
ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όσοι θεωρούν ότι η κορυφαία στιγμή της ανθρώπινης ιστορίας ήταν η κατάκτηση της σελήνης, λησμονούν την ημερομηνία της 25^{ης} Ιουλίου 1978, όταν ο άνθρωπος κατέκτησε τα μυστικά της ζωής και της γέννησης, καθώς η μικρή Louise Brown είδε το φως της ζωής με μια πρωτόγνωρη μέθοδο. Ήταν η αποθέωση του μετέπειτα νομπελίστα P. Septoe, που επινόησε την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης ανοίγοντας νέα ερευνητικά και τεχνολογικά πεδία, ενώ ταυτόχρονα σκόρπισε ηθικές και επιστημονικές αμφιβολίες έως και ειρωνεία για τη νέα γενιά των «παιδιών του σωλήνα».

Στα 45 έτη που πέρασαν, σημαντικές ήταν οι βελτιώσεις σε πολλούς τομείς της περιγεννητικής φροντίδας και τα άλματα της Ιατρικής επιστήμης προσάρμοσαν/προσαρμόστηκαν στην εξέλιξη των ανθρώπινων κοινωνιών. Παλιές έννοιες κλονίζονται σήμερα και θέτουν σε αμφισβήτηση γνώσεις και σοφία αιώνων, ενώ η ιατρική γνώση και η τεχνολογία θεωρείται από ορισμένους ότι ενδέχεται να εξαργυρώνονται σε ατομοκεντρική ωφελιμότητα. Η καισαρική τομή τείνει να θεωρηθεί μέθοδος γέννησης «*via naturalis*» και τα υποκατάστατα γάλακτος έφθασαν συχνά να αντικαθιστούν τη γυναικεία φύση και το μητρικό θηλασμό.

Η διαμόρφωση ενός κειμένου αναφοράς με συνοπτική, αλγοριθμική αναφορά διεθνών πρακτικών ή προβληματισμών σε θέματα περιγεννητικής φροντίδας και σύγχρονη προσπάθεια αποτύπωσης επικαιροποιημένων δεδομένων, γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων και κοινωνικοοικονομικών συνιστωσών, που διαμορφώνουν την παροχή της περιγεννητικής φροντίδας στην Ελλάδα, είναι αναγκαίο υπόβαθρο για τη διαμόρφωση μιας ατζέντας της κοινωνικής παιδιατρικής στην Ελλάδα του 2013. Τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα βασίζονται κυρίως στην αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία και στις κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ η αποτύπωση στη χώρα μας έγινε με βάση τις γνώμες των ειδικών λόγω ελλείψεως αντικειμενοποιημένων στοιχείων στη χώρα μας.

Η Λευκή Βίβλος “Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής στην Ελλάδα του 2013: Θέματα Περιγεννητικής Φροντίδας” δεν φιλοδοξεί να θεωρηθεί θέσφατο και αυθεντία, ούτε να υποκαταστήσει το ρόλο του κράτους ή των συναφών επιστημονικών εταιρειών στην παραγωγή κατευθυντήριων οδηγιών και την παροχή ποιοτικής φροντίδας από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς ή στην εκπαίδευση των υγειονομικών λειτουργιών. Στοχεύει απλά να προβάλλει ορθές πρακτικές που προτείνονται από διεθνείς οργανισμούς, να παραθέσει το εύρος των πρακτικών που ακολουθούνται στη χώρα μας, σύμφωνα με τις γνώμες των ειδικών περιγεννητικής φρο-

ντίδας που συμμετείχαν και κυρίως να προτείνει βασικές σταδιακές παρεμβάσεις σε συλλογικό επίπεδο, οι οποίες θεωρείται ότι μπορούν να οδηγήσουν σε μετρήσιμες βελτιώσεις. Για παράδειγμα, η Επιτροπή του ΟΗΕ για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (Γενεύη, 1 Μαρτίου 2013) εξέφρασε την ανησυχία της για το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών, που πραγματοποιούνται σε δημόσια (40%) και ιδιωτικά (έως 65%) νοσοκομεία της χώρας χωρίς ιατρική αιτιολόγηση. Η συχνότητα της καισαρικής τομής στην Ελλάδα είναι πράγματι από τις υψηλότερες παγκοσμίως και κυμαίνεται πολύ πιο πάνω από 15%, ποσοστό που θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι καλύπτει τις ιατρικές ενδείξεις. Συνακόλουθα, η Επιτροπή προέτρεψε την Ελλάδα, μεταξύ άλλων, να μειώσει το ποσοστό των καισαρικών τομών χωρίς ιατρική ανάγκη με εκπαίδευση ή μετεκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού στο φυσιολογικό τοκετό και να εφαρμόσει ελέγχους συμμόρφωσης με τις ιατρικές ενδείξεις για καισαρική τομή, προκειμένου να επιτευχθεί σημαντική μείωση όσων διενεργούνται χωρίς ιατρική ένδειξη.

Στο πλαίσιο αυτό η Λευκή Βίβλος καταλήγει σε μια δέσμη συγκεκριμένων προτάσεων που θεωρείται ότι μπορούν να βελτιώσουν με σχετικά ανέξοδες παρεμβάσεις τους δείκτες περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, αν εφαρμοστούν σε έναν εξαετή (2014-2020) χρονικό

ορίζοντα. Το στρατηγικό αυτό σχέδιο, αν τύχει ευρύτερης αποδοχής, μπορεί να δράσει ως μοχλός ανάπτυξης ενός δυναμικού και διαδραστικού συστήματος ενθάρρυνσης των ενδιαφερομένων φορέων σε συνεργικές αμοιβαία επωφελείς δράσεις. Για το σκοπό αυτό, προηγήθηκε καθολική πρόταση-πρόσκληση των φορέων, που υπηρετούν την υγεία μητέρας-παιδιού για συμμετοχή σε δημόσια ηλεκτρονική διαβούλευση και η ηλεκτρονική φύση της έκθεσης επιτρέπει περαιτέρω τροποποιήσεις.

Καθολική ελπίζουμε να είναι και η ανταπόκριση των ενδιαφερομένων φορέων στην ανάπτυξη των επιμέρους δραστηριοτήτων του εξαετούς στρατηγικού σχεδίου. Όπως ανέφερε πριν δύο αιώνες ο εισηγητής της ομώνυμης κλίμακας θερμοκρασίας William Kelvin, διδάσμος μαθηματικός και φυσικός: «όταν ένα μέγεθος δεν μπορείς να το μετρήσεις, απλά δεν μπορείς και να το μελετήσεις...». Ευχή όσων συνεργάστηκαν στην ανάπτυξη της Λευκής Βίβλου είναι ο περαιτέρω συντονισμός των προσπαθειών από υγειονομικούς της περιγεννητικής φροντίδας, ώστε να καλυφθούν κενά σε εθνικά δεδομένα, τα οποία είναι αναγκαία για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων, η χάραξη Εθνικής πολιτικής υγείας και η συνεργασία της χώρας μας με διεθνείς οργανισμούς, αλλά και η βελτίωση σε συλλογικό επίπεδο των πρακτικών που ακολουθούνται και η προσαρμογή τους στις σύγχρονες οικονομικές παραμέτρους.

*"Το να μελετάς τις αρρώστιες χωρίς βιβλία
είναι σαν να ταξιδεύεις σε άγνωστες θάλασσες,
αλλά το να διαβάζεις τα βιβλία χωρίς τους ανθρώπους
είναι σαν να μην έχεις δει τη θάλασσα"*

William Osler

ΕΙΣΑΓΩΓή

Ως Περιγεννητική Φροντίδα ορίζεται από τους διεθνείς οργανισμούς η παροχή ιατροκοινωνικών υπηρεσιών στην έγκυο, το κύημα και το νεογνό κατά την περιγεννητική περίοδο. Η περίοδος έναρξης της παροχής φροντίδας τροποποιείται διαχρονικά, σύμφωνα όμως με την World Association of Perinatal Medicine και τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2007, αρχίζει από την 22^η εβδομάδα της κύησης (157^η ημέρα) μέχρι τον τοκετό (εμβρυϊκή περίοδος) και συνεχίζει μέχρι την 7^η ημέρα (πρώιμη περιγεννητική περίοδος) ή την 28^η ημέρα (όψιμη περιγεννητική περίοδος) μετά τον τοκετό. Η παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν ανήκει στην περιγεννητική περίοδο, με αυστηρή τήρηση των μεταβαλλόμενων διαχρονικά ορισμών. Θεωρήσαμε όμως ότι οι ίδιοι ειδικοί (μαιευτήρες-γυναικολόγοι) ασχολούνται με τη φροντίδα της σύλληψης σε περιπτώσεις υπογονιμότητας και είναι οι ίδιοι που παρέχουν φροντίδα στα κυήματα μέσω υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, που έχουν τεκμηριωμένα μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι πρόωρα και προβληματικά νεογνά. Με την έννοια αυτή εντάχθηκε ως 1^ο Κεφάλαιο στην Ενότητα αυτή της Λευκής Βίβλου.

Η σημασία της ύπαρξης ενός διαρθρωμένου συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών περιγεννητικής φροντίδας για τα κυήματα τόσο της φυσιολογικής όσο και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτυπώνεται στις μεγάλες διαφορές στην περιγεννητική θνησιμότητα μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών. Όμως, για τη σύγκριση και την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συμπερασμάτων αναφορικά με την έκβαση των κυήσεων και την αξιολόγηση της ποιότητας παροχής περιγεννητικής φροντίδας, απαιτείται η χρήση κοινής ορολογίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ο ευρέως χρησιμοποιούμενος όρος «περιγεννητική θνησιμότητα» (Perinatal mortality rate-PMR) υιοθετήθηκε από την Επιτροπή της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας για το Έμβρυο και το Νεογνό (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn) και την Επιτροπή Μαιευτικής Πρακτικής του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists). Όμως, στην καθημερινή πράξη χρησιμοποιούνται επίσης δυο διαφορετικοί ορισμοί, ανάλογα με το χρόνο θανάτου του νεογέννητου, δηλαδή αν αυτός συνέβη έως την 7^η ή την 28^η ημέρα ζωής. Ειδικότερα, με βάση τον

πρώτο ορισμό, ως περιγεννητική θνησιμότητα ορίζεται το άθροισμα των εμβρυϊκών ($\geq 20^{\text{η}}$ εβδομάδα κύησης) και των νεογνικών (τις πρώτες 28 ημέρες ζωής) θανάτων, που συμβαίνουν σε μια χώρα στη διάρκεια ενός έτους δια του αθροίσματος των ζωντανών και νεκρών εμβρύων κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους και εκφράζεται ανά 1,000 τοκετούς ζωντανών και όψιμων νεκρών εμβρύων. Με βάση το δεύτερο ορισμό, ως περιγεννητική θνησιμότητα ορίζεται το άθροισμα των εμβρυϊκών θανάτων ($\geq 20^{\text{η}}$ εβδομάδα κύησης) και των πρώιμων νεογνικών (τις πρώτες 7 ημέρες ζωής) θανάτων κατά τη διάρκεια ενός έτους δια του αθροίσματος των τοκετών ζωντανών και νεκρών εμβρύων κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους ανά 1,000 τοκετούς ζωντανών και όψιμων νεκρών εμβρύων.

Η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί σε διεθνές επίπεδο δείκτη ποιότητας της περιγεννητικής και της νεογνικής φροντίδας. Εμμέσως μπορεί να θεωρηθεί ότι παρέχει ένα μέτρο του αναμενόμενου κοινωνικού φορτίου των νεογνών με επίκτητες αναπηρικές καταστάσεις και ότι διαμορφώνει γενικότερα το επίπεδο ποιότητας ζωής μιας χώρας. Ειδικότερα, στην Ελλάδα η περιγεννητική θνησιμότητα αποτιμάται σε λιγότερους από 6 θανάτους/1,000 γεννήσεις, στην Ε.Ε. κυμαίνεται από 4.2-9.5/1,000 γεννήσεις και στις ΗΠΑ 6.5/1,000 γεννήσεις, ενώ σε αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να ξεπερνάει τους 50 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις.

Στο 1/3 των εμβρυϊκών θανάτων το αίτιο παραμένει αδιευκρίνιστο. Από τους γνωστούς παράγοντες, την περιγεννητική θνησιμότητα διαμορφώνουν κυρίως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική τάξη, η διάρκεια και η πολυδυμία της κύησης. Επιβεβαιωμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι επίσης η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, νοσολογικές καταστάσεις εκ μέρους του εμβρύου (ανατομικές ανωμαλίες, αρρυθμίες, σύνδρομα, παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική ανάπτυξη), του πλακούντα, (χοριοαμνιονίτιδα, αποκόλληση πλακούντα, ευμέγεθες χοριοαγγείωμα, συμβάματα από τον ομφάλιο λώρο), αλλά και εκ μέρους της μητέρας (παχυσαρκία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, προεκλαμψία, αυτοάνοσα νοσήματα και ενδοπατική χολόσταση κύησης). Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την προγραμματισμένη παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, την ανάπτυξη του κυήματος και την επιλογή του ενδεικνυόμενου είδους τοκετού θεωρούνται ότι συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Γίνεται όμως αντιληπτό ότι αυτές οι οδηγίες πρέπει να προσαρμόζονται στις κοινωνικοοικονομικές και αναπτυξιακές συνθήκες κάθε χώρας.

Τα αίτια της περιγεννητικής θνησιμότητας διαφοροποιούνται ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης και το υγειονομικό σύστημα του εκάστοτε κράτους. Εκτιμάται γενικώς ότι σημαντικό ποσοστό νεογνικών θανάτων οφείλεται σε συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες (21%), χαμηλό βάρος γέννησης και προωρότητα (17%), νεογνικό θάνατο εξαιτίας μητρικών επιπλοκών (7%) και βλάβη κατά τον τοκετό (5%). Οι περιγεννητικές λοιμώξεις, σημαντική αιτία περιγεννητικής θνησιμότητας κατά το παρελθόν, έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες και αντιστοιχούν πλέον σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των θανάτων της περιγεννητικής ηλικίας. Το είδος του τοκετού, αλλά και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η οποία αφορά ακόμη ένα σχετικά μικρό (<5%) αλλά διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό κυήσεων στο διεθνή χώρο, φαίνεται ότι επηρεάζουν επίσης την περιγεννητική θνησιμότητα.

Για την αντιμετώπιση πολλών από τους επιβαρυντικούς παράγοντες της έκβασης της κύησης, απαραίτητη είναι η αντιμετώπιση του νεογνού σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) από ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων με εξειδικευμένες γνώσεις. Είναι επιτακτικό οι τοκετοί υψηλού κινδύνου να προγραμματίζονται με έγκαιρη μεταφορά της εγκυμονούσας σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας, που διαθέτει MENN. Διαφορετικά, απαιτείται η έγκαιρη και ασφαλής μεταφορά του νεογνού από το μαιευτήριο στη MENN, η οποία οφείλει να πραγματοποιείται στο πλαίσιο ενός οργανωμένου συστήματος μεταφορών στελεχωμένου από κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα όταν αυτή γίνεται από απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές, λόγω της γεωγραφικής διαμόρφωσης της χώρας.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του συνόλου των νεογνών καθιερώθηκε για πρώτη φορά πριν μισό αιώνα στις ΗΠΑ και υιοθετήθηκε στις περισσότερες χώρες του κόσμου ως σημαντικό εργαλείο στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, πρώιμη αντιμετώπιση και γενετική συμβουλευτική για περιορισμό των ενδογενών μεταβολικών νοσημάτων και των επιπλοκών τους. Συνακόλουθα συνέβαλε στη μείωση των αναπηρικών καταστάσεων εξ αιτίας των ελεγχόμενων νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων και των οικογενειών τους. Ζητήματα αιχμής στις σημερινές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι ο ποιοτικός έλεγχος των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων και η εκτίμηση της κοινωνικής ανταποδοτικότητας από την εφαρμογή ενός διευρυμένου προσυμπτωματικού ελέγχου για τα πιο συχνά ενδογενή μεταβολικά νοσήματα.

Προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης των πρόωρων και προβληματικών νεογνών, που χρειάστηκαν μετά τον τοκετό νοσηλεία σε MENN, έχουν καθιερωθεί διεθνώς και στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και πρώιμη αντιμετώπιση ανεπιθύμητων εκβάσεων. Τα προγράμματα αυτά χρησιμεύουν αφενός στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας στις MENN σε βάθος χρόνου και αφετέρου στην ανατροφοδότηση του κοινωνικού ιστού και των ιθυνόντων σε θέματα στοχοθεσίας πολιτικών υγείας προσαρμοσμένων στο εκάστοτε υγειονομικό σύστημα.

Τέλος, η εκπαίδευση του ζευγαριού που έχει αποφασίσει να αποκτήσει παιδί και ιδιαιτέρως της μητέρας στα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού καθώς και σε θέματα παροχής ποιοτικής οικογενειακής φροντίδας με στόχο τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας του νεογέννητου, αποτελεί σημαντική συνιστώσα ενός συστήματος ολιστικής φροντίδας υγείας και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του νεογνού.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Η Λευκή Βίβλος συντάχθηκε με την ευκαιρία της συμπλήρωσης ενός τετάρτου «ζωής» και παρουσιάστηκε στο κοινωνικό και υγειονομικό γίγνεσθαι της χώρας της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας σε συνεργασία με το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής και την Α' Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στοχεύει:

- Να παρουσιάσει συνοπτικά επικαιροποιημένα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας σε θέματα περιγεννητικής φροντίδας με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες κυρίως του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.
- Να αποτυπώσει σε αντίστοιχο επίπεδο την Ελληνική πραγματικότητα και τις αναμενόμενες διαφοροποιήσεις και προσαρμογές στη χώρα μας σε σύγκριση με διεθνείς συστάσεις, με βάση τις εμπειρίες ειδικών, που ασχολούνται με υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας σε δημόσια και ιδιωτικά κέντρα.
- Να αναδείξει ορθές πρακτικές στην παροχή περιγεννητικής φροντίδας, όπως επισημαίνονται από τους επαγγελματίες του τομέα της περιγεννητικής φροντίδας, οι οποίες μπορούν να συντελέσουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς αύξηση του συνοδού κόστους.
- Να εντοπίσει αδυναμίες/κενά του συστήματος, αλλά ενδεχομένως και αναποτελεσματικές πρακτικές της καθημερινότητας, όπως επισημαίνονται από τους ίδιους τους επαγγελματίες του τομέα.
- Να προτείνει βελτιωτικές συλλογικές παρεμβά-

σεις χαμηλού κόστους, αλλά υψηλής συλλογικής ευθύνης, οι οποίες αποτυπώνονται και παρακολουθούνται με ένα εξαετές (2014-2020) στρατηγικό σχέδιο δράσεων εφαρμογής από τους ενδιαφερόμενους φορείς με παράλληλη ενημέρωση της Πολιτείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Τα προαπαιτούμενα ελληνικά δεδομένα για την ανάπτυξη της έκθεσης και την εκτίμηση της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας ήταν γενικά φτωχά και αποσπασματικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η χώρα μας αδυνατεί ακόμη να παρουσιάσει επίσημα δεδομένα για την περιγεννητική θνησιμότητα και τη διαχρονική εξέλιξη της ή άλλους βασικούς δείκτες περιγεννητικής φροντίδας. Ειδικότερα, τα αριθμητικά δεδομένα της έκθεσης αυτής βασίζονται κατά πρώτον στα ηλεκτρονικά διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Περιγεννητικής Φροντίδας του ΚΕΣΥ με Πρόεδρο την Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Α. Μαλαμίση-Πούχνερ, τα οποία στη φάση ανάπτυξης του κειμένου παραχωρήθηκαν ευγενικά από τον Πρόεδρο του ΚΕΣΥ κο Π. Σκανδαλάκη. Η έκθεση του ΚΕΣΥ βασίζεται σε απαντήσεις αδειοδοτημένων δημόσιων και ιδιωτικών μαιευτηρίων σε ειδικό ερωτηματολόγιο και συμπληρωματικές αναλύσεις από την κα Ε. Τσεκούρα, Διευθύντρια ΕΣΥ της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής στο Αττικό, πολλές από τις οποίες δημοσιεύθηκαν σε τεύχη του περιοδικού «Περιγεννητική Ιατρική και Νεογνολογία».

Τέλος από την ομάδα συντονισμού της Λευκής Βίβλου και για τους σκοπούς της Ενότητας «Περιγεννητική Φροντίδα» διαμορφώθηκε πρότυπο ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα), με βάση το οποίο ζητήθηκαν από τους συμμετέχοντες ειδικούς σε Δημόσια και Ιδιωτικά Μαιευτήρια καθώς και σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών τα απαραίτητα στοιχεία για τον υπολογισμό βασικών δεικτών περιγεννητικής φροντίδας πρωτογενή δεδομένα. Στα δεδομένα αυτά περιλαμβάνονται η συχνότητα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η μητρική και η περιγεννητική θνησιμότητα, η ενδομήτρια αύξηση σε σχέση με το φύλο, η πολλαπλότητα της κύησης, τα σωματομετρικά γέννησης, στοιχεία για τις ενδομήτριες και νεογνικές λοιμώξεις ανάλογα με το είδος του παθογόνου, η συμμετοχή του μαιευτηρίου σε προγράμματα διευρυμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, οι μεταφορές σε MENN εκτός μαιευτηρίου, η διατροφή του νεογνού και τέλος η ύπαρξη πιστοποιημένου προγράμματος μητρικού θηλασμού. Παρά την προθυμία των συνα-

δέλφων που συμμετείχαν, τα πινακοποιημένα δεδομένα που παραδόθηκαν σε πρώτη φάση, επιτρέπουν τη μερική μόνον αξιοποίηση τους, επειδή αφορούν διαφορετικές χρονικές περιόδους και κατηγοριοποιήσεις από τις απαιτούμενες (βλ. πίνακες).

Επομένως, υπάρχει εγγενής αδυναμία αντικειμενικής τεκμηρίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στη χώρα μας και η έκθεση δε μπορούσε παρά να βασιστεί στις γνώμες των ειδικών. Πράγματι, στις διάφορες φάσεις ανάπτυξης της έκθεσης μαιευτήρες, νεογνολόγοι, παιδίατροι, βιοχημικοί και επιδημιολόγοι παρέιχαν δεδομένα ή συμμετείχαν ως εμπειρογνώμονες στη συγγραφή των αρχικών κειμένων, το σχολιασμό και την τελική αξιολόγηση τους με εκπροσώπους από τις επτά Ιατρικές Σχολές της χώρας, Μονάδες Υγείας του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, αλλά και Πανεπιστήμια του Εξωτερικού, ενώ είχε κληθεί επίσης να συμμετέχει ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών και Μαιευτών Αθήνας. Οι σχολιασμοί των ειδικών έδωσαν ανάγλυφα δείγματα της ποικιλίας των θέσεων και πρακτικών που ακολουθούνται στη χώρα μας στα ζητήματα περιγεννητικής φροντίδας και αναφέρονται.

Τους ευχαριστούμε όλους θερμά και ευχόμαστε η Ενότητα αυτή της Λευκής Βίβλου «Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής» στην Ελλάδα της κρίσης, μετά από τελικό σχολιασμό και αποδοχή από τους ειδήμονες να υιοθετηθεί και να επικαιροποιείται σε τακτά διαστήματα από τους ενδιαφερόμενους φορείς. Η μόνη φιλοδοξία όσων έδωσαν προσωπικό χρό-

νο και κατέθεσαν τις εμπειρίες τους είναι να αποτελέσει απαρχή για περαιτέρω καταγραφή και αξιοποίηση των δεδομένων περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ελαχιστοποίηση του κόστους στις απαιτητικές οικονομικές συνθήκες της περιόδου της κρίσης.

ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ

- Στους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της περιγεννητικής φροντίδας στην Ελλάδα.
- Στους Επαγγελματίες Υγείας και ειδικότερα όσους παρέχουν την ποιοτική περιγεννητική φροντίδα στη χώρα μας σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών και έμμεσους δείκτες.
- Στο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον της εγκύου, του νεογνού και της οικογένειας, που επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος ευθύνης, ώστε να ενδυναμωθούν στην υποστήριξη των πολλαπλών και σύνθετων ρόλων τους.
- Σε Ιδρύματα και Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς, που έχουν στηρίξει μέχρι τώρα με ανώνυμες ή επώνυμες δωρεές τη λειτουργία του συστήματος, καθώς και στους εθελοντές, που με κατάθεση ψυχής στηρίζουν το επίπονο έργο της παροχής κλινικής ιατρικής και υποστηρικτικής φροντίδας στον απαιτητικό τομέα της παροχής καλύτερων δυνατοτήτων έκβασης της εγκυμοσύνης, αλλά και του πρόωρου ή προβληματικού νεογνού και της οικογένειας του.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΟ/Α)

Ανατολίτου Φανή

Συν. Διευθύντρια ΕΣΥ, Πρόεδρος Ελληνικής Νεογνολογικής Εταιρείας (10)

Γαβρίλη Σταυρούλα

Επιμελήτρια Α', ΜΕΝΝ ΓΝΑ "Αλεξάνδρα" (7)

Γκέντζη Δέσποινα

Επιμελήτρια Β' Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Πατρών (8)

Δημητρίου Γαβριήλ

Καθηγητής Παιδιατρικής & Νεογνολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών (8, 11)

Καραγιάννη Παρασκευή

Παιδιάτρος-Νεογνολόγος, Β' Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου" (7)

Κωνσταντίνου Δημήτριος

Διευθυντής ΜΕΝΝ «ΙΑΣΩ» (8)

Λουτράδης Δημήτριος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΕΚΠΑ (1)

Μαλαμίτση-Πούχνερ Αριάδνη

Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Νεογνολογίας ΕΚΠΑ/Υπεύθυνη Νεογνολογικού Τμήματος, Β' Μ&Γ Κλινικής ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο (5)

Μαλλιαρού Μαρία-Αδαμαντία

Παιδιάτρος Α' Παιδιατρικής Κλινικής Παν/μιου Αθηνών, Μέλος της Εθνικής Επιτροπής θηλασμού (4)

Μπούζα Ελένη

Διευθύντρια Β' ΜΕΝ Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία" (9)

Παπαθωμά Ευγενία

Διευθύντρια ΕΣΥ Νεογνολογικό Τμήμα ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» (3)

Παπακωσταντίνου Ευάγγελος

Βιοχημικός PhD, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Neolab (5)

Παρτσινέβελος Γεώργιος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (1)

Πλατής Δημήτρης
MSc, PhD Imperial College of Science, Technology and
Medicine, Διεύθυνση Βιοχημικών Εργαστηρίων, Ινστι-
τούτο Υγείας του Παιδιού (5)

Σύνδος Μιχαήλ
Επιμελήτης Α', Α΄ Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική Πα-
νεπιστημίου Αθηνών (2)

Τσεκούρα Ευφροσύνη
Παιδίατρος- Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστη-
μιακή Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΓΠΝ Αττικό (3, 6, 10)

Χαρίτου Αντωνία
Διευθύντρια ΜΕΝΝ «ΡΕΑ» (11)

Χατζηδάκη Ελευθερία
Διευθύντρια ΕΣΥ, Νεογνολογική Κλινική, Πανεπιστημια-
κό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (6)

ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Βαβουράκη Ελένη
Ιατρός, Πρόεδρος της Οργάνωσης "Ηλιόμνημον" για
τη φροντίδα των πρόωρων νεογνών

Βιτωράτος Νικόλαος
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας ΕΚΠΑ

Γουρουντή Κλεάνθη
Μαία, Τμήμα Μαιευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

Γιαλαμάς Σπύρος
Ειδ/νος Παιδιατρικής, Υπ. Διδάκτορας, Εργαστήριο Υ-
γιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρι-
κή Σχολή ΕΚΠΑ

Ευδωρίδου Ιωάννα
Διευθύντρια ΜΕΝΝ Μαιευτική Κλινική "Γένεσις" Θεσσαλονίκη

Δαπόντε Αλέξανδρος
Αν. Καθηγητής Μαιευτικής- Γυναικολογίας Ιατρικής Σχο-
λής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Καμμιλάτος Χρήστος
Γενικός Ιατρός, ΓΓ Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού»,
Επιστημονικός Υπεύθυνος Ασθενοφόρων

Κωνσταντινίδου Αναστασία
Αν. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής ΕΚΠΑ

Κωσταντινοπούλου Σοφία
Επίκουρη Κλινική Καθηγήτρια Μαιευτικής & Γυναικολο-
γίας, Temple University, Philadelphia, PA, USA

Μανταδάκης Ελπιδοφόρος
Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Δημοκρίτειο Παν/μιο
Θράκης

Μεσσίνης Ιωάννης
Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Πρύτανης Πανε-
πιστημίου Θεσσαλίας

Μέξη Μπουρνά Παναγιούλα
Διευθύντρια ΕΣΥ Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ

Μητσιάκος Γεώργιος
Λέκτορας Νεογνολογίας ΑΠΘ

Μίχος Αθανάσιος
Λέκτορας Παιδιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Μούγκου Αικατερίνη
Συνεργάτης CLEO

Μύρος Μιχαήλ
Μαιευτής, Γραμματέας Συλλόγου Μαιών-Μαιευτών
Ναυπλίου

Σκούμα Αναστασία
Παιδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Με-
ταβολικών Νοσημάτων Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ

Τούντας Ιωάννης
Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής, Εργα-
στήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστι-
κής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΥΝΕΔΡΟΙ (25° ΣΥΝΕΔΡΙΟ, ΙΘΑΚΗ)

Κλειστή Συνεδρία επιστημονικού προβληματισμού
Αδαμίδης Δημήτριος, Βαβουράκη Ελένη, Βαρβαρή-
γου Αναστασία, Βιτωράτος Νικόλαος, Βλαχαντώνη
Ίρις, Γαβρίλη Σταυρούλα, Διαμαντάρας Ανδρέας,
Καπάμη Χρισταλένα, Κολέτση Μάρσα, Κουσουνης
Αλέκος, Μαΐλλης Αντώνιος, Μάνδουλα-Κουσουνη
Μαρία, Μοσχόβη Μαρία, Παπαθωμά Ευγενία, Πα-
πακωσταντίνου Ευάγγελος, Πετρίδου Ελένη, Σκεντέ-
ρης Νικόλαος, Τερζίδης Άγης, Τσεκούρα Ευφροσύ-
νη, Φωτουλάκη Μαρία, Χαρίτου Αντωνία

ΠΑΡΟΧΟΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ανδρονίκου Στέλλα
Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων

Μαχαιρίδη - Παχύλη Κωνσταντίνα
Παιδίατρος, Διευθύντρια Παιδιατρικής Γενικού Νοσο-
κομείου Ρόδου

Σακλαμάκη Μελοπομένη
Διευθύντρια ΜΕΝΝ «ΜΗΤΕΡΑ»

Σκανδαλάκης Παναγιώτης
Καθηγητής Περιγραφικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Πα-
νεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος ΚΕΣΥ

Σκεντέρης Νικόλαος
Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσ-
σαλίας

Σούληνη Κλεοπάτρα
Αναπληρώτρια Διευθύντρια, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Τσουμάκας Κωνσταντίνος
Καθηγητής Παιδιατρικής, Πρόεδρος Ινστιτούτου Υγιει-
ας του Παιδιού

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΕΣ

Αντσακλής Αριστείδης
Πρόεδρος Παγκόσμιας Περιγεννητικής Εταιρείας

Βραχνής Νικόλαος
Επ. Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας ΕΚΠΑ, Νοσ.
«Αρεταίειο»

Κρεατσάς Γεώργιος
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας ΕΚΠΑ, Δ/ντής
Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής

Λυμπέρης Βασίλειος
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας ΔΠΘ

Μακρυγιαννάκης Αντώνης
Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Παν/μίου Κρήτης

Νικολαΐδης Νικόλαος
Καθηγητής Νεογνολογίας, Διευθυντής ΜΕΝΝ ΑΠΘ, Γ.Ν.
Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Στέφος Θεόδωρος
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας με έμφαση στην
Εμβρυομητρική Ιατρική, Διευθυντής Μαιευτικής & Γυ-
ναικολογικής Κλινικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ταρλατζής Βασίλης
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, ΑΠΘ

Τσάπανος Βασίλης
Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Εμβρυομητρι-
κής Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

Σηφάκης Σταύρος
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Πανεπιστημιακό Νοσοκο-
μείο Ηρακλείου Κρήτης, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Περιγεννητικής Ιατρικής

Χατζημιχαήλ Αθανάσιος
Καθηγητής Παιδιατρικής Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΕΣ

Δεληβοριά-Παπαδοπούλου Μαρία
Professor of Pediatrics and Physiology, St. Christopher's
Hospital for Children, Philadelphia, PA, USA

Ζαούτης Θεοκλής
Professor of Pediatrics and Epidemiology, Center for
Clinical Epidemiology and Biostatistics, University of
Pennsylvania School of Medicine και Deputy Director,

Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), Division of
Infectious Diseases, USA

Παπαγεωργίου Απόστολος
Professor of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology,
McGill University, Montreal, Canada

Σκαλκίδου Άλκηστις
Associate Clinical Professor, Dept. of Women's and
Children's Health, Uppsala University, Sweden

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Πετρίδου Ελένη
Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας,
Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Υγιεινής & Επιδημιο-
λογίας, ΕΚΠΑ

Χρούσος Γεώργιος
Καθηγητής Παιδιατρικής, Α΄ Παν/κή Παιδιατρική, ΕΚΠΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Διαμαντάρας Ανδρέας-Αντώνιος
Ιατρός, Συνεργάτης, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιο-
λογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τσεκούρα Ευφροσύνη
Παιδίατρος- Νεογνολόγος-Αναπτυξιολόγος, PhD, Διευ-
θύντρια ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική,
ΕΚΠΑ, ΓΠΝ Αττικό, Μέλος, Ειδική Επιτροπή για τη βελ-
τίωση της Περιγεννητικής Φροντίδας στη χώρα» και α-
ναλύτρια των δεδομένων 2008-9

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

Ασημακοπούλου Βασιλική
Οδοντίατρος, μέλος Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παι-
διατρικής και Προαγωγής της Υγείας

Κουσουνής Αλέξανδρος
Φιλόλογος, Ειδικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Κοι-
νωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας

Λεκατσά Μαρίκα
φίλη Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής και
Προαγωγής της Υγείας

Λεκατσά Μέλπω
μέλος Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής και
Προαγωγής της Υγείας

Τσιάμης Κωνσταντίνος
Ιατρός-Κυτταρολόγος, Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής Πα-
νεπιστημίου Αθηνών

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Λευκή Βίβλος «Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής στην Ελλάδα του 2013: Θέματα Περιγεννητικής Φροντίδας» στοχεύει να συγκρίνει σύγχρονες διεθνείς ιατρικές πρακτικές με εκείνες που ακολουθούνται στη χώρα μας, όπως αποτυπώνονται από τις γνώμες ειδικών που συμμετείχαν στη διαμόρφωση της με στόχο την πρόταση μιας δέσμης βασικών σταδιακών αλλαγών στις ακολουθούμενες πρακτικές και ελάχιστων παρεμβάσεων σε συλλογικό επίπεδο, οι οποίες θεωρείται ότι μπορούν να οδηγήσουν σε μετρήσιμες βελτιώσεις της περιγεννητικής φροντίδας.

Η διαμόρφωση ενός κειμένου αναφοράς με συνοπτική, αλγοριθμική αναφορά διεθνών πρακτικών ή προβληματισμών σε θέματα περιγεννητικής φροντίδας και σύγχρονη προσπάθεια αποτύπωσης επικαιροποιημένων δεδομένων, γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων και κοινωνικοοικονομικών συνιστωσών, που διαμορφώνουν την παροχή της στη χώρα μας είναι αναγκαίο υπόβαθρο για την ανάπτυξη της ατζέντας κοινωνικής παιδιατρικής στην Ελλάδα του 2013. Τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα βασίζονται κυρίως σε κατευθυντήριες οδηγίες της αγγλοσαξωνικής βιβλιογραφίας. Λόγω ελλείψεως αντικειμενοποιημένων στοιχείων, η αποτύπωση της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας βασίστηκε σε γνώμες των ειδικών με επισημάνσεις στα σημεία διαφωνιών. Η δομή αυτή ακολουθείται στο καθένα από τα πρώτα ένδεκα επιμέρους Κεφάλαια του κειμένου ενώ ακολουθούν εξειδικευμένες συνολικές προτάσεις βελτίωσης. Το πόνημα καταλήγει στο 12^ο Κεφάλαιο σε μια δέσμη συγκεκριμένων προτάσεων, που θεωρείται ότι μπορούν να βελτιώσουν με σχετικά ανέξοδες παρεμβάσεις τους δείκτες περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, αν εφαρμοστούν με συνέπεια σε έναν εξαετή (2014-2020) χρονικό ορίζοντα.

1. Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Η υπογονιμότητα ισοκατανέμεται στα δυο φύλα, αλλά το στρες της γέννησης παιδιού με χρήση μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (~3% των γεννήσεων στη χώρα μας) ψυχολογικά και βιολογικά επιβαρύνει κυρίως τη μητέρα και το έμβρυο. Η Ελληνική νομοθεσία ορίζει ρητώς τις απαραίτητες προϋποθέσεις χορήγησης άδειας λειτουργίας του μεγάλου αριθμού (>65) Μονάδων, που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας και προβλέπει για την εποπτεία τους την

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Η κάλυψη της υψηλού κόστους φαρμακευτικής αγωγής γίνεται από τον εθνικό ασφαλιστικό φορέα μετά από έγκριση της αρμόδιας Επιτροπής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης για 4 συνολικά προσπάθειες σε χρονικό διάστημα 2 ετών με ανώτατο επιτρεπτό όριο ηλικίας της γυναίκας τα 50 έτη, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν παρέχουν κάλυψη για τις τεχνικές αυτές. Ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων είναι κατά 1 μεγαλύτερος από εκείνο των διεθνών πρακτικών και δεν γίνεται έλεγχος των κυήσεων που προκύπτουν από δότη σπέρματος ή ωαρίου. Συνακόλουθα, δεν είναι γνωστό αν τηρείται ο μέγιστος επιτρεπτός αριθμός των 10 τέκνων ανά δότη. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συνδυάζεται με αυξημένη συχνότητα μαιευτικών/περιγεννητικών επιπλοκών, συγγενών ανωμαλιών και άλλων νοσολογικών καταστάσεων με χαμηλό όμως πληθυσμιακό κίνδυνο. Επισημαίνεται επίσης το κενό εποπτείας στην τήρηση των προϋποθέσεων και διαδικασιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη χώρα μας.

Συμπερασματικά, επιβάλλεται η καθιέρωση προδιαγραφών σωστής επιλογής των υποψήφιων ζευγαριών, ανάπτυξη και αυστηρή τήρηση κατευθυντήριων οδηγιών και δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων. Κατ' αναλογία με την εμπειρία άλλων χωρών, η λειτουργία της βάσης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκτός από την αποτελεσματική εποπτεία της ασφαλούς εφαρμογής των εναλλακτικών της μεθόδων, θα επιτρέψει την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, τον εξορθολογισμό της δαπάνης σε μια χώρα με προβλήματα υπογεννητικότητας και οικονομική δυσπραγία και θα επιτρέψει τη συμμετοχή της χώρας μας στο διεθνές ερευνητικό γίγνεσθαι αναφορικά με τη συστηματική διερεύνηση της ασφάλειας της μεθόδου για τη μητέρα και το παιδί.

2. Φροντίδα της εγκύου: Σε ατομικό επίπεδο, φαίνεται ότι η Ελληνίδα έγκυος έχει υψηλών προδιαγραφών παρακολούθηση. Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά χαμηλός, καθώς η παρακολούθηση ακόμη και της ανεπίπλεκτης εγκυμοσύνης γίνεται σχεδόν αποκλειστικά από ιατρούς (Μαιευτήρες Γυναικολόγοι) και συχνά (>50%) σε ιδιωτική βάση. Υστερεί όμως σημαντικά το σύστημα συλλογικού ελέγχου με εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συνεπώς δεν λειτουργούν συνακόλουθοι μηχανισμοί ελέγχου εφαρμογής οδηγιών για την παρακολούθηση της εγκύου.

Σύμφωνα με τις γνώμες των ειδικών, η παρακολούθηση ξεκινά εγκαίρως στην πλειοψηφία των ε-

γκύων (<10η ΕΚ), αλλά δεν υπάρχει δυνατότητα εντοπισμού κενών ή υπερβάσεων, που χρήζουν επικεντρωμένων βελτιωτικών παρεμβάσεων. Η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων ακόμη και σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου είναι μάλλον ανεξέλεγκτη με αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση των ταμείων και του οικογενειακού προϋπολογισμού. Ειδικότερα, ο υπερηχογραφικός έλεγχος, σύμφωνα με προεδρικό διάταγμα, γίνεται μόνο από εξειδικευμένους μαιευτήρες και ακτινολόγους, χωρίς όμως πθμό στη συχνότητα και το λόγο διενέργειας της δοκιμασίας. Οι μέλλοντες γονείς ενδέχεται να επιβαρύνονται το κόστος υπερηχογραφικής διερεύνησης π.χ. του καρδιαγγειακού συστήματος του εμβρύου ή άλλων καταστάσεων χωρίς τεκμηριωμένη ένδειξη εξειδικευμένου ελέγχου ρουτίνας. Αντιθέτως, ο έλεγχος για φορεία κυστικής ίνωσης στην έγκυο, που ορθά συνιστάται από ορισμένους μαιευτήρες λόγω της αυξημένης συχνότητας της κυστικής ίνωσης (δεύτερη σε συχνότητα μονογονιδική πάθηση στον Ελληνικό πληθυσμό), δεν καλύπτεται από τα ταμεία και το υψηλό κόστος της εξέτασης βαρύνει αποκλειστικά τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Παρομοίως, φαίνεται ότι χορηγούνται αλόγιστα συμπληρώματα διατροφής, χωρίς συστηματική καταγραφή. Συνακόλουθα, δεν είναι γνωστό π.χ. πότε άρχισε στη χώρα μας η συστηματική χορήγηση φυλλικού οξέος και αν έχει συντελέσει στη μείωση ανοικτών βλαβών στο νευρικό σωλήνα του εμβρύου, σύμφωνα με την ένδειξη της. Διαπιστώνονται επίσης ελλείψεις στην προσέγγιση θεμάτων που άπτονται της ψυχικής σφαίρας της εγκύου ή της αγωγής υγείας για διακοπή καπνίσματος, παρά τη γνωστή επιβάρυνση της ουσίας στην υγεία του απογόνου και μάλιστα σε μια χώρα όπως η Ελλάδα με την εξαιρετικά υψηλή συχνότητα καπνιστριών αναπαραγωγικής ηλικίας. Η απουσία συλλογικού συστήματος αντιμετώπισης περιπτώσεων κακής έκβασης της κύησης, όπως σε περιπτώσεις περιγεννητικής νεκροτομής αναγνωρίζεται ως σημαντικό πρόβλημα, που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και υποστήριξης των ανθρώπινων αναγκών των γονιών.

Για την αιτιολογημένη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών παρακολούθησης της εγκύου προτείνεται: 1) η θέσπιση εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών παρακολούθησης της εγκύου και ελέγχου της εφαρμογής τους με στόχο τη βέλτιστη έκβαση της εγκυμοσύνης και τον εξορθολογισμό των δαπανών, 2) η ανάπτυξη οργανωμένου συστήματος αντιμετώπισης της περιγεννητικής νεκροτομής και η εξειδίκευση προσωπικού και 3) η ενδυνάμωση του γονεϊκού ρόλου με προγράμματα και δομές εκπαίδευσης καθώς και η ενίσχυση των δομών πρωτο-

βάθμιας φροντίδας υγείας για ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και λεχώδας σε κρίσιμες χρονικές περιόδους.

3. Καισαρική τομή: Η συχνότητα της ιατρικώς αιτιολογημένης καισαρικής τομής υπολογίζεται από τον ΠΟΥ σε 10-15% και καταχρηστικώς σε ορισμένες χώρες φθάνει μέχρι 70%. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η χώρα μας αναφέρεται ως «πρωταθλήτρια» στις καισαρικές τομές, λόγω της υψηλής συχνότητας ως μεθόδου τοκετού (>50%). Ανάμεσα στους παράγοντες που ευθύνονται για μη ιατρικά αιτιολογημένες καισαρικές είναι το υψηλό (>50%) ποσοστό μαιεύσης σε ιδιωτικά μαιευτήρια και γιγαντιαίες μαιευτικές μονάδες, που επιζητούν τον προγραμματισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, η γεωγραφική κατανομή της χώρας με τους ορεινούς όγκους, το μεγάλο αρχιπέλαγος και τις δύσκολες συνθήκες μεταφοράς της επιτόκου ή του νεογνού σε περίπτωση επιπλοκής, η διαφήμιση που άθελα τους κάνει η μεγάλη κρίσιμη μάζα των γυναικών που έχουν ήδη την «εύκολη» εμπειρία μιας καισαρικής σε σχέση με τον άγνωστο φόβο που επιφέρουν τα ακούσματα επιπλοκών του φυσιολογικού τοκετού και οδηγούν σε συνεχώς αυξανόμενες πιέσεις εκ μέρους των γονέων, ιδίως των παρήμενων πρωτοτόκων γυναικών, σε συνδυασμό με τις πρακτικές των μαιευτήρων που εκπαιδεύονται ολοένα και λιγότερο στη μαιεύση με παραλλαγές του φυσιολογικού τοκετού.

Η καισαρική τομή δεν πρέπει να στιγματιστεί ως μέθοδος τοκετού, καθότι πλεονεκτεί αναμφίβολα στη μείωση των μόνιμων μειονεξιών που απορρέουν από τους δύσκολους τοκετούς. Δεδομένων όμως των άμεσων και απώτερων επιπλοκών της μεθόδου για τη μητέρα, την αύξηση της ιατρογενούς προωρότητας, των ενδεχόμενων επιγενετικών τροποποιήσεων στο νεογνό, αλλά και της οικονομικής επιβάρυνσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του οικογενειακού προϋπολογισμού προτείνεται: (1) η θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών διενέργειας καισαρικής τομής, (2) η υποχρεωτική ηλεκτρονική καταγραφή των ενδείξεων διενέργειας καισαρικής τομής ανά περίπτωση με παρακολούθηση από ανεξάρτητο εθνικό φορέα ο οποίος θα έχει την εποπτεία της συνεπούς εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και θα κατοχυρώνει το θεράποντα σε περίπτωση έγερσης νομικών διεκδικήσεων, (3) η επανεκπαίδευση των μαιευτήρων στις παραλλαγές του φυσιολογικού τοκετού και ο καθορισμός ελάχιστου αριθμού τους για λήψη ειδικότητας και (4) η ευρεία ενημέρωση κοινού και ειδικών για την αναγκαιότητα μείωσης των μη ιατρικώς επιβεβλημένων καισαρικών τομών.

4. Μητρικός θηλασμός και φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία:

Ο μητρικός θηλασμός θεωρείται δικαίωμα κάθε βρέφους, καθώς αποτελεί ιδανική και αποκλειστική τροφή του βρέφους τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και συνιστάται να συνεχίζεται τουλάχιστον μέχρι τους 12 μήνες. Στη Σουηδία (97%) και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες η συχνότητα μητρικού θηλασμού είναι υψηλή και έχει ικανοποιητική διάρκεια. Αντίθετα στη χώρα μας, ο θηλασμός ξεκινά στο 88% των νεογνών, αλλά στο τέλος του πρώτου εξαμήνου 99% των βρεφών έχουν λάβει συμπλήρωμα με γάλα αγελάδος και μόλις 6.4% συνεχίζει να θηλάζει μέχρι το 12^ο μήνα. Με στόχο την επιστροφή στο μητρικό θηλασμό, λειτουργεί στη χώρα μας από το 1993 με πρώτο Πρόεδρο τον Καθηγητή Ν. Μασσανιώτη η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού, η οποία έχει την ευθύνη εφαρμογής προγραμμάτων σύμφωνα με τις αρχές της WHO/UNICEF και την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας. Έχουν επίσης αρχίσει να απονέμονται οι διακρίσεις του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου στα Μαιευτήρια “Έλενα” και “Αττικό”, γίνονται προσπάθειες για ορισμό υπεύθυνου σε κάθε νοσοκομείο της χώρας και διοργάνωση σεμιναρίων μητρικού θηλασμού από πιστοποιημένους φορείς. Οι πρωτόβουλες προσπάθειες ευαισθητοποιημένων ζηλωτών, χρειάζεται να συντονιστούν και να ενταχθούν στα επίσημα προγράμματα ώστε να αποφευχθούν υπερβολές και ενδεχόμενα λάθη, που πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα προς αποφυγή δυσφήμισης. Επίσης χρειάζεται να γίνουν προσπάθειες συνδιαμονής μητέρας-νεογνού στο μαιευτήριο και ελεύθερης πρόσβασης των γονέων σε περίπτωση νοσηλείας του βρέφους σε μονάδα εντατικής νοσηλείας. Επαινετές είναι οι εφαρμογές τους στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» και στη ΜΕΝΝ του ΓΠΝ Αττικό ώστε να διευκολύνεται ο θηλασμός και να αποφεύγονται το έντονο στρες και οι δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του νεογνού. Η έγκριση προγράμματος ΕΣΠΑ για την εκπόνηση εθνικής στρατηγικής προώθησης του Μητρικού Θηλασμού από τον Ιούνιο 2013 αναμένεται να καταλήξει επίσης σε συγκεκριμένες προτάσεις υλοποίησης, όπως (1) ο καθορισμός επακριβών δραστηριοτήτων της Επιτροπής ή του Υπευθύνου μητρικού θηλασμού και η συγγραφή ετήσιας έκθεσης προόδου προώθησης του μητρικού θηλασμού στην κάθε μαιευτική ή νεογνική μονάδα και ο μηχανισμός ελέγχου της στελέχωσης τους, (2) οι ενέργειες καθιέρωσης υποχρεωτικής παρακολούθησης σεμιναρίου στο πλαίσιο της ειδικότητας των παιδιάτρων και εκπαίδευσης μαιών/Μαιευτών, (3) η γενίκευση της ελεύθερης πρόσβασης των γονέων στη ΜΕΝΝ και

(4) η ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικού πλάνου συνεχούς ενημέρωσης του κοινού στα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.

5. Νεογνικός Προσυμπτωματικός Έλεγχος: Ξεκίνησε το 1962 στις ΗΠΑ, υιοθετήθηκε στην Ελλάδα το 1973 με πρωτοβουλία του Σ. Δοξιάδη και πραγματοποιείται σε εθνικό επίπεδο από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Γίνεται έλεγχος για φαινυλοκετονουρία (PKU), έλλειψη G6PD, συγγενή υποθυρεοειδισμό (ΣΥ) και τα τελευταία έτη για γαλακτοζαιμία με εξαιρετικά υψηλή συμμετοχή (~99% των νεογνών). Συνολικά μέχρι σήμερα έχουν ανιχνευθεί: >500 νεογνά πάσχοντα από PKU (ακολούθησε διατροφική παρέμβαση και παρακολούθηση), ~3500 νεογνά με ΣΥ (παρακολούθηση από το ΙΥΠ) και ~60 περιπτώσεις νεογνών με γαλακτοζαιμία. Σε όλα τα παιδιά που ανιχνεύθηκαν έγκαιρα με μεταβολικά νοσήματα έχει αποτραπεί η βαρεία νοσηρότητα, έχει μειωθεί η άκαιρη θνησιμότητα και ελαχιστοποιηθεί η σοβαρή κοινωνική επιβάρυνση. Δεν διατίθενται στοιχεία για τον ποιοτικό έλεγχο λειτουργίας του προγράμματος ούτε οικονομικά δεδομένα για αναλύσεις κοινωνικοοικονομικής ανταποδοτικότητας. Εν τω μεταξύ, ακολουθώντας σύγχρονες τεχνολογικές δυνατότητες και επιστημονικές πρακτικές άρχισε από το 2006 ο διευρυμένος ΠΕΝ έλεγχος, ο οποίος έχει πραγματοποιηθεί σε ~200 000 νεογνά που γεννήθηκαν σε ιδιωτικά μαιευτήρια με επιβάρυνση των γονιών. Τα πολύτιμα αυτά δεδομένα συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της ανάπτυξης της Λευκής Βίβλου και παρέχουν στη χώρα μας πληροφορία για τη συχνότητα μεταβολικών νοσημάτων, τα οποία πρέπει να προκριθούν για ένταξη σε ομαδικό προσυμπτωματικό έλεγχο. Προϋπόθεση είναι το συνολικό κόστος να μην είναι απαγορευτικό, ενώ μπορούν να αντικαταστήσουν τον έλεγχο για έλλειψη G6PD, που διενεργείται μόνο στη χώρα μας.

Η εισαγωγή του διευρυμένου ΠΕΝ σε εθνικό επίπεδο είναι μια διαδικασία που απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό, αυστηρούς κανόνες ελέγχου οργάνωσης, υλοποίησης και παρακολούθησης του προγράμματος από ανεξάρτητη αρχή. Με πρωτοβουλία των συντακτών της Ενότητας «Περιγεννητική Φροντίδα» δημιουργήθηκε ανεξάρτητη συμβουλευτική επιτροπή με στόχο τον οικονομοτεχνικό έλεγχο και τη συνολική πρόταση των διαδικασιών καθιέρωσης του διευρυμένου προσυμπτωματικού ελέγχου. Στο πλαίσιο αυτό θα ληφθούν υπόψη πιο ανταποδοτικές νέες τεχνολογικές πρόοδοι, που επιτρέπουν την εφαρμογή διευρυμένων ΠΕΝ με παραπλήσιο κόστος εκείνου των παραδοσιακών μεθόδων ανάλυσης των δειγμάτων. Αναγκαία προ-

ϋπόθεση είναι η συγκέντρωση δεδομένων νοσηλείας/επίπτωσης από τα τμήματα της χώρας που εξειδικεύονται στην παρακολούθηση των μεταβολικών νοσημάτων.

6. Νεογνά Υψηλού κινδύνου: Παρά τη σημαντική συμβολή της περιγεννητικής ιατρικής στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής των πρόωρων και νεογνών υψηλού κινδύνου η δεξαμενή τους στην Ελλάδα της υπογεννητικότητας φαίνεται ότι αυξάνει. Διαχρονικά δεδομένα για τις εγκυμοσύνες και τα νεογνά υψηλού κινδύνου δεν είναι διαθέσιμα σε πανελλήνιο επίπεδο. Φαίνεται όμως ότι ανάμεσα στις αιτίες που οδηγούν σε εγκυμοσύνες αυξημένου κινδύνου είναι το γεγονός της μετάθεσης της ηλικίας πρώτης τεκνοποίησης. Η Ελληνίδα μητέρα είναι αναγκασμένη ή αποφασίζει να καθυστερήσει την ηλικία πρώτης τεκνοποίησης (>35 ετών). Σε αυξανόμενη συχνότητα επιζητούνται επίσης μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως εξωσωματική γονιμοποίηση και σπερματέγχυση. Συνακόλουθα, είναι συχνότερη η επίπτωση καταστάσεων, όπως πρόωρος τοκετός (η συχνότητα προωρότητας στην Ελλάδα έχει υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 30 έτη), πολύδυμη κύηση, διαβήτη κύησης, υπέρταση, εκλαμψία-προεκλαμψία, θυρεοειδοπάθεια και τα κυήματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι μικρότερου ή μεγαλύτερου για τη διάρκεια κύησης βάρους γέννησης ή να παρουσιάζουν ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης. Εξάλλου, η ανομοιόμορφη γεωγραφική και κοινωνικοοικονομική κατανομή των υπηρεσιών για την έγκυο και το νεογνό, οι συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου όπως το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και η ασυνέχεια της φροντίδας φαίνεται ότι παίζουν το δικό τους επιβαρυντικό ρόλο που δεν έχει ικανοποιητικά μελετηθεί και αξιολογηθεί.

Η εξασφάλιση κατάλληλου ενδομήτριου περιβάλλοντος για την ομαλότερη αύξηση του εμβρύου και τη γέννηση υγιέστερων νεογνών με καλύτερες προοπτικές ενηλικίωσης αποτελεί μείζονα προτεραιότητα δημόσιας υγείας. Για το σκοπό αυτό μέλη της Εθνικής Επιτροπής για την Περιγεννητική Φροντίδα ανέλυσαν στοιχεία ειδικού ερωτηματολογίου, που συμπληρώθηκε ad hoc για μια περίοδο από Δημόσια και Ιδιωτικά Μαιευτήρια πριν από 5 έτη και αποτέλεσαν τη βάση έκθεσης προς το Υπουργείο Υγείας σχετικά με στοιχειώδεις παραμέτρους της περιγεννητικής φροντίδας. Παράλληλα, η Επιτροπή έκανε προτάσεις για την κατανομή των Περιγεννητικών Κέντρων και τις αναγκαίες τροποποιήσεις στα πιστοποιητικά γέννησης, εμβρυϊκού, περιγεννητικού και νεογνικού θανάτου. Τα δεδομένα αυτά είναι απαραίτητα για την οργάνωση του συ-

στήματος έγκαιρης παραπομπής, κατά πρώτο λόγο, των κυήσεων υψηλού κινδύνου από δορυφορικές μαιευτικές υπηρεσίες προς κεντρικές μονάδες και επί αποτυχίας, της εξωμήτριας μεταφοράς του νεογνού υψηλού κινδύνου προς τις κεντρικές υπηρεσίες φροντίδας.

Ειδικότερες ενέργειες που στοχεύουν στην καλύτερη έκβαση των κυήσεων και νεογνών υψηλού κινδύνου και στην παρακολούθηση της διαδικασίας στη χώρα μας είναι: (1) Η δημιουργία Ενιαίου Εθνικού Συστήματος Καταγραφής και Αξιολόγησης των δεδομένων γεννήσεων, περιγεννητικών χαρακτηριστικών και έκβασης, στη βάση δεδομένων που θα παρέχονται από τα τροποποιημένα πιστοποιητικά γέννησης και θανάτου, καθώς και στοιχείων που χρειάζεται να δημοσιοποιούνται από τις μαιευτικές και νεογνικές μονάδες. (2) Η καθιέρωση κατευθυντήριων οδηγιών για (α) πρώιμη ανίχνευση και έγκαιρη παραπομπή κυήσεων υψηλού κινδύνου σε τριτοβάθμια κέντρα με οργανωμένα τμήματα αντιμετώπισης των περιστατικών και στόχο την καλύτερη έκβαση σε περιπτώσεις επιβαρυνμένου ενδομήτριου περιβάλλοντος, (β) καθυστέρηση επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού με χορήγηση κορτικοστεροειδών στην έγκυο ή άλλων θεραπειών, ανάλογα με τις ενδείξεις ώστε να διασφαλιστεί η ενδομήτρια μεταφορά του κυήματος σε περιγεννητικό κέντρο, (γ) σωστό χρονισμό του τοκετού σε περιπτώσεις που δεν απειλείται η υγεία της εγκύου ή του εμβρύου και (δ) αποφυγή της εμβρυϊκής μακροσωμίας ή μικροσωμίας με σωστή ρύθμιση του διαβήτη και σύσταση υγιεινού τρόπου ζωής στην έγκυο, συμπεριλαμβανομένης της διακοπής καπνίσματος. (3) Η αποτύπωση και η παρακολούθηση της εκπλήρωσης των υποχρεώσεων των Περιγεννητικών Κέντρων, ειδικότερα ως προς την ευθύνη πιστοποιημένης εκπαίδευσης στην ανάνηψη του προσωπικού των δορυφορικών κέντρων, συμπεριλαμβανομένων νεογνολόγων, μαιών, παιδιάτρων και αναισθησιολόγων. Ακόμη και αν δεσμευτούν όμως οι αρμόδιοι φορείς στην εφαρμογή των παραπάνω προτάσεων, ουσιαστικός και αναντικατάστατος είναι ο ρόλος της Πολιτείας, που έχει την ευθύνη λειτουργίας ελεγκτικών μηχανισμών για εφαρμογή προκαθορισμένων κανόνων ασφαλούς λειτουργίας και παροχής περιγεννητικής φροντίδας.

7. Εμβολιασμός στα πρόωρα νεογνά: Τα πρόωρα και προβληματικά νεογνά είναι περισσότερο ευάλωτα στις λοιμώξεις. Γι αυτό συνιστάται ο εμβολιασμός με έναρξη στη ΜΕΝΝ και βάσει της χρονολογικής τους ηλικίας ακολουθώντας το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού και συγκεκριμένες τροποποιήσεις όταν κρίνεται απαραίτητο. Εκτός από

τον εμβολιασμό στα πρόωρα και προβληματικά νεογνά συνιστάται σήμερα να γίνεται ανοσοπροφύλαξη για τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν δεδομένα ανοσιακής κάλυψης, αλλά οι ειδικοί θεωρούν ότι κατά τη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΝΝ οι εμβολιασμοί γίνονται *lege artis*. Εν τούτοις, αναφέρεται βιβλιογραφικά ότι παρά τον αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, οι εμβολιασμοί των νεογνών αυτών καθυστερούν μέχρι και το 3^ο έτος και ότι οι γονείς αργούν να ενημερωθούν για τη σημασία παρακολούθησης του εμβολιαστικού σχήματος. Διαφαίνεται μια υπέρπυσα προκατάληψη για τους εμβολιασμούς των πρόωρων στη χώρα μας, ενώ η παραμέληση των εμβολιασμών οφείλεται συχνά στη μετατόπιση προτεραιοτήτων εξαιτίας προβλημάτων της προωρότητας, την ασυνέχεια της φροντίδας, έλλειψης ενημέρωσης για τις δυνατότητες ανοσιακής απάντησης ακόμη και των πολύ πρόωρων νεογνών και προσπάτως σε οικονομικές δυσκολίες κάλυψης κυρίως του υψηλού κόστους του ανοσοδραστικού παράγοντα.

Για τη βελτίωση της εμβολιαστικής κάλυψης προτείνεται: (1) Ενσωμάτωση δεδομένων εμβολιαστικής κάλυψης στον ιατρικό φάκελο και το σημείωμα εξόδου του παιδιού με την ημερομηνία του κάθε επόμενου εμβολιασμού, καθώς και σαφείς οδηγίες σχετικά με τον εμβολιασμό των πρόωρων προς τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας. (2) Εντατικοποίηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των φορέων της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρακολουθούν τα πρόωρα και προβληματικά νεογνά μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΝΝ. (3) Ενημέρωση των παιδιάτρων και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού μέσω των επίσημων φορέων που ασχολούνται με το παιδί, όπως νεογνολογικές και περιγεννητικές εταιρείες, παιδιατρικές εταιρείες και κολέγιο παιδιάτρων, Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας. (4) Ενημέρωση των γονιών και του γενικού πληθυσμού σχετικά με την αναγκαιότητα και την ασφάλεια του εμβολιασμού και (5) Σαφής καθορισμός των κατευθυντήριων οδηγιών χορήγησης του ανοσοδραστικού παράγοντα RSV προφύλαξης στην ελληνική πραγματικότητα μετά από επιδημιολογικές μελέτες καθορισμού του μεγέθους του προβλήματος, των αιτιολογικών του παραμέτρων, του προτεινόμενου σχήματος ανοσοενίσχυσης, της ανταποδοτικότητας στην ελληνική πραγματικότητα, αλλά και της συμμόρφωσης του κοινού με διερεύνηση των διευκολυντικών/επιβαρυντικών παραμέτρων.

8. Λοιμώξεις στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών: Οι λοιμώξεις αποτελούν σοβαρή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις ΜΕΝΝ και είναι

ιδιαίτερα δαπανηρές για το σύστημα υγείας. Ειδικότερα, οι συγγενείς λοιμώξεις οφείλονται σε διαπλακουντιακή μετάδοση από την πάσχουσα μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης, οι περιγεννητικές σε κάθετη μετάδοση λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού συνήθως με βακτήρια και κύριο εκπρόσωπο το στρεπτόκοκκο ομάδας Β, ενώ οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (συνήθως ουρολοιμώξεις και λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού) μεταδίδονται στο νεογνό από άτομο σε άτομο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της μεταφοράς. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες γίνονται προσπάθειες ενιαίας καταγραφής των ευκολότερα προληψιμων ενδονοσοκομειακών νεογνικών λοιμώξεων ώστε να επιτρέπεται η χάραξη στρατηγικών περιορισμού τους. Στη χώρα μας, μεμονωμένες καταγραφές από τις ΜΕΝΝ του ΓΠΝ Πατρών και ΙΑ-ΣΩ δείχνουν ότι η συχνότητα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ενδέχεται να μην υπερβαίνει εκείνη του Ηνωμένου Βασιλείου (8.2%). Με στόχο τη μείωση των ανθεκτικών λοιμώξεων από το 2012 λειτουργεί το πρόγραμμα «Προκρούστης» για την καταγραφή των Gram(-) ανθεκτικών στις καρβαπενέμες βακτηριδίων, καθώς και το πρόγραμμα CLEO-ΕΚΠΑ για επιδημιολογική επιτήρηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και συμμόρφωση του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού στους κανόνες υγιεινής των χεριών. Πράγματι οι στρατηγικές πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στις ΜΕΝΝ αφορούν συνήθως απλές ταυτόχρονες παρεμβάσεις με πολύπλευρο χαρακτήρα και πολυδιάστατη προσέγγιση (προσέγγιση δέσμης). Ειδικότερα, προτείνεται δέσμη 10 μέτρων: (1) Υγιεινή χεριών. (2) Προσεκτικοί χειρισμοί κεντρικών γραμμών, ελαχιστοποίηση της χρήσης τους. (3) Άμεση αφαίρεση καθετήρων που δε χρησιμοποιούνται. (4) Απομόνωση ασθενών-φορέων πολυανθεκτικών βακτηρίων. (5) Εξοπλισμός προσωπικού με γάντια, μάσκες, ποδιές και σκούφους. (6) Υποχρεωτικός εμβολιασμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για γρίπη, ανεμευλογιά, κοκκύτη. (7) Ορθολογική χρήση αντιβιοτικών με αποφυγή αντιβιοτικών ευρέως φάσματος στο μέτρο του εφικτού και σύντομη διάρκεια θεραπείας. (8) Συνεχής εκπαίδευση προσωπικού τόσο ιατρικού όσο και παραϊατρικού με στόχο τη μηδενική ανοχή στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. (9) Καταγραφή και επιδημιολογική επιτήρηση λοιμώξεων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο με συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων για τη συχνότητα των λοιμογόνων παραγόντων και τη μικροβιακή αντοχή σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ. (10) Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και επανατροφοδότηση του συστήματος για επικεντρωμένες παρεμβάσεις.

9. Παρακολούθηση (follow-up) νεογνών: Εκτός από τη σημαντική συμβολή των περιγεννητικών υπηρεσιών στην αύξηση της επιβίωσης των πρόωρων και προβληματικών νεογνών, το τίμημα της νοσηλείας στη ΜΕΝΝ συνοδεύεται από αύξηση παιδιών σε υψηλό κίνδυνο για νευροαναπτυξιακές διαταραχές και χρόνια νοσήματα. Με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση, πρώιμη αντιμετώπιση και αποκατάσταση των προβλημάτων αυτών έχουν καθιερωθεί παγκοσμίως προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης νεογνών-αποφοίτων ΜΕΝΝ βάσει των ειδικών προβλημάτων που παρουσίασαν κατά τη νοσηλεία τους. Τα προγράμματα παρακολούθησης ξεκινούν με τον προγραμματισμό της εξέδου του νεογνού ανάλογα με τις ιατροκοινωνικές του ανάγκες και προβλέπουν παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα από ομάδα ειδικών με παράλληλο έλεγχο ακόμη και της ακαδημαϊκής τους επίδοσης. Στη χώρα μας είναι αξιόπαινες οι προσπάθειες καθιέρωσης διαχρονικής παρακολούθησης από δημόσιες και ιδιωτικές ΜΕΝΝ ανάλογα με τις δυνατότητες κάθε χώρου. Εντούτοις ο τρόπος λειτουργίας των προγραμμάτων διαχρονικής παρακολούθησης είναι αποσπασματικός και δεν επιτρέπει την εκτίμηση της ανταποδοτικότητας της ενδονοσοκομειακής φροντίδας του κάθε προγράμματος παρακολούθησης καθεαυτού ή την αποτίμηση της νευροαναπτυξιακής έκβασης κατά είδος προβλήματος, προκειμένου να καθορισθούν οι ανάγκες και να κατανεμηθούν οι περιορισμένοι πόροι.

Παρ' όλα αυτά, διαφαίνεται η συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας συντονισμού των προσπαθειών και συνεργασίας των ΜΕΝΝ για βελτιστοποίηση του αποτελέσματος των προγραμμάτων διαχρονικής παρακολούθησης. Οι επιμέρους προτάσεις περιλαμβάνουν: (1) Επίσημη θεσμοθέτηση των προγραμμάτων διαχρονικής παρακολούθησης ως φυσική συνέχεια της φροντίδας μετά την έξοδο από τη ΜΕΝΝ. (2) Καθιέρωση και παρακολούθηση από επίσημο φορέα της εφαρμογής ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών με σαφείς ηλικιακούς σταθμούς για κάθε τομέα παρακολούθησης και ελάχιστη ηλικία παρακολούθησης των αποφοίτων ΜΕΝΝ. (3) Συγκεντροποίηση των προγραμμάτων ή εξεύρεση τρόπων στήριξης όσων ΜΕΝΝ παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις ή χρονικές υστερήσεις, στην εφαρμογή ενιαίου προγράμματος τήρησης ελάχιστων κριτηρίων διαχρονικής παρακολούθησης νεογνών υψηλού κινδύνου αναφορικά με την ένταξη, τους ηλικιακούς σταθμούς για αξιολόγηση δεξιοτήτων, την ελάχιστη υποδομή και χρήση κοινά αποδεκτών διαγνωστικών δοκιμασιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. (4) Διαμόρφωση χρονοδιαγράμματος ανάπτυξης προγραμμάτων ή

συγκεντροποίησης δραστηριοτήτων σε μεγαλύτερα κέντρα παροχής προγραμμάτων διαχρονικής παρακολούθησης μέχρι τη σχολική ηλικία. (5) Χρήση ενιαίου λογισμικού καταγραφής της διαχρονικής παρακολούθησης προκειμένου να αξιολογηθεί η συλλογική εμπειρία σε βάθος χρόνου και να υπολογιστούν οι δείκτες έκβασης της διαχρονικής παρακολούθησης για προσδιορισμό των αναγκών σε εξειδικευμένο προσωπικό, να γίνει αξιολόγηση στα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης και περαιτέρω οργάνωση προγραμμάτων παρέμβασης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. (6) Περαιτέρω εξειδίκευση νεογνολόγων στα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης και σε σταθμισμένες διαγνωστικές δοκιμασίες. (7) Ευαισθητοποίηση παιδιάτρων και λοιπών λειτουργών υγείας στις ιδιαιτερότητες της παρακολούθησης των νεογνών υψηλού κινδύνου με μοριοδοτούμενα σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. (8) Βελτίωση της καθοριστικής συνεργασίας του παιδιάτρου που παρακολουθεί το παιδί με την ομάδα της ΜΕΝΝ με στόχο τη συνέχιση της διαχρονικής παρακολούθησης από τους πρωτοβάθμιους λειτουργούς υγείας. (9) Ενημέρωση των εκπαιδευτικών για τα προβλήματα υγείας των μικρών πρόωρων, τις διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς που μπορεί να εκδηλώσουν στα πρώτα σχολικά χρόνια. (10) Ενίσχυση της οικογένειας στο σύνθετο ρόλο του γονιού με παιδί-απόφοιτο ΜΕΝΝ και τη χρήση νέων τεχνολογιών στην υποστήριξη θεραπευτικών/εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

10. Δίκτυο Μεταφοράς Εγκυμοσύνης Υψηλού Κινδύνου και Πρόωρων Νεογνών: Με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή της εγκυμοσύνης αυξημένου κινδύνου για ενδομήτρια ή, επί αποτυχίας, εξωμήτρια μεταφορά του κυήματος σε τριτοβάθμιο περιγεννητικό κέντρο έχουν καθιερωθεί διεθνώς συμβάσεις /πρωτόκολλα μεταξύ του νοσοκομείου που διακομίζει και εκείνου που υποδέχεται. Επί εξωμήτριας μεταφοράς, ο κύριος στόχος είναι η διασφάλιση της σταθεροποίησης και ασφαλέστερης μεταφοράς του πρόωρου και προβληματικού νεογνού. Η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας με το εκτεταμένο αρχιπέλαγος και τον κεντρικό ορεινό όγκο, η ανισοκατανομή του πληθυσμού και οι μετακινήσεις κατά τη διάρκεια του έτους λόγω τουριστικών αναγκών, αλλά και οι τρέχουσες οικονομικές συγκυρίες απαιτούν περίσκεψη, σύνεση και ευελιξία στο σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού και ανταποδοτικού συστήματος μεταφοράς εγκύων υψηλού κινδύνου και πρόωρων ή προβληματικών νεογνών. Στη χώρα μας, το επίσημο σύστημα μεταφορών αφορά αποκλειστικά τα

νεογνά και όχι την έγκυο υψηλού κινδύνου, η διακομιδή συνήθως είναι εσπευσμένη και η περιφέρεια, κατά κανόνα δυσκολεύεται να σταθεροποιήσει το νεογνό πριν τη μεταφορά στην κεντρική μονάδα. Οι λόγοι σχετίζονται κυρίως με την απουσία ειδικής εκπαίδευσης του παιδιάτρου και της νοσηλεύτριας που καλούνται να αντιμετωπίσουν το περιστατικό, αλλά και την απουσία υποδομής. Αυτονόητα, λείπουν συνολικά δεδομένα καταγραφής που θα μπορούσαν να αποτελέσουν το βασικό κορμό αποτίμησης της ποιότητας λειτουργίας του συστήματος, καθώς το σύστημα μεταφορών δεν είναι ενιαίο: στην Αττική οι μεταφορές εξυπηρετούνται από το ΕΚΑΒ νεογνών, στη Θεσσαλονίκη από το ΕΚΑΒ σε συνεργασία με το «Χαμόγελο του Παιδιού» που προσφέρει τα ασθενοφόρα ενώ το νοσοκομείο διακομιδής το ιατρικό προσωπικό και στην υπόλοιπη χώρα αποκλειστικά από τις δομές του νοσοκομείου διακομιδής. Στην Αττική το ΕΚΑΒ νεογνών στελεχώνεται με γιατρούς των ΜΕΝΝ Αττικής ενώ στις υπόλοιπες περιοχές η ιατρική και παραϊατρική κάλυψη γίνεται με ποικίλης εκπαίδευσης προσωπικό, όπως παιδίατροι, ειδικευόμενοι, αγροτικοί ιατροί, μαίες. Στην περιφέρεια συνήθως χρησιμοποιείται απλό ασθενοφόρο μεταφοράς, ενώ από τα νησιά οι μεταφορές γίνονται μέσω του ΕΚΑΒ με ελικόπτερο ή με στρατιωτικό C130.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η καλύτερη έκβαση εγκυμοσύνης και νεογνού αυξημένου κινδύνου που διακομίζεται και ακολουθώντας διεθνή πρότυπα ανταποδοτικότητας, κρίνονται αναγκαία: (1) η επικέντρωση στη διασφάλιση των διαδικασιών έγκαιρης μεταφοράς της εγκυμοσύνης αυξημένου κινδύνου πριν την 32 ΕΚ, σε τριτοβάθμιο κέντρο ώστε να μειωθούν δραστικά οι επείγουσες και πιο απαιτητικές εξωμήτριες μεταφορές. Ενδεχόμενες επείγουσες καταστάσεις θα χρειαστεί να μεταφερθούν πρώτα στο πλησιέστερο περιγεννητικό κέντρο. (2) Σε περίπτωση εξωμήτριας μεταφοράς, η Επιτροπή για την Περιγεννητική Φροντίδα του ΚΕΣΥ υπέβαλε αναλυτική πρόταση οργάνωσης δικτύου με συντονισμό των περιφερειών από τα αρμόδια περιγεννητικά κέντρα, εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην ανάνηψη και μεταφορά με ευθύνη του περιγεννητικού κέντρου (παιδίατροι, μαίες, αναισθησιολόγοι), μεταφορά από την περιφέρεια στο κέντρο αποκλειστικά με θερμοκοιτίδα μεταφοράς και ιατρικό προσωπικό από το νοσοκομείο διακομιδής. Για τις μεταφορές από τη νησιωτική Ελλάδα εντός του Λεκανοπεδίου από το εκάστοτε αεροδρόμιο προτείνεται η χρήση του ασθενοφόρου του ΕΚΑΒ και του συνοδού ιατρικού προσωπικού της αεροδιακομιδής. (3) Υποχρεωτική καταγραφή, συλλογή και ανάλυση των στοιχείων κάθε μεταφερόμε-

νου εγκύου ή νεογνού στο σύνολο της χώρας μέσω κεντρικού φορέα ο οποίος θα έχει την ευθύνη ανάλυσης των αποτελεσμάτων και επαναπροσδιορισμού των αναγκών. (4) Έλεγχος σε ετήσια βάση της αποτελεσματικότητας του συστήματος. (5) Ανακοίνωση των δεδομένων διαδικτυακά σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και το ευρύτερο κοινό.

11. Δομή και οργάνωση νεογνικών τμημάτων:

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός πρόωρων και προβληματικών νεογνών που απαιτούν φροντίδα σε νεογνικά τμήματα για διαφορετικού βαθμού προβλήματα υγείας απαιτεί την πυραμιδική οργάνωση των υπηρεσιών σε διαφορετικά επίπεδα αποκεντρωμένης «περιφερειακής» παροχής φροντίδας. Τα επίπεδα, συνήθως τρία ή τέσσερα κατά νεότερες εκδοχές, έχουν διακριτούς ρόλους, εξοπλισμό και δυνατότητες μεταφοράς ή υποδοχής μικρών ασθενών, ενώ υποχρεούνται όλα να συλλέγουν δεδομένα έκβασης των ασθενών της περιοχής ευθύνης τους. Η περιφερειοποίηση των περιγεννητικών υπηρεσιών συνεπάγεται την ανάπτυξη συντονισμένων συστημάτων με δυνατότητα εκτίμησης κινδύνου, σωστής μεταφοράς και παροχής περίθαλψης βάσει ενδείξεων με στόχο τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας στο πλαίσιο περιορισμού του οικονομικού κόστους.

Η οργάνωση της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας που προτάθηκε για πρώτη φορά στο ΚΕΣΥ το 1992 είχε ακρογωνιαίο λίθο το τριτοβάθμιο περιγεννητικό κέντρο (Παιδιατρικές Πανεπιστημιακές Κλινικές) που συνεργάζεται με όλες τις δευτεροβάθμιες (ενδιάμεση νοσηλεία) και πρωτοβάθμιες μονάδες της συγκεκριμένης υγειονομικής περιφέρειας. Στην πρόταση ορίζονταν επίσης το επιθυμητό μέγιστο και ελάχιστο μέγεθος του Τριτοβάθμιου Νεογνολογικού Κέντρου, υπολογίζονταν οι ανάγκες εντατικής νοσηλείας κατά επίπεδο και συστηνόταν τα φυσιολογικά νεογνά να συνθαλαμίζονται με τις μητέρες τους. Στα 20 έτη εφαρμογής της πρότασης οι γνώμες των ειδικών συγκλίνουν ότι βελτιώθηκε σημαντικά η περιγεννητική φροντίδα, χωρίς όμως να υπάρχουν στοιχειώδεις εθνικοί δείκτες που να υποστηρίζουν την άποψη αυτή. Αναπτύχθηκαν και λειτουργούν Μονάδες που έχουν χαρακτηριστεί τριτοβάθμιες, χωρίς διαχρονική παρακολούθηση της λειτουργίας και απόδοσης τους από μηχανισμούς επιτόπιας αξιολόγησης και ανεξάρτητη αρχή με βάση προκαθορισμένα κριτήρια. Αξιοσημείωτη είναι η συγκεντροποίηση των μεγάλων ιδιωτικών μαιευτικών μονάδων στα δυο αστικά κέντρα, όπου ζει περισσότερο από το 50% του πληθυσμού. Γενικώς, η λειτουργία των υποστελεχωμένων περιφερικών τριτοβάθμιων ή και δευτε-

ροβάθμιων νεογνολογικών υπηρεσιών φαίνεται ότι αποθαρρύνεται με πιθανές επιπτώσεις στην έκβαση των πρόωρων και προβληματικών νεογνών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης ή όσων ζουν στις πιο απομακρυσμένες, δυσπρόσιτες περιοχές. Τέλος, παρατηρείται δυσαναλογία των προβληματικών νεογνών που χρειάζεται να μεταφερθούν για νοσηλεία από τα δαπανηρά ιδιωτικά σε κρατικά Νεογνολογικά Τμήματα λόγω οικονομικών ή άλλων λόγων ή να νοσηλευτούν εξ αρχής αποκλειστικά σε κρατικά Τμήματα ή Μονάδες λόγω έλλειψης της απαιτούμενης υποδομής σε ιδιωτικά Μαιευτήρια.

Η επόμενη Επιτροπή Περιγεννητικής Φροντίδας του ΚΕΣΥ, αφού έλαβε υπόψη αναλύσεις από επί τούτοις συλλογή στοιχείων από ικανό αριθμό κέντρων περιγεννητικής φροντίδας για ορισμένη χρονική περίοδο, προτείνει το 2011 την ανάπτυξη 9 περιγεννητικών χωροθετημένων περιφερειών, σχέδιο μεταφοράς αποκλειστικά για νεογνά αυξημένου κινδύνου και τροποποίηση των πιστοποιητικών γέννησης, ενδομήτριου, νεογνικού και βρεφικού θανάτου, προκειμένου να συλλέγονται δεδομένα αξιολόγησης της λειτουργίας του συστήματος. Δεν είναι γνωστό ούτε πώς ούτε πότε θα εφαρμοστεί η νέα πρόταση της Επιτροπής του ΚΕΣΥ. Παρ' όλα αυτά είναι προφανές ότι ακόμη και η δοκιμαστική ηλεκτρονική δημοσιοποίηση δεδομένων από ιδρύματα που προτίθενται να δημοσιοποιήσουν για λόγους διαφήμισης των καλών τους υπηρεσιών, μπορεί να συμβάλει στην έναρξη των διαδικασιών: (1) να υπολογιστούν οι δείκτες περιγεννητικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της διαχρονικής παρακολούθησης όσων νεογνών χρειάστηκαν ΜΕΝΝ, (2) να διαπιστωθούν στον ελληνικό χώρο και στις παρούσες συνθήκες οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση τους και (3) να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα για το διαχρονικό επανασχεδιασμό της περιφερικοποίησης των υπηρεσιών. Η ανάπτυξη του συστήματος αξιολόγησης δομών και υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς νεογνών, αλλά και της υποστήριξης του ρόλου των επαγγελματιών περιγεννητικής φροντίδας μόνον θετικές επιπτώσεις μπορεί να έχει στην τελική έκβαση των πρόωρων και προβληματικών νεογνών αλλά και στην ελάφρυνση του οικονομικού αυτού φορτίου στην Ελλάδα της κρίσης.

12. Οι έξι (6) προτάσεις του βετούς στρατηγικού σχεδίου: Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις διαφαίνεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός στρατηγικού σχεδίου για κοινές δράσεις και έκφραση φορέων που ενδιαφέρονται για τη βελτίωση των δεικτών περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας στη διάρκεια της εξαετίας 2014-2020 που

συνοψίζονται σε έξι προτάσεις. Το στρατηγικό αυτό σχέδιο, αν τύχει ευρύτερης αποδοχής, μπορεί να δράσει ως μοχλός ανάπτυξης ενός δυναμικού και διαδραστικού συστήματος ενθάρρυνσης των ενδιαφερομένων φορέων σε συνεργικές αμοιβαία επωφελείς δράσεις για διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, παίρνοντας υπόψη θέματα ελαχιστοποίησης του κόστους.

Πρόταση 1. Σταδιακή ανάπτυξη σε 4ετή χρονικό ορίζοντα ηλεκτρονικού συστήματος αποστολής από ενδιαφερομένους φορείς δεδομένων προς την ΕΛ-ΣΤΑΤ ή άλλο κοινής αποδοχής εθνικό αρχείο καταγραφής (Registry) για άμεσο υπολογισμό των δεικτών περιγεννητικής υγείας. Η προωρότητα συγκαταλέγεται πια στα χρόνια προβλήματα υγείας και οι υπολογισμοί αξιόπιστων δεδομένων είναι αναγκαίοι για τη συμμετοχή της χώρας στο Ευρωπαϊκό και διεθνές επιστημονικό γίγνεσθαι. Η διαδικασία μπορεί να ξεκινήσει δοκιμαστικά μέχρι την επίσημη καθιέρωση των επικαιροποιημένων πιστοποιητικών γεννήσεων και θανάτου με ηλεκτρονική συμπλήρωση από υγειονομικούς του μαιευτηρίου/νεογνολογικού τμήματος σε διαθέσιμο κοινό λογισμικό. Με την απλή δημοσιοποίηση των βασικών συγκριτικών δεικτών αξιολόγησης της προσφερόμενης περιγεννητικής φροντίδας κατά κέντρο αναμένεται να προκύψουν βελτιώσεις στις προσφερόμενες υπηρεσίες χωρίς πρόσθετο κόστος.

Πρόταση 2. Διαμόρφωση, σε 2ετή χρονικό ορίζοντα, κατευθυντήριων οδηγιών αναγνώρισης εγκυμοσύνης-νεογνού σε αυξημένο κίνδυνο καθώς και διαγνωστικών και θεραπευτικών πρακτικών περιγεννητικής φροντίδας. Χρειάζεται να γίνει πρόβλεψη επικαιροποίησης από τις συναφείς Επιστημονικές Εταιρείες που θα αναπτύξουν τις οδηγίες και το μοντέλο της υγειονομικής φροντίδας να είναι επικεντρωμένο στην οικογένεια και όχι στην ασθένεια.

Πρόταση 3. Συγκρότηση Ανεξάρτητης Επιτροπής

Αξιολόγησης του Εθνικού Προγράμματος Νεογνικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου, με στόχο σε 12μηνο χρονικό ορίζοντα την εκτίμηση του κόστους/ωφέλειας από την καθιέρωση προγράμματος διευρυμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, σύμφωνα με το νοσολογικό φάσμα της χώρας μας.

Πρόταση 4. Ανάπτυξη σε 2ετή χρονικό ορίζοντα δεικτών καλής λειτουργίας των Μαιευτικών Μονάδων και ΜΕΝΝ, πιστοποίησης διαδικασιών και προσωπικού, καθώς και συνεχιζόμενης αξιολόγησης Τμημάτων και Μονάδων κατά επίπεδο λειτουργίας. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δοθεί στην αναγκαιότητα προγραμμάτων εκπαίδευσης ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού για αναγνώριση εγκυμοσύνης/τοκετού/νεογνού υψηλού ιατρικού ή κοινωνικού κινδύνου, την ανάνηψη/σταθεροποίηση και μεταφορά νεογνού.

Πρόταση 5. Αδιάλειπτη υποστήριξη του έργου της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού σε εξαετή χρονικό ορίζοντα, συμβολή στη χαρτογράφηση πρωτόβουλων μη πιστοποιημένων προσπαθειών σε τοπικό επίπεδο και παρακολούθηση της προόδου. Καταγραφή και άμεση παρέμβαση σε περίπτωση ανεπιθύμητων συμβαμάτων και προσπάθειες ενημέρωσης γονέων με διαδραστική μεθοδολογία μέσω Διαδικτύου.

Πρόταση 6. Ανάπτυξη σε εξαετή χρονικό ορίζοντα ειδικών τομέων δράσεων για βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, προώθηση του εξαετούς στρατηγικού σχεδίου και προβολή του σε επιστημονικές και κοινωνικές εκδηλώσεις των ενδιαφερομένων φορέων με συντονιστική ευθύνη του Συλλόγου «Ηλιτόμνηον», παράλληλα με δικτύωση των ενδιαφερομένων οργανώσεων και φορέων για θέματα περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας και την αλλοδαπή με στόχο το συντονισμό και υποστήριξη των επιμέρους δράσεων στην Ελλάδα και προβολή τους προς την Πολιτεία και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

EXeCUTIVE SuMMARY

The White Paper "A Social Pediatrics Agenda in Greece 2013: Perinatal Care" aims at comparing contemporary international medical practices with the ones followed in our country based on opinions of the experts around the country who participated in its development. Its ultimate goal is to propose a spectrum of basic, incremental modifications in current practices and minimal nationwide interventions, expected to produce measurable improvements in perinatal care.

Initially, it was considered essential to compose a reference text entailing a condensed, algorithmic reference of international practices and concerns on main topics related to perinatal care. Subsequently, an effort was made to compile updated data on geographic barriers, as well as cultural and socioeconomic variables shaping perinatal health care delivery in Greece as of 2013. The stated international guidelines derive mainly from scientific literature in English, whereas experts' opinions were, by necessity, used as sources of perinatal care practices in Greece, due to lack of objective, routinely collected data; special reference in case of disagreement among experts is made. A list of specific recommendations concludes each one of the 11 Chapters of the White Paper on the section of perinatal care, whereas the 12th Chapter sums up with a spectrum of six concrete proposals on relatively inexpensive interventions and practices which are expected to deliver measurable improvements in basic perinatal care indicators in our country, if consistently applied, during the six-year period 2014-2020.

Chapter 1. Assisted Reproduction: Although infertility is equally distributed in both sexes, the stress of a delivery through assisted reproduction techniques (~3% of births in Greece), is mainly sustained by the mother and the fetus, both in psychological and biological terms. The Greek legislation clearly defines the prerequisites for the authorization of the large (>65) number of Units operating in our country, whereas a National Authority of Medically Assisted Reproduction for supervision and monitoring purposes is also provisioned. After approval by the In Vitro Fertilization Committee, the high cost of treatment is covered by the National Organization of Provision of Health Services for a total of 4 attempts performed in a 2-year period and a maternal age limit up to 50 years; there is no coverage of costs by private insurance companies. The number

of transferred embryos is one more than the ones followed in international practices with no control for pregnancies resulting from donor sperm or ovum. Consequently, it is not known whether the maximum number of 10 children per donor is met. Assisted reproduction has been related to increased occurrence of obstetric/perinatal complications, birth defects and other morbidity in general, albeit the population-attributable risk is low.

The overt deficit in monitoring of assisted reproduction in our country calls for implementation of necessary processes aiming at appropriate selection of candidate pairs, development and strict compliance with national guidelines and the need for establishment of a national Assisted Reproduction Registry. As shown by the experience of other countries, a functioning assisted reproduction registry over and beyond supervision purposes for safe implementation of alternative technologies, also contributes to cost containment in this time of lengthy financial crisis, it is a prerequisite for the assessment of the effectiveness of Assisted Reproduction Units across the country and allows active participation of our country in the international research aiming to assess systematically the safety of the procedures for both the mother and her child.

Chapter 2. Health care during pregnancy: On an individual level, most Greek pregnant women seem to enjoy a high quality follow up. As a rule, specialized Obstetricians, frequently (>50%) on a private basis, are the health providers, even for low risk uncomplicated pregnancies, leading to an extremely low maternal mortality rate. On population level, however, there are no data to show an equally high level of pregnancy monitoring health services neither are there national guidelines against which current practices can be compared to or enforcement control mechanisms.

According to the experts' opinions, health monitoring starts timely for the majority of pregnancies (<10 weeks of pregnancy); yet, there is no mechanism in place to identify, delays in health monitoring, omissions or unnecessarily performed diagnostic tests and prescribed treatments that would require targeted improvement interventions. Indeed, there is practically no barrier to prescription of laboratory tests and treatments or unjustified work leaves even in low-risk pregnancies, all leading to inflation of pregnancy related costs both in terms of public spending and family budget. Despite the fact that following a presidential decree only qualified obstetricians and radiologists perform ultrasound checks, there is no limit or requirement for justification when prescribing an ultrasound. It is

not a rare event that expectant parents are advised and consequently bear the cost of medical tests, such as fetal cardiovascular system ultrasound, namely of medical procedures without documented evidence for population screening eligibility. On the other hand, due to the increased frequency of cystic fibrosis (second most common monogenic disease in the Greek population), some obstetricians rightly recommend screening of the pregnant women. Despite eligibility, however, this test has not been included in national guidelines and consequently the high examination cost is covered exclusively by the family budget. Respectively, some dietary supplements are administered without scientific documentation and none is systematically recorded in national databases; for example, it is not known, when folic acid supplementation was introduced in this country nor can it be assessed whether it has led to the invoked reduction of open neural tube lesions of the fetus. There are also concerns that mental health issues of the pregnant are not properly approached; moreover, no systematic consultation for smoking cessation due to the association of tobacco with adverse pregnancy outcomes is undertaken, especially in a country with high smoking rates among women of reproductive age. Lastly, there seems to be an urgent need for the development of an early responding nationwide system that meets the humane needs of parents with adverse pregnancy outcomes, such as issues related to perinatal autopsy.

Therefore, in order to introduce and maintain an evidence based, high quality pregnancy care monitoring system, it is proposed to: 1) establish national pregnancy care monitoring guidelines along with a quality control and cost containment assessment system, 2) develop perinatal autopsy services with trained personnel and 3) strengthen parenting skills through programs and educational structures, as well as, provision at a primary health care level of psychological support for pregnant women and young mothers throughout critical time windows.

Chapter 3. Cesarean section: According to WHO estimations 10-15% of deliveries are in need of cesarean section; yet, the frequency of the procedure has reached a high 70% in some countries. At the European level, Greece holds a 'champion' country record with a dismal proportion of more than >50% of babies born via cesarean section. Underlying factors for non-medically justified cesareans in the country are the high (>50%) percentage of deliveries in private maternity and obstetric care units due mainly to the convenience they offered for planned

delivery; difficulties in transportation conditions due to the island and mountainous geography of the country that the pregnant woman and her neonate may encounter in case of a complication; the influence exerted by the high critical mass of women who have already delivered with cesarean section and unwillingly advertise the convenience they enjoy compared to the unknown fears of perceived complications that a normal delivery may have thus, leading to increased demands on the part of the parents; the increasing mean age of women at first delivery, especially the older primiparous and lastly, practices followed by obstetricians who may opt for cesarean due to personal meager training in variations of normal childbirth.

The cesarean delivery should not be stigmatized as a method of delivery, because it is undoubtedly advantageous in reducing permanent disabilities resulting from difficult births. Considering, however, the immediate and late complications of the method for the mother, the increasing iatrogenic prematurity, the possible epigenetic modifications in the neonate on account of this method of delivery and the financial burden on the National Health System and family budget, it is proposed to:

1) Establish cesarean section guidelines, including justification of medical reasons or response to parental demand, 2) mandatorily register by the obstetrician in an electronic nationwide database the specific medical indication or parental demand to perform a cesarean section on a case basis that will concurrently monitor compliance of the obstetrician and assist the therapist to defend him/herself in case of legal claims, which lately are becoming more frequent, 3) re-train obstetricians to variations of normal delivery and to set a minimum number of each variation as a specialty qualification and 4) conduct intensive public and medical awareness campaigns regarding the need for the reduction of the non-medically justified cesareans.

Chapter 4. Breastfeeding and Baby-friendly hospitals: Breastfeeding is considered a right for every infant, as it is ideal for the infant, recommended as exclusive food in the first six months of life and to be continued for at least 12 months. Breastfeeding rates in Sweden (97%) and other European countries are high with satisfactory duration. In contrast, in our country although 88% of newborn start breastfeeding at birth, in 99% of them a milk formula has been added before the end of the first semester and in only 6.4% breastfeeding continues until the 12th month. The National Breastfeeding Committee was established back in 1993 with Prof. N. Matsaniotis as 1st President, aiming to

promote breastfeeding, supervise implementation of programs abiding with the principles of the WHO/UNICEF and to provide information for health professionals. "Helena" and "Attikon" were the first accredited baby-friendly Maternity Hospitals, whereas efforts are made to define a project manager in each Greek maternity hospital and initiate certified breastfeeding seminars. These initiatives, however, on account of motivated zealots, need to be coordinated and eventually become accredited, whereas special care should be devoted to avoid any defame imposed by unnecessary impositions in coping with breastfeeding practices. "Rooming in" of newborn with their mothers enhances breastfeeding and should be encouraged in maternity hospitals along with free access for parents in case of newborn who are treated in the neonatal intensive care unit (NICU). To this end, commendable initiatives have been undertaken by the NICUs at "A. Kyriakou" Children's Hospital and "Attikon" 3rd Pediatric Clinic both aiming to facilitate breastfeeding and avoid the severe stress and adverse effects on postnatal development. A National Strategic Reference Framework program was also approved in June 2013 aiming to establish the plan and activities for breastfeeding promotion; the project is expected to result in specific recommendations for implementation, such as 1) definition of the work plan and activities of the committee or the project manager for breastfeeding to be depicted in an annual progress report regarding promotion of breastfeeding in each obstetric or neonatal unit and the staffing control mechanism, 2) requirement for attendance of a compulsory breastfeeding seminar in the course of the pediatric specialization and midwives education, 3) initiation of free NICU access policies for parents and 4) development and implementation of a strategic plan for continuous public awareness on the advantages of breastfeeding.

Chapter 5. Neonatal Screening: It was first initiated in the U.S. back in 1962, was later adopted in Greece by Spyros Doxiadis in 1973 and performed thereafter at a national level by the Institute of Child Health (ICH). As of today, newborn are screened for phenylketonuria (PKU), G6PD deficiency, congenital hypothyroidism (CH) and galactosemia with a very high (~99%) participation rate. Since the beginning >500 newborns have been detected suffering from PKU with dietary intervention and monitoring thereafter, ~3500 with CH, who are monitored by the ICH and ~60 cases with galactosemia; in all cases suffering metabolic diseases severe subsequent morbidity was prevented, premature mortality was reduced and the heavy social burden

was minimized. No data are available yet for the quality control of the program, its proper function or financial data for cost efficiency analysis.

Meanwhile, since 2006, following modern scientific developments, several private maternity hospitals have been conducting an extended neonatal screening program at the parents' expense. 200,000 newborn have already been screened with the extended screening program, thus, providing as a by-product a valuable dataset regarding the incidence of metabolic diseases that could be controlled at a collective level with a non-prohibitive additional cost. It is worth mentioning that the G6PD, screening could be omitted as it is not included in any other neonatal screening program than that of Greece.

The introduction of the expanded neonatal screening on a national level, however, requires careful planning, punctual organizational control, implementation as well as supervision and monitoring of the program by an independent authority. To this end, the Editors of this White Paper undertook the initiative to establish an ad hoc independent Committee in order to explore the feasibility for the introduction of the expanded screening in Greece, taking into account the new less costly technological advancements enabling its implementation at similar cost with that of traditional methods for analyzing samples. Prerequisite, however, for such an undertaking is data availability regarding nationwide hospitalization/incidence of metabolic diseases.

Chapter 6. High risk infants: Although advances in obstetric /perinatal care have led to an increased survival rate and better quality of life among preterm infants, rates of preterm delivery have been reported by the experts to be steadily increasing in our country. Regrettably, there are no routinely available data concerning high risk pregnancies in Greece. Older maternal age, however, seems to be a major contributing cause for increasing rate of high risk pregnancies. Indeed, Greek women are increasingly delaying pregnancy until they are in their mid-30s or older. The assisted reproductive technology (in vitro fertilization, intracytoplasmic sperm injection), which is increasingly used, increases also the likelihood of maternal and fetal complications, such as diabetes mellitus, eclampsia-preeclampsia, multiple-fetus pregnancies and prematurity; indeed, the rate of preterm delivery in our country has dramatically increased within the last 30 years. Moreover, the heterogeneous geographically and socioeconomically distribution of perinatal care system, the increased frequency of high risk

behaviors such as tobacco use during pregnancy and insufficient prenatal care are of great importance, albeit insufficiently studied and evaluated.

Ensuring appropriate maternal conditions for the growth of the fetus and delivery of healthier neonates provides better perspectives for healthier adolescents and should be a major public health issue. For this purpose, members of the National Committee of Perinatal Care have analyzed questionnaires, which were filled-in for a limited time period by public and private maternity clinics 5 years ago. These data formed the basis of a report to the Ministry of Health regarding basic aspects of perinatal care. Furthermore, several modifications concerning the geographical distribution of perinatal centers, along with necessary amendments in birth and death certificates, and definition of perinatal and neonatal death were proposed by the Committee. These data are of crucial importance for the establishment of a well-coordinated system of admission and referral of perinatal services and NICU services in particular. Indeed, high risk pregnancies should be detected and timely transported from community hospitals to specialized hospitals; if in fail, and then safe transportation of high-risk neonates to specialized centers should be provisioned.

Specific actions aiming to improve the outcome of high risk pregnancies and monitor the process in our country should gear to: 1) establish a national registration system for reporting and evaluation of birth data, perinatal characteristics and outcomes based on the analysis of the latest version of birth and death certificates, as well as on routinely reported and published data by the obstetric and neonatal centers, 2) develop guidelines aiming at: a) early detection and timely referral of high risk pregnancies for management in specialized maternity hospitals, b) postponement of a preterm delivery through corticosteroid administration or implementation of other evidence based therapies in order to ensure the intrauterine transfer of the fetus to a perinatal center, c) estimation of the right timing for delivery so that maternal and fetal health are not endangered and d) aversion of fetal macrosomia or microsomia by reducing maternal risk factors such as diabetes mellitus, malnutrition and smoking, 3) monitoring fulfillment of the obligations of tertiary perinatal centers to collaborate with smaller units in its catchment area and provide services such as certified neonatal resuscitation training to their personnel, notably neonatologists, obstetricians and midwives, pediatricians and anesthetists

Over and beyond commitments undertaken by the above institutions, however, the State is

responsible for the overall coordination of the health system control mechanisms for the implementation of guidelines regarding safe and adequate provision of perinatal care.

Chapter 7. Immunization of preterm infants: Preterm neonates are more vulnerable to infections. It is therefore recommended that the first vaccination shot is administered during their NICU hospitalization according to their chronological age, as recommended by the National Immunization Program and specific modifications. Immunoprophylaxis for RSV infection is also highly recommended. In our country, no data regarding the vaccinations is available; experts seem to agree, however, that vaccinations administered during hospitalization in Greek NICUs are *lege artis* performed.

As reported in the literature and also admitted by experts in Greece, there is a reluctance to comply with suggestions for immunization after NICU discharge, despite the increased risk of infections; indeed, it is reported that vaccinations of NICU graduates may often be postponed as long as the third year of life; therefore, emphasis should be given to properly inform primary health professionals and parents about the immunization needs. Stated reasons for vaccination postponement include prematurity related complications, discontinuity of health care, lack of sufficient parental information about the immune response ability of the neonate and most recently in our country, bureaucracy, financial difficulties, and high costs mainly associated with immunoprophylaxis.

In order to improve the vaccination rates in NICU graduates it is suggested to 1) integrate vaccination data in the medical record and report needs in the discharge file of the child, to plan the next vaccination dose, as well to provide information about the immunization of preterm infants to primary health care services and the treating physician of the child, 2) intensify specific training of health professionals in small health care units, who are responsible for the long term follow up of the preterm infants after NICU discharge, 3) provide a sufficient training and continuing medical education to pediatricians and health care professionals through official pediatric organizations, 4) inform parents and the general public about the necessity and safety of vaccination, 5) establish guidelines for RSV immunoprophylaxis, based on the epidemiological data and socioeconomic factors in our country that determine apart of the magnitude of the problem, the proposed schedule of immunoprophylaxis, the compliance and lastly

the cost efficiency of the procedure.

Chapter 8. Infections in Neonatal Intensive Care Units: Infections are a major cause of morbidity and mortality in the NICU, which highly impact on medical costs. In particular, trans-placental bacterial transmission is responsible for congenital infections, while vertical transmission of Streptococcus group B immediately before or during delivery is often the cause of perinatal infections. Hospital infections, mainly urinary track and lower respiratory infections are transmitted to the infant during hospitalization or transport. In many developed countries, common surveillance systems of easily preventable neonatal hospital infections allow the implementation of common prevention strategies.

Several initiatives point to the determination of Greek neonatologists to control hospital infections; indeed, surveillance in the NICU of the University Hospital of Patras and IASO, a private maternity hospital show that their incidence may not exceed that in the United Kingdom (8.2‰). Since 2012, resistance of Gram (-) bacteria to carbapenems is being monitored by "Procrustes" project; lastly, epidemiological surveillance of hospital infections in the context of CLEO Project aims additionally to monitor compliance of medico-nursing staff to hand hygiene recommendations. As rule of thumb, prevention strategies for hospital infections in the NICU rely mainly on simple interventions of multidimensional approach. In particular, a series of 10 actions can be proposed: 1) Intensive hand hygiene. 2) Careful handling of central intravascular catheters with minimization of use. 3) Immediate removal of catheters which are not used anymore. 4) Isolation of multi-resistant bacteria carriers/patients of. 5) Mandatory use of gloves, masks, gowns and caps by the personnel. 6) Compulsory vaccination of medical and nursing staff for influenza, varicella and pertussis. 7) Use of antibiotics in moderation, avoidance of broad-spectrum antibiotics use to the maximum, short treatment duration. 8) Continuing training of both medical and paramedical personnel in order to eliminate tolerance in hospital-acquired infections. 9) Epidemiologic surveillance of infections at regional and national level by collecting epidemiological data about the incidence of infectious agents and antimicrobial resistance in collaboration with the Center of Control and Prevention of Diseases (KEELPNO). 10) Evaluation of results and feedback for planning of targeted interventions.

Chapter 9. Follow up of NICU graduates: intensive and high quality perinatal care has positively influenced the perinatal and neonatal

mortality rates. Consequently, however, higher rates of neurodevelopmental disorders and chronic diseases are observed among the preterm and high risk infants. In response, worldwide programs of long term follow up of NICU graduates have been established aiming at early detection, treatment and rehabilitation. Planning the discharge from NICU is based on specific medical conditions of the neonate and the socioeconomic milieu of the family as to ensure compliance with the regular follow up by a team of specialists.

Commendable are the initiatives by public and private NICUs in our country to establish long-term monitoring programs for premature infants of varying range of subspecialists availability and duration of follow up. It should be noted, however, that discontinuity of monitoring and lack of registered data on common variables does not allow assessment of effectiveness of the care provided during NICU hospitalization as well as redefinition of goals and reorganization of services delivered by each program and allocation of limited resources on a nationwide level.

Nevertheless, more and more obvious becomes the need for coordinated efforts and cooperation of the neonatal intensive care units in order to optimize the effect of long term monitoring programs. To this end, the list of recommendations includes: 1) Establishment of official standards and details on the development of long term monitoring programs after hospital discharge, 2) Monitoring of follow up programs by a Committee, which supervises the implementation of the Greek follow-up guidelines for specific chronologic stages and until a minimum follow up period for NICU graduates, 3) Lumping of existing follow-up programs in more centralized units and/or provision of support to the ones deviating from the norms in regards to the number of available specialists or age milestones of follow up for the evaluation of the developmental potential of the child and common acceptable diagnostic procedures, 4) Planning of the timetable for an expansion or centralization of follow up until the school age of the NICU graduates, 5) Adoption and use of a common software in reporting the follow up findings aiming to allow assessment of the collective experience over time and estimation of its effectiveness as well as planning of needs for qualified personnel required for follow up programs in all age NICU groups, 6) Further training of neonatologists in follow up programs and use of standardized tools, 7) Concerted efforts to raise awareness of pediatricians and other health care professionals on the value and the specifics of NICU follow up

programs and delivery of accredited education seminars, 8) Promotion of the collaboration of the treating pediatrician with the NICU team in order to ensure optimum level of primary health care delivery to the child, 9) Training of school teachers aiming to early identification of health problems, learning and behavior disorders encountered when NICU graduates reach the school entry period, 10) Support of the family in coping with their demanding parenthood role as well as the use of new technologies availed in treatment programs.

Chapter 10. Network for Transportation of High Risk Pregnancies and Premature Infants:

Transport protocols between the host hospital and the specialized Unit of the receiving one have been developed internationally aiming to achieve early detection and management of high risk pregnancies and organize optimal infant transportation to neonatal intensive care units. In case intrauterine transportation has failed, safety and stabilization of the infant is of primary concern. The island and mountainous geography of our country along with the unequal population distribution, high population movement during the touristic period and the current adverse economic conditions require flexibility in designing an effective and efficient transportation system for high risk pregnancies or neonates.

In Greece the existing transportation system is limited exclusively to transportation of infants and is rarely planned in advance, whereas the community hospitals, as rule, encounter difficulties to stabilize the high risk neonate, due to the insufficient training of personnel and absence of hospital infrastructure. Primary data to assess efficacy of the transportation system are absent. Discrepancies, however, are obvious as only the Attica Region is served by EKAV (National Emergency Care Center) vehicles and trained neonatologists provided ad hoc by the public NICUS; transportation vehicles are provided by the non-governmental charity organization "The Smile of the Child" and services by the local EKAV in Thessaloniki, whereas in the rest of the country hospital transportation medical units or simple transportation vehicles are used; the personnel usually is a pediatrician, general practitioner or nurse with no specific training. Lastly, islands are served by EKAV helicopters or C130 military airplanes.

Five recommendations follow aiming at ensuring better outcomes for high risk pregnancies and infants who require transportation to NICU: 1) Priority should be given to the transportation of high risk pregnancies before the 32nd week which can lead to dramatic reduction of the post hoc, more

demanding transportation of high risk infants. In case of emergency, women or neonates should be transported to the nearest specialized hospital. 2) Regarding infant transportation, the proposal by the Central Council of Health Committee for Perinatal Care is endorsed for implementation, addressing issues of coordination of services, training of health professionals in small size hospitals and specification of transportation standards in mobile medical units availing incubators. In particular, for transportations from islands to Attica use of the EKAV helicopters and its trained personnel is recommended. 3) Compulsory registration, collection and analysis of related data should be carried out by a central official body mandated to undertake assessment of the project and regular reporting on refinement of evolving needs. 4) Annual reporting on the effectiveness of the transportation network. 5) Online publication of the outcomes of the system to interested parties and the public at large.

Chapter 11. Structure and organization of neonatal care: Due to the increasing numbers of premature and high risk infants in need of specialized care for a wide range of nosological conditions a hierarchical organizational structure of the different levels of regionalized care across the country is required. Services are organized in three or more recently four levels, each one with distinct roles, dedicated personnel, equipment and transportation facilities and they all collect process and outcome data for patients in their catchment area. Regionalization of perinatal services requires development of coordinated systems ensuring risk evaluation, safe transportation and evidence-based provision of perinatal care, in order to ensure high quality of services at a minimum cost.

The proposal for the optimization of perinatal care in our country was first introduced by the Central Health Council in 1992 and provisioned that tertiary specialized health care departments (Academic Pediatric Clinic) collaborate with all secondary and primary level units of their Health Region. The proposal also included recommendations for the optimum (maximum and minimum) hospital capacity of NICUs and suggested that healthy neonates should be roomed in with their mothers. There is a consensus of experts' opinions that during the subsequent 20 years the quality of perinatal care has significantly improved, although even minimal official perinatal indices to support this view are missing. Indeed, several NICUs have been developed across the country, although there are no data for on-site monitoring and the evaluation of the quality of the provided services, evaluated by independent

bodies and on the basis of preset criteria. Of note is the impact of large private obstetric clinics situated in the two major urban centers, where >50% of the population resides. In general, the function of the understaffed peripheral secondary and tertiary units seems to be negatively influenced with possible disparities in the outcome of lower socioeconomic class infants treated or of those living in the most remote areas of the country. Lastly, there seems to be a discrepancy of neonates who need to be transferred for treatment from the expensive private to public neonatal units, because of economical or other reasons or are transferred to public units right from the beginning on account of missing services in the private sector.

In 2011, the Central Health Council Committee of Perinatal Care proceeded with the collection and analysis of ad hoc data from a high proportion of maternal care delivery centers during a specific time period. The proposal proposed reorganization of care in 9 "perinatal regions" along with a transportation plan limited only to neonates and modifications of birth and neonatal/infant death certificates to allow for collection of data needed for the evaluation of the system. There are no indications how and when the new proposal will be implemented. Yet, it is obvious that starting with online presentation of data derived from the best performing units, even at a pilot phase, could contribute to: 1) the estimation of the missing perinatal care indices, along with those on the long term follow up of NICU infants, 2) the identification of the factors and conditions shaping NICU outcomes, 3) refinement and modification of the plan pertaining to the regionalization of perinatal services. Indeed, the development of a system assessing the need for evaluation of structures and services including infant transportation and supporting the role of perinatal health professionals is expected to impact positively the outcome of high risk pregnancies and infants and decrease the medical cost in the era of financial crisis.

Chapter 12. The six (6) proposals of the six-year strategic plan. Based on the above conclusions, there seems to be a need for the development of a strategic plan focusing on voicing the concerns of those interested in the improvement of perinatal care in the course of the next 6 years (2014-2020), which can be summarized in 6 domains/proposals. It is hoped that this plan, if accepted by interested parties, can facilitate interaction among members of this community and lead to mutual benefits aiming to maintain and further improve perinatal care taking into account cost containment issues in our country.

Proposal 1. Within a 4-year period gradual development by interested parties of an electronic system for the delivery of data needed in order to timely estimate the missing perinatal health care indicators by the Hellenic Statistical Service or another dedicated Registry. As prematurity has been included in the list of chronic health conditions, reliable indices are necessary for the participation of the country in the European and international scientific scene; therefore, this pilot phase deems to be a necessary step until the updated birth and death certificates are going to be used on a nationwide basis. These data are expected to be electronically provided by the treating personnel of the Obstetrics/Neonatal Care Department by using commonly available software. Online availability and dissemination of comparative data by individual perinatal centers is expected by itself to lead to improvements in health care delivery without additional costs.

Proposal 2. Within a 2-year period, development of guidelines for the detection of high risk pregnancies/neonates as well as diagnostic and prenatal healthcare treatment. Provision should be made by the respective scientific societies on the need for updates and focus on a family rather than disease oriented health care system approach.

Proposal 3. Within a 1-year period, establishment of an independent Committee aiming to deliver an evaluation report of the current National Neonatal Screening Program estimating costs and benefits deriving from the establishment of an extended

Screening Program addressing the spectrum of metabolic diseases in our country.

Proposal 4. Within a 2-year period, development of indicators of good practices in neonatal intensive care and accreditation of personnel as well as monitoring indicators for perinatal departments. Emphasis should be given in educational programs aiming at detection of high medical or social risk pregnancies/deliveries/infants and successful resuscitation/ stabilization and transportation of high risk pregnancies and newborn.

Proposal 5. Within a 6-year period, ongoing support should be dedicated to the activities undertaken by the National Committee of Breastfeeding, contribution to the mapping of scattered non-accredited initiatives on regional levels and monitoring of progress in breastfeeding rates. Reporting of interventions needed in case of adverse events and initiation of parental awareness raising activities by use of interactive sessions through Internet.

Proposal 6. Within a 6-year period, development of specific actions aiming at improving the perinatal care and promoting the 6-years' strategic plan in scientific and social events and under the coordination of "Illitominon", a scientific non-governmental organization. Networking of interested parties and institutions involved in perinatal care in Greece and abroad with the view to successfully coordinate activities and presentation of progress to the Government and the European Parliament.

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓή

1.1 ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ορισμοί

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία ενός σεξουαλικά ενεργού ζεύγους να επιτύχει κύηση μετά από ένα έτος (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΠΟΥ) ή μετά από δυο έτη ελεύθερων επαφών (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας-European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE). Ο ορισμός του ΠΟΥ έχει βασιστεί σε μελέτες, που δείχνουν ότι η πιθανότητα επίτευξης κύησης από ένα ζεύγος που έχει σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις είναι 20% κάθε μήνα, ενώ σε βάθος ενός έτους η πιθανότητα φθάνει το 85-90%. Παρ' όλα αυτά, περισσότερα από τα μισά ζευγάρια, που θα αποτύχουν να έχουν αυτόματη σύλληψη το πρώτο έτος, τελικά θα πετύχουν εγκυμοσύνη μέσα στην επόμενη τριετία.

Επιδημιολογία

Η υπογονιμότητα κατανέμεται εξίσου στα δύο φύλα. Σε ποσοστό 10-20% είναι ανεξήγητη η αιτία, δηλαδή δεν ανευρίσκεται το αίτιο της υπογονιμότητας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η υπογονιμότητα παρουσιάζει ομοιόμορφη κατανομή, δηλαδή κατά 1/3 αφορά τη γυναίκα, 1/3 τον άνδρα και 1/3 και τους δύο συντρόφους ταυτόχρονα. Στα συνήθη αίτια υπογονιμότητας συγκαταλέγονται προβλήματα σπέρματος (30-50%), που αφορούν τον αριθμό, την κινητικότητα και τη μορφολογία σπερματοζωαρίων, ακολουθούμενα από διαταραχές στις σάλπιγγες και τη σχέση τους με τις ωοθήκες (25-30%) ή διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας (15-20%). Τέλος, σε λιγότερες περιπτώσεις τα αίτια οφείλονται σε διαταραχές από τον τράχηλο (10%), τη μήτρα (5%) και τον κόλπο.

Η πρώτη γέννηση με εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) ανθρώπινου ωαρίου επιτεύχθηκε το 1978 και μέχρι σήμερα έχουν επιτευχθεί παγκοσμίως περισσότερες από 4,000,000 εγκυμοσύνες με IVF τεχνική ή τις τροποποιήσεις της. Την επανάσταση στο χώρο της υπογονιμότητας έφερε η εξωσωματική γονιμοποίηση μετά από διέγερση ωοθηκών, λήψη των ωαρίων έξω από το σώμα της γυναίκας, γονιμοποίηση τους σε εργαστηριακό περιβάλλον (in vitro) και μεταφορά των εμβρύων στη μήτρα προς εμφύτευση. Ωστόσο, λιγότερο απαιτητικές και μικρότερης επεμβατικότητας μέθοδοι είναι δυνατόν να εφαρμοστούν στις περισσότερες περιπτώσεις υπογονιμότητας, προτού κάποιος χρειαστεί να καταφύγει στην IVF. Έτσι, σήμερα οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted Reproductive Technology, ART) διακρίνονται σε αυτές που βασίζονται στην IVF και σε αυτές που δε βασίζονται στην εξωσωματική γονιμοποίηση (non-IVF). Η πρώτη

ομάδα περιλαμβάνει την κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση (conventional IVF) και τη μικρογονιμοποίηση (Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI), ενώ η δεύτερη την πρόκληση ωοθυλακιόρρηξης (Ovulation Induction, OI) με προγραμματισμένη συνουσία και την σπερματέγχυση (Intrauterine Insemination, IUI) με ή χωρίς πρόκληση ωοθυλακιόρρηξης.

Εντυπωσιακή είναι επίσης η πρόοδος με την εισαγωγή νέων συστημάτων καλλιέργειας και τεχνικών σε όλα τα στάδια της διαδικασίας. Ενδεικτικά αναφέρονται η τεχνική ενδοκυτταροπλασματικής έγχυσης μορφολογικά επιλεγμένων σπερματοζωαρίων (Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection, IMSI) για τη διενέργεια της μικρογονιμοποίησης των ωαρίων και η χρήση του εμβρυοσκοπίου (Embryoscope), το οποίο αποτελεί έναν ειδικό κλίβανο καλλιέργειας εμβρύων με ενσωματωμένη κάμερα για αυτόματη λήψη φωτογραφιών από τη στιγμή της γονιμοποίησης των ωαρίων έως και την ημέρα της εμβρυομεταφοράς. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένα βίντεο (time-lapse video), που επιτρέπει στους εμβρυολόγους την πλέον ασφαλή αξιολόγηση των εμβρύων και την επιλογή των βιωσιμότερων από αυτά για την εμβρυομεταφορά.

Κάθε χρόνο 1.5 εκατομμύριο κύκλοι διενεργούνται στον κόσμο που καταλήγουν στην γέννηση 350,000 παιδιών. Εάν εξαιρεθεί η Ασία, η Ευρώπη θεωρείται η ήπειρος όπου εκτελούνται παγκοσμίως οι περισσότεροι κύκλοι ART (71%). Πιο συγκεκριμένα, το 2009 σε 33 Ευρωπαϊκές χώρες διενεργήθηκαν 537,287 κύκλοι (Γαλλία: 74,767, Γερμανία: 68,041, Ισπανία: 54,266, Ηνωμένο Βασίλειο: 54,314, Ιταλία: 52,032, Σουηδία: 16,743, Νορβηγία: 14,002). Σε ό,τι αφορά το ποσοστό παιδιών που γεννιούνται με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προεξάρχουν το Βέλγιο, η Σλοβενία, η Δανία, η Ολλανδία και η Σουηδία, όπου πάνω από 3% των γεννήσεων σχετίζονται με τις μεθόδους αυτές, συγκριτικά με το ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ελάχιστα υπερβαίνει το 1%.

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι μία από τις χώρες-πρότυπο, σε ό,τι αφορά τη διαδικτυακή καταχώρηση δεδομένων για κύκλους IVF, που πραγματοποιούνται τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ενδεχόμενη παραποίηση δεδομένων επισύρει βαρύτερες συνέπειες για τη λειτουργία του κάθε Κέντρου Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και συνεπώς θεωρείται απίθανη. Την τελευταία 20ετία παρατηρείται προοδευτική αύξηση του αριθμού των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία IVF/ICSI (1992: 14,057 και 2007: 36,648 γυναίκες), ενώ το 2011 άδεια λειτουργίας ART είχαν 74 Κέντρα. Τα δεδομένα επιτυχούς έκβασης είναι διαδικτυακά διαθέσιμα, δίνοντας κίνητρο στα Κέντρα ART να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους και στις ασθενείς την ευχέρεια να επιλέξουν το Κέντρο στο οποίο θα απευθυνθούν για τη θεραπεία τους. Για παράδειγμα, σύμφωνα με δεδομένα του 2010 είναι εμφανής η μείωση του ποσοστού κύησης ανά εμ-

βρυομεταφορά που διακυμαίνεται από 40.6% στις γυναίκες 18-34 ετών σε 35.5% στις ηλικίες 35-37, 28.1% στις ηλικίες 38-39, 21.2% στις ηλικίες 40-42, 11.2% στις ηλικίες 43-44 και 3.4% στις ηλικίες >44, καθώς και του ποσοστού γέννησης ζώντος νεογνού ανά κύκλο IVF/ICSI (32.2% στις γυναίκες 18-34 ετών, 27.7% στις ηλικίες 35-37, 20.8% στις ηλικίες 38-39, 13.6% στις ηλικίες 40-42, 5.0% στις ηλικίες 43-44 και 1.9% στις ηλικίες >44).

Στο διαδικτυακό τόπο (<http://www.cdc.gov/ART/ART2009>) των ΗΠΑ φαίνεται ότι ~20% όλων των πολύδυμων γεννήσεων προέκυψαν μετά από χρήση κάποιας ART μεθόδου με φρέσκα, στην πλειοψηφία τους, προέλευσης ωάρια (70.1%). Εξάλλου, IVF πραγματοποιήθηκε με ICSI στο 72.9% των περιπτώσεων, ενώ ο παράγοντας της αντρικής υπογονιμότητας διαπιστώθηκε μόνο στο 47% των περιπτώσεων. Το 30% των κύκλων ICSI οδήγησε σε γέννηση ζώντος νεογνού ανεξάρτητα από την προέλευση του σπέρματος. Από τις εγκυμοσύνες με φρέσκα και μη δότη ωοκύτταρα ή έμβρυα, στο 81.5% προέκυψε γέννηση ζωντανού νεογνού, 16.4% η κύηση τερματίστηκε με αποβολή, 0.9% με έκτρωση και 0.7% οδήγησε σε θνησιγενές. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι 31.6% των κυήσεων ήταν πολύδυμες.

Οι επιπτώσεις των υποβοηθούμενων μεθόδων αναπαραγωγής στη μητέρα και στο παιδί κρατούν ζωηρό το ενδιαφέρον των ερευνητών, καθώς υπάρχουν ανησυχίες τόσο εκ μέρους της επιστημονικής κοινότητας, όσο και εκ μέρους του γενικού κοινού. Η έρευνα στο πεδίο αυτό περιπλέκεται από την ανάγκη να διακριθούν οι επιδράσεις σε εκείνες που είναι απότοκες της ART, από εκείνες που οφείλονται στην ίδια την υπογονιμότητα. Οι εκβάσεις επηρεάζονται επίσης από αλλαγές στην εκτέλεση της μεθόδου ή τη μαιευτική και νεογνολογική φροντίδα με το πέρασμα του χρόνου.

Η σύλληψη με IVF συνδυάζεται με αυξημένη συχνότητα μαιευτικών και περιγεννητικών επιπλοκών, όπως απώλεια εμβρύου (25% στις μονήρεις, 35% στις δίδυμες, 55% στις τρίδυμες κυήσεις), που οδηγούν σε τετραπλασιασμό της περιγεννητικής θνησιμότητας, αυτόματη αποβολή (16%), έκτοπη κύηση (0.6% των κύκλων), πολύδυμες κυήσεις, χαμηλό βάρος γέννησης και προωρότητα. Αυξημένη φαίνεται ότι είναι η πιθανότητα για κακοήθειες και συγγενείς ανωμαλίες του νεογνού, παρότι ο κίνδυνος σε πληθυσμιακό επίπεδο είναι χαμηλός λόγω της σπανιότητας των νοσολογικών αυτών καταστάσεων με τη χαμηλή προς το παρόν συχνότητα ART.

Η νευροαναπτυξιακή έκβαση των παιδιών φαίνεται να είναι φυσιολογική, με δεδομένους τους μεθοδολογικούς περιορισμούς των μέχρι τώρα μελετών για ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων. Σποραδικές μελέτες δε στοιχειοθετούν ανησυχίες για αυξημένο κίνδυνο χρωμοσωμικών και γενετικών ανωμαλιών, ενώ υπάρχει ο προβληματισμός ότι η χρήση σπέρματος από υπογόνιμο άνδρα και η διαδικασία ICSI από μόνη της είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Οπωσδήποτε, ο προεμφυτευτικός

έλεγχος αποτρέπει την εμφάνιση τέτοιων περιστατικών. Προβληματισμοί αναδύονται επίσης σχετικά με την επίδραση της ART στα «αποτυπωμένα γονίδια» (imprinted genes) πιθανώς, γιατί αυτά τα γονίδια δημιουργούνται κατά το στάδιο της μείωσης, τυπικά με μεταβολές στη μεθυλίωση σε ειδικό αλληλίο, το οποίο καθιστούν σιωπηλό. Στα θήλα, η μείωση Ι συμβαίνει κατά το στάδιο της ωορρηξίας και η μείωση ΙΙ ολοκληρώνεται στη γονιμοποίηση, επομένως και τα δύο στάδια συμβαίνουν κατά τη διάρκεια γεγονότων και χειρισμών που αφορούν τη διαδικασία της ART. Τα “imprinting syndromes” είναι όμως σπάνια (λιγότερα από 1 ανά 12,000 γεννήσεις) και επομένως οποιαδήποτε πολλαπλή αύξηση του σχετικού κινδύνου αντιπροσωπεύει ένα μικρό απόλυτο κίνδυνο και είναι δύσκολο να ανιχνευτεί.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας και η υποβολή σε θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα ψυχολογικής δυσφορίας κυρίως στις γυναίκες. Η ψυχική τους διάθεση παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται κατά την ωοληψία, την περισσότερο επεμβατική φάση της θεραπείας, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά και αυξάνονται πάλι λίγο πριν την ημέρα της δοκιμασίας επιβεβαίωσης της εγκυμοσύνης. Οι υπογόνιμες γυναίκες, που πρόκειται να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση, πρέπει να προαξιολογούνται ψυχολογικά ώστε να αναγνωρίζονται οι επιβαρυντικοί παράγοντες. Η αρχική αυτή αξιολόγηση γίνεται με τη συνδυασμένη χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων μέτρησης του στρες και συνεντεύξεις, που αποσκοπούν στην έγκαιρη αναγνώριση όσων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης εντόνου στρες και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την παραπομπή τους σε ειδικούς επαγγελματίες. Οι μαίες που παρέχουν κλινική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης φαίνεται ότι πρέπει να συμμετέχουν ενεργά και στην παροχή ψυχολογικής φροντίδας και στις διεπιστημονικές συμβουλευτικές.

Κατευθυντήριες Οδηγίες και Νομοθεσία

Λόγω των παραπάνω προβληματισμών είναι εμφανής η αναγκαιότητα ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών και ειδικής νομοθεσίας σχετικά με τη χρήση τεχνολογιών ART. Σήμερα σε πολλές χώρες του κόσμου παρέχεται η δυνατότητα διενέργειας ART με δωρεά ωαρίων από άλλη γυναίκα σε γυναίκα, που αδυνατεί να τεκνοποιήσει με τα δικά της ωάρια, καθώς και η δυνατότητα δωρεάς σπέρματος από άλλον άνδρα, σε περίπτωση που ο άνδρας του ζευγαριού αδυνατεί να τεκνοποιήσει με το δικό του σπέρμα. Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες ο μέγιστος αριθμός μεταφερόμενων εμβρύων στη μήτρα είναι ένα γονιμοποιημένο ωάριο, στο Ηνωμένο Βασίλειο δύο σε γυναίκες ηλικίας έως 40 ετών και τρία σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών, ενώ στη χώρα μας κατά μία μονάδα μεγαλύτερος.

1.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ταχεία και απρόσκοπτη διάδοση των νέων επιστημονικών δεδομένων και τεχνικών επιτρέπει την τήρηση υψηλού επιπέδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η Ελληνική νομοθεσία ορίζει ρητώς τις απαραίτητες προϋποθέσεις χορήγησης άδειας λειτουργίας Μονάδος Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) και τις προϋποθέσεις/διαδικασίες εφαρμογής των μεθόδων, ενώ για την εποπτεία προβλέπεται ως ανεξάρτητο σώμα η Εθνική Αρχή Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Αρχή Ι.Υ.Α.).

Δυστυχώς, λίγο μετά τη σύστασή της, η Αρχή Ι.Υ.Α. έπαψε να λειτουργεί με αποτέλεσμα η απαραίτητη εποπτεία να απουσιάζει. Η βάση δεδομένων με τα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, που προβλέπει η νομοθεσία, ουσιαστικά είναι ανύπαρκτη και η καταγραφή και η συλλογή των δεδομένων γίνεται μεμονωμένα σε επίπεδο Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζας Κρυσυντήρησης, χωρίς για παράδειγμα να υπάρχει η δυνατότητα ακριβούς γνώσης του αριθμού των τέκνων, που έχουν προκύψει συνολικά από τη χρήση του σπέρματος ενός συγκεκριμένου δότη ή των ωαρίων μίας συγκεκριμένης δότριας, τα οποία σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ξεπερνούν τα δέκα.

Επιπλέον, με τη λειτουργία της Αρχής Ι.Υ.Α. πιθανόν θα αποτρεπόταν η επιπόλαιη προσφυγή ζευγαριών στην εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της υπογονιμότητάς τους με λιγότερο απαιτητικές και επεμβατικές μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Είναι δηλαδή πιθανόν οι ενδείξεις για την εφαρμογή των μεθόδων αυτών να μη τηρούνται επαρκώς από όλες τις Μ.Ι.Υ.Α., με αποτέλεσμα από τη μια μεριά να αυξάνεται το κόστος της θεραπευτικής προσέγγισης και από την άλλη, η πιθανότητα εμφάνισης των επιπλοκών που συνοδεύουν τις επεμβατικές αυτές τεχνικές, μεταξύ των οποίων προεξάρχουν το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών και η πολύδυμη κύηση. Στο τελευταίο πιθανόν συμβάλλει και η απουσία ουσιαστικού ελέγχου του μέγιστου αριθμού των μεταφερόμενων εμβρύων στη μήτρα, ο οποίος δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα τρία σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης από 40 ετών και τα τέσσερα σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος, το ανώτερο ηλικιακό όριο για να υποβληθεί μία γυναίκα σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει οριστεί στα 50 έτη, αν και στην παρούσα φάση με την ανυπαρξία βάσης καταγραφής των δεδομένων των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τούτο δεν είναι δυνατόν να διασφαλιστεί.

Σήμερα, στην ελληνική επικράτεια δραστηριοποιούνται 62 Μ.Ι.Υ.Α. Ωστόσο, η παντελής έλλειψη στοιχείων για τους κύκλους IVF/ICSI, που αυτές διενεργούν, όπως και για τα ποσοστά επιτυχίας τους, δυσχεραίνει την ακριβή αποτύπωση της πραγματικότητας στον ευαίσθητο χώρο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Με δεδομένη τη δυσχερή οικονομική κατάσταση των τελευταίων ετών, η τρέχουσα αίσθηση

είναι ότι οι διενεργούμενοι κύκλοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τείνουν σταδιακά μειούμενοι.

Το κόστος της θεραπείας γονιμότητας αναλύεται στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, στην αμοιβή της Μ.Ι.Υ.Α. και στην αμοιβή του Ιατρού με Εξειδίκευση στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Ως γενική παραδοχή, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν αναγνωρίζουν τις δαπάνες για θεραπείες γονιμότητας. Εφόσον η γυναίκα ανήκει σε κάποιον μη ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα, η κάλυψη των δαπανών καθορίζεται αναλόγως. Συγκεκριμένα, οι ασφαλισμένες στον μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), αφού λάβουν την έγκριση της Επιτροπής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, προμηθεύονται τα φάρμακα υψηλού κόστους, που χρησιμοποιούνται για την ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών (γοναδοτροπίνες) δωρεάν, ενώ τα υπόλοιπα φάρμακα χορηγούνται με ποσοστό συμμετοχής, όπως ορίζεται από τον κανονισμό του ΕΟΠΥΥ. Στη συνέχεια, εφόσον επιλέξουν Μ.Ι.Υ.Α. Δημόσιου Νοσοκομείου, το κόστος της προσπάθειας (κόστος Μ.Ι.Υ.Α. και αμοιβή Ιατρού) καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ εάν απευθυνθούν σε Ιδιωτική Μ.Ι.Υ.Α. αναλαμβάνουν να καλύψουν οι ίδιες τη δαπάνη. Ωστόσο, ακόμη και στη δεύτερη περίπτωση, αφού ολοκληρώσουν την προσπάθεια IVF/ICSI, καταθέτουν τα δικαιολογητικά στον ΕΟΠΥΥ και δικαιούνται την επιστροφή ενός μικρού μέρους των εξόδων. Σημειωτέον ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει την ως άνω δαπάνη για συνολικά 4 προσπάθειες IVF/ICSI και ανά δύο απαιτούν την εγκριτική απόφαση της Επιτροπής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης. Η πρώτη θα πρέπει να διενεργηθεί εντός τριμήνου από την έγκριση και η δεύτερη να απέχει τουλάχιστον 4 μήνες από την πρώτη. Για τη διενέργεια της τρίτης και τέταρτης προσπάθειας θα πρέπει

να έχει περάσει τουλάχιστον ένα έτος από την πρώτη εγκριτική απόφαση, ενώ η τέταρτη θα πρέπει να απέχει τουλάχιστον 4 μήνες από την τρίτη.

1.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Επισημαίνεται το κενό εποπτείας στην τήρηση των προϋποθέσεων και διαδικασιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη χώρα μας. Η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χρειάζεται να επιτελείται με γνώμονα όχι μόνο την επίτευξη του στόχου, δηλαδή της πολυπόθητης εγκυμοσύνης, αλλά και την ασφάλεια της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται στις μεθόδους αυτές και του απογόνου της. Σε αντίθετη περίπτωση, η ανεξέλεγκτη εφαρμογή των μεθόδων και η καταστρατήγηση των ιατρικών ενδείξεων εκτός από το σοβαρό ατομικό οικονομικό φορτίο επιβαρύνει δυσανάλογα και το υγειονομικό σύστημα με γέννηση π.χ. υψηλότερου ποσοστού πρόωρων και πολύδυμων νεογνών. Εξάλλου, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον από την ιατρική κοινότητα σήμερα για διερεύνηση ενδεχόμενων δυσμενών επιπτώσεων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην υγεία των μητέρων και των παιδιών, που μπορεί να οφείλονται στην υπογονιμότητα καθεαυτή, στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται ή στο συνδυασμό τους. Τέλος, στις δύσκολες οικονομικές συνθήκες που διανύουμε, απαιτείται εξορθολογισμός της δαπάνης για τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και πιστή τήρηση των ενδείξεων για επιλογή της λιγότερο δαπανηρής, επεμβατικής και απαιτητικής τεχνικής.

Συμπερασματικά, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας Εθνικής Βάσης Δεδομένων (Registry), όπου θα καταγράφονται τα στοιχεία των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσσυντήρησης και η λειτουργία της Αρχής Εποπτείας της διαδικασίας.

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η φροντίδα της εγκύου αποσκοπεί στη συστηματική παρακολούθηση και παροχή ενδεχόμενων παρεμβάσεων με στόχο την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος της κύησης. Η έγκαιρη και ακριβής εκτίμηση της ηλικίας κύησης, η επισήμανση εγκύων με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, η συνεχής αξιολόγηση της κατάστασης υγείας μητέρας και εμβρύου, η πρόβλεψη προβλημάτων, οι παρεμβάσεις για την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας, καθώς και η ειδική εκπαίδευση των εγκύων, ιδίως όσων πάσχουν από χρόνια νοσήματα αποτελούν τις βασικές παραμέτρους της όλης διαδικασίας. Με βάση τις πρακτικές παρακολούθησης των κυήσεων στις ΗΠΑ, τη Μεγάλη Βρετανία, τις Σκανδιναβικές χώρες και την Ελλάδα επιχειρείται η διατύπωση προτάσεων, που θα διασφαλίζουν τη συστηματική αξιολόγηση του τρόπου παρακολούθησης των εγκύων με παράλληλο εξορθολογισμό του κόστους παρακολούθησης της εγκυμοσύνης στη χώρα μας.

2.1 ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (ACOG) και άλλων εθνικών οργανισμών αναφορικά με την προγεννητική φροντίδα παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις που εστιάζονται κυρίως στο επίπεδο των διαθέσιμων πόρων κατά χώρα και αντανακλώνεται στην αναγκαιότητα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης μέσω προγράμματος καθολικού ελέγχου ή βάσει συγκεκριμένων παθήσεων. Εξάλλου, οι κατευθυντήριες οδηγίες του National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Clinical Guidelines, 2010), του Ην. Βασιλείου παρουσιάζουν αρκετές διαφορές από την πρακτική που ακολουθείται στην Ελλάδα, με προεξάρχουσα εκείνη του παρόχου της φροντίδας της εγκύου. Ειδικότερα, στο Ην. Βασίλειο η παρακολούθηση της εγκύου γίνεται από γενικούς ιατρούς και μαίες, ενώ οι μαιευτήρες περιορίζονται στην παρακολούθηση ειδικών περιπτώσεων υψηλού κινδύνου.

Το ποσοστό εγκύων που ξεκινούν την προγεννητική φροντίδα στο 1^ο τρίμηνο της κύησης, αποτελεί κριτήριο (δείκτη) εκτίμησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας της εγκύου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ >70% των εγκύων έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα παρακολούθησης από το 1^ο τρίμηνο, ενώ αντίθετα 7%

φθάνει στον τοκετό χωρίς ιστορικό κανενός είδους παρακολούθησης μέχρι και το 3^ο τρίμηνο.

Η πρώτη επαφή με την έγκυο συνιστάται γενικώς να αρχίζει από την 6^η-7^η εβδομάδα, ενώ η εκτίμηση της πορείας της εγκυμοσύνης από την 10^η εβδομάδα της κύησης (ΕΚ). Σύμφωνα με μελέτες κόστους/ αποτελεσματικότητας, ο συνολικός αριθμός των απαιτούμενων προγραμματισμένων επισκέψεων για παρακολούθηση πρωτοτόκου εγκύου με ανεπίπλεκτα κύηση είναι ~10, ενώ των πολυτόκων μειώνεται σε 7 επισκέψεις, καθεμιά από τις οποίες πραγματοποιείται για συγκεκριμένους λόγους. Παρόμοιες είναι οι συστάσεις στις ΗΠΑ. Για έγκυες με συνοδά προβλήματα υγείας συνιστάται πιο τακτική εξέταση και η συχνότητα των επισκέψεων κυμαίνεται ανάλογα με τη φύση των προβλημάτων τους.

Εκτίμηση της ηλικίας κύησης

Για τον ακριβή προσδιορισμό της ηλικίας κύησης (ΗΚ) και τη σύγχρονη ανίχνευση πολύδυμης κύησης, συστήνεται υπερηχογράφημα μεταξύ 1^{ης} μέρας της 10^{ης} εβδομάδας (10^{0/7}) και 13^{ης} 6/7 εβδομάδας κύησης (ΕΚ), με παράλληλη μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους. Σημειώνεται ότι η μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους μπορεί να γίνει με ακρίβεια ($\pm 2-3$ ημερών) μεταξύ 8^{ης} και 9^{ης} ΕΚ, ενώ μετά την 12^η ΕΚ θα πρέπει να χρησιμοποιείται η αμφιβρεγματική διάμετρος. Αν το μήκος υπερβαίνει τα 84mm, η ηλικία κύησης πρέπει να συνεκτιμηθεί με τη μέτρηση της περιμέτρου κεφαλής του εμβρύου.

Συστάσεις για τον τρόπο ζωής

1. Εργασία και ταξίδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Γίνεται ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της εγκύου στο χώρο εργασίας. Η πλειονότητα ενθαρρύνεται για τη συνέχιση της εργασίας με εξαίρεση ορισμένα επαγγέλματα υψηλού κινδύνου, όπου δίνονται συγκεκριμένες οδηγίες. Η έγκυος μπορεί να ταξιδεύει, αλλά γενικώς καλό είναι να μη γίνονται υπερβολές στη διάρκεια της κύησης. Επίσης οι αεροπορικές εταιρίες ζητούν συνήθως ιατρική γνωμάτευση της ηλικίας κύησης, καθώς απαγορεύουν τα ταξίδια μετά από μια συγκεκριμένη εβδομάδα κύησης.

2. Συμπληρώματα διατροφής και δίαιτες. Σε προγραμματισμένη σύλληψη συστήνεται προληπτική λήψη φυλλικού οξέος για τους 2-3 μήνες πριν από τη σύλληψη, η οποία πρέπει να συνεχίζεται στη διάρκεια των 12 πρώτων εβδομάδων της κύησης σε δόση 400μg ημερησίως, λόγω της ευεργετικής δράσης στην πρόληψη βλαβών (ανεγκεφαλίας και δισχιδούς ράχης) του νευρικού σωλήνα. Σημαντικό είναι να διατηρηθούν ικανοποιητικά επίπεδα βι-

ταμίνης D με χορήγηση συμπληρώματος 10μg σε γυναίκες που δεν εκτίθενται επαρκώς στον ήλιο ή που η διατροφή τους χαρακτηρίζεται από περιορισμένη λήψη βιταμίνης D. Η συστηματική προληπτική χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου έχει μειωθεί σήμερα λόγω ενδεχομένων επιπλοκών στην εγκυμονούσα, όπως η ναυτία και η δυσκοιλιότητα. Τέλος, η λήψη βιταμίνης A >700μg ημερησίως μπορεί να προκαλέσει τερατογένεση. Γι αυτό, αποφεύγεται η λήψη αντίστοιχου συμπληρώματος και η βρώση συκωτιού και παραγώγων του λόγω της υψηλής περιεκτικότητας τους σε βιταμίνη A.

Δεν επιτρέπονται οποιασδήποτε μορφής δίαιτες στην εγκυμοσύνη, ούτε η κατανάλωση πολλών μπαχαρικών, αλλαντικών και μεγάλων λιπαρών γευμάτων, ιδιαίτερα πριν την κατάκλιση. Η έγκυος πρέπει να ενθαρρύνεται να καταναλώνει πολλά φρούτα και λαχανικά, δημητριακά και ψωμί ολικής αλέσεως, άπαχο και καλά ψημένο κρέας και ψάρια (αποφεύγονται όσα περιέχουν βαρέα μέταλλα, όπως ξιφίας, καρχαρίας, κολιός, δελφίνια, βασιλικό σκουμπρί, φρέσκος τόνος), όσπρια, ξηρούς καρπούς και πράσινα λαχανικά. Επίσης να καταναλώνει υγρά μεταξύ των γευμάτων και όχι με τα γεύματα, ώστε να περιορίζεται η κοιλιακή διάταση.

3. Λοιμώξεις σχετιζόμενες με τη διατροφή. Συνιστώνται τρόποι αποφυγής τροφιμογενών λοιμώξεων, όπως η λιστερίωση, η σαλμονέλλωση και η τοξοπλάσμωση. Συστήνεται το παστεριωμένο ή γάλα υψηλής παστερίωσης, η αποφυγή μαλακών τυριών, προπαρασκευασμένων ή μη καλά μαγειρεμένων γευμάτων, ωμών κρεάτων, αυγών και καπνιστών και να αποφεύγουν την επαφή με γάτες που δεν είναι αποκλειστικά οικόσιτες λόγω του κινδύνου τοξοπλάσμωσης. Σε διαφορετική περίπτωση χρειάζεται να αλλάζει συχνά η ειδική άμμος που χρησιμοποιούν για τις κενώσεις τους με χρήση ελαστικών γαντιών. Για τον ίδιο λόγο πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια για την περιποίηση φυτών και κήπων.

4. Χρήση φαρμάκων. Συστήνεται γενικώς η αποφυγή χρήσης φαρμάκων στην κύηση, εκτός αν κρίνεται απαραίτητο από το θεράποντα, όπως στην περίπτωση εγκύων σε αγωγή για νοσήματα θυρεοειδούς, κατάθλιψη ή χρόνια νοσήματα και όπου η απότομη διακοπή τους μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα για την ίδια και το κύημα. Κριτήριο είναι το προσδοκώμενο όφελος για την ασθενή και το κύημα να υπερτερούν του εκτιμώμενου κινδύνου από τη χρήση τους. Καλό είναι να λαμβάνεται υπόψη η ταξινόμηση της επικινδυνότητας του φαρμάκου στην κύηση και γαλουχία κατά FDA (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ. Τονίζεται ότι η χρήση εναλλακτικών μορφών θεραπείας δεν εί-

ναι απαραίτητα ακίνδυνα και καλό είναι η έγκυος να καταφεύγει σε αυτές με εξαιρετική φειδώ.

5. Άσκηση. Ενθαρρύνεται η ήπια έως μέτρια άσκηση, αλλά τονίζεται η αποφυγή έντονης δραστηριότητας και επικίνδυνων σπορ. Για παράδειγμα, η Παγκόσμια Οργάνωση Περιγεννητικής Ιατρικής (World Association of Perinatal Medicine) προτείνει ως ασφαλείς ασκήσεις το κολύμπι και το στατικό ποδήλατο.

6. Σεξουαλική δραστηριότητα. Δεν υπάρχουν μελέτες που να συσχετίζουν τη σεξουαλική επαφή στην κύηση με αρνητική έκβαση, εκτός από περιπτώσεις πρόωρων συσπάσεων, επιπωματικού πλακούντα ή λοιμώξεων, ούτε συνιστάται αποχή επαφών κατά το 3^ο τρίμηνο.

7. Κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά. Ενθαρρύνεται η διακοπή του καπνίσματος, η αποφυγή λήψης ναρκωτικών ουσιών και αν χρειάζεται, γίνεται παραπομπή σε ειδικά κέντρα για προγράμματα απεξάρτησης. Ειδικά η διακοπή του καπνίσματος θεωρείται αναγκαία λόγω του αυξημένου κινδύνου προωρότητας και γέννησης μικρότερου βάρους νεογνών σε καπνίστριες και των άλλων νοσολογικών επιπτώσεων στην έγκυο και το νεογνό που είναι λιγότερο τεκμηριωμένες, σχετίζονται κυρίως με επιδράσεις στο αναπνευστικό και το ανοσοποιητικό σύστημα ή αφορούν επιπλοκές στην υγεία και τη μετέπειτα ζωή του παιδιού. Επίσης συστήνεται η διακοπή του αλκοόλ, τουλάχιστον στο α' τρίμηνο και η χρήση πολύ περιορισμένης ποσότητας στη συνέχεια μία ή δύο φορές την εβδομάδα, ενώ το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων καταλήγει ότι καμία ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ δεν μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής κατά την εγκυμοσύνη.

8. Εμβολιασμοί. Έγκυες που διανύουν το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια έξαρσης της γρίπης πρέπει να εμβολιάζονται λόγω του αυξημένου κινδύνου επιπλοκών από τον ιό. Το εμβόλιο είναι ασφαλές για το έμβρυο, αλλά και το νεογνό, που θηλάζει και τα ειδικά αντισώματα περνούν από τη μητέρα στο νεογνό και το προστατεύουν τους πρώτους μήνες ζωής του. Επιπλέον η Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, 2011) συνιστά τον εμβολιασμό με Tdap εγκύων που δεν έχουν ακολουθήσει το πλήρες εμβολιαστικό σχήμα. Ο εμβολιασμός με Tdap πρέπει να διενεργείται κατά προτίμηση κατά το 3^ο ή κατά το τέλος του 2^{ου} τριμήνου, δηλαδή μετά την 20^η ΕΚ.

Αντιμετώπιση συχνών συμπτωμάτων στην κύηση

Γίνεται ενημέρωση και δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων, αισθήματος κο-

πώσεως, αύξησης συχνότητας ούρησης, δυσκολιότητας, ενδεχόμενης αυξημένης κοιλιακής έκκρισης, οσφυαλγίας, αιμορροϊδων και φλεβίτιδας.

Ανίχνευση και πρώιμη αντιμετώπιση ψυχικών παθήσεων

Μία στις 10 γυναίκες παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη και γενικώς κύηση και λοχεία αποτελούν περιόδους αυξημένης επίπτωσης κατάθλιψης. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να γίνεται σωστή και έγκαιρη ενημέρωση της κυοφορούσας και του συντρόφου της από το θεράποντα, ώστε η γυναίκα να μη νιώθει ενοχές, να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και να αναζητά ιατρική βοήθεια. Συνιστάται να γίνεται αδρή εκτίμηση της ψυχικής υγείας της επιτόκου με απλές ερωτήσεις όπως: «Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, αισθάνθηκες κατάθλιψη ή αίσθημα απελπισίας;», «Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα πόσο συχνά αισθάνθηκες άσχημα, είχες μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση να κάνεις διάφορα πράγματα;». Εάν κάποια από τις απαντήσεις είναι θετική, η επόμενη ερώτηση είναι: «Αισθάνεσαι ότι είναι κάτι που χρειάζεσαι βοήθεια για να το αντιμετωπίσεις;» και στη συνέχεια αξιολογείται η ανάγκη υποστήριξης από ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Κλινική Εξέταση

Παράλληλα με την κλινική εξέταση, στην 1^η επίσκεψη γίνονται σωματομετρήσεις και υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος, ο οποίος επαναξιολογείται στις επόμενες επισκέψεις. Δε συστήνεται η επαναλαμβανόμενη εξέταση των μαστών και της πυέλου, ενώ πρέπει να εκτιμάται ο κίνδυνος ενδοοικογενειακής βίας.

1. Εκτίμηση αιματολογικών καταστάσεων και βιοχημικών παραμέτρων

1.1 Αναιμία. Η πρώτη μέτρηση αιμοσφαιρίνης συστήνεται την ~10^η και η δεύτερη την 28^η ΕΚ. Εάν στην πρώτη λήψη η αιμοσφαιρίνη είναι <11 g/dl ή στη δεύτερη <10.5 g/dl, διερευνάται η αναιμία και χορηγείται συμπλήρωμα σιδήρου, εφόσον κρίνεται απαραίτητο.

1.2 Ομάδα αίματος και αλλοαντισώματα έναντι των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο έλεγχος ομάδας αίματος και παράγοντα Rhesus D συστήνεται στην 1^η επίσκεψη. Σε έγκυες Rhesus D αρνητικές και μη ευαισθητοποιημένες συστήνεται συστηματική προφύλαξη με αντί D ανοσοσφαιρίνη, αφού προηγηθεί έλεγχος του συντρόφου για να επιβεβαιωθεί η αναγκαιότητα της χορήγησής της. Επιπλέον, ελέγχονται για αντισώματα κατά των ερυθρών αιμοσφαιρίων (έμμεση Coombs) στην αρχή της ε-

γκυμοσύνης και την 28^η ΕΚ, ανεξαρτήτως της παρουσίας ή όχι του παράγοντα Rhesus D. Σε περίπτωση ανίχνευσης αντισωμάτων, οι έγκυες πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικό κέντρο για περαιτέρω διερεύνηση.

1.3 Έλεγχος για αιμοσφαιρινοπάθειες. Πληθυσμιακός έλεγχος για θαλασσαιμίες και δρεπανοκυτταρική αναιμία γίνεται πριν τη 10^η ΕΚ, με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, δοκιμασία δρεπάνωσης και ενδεδειγμένες μεθόδους σε πληθυσμούς όπως ο Ελληνικός, με συχνότητα εμφάνισης αιμοσφαιρινοπαθειών >1,5 περιπτώσεις/10.000 κυήσεις.

1.4 Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας θυρεοειδούς και σακχάρου αίματος συνιστάται στην πρώτη επίσκεψη.

2. Έλεγχος για ανωμαλίες εμβρύου

Στις ανεπίπλεκτες κυήσεις δικαιολογούνται δύο μόνον υπερηχογραφήματα, δηλαδή αυχενική διαφάνεια και υπερηχογράφημα 2^{ου} τριμήνου για έλεγχο δομικών ανωμαλιών. Δε συστήνεται η πραγματοποίηση εξέτασης Doppler 3^{ου} τριμήνου σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου. Ειδικότερα:

2.1 Για τον προσδιορισμό του κινδύνου εμφάνισης ανεϋπλοειδιών (τρισωμία 21, 13 και 18), διενεργείται μεταξύ 110/7 και 136/7 ΕΚ η συνδυασμένη δοκιμασία 1^{ου} τριμήνου (υπερηχογραφικοί δείκτες με κύριο την αυχενική διαφάνεια του εμβρύου και βιοχημικοί, όπως το ελεύθερο κλάσμα της βήτα υποομάδας της χοριακής γοναδοτροπίνης (β-hCG) και η Pregnancy Associated Plasma Protein-A (PAPP-A). Σε περίπτωση παθολογικού αποτελέσματος (πιθανότητα ανεϋπλοειδίας μεγαλύτερη από 1/250 πρέπει να προσφέρεται η δυνατότητα επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου με λήψη τροφοβλαστικού ιστού του εμβρύου κατά το πρώτο τρίμηνο ή αμνιοπαρακέντηση αργότερα κατά το δεύτερο τρίμηνο. Αν η πρώτη εξέταση γίνει μετά τη 14^η ΕΚ ή σε περίπτωση που δεν καταστεί δυνατή η μέτρηση αυχενικής διαφάνειας, γίνεται η τριπλή ή τετραπλή δοκιμασία μεταξύ 150/7 και 200/7 ΕΚ με μέτρηση α-φετοπρωτεΐνης, χοριακής γοναδοτροπίνης, ασύζευκτης οιστριόλης, και ανασταλτίνης Α στον ορό της εγκύου και ακολουθεί κατάλληλη συμβουλευτική, σε περίπτωση θετικής δοκιμασίας.

2.2 Μεταξύ 180/7 και 226/7 ΕΚ διενεργείται υπερηχογράφημα για έλεγχο δομικών ανωμαλιών του εμβρύου για διαπίστωση των τεσσάρων κοιλοτήτων της καρδιάς, των τριών αγγείων (πνευμονική αρτηρία, αορτή και άνω κοίλη φλέβα) και τη φυσιολογική σύνδεση των μεγάλων αγγείων με την καρδιά. Το υπερηχογράφημα 2^{ου} τριμήνου δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου για σύνδρομο Down ούτε για τον ε-

παναπροσδιορισμό της πιθανότητας ύπαρξης του συνδρόμου με βάση την εύρεση ενός μόνο ήπιου υπερηχογραφικού δείκτη χρωμοσωμιακής ανωμαλίας. Σε περίπτωση όμως αυξημένης (>6mm) αυχενικής πτυχής ή αν διαπιστωθούν κάποιοι από τους ελάσσονες δείκτες ή τους μείζονες δείκτες χρωμοσωμιακής ανωμαλίας στο υπερηχογράφημα δεύτερου τριμήνου, η έγκυος πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό ιατρό ή κέντρο προγεννητικού ελέγχου για το ενδεχόμενο διενέργειας επεμβατικού γενετικού ελέγχου (αμνιοπαρακέντηση).

Σε περίπτωση θετικών ευρημάτων, όπου αποφασίζεται η διακοπή της κύησης, το νεκρό κύημα χρειάζεται να υποβάλλεται σε περιγεννητική νεκροτομή. Η νεκροτομή διενεργείται από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο και βάσει προδιαγραφών που περιλαμβάνουν τις απαραίτητες διεργασίες δειγματοληψίας ιστών και συνοδευτικές συναφείς εργαστηριακές εξετάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί τελική διάγνωση. Τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης των ευρημάτων σε περιπτώσεις όψιμου εμβρυϊκού και νεογνικού θανάτου (Tulip, ReCoDe, PZAZ, CMACE, Stockholm), που έχουν υιοθετηθεί από τα ειδικά περιγεννητικά κέντρα των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας και άλλων ευρωπαϊκών χωρών έχουν συγκριτικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ενώ τα πιο σύγχρονα περιλαμβάνουν απαραίτητως στοιχεία από την εξέταση του πλακούντα.

Επανάληψη του υπερηχογραφήματος, διακοιλιακά ή και διακολπικά αν χρειαστεί, στις 32 εβδομάδες συστήνεται στις περιπτώσεις επιχείλιου ή επιπωματικού πλακούντα.

Η θέση του εμβρύου μπορεί να ελεγχθεί μετά τις 36 εβδομάδες με ψηλάφηση της κοιλιάς της εγκύου και σε περίπτωση υποψίας ανώμαλης προβολής να επιβεβαιωθεί υπερηχογραφικά.

Συστήνεται η ακρόαση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου σε κάθε επίσκεψη, όχι όμως η πραγματοποίηση καρδιοτοκογραφήματος ηρεμίας (Non Stress Test) σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου. Μόνο σε γυναίκες που αρνούνται πρόκληση τοκετού στις συμπληρωμένες 41 εβδομάδες συστήνεται πιο στενή παρακολούθηση δύο φορές την εβδομάδα με καρδιοτοκογράφημα και υπερηχογραφικό έλεγχο, που περιλαμβάνει οπωσδήποτε και τη μέτρηση του αμνιακού υγρού.

3. Έλεγχος για λοιμώξεις

3.1 Ασυμπτωματική βακτηριουρία. Στην αρχή της κύησης και σε κάθε επίσκεψη στη συνέχεια διενεργείται γενική ούρων και επί ενδείξεων καλλιέργεια, καθώς η διάγνωση και θεραπεία ενδεχόμενης ουρολοίμωξης μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης πνε-

λονεφρίτιδας.

3.2 Βακτηριακή κολπίτιδα. Δε συνιστάται συστηματικός έλεγχος, καθώς η διάγνωση και θεραπεία της δεν μειώνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ούτε αποτρέπει άλλες επιπλοκές της κύησης.

3.3 Chlamydia trachomatis. Οι κατευθυντήριες οδηγίες διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν προσφέρεται έλεγχος σε όλες τις εγκύους για λοίμωξη από χλαμύδια, γίνεται όμως ενημέρωση σε όσες έγκυες είναι μικρότερες των 25 ετών στην πρώτη επίσκεψη για τον υψηλό κίνδυνο χλαμυδιακής λοίμωξης και σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου παραπομπή για έλεγχο. Στις Σκανδιναβικές χώρες οι συστάσεις εξαρτώνται από το ιστορικό αυξημένου κινδύνου. Στις ΗΠΑ συστήνεται έλεγχος όλων των εγκύων για χλαμύδια κατά την πρώτη επίσκεψη και επανελέγχονται στο 3^ο τρίμηνο μόνον σε όσες ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (άγαμες, πρόσφατη αλλαγή ερωτικού συντρόφου, πολλαπλοί σύντροφοι, ηλικία κάτω των 25 ετών, ιστορικό ή παρουσία και άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, ανεπαρκής προγεννητική παρακολούθηση). Οι έγκυες υψηλού κινδύνου κατά την πρώτη επίσκεψη ελέγχονται επίσης για γονόρροια.

3.4 Κυτταρομεγαλοϊός- Λιστέρια- Στρεπτόκοκκος της ομάδας Β. Από τα CDC στις ΗΠΑ και το Βασιλικό Κολλέγιο της Αγγλίας δε συνιστάται πληθυσμιακός έλεγχος για τον κυτταρομεγαλοϊό (CMV). Οι απόψεις υπέρ της κατάργησης του πληθυσμιακού ελέγχου για CMV στηρίζονται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει ακριβής πρόβλεψη των συνεπειών της πρωτοπαθούς μόλυνσης, μερικές φορές συμβαίνει μητρική επαναμόλυνση με νέο, διαφορετικό στέλεχος, 2% των νεογνών εκκρίνουν CMV και τέλος ότι δεν υπάρχει εμβόλιο, αποτελεσματική θεραπεία ή προφύλαξη για το έμβρυο. Για τη λιστέρια και το στρεπτόκοκκο ομάδας Β οι συστάσεις διαφέρουν. Οι περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, Καναδά και Αυστραλίας, συστήνουν πληθυσμιακό έλεγχο σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου συνιστάται να δίνονται πληροφορίες για κανόνες υγιεινής, που βοηθούν στην αποφυγή προσβολής από λιστέρια και σαλμονέλα. Ο έλεγχος με κολπικό και ορθικό έλεγχο για αποικισμό με στρεπτόκοκκο γίνεται μεταξύ της 35^{ης} και 37^{ης} εβδομάδας κύησης. Χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης με πενικιλίνη ως αντιβιοτικό εκλογής ή αμπικιλίνη ως εναλλακτική λύση κατά τον τοκετό συστήνεται σε γυναίκες, όπου στον προηγούμενο τοκετό το νεογνό εμφάνισε στρεπτοκοκκική νόσο, όσες είχαν στρεπτοκοκκική βακτηριουρία, θετικό έλεγχο αποικισμού στην παρούσα εγκυμοσύνη, άγνωστο ιστορικό αποικισμού

και τοκετό πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης, θερμοκρασία >38°C ή ρήξη εμβρυϊκών υμένων για περισσότερες από 18 ώρες.

3.5 Τοξοπλάσωση, Ερυθρά, Σύφιλη, Ηπατίτιδα Β-С, HIV. Συστήνεται έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων και ειδικότερα για τοξοπλάσωση, ερυθρά, σύφιλη, ηπατίτιδα Β και С με στόχο, όπου είναι εφικτό, τη μείωση της κάθετης μετάδοσης από τη μητέρα στο έμβρυο. Ο έλεγχος για σύφιλη και HIV -κατόπιν ενημερωμένης γραπτής συγκατάθεσης της εγκύου ή των γονέων της, εφόσον πρόκειται για έγκυο κάτω των 18 ετών- γίνεται στην αρχή της κύησης και επαναλαμβάνεται στην 28η ΕΚ.

3.6 Έλεγχος για άλλες κλινικές καταστάσεις

3.6.1. Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ). Γίνεται πληθυσμιακός έλεγχος για ΣΔΚ με καμπύλη σακχάρου για την ανίχνευση των εγκύων σε αυξημένο κίνδυνο (παχυσαρκία, βάρος γέννησης εμβρύου >4.5 Kg σε προηγούμενη εγκυμοσύνη, ιστορικό ΣΔΚ σε προηγούμενη κύηση, οικογενειακό ιστορικό ΣΔ και προέλευση από Νότια Ασία, Καραϊβική και Μέση Ανατολή).

3.6.2 Προεκλαμψία. Η έλλειψη ιδανικής δοκιμασίας καθιστά δύσκολη την καθιέρωση μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. Χαρακτηριστική αλλοίωση είναι η σπειραματική ενδοθελίωση, η οποία ανευρίσκεται μόνο στο 50% των ασθενών με κλινικά κριτήρια προεκλαμψίας, ενώ η διάγνωση απαιτεί επεμβατική βιοψία νεφρών, η οποία δεν είναι όμως ειδική για την προεκλαμψία. Ο συνήθης πληθυσμιακός έλεγχος για την ανίχνευση των εγκύων αυξημένου κινδύνου αφορά έγκυες ηλικίας >40 ετών, πρωτοτόκους, που έχουν >10 ετών μεσοδιάστημα κυήσεων, οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό προεκλαμψίας, BMI>30 Kg/m², πολύδυμη κύηση, προϋπάρχουσα αγγειακή νόσο, όπως υπέρταση και προϋπάρχουσα νεφρική νόσο. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται συχνότερη παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης και ενημέρωση για αναζήτηση άμεσης βοήθειας, αν παρουσιάσουν έντονη κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, διαξιφιστικό άλγος επιγαστρίου, οίδημα προσώπου ή άκρων. Αν διαπιστωθεί υπέρταση, σοβαρή πρωτεϊνουρία ή κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα, η έγκυος μπαίνει σε πρόγραμμα ενδεδειχούς παρακολούθησης. Σύμφωνα με ορισμένους χορηγείται προληπτικά μικρή δόση ασπιρίνης (1mg/Kg/ημερησίως), με έναρξη όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε να προλάβει την αγγειογένεση, αλλά όχι αργότερα από τις αρχές του β' τριμήνου.

3.6.3 Κίνδυνος πρόωρου ή προβληματικού τοκετού. Δεν συστήνεται πληθυσμιακός έλεγχος για ανεύρεση εγκύων σε κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ενώ σε περίπτωση ισχιακής προβολής, μονήρους μη ε-

πιπλεγμένης κύησης, πρέπει να δίνεται η επιλογή εξωτερικού μετασχηματισμού του εμβρύου σε κεφαλική προβολή μεταξύ 36 και 37 εβδομάδων σε κατάλληλο νοσοκομειακό περιβάλλον, από ιατρό που έχει εμπειρία στον χειρισμό υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει ουλή ή ανωμαλία διάπλασης της μήτρας, ρήξη υμένων, κολπική αιμόρροια, ή άλλη ιατρική αντένδειξη.

2.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα η παρακολούθηση των εγκύων γυναικών γίνεται κυρίως από ιατρούς (Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, ιδιωτικά ιατρεία ή Κέντρα Υγείας) και σπανιότερα από μαίες σε Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία ή μαίες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και προάγουν την ιδέα του φυσιολογικού τοκετού και του τοκετού στο σπίτι.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες, ούτε ακολουθείται κάποιο ομοιόμορφο πλάνο παρακολούθησης της εγκύου. Η συνήθης πρακτική είναι η μηνιαία παρακολούθηση τόσο της πρωτοτόκου, όσο και της πολυτόκου εγκύου. Στα περισσότερα δημόσια και ιδιωτικά Μαιευτήρια υπάρχουν ψυχολόγοι, που ασχολούνται με την υποστήριξη της ψυχικής υγείας της εγκύου, χωρίς να είναι βέβαιο ότι υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα έγκαιρης ανίχνευσης της κατάθλιψης ή κακοποίησης κατά τη διάρκεια της προγεννητικής.

Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων συνήθως παρέχονται συμβουλές για θέματα αγωγής υγείας, όπως διατροφή, άσκηση, διακοπή καπνίσματος, προετοιμασία για τον τοκετό, θηλασμός και περιποίηση του νεογέννητου. Δε φαίνεται ότι λαμβάνεται ειδική πρόνοια για επιβεβαίωση της εμβολιαστικής κάλυψης της εγκύου. Πολλά δημόσια και ιδιωτικά Μαιευτήρια και οργανώσεις μαιών οργανώνουν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, ανώδυνου τοκετού και θηλασμού. Δεν υπάρχουν όμως προγράμματα εκπαίδευσης και των δυο γονέων για απόκτηση γονικών δεξιοτήτων για προληπτικές παρεμβάσεις, που θα συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των παιδιών τους.

Εκτός από την κλινική εξέταση, σε κάθε επίσκεψη γίνεται μέτρηση του βάρους και της αρτηριακής πίεσης, ενώ συνήθως πραγματοποιείται ακρόαση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου σε κάθε επίσκεψη συνήθως με συσκευή Doppler από το δεύτερο τρίμηνο και μετά.

Συστήνεται η χρήση συμπληρώματος σιδήρου και ασβεστίου με ή χωρίς βιταμίνη D, είτε από την αρχή της εγκυμοσύνης είτε από το β' τρίμηνο, η οποία συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της λοχείας

και τη γαλουχία. Καθώς όμως η Ελλάδα έχει μεγάλη ηλιοφάνεια, δεν έχει διερευνηθεί αν η βιταμίνη D προσφέρει επιπλέον προστασία στις Ελληνίδες εγκύους. Επίσης δεν έχει επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα της πολύ συχνής από του στόματος χορήγησης μαγνησίου με στόχο να αντιμετωπισθούν οι κράμπες και οι συστολές της μήτρας. Μερικοί ιατροί αντί για σίδηρο και ασβέστιο χορηγούν στις εγκύους σκευάσματα πολυβιταμινών και ιχνοστοιχείων. Σε προγραμματισμένες εγκυμοσύνες συστήνεται επίσης η λήψη φυλλικού οξέος 1-3 μήνες πριν τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια της κύησης, σύμφωνα με την οδηγία που ξεκίνησε να εφαρμόζεται από την Μεγάλη Βρετανία στις αρχές της δεκαετίας του '90 και επιβλήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1998. Η συνιστώμενη δόση είναι 400μg ημερησίως, συχνά όμως χορηγείται πολλαπλάσια της απαραίτητης δόση (5-10 mg ημερησίως). Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς άρχισε να εφαρμόζεται η πρακτική αυτή στην Ελλάδα, ούτε το ποσοστό συμμόρφωσης θεραπόντων ή εγκύων. Για την επικινδυνότητα χρήσης των φαρμάκων στην εγκυμοσύνη, συνήθως ακολουθείται η κατηγοριοποίηση του Food and Drug Administration των ΗΠΑ.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις στην πρώτη επίσκεψη της εγκύου περιλαμβάνουν γενική εξέταση αίματος, που επαναλαμβάνεται συνολικά σε ανεπίπλεκτη κύηση τουλάχιστον 3 φορές, ομάδα αίματος-Rhesus, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, δοκιμασία δρεπανώσεως, ουρία, σάκχαρο αίματος, έλεγχο λοιμώξεων, αυστραλιανό αντιγόνο, έλεγχο θυρεοειδούς (περιλαμβάνει συνήθως T3, fT4 και TSH, χωρίς να υπάρχει ερευνητική κατοχύρωση για την αξία της μέτρησης T3 και fT4 σε ασυμπτωματικές έγκυες), γενική εξέταση ούρων με ανά μήνα επανάληψη, καλλιέργεια ούρων και καλλιέργεια κολπικού υγρού. Από ορισμένους συστήνεται επίσης έλεγχος αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων, χωρίς να υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την αναγκαιότητα ή το είδος της εξέτασης: anti-TPO, anti-Tg, anti-TSI. Οι ακολουθούμενες πρακτικές σχετικά με τον έλεγχο ρουτίνας για παθογόνα ποικίλουν, καθώς για ορισμένα παθογόνα ακολουθούν τις διαφοροποιήσεις που σημειώνονται ανάμεσα στις διεθνείς οδηγίες, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του μυκοπλάσματος και του ουρεοπλάσματος. Ο έλεγχος κολπικού για στρεπτόκοκκο ομάδας B, αερόβια, αναερόβια, μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα και χλαμύδια γίνεται συνήθως στις 35-37 ΕΚ, ενώ ορισμένοι συστήνουν επίσης έλεγχο για χλαμύδια και στρεπτόκοκκο στο 1° τρίμηνο και επαναληπτικό έλεγχο στις 35-37 ΕΚ. Ο πληθυσμιακός έλεγχος για CMV αποτελεί παγιωμένη τακτική, ενώ

άλλοι συστήνουν επίσης έλεγχο για λιστέριες. Εφόσον βρεθεί έλλειψη ανοσίας για ερυθρά στην αρχική εξέταση, ο έλεγχος επαναλαμβάνεται στις 20 ή στις 30 εβδομάδες της κύησης και το ίδιο ισχύει για το τοξόπλασμα και τον κυτταρομεγαλοϊό (CMV).

Συνήθως οι έγκυες υποβάλλονται σε πληθυσμιακό έλεγχο για ΣΔΚ στις 24-28 ΕΚ με καμπύλη σακχάρου μετά από χορήγηση 75g γλυκόζης και μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος στα 0, 60 και 120 λεπτά καθώς και μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Σε περίπτωση που τουλάχιστον μια από τις τιμές είναι: νηστείας >92 mg/dl, 60 λεπτών >180 mg/dl και 120 λεπτών >153 mg/dl διαγιγνώσκεται λανθάνων διαβήτη κύησης. Εναλλακτικά, κάποιοι ιατροί προτιμούν την παλιότερη οδηγία για εκτέλεση καμπύλης σακχάρου μετά από χορήγηση 100g γλυκόζης και μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος στα 0,60, 120 και 180 λεπτά, ενώ άλλοι εφαρμόζουν τη δοκιμασία της 13^{ης} εβδομάδας με καμπύλη σακχάρου μετά από χορήγηση 50 γραμμαρίων γλυκόζης και μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος στα 0 και 60 λεπτά.

Σε περίπτωση που η έγκυος είναι Rhesus θετική διενεργείται έμμεση Coombs στην αρχή της εγκυμοσύνης, ενώ, αν είναι Rhesus αρνητική, γίνεται έλεγχος του Rhesus του συζύγου και έμμεση Coombs κάθε μήνα. Αν κριθεί σκόπιμο χορηγείται σε γυναίκες που είναι Rhesus D αρνητικές, μη ευαισθητοποιημένες, αντί D ανοσοσφαιρίνη στις 28 και 35 εβδομάδες κατά τη διάρκεια της κύησης ή αμέσως μετά τον τοκετό, σε περίπτωση Rhesus θετικού νεογνού. Το σχήμα αυτό μπορεί να τροποποιηθεί αν υπάρξει αιμορραγία ή επέμβαση προγεννητικού έλεγχου κατά την κύηση. Σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση στην έγκυο τα συνιστώμενα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, σύμφωνα με τις γνώμες των ειδικών, κυμαίνονται από <6.5 ως <10gr/dl.

Ο έλεγχος για αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελεί εξέταση ρουτίνας στον Ελληνικό πληθυσμό, καθώς 8% του πληθυσμού είναι φορείς μεσογειακής αναιμίας. Αν και οι δύο γονείς είναι φορείς μεσογειακής ή δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, γίνεται λήψη τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση ή λήψη εμβρυϊκού αίματος για έλεγχο ομοζυγωτίας του εμβρύου και περαιτέρω μοριακός έλεγχος των γονέων σε ειδικά κέντρα αναφοράς. Τα τελευταία χρόνια, συστήνεται συχνά στην αρχή της κύησης έλεγχος της εγκύου για κυστική ίνωση, της δεύτερης σε συχνότητα μονογονιδιακής πάθησης στον Ελληνικό πληθυσμό. Η εξέταση δεν καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς και έχει υψηλό κόστος λόγω των πολλών μεταλλάξεων της νόσου στον Ελληνικό πληθυσμό.

Ο έλεγχος για ανωμαλίες του εμβρύου στην Ελ-

λάδα ακολουθεί σε γενικές γραμμές τις βρετανικές οδηγίες του NICE. Ορισμένοι ιατροί ακολουθώντας πρακτικές, που ισχύουν σε Πολιτείες των ΗΠΑ, συστήνουν συνδυασμένη και ακολούθως και τριπλή δοκιμασία έλεγχου ανευπλοϊδιών, λόγω όμως του αυξημένου ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων του συνδυασμένου αποτελέσματος των παραπάνω δοκιμασιών, αυξάνει σημαντικά ο αριθμός αμνιοπαρακεντήσεων. Άλλοι ακολουθούν πιο αμυντικές τακτικές παραπέμποντας τις εγκύους ηλικίας <17 ή >36 ετών για προγεννητικό έλεγχο με λήψη τροφοβλάστης μεταξύ της 11^{ης}-14^{ης} ΕΚ είτε με λήψη αμνιακού υγρού μετά τη 16^η-18^η ΕΚ, ακόμη και αν η αυχενική διαφάνεια ή η συνδυασμένη δοκιμασία αποβούν αρνητικές. Ορισμένες φορές, ειδικά σε εγκύους >36 ετών παραλείπουν εντελώς την αυχενική διαφάνεια ή τη συνδυασμένη δοκιμασία και προχωρούν κατευθείαν σε λήψη τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού.

Ο έλεγχος για ανωμαλίες του εμβρύου συμπληρώνεται με το υπερηχογράφημα β' τριμήνου, που γίνεται συνήθως μεταξύ 21^{ης} και 23^{ης} ΕΚ. Σε περιπτώσεις παθολογικών ευρημάτων του εγκεφάλου έχει προστεθεί πρόσφατα στη διαγνωστική φαρέτρα η δυνατότητα ενδομήτριας μαγνητικής τομογραφίας. Ορισμένοι μαιευτήρες συνιστούν να γίνεται λεπτομερέστερος έλεγχος της καρδιάς του εμβρύου από ειδικό εμβρυοκαρδιολόγο υπερηχογραφιστή ως διαδικασία ρουτίνας, παρότι απαιτεί επιπλέον κόστος. Το υπερηχογράφημα β' τριμήνου χρησιμοποιείται και ως μέθοδος έλεγχου για σύνδρομο Down καθώς και για τον επαναπροσδιορισμό της πιθανότητας ύπαρξης του συνδρόμου με βάση την εύρεση ενός ή περισσότερων ελασσόνων ή μειζόνων υπερηχογραφικών δεικτών χρωμοσωμιακής ανωμαλίας.

Όταν προκύψουν θετικά προγεννητικά υπερηχογραφικά ευρήματα, πέραν της παραπομπής για κυτταρογενετικό έλεγχο με καρυότυπο, ακόμη και επί φυσιολογικού καρυοτύπου, γίνεται συχνά προγεννητικός γενετικός έλεγχος ανάλογα με τις υπάρχουσες εργαστηριακές δυνατότητες ή τα κυκλοφορούντα διαγνωστικά «πακέτα», χωρίς να προηγηθεί κλινική συσχέτιση με την εικόνα του εμβρύου. Το φαινόμενο αυτό πιθανώς αντανάκλα την έλλειψη επαρκούς αριθμού ειδικών κλινικών δυσμορφολόγων στη χώρα μας. Εξάλλου, προκειμένου ο γενετικός έλεγχος να είναι στοχευμένος, υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από εξειδικευμένο στο έμβryo κλινικό γενετιστή, κλινικό δυσμορφολόγο ή εκπαιδευμένο περιγεννητικό παθολογοανατόμο.

Σε περιπτώσεις εμβρυϊκών ανωμαλιών με δυσμενή πρόγνωση, εφόσον οι γονείς επιλέγουν τη διακοπή της κύησης, το νεκρό κύημα αποστέλλε-

ται με γραπτή συγκατάθεσή τους για νεκροτομή, κατόπιν συστάσεως του μαιευτήρα ή του διενεργήσαντος τον προγεννητικό έλεγχο. Επειδή δεν υπάρχουν προδιαγραφές για τη διαδικασία, το κύημα φθάνει από τα περιφερειακά νοσοκομεία σε ειδικά κέντρα της Αθήνας, συνήθως με ταχυμεταφορά και χρέωση των γονέων. Όταν η αποστολή δε γίνεται υπηρεσιακά, ενδέχεται να μεταφέρεται από τον ίδιο το γονέα.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος, με βάση το Προεδρικό διάταγμα Π.Δ.228/2000, ΦΕΚ Α 197/12.9.2000 και την τροποποίηση του με το Π.Δ.210/2003, ΦΕΚ Α 168/2.7.2003, άδεια εκτέλεσης υπερηχογραφήματων για παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, πέρα από τους ακτινολόγους, έχουν μόνο όσοι μαιευτήρες-γυναικολόγοι έχουν εκπαιδευτεί για ένα εξάμηνο μετά τη λήψη της ειδικότητας σε πιστοποιημένα κέντρα εκπαίδευσης και έχουν εξεταστεί με επιτυχία στις εξετάσεις του Υπουργείου Υγείας. Παρότι το πρώτο υπερηχογράφημα στις κυήσεις αυτές συμπίπτει με την εκτίμηση της αυχενικής διαφάνειας (~12^η ΕΚ), στην πράξη εφαρμόζεται ευρέως υπερηχογραφικός έλεγχος, ακόμα και για τις κυήσεις χαμηλού κινδύνου, μόλις είναι εφικτή η απεικόνιση του σάκου μετά τη διαπίστωση της κυήσεως είτε με κοιλιακή, είτε με κολπική κεφαλή, δηλαδή γύρω στην 6^η εβδομάδα, με σκοπό τον αποκλεισμό της εξωμητρίου κυήσεως. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας συνήθως πραγματοποιείται υπερηχογράφημα με εξέταση Doppler ακόμη και σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου μεταξύ 32 και 34 εβδομάδων, με σκοπό τον προσδιορισμό της θέσεως και του μεγέθους του εμβρύου, της θέσεως και της ωριμότητας του πλακούντα, της ποσότητας του αμνιακού υγρού και τη μελέτη της ροής του αίματος στα ομφαλικά αγγεία και, επί ενδείξεων στη μέση εγκεφαλική αρτηρία στον φλεβώδη πόρο του εμβρύου. Η χρησιμότητα της εξέτασης αυτής σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου αμφισβητείται έντονα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Καταχρηστικά, μία ή περισσότερες φορές στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, γίνεται ακόμη και σε εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας (NST-Non Stress Test) στο πλαίσιο του «βιοφυσικού προφίλ», μαζί με την υπερηχογραφική μέτρηση του αμνιακού υγρού, την ύπαρξη αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου, την καταγραφή του μυϊκού τόνου καθώς και των κινήσεων του εμβρύου. Τέλος, η συνήθης πρακτική είναι η διενέργεια NTS ανά 2 ημέρες για κυήσεις μεταξύ 40-41 εβδομάδων και ανά μια μέρα μετά την 41^η εβδομάδα σε γυναίκες που αρνούνται τη συνιστώμενη πρόκληση τοκετού στις 41 εβδομάδες.

Στις περιπτώσεις σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύ-

ου επιβάλλεται η νεκροτομή από ειδικό περιγεννητικό παθολογοανατόμο, και επί ενδείξεως χρειάζεται να ακολουθήσει γενετική διερεύνηση και στοχευμένος μοριακός γενετικός έλεγχος. Το κόστος της νεκροτομής συνήθως καλύπτεται από τους γονείς, ενώ η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας είναι ακόμη σοβαρότερη σε περιπτώσεις κυοφορίας παθολογικού εμβρύου, όπου για την επίτευξη τελικής διάγνωσης χρειάζεται επιβεβαίωση με στοχευμένο γενετικό έλεγχο, καθώς είναι δυνατόν να προκύψει νεκροτομικά διάγνωση γενετικού συνδρόμου. Καθώς η οικογένεια έχει ήδη επιβαρυνθεί με προηγηθείσες απρόσφορες εξετάσεις, ενδέχεται να δυσκολεύεται να καλύψει τον περαιτέρω έλεγχο μέχρι την τελική διάγνωση. Τυπικό παράδειγμα καταχρηστικού προγεννητικού μοριακού ελέγχου κατά την προηγούμενη 10ετία διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, αποτελεί ο έλεγχος FGFR3 σε περιπτώσεις σκελετικής δυσπλασίας του εμβρύου. Σημειώνεται έλλειμμα περιγεννητικών παθολογοανατόμων στην ελληνική επικράτεια και οι νεκροτομές γίνονται ως επί το πλείστον σε εξειδικευμένα κέντρα περιγεννητικής παθολογοανατομίας στην Αθήνα. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις διενεργούνται από γενικούς παθολογοανατόμους, ιατροδικαστές, εμβρυολόγους ή άλλους μη ειδικούς επιστήμονες. Ηθικά και πρακτικά ζητήματα εγείρονται αναφορικά με τη διαχείριση και την ταφή των νεκρών εμβρύων και θνησιγενών κυμάτων λόγω ελλείμματος στη σχετική νομοθεσία.

2.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρακολούθηση των εγκύων γυναικών στη χώρα μας γίνεται σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα από ιατρούς μαιευτήρες-γυναικολόγους και σε ελάχιστες περιπτώσεις από μαίες στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα. Εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες ή μηχανισμοί ελέγχου της συμμετοχής των εγκύων καθώς και του τρόπου παρακολούθησης της εγκυμοσύνης δεν υπάρχουν ενώ, με βάση τις γνώμες των ειδικών, σημειώνονται μάλλον υπερβάσεις παρά ελλείψεις στη συχνότητα των επισκέψεων σε ειδικούς στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων και τα συμπληρώματα διατροφής που συνιστώνται. Αντιστοίχως είναι υψηλή η οικονομική επιβάρυνση των γονιών και των ασφαλιστικών ταμείων, ενώ δεν υπάρχει πάντα κατοχύρωση της ανταποδοτικότητας των πρακτικών που ακολουθούνται. Ενώ δεν είναι γνωστό το ποσοστό της ελλιπούς παρακολούθησης των εγκύων στη χώρα μας, φαίνεται ότι δεν λειτουργούν επίσης συστήματα διασφάλισης της απρόσκοπτης και συνεχούς ροής της ιατρικής πληροφορίας προς τον παιδίατρο ή τους υγειονομικούς λειτουργούς,

που θα παρακολουθήσουν στη συνέχεια το παιδί και την ένταξη του στο οικογενειακό πλαίσιο. Τέλος, φαίνεται ότι υπολείπεται ο συστηματικός έλεγχος της ψυχικής υγείας της εγκύου και λεχωΐδας. Γι αυτό κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης ανίχνευσης επιλόχειας κατάθλιψης των λεχωΐδων και κακοποίησης κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη, ιδίως των γονέων πρώωρων και προβληματικών νεογνών.

Συμπερασματικά, για την ποιοτικά αιτιολογημένη παροχή υπηρεσιών παρακολούθησης της εγκύου κρίνεται απαραίτητη: (1) η θέσπιση Εθνικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, (2) η ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης της εφαρμογής τους όχι μόνον για εξορθολογισμό των δαπανών, αλλά και για τη διασφάλιση της βέλτιστης έκβασης της εγκυμοσύνης και (3) η ενδυνάμωση των γονέων με προγράμματα και δομές εκπαίδευσης και αλληλοϋποστήριξης στο γονεϊκό ρόλο, καθώς και ψυχολογικής υποστήριξης γυναικών με κύηση υψηλού κινδύνου, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ενώ σε ατομικό επίπεδο η Ελληνίδα έγκυος έχει

καλού επιπέδου παρακολούθηση, φαίνεται ότι υστερεί σημαντικά ο συλλογικός έλεγχος του συστήματος της προγεννητικής φροντίδας και τα προβλήματα μεγεθύνονται σε περιπτώσεις χειρισμού θεμάτων κακής έκβασης της εγκυμοσύνης, όπως τα θέματα περιγεννητικής νεκροτομής (μεταφορά, εξειδίκευση προσωπικού, εργαστηριακού ελέγχου και ταξινόμησης τελικών διαγνώσεων), τα οποία χρήζουν αντιμετώπισης με ιδιαίτερη ευαισθησία. Ειδικότερα, υπάρχει αναγκαιότητα συστηματοποίησης των διαδικασιών και ταξινόμησης των αιτίων θανάτου/εμβρυϊκής παθολογίας, ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης, καθότι μέχρι στιγμής δεν περιλαμβάνονται στα επίσημα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ. Πλέον της διαγνωστικής και εκπαιδευτικής αξίας, η λεπτομερής αναγραφή των ενδείξεων, αλλά και της υποχρέωσης διενέργειας περιγεννητικής νεκροτομής, ιδιαίτερως σε έμβρυα <22 ΕΚ, σε συνδυασμό με τα κλινικά και γενετικά ευρήματα και την ταξινόμηση των αιτίων θανάτου αποτελούν βασικές παραμέτρους βελτίωσης της έκβασης των κυήσεων σε συλλογικό επίπεδο.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

1. Wilkinson D. Reducing perinatal mortality in developing countries. Health Policy Plan. 1997 Jun;12(2):161-5.
2. National Center for Health Statistics www.cdc.gov/nchs (Accessed on July 20, 2011).
3. Standard terminology for reporting of reproductive health statistics in the United States. In: Guidelines for Perinatal Care, 6th, Lockwood CJ, Lemons JA (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village 2007:389.
4. Barfield WD, Committee on Fetus and Newborn. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. Pediatrics 2011; 128:177.
5. Zacharias N: Perinatal mortality. UpToDate, Last updated: March 12, 2013.
6. MacDorman M, Kirmeyer S, Wilson E. Fetal and Perinatal Mortality, United States, 2006. CDC, National Vital Statistics Reports 2012;60(8).
7. Barfield WD, Committee on Fetus and Newborn. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. Pediatrics. 2011 Jul;128(1):177-81.

1. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

1. World Health Organization 2000 WHO manual for the standardised investigation and diagnosis of infertile couple. Cambridge, UK: Cambridge University Press
2. <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART--fact-sheet.aspx>
3. Juul S, Karmaus W, Olsen J. Regional differences in waiting time to pregnancy: pregnancy-based surveys from Denmark, France, Germany, Italy and Sweden. The European Infertility and Subfecundity Study Group. Hum Reprod 1999;14:1250-1254
4. Jensen TK, Slama R, Ducot B, Suominen J, Cawood EH, Andersen AG, Eustache F, Irvine S, Auger S, Jouannet P, Vierula M, Jorgensen N, Toppari J, Skakkebaek NE, Keiding N, Spira A 2001 Regional differences in waiting time to pregnancy among fertile couples from four European cities. Hum Reprod 16:2697-2704
5. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. Lancet. 1978;2(8085):366.
6. SART 2009 report <http://www.cdc.gov/ART/ART2009> (Accessed on February 23, 2012).
7. Nyboe Andersen A, Goossens V, Bhattacharya S, et al. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Hum Reprod 2009; 24:1267.
8. Schieve LA, Meikle SF, Ferre C, et al. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. N Engl J Med

- 2002; 346:731.
9. Nyboe Andersen A, Carlsen E, Loft A. Trends in the use of intracytoplasmic sperm injection marked variability between countries. *Hum Reprod Update* 2008; 14:593.
 10. Paulson R. Pregnancy outcome after assisted reproductive technology in UpToDate.com. Last Updated: March 15, 2013.
 11. Siristatidis C, Sergentanis TN, Kanavidis P, Trivella M, Sotiraki M, Mavromatis I et al. Controlled ovarian hyperstimulation for IVF: impact on ovarian, endometrial and cervical cancer—a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2013 Mar-Apr;19(2):105-23.
 12. Sergentanis TN, Diamantaras AA, Perlepe C, Kanavidis P, Skalkidou A, Petridou ET. IVF and breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2013 Jul 24. [Epub ahead of print]
 13. Ferraretti A. et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE. European IVF-monitoring (EIM); Consortium, for The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod*. 2013 Sep;28(9):2318-31.
 14. Jauniaux E, Rizk B. *Pregnancy after Assisted Reproductive Technology*. Cambridge University Press, New York 2012.
 15. Boivin J., Griffiths E., Venetis CA. (2011) Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*. 23; 342:d223.
 16. Domar A. D., Zuttermeister P.C., Friedman R. (1993) The psychological impact of infertility, a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14: 45-52.
 17. Klock S. (2006) Psychosocial evaluation of the infertile patient. In: Hammer-Burns L. and Covington S.N. (eds.) *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 83-97), New York: The Parthenon Publishing Group.
 18. Matsubayashi H, Hosaka T, Sugiyama Y, Suzuki T, Arai T, Kondo A, Sugi T, Izumi S, Makino T. (2001) Increased natural killer-cell activity is associated with infertile women. *American Journal of Reproductive Immunology*, 46: 318-322.
 19. Morreale M, Balon R, Tancer M, Diamond M. (2011) The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(1):56-69.
 20. Van Empel I, Nelen W, Tepe E, van Laarhoven E, Verhaak C, Kremer J. (2010) Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, 25 (1): 142-149.
 3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Intrapartum Care*. London: RCOG Press; 2007.
 4. Department of Health. *Maternity Matters: Choice, Access and Continuity of Care in a Safe Service*. London: Department of Health; 2007.
 5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and its Complications from Preconception to the Postnatal Period*. London: RCOG Press; 2008.
 6. Campbell MK, Carbone E, Honess-Morreale L, et al. Randomized trial of a tailored nutrition education CD-ROM program for women receiving food assistance. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2004;36(2):58-66.
 7. Olson CM, Strawderman MS, Reed RG. Efficacy of an intervention to prevent excessive gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191(2):530-6.
 8. Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, et al. Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005;59 Suppl 1:S57-S65.
 9. Orstead C. Efficacy of prenatal nutrition counseling: weight gain, infant birth weight, and cost-effectiveness. *Journal of the American Dietetic Association* 1985;85(1):40-5.
 10. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley K. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2004. Chichester: Wiley Interscience.
 11. Greenberg LW. A prenatal and postpartum safety education program: influence on parental use of infant car restraints. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1982;3(1):32-4.
 12. Lockwood C J, Magriples U. Initial prenatal assessment and patient education in UpToDate.com. This topic last updated: June 25, 2013.
 13. <http://www.cdc.gov/cm/v/testing-diagnosis.html>
 14. Konstantinidou AE, et al. Genetic skeletal disorders of the fetus and infant: Pathological and molecular findings in a series of 41 cases. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2009;85:811-821.
 15. Gardosi J et al. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ*. 2005; 331:1113-1117.
 16. Korteweg FJ, et al. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. *BJOG*. 2006;113:393-401.
 17. Hulthen Varli I et al. The Stockholm classification of stillbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2008; 87:1202-1212.
 18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Pathologists. *Fetal and Perinatal Pathology*. Report of a Joint Working Party. Setting standards to improve women's health. June 2001; ISBN 1-900364-51-4, RCOG Press.
 19. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease, Revised Guidelines from CDC, 2010.
- ## 2. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ
1. Antenatal careroutine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, March 2008, London, RCOG Press, UK.
 2. National Institute for Health and Clinical Excellence. The

20. Guidelines for perinatal care / American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists - 7th ed.
21. Verani JR, McGee L, and Schrag SJ, Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep*, 2010. 59(RR-10): p. 1-36.
22. Wilton, DC and MJ Foureur. A survey of folic acid use in primigravid women. *Women Birth*, 2010. 23(2): p. 67-73.
23. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K, Griva F, Vaslamatzis G. Prevalence of women's worries, anxiety and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Journal of Clinical and Experimental in Obstetrics and Gynecology* 2013.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices

ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists

CLEO: Collaborative Center for Clinical Epidemiology and Outcomes Research

CONS: Coagulase Negative Staphylococcus/ Αρνητικός στην κοαγκουλάση σταφυλόκοκκος

EK: Εβδομάδες Κύησης

ELBW: Extremely Low Birth Weight

GBS: Group B Streptococcus/ Στρεπτόκοκκος της ομάδας Β

IUGR: Ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης του εμβρύου

KT: Καισαρική Τομή

LGA: Large for gestational age/ Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

PKU: Φαινυλοκετονουρία

PMR: Perinatal mortality rate/ περιγεννητική θνησιμότητα

RSV: Respiratory Syncytial Virus/ Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός

SGA: Small for gestational age/ Μικρά για την ηλικία κύησης νεογνά

VLBW: Very Low Birth Weight

BF: Βάρος Γέννησης

EΘ: Εκατοστιαία Θέση

ENL: Ενδονοσοκομειακές Λοιμώξεις

ΕΠΠΕΝ: Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών

ΗΚ: ηλικίας κύησης

ΙΥΠ: Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού

ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

MENN: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΜΘ: Μητρικός Θηλασμός

ΜΙΥΑ: Μονάδος Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

ΠΕΝ: Προληπτικός Έλεγχος Νεογνών

ΣΔΚ: Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης

ΣΥ: Συγγενής Υποθυρεοειδισμός

ΦΒΝ: Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Δεδομένα Περιγεννητικής Φροντίδας

1.1 ΕΛΣΤΑΤ (2005-2010)								
ΕΛΣΤΑΤ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Γεννήσεις ζώντων (N)			114,766	117,933	118,302	111,926	112,042	107,545
Είδος τοκετού								
Απλός τοκετός							107,226	102,991
Πολλαπλός τοκετός							5,192	4,975
Εβδομάδα κύησης ΣΥΝΟΛΟ (N)			114,766	117,933	118,302	111,926	112,042	107,545
20-27			385	336	335	299	293	265
28-31			1,090	935	945	826	739	635
32-35			5,368	5,226	4,680	3,774	3,310	2,968
36			5,988	5,584	5,432	4,040	3,823	4,157
37-39			73,212	76,415	78,219	73,868	74,315	72,584
40 και άνω			28,723	29,437	28,691	29,119	29,562	26,936
Εβδομάδα κύησης ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΧΩΡΑΣ (N)			114,551	117,439	117,913	111,517	111,625	107,166
20-27			384	325	333	295	288	263
28-31			1,086	920	936	817	734	629
32-35			5,357	5,148	4,660	3,762	3,301	2,958
36			5,98	5,518	5,421	4,022	3,815	4,151
37-39			73,088	76,212	78,000	73,648	74,086	72,360
40 και άνω			28,656	29,316	28,563	28,973	29,401	26,805
1.2 Δεδομένα Ειδικής Επιτροπής ΚΕΣΥ (2012) από 82 δημόσια και 38 ιδιωτικά κέντρα								
ΚΕΣΥ	2012	2011	2010	2008	2009	2007	2006	2005
Σύνολο γεννήσεων				Σύνολο διετίας 223,291 (94.5% συνόλου χώρας)				
Ιδιωτικά μαιευτήρια (%)				50.1%				
Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (%)				49.9%				
Καισαρικές								
Ιδιωτικά μαιευτήρια (%)				55.7%	54.4%			
Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (%)				44.1%	42.6%			
Προγεννητικός έλεγχος								
Ιδιωτικά μαιευτήρια N (%)				17/38 (44.7%)				
Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (%)				15/82 (18.3%)				
Υπερηχογράφημα Β' Επιπέδου								
Ιδιωτικά μαιευτήρια N (%)				20 (52.6%)				
Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (%)				20 (24.4%)				
Πρώωρα, N (%)				10718 (9.6%)				
31-36Ε (πρώωρα)				9886 (8.9%)				
24-30Ε (εξαιρετικά πρώωρα)				832 (0.7%)				
31-36Ε σε Δημόσια				56.8%				
24-30Ε σε Δημόσια				36.1%				
Μεταφορά, N μονάδων (%)								
1. Ιδιωτικά μαιευτήρια				53 σύνολο				
i. ΕΚΑΒ				5 (9.4%)				
ii. Ιδιόκτητο ασθενοφόρο				33 (62.3%)				
Συνοδεία παιδίατρου				26/33 (49.1%)				
Συνοδεία νεογολόγου				17/33 (51.5%)				
Συνοδεία αναισθησιολόγου				9/33 (27.3%)				
2. Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα				82 σύνολο				
i. ΕΚΑΒ				11 (13.4%)				
ii. Απλό ασθενοφόρο				31 (37.8%)				
Συνοδεία παιδίατρου				9/31 (29.0%)				
iii. Απλό ασθενοφόρο				19/82 (23.2%)				
Συνοδεία αγροτικού ιατρού				13/19 (68.4%)				
Συνοδεία παιδίατρου				10/19 (52.6%)				
Συνοδεία νεογολόγου				1/19 (5.3%)				
Συνοδεία αναισθησιολόγου				6/19 (31.6%)				
iii. Απλό ασθενοφόρο				4/82 (4.9%)				
Μεταφορά με νεογολόγο								

1.3 Λευκή Βίβλος: Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής- Περιγεννητική Φροντίδα (2013)								
Τα στοιχεία παραχωρήθηκαν ευγενώς από συναδέλφους στη βάση ειδικά αναπτυγμένου εντύπου από το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής για τις ανάγκες της καταγραφής περιγεννητικών δεδομένων.								
Αφορούν ετερογενείς χρονικές περιόδους κατά κέντρο και υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην πληρότητα της πληροφορίας, με αναλυτικότερα δεδομένα από ιδιωτικά Μαιευτήρια/MENN								
Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα								
Αρεταίειο Νοσοκομείο, Μαγγίνειο Μαιευτήριο	2012 (1-9/12)	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός γεννήσεων παιδιών (N)	872	1,660	2,021	1,697	1,351	1,642	1,464	1,259
Τοκετός:								
Φυσιολογικός (N)	372	693	810	768	694	683	767	685
Καισαρική ή άλλος (N)	479	838	885	836	573	729	632	504
Αγόρια (N)	501	886	985	890	697	854	765	618
Κορίτσια (N)	371	774	1036	807	654	713	692	641
Εθνικότητα ελληνική (N)	657	1,149	1,255	1,050	1,017	1,087	998	783
750-1,000g	9	7	9	9	5	3	1	9
1251-1500g	4	12	23	13	10	11		
38+ τελειόμηνα και υπερώριμα	779	1,508	1,798	1,567	1,240	1,489	1,362	1,058
Μεταφορά (N)	53	95	134	103	100	89	64	52
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ*	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
* Επιπλέον διαθέσιμα δεδομένα για 2001-3								
Αριθμός τοκετών (N)	4,350							
Αριθμός γεννήσεων παιδιών (N)								
Τοκετός:								
Φυσιολογικός (N)	2,503							
Καισαρική ή άλλος (N)	1,847							
Αριθμός θανάτων εντός Μαιευτηρίου (N)	36							
<1,000g	40	41						
1,001-1,500g	56	72						
Π.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Γεννήσεις	1,511	1,647	1,725	1,573	1,591	1,335	1,244	
Αριθμός τοκετών (N)	1,511	1,597	1,668	1,573	1,591	1,335	1,244	
Τοκετός:								
Καισαρική ή άλλος (N)	723	782	820	445	731	525	507	
Διάρκεια κύησης N (φυσιολογικός/καισαρική τομή)								
23-27		13 (8/5)	7 (5/2)					
28-31		26 (10/16)	19 (3/16)					
32-33		21 (3/18)	28 (4/24)					
34-36		147 (60/87)	141 (48/93)					
Πολύδυμες γεννήσεις								
Δίδυμες		46	51					
Τρίδυμες		2	3					
> Τρίδυμες		0	0					
Προσυμπτωματικός έλεγχος	Guthrie test την 3η μέρα							
Π.Γ.Ν.ΡΟΔΟΥ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)	907	952	1081					
Τοκετός:								
Φυσιολογικός (N)	546	600	601					
Καισαρική ή άλλος (N)	361	352	480					
Διάρκεια κύησης (φυσιολογικός/καισαρική)								
32-33		2	3					
34-36		2	4					
ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο, Αθήνα	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)			1,513					
Τοκετός:								
Φυσιολογικός (%)			46.0%					
Καισαρική ή άλλος (%)			53.3%					
Φύλο								
Αγόρια (%)			50.4%					
Μέσο Βάρος Γέννησης (%)			3,247±445					
<2500g			5.2%					
>4000g			5.4%					
Π. Γ. Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Μ.Ο. Τοκετών 2000-2008					2,638			

Ιδιωτικά Μαιευτήρια								
ΙΑΣΩ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)			12,534					
Αριθμός γεννήσεων παιδιών (N)	10,708	10,921	13,100	14,998	15,839	15,580	15,171	14,550
Αριθμός θανάτων εντός Μαιευτηρίου (N)			75	78	82	81	88	69
Δίδυμη (%)			8.0%	7.6%	6.5%	6.8%	6.2%	5.8%
Πολύδυμη κύηση >3 παιδιά (%)			0.3%	0.6%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%
Βάρος γέννησης (N)								
<1500g	1,233	1,181	(1.4%)					
<2500g (% MO)	1,263 (11.8 %)	1,223 (11.1 %)	(11.4%)					
500 – 999 N(% MO)	30 (0,3%)	42 (0,4%)						
100 – 1499 N	134	108						
1500 – 1999 N	293	267						
2000 – 2500 N	806	806						
500 – 1499 N (% MO)	164 (1.5 %)	150 (1.4%)						
Διάρκεια κυήσεως (N κατά κατηγορία)								
<30Ε	88	84	98	126	106	102	92	88
30-34Ε	528	528						
35-40	9,149	9,621						
40+	943	688						
Επιβίωση προώρων /ΕΚ (2011-12)								
23	0/3: 0%							
24	4/8: 50%							
25	16/17: 94%							
26	14/19: 74%							
27	20/21: 95%							
28	49/50: 98%							
Λοιμώξεις (N κρουσμάτων) * περιλαμβάνονται επανειλημμένες λοιμώξεις								
Οποιαδήποτε λοίμωξη	70							
Περιγεννητική (πρώιμη)	2		18	16				
Συγγενής								
Ενδοοσοκομειακή (όψιμη)	68		92	118				
Staph. epidermitis	37		90	90				
E. coli	19							
Candida	5		3	3				
Klebsiella	3							
Acinetobacter	1							
Enterococcus	3							
Enterobacter	2							
Θάνατοι από λοιμώξεις	2							
Νεογνικός Προσυμπτωματικός έλεγχος								
Θετικός Διευρυμένος Έλεγχος (N)	49	49						
Εισαγωγές τη MENN	2,326	2,303						
Νεογνικοί θάνατοι (σύνολο)	11	13						
Αίτια θανάτων								
Μεγάλη ανωριμότητα (μη βιώσιμα)	1 (23 ΕΚ)	2 (23, 24ΕΚ)						
ΣΑΔ-Βαριά IVH	3 (24,27,27ΕΚ)	1 (26 ΕΚ)						
ΣΑΔ-Πνευμονική αιμορραγία	-	2 (26, 26ΕΚ)						
Λοιμώξεις (μύκητες και E. Coli)	2 (26, 32 ΕΚ)	2 (23, 26ΕΚ)						
Περιγεννητική ασφυξία (αποκόλληση πλακούντα)	2 (26, 32 ΕΚ)	1 (37 ΕΚ)						
Συγγενείς ανωμαλίες	2 32 ΕΚ υδροθώρακας, 29 ΕΚ συγγενής διαφραγματοκήλη	1 30 ΕΚ. υ-ποπλασία πνευμόνων						
Μεταβολικά νοσήματα	1 (ΤΛΜ-θησαυρισμωση)	-						
Επιπλοκές της προωρότητας		2 26 ΕΚ, ΑΔ+πχο χωρίς IVH, 24 ΕΚ NEC-Πρήξη εντέρου						

Βαρύ ΣΑΔ - Π/Θ - Υποδόριο εμφύσημα		1 (26 ΕΚ)						
NEC-Ρήξη εντέρου		1 (24 ΕΚ)						
Περιγεννητική θνησιμότητα (%ο)	57/10708 (5.3 %ο)	55/10921 (5.0 %ο)						
Νεογνική θνησιμότητα (%ο)	11/10708 (1.0 %ο)	13/10921 (1.2 %ο)						
Μεταφορά σε κρατικά νοσοκομεία (N)	24	24	50	52	105	92	128	120
ΡΕΑ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)	6088	5136						
Αριθμός γεννήσεων παιδιών (N)	6226	5235						
Τοκετός								
Φυσιολογικός N, (%)	2400 (39.4%)	1995 (38.8%)						
Καισαρική ή άλλος N, (%)	3688 (60.6%)	3141 (61.2%)						
Διάρκεια κυήσεως (N κατά κατηγορία)								
<32Ε								
330 - 356								
230 - 256	10	6						
260 - 286	22	10						
290 - 326	92	72						
330 - 336	56	51						
340 - 366	464	375						
370 - 386	589	516						
390 - 406	190	181						
Εισαγωγές τη ΜΕΝΝ	1,423	1,211						
Θάνατοι σύνολο	8	5						
Περιγεννητική θνησιμότητα N (έως 1η εβδ ζωής)	1	5						
Θνησιγενή	25	22						
Η.Κ. >22 εβδ	25	22						
Β.Γ. >450gr	25	22						
Φυσιολογικός τοκετός	9	5						
Καισαρική	16	17						
Νεογνική θνησιμότητα								
Μεταφορά (N)	24	21						
ΜΗΤΕΡΑ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)		6,866	9,769	12,348	12,993	12,447	12,315	11,623
Αριθμός γεννήσεων παιδιών (N)		7,153	10,336	12,902	13,487	12,948	12,771	12,087
Σύνολο γεννήσεων ζώντων		7,127	10,309	12,859	13,425	12,855	12,684	
Τοκετός:								
Φυσιολογικός								
Καισαρική ή άλλος (%)		63.9%	64.5%	61.6%	59.6%	59.3%	56.6%	53.7%
Καισαρική ή άλλος (N) (στατιστική αναγωγή)		4390	6304	7603	7746	7386	6968	6
<1,000gr		28	59	64	52	45	39	38
<1500		128	204	233	197	187	161	156
≤2500		927	1,393	1,671	1,570	1,462	1378	1,214
Διάρκεια κυήσεως (N)								
<37ΕΚ (πρώρα) (N)		983	1,468	1,657	1387	1,498	1,400	1,114
<37ΕΚ (πρώρα) (%)		13.8%	14.9%	12.9%	10.3%	11.7%	11.0%	9.3%
Μεταφορά (N)		36	46	76	115	89	83	71
Εισαγωγές τη ΜΕΝΝ		1,72	2,456	2,895	3,09	2,978	2,901	2,477
Νεογνικοί Θάνατοι σύνολο		15	29	37	38	37	37	41
Περιγεννητική θνησιμότητα		5.5%ο	4.7%ο	5.4%ο	6.7%ο	9.9%ο	9.2%ο	9.3%ο
Νεογνική θνησιμότητα		2.1%ο	2.8%ο	2.9%ο	2.8%ο	2.9%ο	2.9%ο	0.3%ο
ΕΥΡΟΜΕΔΙΣΑ, ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Αριθμός τοκετών (N)	612	519	583					
Τοκετός:								
Φυσιολογικός (N)	334	302	342					
Καισαρική ή άλλος (N)	278	217	241					

Δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν στην πρόσκληση παροχής στοιχείων το Μαιευτήριο ΛΗΤΩ, Αθήνα, Μεσσηνίο Θεραπευτήριο - ΛΗΤΩ, Καλαμάτα, το Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου, Κρήτη και το ΓΠΝ Ξάνθης.

