιμική εγκεφαλική περιοχή. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Η θεραπεία είναι ίδια με τον αντίστοιχο πληθυσμό εκτός εγκυμοσύνης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Έκτακτες ιατρικές επισκέψεις κατ' οίκον σε εγκύους

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έκτακτη φροντίδα στην κύηση (ΕΦΚ) αφορά στην αντιμετώπιση των έκτακτων προβλημάτων υγείας που μπορεί να προκύψουν κατά την κύηση. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να χρήζουν μαιευτικής/γυναικολογικής ιατρικής φροντίδας ή να χρειάζονται αντιμετώπιση από άλλες ειδικότητες.

Η ΕΦΚ μπορεί να προσφερθεί σε οργανωμένες δομές υγείας (ιατρείο, κλινική ή νοσοκομείο κ.α.) ή στο σπίτι. Η πανδημία του COVID -19 και η προσπάθεια ελέγχου της μέσα από την εφαρμογή μέτρων αποστασιοποίησης φαίνεται ότι αύξησε τους φραγμούς στην πρόσβαση σε οργανωμένες δομές υγείας και ανέδειξε την σημασία της παροχής ΕΠΦ στο σπίτι.

Η ΕΦΚ στο σπίτι μπορεί να προσφερθεί με την επίσκεψη στο σπίτι από επαγγελματία υγείας. Η ιατρική επίσκεψη αποτελεί πολύ σημαντικό μέρος της ΕΦΚ στο σπίτι και μπορεί να πραγματοποιηθεί από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων πέραν της γυναικολογίας/μαιευτικής.

Η αναζήτηση στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία μελετών γύρω από τα χαρακτηριστικά της κατ' οίκον ιατρικής επίσκεψης για την παροχή ΕΦΚ στην κύηση δεν ανέδειξε καμία δημοσίευση που να σχετίζεται με το παραπάνω θέμα.

Παρουσιάζουμε μια μελέτη καταγραφής ιατρικών επισκέψεων κατ' οίκον σε γυναίκες στην κύηση.

II. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών των κατ' οίκον επισκέψεων από ένα δίκτυο ιατρών από ειδικότητες πέραν της γυναικολογικής / μαιευτικής, με σκοπό την παροχή έκτακτης ιατρική φροντίδας στην κύηση (ΕΦΚ).

Για τον σκοπό αυτό μελετήθηκαν συνολικά τα δεδομένα από 102 επισκέψεις κατ' οίκον σε έγκυες γυναίκες που πραγματοποιήθηκαν από το δίκτυο των SOS ΙΑΤΡΩΝ στην περιοχή τη Αττικής κατά την περίοδο 1/2013-8/2022 και μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά τους.

III. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Η βάση δεδομένων των SOS ΙΑΤΡΩΝ

Οι SOS ΙΑΤΡΟΙ είναι η μεγαλύτερη ελληνική ιατρική εταιρεία συντονισμού παροχής ιατρικών επισκέψεων κατ' οίκον στην Αθήνα, Πειραιά και τα προάστια τους. Οι επισκέψεις αυτές πραγματοποιούνται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων του δικτύου των SOS ΙΑΤΡΩΝ, που συντονίζονται μετά από τηλεφωνική κλήση ή διαδικτυακό αίτημα του ασθενούς. Η αξιολόγηση της αιτίας κλήσης γίνεται από ιατρό του τηλεφωνικού κέντρου. Κατόπιν αυτού γίνεται ο συντονισμός για την αποστολή κατ' οίκον ιατρού με ειδικότητα που σχετίζεται με την αιτία κλήσης. Ο ιατρός μεταβαίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα στο σπίτι του ασθενούς. Εκεί γίνεται ιατρική αξιολόγηση, που περιλαμβάνει την λήψη του ιστορικού, την περιγραφή της παρούσας νόσου, την κλινική εξέταση και την διενέργεια, όταν υπάρχει ένδειξη, εξετάσεων κατ' οίκον (Point Of Care Tests), όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, ταχεία διαγνωστικά τεστ έναντι συνήθων λοιμώξεων (strep test, γρίπης, SARS-COV-2 κ.α.). Έτσι ο ιατρός καταλήγει σε μια τρέχουσα διάγνωση και δίνει οδηγίες. Επίσης μπορεί να χορηγήσει αν χρειαστεί κατ' οίκον παρεντερική αγωγή (ενδομυϊκά, υποδόρια, ενδοφλέβια). Τέλος υπάρχει δυνατότητα διενέργειας εξετάσεων κατ' οίκον, όπως και κατ' οίκον νοσηλείας.

Μετά το τέλος της επίσκεψης ο ιατρός συμπληρώνει μια ιατρική γνωμάτευση με τα δημογραφικά στοιχεία της ασθενούς, το ατομικό της ιστορικό, το ιστορικό λήψης φαρμάκων, αλλεργιών, και συνήθων νοσημάτων, παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και ειδικών καταστάσεων όπως η κύηση. Ακολούθως συμπληρώνει ένα πεδίο όπου περιγράφεται η παρούσα νόσος. Μετά γίνεται συστηματική καταγραφή των ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφυγμοί/λεπτό, αναπνοές/λεπτό), κορεσμός οξυγόνου (μέτρηση με οξύμετρο), και επιπέδου συνείδησης. Ακολουθεί πεδίο όπου περιγράφονται τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και των ευρημάτων τυχόν διαγνωστικών εξετάσεων που έγιναν κατά την επίσκεψη όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, διαγνωστικά τεστ κλπ. Ακολουθεί το πεδίο για την καταγραφή της διάγνωσης και της συνιστώμενης αγωγής και των οδηγιών (εικόνα 1)

Τέλος επί ενδείξεων μπορεί να επιλεγεί τυποποιημένα μία από τις παρακάτω επιλογές σύστασης:

- 1) Επανελέγχος ή εισαγωγή σε νοσοκομείο σε εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή επιδείνωσης
- 2) Παρακλινικός έλεγχος
- 3) Άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο
- 4) Άρνηση νοσηλείας

Η πρωτότυπη γνωμάτευση παραδίδεται στον ασθενή, ενώ αντίγραφο φυλάσσεται από τον ιατρό και στα ιατρικά αρχεία της εταιρείας. Επίσης η εταιρεία διατηρεί ηλεκτρονικό αρχείο της επίσκεψης, που συμπληρώνεται μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τον ιατρό. Εκεί καταγράφονται η ηλικία, το φύλο, η ώρα και ημερομηνία κλήσης, η αιτία κλήσης, το ιστορικό νοσημάτων και φαρμάκων του ασθενούς, η διάγνωση, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν κατ' οίκον, οι φαρμακευτικές οδηγίες, τυχόν σύσταση για παρακλινικό έλεγχο, για παραπομπή σε νοσοκομείο, για εξέταση από ιατρό άλλης ειδικότητας, αν υπήρξε επικοινωνία ή σύσταση επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό.



ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Προς τον: Θεράποντα Ιατρό / εφημερεύοντα Ιατρό / ασφαλιστικό φορέα

1016
Ο SOSτός αριθμός

www.1016.gr

Όνοματεπώνυμο..... ♀ | ♂ Ηλικία..... Επάγγελμα.....
Διεύθυνση..... Τηλ.....
Προσωπικός Ιατρός..... Email..... Ασφαλιστικός Φορέας.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή, προηγηθείσες νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις)

Εγκυμοσύνη Υπέρταση Αλλεργίες..... Εμβόλια.....
Σακχ. Διαβήτης Παχυσαρκία Χοληστερίνη Κάπνισμα Άσκηση Αλκοόλ Άγχος

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ Θ.....°C • Σφύξεις..... • Α.Π.(ΟΡΘ.)..... /..... mmHg - (ΥΠΤ)..... /..... mmHg
• Αναπν. Συχνότητα..... / λεπτό • Οξυμετρία..... • Επίπεδο Συνειδήσεως.....

ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η.Κ.Γ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ / ΑΓΩΓΗ



ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ

Επανάλεγχος ή εισαγωγή σε νοσοκομείο σε εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή επιδείνωσης

Άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο Εισαγωγή σε νοσοκομείο Παρακλινικός Έλεγχος Άρνηση Νοσηλείας

Ημερ/νία..... /..... /.....

Ο SOS Ιατρός

Εικόνα 1

2. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων της μελέτης

Αφού έγινε περιγραφή του σκοπού, των υλικών και των μεθόδων της μελέτης στην επιστημονική επιτροπή της εταιρείας SOS ΙΑΤΡΟΙ και μετά από σύμφωνη γνωμοδότηση του υπεύθυνου προστασίας δεδομένων της εταιρείας, δόθηκε έγκριση για την λήψη των δεδομένων της μελέτης.

Συλλέχθηκαν τα δεδομένα του ηλεκτρονικού αρχείου ιατρικών επισκέψεων της εταιρείας SOS ΙΑΤΡΟΙ για την περίοδο 1/2013-8/2022. Αυτά περιλαμβάνουν τα δεδομένα των ηλεκτρονικών αρχείων 254.418 ιατρικών επισκέψεων κατ' οίκον της περιόδου 1/2013-8/2022. Από τα δεδομένα αυτά αφαιρέθηκαν και αποκλείστηκε οποιαδήποτε πρόσβαση στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Σε αυτή την βάση δεδομένων έγινε αναζήτηση με τις λέξεις κλειδιά: κύηση, εγκυμοσύνη, έγκυος. Από την αναζήτηση αυτή προέκυψαν συνολικά 102 περιστατικά ιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον σε εγκυμονούσες.

Για τα παραπάνω περιστατικά έγινε αίτηση προς το αρχείο της εταιρείας, ώστε να αναζητηθούν τα αντίγραφα των αντίστοιχων χειρόγραφων ιατρικών γνωματεύσεων με βάση τον μοναδικό αριθμό μητρώου κάθε επεισοδίου. Αφού έγινε επιμελής απόκρυψη των δημογραφικών δεδομένων, συλλέχθηκαν τα αντίστοιχα αντίγραφα ιατρικών γνωματεύσεων. Συνολικά βρέθηκαν τα αντίγραφα για 88 από τις 102 επισκέψεις κατ' οίκον σε έγκυες.

Ακολούθησε εξαγωγή και ψηφιακή καταγραφή των δεδομένων από τα αντίγραφα των χειρόγραφων γνωματεύσεων. Έτσι συλλέχθηκαν δεδομένα για το ατομικό ιστορικό, την ηλικία κύησης, την παρούσα νόσο, τα ζωτικά σημεία, το επίπεδο συνείδησης, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, τα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων κατ' οίκον, την διάγνωση, τις οδηγίες, τις παραπομπές, την επικοινωνία με τον θεράποντα μαιευτήρα. Τα παραπάνω δεδομένα συμπλήρωσαν αυτά του ηλεκτρονικού αρχείου της επίσκεψης.

3. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Για την παρουσίαση των δεδομένων έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Έτσι για κάθε κατηγορία δεδομένων υπολογίστηκε η απόλυτη και η σχετική τους συχνότητα, οι μέσες τιμές και τα μέτρα θέσης και διασποράς. Για την παραπάνω ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία του λογιστικού προγράμματος Excel και οι συναρτήσεις στατιστικής, βάσης δεδομένων και κειμένου.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

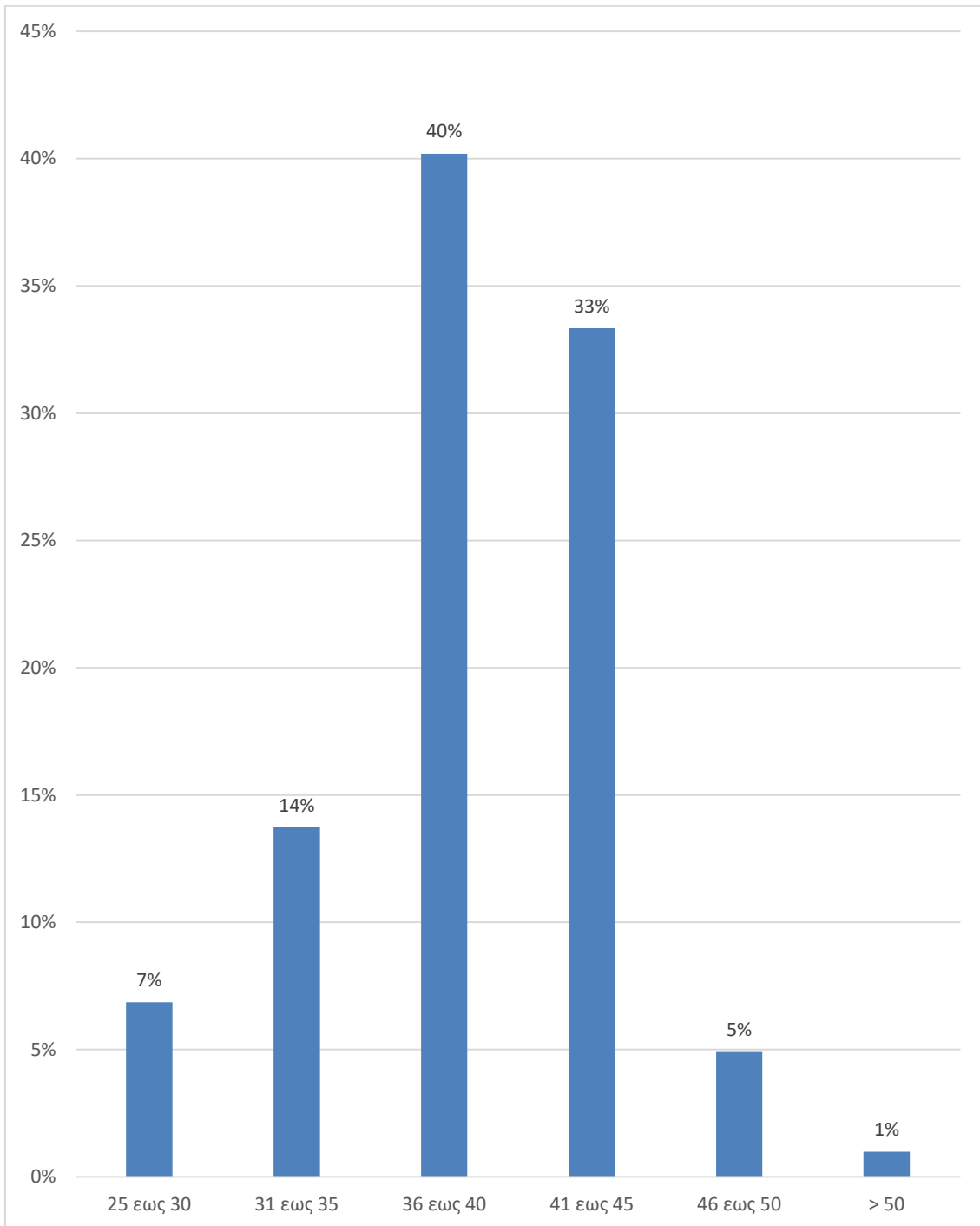
Από την αναζήτηση στο ηλεκτρονικό αρχείο επισκέψεων βρέθηκαν συνολικά 102 επισκέψεις ιατρών σε περιστατικά γυναικών σε κύηση για την περίοδο 1/2013-8/2022. Τα αντίγραφα των αντίστοιχων χειρόγραφων ιατρικών γνωματεύσεων βρέθηκαν για τα 88 από αυτά τα περιστατικά. Ο μέσος όρος ηλικίας των εγκύων ήταν 39 έτη (25-52) και η διάμεση ηλικία τα 40 έτη. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα βασικά μεγέθη του δείγματος (πίνακας 1α), ενώ στον πίνακα 1β και στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η κατανομή των ηλικιών των ασθενών.

Συνολικός αριθμός περιστατικών	102
Περιστατικά με χειρόγραφη γνωμάτευση	88
Χρονική περίοδος	2013 - 2022 (8ος)
Μέσος όρος ηλικίας σε έτη	39,1
Διάμεση ηλικία σε έτη	40
Εύρος ηλικίας σε έτη	25-52

Πίνακας 1α. Βασικά μεγέθη του δείγματος

Ηλικιακές κατηγορίες (έτη)	Αριθμός περιστατικών	Ποσοστό περιστατικών
25 έως 30	7	7%
31 έως 35	14	14%
36 έως 40	41	40%
41 έως 45	34	33%
46 έως 50	5	5%
> 50	1	1%
Σύνολο	102	100%

Πίνακας 1β. Κατανομή των ηλικιών των ασθενών

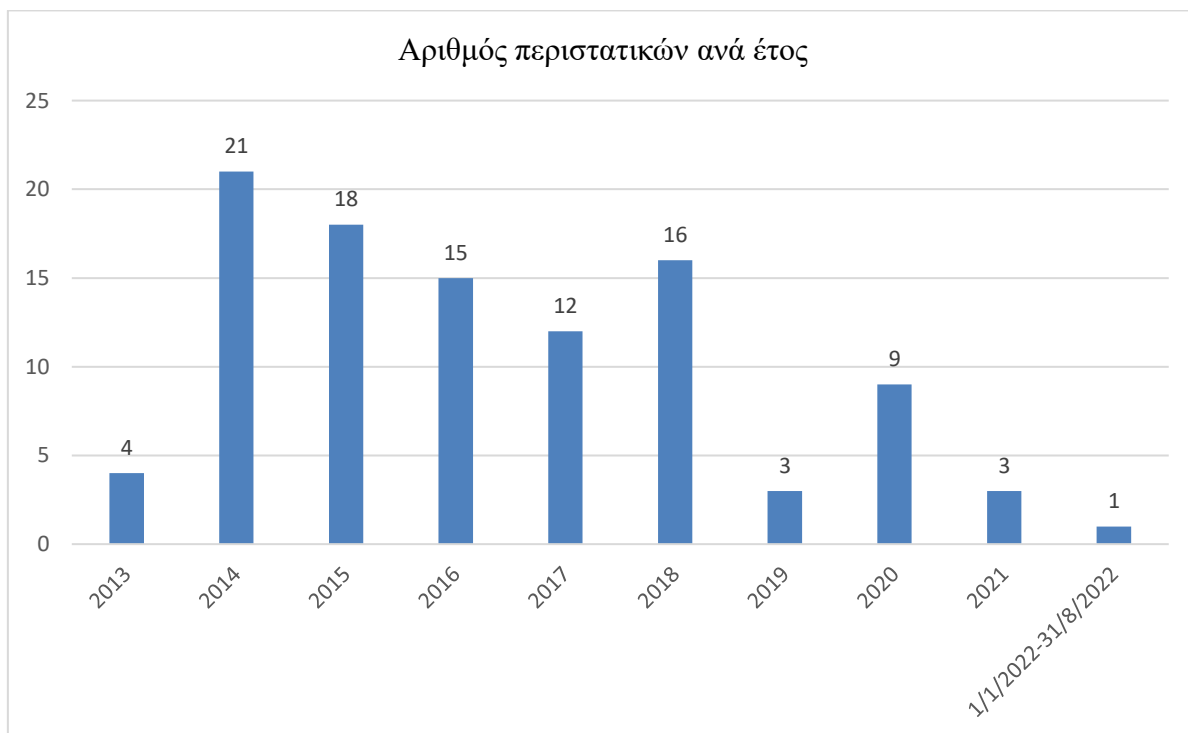


Διάγραμμα 1. Ποσοστό περιστατικών ανά ηλικία

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή των περιστατικών κατά έτος (πίνακας 2 και διάγραμμα 2).

Χρονιά	Αριθμός περιστατικών ανά χρονιά	Ποσοστό περιστατικών ανά χρονιά
2013	4	4%
2014	21	21%
2015	18	18%
2016	15	15%
2017	12	12%
2018	16	16%
2019	3	3%
2020	9	9%
2021	3	3%
1/1/2022 - 31/8/2022	1	1%
Σύνολο	102	100%

Πίνακας 2



Διάγραμμα 2

Η εποχιακή κατανομή των περιστατικών φαίνεται στον πίνακα 2α και στο διάγραμμα 2α.

ΕΤΟΣ	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	ΜΑΡΤΙΟΣ	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	ΜΑΙΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
2013	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
2014	2	2	4	5	1	0	0	1	1	1	2	0	19
2015	2	5	2	1	2	2	0	0	2	0	2	0	18
2016	4	1	0	0	4	1	0	0	0	1	1	3	15
2017	4	4	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	12
2018	1	3	0	2	3	1	2	0	0	2	1	1	16
2019	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
2020	3	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	9
2021	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
2022	1	0	0	0	0	0	0	0					1
ΣΥΝΟΛΟ	22	17	7	14	10	4	4	1	6	6	6	5	102

Πίνακας 2α

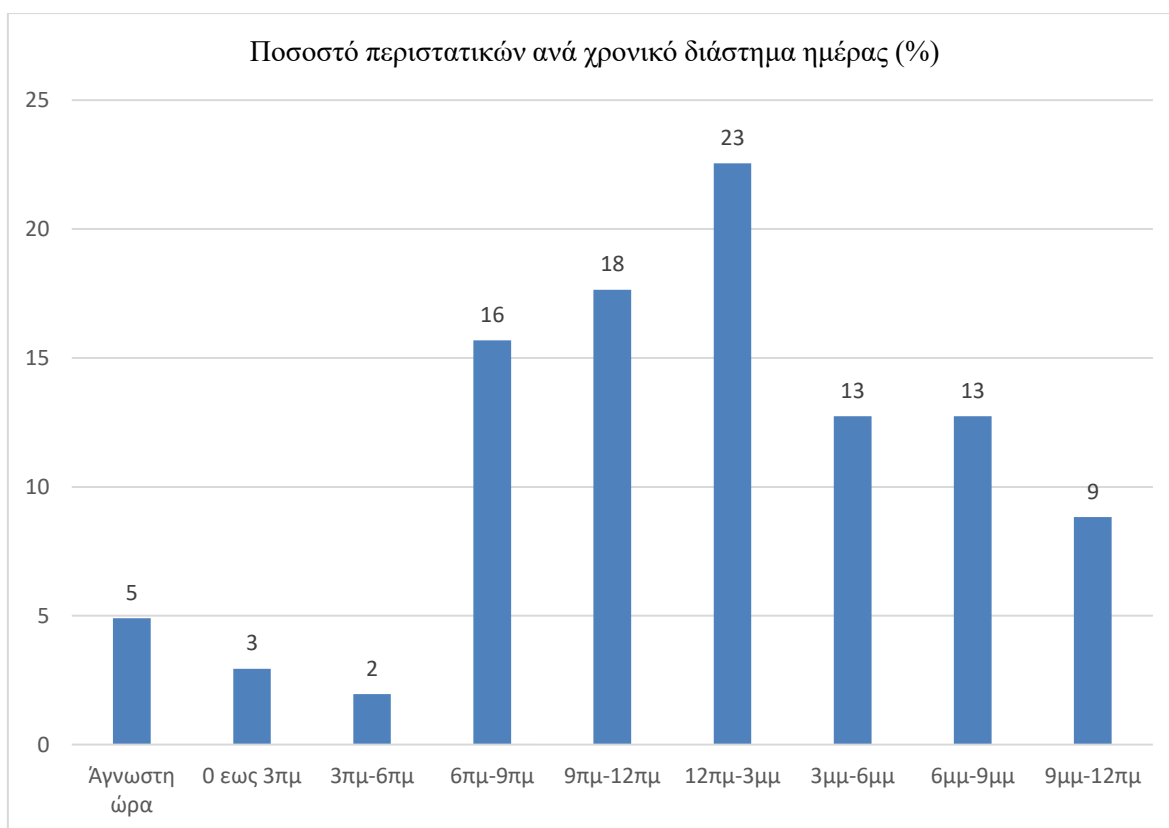


Διάγραμμα 2α

Η κατανομή της ώρας κλήσης φαίνεται στα παρακάτω (πίνακας 3, διάγραμμα 3):

Χρονικά διαστήματα ημέρας	Αριθμός περιστατικών ανά χρονικό διάστημα ημέρας	Ποσοστό περιστατικών ανά χρονικό διάστημα ημέρας (%)
Άγνωστη ώρα	5	5
0 - 3 π.μ.	3	3
3 π.μ. - 6 π.μ.	2	2
6 π.μ. - 9 π.μ.	16	16
9 π.μ. - 12 π.μ.	18	18
12 π.μ. - 3 μ.μ.	23	23
3 μ.μ. - 6 μ.μ.	13	13
6 μ.μ. - 9 μ.μ.	13	13
9 μ.μ. - 12 π.μ.	9	9

Πίνακας 3

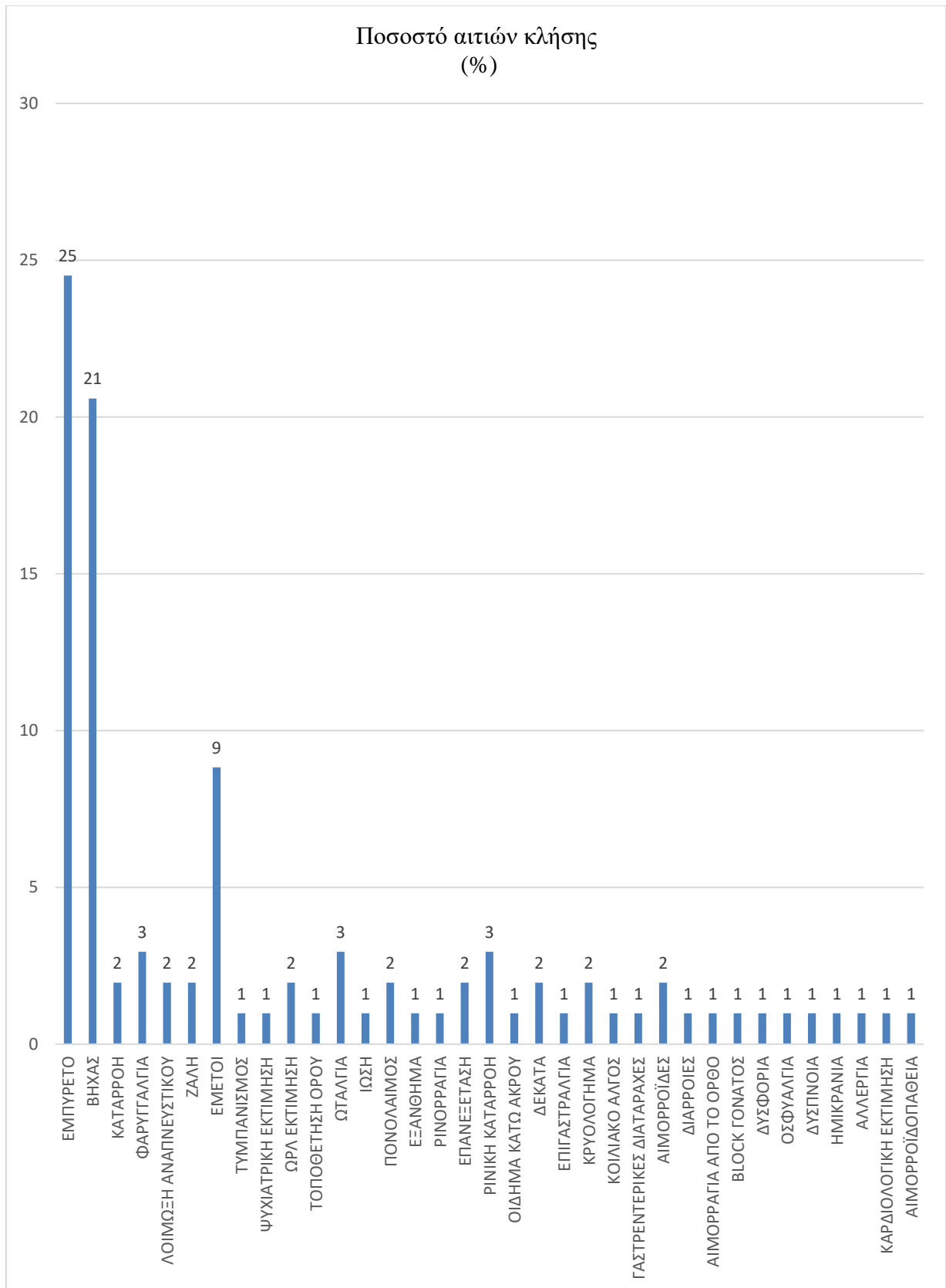


Διάγραμμα 3

Οι αιτίες κλήσης όπως καταγράφηκαν από το τηλεφωνικό κέντρο, φαίνονται στον πίνακα 4, ενώ στο διάγραμμα 4 απεικονίζεται η σχετική τους συχνότητα.

Αιτία Κλήσης	Συχνότητα αιτιών κλήσης	Ποσοστό αιτιών κλήσης (%)
ΕΜΠΥΡΕΤΟ	25	25
ΒΗΧΑΣ	21	21
ΚΑΤΑΡΡΟΗ	2	2
ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ	3	3
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	2	2
ΖΑΛΗ	2	2
ΕΜΕΤΟΙ	9	9
ΤΥΜΠΑΝΙΣΜΟΣ	1	1
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	1	1
ΩΡΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	2	2
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΡΟΥ	1	1
ΩΤΑΛΓΙΑ	3	3
ΙΩΣΗ	1	1
ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ	2	2
ΕΞΑΝΘΗΜΑ	1	1
ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ	1	1
ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ	2	2
ΡΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΡΡΟΗ	3	3
ΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ	1	1
ΔΕΚΑΤΑ	2	2
ΕΠΙΓΑΣΤΡΑΛΓΙΑ	1	1
ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑ	2	2
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	1	1
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	1	1
ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	2	2
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	1	1
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ	1	1
ΒLOCK ΓΟΝΑΤΟΣ	1	1
ΔΥΣΦΟΡΙΑ	1	1
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	1	1
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	1	1
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	1	1
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	1	1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	1	1
ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑ	1	1
Σύνολο	102	100

Πίνακας 4



Διάγραμμα 4

Οι ιατροί που πραγματοποίησαν τις κατ' οίκον επισκέψεις κατά ειδικότητα απεικονίζονται στον πίνακα 5 και το διάγραμμα 5.

Ειδικότητα ιατρού	Αριθμός επισκέψεων ανά ειδικότητα	Ποσοστό επισκέψεων ανά ειδικότητα
Δερματολόγος	1	1%
Νευρολόγος	1	1%
Ορθοπαιδικός	1	1%
Ψυχίατρος	1	1%
Γαστρεντερολόγος	2	2%
Καρδιολόγος	2	2%
Γενικός Χειρουργός	4	4%
Πνευμονολόγος	5	5%
Γενικός Ιατρός	7	7%
ΩΡΛ	11	11%
Παθολόγος	67	66%
Σύνολο	102	100%

Πίνακας 5

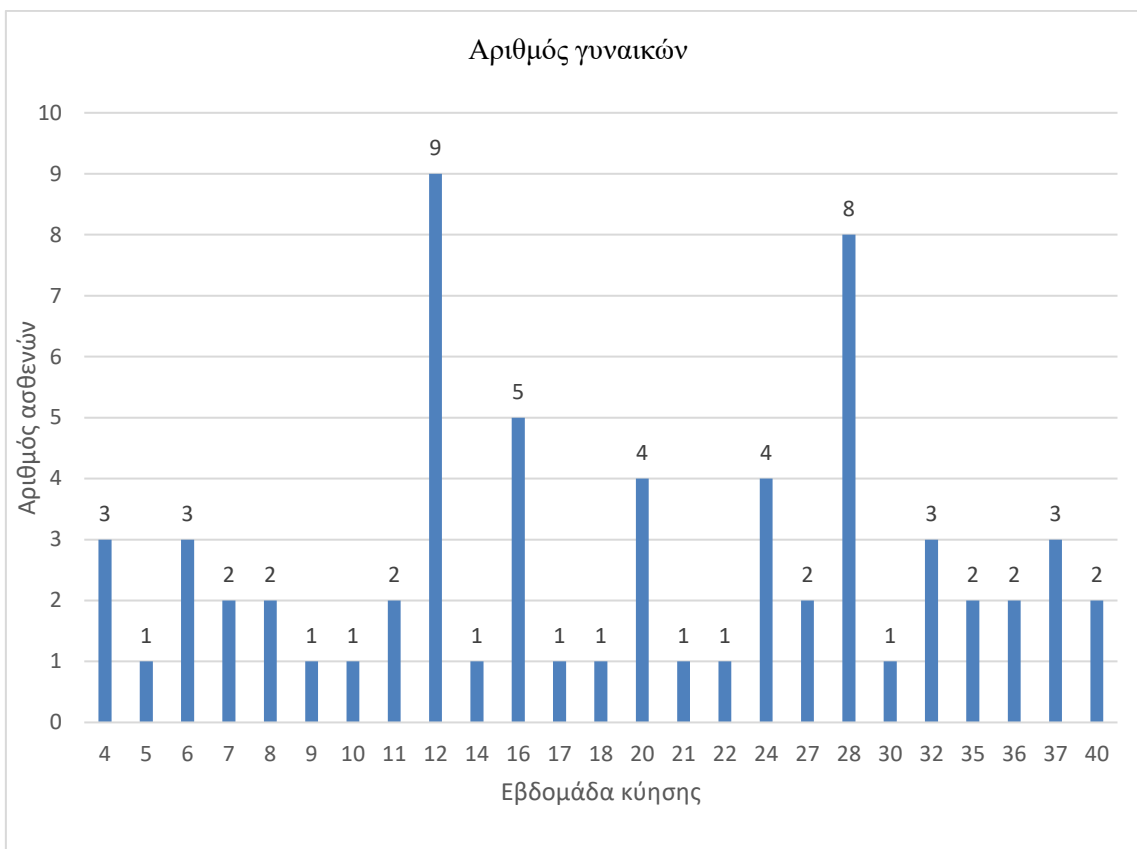


Διάγραμμα 5

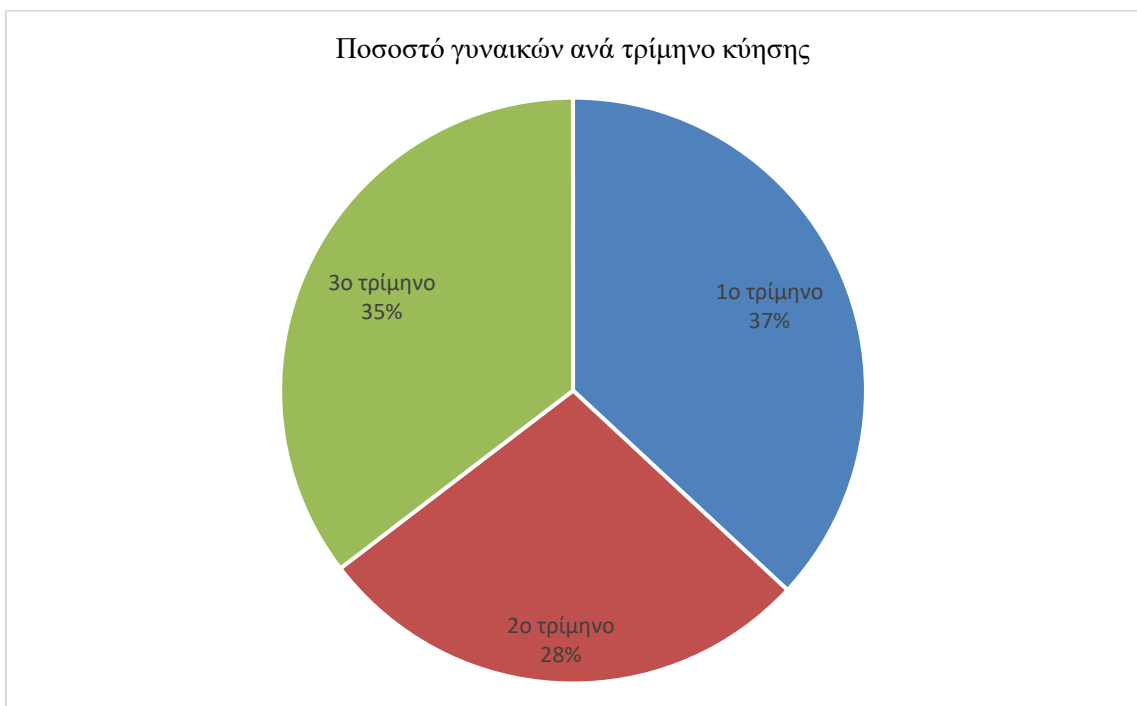
Βρέθηκαν οι ηλικίες κύησης για 65 από τα 102 περιστατικά (64%). Η κατανομή των ηλικιών κύησης των ασθενών αυτών φαίνονται ανά εβδομάδα κύησης στον πίνακα 5.1. και στο διάγραμμα 5.1α., ενώ η κατανομή τους ανά τρίμηνο παριστάνεται στο διάγραμμα 5.1β.

Ηλικία κύησης σε εβδομάδες	Αριθμός γυναικών
4	3
5	1
6	3
7	2
8	2
9	1
10	1
11	2
12	9
14	1
16	5
17	1
18	1
20	4
21	1
22	1
24	4
27	2
28	8
30	1
32	3
35	2
36	2
37	3
40	2
Σύνολο	65

Πίνακας 5.1.



Διάγραμμα 5.1α. Κατανομή των ηλικιών κύησης ανά εβδομάδα κύησης

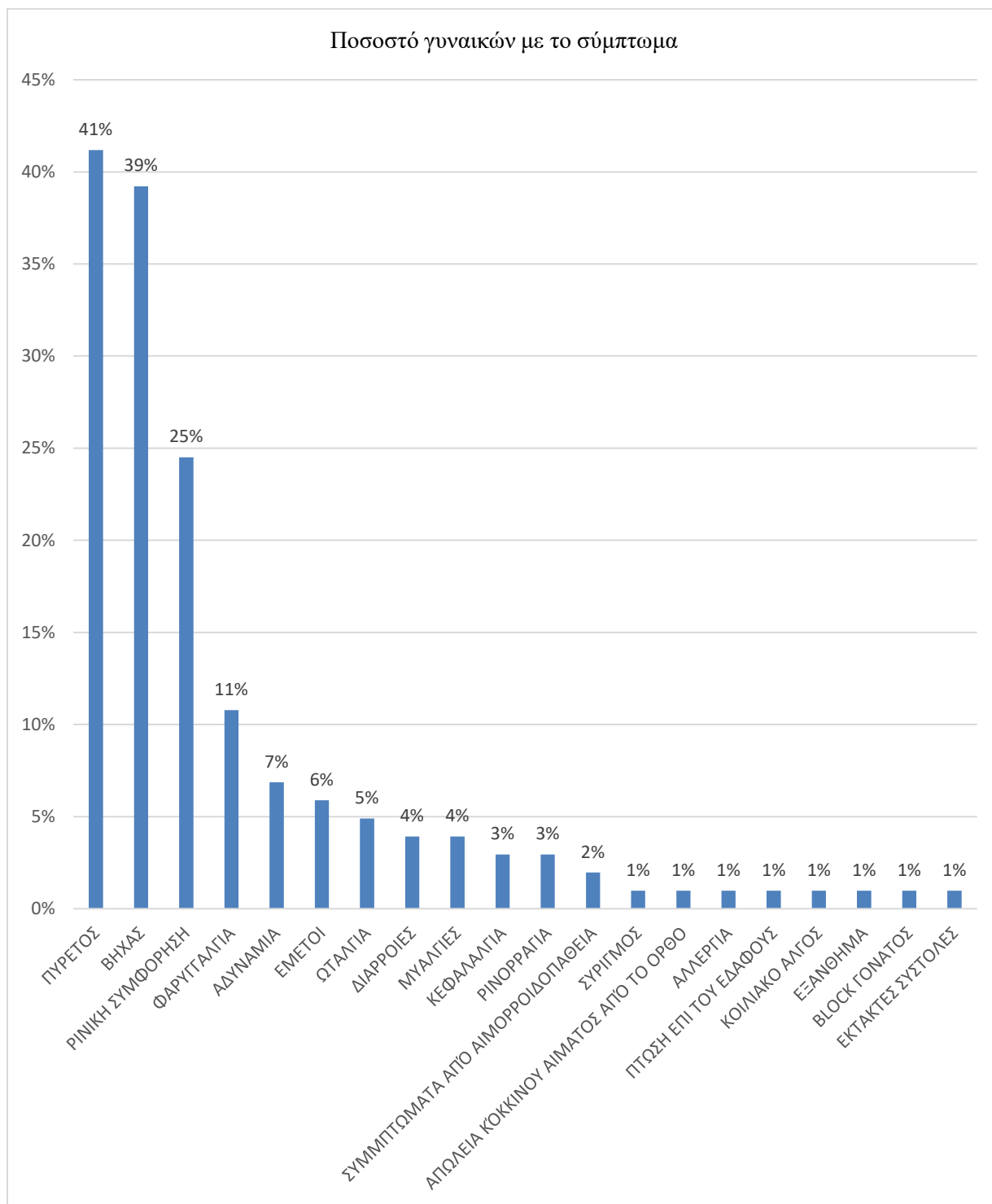


Διάγραμμα 5.1β. Κατανομή των ηλικιών κύησης ανά τρίμηνο κύησης

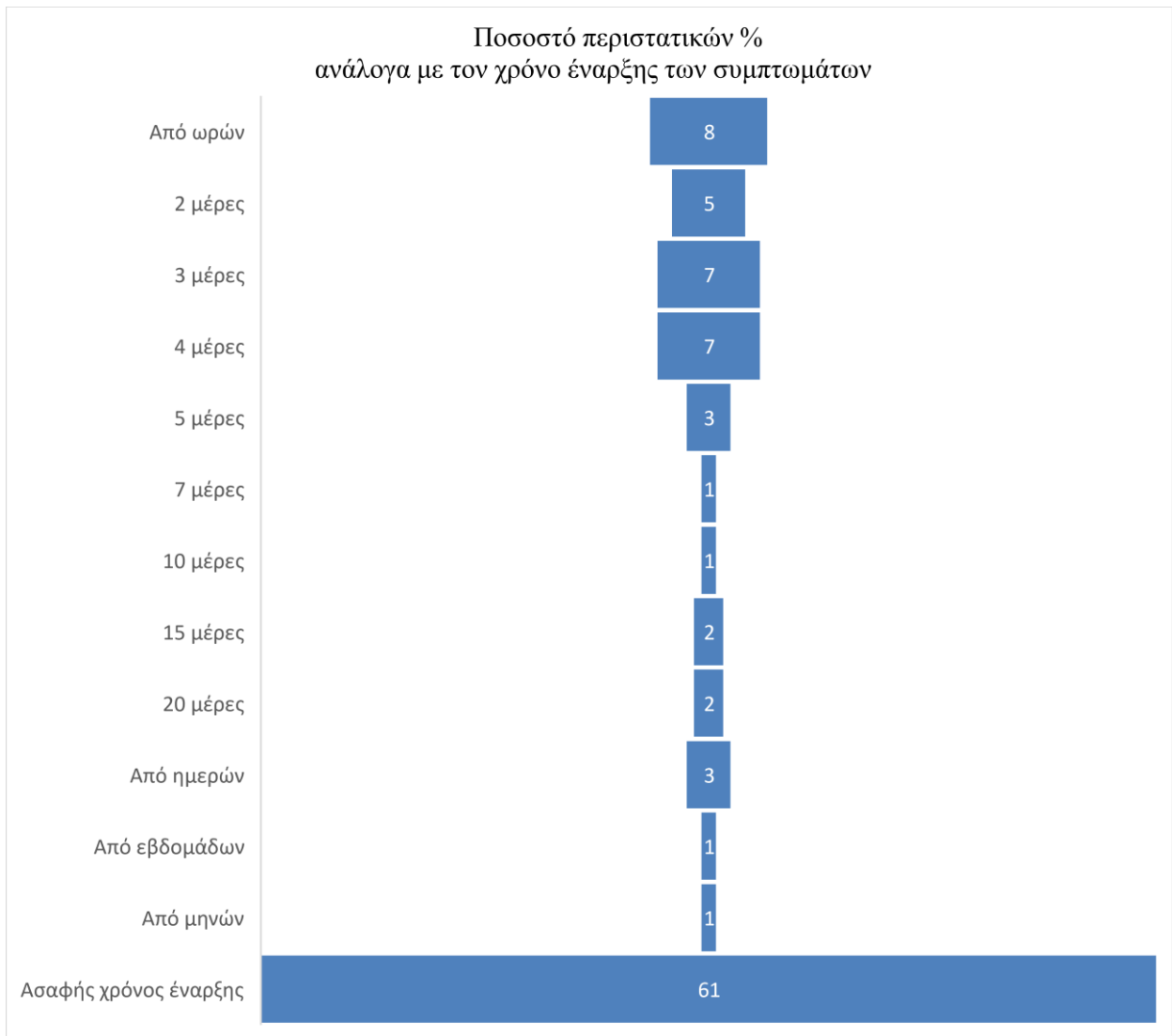
Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν και οι συχνότητά τους φαίνονται στον πίνακα 6 και στο διάγραμμα 6α. Ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων έως την κλήση ιατρού φαίνεται στο διάγραμμα 6β.

Συμπτώματα	Συχνότητα συμπτωμάτων	Ποσοστό γυναικών με το σύμπτωμα
ΠΥΡΕΤΟΣ	42	41%
ΒΗΧΑΣ	40	39%
ΡΙΝΙΚΗ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗ	25	25%
ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ	11	11%
ΑΔΥΝΑΜΙΑ	7	7%
ΕΜΕΤΟΙ	6	6%
ΩΤΑΛΓΙΑ	5	5%
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	4	4%
ΜΥΑΛΓΙΕΣ	4	4%
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	3	3%
ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ	3	3%
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΑΘΕΙΑ	2	2%
ΣΥΡΙΓΜΟΣ	1	1%
ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ	1	1%
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	1	1%
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ	1	1%
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	1	1%
ΕΞΑΝΘΗΜΑ	1	1%
BLOCK ΓΟΝΑΤΟΣ	1	1%
ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ	1	1%

Πίνακας 6



Διάγραμμα 6α

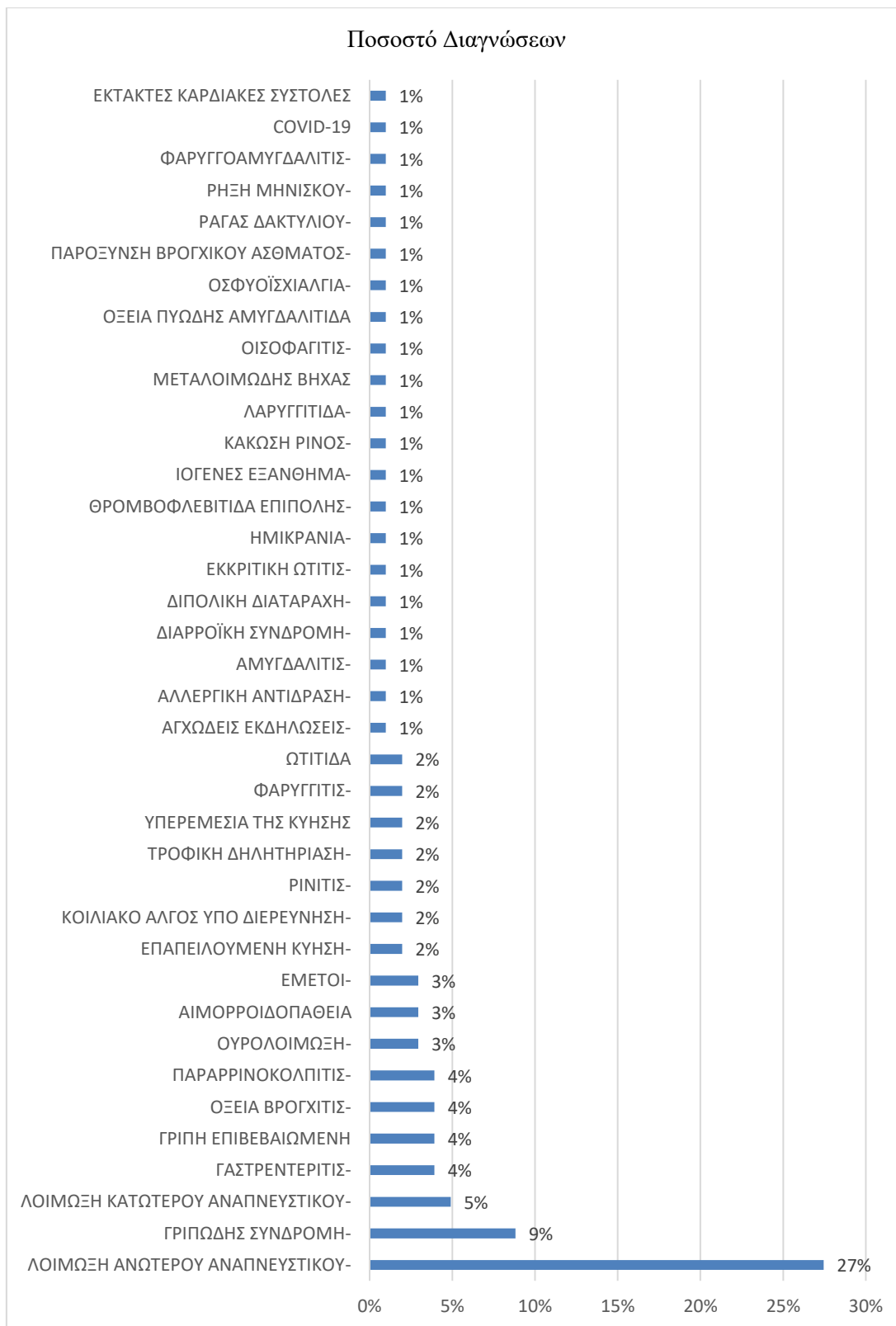


Διάγραμμα 6β

Οι διαγνώσεις και η συχνότητα τους φαίνονται στον πίνακα 7 και το διάγραμμα 7 που ακολουθούν:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ
ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	28	27%
ΓΡΙΠΩΔΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	9	9%
ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ	5	5%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΣ	4	4%
ΓΡΙΠΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ	4	4%
ΟΞΕΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΣ	4	4%
ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΗΠΤΙΣ	4	4%
ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ	3	3%
ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΟΠΑΘΕΙΑ	3	3%
ΕΜΕΤΟΙ	3	3%
ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ	2	2%
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ	2	2%
ΡΙΝΙΤΙΣ	2	2%
ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	2	2%
ΥΠΕΡΕΜΕΣΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	2	2%
ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΣ	2	2%
ΩΤΙΤΙΔΑ	2	2%
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	1	1%
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ	1	1%
ΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΣ	1	1%
ΔΙΑΡΡΟΪΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	1	1%
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	1	1%
ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΩΤΙΤΙΣ	1	1%
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	1	1%
ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΕΠΠΟΛΗΣ	1	1%
ΙΟΓΕΝΕΣ ΕΞΑΝΘΗΜΑ	1	1%
ΚΑΚΩΣΗ ΡΙΝΟΣ	1	1%
ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	1	1%
ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΗΣ ΒΗΧΑΣ	1	1%
ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΣ	1	1%
ΟΞΕΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑ	1	1%
ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑ	1	1%
ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ-	1	1%
ΡΑΓΑΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ	1	1%
ΡΗΞΗ ΜΗΝΙΣΚΟΥ	1	1%
ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΣ	1	1%
COVID-19	1	1%
ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	102	100%

Πίνακας 7



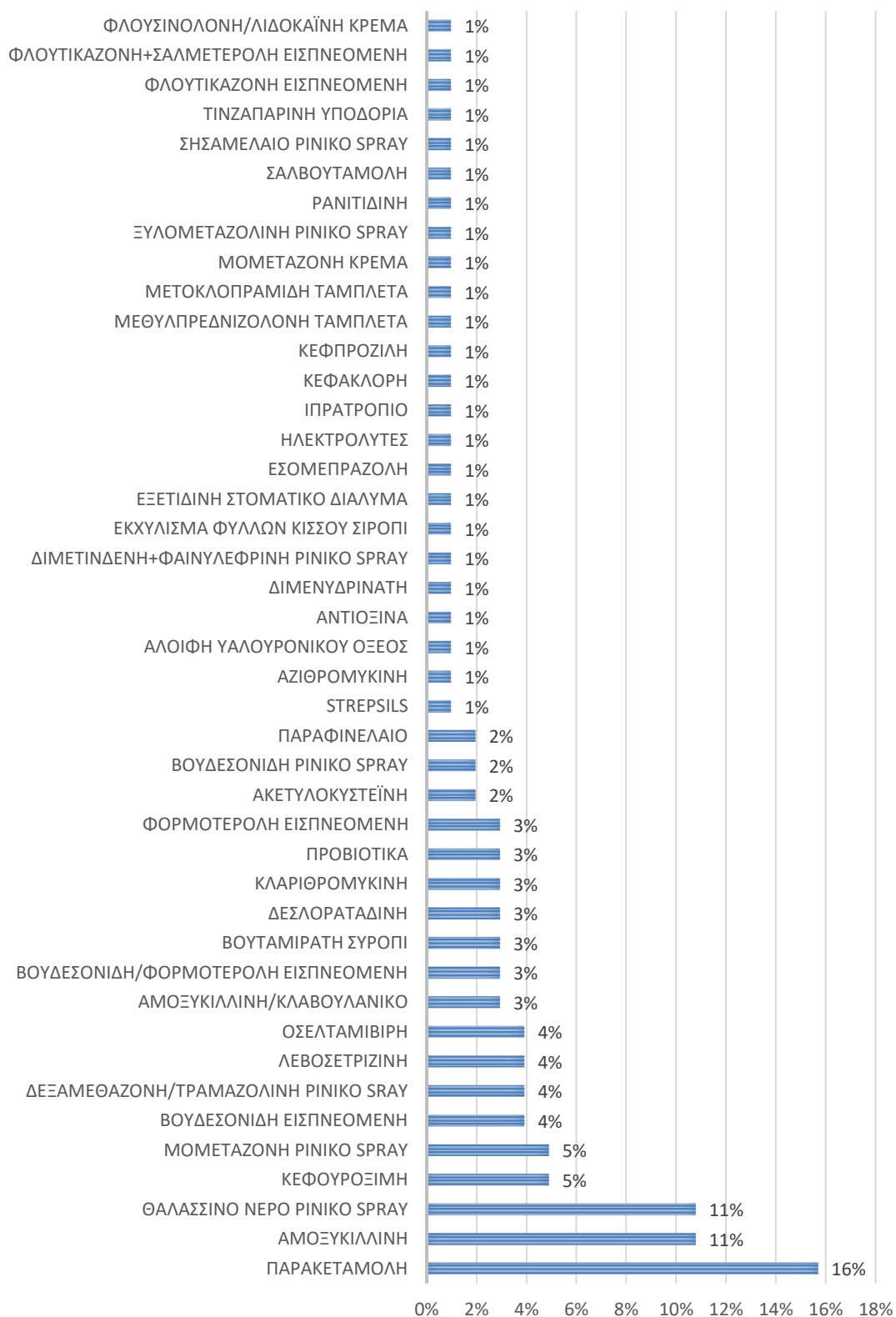
Διάγραμμα 7

Η φαρμακευτική αγωγή που δόθηκε και οι συχνότητες των φαρμάκων παρουσιάζονται στον πίνακα 8 και στο διάγραμμα 8α. Η ομαδοποίηση τους κατά θεραπευτική κατηγορία παρουσιάζεται στο διάγραμμα 8β.

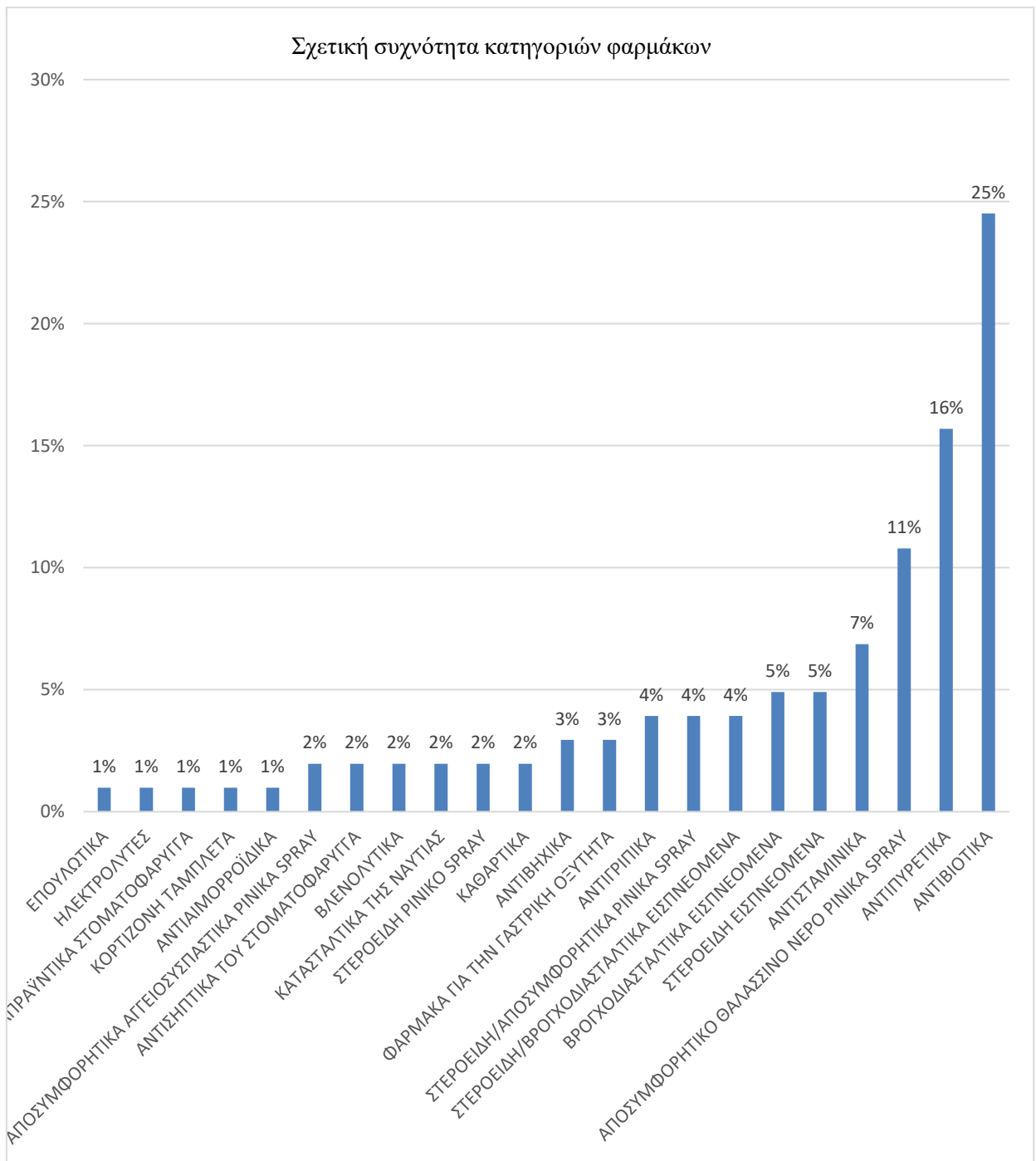
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ	16	16%
ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗ	11	11%
ΘΑΛΑΣΣΙΝΟ ΝΕΡΟ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	11	11%
ΚΕΦΟΥΡΟΞΙΜΗ	5	5%
ΜΟΜΕΤΑΖΟΝΗ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	5	5%
ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΑΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ	4	4%
ΔΕΞΑΜΕΘΑΖΟΝΗ/ΤΡΑΜΑΖΟΛΙΝΗ ΡΙΝΙΚΟ SRAY	4	4%
ΛΕΒΟΣΕΤΡΙΖΙΝΗ	4	4%
ΟΞΕΛΤΑΜΙΒΙΡΗ	4	4%
ΑΜΟΞΥΚΙΛΛΙΝΗ/ΚΛΑΒΟΥΛΑΝΙΚΟ	3	3%
ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΑΗ/ΦΟΡΜΟΤΕΡΟΛΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ	3	3%
ΒΟΥΤΑΜΙΡΑΤΗ ΣΙΡΟΠΙ	3	3%
ΔΕΣΛΟΡΑΤΑΔΙΝΗ	3	3%
ΚΛΑΡΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ	3	3%
ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΑ	3	3%
ΦΟΡΜΟΤΕΡΟΛΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ	3	3%
ΑΚΕΤΥΛΟΚΥΣΤΕΪΝΗ	2	2%
ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΑΗ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	2	2%
ΠΑΡΑΦΙΝΕΛΑΙΟ	2	2%
STREPSILS	1	1%
ΑΖΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ	1	1%
ΑΛΟΙΦΗ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ	1	1%
ΑΝΤΙΟΞΙΝΑ	1	1%
ΔΙΜΕΝΥΔΡΙΝΑΤΗ	1	1%
ΔΙΜΕΤΙΝΔΕΝΗ+ΦΑΙΝΥΛΕΦΡΙΝΗ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	1	1%
ΕΚΧΥΛΙΣΜΑ ΦΥΛΛΩΝ ΚΙΣΣΟΥ ΣΙΡΟΠΙ	1	1%
ΕΞΕΤΙΔΙΝΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	1	1%
ΕΣΟΜΕΠΡΑΖΟΛΗ	1	1%
ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ	1	1%
ΙΠΡΑΤΡΟΠΙΟ	1	1%
ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ	1	1%
ΚΕΦΠΡΟΖΙΛΗ	1	1%
ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ ΤΑΜΠΛΕΤΑ	1	1%
ΜΕΤΟΚΛΟΠΡΑΜΙΔΗ ΤΑΜΠΛΕΤΑ	1	1%
ΜΟΜΕΤΑΖΟΝΗ ΚΡΕΜΑ	1	1%
ΞΥΛΟΜΕΤΑΖΟΛΙΝΗ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	1	1%
ΡΑΝΙΤΙΔΙΝΗ	1	1%
ΣΑΛΒΟΥΤΑΜΟΛΗ	1	1%
ΣΗΣΑΜΕΛΛΑΙΟ ΡΙΝΙΚΟ SPRAY	1	1%
ΤΙΝΖΑΠΑΡΙΝΗ ΥΠΟΔΟΡΙΑ	1	1%
ΦΛΟΥΤΙΚΑΖΟΝΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ	1	1%
ΦΛΟΥΤΙΚΑΖΟΝΗ + ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ	1	1%
ΦΛΟΥΣΙΝΟΛΟΝΗ/ΛΙΔΟΚΑΪΝΗ ΚΡΕΜΑ	1	1%

Πίνακας 8

Ποσοστό φαρμάκων



Διάγραμμα 8α



Διάγραμμα 8β

Σε 4 περιστατικά χορηγήθηκε ενδομυϊκή αγωγή από τον ιατρό (Πίνακας 8β).

Φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε στην επίσκεψη	Διάγνωση
APOTEL im	Κοιλιακό άλγος υπό διερεύνηση- Άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο
VOMEX im	Υπερεμεσία της κύησης
ZANTAC im	Οξεία γαστρεντερίτιδα
ZANTAC+PRIMPERAN im	Έμετοι

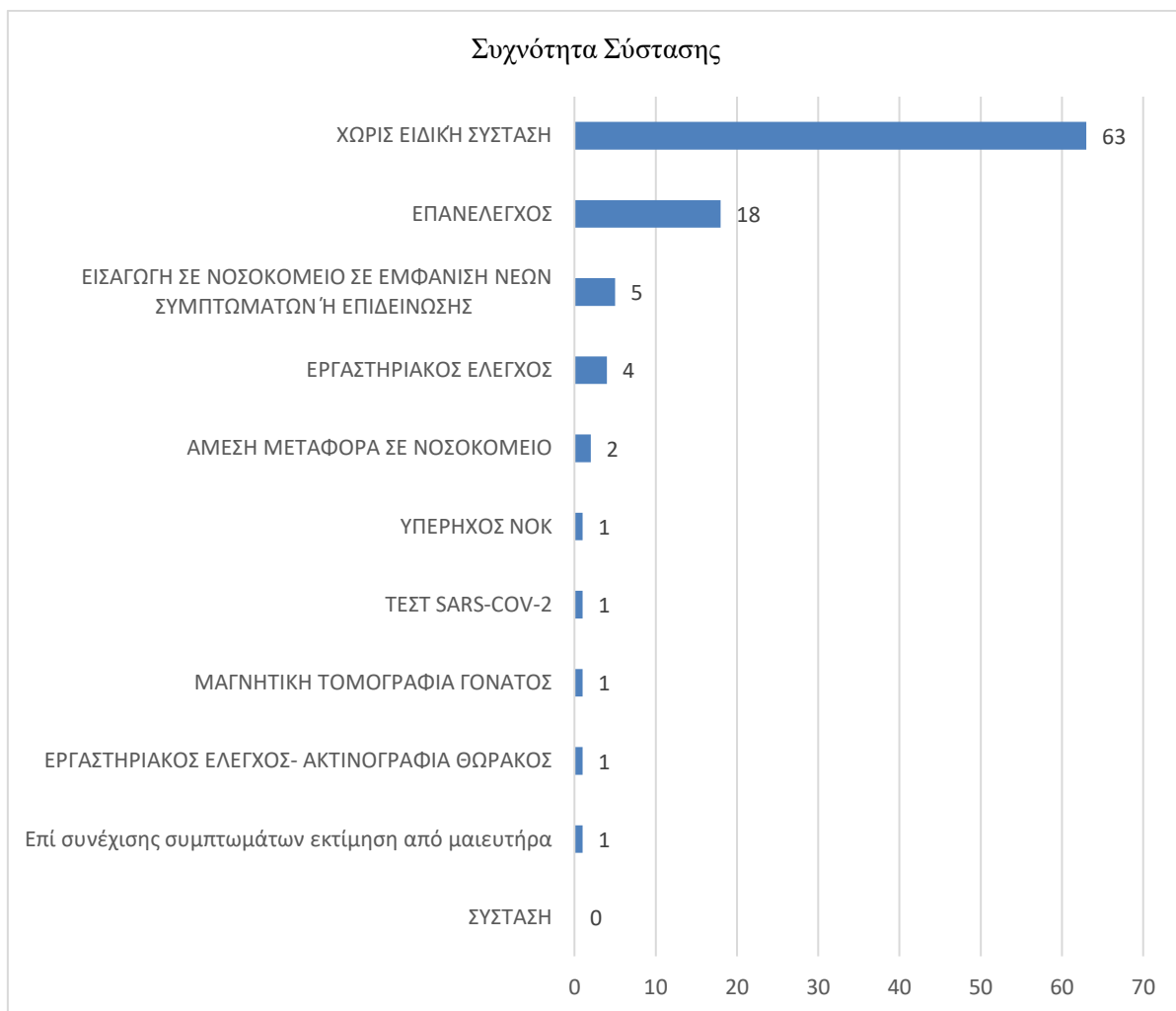
Πίνακας 8β.

Σε δύο περιστατικά με υπερεμεσία της κύησης έγινε νοσηλεία στο σπίτι με χορήγηση ορών, μετοκλοπραμίδης και εσομεπραζόλης, σε συνεννόηση με τον θεράποντα μαιευτήρα.

Σε 34 από τα 97 περιστατικά (35%) δόθηκαν περαιτέρω συστάσεις, όπως φαίνεται στον πίνακα 9 και το διάγραμμα 9.

ΣΥΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ (%)
Επί συνέχισης συμπτωμάτων εκτίμηση από μαιευτήρα	1	1%
Εργαστηριακός έλεγχος - Ακτινογραφία θώρακος	1	1%
Μαγνητική Τομογραφία γόνατος	1	1%
ΤΕΣΤ SARS-COV-2	1	1%
Υπέρηχος ΝΟΚ	1	1%
Άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο	2	2%
Εργαστηριακός έλεγχος	4	4%
Εισαγωγή σε νοσοκομείο σε εμφάνιση νέων συμπτωμάτων ή επιδείνωσης	5	5%
Επανάλεγχος	18	19%
Χωρίς ειδική σύσταση	63	65%

Πίνακας 9



Διάγραμμα 9

Σε 22 από τις 97 γυναίκες (22%) έγινε ή συνεστήθη να γίνει επικοινωνία και ενημέρωση του θεράποντα μαιευτήρα

Σε 5 γυναίκες έγινε γρήγορο τεστ αντιγόνου γρίπης από τον ιατρό στην επίσκεψη. Στις 4 από αυτές επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της γρίπης και συνεστήθη αγωγή με οσελταμιβίρη.

Σε μία γυναίκα έγινε Strep test από τον ιατρό στην επίσκεψη που απέβη αρνητικό.

V. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Από όσο γνωρίζουμε είναι η πρώτη μελέτη που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των ιατρικών επισκέψεων κατ' οίκον για παροχή έκτακτης ιατρικής φροντίδας στην κύηση. Η εξαγωγή των δεδομένων έγινε από το αρχείο των SOS ΙΑΤΡΩΝ, που αποτελεί την μεγαλύτερη γνωστή σε εμάς βάση δεδομένων ιατρικών επισκέψεων κατ' οίκον στην Αττική και στην Ελλάδα. Για την περίοδο 1/2013-8/2022 αυτή η βάση περιλαμβάνει 254.418 επισκέψεις κατ' οίκον, που αποτελεί ένα δείγμα με σημαντικό μέγεθος, από την μελέτη του οποίου μπορούν πιθανά να εξαχθούν συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό. Επίσης υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων που εμπλέκονται, με αποτέλεσμα να μπορεί να καλυφθεί ένα μεγάλο μέρος των αιτημάτων των ασθενών. Επιπλέον το δίκτυο των SOS ΙΑΤΡΩΝ καλύπτει τοπογραφικά όλη την Αθήνα, τον Πειραιά και τα προάστεια τους, με αποτέλεσμα να αναφέρεται σε μεγάλο τμήμα πληθυσμού. Τέλος λειτουργεί όλες τις ώρες και όλες τις ημέρες του χρόνου, με αποτέλεσμα ευρεία χρονική κάλυψη των αναγκών σε ιατρικές επισκέψεις κατ' οίκον.

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό επηρεάζεται από το γεγονός ότι πρόκειται για ιδιωτική επίσκεψη επ' αμοιβή, η οποία πιθανά περιορίζει την πρόσβαση σε αυτή, αν και το γεγονός αυτό ίσως να μην αποτελεί παράγοντα που καθιστά την βάση μας λιγότερο αντιπροσωπευτική, μιας και στην Ελλάδα η αμοιβή της ιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον, από όποιον κι αν προσφέρεται, βαρύνει αποκλειστικά τον εξεταζόμενο.

Η κατανομή των ηλικιών των γυναικών στο δείγμα μας δείχνει μια σαφή υπεροχή των μεγαλύτερων ηλικιών της αναπαραγωγικής ηλικίας, αφού σχεδόν 4 στις 5 γυναίκες (79%) που κάλεσαν για ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον είναι μεγαλύτερες από 35 ετών. Η ηλικιακή αυτή κατανομή δεν είναι ειδικό χαρακτηριστικό των γυναικών στην κύηση, αφού από την μελέτη του συνόλου των γυναικών, συμπεριλαμβανομένων αυτών εκτός κύησης, που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ομάδα με αυτήν του δείγματός μας (25-50 ετών) και ζήτησαν ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον, προκύπτει ότι το ποσοστό αυτών που είναι >35 ετών είναι παρόμοιο (συγκεκριμένα μεταξύ 71-79% για τα έτη 2013-2020). Ίσως αυτό εξηγείται από το κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά αυτής της ηλικιακής ομάδας που κάνουν πιο ελκυστική την ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον (εξοικονόμηση χρόνου που

βοηθάει να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες επαγγελματικές, κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις αυτής της ηλικίας).

Η ηλικία πάνω από τα 35 έτη θεωρείται το συμβατικό όριο της *προχωρημένης μητρικής ηλικίας*, κι αυτό γιατί συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο μητρικών και εμβρυϊκών επιπλοκών και δυσμενούς έκβασης της κύησης. [73] Από την άλλη καταγράφεται μία συνεχής παγκόσμια τάση αύξησης της μέσης ηλικίας κύησης. [73]. Τα παραπάνω έχουν οδηγήσει στην έκδοση ειδικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα στην κύηση μετά τα 35 έτη.[73] Οι κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις ίσως να μπορούν να έχουν πιο σημαντικό ρόλο σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, για να καλύψουν πιο γρήγορα τις ανάγκες έκτακτης ιατρικής φροντίδας σε ένα πληθυσμό με αυξημένους κινδύνους στην κύηση και παράλληλα αυξημένες κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, που αποτελούν συχνά εμπόδιο στην αναζήτηση έκτακτης ιατρικής φροντίδας.

Η *εποχιακή κατανομή των περιστατικών* δείχνει σαφή επικράτηση τους χειμερινούς μήνες με την κορύφωση τον Ιανουάριο και τον Φεβρουάριο και μια δεύτερη αιχμή τον Μάρτιο, ακολούθως εμφανίζει πτωτική τάση έως το τέλος των καλοκαιρινών μηνών και μέτρια αύξηση τους φθινοπωρινούς μήνες μέχρι την επόμενη χειμερινή κορύφωση. Η κατανομή αυτή ακολουθεί την κατανομή των λοιμώξεων του αναπνευστικού, η οποία είναι και η κυρίαρχη αιτία κλήσης.

Η *ημερήσια κατανομή των κλήσεων* αρχίζει και αυξάνει από τις πρωινές ώρες, κορυφώνεται τις μεσημεριανές και απογευματινές ώρες και υποχωρεί το βράδυ.

Όσον αφορά τις *ειδικότητες ιατρών* που πραγματοποίησαν τις επισκέψεις κατ' οίκον, οι παθολόγοι ήταν η συντριπτική πλειοψηφία (66%), και ακολούθως οι ωτορινολαρυγγολόγοι (11%), οι γενικοί ιατροί (7%), οι πνευμονολόγοι (5%), οι γενικοί χειρουργοί (4%). Έτσι οι ειδικότητες του παθολόγου, του ΩΡΛ, του γενικού ιατρού και του πνευμονολόγου μπόρεσαν να καλύψουν σχεδόν 9 στα 10 περιστατικά (89%). Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν υπήρξε καμία κλήση για γυναικολόγο, πιθανά λόγω του γεγονότος ότι οι γυναίκες αναφέρονται αποκλειστικά στον θεράποντα μαιευτήρα για τα αντίστοιχα συμπτώματα και επικοινωνούν με άλλους ιατρούς για θέματα που δεν κρίνουν ότι σχετίζονται με την κύηση ή μετά από παραπομπή από τον μαιευτήρα.

Οι *ηλικίες κύησης* βρέθηκαν για το 64% των γυναικών του δείγματός μας. Η κατανομή τους φαίνεται να μοιράζεται με μικρές διαφορές στα τρίμηνα της κύησης (37%, 28%, 35% στο 1^ο, 2^ο και 3^ο αντίστοιχα) με δύο αιχμές στην 12^η και την 28^η εβδομάδα.

Ο χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της κλήσης ιατρού προσδιορίστηκε για το 39% των περιστατικών. Έτσι φάνηκε ότι το 8% κάλεσε

μέσα στις πρώτες ώρες, ενώ το 22% μέσα στις 2-5 μέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο πυρετός ήταν η κυρίαρχη *αιτία κλήσης* στον 1 στους 4 ασθενείς (25%). Η δεύτερη αιτία κλήσης ήταν ο βήχας (21%), ο οποίος μαζί με άλλες αιτίες που σχετίζονταν με το αναπνευστικό (καταρροή, φαρυγγαλγία, λοίμωξη αναπνευστικού, ίωση, πονόλαιμος, κρυολόγημα, δύσπνοια κ.λπ.) αναφέρθηκαν από το 36% των ασθενών. Τρίτη αιτία κλήσης των γυναικών σε κύηση ήταν οι έμετοι που αναφέρθηκε από το 9% των ασθενών.

Τα *συμπτώματα* που καταγράφηκαν από τους ιατρούς κατ' οίκον αντιστοιχούσαν σε μεγάλο βαθμό σε αυτά που αναφέρθηκαν σαν αιτία κλήσης, με τον πυρετό να προεξάρχει (41%), ενώ το 75% των ασθενών ανέφεραν συμπτώματα αναπνευστικού με κύριο τον βήχα (39%), την ρινική συμφόρηση (25%) και την φαρυγγαλγία (11%). Οι έμετοι (6%) και η ωταλγία (5%) ήταν τα επόμενα συχνότερα συμπτώματα.

Περίπου 2 στις 3 γυναίκες (65%) έπασχαν από *λοιμώξεις αναπνευστικού* (συμπεριλαμβανομένων των ΩΡΛ λοιμώξεων όπως φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, ωτίτιδα, παραρινοκολπίτιδα). Πιο συγκεκριμένα το 27% είχε λοίμωξη ανωτέρου αναπνευστικού που ήταν και η συχνότερη διάγνωση, το 9% είχε γριπώδη συνδρομή (συμπτωματολογία γρίπης χωρίς επιβεβαίωση με τεστ γρίπης), στο 4% έγινε διάγνωση και επιβεβαίωση γρίπης με γρήγορο αντιγονικό τεστ από τον ιατρό κατ' οίκον, σε 1 περιστατικό τέθηκε η διάγνωση COVID-19, ενώ σε ποσοστό 9% τέθηκε η διάγνωση λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού (όπου περιλαμβάνεται η διάγνωση της οξείας βρογχίτιδας και λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού). Τα παραπάνω δείχνουν έναν πιθανό ρόλο της κατ' οίκον επίσκεψης στην έγκαιρη αξιολόγηση των εγκύων που παρουσιάζουν αναπνευστικές λοιμώξεις, ώστε να γίνεται διάκριση μεταξύ αυτών του ανωτέρου και αυτών του κατωτέρου αναπνευστικού. Αυτό έχει μεγάλη σημασία στις γυναίκες στην κύηση, λόγω της ευπάθειας τους σε επιπλοκές από τις λοιμώξεις του κατωτέρου αναπνευστικού και κυρίως την πνευμονία [6], [41], οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα δυσμενών εκβάσεων της κύησης, κάτι που δεν φαίνεται να ισχύει για τις λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού. Επίσης η έγκαιρη επιβεβαιωμένη διάγνωση της γρίπης και του COVID-19, στην οποία μπορεί να συνεισφέρει η κατ' οίκον επίσκεψη όπως στα περιστατικά της μελέτης μας, μπορεί να επιτρέψει την γρήγορη έναρξη ειδικής αντιϊκής αγωγής, προστατεύοντας έτσι την ευπαθή αυτή ομάδα από τις επιπλοκές αυτών των λοιμώξεων. [48]

Οι *παθήσεις ρινός, ωτός, παραρρινίων* (περιλαμβάνονται στις διαγνώσεις παραρινοκολπίτιδα, ρινίτιδα, ωτίτιδα, εκκριτική ωτίτιδα, κάκωση ρινός) αποτέλεσαν το

10% των διαγνώσεων στην μελέτη μας. Οι αγγειοκινητικές αλλαγές και η ρινίτιδα της κύησης δημιουργούν ένα πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη ΩΡΛ προβλημάτων, ενώ η συμφόρηση των ανώτερων αναπνευστικών οδών είναι συχνό αίτιο στρες στις εγκύους, γιατί συνδέεται με αίσθημα δύσπνοιας. Η συνεισφορά των ωτορινολαρυγγολόγων στην μελέτη μας πιθανά να υποδεικνύει τον σημαντικό ρόλο που θα μπορούσαν να παίξουν στην κάλυψη των αναγκών της κατ' οίκον επίσκεψης στην κύηση.

Όπως προαναφέρθηκε οι *έμετοι* ήταν η τρίτη συχνότερη αιτία κλήσης (9%), που αναφέρθηκε από 9 γυναίκες στο δείγμα μας σαν κύρια αιτία και από 1 γυναίκα σαν δεύτερη αιτία. Από αυτά τα περιστατικά 4 (40%) αποδόθηκαν σε οξεία γαστρεντερίτιδα, 4 (40%) σε ναυτία της κύησης εκ των οποίων το 1 σε υπερεμεσία, 1 (10%) σε ημικρανία, και 1 περιστατικό συνοδεύτηκε από κοιλιακό άλγος και πτώση και παραπέμφθηκε επείγοντως στο νοσοκομείο. Στα 4 περιστατικά χορηγήθηκε ενδομυϊκή συμπτωματική αγωγή κατά την επίσκεψη (μετοκλοπραμίδη, ρανιτιδίνη, διμενυδρινάτη).

Η ναυτία και οι έμετοι είναι πολύ συχνό σύμπτωμα της κύησης και εμφανίζονται έως και στο 74% των γυναικών. Η προσεκτική αξιολόγηση είναι απαραίτητη για να μην διαλάβουν της διάγνωσης άλλα συχνά αίτια όπως η γαστρεντερίτιδα, η ΓΟΠ, η ημικρανία, η χολοκυστίτιδα, αλλά και λιγότερα συχνά αλλά σοβαρά αίτια όπως η προεκλαμψία, η πυελονεφρίτιδα, η σκωληκοειδίτιδα, το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης κ.α. [74] Η ιατρική επίσκεψη κατ' οίκον πιθανά να μπορεί να έχει έναν ρόλο στην έγκαιρη αξιολόγηση και αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων όπως φάνηκε στο δείγμα μας.

Από την *φαρμακευτική αγωγή* η συχνότερη κατηγορία φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν ήταν τα αντιβιοτικά που δόθηκαν στο 25% των ασθενών, γεγονός που συνάδει με την συχνότερη διάγνωση που αφορούσε λοιμώξεις του αναπνευστικού. Τα αντιβιοτικά που συνταγογραφήθηκαν ήταν με σειρά συχνότητας η αμοξυκιλίνη (11%) και ο συνδυασμός αμοξυκιλίνης/κλαβουλανικού (3%), οι κεφαλοσπορίνες (7%) και οι μακρολίδες (4%), κατηγορίες που ανήκουν στα ασφαλή αντιβιοτικά για την κύηση.

Η οσελταμιβίρη δόθηκε σε ποσοστό 4% ως ειδική αγωγή για γρίπη που επιβεβαιώθηκε κατ' οίκον με γρήγορο αντιγονικό τεστ, υποδεικνύοντας ότι πιθανά το μοντέλο της κατ' οίκον επίσκεψης και των Point of Care test, θα μπορούσε να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της γρίπης και στην μείωση του κινδύνου επιπλοκών στον ευπαθή πληθυσμό των γυναικών στην κύηση.

Από τα αντιβιοτικά που δόθηκαν το 3% χορηγήθηκε για την θεραπεία ουρολοίμωξης. Το μοντέλο της κατ' οίκον επίσκεψης σε συνδυασμό με διενέργεια διαγνωστικού τεστ με ταινία ούρων στο σπίτι πιθανά να είναι αποτελεσματικό στην

έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων, η οποίες συνδέεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου πρόωρου τοκετού και δυσμενών εκβάσεων της κύησης. [55]

Το συχνότερο φάρμακο που χορηγήθηκε ήταν η παρακεταμόλη (16%) που είναι το ασφαλέστερο αντιπυρετικό και αναλγητικό στην κύηση. Πολύ συχνά δόθηκε αγωγή για ρινική αποσυμφόρηση μιας και αποτελεί συχνό σύμπτωμα της κύησης και επιδεινώνεται με τις λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού. Για την αντιμετώπιση συνεστήθησαν ρινοπλύσεις με θαλασσινό νερό (11%), ρινικά κορτικοστεροειδή και αγγειοσυσπαστικά (14%) (μομεταζόνη, δεξαμεθαζόνη, βουδενοσίδη, τραμαζολίνη, ξυλομεταζολίνη, σισαμέλαιο, διμετινδένη, φαινυλεφρίνη) και αντιισταμινικά (7%).

Συχνή επίσης ήταν η χορήγηση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων (14%) για την αντιμετώπιση βρογχόσπασμου από λοιμώδη βρογχίτιδα ή σπανιότερα από άσθμα, ενώ αντιβηχικά και βλεννολυτικά δόθηκαν στο 5% των γυναικών.

Φάρμακα για την γαστρική οξύτητα δόθηκαν σε 3% των γυναικών. Για την αντιμετώπιση της ναυτίας χορηγήθηκαν διμενυδρινάτη, μετοκλοπραμίδη από του στόματος στο 2%, και σε ενδομυϊκή χορήγηση σε 4%.

Δύο γυναίκες με υπερεμεσία της κύησης στο υπό μελέτη δείγμα μας αντιμετωπίστηκαν με κατ' οίκον νοσηλεία στα πλαίσια του ολοκληρωμένου συστήματος **Hospital at Home** μετά από σύμφωνη γνώμη του θεράποντα μαιευτήρα. Έγινε ενδοφλέβια χορήγηση ορών για ενυδάτωση και φαρμάκων για την καταστολή της ναυτίας και της γαστρικής έκκρισης, με ικανοποιητική έκβαση. Το **Hospital at Home** αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα νοσηλείας στο σπίτι [75], που κερδίζει όλο και παραπάνω έδαφος τα τελευταία χρόνια. Η πανδημία του COVID-19 με τα μέτρα αποστασιοποίησης, τους φραγμούς στην ελεύθερη πρόσβαση στις υγειονομικές δομές, την συμφόρηση των νοσοκομείων ανέδειξε τον ρόλο που μπορούν να παίξουν τέτοια συστήματα. Η υπερεμεσία της κύησης υπολογίζεται ότι εμφανίζεται σε 1% των κυήσεων, ενώ αποτελεί αιτία για το 1.5% των εισαγωγών στην κύηση [58], αποτελώντας το συχνότερο αίτιο εισαγωγών στο 1^ο τρίμηνο [57]. Η νοσηλεία στο σπίτι προσεκτικά επιλεγμένων γυναικών με υπερεμεσία (χωρίς άλλες υποκείμενες αιτίες, κλινική βαρύτητα που να επιτρέπει την νοσηλεία στο σπίτι, συνεργασία με τον μαιευτήρα, αξιόπιστος ασθενής και περιβάλλον) πιθανά να σχετίζεται με παρόμοια έκβαση με την νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά καλύτερη αποδοχή από τον ασθενή και λιγότερες επιπλοκές σχετιζόμενες με το νοσοκομείο (λοιμώξεις, ψυχικό στρες κ.λπ.), όπως έχει φανεί για άλλες κατηγορίες ασθενών [75].

Σε 63 ασθενείς δεν χρειάστηκε να δοθεί περαιτέρω ειδική σύσταση. 2 περιστατικά χρειάστηκε να μεταφερθούν άμεσα στο νοσοκομείο λόγω της βαρύτητας της κλινικής εικόνας, ενώ σε 5 συνεστήθη εισαγωγή σε κλινική επί επιδείνωσης. Σε 18 γυναίκες συνεστήθη επανεκτίμηση τις επόμενες μέρες, σε 22 έγινε σύσταση για επικοινωνία με τον θεράποντα μαιευτήρα, ενώ σε 7 γυναίκες προτάθηκε παρακλινικός έλεγχος. Σε 6 γυναίκες έγιναν Point of Care tests από τον ιατρό στο σπίτι, και συγκεκριμένα γρήγορα αντιγονικό τεστ έναντι γρίπης, επιβεβαιώνοντας την διάγνωση σε 4 από αυτά, και Strep test.

Συμπερασματικά το μοντέλο της ιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον σε συνδυασμό με την διενέργεια Point of Care test ή παρακλινικού ελέγχου στο σπίτι, μπορεί πιθανά να αποτελέσει ένα εναλλακτικό μοντέλο, ιδίως σε περιόδους επιδημιών ή πανδημίας για την γρήγορη και ασφαλή αξιολόγηση της εγκύου και την παροχή έκτακτης ιατρικής φροντίδας. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων όσον αφορά την επίλυση των προβλημάτων υγείας, την μείωση των μετακινήσεων της εγκύου, την ικανοποίηση του ίδιας και του περιβάλλοντός της, των ποιοτικών δεικτών, την σχέση κόστους-οφέλους μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικών μελετών.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] V. Insler κ.ά., ‘The impact of prenatal care on the outcome of pregnancy’, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, τ. 23, τχ. 3–4, σσ. 211–223, Νοεμβρίου 1986, doi: 10.1016/0028-2243(86)90150-4.
- [2] Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J., ‘Saving Lives, Improving Mothers’ Care Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19’, *MBRRACE-UK*, November e2021. https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf
- [3] CDC, ‘Prevent pregnancy-related deaths’, *Centers for Disease Control and Prevention*, 14 Μάιος 2019. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/maternal-deaths/> (ημερομηνία πρόσβασης 7 Οκτώβριος 2022).
- [4] A. A. Creanga, C. Syverson, K. Seed, και W. M. Callaghan, ‘Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011–2013’, *Obstet Gynecol*, τ. 130, τχ. 2, σσ. 366–373, Αυγούστου 2017, doi: 10.1097/AOG.0000000000002114.
- [5] Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, ‘ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΟΜΑΛΑ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗΣ, ΑΝΕΠΙΠΛΕΚΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ- Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 60’, 2021.
- [6] J. A. Gazmararian κ.ά., ‘Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees’, *Obstet Gynecol*, τ. 100, τχ. 1, σσ. 94–100, Ιουλίου 2002, doi: 10.1016/s0029-7844(02)02024-0.
- [7] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Abortion’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Early Pregnancy Complications, 18 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 346–370.
- [8] The ESHRE Guideline Group on RPL κ.ά., ‘ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss’, *Human Reproduction Open*, τ. 2018, τχ. 2, σ. hoy004, Απριλίου 2018, doi: 10.1093/hropen/hoy004.
- [9] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Ectopic pregnancy’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Early Pregnancy Complications, 19 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 317–387.
- [10] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Gestational Trophoblastic Disease’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Early Pregnancy Complications, 20 τ., New York: McGraw-Hill, 2018.
- [11] Χ. Χρέλιας, ‘Τροφοβλαστική νόσος της κύησης’, παρουσιάστηκε στο ΠΙΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 30 Απρίλιος 2020.
- [12] Ν. Βραχνής και Δ. Ζυγούρης, ‘Αιμορραγία μετά τον τοκετό- Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 24’, *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία-Κατευθυντήριες οδηγίες*, Νοέμβριος 2014. https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/24._ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ_ΜΕΤΑ_ΤΟΝ_ΤΟΚΕΤΟ.pdf (ημερομηνία πρόσβασης 17 Σεπτέμβριος 2022).
- [13] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Placental Abruption’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Obstretical Hemorrhage, 41 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 767–773.

- [14] X. Χρέλιας, 'Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 30 Απρίλιος 2020.
- [15] F. G. Cunningham κ.ά., 'Morbidly Adherent Placenta', στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Obstetrical Hemorrhage, 41 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 777–782.
- [16] Α. Σωτηριάδης, 'Ανωμαλίες πρόσφυσης πλακούντα-Επιπωματικός πλακούντας', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2 Απρίλιος 2020.
- [17] F. G. Cunningham κ.ά., 'Preterm Birth', στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Obstretical Complications, 42 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 803–834.
- [18] Ν. Ευαγγελινάκης, 'Πρόωρος τοκετός Πρωτεΐνες εξωκυτταρίουχώρου & πρόωρος τοκετός Φιμπρονεκτίνη', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 8 Απρίλιος 2020.
- [19] Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Ν. Βραχνής, Π. Μπελίτσος, και Χ. Γρηγοριάδης, 'Πρόωρη ρήξη υμένων-Κατευθυντήρια Οδηγία Νο.7', *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία-Κατευθυντήριες οδηγίες*, 2013. https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/proori_riksi_umenon.pdf (ημερομηνία πρόσβασης 17 Σεπτέμβριος 2022).
- [20] F. G. Cunningham κ.ά., 'Hypertensive disorders', στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Obstretical Complications, 40 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 710–754.
- [21] Β. Δ. Βλαχάκος, 'Νεφρική βλάβη και προεκλαμψία', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 14 Μάιος 2020.
- [22] Σ. Σηφάκης, 'Προεκλαμψία', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 13 Μάιος 2020.
- [23] M. O. Padden, 'HELLP Syndrome: Recognition and Perinatal Management', *afp*, τ. 60, τχ. 3, σσ. 829–836, Σεπτεμβρίου 1999.
- [24] D. L. Rolnik κ.ά., 'Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia', *New England Journal of Medicine*, τ. 377, τχ. 7, σσ. 613–622, Αυγούστου 2017, doi: 10.1056/NEJMoa1704559.
- [25] F. G. Cunningham κ.ά., 'Puerperal Pelvic Infection', στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Puerperal Complications, 37 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 666–675.
- [26] F. G. Cunningham κ.ά., 'Breast Infections', στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Puerperal Complications, 37 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 675–679.
- [27] Σ. Ζερβούδης, 'Κλινική εξέταση μαστού στην κύηση και στον θηλασμό', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 6 Οκτώβριος 2020.
- [28] L. H. Amir, 'ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014', *Breastfeed Med*, τ. 9, τχ. 5, σσ. 239–243, Ιουνίου 2014, doi: 10.1089/bfm.2014.9984.
- [29] Κ. Παππά, 'Φυσιολογικές μεταβολές κατά την κύηση', παρουσιάστηκε στο ΠΜΣ Παθολογία της Κύησης 2019-2020, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 19 Μάρτιος 2020.

- [30] X. Jin κ.ά., ‘Global burden of upper respiratory infections in 204 countries and territories, from 1990 to 2019’, *eClinicalMedicine*, τ. 37, Ιουλίου 2021, doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100986.
- [31] T. Heikkinen και O. Ruuskanen, ‘UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION’, *Encyclopedia of Respiratory Medicine*, σσ. 385–388, 2006, doi: 10.1016/B0-12-370879-6/00416-6.
- [32] L. Stiller-Timor, A. Levy, G. Holcberg, και E. Sheiner, ‘Upper Respiratory Tract Infection during Pregnancy: Is It Associated with Adverse Perinatal Outcome?’, *Am J Perinatol*, τ. 27, τχ. 8, σσ. 619–624, Σεπτεμβρίου 2010, doi: 10.1055/s-0030-1249364.
- [33] ‘Upper Respiratory Tract Infection: Practice Essentials, Background, Pathophysiology’, Ιουλίου 2021, Ημερομηνία πρόσβασης: 20 Σεπτέμβριος 2022. [Έκδοση σε ψηφιακή μορφή]. Διαθέσιμο στο: <https://emedicine.medscape.com/article/302460-overview#a4>
- [34] A. Erebara, P. Bozzo, A. Einarson, και G. Koren, ‘Treating the common cold during pregnancy’, *Can Fam Physician*, τ. 54, τχ. 5, σσ. 687–689, Μαΐου 2008.
- [35] Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης κ.ά., ‘ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ’, στο *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων*, τ. 1, 17 τ., ΑΘΗΝΑ: Focus on Health Ltd, 2015, σσ. 1–8.
- [36] Δ. Ασημακοπουλος κ.ά., ‘ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ’, στο *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων*, τ. 1, 17 τ., ΑΘΗΝΑ: Focus on Health Ltd, 2007, σσ. 13–16.
- [37] ‘Acute Otitis Media: Practice Essentials, Background, Anatomy’. <https://emedicine.medscape.com/article/859316-overview> (ημερομηνία πρόσβασης 22 Σεπτέμβριος 2022).
- [38] A. Singh, A. Avula, και E. Zahn, ‘Acute Bronchitis’, στο *StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. Ημερομηνία πρόσβασης: 22 Σεπτέμβριος 2022. [Έκδοση σε ψηφιακή μορφή]. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/>
- [39] V. Laibl και J. Sheffield, ‘The Management of Respiratory Infections During Pregnancy’, *Immunol Allergy Clin North Am*, τ. 26, τχ. 1, σσ. 155–172, Φεβρουαρίου 2006, doi: 10.1016/j.iac.2005.11.003.
- [40] ‘Community-Acquired Pneumonia (CAP): Practice Essentials, Overview, Etiology of Community-Acquired Pneumonia’, Φεβρουαρίου 2022, Ημερομηνία πρόσβασης: 22 Σεπτέμβριος 2022. [Έκδοση σε ψηφιακή μορφή]. Διαθέσιμο στο: <https://emedicine.medscape.com/article/234240-overview#a4>
- [41] V. Brito και M. S. Niederman, ‘Pneumonia complicating pregnancy’, *Clin Chest Med*, τ. 32, τχ. 1, σσ. 121–132, Μαρτίου 2011, doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.004.
- [42] S. Jain, ‘Epidemiology of Viral Pneumonia’, *Clin Chest Med*, τ. 38, τχ. 1, σσ. 1–9, Μαρτίου 2017, doi: 10.1016/j.ccm.2016.11.012.
- [43] Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης κ.ά., ‘ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ’, στο *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων*, τ. 4, 17 τ., ΑΘΗΝΑ: Focus on Health Ltd, 2015, σσ. 23–31.

- [44] J. P. Metlay κ.ά., ‘Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America’, *Am J Respir Crit Care Med*, τ. 200, τχ. 7, σσ. e45–e67, Οκτωβρίου 2019, doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST.
- [45] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Varicella-Zoster Virus’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Infectious diseases, New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1212–1213.
- [46] S. Khan και M. S. Niederman, ‘Pneumonia in the Pregnant Patient’, *Pulmonary Problems in Pregnancy*, σσ. 177–196, Αυγούστου 2008, doi: 10.1007/978-1-59745-445-2_13.
- [47] World Health Organization, *Global Influenza Strategy 2019–2030*. Geneva: World Health Organization, 2022. Ημερομηνία πρόσβασης: 24 Σεπτέμβριος 2022. [Έκδοση σε ψηφιακή μορφή]. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241515320>
- [48] A. Maudhoo και A. Khalil, ‘Viral pulmonary infection in pregnancy – Including COVID-19, SARS, influenza A, and varicella’, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Ιουλίου 2022, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.06.006.
- [49] ACOG COMMITTEE OPINION, ‘Assessment and Treatment of Pregnant Women With Suspected or Confirmed Influenza’, *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, τ. 132, τχ. 4, σ. 5, 2018.
- [50] ΕΟΔΥ, ‘ΟΔΗΓΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ- ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 4/4/2022’, *Οδηγίες για επαγγελματίες υγείας και χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας*, 4 Απρίλιος 2022. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/04/covid_19_algorithmos-minosileuomenon_20220404.pdf
- [51] RCOG COVID-19 guidance cell, ‘Coronavirus (COVID-19), infection in pregnancy - Information for healthcare professionals Version 15’, *RCOG*, 7 Μάρτιος 2022. <https://www.rcog.org.uk/media/xsubnsma/2022-03-07-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v15.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτέμβριος 2022).
- [52] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Asthma’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Pulmonary disorders, New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 988–991.
- [53] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Thromboembolic disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 52 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1004–1024.
- [54] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Cardiovascular disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 49 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 948–974.
- [55] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Renal and urinary tract disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 53, 531024- τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1025–1041.
- [56] M.-T. I. Valovska και V. M. Pais, ‘Contemporary best practice urolithiasis in pregnancy’, *Ther Adv Urol*, τ. 10, τχ. 4, σσ. 127–138, Φεβρουαρίου 2018, doi: 10.1177/1756287218754765.
- [57] H. E. Herrell, ‘Nausea and Vomiting of Pregnancy’, *afp*, τ. 89, τχ. 12, σσ. 965–970, Ιουνίου 2014.

- [58] L. Fiaschi, C. Nelson-Piercy, και L. J. Tata, ‘Hospital admission for hyperemesis gravidarum: a nationwide study of occurrence, reoccurrence and risk factors among 8.2 million pregnancies’, *Human Reproduction*, τ. 31, τχ. 8, σσ. 1675–1684, Αυγούστου 2016, doi: 10.1093/humrep/dew128.
- [59] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Hepatic, Biliary, and Pancreatic Disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 55 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1058–1074.
- [60] J. C. Vazquez, ‘Heartburn in pregnancy’, *BMJ Clin Evid*, τ. 2015, σ. 1411, Σεπτεμβρίου 2015.
- [61] K. L. Newman κ.ά., ‘Effect of Diarrheal Illness During Pregnancy on Adverse Birth Outcomes in Nepal’, *Open Forum Infect Dis*, τ. 6, τχ. 2, σ. ofz011, Ιανουαρίου 2019, doi: 10.1093/ofid/ofz011.
- [62] J. Ludvigsson, ‘Effect of Gastroenteritis During Pregnancy on Neonatal Outcome’, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, τ. 20, τχ. 12, σσ. 843–849, Δεκεμβρίου 2001, doi: 10.1007/s100960100630.
- [63] Andi L. Shane, MD, & Rajal K. Mody, MD, & John A. Crump, MD, & Phillip I. Tar, & Theodore S. Steiner, MD, & Karen Kotloff, MD, & Joanne M. Langley, MD, & Christine Wanke, MD, & Cirle Alcantara Warren, MD, & Allen C. Cheng, PhD, & Joseph Cantey, MD, & Larry K. Pickering, MD, ‘Infectious Diarrhea’. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/infectious-diarrhea/> (ημερομηνία πρόσβασης 29 Σεπτεμβρίου 2022).
- [64] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Intestinal obstruction’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Gastrointestinal disorders, 54 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1051–1052.
- [65] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Gastrointestinal disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 54 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1042–1057.
- [66] D. Dongarwar κ.ά., ‘Trends in Appendicitis Among Pregnant Women, the Risk for Cardiac Arrest, and Maternal–Fetal Mortality’, *World J Surg*, τ. 44, τχ. 12, σσ. 3999–4005, 2020, doi: 10.1007/s00268-020-05717-6.
- [67] R. Cohen-Kerem, C. Railton, D. Oren, M. Lishner, και G. Koren, ‘Pregnancy outcome following non-obstetric surgical intervention’, *Am J Surg*, τ. 190, τχ. 3, σσ. 467–473, Σεπτεμβρίου 2005, doi: 10.1016/j.amjsurg.2005.03.033.
- [68] S. M. Jurk, A. E. Kremer, και E. Schleussner, ‘Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy’, *Geburtshilfe Frauenheilkd*, τ. 81, τχ. 8, σσ. 940–947, Αυγούστου 2021, doi: 10.1055/a-1522-5178.
- [69] ‘Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Background, Pathophysiology, Epidemiology’, Αυγούστου 2020, Ημερομηνία πρόσβασης: 30 Σεπτεμβρίου 2022. [Έκδοση σε ψηφιακή μορφή]. Διαθέσιμο στο: <https://emedicine.medscape.com/article/1562288-overview>
- [70] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Infectious Diseases’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 64 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1209–1234.
- [71] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Dermatological Disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and Surgical Complications, 41 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1184–1189.

- [72] F. G. Cunningham κ.ά., ‘Neurological Disorders’, στο *Williams obstetrics*, 25th edition., τ. Medical and surgical complications, 60 τ., New York: McGraw-Hill, 2018, σσ. 1156–1172.
- [73] This Obstetric Care Consensus was developed jointly by the ACOG Committee on Clinical Consensus-Obstetrics and Society for Maternal-Fetal Medicine κ.ά., ‘Obstetric Care Consensus #11, Pregnancy at age 35 years or older’, *Am J Obstet Gynecol*, σσ. S0002-9378(22)00576–2, Ιουλίου 2022, doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.022.
- [74] ‘ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy’, *Obstetrics & Gynecology*, τ. 131, τχ. 1, σ. ε15, Ιανουαρίου 2018, doi: 10.1097/AOG.0000000000002456.
- [75] G. Theocharis, P. I. Rafailidis, **D. Rodis**, I. Kontopidis, S. G. Barbas, και M. E. Falagas, ‘Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) at home in Attica, Greece’, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, τ. 31, τχ. 11, σσ. 2957–2961, Νοεμβρίου 2012, doi: 10.1007/s10096-012-1647-1.