



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ  
(ΕΑ01-ΕΑ64)

### ΕΑ-01. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Τσακιοΐδης Ι., Βαρθέρης Γ., Δαγκλής Θ., Ξενίδης Θ., Δέλκος Δ., Παπανικολάου Ε., Μανροματίδης Γ., Μαρμόπουλος Α., Πράπας Ν., Ρούσσοι Δ.**

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Α.Π.Θ.*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της ενδεδειγμένης χορήγησης αντιπηκτικής θεραπείας στις λεχωίδες σε σχέση με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και του Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) (Green Top Guideline No. 37a November 2009).

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη όλων των λεχωίδων που γέννησαν στη Γ' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Α.Π.Θ. από τον Οκτώβριο 2014 μέχρι και τον Ιανουάριο 2015. Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά δεδομένα και οι παράγοντες κινδύνου των γυναικών, όπως και η αντιπηκτική αγωγή που χορηγήθηκε κατά τη λοχεία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και του RCOG που ίσχυαν εκείνη την περίοδο, χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 272 τοκετοί κατά την περίοδο της μελέτης. Η διάμεση ηλικία των λεχωίδων ήταν 30 (13-44) έτη και 1,1% (n=3) λάμβανε ήδη αντιπηκτική αγωγή κατά την κύηση. Το 48,9% των γυναικών (n=133) γέννησαν με καισαρική τομή (60,9% επείγουσες, 39,1% προγραμματισμένες) και 51,1% (n=137) με φυσιολογικό τοκετό. Το 50,4% (n= 137) των λεχωίδων έλαβε αντιπηκτική αγωγή κατά τη λοχεία. Σύμφωνα με τις οδηγίες του RCOG υπερθεραπεία παρατηρήθηκε στο 16,8% των περιπτώσεων, ενώ υποθεραπεία στο 8,9%. Αντίστοιχα, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΦ διαπιστώθηκε υπερθεραπεία στο 89,1% των περιπτώσεων, ενώ υποθεραπεία στο 0,7% των λεχωίδων.

**Συμπεράσματα:** Η συμμόρφωση του προσωπικού ήταν ικανοποιητική με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του RCOG για την αντιπηκτική αγωγή στη λοχεία και τα ποσοστά χορήγησής της συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα (≈50%). Αντίθετα εάν γνώμονας είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΕΟΦ υπάρχει υπερθεραπεία σε μεγάλη έκταση.

### ΕΑ-02. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ

**Μαζοράκη Κ.Γ.<sup>1</sup>, Λαβράνος Γ. Μ.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Μαία, <sup>2</sup>Ειδικός Παθολόγος, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*

**Στόχοι:** Ο περιγεννητικός θάνατος (ΠΘ) αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πένθος, θεωρείται γενικά ως η πιο επώδυνη μορφή του πένθους, διότι είναι απροσδόκητος, συχνά ξαφνικός και μερικές φορές ανεξήγητος (Bennett et al., 2008. Chambers & Chan, 2000). Η στάση των Επαγγελματιών Υγείας (ΕΥ) απέναντι στον ΠΘ, επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και την προσωπική ικανοποίηση που αντλούν αυτοί από την εργασία τους. Η άμεση κλινική και ψυχοκοινωνική διαχείριση του ΠΘ πρέπει να περιλαμβάνει την σαφή πληροφόρηση και την παροχή υποστηρικτικής συμπαράστασης στους γονείς.

Έρευνες έχουν δείξει ότι, παρά τη συχνή επαφή των επαγγελματιών υγείας με τον θάνατο, αυτοί δυσκολεύονται να τον διαχειριστούν (Miles, 1980). Συγκεκριμένα, οι ΕΥ δυσκολεύονται στην

κατανόηση της γονικής θλίψης, για το λόγο ότι έχουν, παράλληλα, να διαχειριστούν τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις σχετικές με την κατάσταση. Η φροντίδα και η στήριξη των γονέων των οποίων το βρέφος έχει πεθάνει είναι εξαιρετικά απαιτητική, δύσκολη και αγχωτική. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ΕΥ μπορεί να εμφανίσουν προσωπική αποτυχία, αισθάνονται αβοήθητοι, και πρέπει να αποστασιοποιηθούν από τους γονείς που πενθούν, επειδή αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το τεράστιο μέγεθος των αισθημάτων της γονικής θλίψης. Μερικοί επαγγελματίες έχουν επισημάνει ότι νοιώθουν την ανάγκη να απομακρυνθούν από τους γονείς που πενθούν, διότι αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το τεράστιο μέγεθος των γονικών αισθημάτων απώλειας. Τείνουν και προσπαθούν να αποφύγουν τον πόνο, ελέγχοντας τα συναισθήματά τους, αναπτύσσοντας επαγγελματική στάση αποστασιοποίησης και συναισθηματική απόσυρση (Miles, 1980).

Μελετήσαμε για πρώτη φορά, σε ένα Ελληνικό σύστημα υγείας, τους παράγοντες που συντελούν στον τρόπο με τον οποίο οι ΕΥ διαχειρίζονται και οργανώνουν αποτελεσματικά την παροχή παρηγορητικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο. Επίσης, ασχοληθήκαμε με την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ΕΥ, που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά περιγεννητικής θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, διερευνήσαμε ποια πρωτόκολλα θεωρούνται αποτελεσματικότερα και καταλληλότερα από τους ΕΥ, για την παρηγορητική φροντίδα του γονεϊκού πένθους και ποια εφαρμόζονται για την αποκατάσταση των γονέων. Τέλος, σε αυτή την ερευνητική διερεύνηση ορισμένες από τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευση των ΕΥ που εμπλέκονται, και επιθυμούν να παρασχουν υπηρεσίες στο πένθος των οικογενειών.

**Μεθοδολογία:** Επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας, στην οποία συμμετείχαν ΕΥ που εργάζονταν στα τμήματα περιγεννητικής φροντίδας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Ηρακλείου. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που αναπτύχθηκε και σταθμισήθηκε ειδικά για το σκοπό αυτό με τη μέθοδο Delphi. Τα αποτελέσματα έτυχαν στατιστικής επεξεργασίας με το πρόγραμμα SPSS 20. Συγκεκριμένα, διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια με ποσοστό συμμετοχής 71,4%.

**Αποτελέσματα:** i) Επιπτώσεις ΠΘ στους γονείς:

Τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο πώς αυτοί διαχειρίζονται τον ΠΘ, είναι, σύμφωνα με το δείγμα μας: η προσωπικότητα των γονέων, σε ποσοστό 66,7%, η τυχόν προηγούμενη εμπειρία τους σε ένα τέτοιο περιστατικό (58,2%), η σχέση τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο και η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού-φιλικού περιβάλλοντος (54,5%), η οικογενειακή τους κατάσταση (50,5%), το μορφωτικό τους επίπεδο (49,5%), η ηλικία και το φύλο των γονέων (48%), τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά (κουλτούρα) τους (45,5%) και η θρησκεία των γονέων (33,7%).

Από την άλλη, οι ΕΥ στο δείγμα μας, θεωρούν ότι η στάση των γονέων ως προς τη ζωή και οι αξίες τους επηρεάζει την διαχείριση του ΠΘ από αυτούς. Οι σημαντικότεροι τέτοιοι παράγοντες είναι: το ψυχολογικό υπόβαθρο των γονέων (65,3%), η επιμονή των γονέων για απόκτηση οικογένειας (64,6%), καθώς και οι απαιτήσεις και προσδοκίες που είχαν οι γονείς από τη συγκεκριμένη κύηση (63,6%). Ακολουθούν, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (43,4%), οι πολιτισμικές συνήθειες και τα ήθη των γονέων (41,4%), οι κοινωνικές τους αντιλήψεις (36,7%), η ιδιοσυγκρασία τους (34%), η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή (30,3%), καθώς και η κοσμο-

αντίληψη και η κοσμοθεωρία των γονέων (29,3%).

Οι ΕΥ στο δείγμα μας πιστεύουν, σε ποσοστό 76,77%, ότι ένα ζευγάρι, το οποίο έχει βιώσει την περιγεννητική απώλεια, μπορεί να αντιμετωπίσει σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα. Ο προβληματισμός σχετικά με το αν θα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί, φαίνεται να θεωρείται ένα μικρότερο έκτασης και έντασης πρόβλημα για τα ζευγάρια που έχουν βιώσει ένα περιστατικό ΠΘ (50,5%).

ii) Αξιολόγηση από τους ΕΥ των πιθανών τρόπων παρηγορητικής φροντίδας των γονέων:

Από τους τρόπους που προτείνονται για την υποστήριξη/βοήθεια σε ένα ζευγάρι με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας, ο βέλτιστος τρόπος, σύμφωνα με το δείγμα μας ΕΥ, σε ποσοστό 82,8%, φαίνεται να είναι η στηνή, συχνή και ειλικρινής ενημέρωση του ζευγαριού. Το 73,7% των ερωτηθέντων ΕΥ συμφωνεί ότι η προγεννητική υποστήριξη μπορεί να φανεί χρήσιμη κατά τις επόμενες κηύσεις, ενώ κατά το ίδιο ποσοστό, οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι ένα ζευγάρι με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας μπορεί να βοηθηθεί από ενδεχόμενη προειδοποίηση του από πριν, σχετικά με υπάρχοντες παράγοντες κινδύνου. Ο τέταρτος παράγοντας, που φαίνεται ότι μπορεί να βοηθήσει ένα ζευγάρι, είναι η υποστήριξη τους από το οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον (68,7%). Τα παραπάνω ακολουθεί η ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους ΕΥ (62,6%). Τέλος, ο τελευταίος παράγοντας που βοηθάει ένα ζευγάρι με ΠΘ είναι η ενημέρωση του και η επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού (49,5%).

Από τους ΕΥ, που συμμετέχουν στην παρηγορητική φροντίδα στους γονείς με περιγεννητική απώλεια, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (96,9%) συμφωνεί απόλυτα ότι ο ψυχολόγος μπορεί να παρέχει αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια, και ακολουθεί η συμβολή που μπορεί να έχει ένας νεογνολόγος (83,7%). Στην τρίτη θέση είναι οι μαίες (80,8%), που μπορούν να συμβάλλουν στη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν, ενώ σημαντική κρίνεται και η συμβολή των μαιευτήρων (75,8%). Στην πέμπτη θέση κατατάσσονται οι νοσηλεύτες (72,4%), ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί συγκεντρώνουν ένα ποσοστό (57,1%).

iii) Επιπτώσεις του ΠΘ στους ΕΥ:

Η κύρια επίπτωση του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι συμπτώματα εργασιακού στρες, όπως πιστεύουν σε ποσοστό 60,61% οι ερωτηθέντες ΕΥ. Από τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ΕΥ, που έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητά τους να διαχειριστούν την περιγεννητική απώλεια, το πλέον σημαντικό, φαίνεται να είναι τα έτη της εργασιακής τους εμπειρίας (61,6%), ενώ ακολουθούν η προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά (55,8%) και το φύλο και η ηλικία τους (36,4%).

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ΕΥ (74,23%) δεν έχει λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 25,77% δηλώνει ότι έχει λάβει τέτοιου είδους εκπαίδευση. Ωστόσο, ορισμένοι ερωτηθέντες σχετικά με το αν έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευσης για τη διαχείριση του θανάτου, απάντησαν σε ποσοστό της τάξης άνω του 90%, ότι η συγκεκριμένη εκπαίδευση σε μια σχολή δεν επαρκεί για τη διαχείριση του θανάτου σε πρακτικό επίπεδο. Το 55,21% του δείγματος συζητάνε με τους γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα του περιγεννητικού θανάτου, κάτι το οποίο στην πλειοψηφία τους έκανε να αισθανθούν πολύ άβολα (66,67%). Για τον παραπάνω λόγο (άβολη συζήτηση) ενδεχομένως οι περισσότεροι (56,7% του

δείγματος) δεν μιλούν ανοικτά στους γονείς για το θέμα του θανάτου, παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (85,26%) συζητά στο τμήμα που εργάζεται ανοικτά για περιστατικά θανάτου που συμβαίνουν στο τμήμα.

Συμπεράσματα: Η διεξαγωγή της έρευνάς μας, στα δύο μεγαλύτερα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας της χώρας, μας επέτρεψε να κατανοήσουμε το φαινόμενο της περιγεννητικής απώλειας με βάση την εμπειρία των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Διαπιστώθηκε ότι η περιγεννητική απώλεια χρήζει διεπιστημονικής προσέγγισης από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, διότι, σε αυτήν την τραγική κατάσταση, εμπλέκονται παράγοντες που αφορούν την μητέρα, το έμβryo/νεογνό και την επιστημονική επάρκεια των ΕΥ. Συνεπώς, η επαρκής σχετική εκπαίδευση των ΕΥ είναι το κλειδί για την εποικοδομητική αντιμετώπιση της περιγεννητικής θλίψης των γονέων, αλλά και των ιδίων.

Είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες των ΕΥ να έχουν ένα σαφώς καθορισμένο πρωτόκολλο αντιμετώπισης του ΠΘ. Η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, ώστε να προάγουν συνολικά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του ΠΘ και την σωστή αποκατάσταση των γονέων, είναι απολύτως αναγκαία. Όσοι επαγγελματίες ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, όπως μαιευτήρες, μαίες, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, κρίνεται απαραίτητο να βοηθούν με τον κατάλληλο τρόπο, έτσι ώστε οι οικογένειες να αισθάνονται παρηγοριά μετά την απώλεια. Η έρευνά μας θα μπορούσε να αποτελέσει περαιτέρω αντικείμενο μελέτης από ειδικούς, επιστημονικούς και επαγγελματίες κατάρτισης ενός κοινού, ενδεδειγμένου πρωτοκόλλου παρηγορητικής φροντίδας, ώστε να αποτελέσει πηγή τεχνογνωσίας για την αντιμετώπιση περιγεννητικής απώλειας.

#### Βιβλιογραφία:

- Bennett, S. M., Litz, B. T., Maguen, S., Ehrenreich, J. T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13: 485-510.
- Chambers, H.M. & Chan, F.Y. (2000). Support for Women/Families After Peri-Natal Death. (Cochrane Review), Issue 2. The Cochrane Library.
- Miles, S. M. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death, *Death Education*, 4 (3): 245-260.

### ΕΑ-03. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ FIBROBLAST GROWTH FACTOR 23 ΣΕ ΖΕΥΓΗ ΜΗΤΕΡΩΝ/ΕΜΒΡΥΩΝ

Μπριάντα Δ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Θ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Μ.<sup>1</sup>, Δοδόπουλος Α.<sup>2</sup>, Γουργιώτης Δ.<sup>2</sup>, Μαλαμίτση-Πούχγου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σκοπός:** Η ανώμαλη εμβρυϊκή αύξηση συσχετίζεται με διαταραχές στην ομοιόσταση των μετάλλων και τον οστικό μεταβολισμό. Ο fibroblast growth factor (FGF) 23 είναι παραγόμενη από τους οστεοβλάστες ορμόνη, που επάγει τη νεφρική απέκκριση φωσφόρου και καταστέλλει την ενεργοποίηση της βιταμίνης D. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των επιπέδων FGF23 σε ζεύγη μητέρων-εμβρύων σε κηύσεις με διαταραχές της εμβρυϊκής αύξησης και η διερεύνηση της επίδρασης ποικίλων περιγεννητικών παραγόντων στα μητρικά/εμβρυϊκά επίπεδα FGF23.

**Υλικό/Μέθοδος:** Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο των επιπέδων πλάσματος του βιολογικά ενεργού μορίου FGF23 σε 80 ζεύγη μητέρων-τελειόμητων εμβρύων με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ, n=30), μεγάλο βάρος γέννησης για την

ηλικία κύησης (MBG, n=30) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (KBG, n=20).

**Αποτελέσματα:** Απουσία διαφορών στα μητρικά/εμβρυικά επίπεδα FGF23 μεταξύ ΕΥΑ, MBG και KBG ομάδων. Στην ομάδα με MBG, τα εμβρυικά επίπεδα FGF23 συσχετίστηκαν αρνητικά με τις προτυποποιημένες εκατοστιαίες θέσεις των βρεφών ( $r=-0.393$ ,  $p=0.039$ ). Τα μητρικά επίπεδα FGF23 συσχετίστηκαν θετικά με τα αντίστοιχα εμβρυικά ( $r=0.243$ ,  $p=0.040$ ) και ήταν υψηλότερα στις πολυτόκες ( $b=0.382$ , 95%CI 0.091-0.673,  $p=0.012$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα μητρικά/εμβρυικά επίπεδα FGF23 πιθανόν να μην επηρεάζονται σε διαταραχές της εμβρυικής αύξησης, εύρημα συμβατό με την αναφερόμενη σε προηγηθείσες μελέτες πτωχή συσχέτιση μεταξύ περιγεννητικής ρύθμισης FGF23 και ομοιόστασης φωσφορού-βιταμίνης D. Ωστόσο, τα εμβρυικά επίπεδα FGF23 συσχετίζονται αρνητικά με τις προτυποποιημένες εκατοστιαίες θέσεις στην ομάδα με MBG, ενδεχομένως προστατεύοντας από υπασβεσταιμία σε σοβαρές περιπτώσεις εμβρυικής μακροσωμίας. Η αύξηση των μητρικών επιπέδων FGF23 αυξανόμενου του τόκου, πιθανώς εμπλέκεται στη γνωστή προδιάθεση των πολυτόκων γυναικών για μετέπειτα ανάπτυξη οστεοπόρωσης.

#### ΕΑ-04. ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ BDNF ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΣΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ

**Μπιλιάνη Δ.<sup>1</sup>, Παπασταύρου Μ.<sup>1</sup>, Μπάκα Σ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Μ.<sup>1</sup>, Μαμαρινός Α.<sup>2</sup>, Μπούτσιου Θ.<sup>1</sup>, Γουργιώτης Δ.<sup>2</sup>, Μαλαμίτση-Πούχγερ Α.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σκοπός:** Τα νεογνά διαβητικών μητέρων έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση νευροαναπτυξιακών διαταραχών και ψυχιατρικών παθήσεων στη μετέπειτα ζωή. Ο brain-derived neurotrophic factor (BDNF) επάγει την εμβρυική αύξηση και διαφοροποίηση νέων νευρώνων και διαδραματίζει κρίσιμο προστατευτικό ρόλο έναντι ενδομήτριας νευρωνικής βλάβης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανής διαφοροποιημένης έκφρασης του BDNF ομφαλίου λώρου στη γέννηση σε νεογνά διαβητικών μητέρων με μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (MBG), ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (KBG), σε σχέση με KBG νεογνά μη διαβητικών μητέρων.

**Υλικό/Μέθοδος:** Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο των επιπέδων BDNF στον ομφάλιο λώρο τελειόμων νεογνών με MBG (n=15), ΕΥΑ (n=12) και KBG (n=33) διαβητικών μητέρων, καθώς και τελειόμων KBG νεογνών μη διαβητικών μητέρων (n=20).

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα BDNF ομφαλίου λώρου ήταν χαμηλότερα σε διαβητικές, σε σχέση με μη διαβητικές κύησεις [ $b=-2.836$ , 95% CI -5.067 (-0.604),  $p=0.013$ ], και υψηλότερα σε θήλα βρέφη ( $b=2.298$ , 95% CI 0.357- 4.238,  $p=0.021$ ). Στην ομάδα με ΕΥΑ, τα επίπεδα BDNF ομφαλίου λώρου ήταν υψηλότερα σε περιπτώσεις φυσιολογικού τοκετού [ $b=-5.772$ ,  $p=0.011$ , 95% CI -9.932 (-1.611)].

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα BDNF βρέθηκαν ελαττωμένα στα έμβρυα διαβητικών μητέρων, ανεξαρτήτως εμβρυικής αύξησης. Το εύρημα αυτό παρέχει ορολογική ένδειξη διαταραγμένης έκφρασης του BDNF στο μητρικό διαβήτη, ακόμα και σε πιθανή επαρκή ρύθμισή του. Ωστόσο, ο φυσιολογικός τοκετός έναντι της καισαρικής τομής συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα BDNF ομφαλίου λώρου σε νεογνά διαβητικών μητέρων με ΕΥΑ, ενδε-

χομένως παρέχοντας νευροπροστασία. Τα χαμηλότερα επίπεδα BDNF σε άρρενα έμβρυα πιθανόν να εξηγούν μερικώς την υψηλότερη επίπτωση δυσμενούς νευροαναπτυξιακής τους έκβασης μετά εγκεφαλική βλάβη.

#### ΕΑ-05. ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΝ ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΑ; ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ DOPPLER ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Μυλωνά Ε., Τσακαλίδης Χ., Μητσιάκος Γ., Ράλλης Δ., Πράτσιου Π., Καραγιάννη Π.**

Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Τα μικρά για την ηλικία κύησης νεογνά (small for gestational age-sga) που παρουσιάζουν ενδομήτρια καθυστέρηση στην αύξηση (intrauterine growth restriction-iugr), βιώνοντας σε συνθήκες χρόνιας υποξίας ενδομήτρια, πιθανόν να αναπτύσσουν διαφορετικούς αυτορρυθμιστικούς μηχανισμούς εγκεφαλικής αιμάτωσης μεταγεννητικά σε σχέση με τα κανονικά για την ηλικία κύησης (appropriate for gestational age-aga) νεογνά.

**Σκοπός:** Η ανεύρεση τυχόν διαφοροποιήσεων στην εγκεφαλική αιμάτωση την πρώτη εβδομάδα ζωής sga iugr νεογνών σε σχέση με αντίστοιχα aga νεογνά.

**Υλικό/μέθοδοι:** Διακρανιακή doppler υπερηχοτομογραφία με τη συσκευή υπερήχων cx50 philips και κεφαλή s8-3 διενεργήθηκε αμφοτερόπλευρα διακροταφικά την 1η, 3η και 7η ημέρα ζωής σε sga iugr νεογνά μέσης διάρκειας κύησης (dk) 33. 0±2. 3εβδ και σε αντίστοιχης dk aga νεογνά μάρτυρες (32. 5±2. 2εβδ). Προσδιορίστηκαν η μέγιστη ταχύτητα ροής (peak systolic velocity) psv, η τελοδιαστολική ταχύτητα ροής (end diastolic velocity) edv, η μέση ταχύτητα ροής (mean velocity) mv, ο δείκτης παλμικότητας (pulsatility index) pi και ο δείκτης αντίστασης (resistance index) ri στη μέση εγκεφαλική αρτηρία.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη εντάχθηκαν προοπτικά 80 νεογνά εκ των οποίων τα 30 ήταν sga iugr. Στατιστικώς σημαντική διαφορά υπήρχε στο βάρος γέννησης (1. 432,5±416,1 έναντι 1. 981,9±562,8gr.,  $p=0.000$ ), στην περίμετρο κεφαλής (28. 6±2. 7 έναντι 30. 9±2. 5,  $p=0,000$ ) και στην αιμοσφαιρίνη την 1η ημέρα ζωής (17. 9±1. 8 έναντι 15. 8±1. 5,  $p=0.000$ ). Από τη μελέτη doppler προέκυψε μία σταδιακή αύξηση του δείκτη psv και mv αμφοτερόπλευρα από την 1η στην 7η ημέρα ζωής και στις δύο ομάδες με στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ τους, ιδιαίτερα στην psv αμφοτερόπλευρα την 7η ημέρα ζωής, στην mv δεξιά στην 2η καταγραφή και στο δείκτη ri δεξιά την 7η ημέρα ζωής με υψηλότερες τιμές στα iugr νεογνά.

**Συμπεράσματα:** Τα sga iugr νεογνά φαίνεται πως καταφέρνουν να αντιρροπήσουν τις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες του εγκεφάλου μεταγεννητικά με αύξηση της εγκεφαλικής τους αιμάτωσης.

### ΕΑ-06. ΕΠΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Θεοδωρά Μ.<sup>1</sup>, Αντσακλής Π.<sup>1</sup>, Κιάφφα Μ.<sup>2</sup>, Λάσκαρη Κ.<sup>2</sup>, Σαφιολέας Π.<sup>1</sup>, Μεσογίτης Σ.<sup>1</sup>, Δασκαλάκης Γ.<sup>1</sup>, Λουτράδης Δ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΠΝΑ «Αλεξάνδρα»  
<sup>2</sup>Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της διάγνωσης και της αντιμετώπισης κυήσεων με διαγνωσμένη υπερκοιλιακή ταχυκαρδία του εμβρύου.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις κύησης στις οποίες διαγνώστηκε προγεννητικά υπερκοιλιακή ταχυκαρδία εμβρύου. Οι κυήσεις αυτές αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων στην έγκυο και στενή παρακολούθηση της μητέρας και του εμβρύου. Η ταχυκαρδία του εμβρύου ανατάχθηκε σε όλες τις περιπτώσεις προγεννητικά. Οι κυήσεις ολοκληρώθηκαν τελειομένες και δεν παρατηρήθηκαν νεογνικές επιπλοκές. Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία διαγιγνώσκεται σε 1:10.000 έμβρυα. Ταχυκαρδία εμβρύου μεγαλύτερη από 200 σφ ανά λεπτό οδηγεί σε μειωμένη πλήρωση των κοιλιών και μειωμένη καρδιακή παροχή. Στις περιπτώσεις που δεν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί έγκαιρα οδηγεί σε εμβρυικό ύδρωπα και θάνατο. Η χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων στην μητέρα συνήθως ανατάσσει την ταχυκαρδία. Αποτυχία της ανάταξης αποτελεί ένδειξη πρόωρου τοκετού.

**Συμπέρασμα:** Η εμβρυική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία είναι μία σπάνια κατάσταση στον γενικό πληθυσμό. Παρουσιάζεται συνήθως στο τέλος του δευτέρου ή στο τρίτο τρίμηνο και γι αυτό η διάγνωση της μπορεί να διαφύγει. Ανάταξη της ταχυκαρδίας συνήθως επιτυγχάνεται με την χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων στην μητέρα. Αν δεν αντιμετωπισθεί οδηγεί σε εμβρυικό ύδρωπα και θάνατο.

### ΕΑ-07. Η ΕΠΠΡΑΞΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΡΝΙΤΙΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΝΕΟΓΝΟΥ

**Γαβρόλη Σ.<sup>1</sup>, Παπακωνσταντίνου Ε.<sup>2</sup>, Βλάχος Γ.<sup>3</sup>, Μπαρούτης Γ.<sup>1</sup>, Κώσταλος Χ.<sup>1</sup>, Σούλπη Κ.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>MENN Νοσοκομείον «Αλεξάνδρα», Αθήνα,

<sup>2</sup>NEOLAB, Εργαστήριο Μεταβολικών Νοσημάτων, Αθήνα,

<sup>3</sup>Α' Μαιευτική Γυναικολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσ. «Αλεξάνδρα», Αθήνα,

<sup>4</sup> Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

**Σκοπός:** Η μέτρηση των επιπέδων καρνιτίνης (Kar) και της αντιοξειδωτικής ικανότητας στον ορό νεογνών σε σχέση με το είδος του τοκετού.

**Υλικό και Μέθοδοι:** 56 επίτοκες γυναίκες με φυσιολογική εγκυμοσύνη διαιρέθηκαν σε δύο (2) ομάδες: Ομάδα Α (N=26) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και ομάδα Β (N=30) με προγραμματισμένη καισαρική. Αιμοληψίες έγιναν και στις δύο ομάδες στην αρχή της διαδικασίας του τοκετού και στο τέλος (πριν – μετά τοκετό). Επίσης ελήφθη αίμα και από τον ομφάλιο λώρο (ΟΛ). Τα επίπεδα της αντιοξειδωτικής ικανότητας των μητέρων και των νεογνών μετρήθηκαν με ειδικό Kit, ενώ τα επίπεδα των καρνιτινών με τεχνολογία TANDEM-MS (κάρτα Guthrie).

**Αποτελέσματα:** Τόσο η αντιοξειδωτική ικανότητα ορού, όσο και τα επίπεδα καρνιτινών δεν διέφεραν μεταξύ τους στην έναρξη του τοκετού και στις δύο ομάδες επιτόκων. Αντιθέτως, η προανα-

φερόμενοι βιοχημικοί δείκτες ήταν σαφώς μειωμένοι στην ομάδα Α μετά τον τοκετό συγκρινόμενοι με εκείνους της ομάδας Β. Όσον αφορά στα νεογνά, στατιστικά σημαντική μείωση τόσο της καρνιτίνης όσο και της αντιοξειδωτικής ικανότητας ορού μετρήθηκαν στον ΟΛ νεογνών της ομάδας Α συγκρινόμενη με εκείνους της ομάδας Β.

**Συμπεράσματα:** τα παρατηρούμενα χαμηλά επίπεδα των καρνιτινών και της αντιοξειδωτικής ικανότητας στον ορό των γυναικών της ομάδας Α, οφείλονται στην ισχυρή συσταλτικότητα της μυϊκής στοιβάδας της μήτρας κατά τον φυσιολογικό τοκετό, αλλά επίσης και στη μυϊκή σύσπαση των μυών του σκελετού κατά τη διαδικασία αυτού του είδους του τοκετού. Τα νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή σαφώς ευεργετήθηκαν τόσο από τα υψηλά επίπεδα των καρνιτινών και της αντιοξειδωτικής ικανότητας, οφειλόμενα στους υψηλούς αυτούς δείκτες των μητέρων τους.

### ΕΑ-08. Η ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΩΣ ΠΟΛΥΤΙΜΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑ

**Σώκου Ρ.<sup>1</sup>, Κωνστανδινίδη Α.<sup>1</sup>, Δεσύλλα Ε.<sup>2</sup>, Παπακωνσταντίνου Μ.<sup>2</sup>, Θεοδωράκη Μ.<sup>1</sup>, Φουντουλάκη Λ.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογικό τμήμα – ΜΕΝ νεογνών Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων»

Η μετάγγιση αίματος, πλάσματος και παραγωγών τους στο νεογνό, αποτελεί ιδιαίτερο κλινικό τομέα για τους ασχολούμενους με την ιατρική της μετάγγισης. Η μεταγγισιοθεραπεία στα νεογνά, απαιτεί προσεχτική συνθεώρηση πολλών παραγόντων, οι οποίοι είναι χαρακτηριστικοί και συχνά ειδικό για αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Δεδομένου ότι η διαδικασία της αιμόστασης πραγματοποιείται μέσα από μια περιπλοκή συνεργασία μεταξύ αιμοπεταλίων, ενδοθηλιακών κύτταρων, φλεγμονωδών κύτταρων, παραγόντων πήξης και ινωδογόνου, έχει επανειλημμένως αποδειχθεί ότι είναι από δυσχερές έως αδύνατο να προσδιοριστεί οποιαδήποτε εξειδικευμένη διαταραχή της αιμόστασης χρησιμοποιώντας μονό τα συμβατικά τεστ πηκτικότητας. Η θρομβοελαστογραφία (teg) αντιπροσωπεύει αξιόπιστα μία διαγνωστική μέθοδο κατάλληλη για την κάλυψη της ανωτέρω ανάγκης.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί κατά πόσο η θρομβοελαστογραφία μπορεί να μας επιτρέψει να προβλέψουμε και να κατευθύνουμε την θεραπεία νεογνών με αιμορραγική διάθεση

**Νέθοδος:** Καταγραφή των πρακτικών μετάγγισης φκπ στη μονάδα νεογνών του γν νικαιας το χρονικό διάστημα 2011-2015. (πινακας 1). πρακτική της κλινικής μας τα έτη 2011-2013, ήταν η μετάγγιση με φκπ, όλων των νεογνών με κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα σπαιμίας ή κλινική σημειολογία συμβατή με διαταραχές της πηκτικότητας, όπως αιμορραγική διάθεση (48-57 νεογνά ανά έτος), βασιζόμενοι κυρίως στα συμβατικά τεστ πηκτικότητας και στην κλινική εμπειρία των ιατρών του τμήματος. Από αυτά μεταγγίστηκαν 28-38 νεογνά ανά έτος η θρομβοελαστογραφία είναι δυναμική δοκιμασία, είναι δυναμική δοκιμασία με εξαγωγή γρήγορων αποτελεσμάτων, με δυνατότητες ταχείας παρακολούθησης διαταραχών της πήξης και υποστήριξη άμεσης παρέμβασης, χρησιμοποιώντας μόνο 1 ml ολικού αίματος του ασθενούς. Εφαρμόζεται ευρέως στη κλινική μας το διάστημα από 06-2014 έως 06-2015. Το χρονικό αυτό διάστημα ελέγχθηκαν 55 νεογνά με αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγική διάθεση (όπως νεογνά με ηκ<27 εβδομάδων, σηπτικά νεογνά ή θρομβοπενικά νεογνά). Μόνο 13 από τα 55 νεογνά παρουσίασαν διαταραχές των παραμέτρων της teg και μεταγγίστηκαν. Κανένα από τα υπόλοιπα δεν παρουσίασε μαζική αιμορραγία ούτε επιπλοκές σχετιζόμενες με την αιμορραγική διάθεση των νεογνών (εγκεφαλική αιμορραγία,

πνευμονική αιμορραγία).

Βάσει των παραμέτρων της *teg* και της κλινικής εικόνας, κατευθυνόταν η θεραπεία των νεογνών με αιμορραγική διάθεση, δίνοντας έτσι χρόνο στην αιμοδοσία να προχωρήσει στην παραγωγή παιδιατρικών ασκών, με σκοπό τη χρήση στον ίδιο ασθενή εντός 24ωρου. Έτσι το πρώτο εξάμηνο του 2015 μεταγγίστηκαν με *φκπ* μόνο 5 νεογνά - καταγράφηκαν από την αιμοδοσία 40 μεταγγίσεις όμως χρησιμοποιήθηκαν μόνο 19 ασκοί ενηλίκων, μειώνοντας σημαντικά την έκθεση των νεογνών μας σε πολλαπλούς δότες.

Μεταγγίσεις στα νεογνά πραγματοποιούνται σε ποικίλες καταστάσεις. Πολλές φορές όμως συνδυάζονται με επιπλοκές, οι οποίες μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή τους. Επομένως, η μετάγγιση δεν είναι μια απλή και ακίνδυνη παρέμβαση. Ο πιο ασφαλής τρόπος περιορισμού των συμβαμάτων από αυτή, είναι η μείωση του αριθμού των άσκοπων μεταγγίσεων. Η *teg* μπορεί να καθοδηγήσει αλγορίθμους θεραπευτικών μεταγγίσεων με παράγωγα αίματος, με απώτερο στόχο την μείωση των άσκοπων μεταγγίσεων και των επιπλοκών και των επιπλοκών αυτών στη μεν.

Πίνακας 1

χρονική περίοδος	νεογνά με πιθανή αιμ/κής διάθεσης	νεογνά που μεταγγίζαν	σύνολο μεταγγ/εων	σύνολο ασκών	έυρος μετ/νεογν	έυρος ασκ/νε
2011	53	38(72%)	209	143(68%)	1-43	1-26
2012	57	38(66%)	200	162(81%)	1-29	1-21
2013	48	28(58%)	132	84(64%)	1-16	1-12
06/2014-06/2015	55	13(23%)	56	35(62%)	1-25	1-12
01/2015-06/2015	30	5(16%)	40	19(47%)	1-25	1-12

## ΕΑ-09. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ VS ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Συγγούνη Κ.Μ.<sup>1</sup>, Ιατρούκης Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μαία, <sup>2</sup>Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Τεχνολογικού Τομέα Ανάπτυξης Εκπαίδευσης, Δρ. Πανεπιστημίου Αθηνών, *Mphil of London University*

### ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ-ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΙΝΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΚΤ

Την τελευταία δεκαετία το ποσοστό των Κ.Τ. έχει αυξηθεί δραματικά. Οι λόγοι αυτής της αύξησης φαίνεται να είναι η βελτίωση της τεχνικής που ακολουθείται, η δυνατότητα ηλεκτρονικής παρακολούθησης του εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού που πολλές φορές υποεκτιμάται με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε στην επέλευση Κ.Τ., η ευκολία της απόφασης ιδίως σε ισχιακή προβολή ή δίδυμη κύηση, η ελαχιστοποίηση των εμβρυολογικών λόγω απειρίας και επιπλοκών, η καλύτερη επιβίωση πρόωρων νεογνών, η αύξηση ηλικίας της μητέρας, η αύξηση των περιπτώσεων ποινικής δίωξης των γιατρών σε περιπτώσεις ατυχημάτων, η έλλειψη ενημέρωσης στις γυναίκες και τις οικογένειές τους και τέλος η μείωση συχνότητας κολπικών τοκετών μετά από Κ.Τ. (Ιατρούκης, 2009), (Lowdermilk et al, 2003).

### ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ VS ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις έτσι και η Κ.Τ. ενέχει κινδύνους. Οι κυριότερες επιπλοκές της Κ.Τ. είναι η εισρόφηση, η πνευμονική εμβολή, η λοίμωξη και διάσπαση του χειρουργικού τραύματος, η θρομβοφλεβίτιδα, η μαιευτική αιμορραγία ή ατονία μήτρας, η ουρολοίμωξη, κακώσεις της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, επιπλοκές που σχετίζονται με την αναισθησία, κακώσεις εμβρύου, οικονομικό πρόβλημα, η μειωμένη πιθανότητα θηλασμού και η έλλειψη πληρότητας της μητέρας (Lowdermilk et al, 2003).

### ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Στον κολπικό τοκετό από την άλλη έχουμε διαφορετικού βεληνεκούς επιπλοκές όπως είναι η δυστοκία των ώμων, η παράταση 2ου σταδίου του τοκετού, η αποτυχία περάτωσης του τοκετού, η μαιευτική αιμορραγία ή ατονία της μήτρας και κακώσεις εμβρύου (Lowdermilk et al, 2003).

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Αν διαχωρίσουμε τις ενδείξεις της Κ.Τ. σε τρεις κατηγορίες, στις μητρικής προέλευσης, στις εμβρυϊκής και στις μητρικής και εμβρυϊκής τότε έχουμε τα εξής:

Στις μητρικής προέλευσης περιλαμβάνονται η ΠΚΤ, πρωτοτόκος μεγάλης ηλικίας, προηγούμενη ινομυωματεκτομία (στον πυθμένα της μήτρας ή/και σε διάνοιξη της ενδομητρικής κοιλότητας), δυσλειτουργία μήτρας. Στις εμβρυϊκής προέλευσης περιλαμβάνονται τα ανώμαλα σχήματα (εγκάρσιο/λοξό) και οι ανώμαλες προβολές ή θέσεις προβολών, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόπτωση ομφαλίδας, η πολύδυμη κύηση (εάν το πρώτο έμβρυο δεν είναι κεφαλικό), η αλλοίωση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Τέλος στις μητρικής και εμβρυϊκής προέλευσης ανήκουν μία βαρεια ισοανοσοποίηση, η προωρότητα και ένα μικρού βάρους έμβρυο, η κεφαλοπυελική δυσαναλογία, η αποτυχημένη πρόκληση τοκετού, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ενδεχομένως η υπερτασική νόσος της κύησης, ο ενεργός έρπητας γεννητικών οργάνων και ο αρρυθμιστός ΣΔΚ ( Ιατρούκης, 2009).

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΟΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΗ Η ΔΙΕΠΕΡΓΕΙΑ Κ.Τ. ΚΑΙ Φ.Τ.

#### 1. ΠΚΤ

Συγκρίθηκαν και αναλύθηκαν πολλές διαφορετικές μελέτες. Σχετικά με τον περιγεννητικό θάνατο φάνηκε μία αύξηση στο VBAC(vaginal birth after cesarean section) συγκριτικά με την ERCD(elective repeat cesarean delivery) 0.13% vs 0.001% και αργότερα μία μεταανάλυση 11 μελετών έδειξε μία αύξηση 0.02%. Σε περίπτωση ρήξης της μήτρας, μία εξαιρετικά σοβαρή αλλά σπάνια επιπλοκή δεδομένου ότι η ρήξη της μήτρας συμβαίνει σε ένα 0.68%, η περιγεννητική θνησιμότητα αγγίζει το 1.8%. Η μητρική θνησιμότητα είναι 0% είτε σε επιτυχία είτε σε αποτυχία του VBAC. Στις επιπλοκές του αναπνευστικού φάνηκε αύξηση του σχετικού κινδύνου στην ERCD από 2-4 φορές, (συγκεκριμένα 37w 0.01%, 38w 0.008%, 39w 0.005%), με τον σχετικό κίνδυνο για θεραπεία οξυγόνου να είναι 37w 0.01%, 38w 0.01%, 39w 0.006%, τα νεογνά μετά από VBAC ήταν πιο πιθανό να έχουν Apgar-score <6 το πρώτο λεπτό ενώ εν συνεχεία στα πέντε λεπτά κ.λπ. δεν παρατηρήθηκε καμία διαφοροποίηση. Η χορήγηση οξυγόνου κρίθηκε περισσότερο αναγκαία στην ERCD με ποσοστό 41% έναντι 23% του VBAC. Στις περιπτώσεις ρήξης μήτρας η εμφάνιση ασφυξίας και υποξαιμικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας αγγίζει το 0.7% και 0.08% αντίστοιχα και η ανάγκη διασωλήνωσης το 24% σε σχέση με το 0.6% στην ERCD. Επίσης φάνηκε πιο συχνή η πρόκληση τραυματισμών στο σώμα του βρέφους στο VBAC με μία διαφορά 1% vs 0.5% ενώ σε ό,τι αφορούσε σε τραυματισμό προσωπικού νεύρου και βραχιονίου πλέγματος τα αποτελέσματα δεν είχαν σχεδόν καμία διαφορά. Η σπινθημία φαίνεται αυξημένη στο VBAC με ένα 1% έναντι του 0.1% της ERCS, με το ποσοστό πυρεξίας της μητέρας να αγγίζει το 8% στο VBAC και το 0% στην ERCS κάτι που συσχετίζεται άμεσα με την πρόωρη ρήξη υμένων με αντίστοιχα ποσοστά 6% και 1%. Η πιθανότητα εισαγωγής στη ΜΕΝΝ ήταν αυξημένη στην ERCS σε σχέση με το VBAC 9.3% vs 4.9% ενώ σε περίπτω-

ση αποτυχίας του VBAC τα ποσοστά ήταν αντίστροφα 7% και 2%. Τέλος, η παραμονή στο νοσοκομείο για πάνω από 7 ημέρες ήταν αυξημένη στην ERCD με 0.5%. Σε περίπτωση αποτυχίας του VBAC ένα 35.8% θα εμφανίσει μαιευτική αιμορραγία έναντι του 15.8% που ισχύει περίπου σε επιτυχία του VBAC και ERCD, ένα 1% θα χρειασθεί μετάγγιση και άλλο ένα 1% μαιευτική υστερεκτομή. Αξίζει επίσης να τονισθεί ότι ενώ η διάνοιξη της τομής της προηγηθείσας Κ.Τ. (Dehiscence) είναι αρκετά συχνή, αγγίζοντας το 6.9% χωρίς καμία επιπλοκή για μητέρα και βρέφος, η ρήξη μήτρας που αποτελεί τον μέγιστο φόβο μας, φθάνει το 0.68% (Ravi et al, 2010), (Robert & Silver 2010), (Yasser et al, 2007).

## 2. ΒΑΡΕΙΑ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Μελέτη ενός έτους (2009-2010) στη Βραζιλία 479 νεογέννητων, τα 340 με Κ.Τ. και τα 139 με Φ.Τ. έδειξε αύξηση του κινδύνου περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στην περίπτωση της ΚΤ ως εξής: χαμηλό Apgar-score στο πρώτο λεπτό 0.6%, νεογνική ασφυξία 0.8%, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας 1%, Παροδική ταχύπνοια νεογνού 1%, οποιαδήποτε άλλη αναπνευστική επιπλοκή 1%, νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας 0.9%, θεραπεία με οξυγόνο 1.2%, νοσηλεία για παραπάνω από 7 ημέρες 0.6%, σύνθετη νεογνική νοσηρότητα RR 0,8% νεογνικός θάνατος 1.3% (Katz et al, 2015).

## 3. ΔΙΑΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ (το πρώτο κεφαλικό)

Μία έρευνα έξι ετών (2002-2008) που έλαβε χώρα στη Νιγηρία 117 εγκύων με δίδυμη κύηση, 59 (50.4%) γέννησαν δια της κολπικής οδού, 5 το πρώτο κολπικά και το δεύτερο με Κ.Τ. και 53 (45.3%) με Κ.Τ., από τα 234 νεογνά τα 217 (92,7%) ήταν ζώντα και τα 17 (7,3%) θνησιγενή, το ποσοστό εισαγωγής στη ΜΕΝΝ για το πρώτο νεογνό ήταν μεγαλύτερο στην περίπτωση της Κ.Τ. (39,6%) σε σχέση με τον Φ.Τ. (29,7%). Πιο συγκεκριμένα, προωρότητα 40.2 %, νεογνική ασφυξία 18.3%, χαμηλό βάρος γέννησης 14.6%, νεογνικός ίκτερος 12.2%, σύνδρομο εμβryo-εμβρυϊκής μετάγγισης 4.9%. Αύξηση της εμφάνισης πρόωρου νεογνικού θανάτου παρατηρήθηκε στα δίδυμα που γεννήθηκαν κολπικά 9.4% και 11.9%, συγκριτικά με την περίπτωση της Κ.Τ. 3.8% και 3.5% αντίστοιχα. Ωστόσο, διαφάνηκε μία αύξηση της επιτυχίας σε γυναίκες με βάρος δεύτερου εμβρύου μεταξύ 1500 και 2500 γραμ. και η προβολή του ήταν κεφαλική 8% καθώς και στην περίπτωση που η γυναίκα ήταν περιπατητική 3.8% Επιπλέον των νεογνικών επιπώσεων, ένα ποσοστό 8.5% των γυναικών εμφάνισε μαιευτική αιμορραγία, ένα 5.1% πυρετό λοχειάς, ένα 14.5% σοβαρή υπέρταση και ένα 9.4% αναιμία (Nwankwo et al, 2013)

## 4. ΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

Μελέτη δέκα ετών (2001-2011) στη Νορβηγία 568 γυναικών, 279 με Κ.Τ. και 289 με Φ.Τ. έδειξε τα εξής: κανένα νεογνικό θάνατο, ένα 10% όσων γεννήθηκαν κολπικά νοσηλεύθηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών και ένα 2.9% όσων γεννήθηκαν με Κ.Τ. εκ των οποίων μόνο ένα νεογνό δεν παρουσίασε πρόβλημα μετέπειτα, σε κλίμακα κατά μέσο όρο 6 ετών. Αξίζει να σημειωθούν δύο σοβαρές περιπτώσεις νεογνών που γεννήθηκαν δια της κολπικής οδού, η μία περιλαμβάνει νεογνό με επιληπτικές κρίσεις, τραυματισμό βραχιονίου πλέγματος και κεφαλαίματωμα και η άλλη νεογνό με Apgar-score >4 για τα πέντε πρώτα λεπτά. Όσον αφορά στη μητέρα, η μόνη παράμετρος στην οποία διαφάνηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αύξηση ήταν η απώλεια αίματος στην προγραμματισμένη Κ.Τ. 435ml vs 359ml (Vistad et al, 2013). Μία ανασκοπική μελέτη τριών ερευνών (2002 ~ 2003), 2396 γυναικών έδειξε μία αύξηση του ποσοστού μητρικής νοσηρότητας

0.05% στην περίπτωση της Κ.Τ. καθώς επίσης πιο έντονο κοιλιακό άλγος 0.08% τρεις μήνες μετά. (Hofmeyr and Hannah, 2003).

## 5. ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Μία ανασκοπική μελέτη τεσσάρων ερευνών (2013), 116 γυναικών με εμπειρία πρόωρου τοκετού δεν έδειξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις περιπτώσεις τραυματισμού κατά τη γέννηση και νεογνικής ασφυξίας, αναφορικά οι μόνες περιπτώσεις τραυματισμών ήταν δύο, μία που περιελάμβανε πληγή στο γλουτό μετά από Κ.Τ. και μία που περιελάμβανε ήπιους μώλωπες μετά από Φ.Τ., ιδιαίτερη διαφορά δεν υπήρξε και στο σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και στη νεογνική θνησιμότητα. Διαφάνηκε μία αύξηση του κινδύνου για σοβαρές μητρικές επιπτώσεις μετά από Κ.Τ. 6.2%, σημαντική διαφορά στην απώλεια αίματος δεν φάνηκε να υπάρχει, ωστόσο φάνηκε πως οι γυναίκες μετά από Φ.Τ. μάλλον πλεονεκτούν ως προς την εμφάνιση πυρετού και λοίμωξης στη λοχεία 3.3% και 2.5% αντίστοιχα (Alfirevic et al, 2013).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΣΤΩΝ

Συμπερασματικά, στην ΠΚΤ, παρόλο που οι περισσότερες γυναίκες που αποφασίζουν να βιώσουν τον κολπικό τοκετό μετά από Κ.Τ. επιτυγχάνουν να γεννήσουν κολπικά, εκείνες που δεν τα καταφέρνουν φαίνεται να διατρέχουν εξαιρετικά αυξημένο κίνδυνο και ιδίως τα βρέφη αυτών, με πιο συχνές επιπλοκές τον τραυματισμό του βρέφους, την αναπνευστική αναζωογόνηση και την σηψαιμία. Ωστόσο, η καλύτερη πρόβλεψη των γυναικών που θα αποτύχουν στο VBAC βάσει των διεθνών πρωτοκόλλων και η καλύτερη δυνατή εκπαίδευση του προσωπικού ώστε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης λόγω αποτυχίας να γίνουν όσα χρειασθούν άμεσα, θα οδηγήσει σαφώς σε σωστότερη επιλογή των υποψηφίων και σε γρήγορη νοσηλευτική παρέμβαση αντίστοιχα, μειώνοντας έτσι το ποσοστό αποτυχίας και κατ'επέκταση το ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας που οφείλονται σε αποτυχημένη έκβαση του VBAC.

Στην περίπτωση της βαριάς προεκλαμψίας, είναι σαφές ότι η Κ.Τ. ενέχει αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικών επιπλοκών, περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επομένως, βάσει των ποσοστών και ειδικά σε περίπτωση που ακολουθείται η ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή καλό θα ήταν, εκτός άλλων συμβαλλόμενων συνθηκών, να εκτελείται κολπικός τοκετός.

Στη δίδυμη κύηση, στην περίπτωση που το έμβρυο που ακολουθεί είναι κεφαλικό, βάρους μεταξύ 1500 και 2500 γραμ. και η γυναίκα είναι περιπατητική αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας σε κολπικό τοκετό. Παρόλα αυτά γενικά η δίδυμη κύηση περιπλέκεται στις περιπτώσεις ανώμαλων θέσεων του δεύτερου εμβρύου και σε υπέρταση της κύησης. Μάλλον η σωστότερη επιλογή είναι η ΚΤ σε δίδυμες κύσεις, όμως με την τήρηση των πρωτοκόλλων και τη σωστή πρόγνωση μπορεί να επιτευχθεί ΦΤ.

Στην ισχιακή προβολή, δεδομένου του μηδενικού ποσοστού νεογνικών θανάτων και του 0.7%, από αυτά που γεννήθηκαν κολπικά, που εμφάνισε σοβαρή περιγεννητική νοσηρότητα χωρίς περεταίρω κίνδυνο, συμπεραίνουμε ότι ο κολπικός τοκετός φαίνεται να είναι ασφαλής στην περίπτωση της ισχιακής προβολής. Ωστόσο, η σωστή υψηλής ποιότητας παρακολούθηση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας και η τήρηση των διεθνών πρωτοκόλλων κρίνεται αναμφισβήτητα απαραίτητη.

Στην περίπτωση της προωρότητας, δεν είχαμε κάπου κάποια σημαντική διαφορά ούτως ώστε να υποστηριχθεί είτε η μία είτε η άλλη επιλογή. Ωστόσο, γενικά δεδομένου του συνολικού οφέλους του κολπικού τοκετού για τη μητέρα και το βρέφος όπου δεν συμβάλουν περεταίρω παράγοντες που ενδεχομένως να δυσχεραίνουν την

κατάσταση καλό θα ήταν να επιλέγεται ο καθαρά φυσικός τρόπος.

**ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

• Alfrevic et al, 2013, Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons, PubMed. • Costa et al, 2013, Indications for Caesarean Deliveries during a 7-year-Period in a Tertiary Hospital, PubMed. • Hofmeyr and Hannah, 2003, Planned Caesarean section for term breech delivery, PubMed.

• Katz et al, 2015, Caesarean section vs vaginal delivery in severe preeclampsia-Perinatal outcomes, PubMed. • Lowdermilk & Perry, 2003, Maternity Nursing, pages 789-797, Mosby Publications. • Nwankwo et al, 2013, Pregnancy outcomes and factors affecting vaginal delivery of twins at University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, PubMed. • Ravi et al, 2010, Delivery After Previous Cesarean: Short-Term Perinatal Outcomes, PubMed. • Roberts & Silver, 2010, Delivery After Previous Cesarean: Long-Term Perinatal Outcomes, PubMed. • Vistad et al, 2013, Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study, PubMed. • Yasser et al, 2007, Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after cesarean delivery, PubMed.

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ:**

• Ιατρούλης, 2009, Μαιευτική και Γυναικολογία, σελ.673-688 & 741-746, Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ.

**ΕΑ-10. ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΩΝ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑΣ ΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (Μ.Ε.Ν.Ν) ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΧ.ΜΑΚΑΡΙΟΣ ΙΙΙ (ΝΑΜΙΠ)**

**Παπαμιχαήλ Ε.<sup>1</sup>, Τάλιας Μ.<sup>2</sup>, Καραολή Χρ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, Λευκωσία, Κύπρος,

<sup>2</sup>Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

**Σκοπός:** Η καταγραφή της χορήγησης μητρικού γάλατος στα νοσηλεύσιμα νεογνά της ΜΕΝΝ αλλά και η τάση που επικρατεί σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων τους.

**Υλικά και μέθοδος:** Η έρευνα διήρκεσε κατά το χρονικό διάστημα Μάρτης 2013-Μάρτης 2014 και αφορούσε 531 νεογνά. Η συλλογή των στοιχείων γινόταν με τη συμπλήρωση προτυποποιημένων ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώνονταν από τον ερευνητή σε συνεργασία με τους γονείς. Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων καταγράφηκε ως ακολούθως: Μητέρα απόφοιτος δημοτικού-γυμνασίου (Μ1) Μητέρα απόφοιτος λυκείου (Μ2) Μητέρα απόφοιτος κολεγίου-Πανεπιστημίου(Μ3). Ακολούθησε στατιστική ανάλυση. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συσχετίστηκε με την χορήγηση αποκλειστικά μητρικού γάλατος, τη μεικτή διατροφή και το τροποποιημένο γάλα για πρόωρα αποκλειστικά.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν στοιχεία 531/640 νοσηλεύσιμων νεογνών 83%. Πρόκειται για 312 άρρενα νεογνά (54.60%) και 259 θήλεα νεογνά (45.40%). Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων: Μ1 n:67 (10,5%), Μ2 n:210 32,8%, Μ3 281 43,9%.

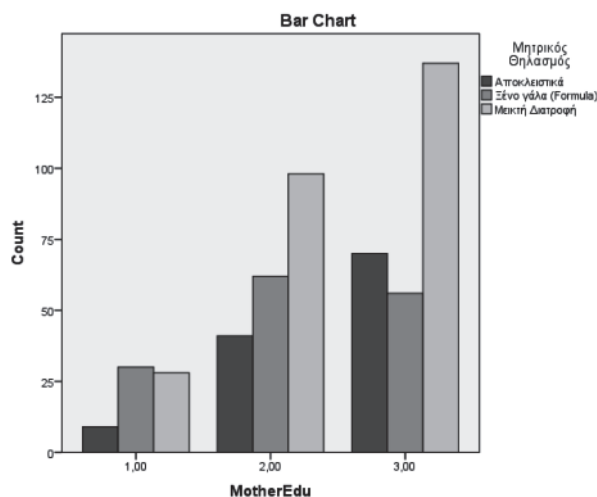
Από την ανάλυση προέκυψε: Α. Μητρικό γάλα 120/531, Μ1 9/67, Μ2 41/201, Μ3 70/263. Β. Τροποποιημένο γάλα για πρόωρα 148/531, Μ1 28/67, Μ2 62/201, Μ3 56/263. Γ. Μεικτή διατροφή 263/531, Μ1 28/67, Μ2 98/201, Μ3 137/263. Οι μητέρες Μ1 δίνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα σε εξαιρετικά χαμηλό βαθμό. Οι μητέρες Μ2 δίνουν αποκλειστικά μητρικό γάλα περισσότερο από τις μητέρες Μ1 αλλά λιγότερο από τις Μ3. Στις μητέρες Μ3 καταγράφονται τα μεγαλύτερα ποσοστά αποκλειστικής χορήγησης μητρικού γάλατος ενώ υπερτερεί σαφώς η επιλογή της μεικτής διατροφής έναντι του γάλατος για πρόωρα.

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MotherEdu * Μητρικός Θηλασμός	531	83.0%	109	17.0%	640	100.0%

Count	MotherEdu	Μητρικός Θηλασμός			Total
		Αποκλειστικά	Ξένο γάλα (Formula)	Μεικτή Διατροφή	
1,00		9	30	28	67
2,00		41	62	98	201
3,00		70	56	137	263
Total		120	148	263	531

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,574 <sup>a</sup>	4	,001
Likelihood Ratio	17,221	4	,002
Linear-by-Linear Association	,137	1	,712
N of Valid Cases	531		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,14.



CROSSTABS  
 /TABLES=MotherEdu BY LACTATION  
 /FORMAT=VALUE TABLES  
 /CELLS=COUNT ROW  
 /COUNT ROUND CELL.

**Συμπεράσματα:** Η επικρατούσα τάση στην ΜΕΝΝ δηλεί αύξηση του αποκλειστικά μητρικού θηλασμού στα νεογνά μητέρων υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου.



**ΕΑ-11. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΟΞΑΙΜΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ (ΥΙΕ) - ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΒΑΡΙΑ ΥΙΕ**

**Ευσταθίου Ν.<sup>1</sup>, Σούμπαση Β.<sup>1</sup>, Κολιάκος Γ.<sup>2</sup>, Κυριαζής Γ.<sup>3</sup>, Κάντζου Κ.<sup>1</sup>, Δρόσου Β.<sup>1</sup>**

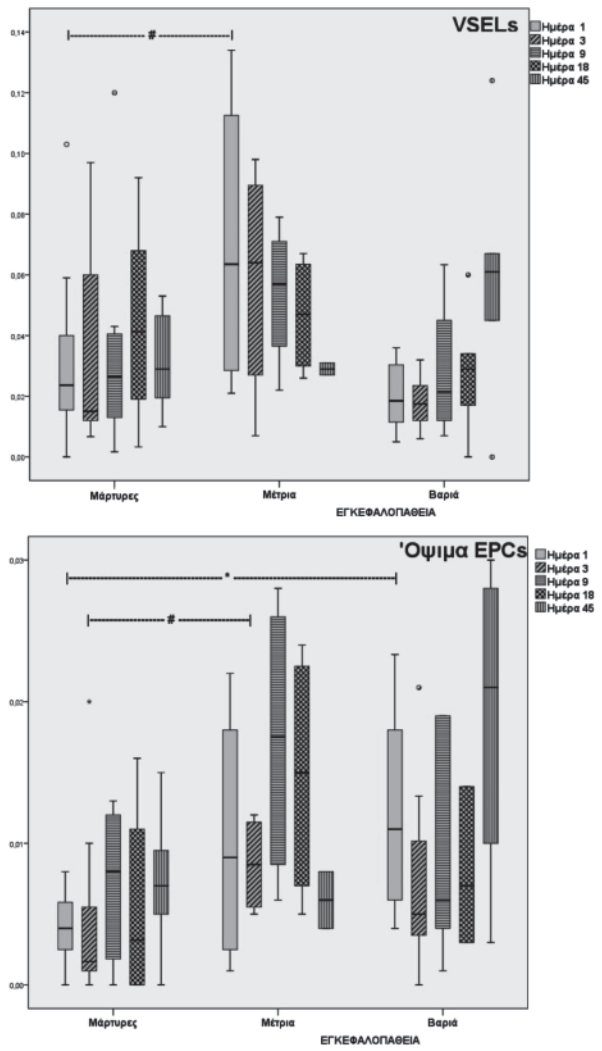
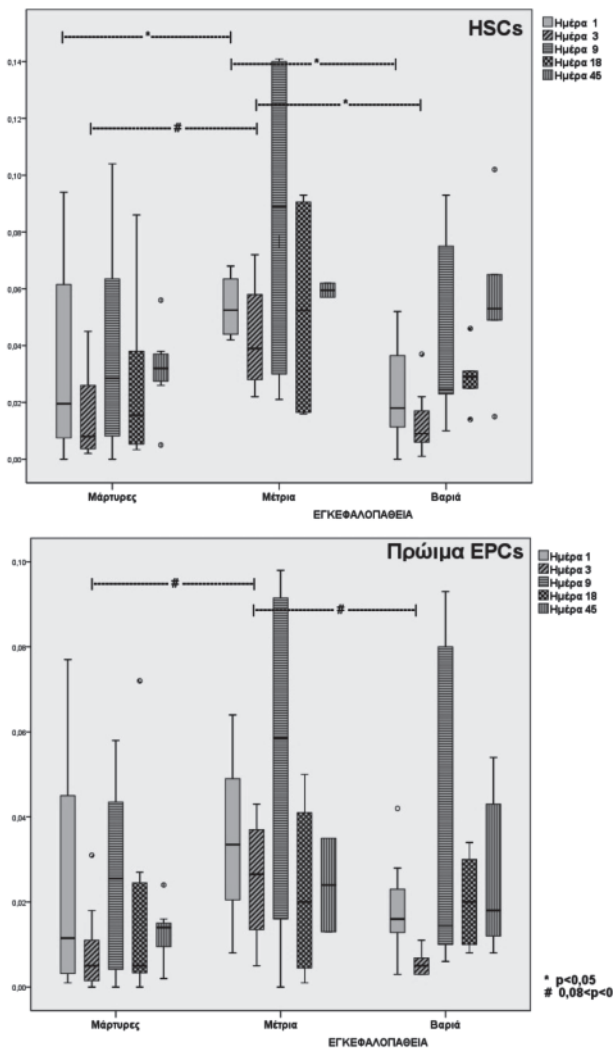
<sup>1</sup> Α Νεογνολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, <sup>2</sup> Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Τμήμα Βιοχημείας, <sup>3</sup> Ανοσολογικό τμήμα Πνευμονολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπανικολάου

**Εισαγωγή:** Τα προγονικά κύτταρα βρίσκονται σε μεγάλους πληθυσμούς στο μυελό των οστών και μεταναστεύουν σε καταστάσεις stress ή οξείας νόσου προς την περιοχή της ιστικής βλάβης με στόχο τον περιορισμό της βλάβης και την ανάπλαση. Ωστόσο σε σοβαρή εγκεφαλική βλάβη η ενδογενής αυτή διαδικασία δεν είναι επαρκής με αποτέλεσμα μακροχρόνια νευροαναπτυξιακά προβλήματα.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η κινητοποίηση των ενδογενών προγονικών κυττάρων από το μυελό των οστών σε νεογνά με ΥΙΕ από την 1η έως την 45η ημέρα ζωής, και να διαπιστωθεί εάν υπάρχει συσχέτιση με τη σοβαρότητα της εγκεφαλικής βλάβης.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 13 τελειώματα νεογνά με ΥΙΕ (5 με μέτρια εγκεφαλοπάθεια και 8 με βαριά εγκεφαλοπάθεια) και 12 φυσιολογικά τελειώματα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Την 1η, 3η, 9η, 18η και 45η ημέρα ζωής προσδιορίστηκαν στο περιφερικό αίμα με κυτταρομετρία ροής τα κυκλοφορούντα αιμοποιητικά προγονικά κύτταρα (Haematopoietic Stem Cells -HSCs), τα Very Small Embryonic-Like Stem Cells (VSELs) και ενδοθηλιακά προγονικά κύτταρα (Endothelial Progenitor Cells -EPCs, πρόωμα και όψιμα).

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε εντονότερη κινητοποίηση των προγονικών κυτταρικών σειρών στην ομάδα με τη μέτρια εγκεφαλοπάθεια σε σχέση με τη βαριά και την ομάδα ελέγχου, η οποία ήταν εμφανής ιδίως στους πληθυσμούς των HSCs, των VSELs και των πρόωμων EPCs, με σημαντικές διαφορές την 1η και 3η ημέρα ζωής (σχήμα).



**Συμπεράσματα:** Από τη μελέτη αυτή διαφαίνεται πως στη σοβαρού βαθμού εγκεφαλική βλάβη η κινητοποίηση των ενδογενών προγονικών κυττάρων υπολείπεται σημαντικά. Συνεπώς η εξωγενής χορήγηση των κυττάρων αυτών θα μπορούσε να ενισχύσει την ενδογενή προσπάθεια ανάπλασης κυρίως στη βαριά εγκεφαλοπάθεια.

## ΕΑ-12. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ, ΛΕΧΩΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

*Αύγλα Μ.<sup>1,2</sup>, Μουχτάρη Ι.<sup>1</sup>, Αντωνίου Ε.<sup>1,2</sup>, Ρηγούτσου Ε.<sup>1</sup>, Γιαμαλίδου Α.<sup>1</sup>, Παπαδέα Κ.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας της εγκύου, λεχωίδας και νέας μητέρας, ΑμΚΕ «Φαιναρέτη»,

<sup>2</sup>Τμήμα Μαιευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του Προγράμματος «Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας της εγκύου, λεχωίδας και νέας μητέρας» που υλοποιείται από την Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Φαιναρέτη». Η υλοποίηση του προγράμματος διαρθρώνεται: α) στην παροχή ψυχολογικής και μαιευτικής υποστήριξης των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο μέσω της λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής πανελληνίας εμβέλειας και β) στην ενημερωτική εκστρατεία σε όλη την Ελλάδα, που στοχεύει στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού στα ζητήματα που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία κατά την περιγεννητική περίοδο.

**Αποτελέσματα:** Η τηλεφωνική γραμμή (210 9319 054) λειτουργεί από το Μάιο του 2014 σε πανελλήνια εμβέλεια και υποστηρίζεται από επαγγελματίες υγείας (μαίες και ψυχολόγους) εξειδικευμένους σε θέματα ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο. Στα πλαίσια της ενημερωτικής εκστρατείας εθνικής εμβέλειας υλοποιούνται οι ακόλουθες δράσεις: δημιουργία ενημερωτικών εντύπων, δημοσίευση άρθρων, δημιουργία και μετάδοση τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών μηνυμάτων, σχεδιασμός και εκπόνηση οδηγού για επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωση για την έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο και διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων σε όλη την Ελλάδα.

**Συμπεράσματα:** Η υλοποίηση των παραπάνω δράσεων εκτιμάται ότι θα συντελέσει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού για τα θέματα που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία σε μια ευαίσθητη χρονική περίοδο στη ζωή της γυναίκας, καθώς επίσης και στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Η εγκυμοσύνη συνιστά μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα καθίσταται ευάλωτη, στον βαθμό που καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά πρωτόγνωρες εμπειρίες και κομβικές αλλαγές, στη σωματική εικόνα, την καθημερινή ζωή, στις σχέσεις, καθώς και προϋπάρχοντα ψυχικά ζητήματα. Οι επιπτώσεις του τρόπου που θα απαντήσει η κάθε γυναίκα στην αναπτυξιακή αυτή φάση, αφορούν όχι μόνο την ψυχική υγεία, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις τη σωματική ακεραιότητα, τη δική της και του παιδιού, τη σχέση με τους άλλους, τη λειτουργικότητα και την ικανοποίησή της από τη ζωή. Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών την τελευταία δεκαετία αποκάλυψε ότι παρατηρείται αυξημένη ψυχική νοσηρότητα στην κύηση και τη λοχεία<sup>1,2</sup>. Επιπλέον, οι σύγχρονες έρευνες παρουσιάζουν στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια υγεία και στοχεύουν στην πρόληψη των επιλόχειων διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας της νέας μητέρας και της οικογένειάς της.

**Στόχος του προγράμματος:** Το Πρόγραμμα «Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας της εγκύου, λεχωίδας και νέας μητέρας» υλοποιείται από την Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Φαιναρέτη». Η υλοποίηση του προγράμματος διαρθρώνεται: α) στην παροχή ψυχολογικής και μαιευτικής υποστήριξης των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο μέσω της λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής πανελληνίας εμβέλειας και β) στην ενημερωτική εκστρατεία σε

όλη την Ελλάδα, που στοχεύει στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού στα ζητήματα που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία κατά την περιγεννητική περίοδο.

Οι δράσεις στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση:

- Α) των γυναικών,
  - Β) των συντρόφων και των μελών της οικογένειας γυναικών που υποφέρουν από κάποια διαταραχή,
  - Γ) των επαγγελματιών υγείας,
  - Δ) της ευρύτερης κοινότητας,
- για την αναγνώριση των συμπτωμάτων της διαταραχής, που οδηγεί σε αποτελεσματικότερη πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση των επιλόχειων διαταραχών.

Στα πλαίσια του προγράμματος παρέχονται:

- Λειτουργία Τηλεφωνικής Γραμμής

Η τηλεφωνική γραμμή (210 9319 054) λειτουργεί από το Μάιο του 2014 σε πανελλήνια εμβέλεια και υποστηρίζεται από επαγγελματίες υγείας (μαίες και ψυχολόγους) εξειδικευμένους σε θέματα ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο. Λειτουργεί σε 12ωρη βάση, από τις 9πμ έως τις 9μμ.

- Ψυχολογική Υποστήριξη
- Άμεση υποστήριξη και συμβουλευτική σε γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών ή αναφέρουν ψυχική δυσφορία.
- Αξιολόγηση – εκτίμηση του προβλήματος (ένταση συμπτωμάτων και εκτίμηση επικινδυνότητας) μέσω:
- Λήψης σύντομου ιστορικού για την έναρξη παρόντων συμπτωμάτων, αλλά και προϋπαρχουσών ψυχικών διαταραχών.
- Ψυχομετρικών εργαλείων ανίχνευσης, κατάλληλων και προσαρμοσμένων για τηλεφωνική χορήγηση.
- Δίκτυο
- παραπομπών, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και άλλες δομές ψυχικής υγείας, για την ολοκληρωμένη φροντίδα και παρακολούθηση).
- Άμεση συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας του Κέντρου Ημέρας και παραπομπή σε αυτό.
- Υποστήριξη στα άτομα που δε δύνανται να μετακινηθούν.
- Μεταπαρακολούθηση των εξυπηρετούμενων του Κέντρου Ημέρας, όσον αφορά την ψυχική τους υγεία.
- Μαιευτική Υποστήριξη
- Ενημέρωση για την κύηση, τον τοκετό, τη λοχεία, την προσαρμογή και φροντίδα του νεογνού, τη διατροφή εγκύου/νεογνού/βρέφους.
- Εβδομαδιαίες τηλεφωνικές συνεδρίες προετοιμασίας για τον τοκετό και την γονεϊκότητα σε έγκυες που, είτε είναι κληήρεις είτε δε δύνανται να παρακολουθήσουν ένα ανάλογο πρόγραμμα.
- Ενημέρωση για τον θηλασμό - υποστήριξη γαλουχίας.
- Υποστήριξη μητέρων, ζευγαριών στην αρχή της μητρότητας.
- Ανίχνευση παραγόντων κινδύνου και παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας.
- Δράσεις Ενημερωτικής Εκστρατείας

Στα πλαίσια της ενημερωτικής εκστρατείας εθνικής εμβέλειας υλοποιούνται οι ακόλουθες δράσεις: δημιουργία ενημερωτικών εντύπων, δημοσίευση άρθρων, δημιουργία και μετάδοση τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών μηνυμάτων, σχεδιασμός και εκπόνηση οδηγού για επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωση για την έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο και διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων σε όλη την Ελλάδα. Η υλοποίηση των παραπάνω δράσεων εκτιμάται ότι συντελεί στην ευαισθητοποίηση

των επαγγελματιών υγείας και του κοινού για τα θέματα που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία σε μια ευαίσθητη χρονική περίοδο στη ζωή της γυναίκας, καθώς επίσης και στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Στατιστικά αποτελέσματα για την περίοδο Μάιος 2014-Δεκέμβριος 2014

- Οι τηλεφωνικές κλήσεις (εισερχόμενες-εξερχόμενες) ανέρχονται στις 8.182
- Οι κλήσεις για μαιευτικά θέματα ανέρχονται στις 4.205 (51,39%)
- Οι κλήσεις για ψυχολογικά θέματα ανέρχονται στις 3.977 (48,60%)
- Έχουν καλέσει κυρίως γυναίκες εξυπηρετούμενες (8.016) σε σχέση με τους άνδρες (166).
- Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που έχουν καλέσει ανέρχεται στα 35 έτη
- Οι κλήσεις που έχουν γίνει από το Νομό Αττικής ανέρχονται στο 91% ενώ 9% των κλήσεων έχουν γίνει από την περιφέρεια

**Βιβλιογραφία:** 1. National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2000). Postnatal Depression: Not Just the Baby Blues. Commonwealth of Australia. 2. BC Reproductive Mental Health Program (2014). Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. BC Ministry of Health. Perinatal Services BC. Vancouver, Canada.

### ΕΑ-13. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟΥΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΩΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

**Χουλιαρά Φ.<sup>1</sup>, Τσακίριδης Ι.<sup>1</sup>, Δεδουδή Κ.<sup>1</sup>, Παπαζήσης Γ.<sup>2</sup>, Δελιανίδου Μ.<sup>1</sup>, Δαγκλής Θ.<sup>1</sup>, Καλογιαννίδης Ι.<sup>1</sup>, Μαμόπουλος Α.<sup>1</sup>, Πράπας Ν.<sup>1</sup>, Ρούσσοσ Δ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο νοσοκομείο, ΑΠΘ, <sup>2</sup>Β' Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εγκύους που νοσηλεύτηκαν στην εμβρυομητρική μονάδα λόγω συμπτωμάτων επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη περιλήφθηκαν όλες οι έγκυοι σε κύηση μεγαλύτερη των 24 εβδομάδων που εισήχθησαν στην εμβρυομητρική μονάδα της Γ' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Α.Π.Θ. από τις 9/9/2014 έως τις 9/6/2015 με ένδειξη την συμπτωματολογία επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού. Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η αυτοσυμπληρούμενη σταθμισμένη κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), αρχικά κατά την εισαγωγή τους και στη συνέχεια εβδομαδιαίως μέχρι το εξιτήριο ή την περάτωση του τοκετού. Στην κλίμακα EPDS ως ενδεικτικό κατάθλιψης μπορεί να αξιολογηθεί σκορ (cutoff score) >10 ενώ σκορ >13 ενδεικτικό μείζονας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα του τεστ συσχετίστηκαν με δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 57 έγκυοι νοσηλεύτηκαν στην εμβρυομητρική μονάδα κατά την περίοδο της μελέτης λόγω επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού και εξ αυτών 55 συμφώνησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Σκορ > 10 καταγράφηκε σε 38,1% (21/55) των γυναικών και > 13 σε 20% (11/55). Το σκορ συσχετίστηκε σημαντικά με την ποιότητα της σχέσης με το σύντροφο (p=.03), τη μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (p=.04) και την ύπαρξη σκέψεων για διακοπή κύησης (p=.04). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με την ηλικία της εγκύου, τον δείκτη μάζας σώματος, την ηλικία της κύησης, το ετήσιο εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, το κάπνισμα και την εργασιακή κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** 20% των εγκύων που νοσηλεύονται στην εμβρυομητρική μονάδα λόγω επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού εμ-

φρανίζουν κατά την εισαγωγή τους συμπτωματολογία ενδεικτική μείζονας κατάθλιψης. Η πιθανότητα για κατάθλιψη σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα της σχέσης με το σύντροφο, την προγραμματισμένη ή μη εγκυμοσύνη και την ύπαρξη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζεται από μαιευτικές παραμέτρους.

### ΕΑ-14. ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Καραγιούζης Θ.<sup>1</sup>, Σηφάκης Σ.<sup>2</sup>, Κοκολάκης Ι.<sup>2</sup>, Ξανθάκης Κ.<sup>2</sup>, Μακρουθανάσης Π.<sup>3</sup>, Δεσσύπρης Ν.<sup>4</sup>, Πετρίδου Ε.Τ.<sup>4</sup>, Κίτσιου-Τζελέη Σ.<sup>1</sup>, Καναβάκης Ε.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή Παν/μιου Αθηνών, Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία, Αθήνα, <sup>2</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>3</sup>Department of Genetic Medicine and Development, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva Switzerland, <sup>4</sup>Τμήμα Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Παν/μιου Αθηνών

**Σκοπός:** Να εκτιμηθούν οι απόψεις και οι θέσεις των εγκύων γυναικών σχετικά με τις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου για το σύνδρομο Down στην Ελλάδα με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά, τρόπους και συνήθειες ζωής καθώς και στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** 354 έγκυες γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε ποιικίλες κοινωνικο-οικονομικές και μορφωτικές παραμέτρους, συνήθειες και τρόπο ζωής και στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό. Απάντησαν επίσης σε μια σειρά από ερωτήσεις σχετικά με τη γνώση τις απόψεις και τη στάση τους στις μεθόδους και τα προγράμματα προγεννητικού ελέγχου. Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν με στατιστικές μεθόδους (summary statistics and multiple logistic regression analyses).

**Αποτελέσματα:** Επαρκή πληροφόρηση για τις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου είχε το 50,8% των εγκύων γυναικών. Οι γυναίκες που δεν είχαν ελληνική εθνικότητα (OR=2,07, p=0,04) καθώς και εκείνες που δεν είχαν επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος στη διάρκεια της κύησης (OR=2,39, p=0,004) ήταν δύο φορές περισσότερο πιθανό να έχουν ανεπαρκείς γνώσεις για τις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου. Αντιθέτως οι έγκυες γυναίκες που μελετούσαν τον καθημερινό τύπο ήταν δυο φορές περισσότερο πιθανό να έχουν επαρκή γνώση για τις δοκιμασίες και τις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου (OR=0,51, p=0,0004). Το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο της γνώσης για τον προγεννητικό έλεγχο χωρίς όμως να φτάνει σε στατιστική σημαντικότητα.

**Συμπεράσματα:** Για την παροχή κατάλληλης ενημέρωσης και αποτελεσματικής γενετικής συμβουλευτικής σχετικά με τις δυνατότητες προγεννητικού ελέγχου πρέπει να λαμβάνονται υποψιν συγκεκριμένοι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των εγκύων γυναικών στον ελλαδικό χώρο.

### ΕΑ-15. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΩΟΡΟΤΗΤΟΣ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2011-2014 ΣΕ ΜΕΝΝ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**Γαϊτανά Κ.<sup>1</sup>, Καλαϊτζή Α.<sup>1</sup>, Πηλιτσίδου Α.<sup>1</sup>, Καραδόντα Ι.<sup>1</sup>, Καφέ Κ.<sup>1</sup>, Καλατζή Ε.<sup>1</sup>, Καρδαράς Δ.<sup>2</sup>, Γαϊβέα Ι.<sup>1</sup>, Τσιρώνη Ε.<sup>2</sup>, Γούναρης Α.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική – ΜΕΝΝ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας <sup>2</sup>Οφθαλμιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Σκοπός:** Καταγραφή της συχνότητας της αμφιβληστροειδοπάθειας της προωρότητας (ΑτΠ) σε πρόωρα νεογνά με ηλικία κύησης (ΗΚ) <32 εβδ ή βάρους γέννησης (ΒΓ) <1500gr που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα μας την τετραετία 2011-2014.

**Υλικό:** Στη μελέτη συμπεριλάβαμε τα πρόωρα νεογνά με ΗΚ<32 εβδ ή με ΒΓ<1500gr και τα χωρίσαμε σε 4 ομάδες: Α' ομάδα (ΗΚ: 24-25+6 εβδ), Β' ομάδα (ΗΚ: 26-28+6 εβδ), Γ' ομάδα (ΗΚ: 29-32+6 εβδ) & Δ' ομάδα (νεογνά με ΗΚ >32 εβδ και ΒΓ <1500 gr). Επίσης μελετήσαμε την παρουσία επιβαρυντικών παραγόντων για την ανάπτυξη της ΑτΠ.

**Αποτελέσματα:** Τη τετραετία 2011-2014 νοσηλεύσαμε 2830 νεογνά. 264 νεογνά είχαν ΗΚ<32 εβδ ή ΒΓ <1500 gr. Τα 56 (21,2%) από τα 264 νεογνά παρουσίασαν ΑτΠ, ενώ σοβαρή ΑτΠ που χρειάστηκε αντιμετώπιση, εμφάνισαν 12 (4,5%) από τα 264 νεογνά. Τα νεογνά με ΑτΠ είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερο ΒΓ και μικρότερη ΗΚ συγκριτικά με τα 208 νεογνά χωρίς ΑτΠ. Η συχνότητα της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας, του ανοικτού αρτηριακού πόρου και της αποδεδειγμένης λοίμωξης ήταν στατιστικά μεγαλύτερη στα νεογνά με ΑτΠ. Η συχνότητα της σοβαρής ΑτΠ στις ομάδες των νεογνών ήταν για τις ομάδες Α, Β, Γ και Δ 100%, 6,89%, 2,39% και 0% αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Η συχνότητα της ΑτΠ όπως και η συχνότητα της σοβαρής ΑτΠ στα νεογνά με ΗΚ < 32 εβδ. ή με ΒΓ < 1500 gr. ήταν η αναμενόμενη με βάση την πρόσφατη βιβλιογραφία. Η εκσεσημασμένη προωρότητα και η σοβαρή νοσηρότητα αυτών των νεογνών είναι παράγοντες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΑτΠ.

#### ΕΑ-16. ΧΟΡΗΓΗΣΗ L-ARGININE ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΠΝ) ΣΕ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ

**Πολυκάρπου Ε.<sup>1</sup>, Ζαχάκη Σ.<sup>2</sup>, Πολυκάρπου Ν.<sup>3</sup>, Γαβρίλη Σ.<sup>1</sup>, Κώσταλος Χ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, Γενικό Περιφερικό Νοσοκομείο Αθηνών General "Αλεξάνδρα", Αθήνα, Ελλάδα, <sup>2</sup> Εργαστήριο Υγιεινολογίας, Ραδιοβιολογίας & Κυτταρογενετικής, ΕΚΕ-ΦΕ Δημοκριτος, Αθήνα, Ελλάδα, <sup>3</sup> Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία", Ακτινολογικό Τμήμα, Αθήνα, Ελλάδα

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης της συμπληρωματικής χορήγησης αργινίνης (L-arginine) η οποία είναι το υπόστρωμα για την παραγωγή μονοξειδίου του αζώτου στην επίπτωση της χρόνιας πνευμονικής νόσου (χπν) και της επιβίωσης χωρίς χπν στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης (πχβγ) νεογνών.

**Υλικό και μέθοδος:** Η εργασία περιλαμβάνει 74 πχβγ νεογνά με βάρος γέννησης ≤1,500gr και ηλικία κύησης ≤32 εβδομάδων. 32 νεογνά έλαβαν συμπληρωματική χορήγηση αργινίνης 1.5 mmol/kg/day (261mg/kg) από το στόμα σε μια ημερήσια δόση με ταξύ 3ης και 28ης ημέρας ζωής. 42 νεογνά έλαβαν εικονικό φάρμακο. Στα νεογνά που συνέχιζαν να έχουν ανάγκη οξυγόνου/αναπνευστικής υποστήριξης μετά την 28 ημέρα ζωής ή απεβίωσαν πριν την 28 ημέρα ζωής τέθηκε η διάγνωση της χπν.

**Αποτελέσματα:** Δεν έχουν παρατηρηθεί ανεπιθύμητες ενέργειες από την από το στόμα συμπληρωματική χορήγηση αργινίνης.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ηλικία κύησης, στο βάρος γέννησης, στο apgar score και στην χορήγηση στεροειδών προγεννητικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην ομάδα των νεογνών που έλαβαν αργινίνη 11 από τα 32 (34,4%) νεογνά ανέπτυξαν χπν ενώ στην ομάδα ελέγχου 21 από τα 42 (50,0%) νεογνά είχαν χπν, αλλά αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (p=0,139).

Η επιβίωση χωρίς πνευμονική νόσο ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα των νεογνών που έλαβαν αργινίνη συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (66% vs 43%, p=0,052).

**Συμπέρασμα:** Η από το στόμα συμπληρωματική χορήγηση L-αργινίνης είναι ασφαλής, εύκολο να χορηγηθεί και πιθανό να αυξάνει την επιβίωση χωρίς πνευμονική νόσο στα πχβγ νεογνά η οποία είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας τους.

#### ΕΑ-17. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΗΡΕΙΣ ΕΓΚΥΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

**Τσακίση Ε., Καναλίδου Μ., Βοζίκη Ε., Τσιρκινίδου Δ., Αθανασιάδης Α., Κουκουλιάς Δ., Ταρλατζής Β.**

*Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"*

Ο κλινοστατισμός αδιαμφισβήτητα αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί συνήθη στρατηγική αντιμετώπισης επιπλοκών που προκύπτουν σε κύσεις υψηλού κινδύνου, καθώς επίσης και μέθοδος πρόληψης πρόωρων τοκετών. Παρόλα αυτά, νέες μελέτες δείχνουν πως οι επιδράσεις του κλινοστατισμού σε περιπτώσεις επιπλοκών κύσεων (π.χ προεκλαμψία, κοπλική αιμόρροια, πολύδυμη κύηση κτλ) δεν είναι θετικές και τείνουν να είναι περισσότερο αρνητικές, καθώς αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης διαφόρων επιπλοκών με δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στο έμβρυο όσο και στην έγκυο γυναίκα (π.χ φλεβοθρόμβωση, χαμηλό βάρος γεννήσεως του νεογνού, ψυχολογική κατάπτωση της εγκύου, καρδιακή απορρύθμιση, απώλεια οστικής μάζας και άλλες). Λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες μελέτες από άλλες χώρες που τονίζουν τις θετικές επιδράσεις της άσκησης (κάθε μορφής φυσικής δραστηριότητας) στην γενικότερη υγεία της εγκύου και κατ'επέκταση στην υγεία του εμβρύου, σκοπός της ερευνάς μας, ήταν να εφαρμόσουμε συνθήκες άσκησης σε συνδυασμό με συνθήκες κλινοστατισμού και να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό μελετήσαμε τις επιδράσεις της άσκησης σε συνδυασμό με συνθήκες κλινοστατισμού (διάρκειας άνω 10 ημερών) σε χαρακτηριστικά της κύησης (εμφάνιση επιπλοκών, αποφυγή πρόωρου τοκετού) σε δείγμα γυναικών (Π.Μ.Γ κλινική ΑΠΘ) και συγκρίναμε τα αποτελεσματά μας με αντίστοιχα γυναικών που υποβλήθηκαν μόνο σε συνθήκες κλινοστατισμού. Πιθανές ερμηνείες και προεκτάσεις των αποτελεσμάτων σχολιάζονται.

#### ΕΑ-18. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΗΚΟΥΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΚΟΛΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΝΕΪΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ

**Πετούσης Σ., Κοτανίδης Α., Ανθούλακης Χ., Μαργιούλα-Σιάγκου Χ., Τσερμίδου Ε., Ξενίδης Θ., Δαγκλής Θ., Μαυροματίδης Γ., Μαρμόπουλος Α., Πράπας Ν., Ρούσσοσ Δ.**

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, ΑΠΘ*

**Σκοπός:** Η σύγκριση της μέτρησης του μήκους τραχήλου σε εγκύους με χρήση διακολπικού και περινεϊκού υπερηχογραφήματος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική μελέτη κατά τη χρονική περίοδο οκτωβρίου 2014-απριλίου 2015 όπου συμπεριλήφθηκε το σύνολο των εγκύων που προσήλθαν για διενέργεια τακτικού υπερηχογραφήματος ανάπτυξης στο τμήμα υπερήχων της γ'μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής απθ. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση του μήκους τραχήλου τρεις φορές με χρήση διακολπικού και ισάριθμες φορές με χρήση περινεϊκού υπερηχογραφήματος. Η διακολπική μέτρηση πραγματοποιήθηκε από τον

ίδιο εξεταστή που είναι πιστοποιημένος από το fetal medicine foundation, σύμφωνα με τις αντίστοιχες οδηγίες. Συγκρίθηκε η μέση τιμή της διακολπικής και περινεϊκής μέτρησης με τη χρήση στατιστικού κριτηρίου paired-samples t-test.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν 100 γυναίκες, στις οποίες πραγματοποιήθηκαν συνολικά 300 διακολπικές και 300 περινεϊκές μετρήσεις. Η μέση εβδομάδα κύησης κατά τη μέτρηση ήταν  $32,9 \pm 1,0$  εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της μέτρησης του μήκους του τραχήλου με τη χρήση περινεϊκού και διακολπικού υπερηχογραφήματος. Η μέση τιμή μήκους τραχήλου ήταν  $34,2 \pm 6,4$  mm με χρήση διακολπικού και  $34,1 \pm 6,3$  mm με χρήση περινεϊκού υπερηχογραφήματος ( $p=0,76$ ). Διαφορά μέτρησης μεγαλύτερη των 3 mm παρατηρήθηκε σε 7 περιπτώσεις (7%).

**Συμπεράσματα:** Η μέτρηση του μήκους τραχήλου με χρήση περινεϊκού υπερηχογραφήματος αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο μέτρησης, η οποία ενδεχομένως να αποδειχθεί επωφελής σε περιπτώσεις πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων ή σε περιπτώσεις με περιόδεση τραχήλου.

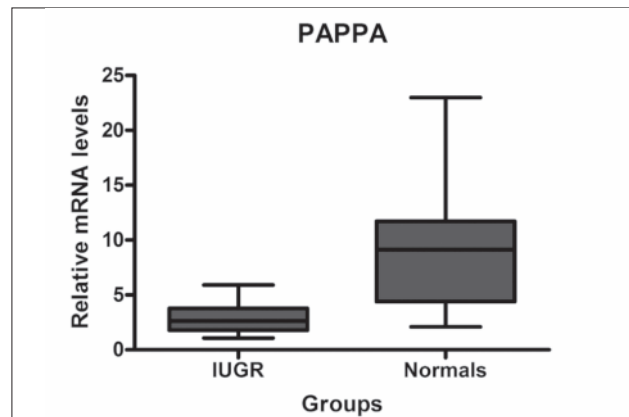
#### ΕΑ-19. Η ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ PAPPΑ, PAPPΑ-2 ΚΑΙ PLAC-1 ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΚΙΝΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Σηφάκης Σ.<sup>1</sup>, Ανδρουτσόπουλος Β.<sup>2</sup>, Βελεγράκης Α.<sup>1</sup>, Κοκολάκης Ι.<sup>1</sup>, Κουβίδης Ε.<sup>1</sup>, Αλεγκάκης Θ.<sup>3</sup>, Κουτρουλάκης Δ.<sup>1</sup>, Κωνσταντινίδου Α.<sup>4</sup>, Σπαντίδος ΔΑ.<sup>2</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>5</sup>

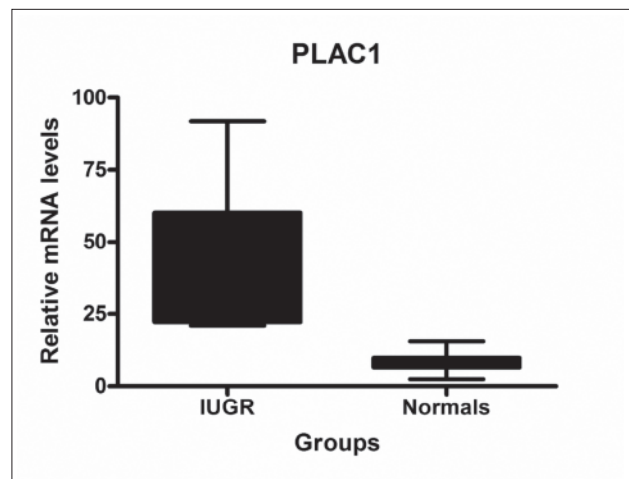
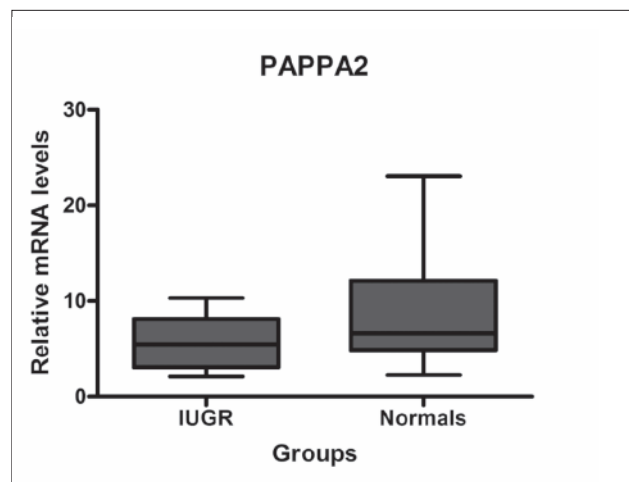
<sup>1</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μιου Κρήτης, <sup>3</sup>Εργαστήριο Τοξικολογίας Παν/μιου Κρήτης, <sup>4</sup>1ο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας Παν/μιου Αθηνών, <sup>5</sup>3η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Αθηνών

**Εισαγωγή και σκοπός:** Η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (ΕΚΑ) αποτελεί σχετικά συχνή και ενίοτε σοβαρή επιπλοκή της κύησης και σχετίζεται με αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνητότητα και απώτερες συνέπειες. Οι αιτιοπαθογενέειες είναι πολυπαραγοντική και οι υποκείμενοι μηχανισμοί παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αδιευκρίνιστοι. Ο ρόλος του πλακούντα είναι σημαντικός στην παθογένεια της ΕΚΑ είτε ως αιτιολογικός παράγοντας είτε ως όργανο-στόχος. Οι μεταβολές των επιπέδων στη μητρική κυκλοφορία των πρωτεϊνών του πλακούντα PAPP-A (pregnancy-associated placental protein-a) και PLAC-1 (placenta-specific-1) έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση παθολογικών καταστάσεων στην κύηση όπως εμβρυϊκή ανευπλοειδία, προεκλαμψία και υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της πλακουντιακής έκφρασης των πρωτεϊνών αυτών σε κύσεις που επεπλάκησαν με εμβρυϊκή υπολειπόμενη ανάπτυξη.

**Υλικό και μέθοδος:** Συνελλέχθησαν δείγματα πλακούντα από 23 κύσεις που εκδήλωσαν ΕΚΑ καθώς και από αντίστοιχο αριθμό κύσεων με ομαλή έκβαση και φυσιολογικό βάρος γέννησης νεογνού. Η διάγνωση ΕΚΑ και η παρακολούθηση των κύσεων έγινε με τη χρήση διαδοχικών υπερηχογραφήματων στο 2ο ήμισυ της κύησης (βιομετρία και Doppler ταχυμετρία). Αποκλείστηκαν κύσεις που εκδήλωσαν προεκλαμψία ή άλλη εμφανή υποκείμενη αιτία ΕΚΑ. Η πλακουντιακή έκφραση των υπό μελέτη παραγόντων έγινε με τη χρήση real-time PCR και κατάλληλων primers. Η στατιστική ανάλυση (Mann-U-Whitney test και independent variables T-test) έγινε σε 15 κύσεις με ΕΚΑ μη σχετιζόμενης με άλλη επιπλοκή της κύησης.



**Σχήμα 1.** Τα επίπεδα έκφρασης των PAPP-A, PAPP-A2 και PLAC-1 σε πλακούντες κύσεων με εμδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης και σε φυσιολογικές κύσεις.



**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα έκφρασης στον πλακούντα των PAPP-A και PAPP-A-2 ήταν χαμηλότερα στις κύσεις με ΕΚΑ συγκριτικά με τις φυσιολογικές κύσεις ( $p<0,001$ ). Αντιθέτως τα επίπεδα έκφρασης του PLAC-1 ήταν στατιστικά υψηλότερα ( $p<0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι μεταβολές στην πλακουντιακή έκφραση των PAPP-A, PAPP-A-2 και PLAC-1 στο τέλος της κύησης υποδει-

κνύουν το ρόλο που μπορεί να έχουν αυτές οι πλακουντιακές προέλευσης πρωτεΐνες στην εκδήλωση ΕΚΑ. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για να διερευνηθεί εάν οι μεταβολές αυτές αποτελούν εκδήλωση της δυσλειτουργίας του πλακούντα ή υπάρχει αιτιολογική σχέση και συμμετοχή στους υποκείμενους παθογενετικούς μηχανισμούς. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δίνουν έδαφος στην περαιτέρω διερεύνηση της προβλεπτικής ή διαγνωστικής αξίας που μπορεί να έχουν οι μετρήσεις των επιπέδων της PAPP-A στη μητρική κυκλοφορία στο 2ο ήμισυ της κύησης - και με δεδομένο ότι η εκτίμηση αυτή στο 1ο τρίμηνο της κύησης έχει ήδη κλινική εφαρμογή.

## ΕΑ-20. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΞΙΑΣ ΣΤΑ ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Παναγιωτακοπούλου Μ., Παγίδα Μ., Κωνσταντινίδου Α.

*Α' Ψυχιατρική Κλινική, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Η περιγεννητική υποξία (ΠΥ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την μετέπειτα εμφάνιση δυσλειτουργιών μνήμης και μάθησης, διαταραχής ελαττωματικής προσοχής με υπερκινητικότητα και σχιζοφρένειας. Πειραματικές μελέτες έδειξαν ότι η ΠΥ προκαλεί ειδικές, μακράς διάρκειας αλλοιώσεις των κεντρικών ντοπαμινεργικών συστημάτων που παραμένουν μέχρι την ενηλικίωση. Σε νεκροτομικό υλικό μελετήσαμε την έκφραση της υδροξυλάσης της τυροσίνης (TH, πρώτο και καθοριστικό ένζυμο για τη σύνθεση της ντοπαμίνης) στον εγκέφαλο 18 εμβρύων και νεογνών (διορθωμένης ηλικίας 32.5 -46.5 εβδομάδων) με υποξική/ισχαιμική προσβολή (ΥΙΠ) του εγκεφάλου, σε σχέση με τη σοβαρότητα/ διάρκεια ή χρονιότητα της βλάβης, όπως αυτή εκτιμήθηκε με νευροπαθολογοανατομικά κριτήρια. Τομές παραφίνης από τον μεσεγκέφαλο και τον υποθάλαμο μελετήθηκαν ανοσοϊστοχημικά για TH σε επιλεγμένα επίπεδα. Η ΥΙΠ είχε διαφορετική επίδραση στην έκφραση της TH στις διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου. Σε περιστατικά οξείας ΥΙΠ, εντοπίστηκε έντονη TH-ανοσοθετικότητα στις γνωστές ντοπαμινεργικές περιοχές του μεσεγκέφαλου μέλαινα ουσία (SN) και κοιλιακή καλυπτρική περιοχή (VTA). TH-ανοσοθετικότητα βρέθηκε όμως, και στα κύτταρα με urocortin-1 (πεπτίδιο του στρες) του πυρήνα Edinger-Westphal, ο οποίος δεν είναι γνωστός για το κατεχολαμινικό του φαινότυπο. Σε νεογνά με αλλοιώσεις παρατεταμένης/χρόνιας υποξικής βλάβης, παρατηρήθηκε μείωση ή απουσία της TH-ανοσοθετικότητας στους ντοπαμινεργικούς νευρώνες της SN και VTA, ενώ μαζική επαγωγή της TH παρατηρήθηκε στους νευροεκκριτικούς νευρώνες του υποθαλάμου. Συμπερασματικά, θεωρούμε ότι πρώιμες αλλαγές στην έκφραση της TH - και κατά συνέπεια της ντοπαμινεργικής νευρομεταβίβασης- μετά από περιγεννητική ΥΙΠ σε κρίσιμα στάδια της ανάπτυξης του εγκεφάλου, είναι δυνατόν να συντελούν στη δημιουργία προδιάθεσης για την εκδήλωση νευροαναπτυξιακών ψυχιατρικών νοσημάτων στη μετέπειτα ζωή.

## ΕΑ-21. ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ CFDNA ΤΕΣΤ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Γεροβασιλή Α.<sup>1,2</sup>, Στούμπου Α.<sup>2</sup>, Ζαχαρέγκα Φ.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα <sup>2</sup> Safembyro, Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Το cfDNA τεστ αποτελεί το ακριβέστερο ανιχνευτικό τεστ προγεννητικού έλεγχου (>99% για το σύνδρομο down). Η σε-

quenom παρέχει τα τεστ visibilit (ανιχνεύει τα σύνδρομα down, Edwards και το εμβρυϊκό φύλο) και maternit21-plus (ανιχνεύει 17 σύνδρομα και το εμβρυϊκό φύλο) cfDNA τεστ. Στη παρούσα εργασία διερευνήθηκαν οι λόγοι πιθανής επανάληψης της εξέτασης και οι αιτίες που οδήγησαν στην επιλογή συγκεκριμένου cfDNA τεστ.

**Υλικό & μέθοδος:** Σε μια περίοδο 15 μηνών, κατόπιν συναίνεσης των γυναικών, συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν ανώνυμα στοιχεία για τα cfDNA τεστ που διενεργήθηκαν στο safembyro.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά αναλύθηκαν 482 δείγματα εγκύων με μέση ηλικία κύησης 17 εβδομάδες και μέση μητρική ηλικία 36 ετών. Σε 8 (1,64%) περιπτώσεις το αποτέλεσμα ήταν διαθέσιμο μετά από επανάληψη της εξέτασης. Στις 7 περιπτώσεις η αιτία επανάληψης ήταν το χαμηλό ποσοστό εμβρυϊκού DNA (<4%) ενώ σε 1, υπήρξε τεχνικό πρόβλημα. Κατόπιν στατιστικής ανάλυσης βρέθηκε συσχέτιση της επανάληψης με το BMI (p<0.0001). Επιπλέον, οι εγκυμονούσες επέλεξαν κυρίως το visibilit όταν οι λόγοι που τους οδηγούσαν στο cfDNA τεστ ήταν ο μη φυσιολογικός βιοχημικός έλεγχος (81,19%) ή κάποιο υπερηχογραφικό εύρημα (65,33%) και το maternit21-plus όταν διάλεξαν το cfDNA τεστ από προσωπική επιλογή (70,73%) ή λόγω αυξημένης μητρικής ηλικίας (55,02%) (p<0.0001).

**Συμπέρασμα:** Οι εγκυμονούσες με BMI>30 έχουν 8,47% πιθανότητα να επαναλάβουν την εξέταση, σε αντίθεση με αυτές που έχουν BMI<30 που η πιθανότητά τους είναι 0,47%. Όλες οι εγκυμονούσες πήραν απάντηση ανεξαρτήτως του cfDNA τεστ που διενεργήθηκε.

## ΕΑ-22. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΦΑΛΟΥΡΙΑΙΟΥ ΜΗΚΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ (CRL) ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΥΗΣΗΣ

Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Ασημακόπουλος Γ., Σύνδος Μ., Δασκαλάκης Γ.

*Α' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»*

**Σκοπός:** Να διαπιστώσουμε αν το κεφαλουριαίο μήκος (CRL) στο 1ο τρίμηνο της κύησης σχετίζεται με χαμηλό βάρος γέννησης ή άλλες επιπλοκές της κύησης.

**Μέθοδοι:** Μία προοπτική μελέτη όπου το CRL καταγράφηκε σε 1125 μονήρεις κύσεις που προσήλθαν για το υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου (αυθεντική διαφάνεια) στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα». Το βάρος γέννησης και η έκβαση της κύησης αναλύθηκαν για 833 κύσεις για τις οποίες υπήρχαν πλήρη στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Χαμηλό βάρος γέννησης (<2500 g) και αυξημένο (>4000 g) βάρος γέννησης συσχετίστηκαν με το CRL που μετρήθηκε κατά το υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου και το CRL που θα περιμέναμε από την ηλικία κύησης, αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ αυτών των μετρήσεων και πρόωρου τοκετού (ΠΤ), ενδομήτριου/νεογνικού θανάτου ή χαμηλού ARGAR. Το χαμηλό βάρος γέννησης (P=0.005) η πιθανότητα αποβολής (P=0.03) έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση για κύσεις όπου υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ πραγματικού (αυτού που μετρήθηκε) και αναμενόμενου από την ηλικία κύησης (GA) CRL.

**Συμπέρασμα:** Η μέτρηση του CRL στο 1ο τρίμηνο της κύησης για τον εντοπισμό εμβρύων με CRL μικρότερου του αναμενόμενου για την ηλικία κύησης προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την εξέλιξη της κύησης, κυρίως για την πιθανότητα αποβολής και γέννησης νεογνού χαμηλού βάρους γέννησης.

### ΕΑ-23. ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ: ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.

Σαλαμαλέκης Γ.<sup>1</sup>, Συριστατίδης Χ.<sup>1</sup>, Βράντζα Τ.<sup>1</sup>, Βουργέντι Κ.<sup>1</sup>, Λαρρυγκάκη Α.<sup>1</sup>, Σαλλούμ Ι.<sup>2</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα.

<sup>2</sup> Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα

**Σκοπός:** Η μελέτη του περιγεννητικού αποτελέσματος σε γυναίκες με θετικό τεστ κύησης μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και η σύγκριση του μεταξύ κλασικής γονιμοποίησης (IVF) και μικρογονιμοποίησης (ICSI).

**Υλικό και μέθοδος:** Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν 113 γυναίκες με θετικό τεστ κύησης μετά από τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής μεταξύ 2011-2014. Μελετήθηκαν οι εξής παράμετροι: η ανεύρεση καρδιακής εμβρυϊκής λειτουργίας σε υπερηχογραφικό έλεγχο στην 7η εβδομάδα κύησης (CPR, clinical pregnancy rate), οι κύησεις που εξελίχθηκαν μετά τη 12η εβδομάδα κύησης (ONG, ongoing pregnancy), οι γυναίκες που γέννησαν μετά την 20η εβδομάδα κύησης (LBR, life birth rate), και συσχετίστηκαν με το περιγεννητικό τους αποτέλεσμα, μέσα από τη μελέτη των εξής παραμέτρων: το ποσοστό πρόωρων τοκετών (<37 εβδομάδες κύησης), το σωματικό βάρος γέννησης (Σ.Β.), το Apgar Score, το pH των νεογνών και το ποσοστό των νεογνών που εισήχθησαν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

Έγινε σύγκριση μεταξύ των 2 μεθόδων: της IVF και της ICSI.

**Αποτελέσματα:** Από τα 113 θετικά τεστ κύησης, τα 37 υπήρχαν στην ομάδα των γυναικών που υπεβλήθησαν σε IVF (32%) και τα 64 από την ομάδα της ICSI (56,6%). Τα LBR, CPR και ONG δεν ήταν στατιστικά διαφορετικά μεταξύ των δύο ομάδων ( $p > 0.05$ ).

Στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν» γέννησαν 14 γυναίκες μετά από IVF και 20 μετά από ICSI. Τα ποσοστά προωρότητας, γέννησης νεογνών με Σ.Β. < 2.500 γρ, εισόδου τους σε MENN, καθώς και πολύδυμων κύησηων ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα στην IVF σε σχέση με την ICSI (50% vs 15%, 50% vs. 17%, 30% vs. 4,3% και 35,7% vs. 15%, αντίστοιχα, όλες οι τιμές  $p < 0.005$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα LBR, CPR και ONG ήταν παρόμοια στις 2 ομάδες μελέτης. Η προωρότητα ήταν αυξημένη στις κύησεις μετά από IVF σε σχέση με την ICSI, που κατά κανόνα οφείλεται στις πολύδυμες κύησεις.

### ΕΑ-24. ΔΗΨΗ ΧΟΡΙΟΝΙΚΩΝ ΔΑΧΝΩΝ ΣΕ ΔΙΔΥΜΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Δασκαλάκης Γ., Παπαντωνίου Ν., Ασημακόπουλος Γ., Μαρίτσα Β., Τάκου Μ., Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Σίνδος Μ., Λουτράδης Δ.  
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**Σκοπός:** Η σύγκριση του περιγεννητικού αποτελέσματος μετά από λήψη χοριακών λαχνών σε διδυμες κύησεις μετά από αυτόματη σύλληψη και μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

**Μέθοδος:** Αναδρομική ανάλυση όλων των διδύμων διχοριακών κύησηων οι οποίες υποβλήθηκαν σε λήψη χοριακών λαχνών μεταξύ των ετών 1986 και 2013 στο Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου του ΓΝΑ Αλεξάνδρα, το οποίο είναι τριτοβάθμιο κέντρο Εμβρυομητρικής Ιατρικής. Αναλύθηκαν τελικά 32 διδυμες κύησεις μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και 130 διδυμες κύησεις μετά από αυτόματη σύλληψη, οι οποίες υποβλήθηκαν σε προγεν-

νητικό έλεγχο με την εξεταζόμενη μέθοδο.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχε διαφορά σε σχέση με το ποσοστό αποβολών μεταξύ των δύο ομάδων (0% στην ομάδα της εξωσωματικής γονιμοποίησης έναντι 3% στην ομάδα των αυτομάτων κύησηων). Το ποσοστό πρόωρου τοκετού πριν τις 28 εβδομάδες ήταν υψηλότερο στην ομάδα της εξωσωματικής γονιμοποίησης (18,8%) σε σύγκριση με αυτή των αυτομάτων κύησηων (1,6%). Επίσης η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες.

**Συμπεράσματα:** Το ποσοστό αποβολών μετά από λήψη χοριακών λαχνών ήταν παρόμοιο σε διδυμες κύησεις ανεξάρτητα από τον τρόπο σύλληψης. Όμως, ο κίνδυνος προωρότητας πριν τις 28 εβδομάδες ήταν σημαντικά υψηλότερος στην ομάδα των διδύμων μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

### ΕΑ-25. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Αντσακλής Π., Παπαντωνίου Ν., Ροδολάκης Α., Βλάχος Γ., Ασημακόπουλος Γ., Μαρίτσα Β., Τάκου Μ., Σίνδος Μ., Θεοδωρά Μ., Λουτράδης Δ., Δασκαλάκης Γ.

Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών στις περιπτώσεις μαιευτικής υστερεκτομίας, καθώς και της επίδρασης των διαφόρων προδιαθεσικών παραγόντων.

**Μέθοδος:** Αναλύσαμε αναδρομικά τις περιπτώσεις μαιευτικής υστερεκτομίας στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία αποτελεί τριτοβάθμιο κέντρο παροχής παρόμοιων περιστατικών, κατά τα έτη 2008-2013.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά διερευνήθηκαν 22.437 τοκετοί και ανευρέθηκαν 63 περιπτώσεις μαιευτικής υστερεκτομίας (2,8 ανά 1000 τοκετούς). Οι ενδείξεις για τη μαιευτική υστερεκτομία περιελάμβαναν ατονία μήτρας σε 10 περιπτώσεις (15,9%), σιφρό πλακούντα σε 21 (33,3%), προδρομικό πλακούντα σε 30 (47,6%) και τραχηλική-ισθμική κύηση σε 2 περιπτώσεις (3,2%). Συνολικά καταγράφηκαν 29 διεγχειρητικές επιπλοκές 5 εκ των οποίων σοβαρές (μαζική αιμορραγία-ανάγκη για σημαντική μετάγγιση, επιπλοκές ουροποιητικού). Σημαντικά μεγαλύτερες ποσότητες αίματος, πλάσματος, κολλοειδών και κρυσταλοειδών χορηγήθηκαν σε μαιευτικές υστερεκτομίες οι οποίες έγιναν εκτάκτως (μη αναμενόμενες) από ότι σε αυτές που ήταν αναμενόμενες. Ο εγχειρητικός χρόνος και οι ημέρες νοσηλείας ήταν αυξημένες στην ίδια ομάδα. Παρόμοια η συνολική νοσηρότητα ήταν υπερδιπλάσια στην ομάδα των μη αναμενόμενων μαιευτικών υστερεκτομιών (65,5% έναντι 29,4%), ( $p = 0.004$ ). Η απολίνωση των έσω λαγονίων δε φάνηκε να έχει κάποια επίπτωση στη νοσηρότητα, ενώ η προεγχειρητική τοποθέτηση ουρηθρικών καθετήρων συσχετίστηκε με μικρότερη ανάγκη για μετάγγιση ( $p < 0.001$ ), και λιγότερες ουρολογικές επιπλοκές, αν και οι τελευταίες δεν είχαν στατιστική σημαντικότητα (προφανώς λόγω του αριθμού τους).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη αυτή δείχνει ότι σε οργανωμένα κέντρα η συχνότητα επιπλοκών σε περιπτώσεις μαιευτικής υστερεκτομίας είναι σχετικά χαμηλή. Πάντως σε περιπτώσεις μη αναμενόμενων μαιευτικών υστερεκτομιών οι επιπλοκές αυτές είναι σημαντικά περισσότερες.

## ΕΑ-26. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΡΟΗΣ ΤΩΝ ΜΗΤΡΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ Α' ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΠΡΟ-ΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μαργιούλα-Σιάρκου Χ.,<sup>1</sup> Ζέρβα Χ.,<sup>2</sup> Πετούσης Σ.,<sup>1</sup> Ανθουλάκης Χ.,<sup>1</sup> Τσακιρίδης Ι.,<sup>1</sup> Κυριακάκης Μ.,<sup>2</sup> Δημόπουλος Σ.,<sup>3</sup> Δαγκλής Θ.,<sup>1,2</sup> Ρούσσοσ Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτιο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ΑΠΘ, <sup>2</sup>Εμβρυομητρική, Μονάδα προγεννητικού ελέγχου, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η αντίσταση ροής στις μητριάες αρτηρίες σχετίζεται με την πρόγνωση της προεκλαμψίας και της υπολειπόμενης ανάπτυξης. Το κάπνισμα ενδεχομένως επηρεάζει την αιματική ροή στις μητριάες αρτηρίες. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση της επίδρασης του καπνίσματος πριν και μετά την έναρξη της κύησης στην αιματική ροή των μητριάων αρτηριών κατά το α' τρίμηνο της εγκυμοσύνης. **Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη των κυήσεων α' τριμήνου που προσήλθαν για υπερηχογραφικό έλεγχο α' τριμήνου μεταξύ 11-14 εβδομάδων κατά την περίοδο 1/2012-7/2015 σε ένα κέντρο προγεννητικού ελέγχου. Αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά και μαιευτικά χαρακτηριστικά των κυήσεων και οι καπνιστικές συνήθειες της εγκύου. Προσδιορίστηκε η μέση τιμή αντίστασης ροής στις μητριάες αρτηρίες και συσχετίστηκε με τις καπνιστικές συνήθειες και εν συνεχεία με τις λοιπές επιδημιολογικές και μαιευτικές παραμέτρους.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 547 υπερηχογραφικές μετρήσεις α' τριμήνου εκ των οποίων 533 διέθεταν πλήρη στοιχεία. Το ποσοστό εγκύων που κάπνιζαν πριν την έναρξη της κύησης ήταν 37,3% (n=199) ενώ το κάπνισμα συνέχισαν κατά την κύηση το 10,8% των εγκύων (n=58). Η μέση τιμή αντίστασης ροής στις μητριάες ήταν 1,81 (± 0,5). Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του καπνίσματος πριν την εγκυμοσύνη (p=0,368) και του καπνίσματος μετά την έναρξη της κύησης (p=0,642) με την αντίσταση στις μητριάες. Αναφορικά με τις λοιπές παραμέτρους, το πολυπαραγοντικό μοντέλο συσχέτισης κατέδειξε ότι το μειωμένο bmi και η μειωμένη τιμή papp-a αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες σχετιζόμενους με την αυξημένη αντίσταση ροής στις μητριάες αρτηρίες (p=0,03, p=0,01 αντίστοιχα.)

**Συμπεράσματα:** Το κάπνισμα πριν την έναρξη της κύησης καθώς και η συνέχισή του μετά την έναρξη στο α' τρίμηνο δε φαίνεται να μεταβάλλει σημαντικά την αντίσταση ροής στις μητριάες αρτηρίες.

## ΕΑ-27. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΙΡΝΑΣ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Λυκούδη Α.<sup>1</sup>, Κολιαλέξη Α.<sup>1</sup>, Μπραουδάκη Μ.<sup>1</sup>, Τούντα Γ.<sup>1</sup>, Παπανικολάου Θ.<sup>2</sup>, Ισοπούλος Θ.<sup>2</sup>, Τσοκάκη Θ.<sup>3</sup>, Σπύρου Γ.<sup>4</sup>, Μπουρδάκου Μ.<sup>4</sup>, Μαύρου Α.<sup>1</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup> Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική και <sup>3</sup> Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>4</sup> Ώρμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

**Σκοπός:** Η ταυτοποίηση διαφορών στην έκφραση των mirnas σε πλακούντες από κυήσεις που εμφάνισαν πε σε σχέση με αυτές χωρίς επιπλοκή. Τα microgns (mirnas) είναι μικρά μόρια rna που εμπλέκονται στην ρύθμιση κυτταρικών λειτουργιών σε μετα-μεταγραφικό επίπεδο.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναλύθηκαν 16 πλακούντες από εγκύους

που εμφάνισαν πε και 10 από κυήσεις χωρίς επιπλοκή. Μετά από ομογενοποίηση του ιστού σε trizol, έγινε απομόνωση του ολικού rna, εμπλουτισμός σε mirnas και ανάλυση σε μικροσυστοιχίες τύπου mirlink bioarray 300054-169 3pk, οι οποίες δίνουν την δυνατότητα ταυτόχρονης ανίχνευσης 1211 mirnas. Ακολούθησε κανονικοποίηση των αποτελεσμάτων με την χρήση του λογισμικού genespring 11. 2, log2 μετατροπή και ανάλυση των ερωτημάτων με μεθόδους βιοπληροφορικής. Η διαφορετική έκφραση επιλεγμένων mirnas επιβεβαιώθηκε με rt-q-pcr.

**Αποτελέσματα:** Σε κυήσεις που εμφάνισαν πε ταυτοποιήθηκαν 56 mirnas με στατιστικώς σημαντική υπερέκφραση (fc>4, p<0.05) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ 14 παρουσίαζαν ελαττωμένη έκφραση (fc<0.25, p<0.05). Με μεθόδους βιοπληροφορικής διαπιστώθηκε ότι τα γονίδια "στόχοι" των διαφορετικώς εκφραζόμενων mirnas εμπλέκονται σε παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την εμφάνιση της επιπλοκής.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν τον ρόλο των mirnas στην εμφάνιση της πε. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να ταυτοποιηθούν mirnas που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν "βιολογικοί δείκτες" για την πρόωπη διάγνωση και αντιμετώπιση της επιπλοκής. Η μελέτη συγχρηματοδοτείται ως «αριστεία» από την Ελλάδα και την ΕΕ μέσω των προγραμμάτων εσπα «εκπαίδευση και δια βίου μάθηση».

## ΕΑ-28. ΜΗΤΡΙΚΑ/ΕΜΒΡΥΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Α-KLOTHO ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑ

Μπριάνα Δ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Θ.<sup>1</sup>, Μπάκα Σ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Μ.<sup>1</sup>, Πιατοπούλου Δ.<sup>2</sup>, Γουργιώτης Δ.<sup>2</sup>, Μαλαμίτση-Πούχγεα Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σκοπός:** Κυήσεις επιπλεγμένες με ανώμαλη εμβρυική αύξηση συσχετίζονται με διαταραχές στην ομοιοστάση των μετάλλων και την ανάπτυξη του λιπώδους ιστού, καθώς και με οξειδωτικό stress. Η πρωτεΐνη α-klotho παράγεται κυρίως από τον πλακούντα κατά την κύηση και μετέχει ενεργά στην ενδοκρινή ρύθμιση του μεταβολισμού ασβεστίου/φωσφόρου, στη λιπογένεση, στο μεταβολισμό της γλυκόζης, καθώς και σε αντιοξειδωτικούς μηχανισμούς. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των μητρικών και εμβρυικών επιπέδων α-klotho σε κυήσεις με διαταραχές της εμβρυικής αύξησης.

**Υλικό/Μέθοδος:** Προσδιορισμός επιπέδων α-klotho με ανοσοενζυμική μέθοδο σε 80 ζεύγη μητέρων-τελειόμηνων εμβρύων με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ, n=30), μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΜΒΓ, n=30) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ, n=20).

**Αποτελέσματα:** Απουσία διαφορών στα μητρικά/εμβρυικά επίπεδα α-klotho μεταξύ ΕΥΑ, ΜΒΓ και ΚΒΓ ομάδων. Στην ομάδα με ΕΥΑ, τα εμβρυικά επίπεδα α-klotho αυξάνονταν αυξανόμενου του βάρους γέννησης (b=2.333, 95%CI 0.811-3.854, p=0.004). Τα μητρικά και εμβρυικά επίπεδα α-klotho ήταν παρόμοια σε όλες τις ομάδες. Τα εμβρυικά επίπεδα α-klotho ήταν χαμηλότερα στις πολυτόκες [b=-1239.56, 95%CI -2081.64-(-397.48), p=0.005].

**Συμπεράσματα:** Τα μητρικά/εμβρυικά επίπεδα α-klotho πιθανόν να μη ρυθμίζονται διαφορετικά σε διαταραχές της εμβρυικής αύξησης. Ωστόσο, τα επίπεδα α-klotho αυξάνουν αυξανόμενου του βάρους γέννησης σε έμβρυα με ΕΥΑ, πιθανώς ασκώντας ενεργητική δράση. Τα παρόμοια μητρικά και εμβρυικά επίπεδα α-klotho σε όλες τις ομάδες πιθανώς υποδεικνύουν παρόμοια πλα-



κουντιακή έκκριση της ορμόνης προς τη μητρική και την εμβρυική κυκλοφορία. Η ελαττωμένη έκφραση της  $\alpha$ -klotho σε έμβρυα πολυτόκων πιθανόν να αντανάκλα την γνωστή συσχέτιση μεταξύ αυξημένου τόκου και αυξημένου οξειδωτικού stress/χαμηλότερης αμυντικής αντιοξειδωτικής ικανότητας του εμβρύου.

#### ΕΑ-29. NERVE GROWTH FACTOR/NEUROTROPHIN-4 ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΕΠΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Μπριάννα Δ.<sup>1</sup>, Παπασταύρου Μ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Μ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Θ.<sup>1</sup>, Μαρμαρινός Α.<sup>2</sup>, Γουργιώτης Δ.<sup>2</sup>, Μαλαμίτση-Πούγγρη Α.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σκοπός:** Τόσο ο διαβήτης στην κύηση, όσο και οι διαταραχές της εμβρυικής αύξησης ενδέχεται να επηρεάσουν δυσμενώς την εμβρυική νευροανάπτυξη και να προδιαθέσουν σε μετέπειτα ψυχοπαθολογία. Οι νευροτροφίνες nerve growth factor (NGF) και neurotrophin-4 (NT4) είναι δομικά συγγενή μόρια ζωτικής σημασίας για την πρόιμη ανάπτυξη του εγκεφάλου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των επιπέδων ομφαλίου λώρου NGF και NT4 σε βρέφη διαβητικών μητέρων με μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης-(MBG), ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση-(EYA) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης-(KBG), σε σχέση με KBG βρέφη μη διαβητικών μητέρων. **Υλικό/Μέθοδος:** Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο επιπέδων NGF και NT4 ομφαλίου λώρου σε τελειόμηνα βρέφη διαβητικών μητέρων με MBG (n=15), EYA (n=12) και KBG (n=33), καθώς και σε KBG βρέφη μη διαβητικών μητέρων (n=20).

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα ομφαλίου λώρου NGF ήταν χαμηλότερα σε βρέφη με EYA, σε σχέση με KBG βρέφη (p=0.038). Τα επίπεδα NT4 παρουσίαζαν μείωση αυξανόμενης της ηλικίας κύησης [b=-11.966, 95%CI-21.059-(-2.873), p=0.011]. Τα επίπεδα NGF και NT4 αυξάνονταν, αυξανόμενης της ηλικίας της μητέρας (b=0.055, 95%CI 0.016-0.094, p=0.009 και b=6.349, 95%CI: 1.711-10.986, p=0.010, αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Τα έμβρυα με EYA λόγω μητρικού διαβήτη παρουσιάζουν ανεπάρκεια NGF, η οποία πιθανόν να εμπλέκεται στη μακροπρόθεση σχετιζόμενη με EYA δυσμενή νευροαναπτυξιακή έκβαση. Τα χαμηλότερα επίπεδα NT4 ομφαλίου λώρου, αυξανόμενης της ηλικίας κύησης πιθανόν να αντανάκλουν τον γνωστό κρίσιμο ρόλο του NT4 στην πρόιμη εμβρυική ανάπτυξη του εγκεφάλου. Η αύξηση NGF και NT4, αυξανόμενης της ηλικίας της μητέρας πιθανόν να αντιπροσωπεύει ομοιοστατικό μηχανισμό εξισορρόπησης της σχετιζόμενης με την ηλικία νευρωνικής απόπτωσης.

#### ΕΑ-30. ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΕΜΒΡΥΪΚΟ DNA ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΥΗΣΗΣ

**Κούκου Ζ., Δέγκα Κ., Ποντικάκη Α., Ξανθάκης Κ., Σηφάκης Σ. Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης, Ηράκλειο**

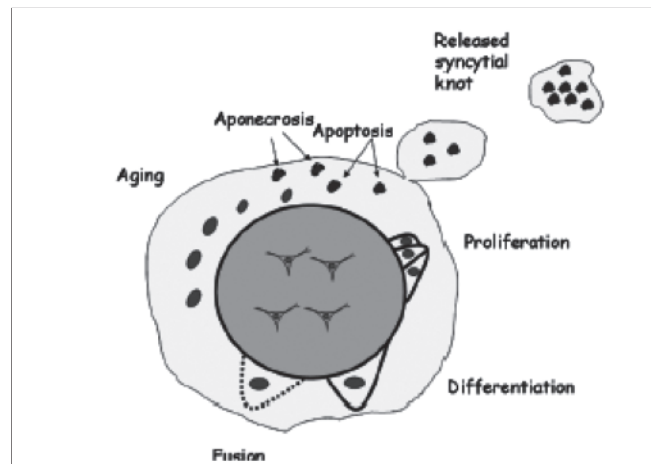
**Εισαγωγή:** Το ελεύθερο εμβρυϊκό DNA (cell-free fetal DNA, cff-DNA) ευρίσκεται στην κυκλοφορία εγκύων γυναικών ήδη από τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Με βάση την ανίχνευση αλληλοκυρίων του εμβρυϊκού DNA στο μητρικό πλάσμα έχει μελετηθεί η διαγνωστική του αξία και έχει επιτευχθεί κλινική αξιοποίηση στον προγεννητικό καθορισμό του εμβρυϊκού φύλου, του παράγοντα Rhesus στο έμβρυο καθώς και στη διάγνωση ορισμένων μονογονιδιακών νοσημάτων. Σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό χρησιμοποιείται

σήμερα το cff-DNA στον μη επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο για συνήθη γενετικά σύνδρομα (τρισωμία 21, 18, 13, παθολογία φυλετικών χρωμοσωμάτων και ορισμένα μικροελλειπτικά σύνδρομα).

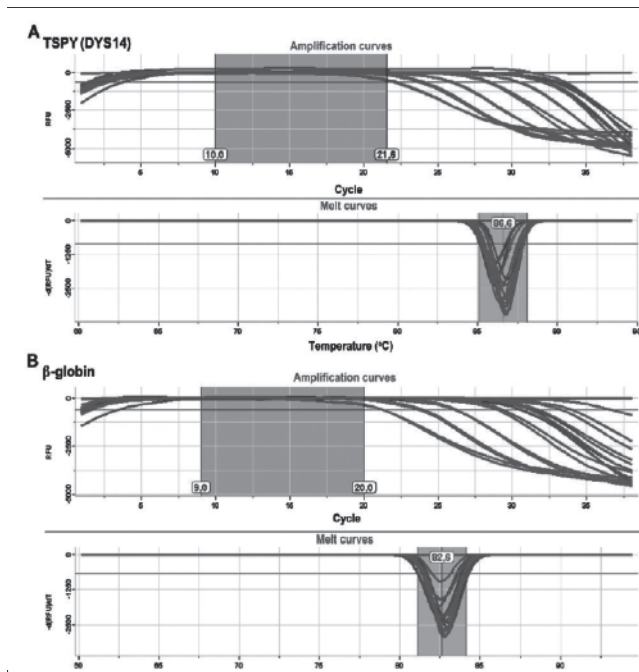
**Υλικό & Μέθοδος:** Ανασκοπήσαμε τη βιβλιογραφία που αφορά στη σχέση των επιπέδων του cff-DNA στο πλάσμα των εγκύων με επιπλοκές της κύησης.

**Αποτελέσματα:** Ο ποσοτικός προσδιορισμός των επιπέδων cff-DNA έχει μελετηθεί στις μείζονες επιπλοκές της κύησης (προεκλαμψία, υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη, πρόωρο τοκετό) πριν ή στη διάρκεια της εκδήλωσης τους. Οι μελέτες στηρίζονται στην υπόθεση ότι η παθολογική διεύθυνση της τροφοβλάστης οδηγεί σε παθολογική πλακουντοποίηση και ισχαιμία του πλακούντα με επακόλουθη απελευθέρωση στη μητρική κυκλοφορία αποπτωτικών κυττάρων και μεγαλύτερων ποσοτήτων cff-DNA. Φαίνεται όμως ότι και άλλοι μηχανισμοί συμμετέχουν στην εμφάνιση του cff-DNA στην κυκλοφορία της μητέρας. Τα επίπεδα cff-DNA είναι αυξημένα σε μια σειρά επιπλοκών της κύησης όπως προεκλαμψία, ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης, αποκόλληση πλακούντα και πρόωρο τοκετό. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες - αν και υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα - οι μεταβολές της συγκέντρωσης εμφανίζονται πολύ πριν την έναρξη της κλινικής συμπτωματολογίας και συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης πρόβλεψη (κυρίως της προεκλαμψίας και λιγότερο της υπολειπόμενης ανάπτυξης και του πρόωρου τοκετού). Η ηλικία κύησης σχετίζεται με τα επίπεδα συγκέντρωσης του cff-DNA στη μητρική κυκλοφορία.

**Σχήμα 1:** σχηματική αναπαράσταση του μηχανισμού εξόδου των τροφοβλαστικών κυττάρων στη μητρική κυκλοφορία.



**Συμπεράσματα:** Η μελέτη του cff-DNA στο αίμα της μητέρας έχει αξιοποιηθεί κλινικά στον προγεννητικό έλεγχο γενετικών καταστάσεων. Οι μεταβολές των επιπέδων του που εμφανίζονται ενωρίς στην κύηση πριν την εκδήλωση σοβαρών παθολογικών καταστάσεων δε μπορεί ακόμη να αξιοποιηθεί σε κλινικό επίπεδο. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την εκτίμηση της αξίας του cff-DNA στην πρόβλεψη ή την έγκαιρη διάγνωση των κύσεων εκείνων που θα εκδηλώσουν προεκλαμψία, υπολειπόμενη ανάπτυξη ή πρόωρο τοκετό.



**Σχήμα 2:** η ενίσχυση των γονιδίων TSPY (DYS14) και β-globin στη μελέτη των μεταβολών συγκέντρωσης του cf-DNA στη διάρκεια του 1ου τριμήνου σε κύσεις που στη συνέχεια επιπλέκονται με προεκλαμψία (Sifakis S, Zaravinos A, Maiz N, Spandidos DA, Nicolaides KH. First-trimester maternal plasma cell-free fetal DNA and preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2009; 201:472.e1-7).

**ΕΑ-31. Η ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟΥ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ NOTCH ΕΙΝΑΙ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΣΤΙΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ**

Φραγκιαδάκη Π.<sup>1</sup>, Σουλιτζής Ν.<sup>1</sup>, Βραχνής Ν.<sup>2</sup>, Κουβίδης Ε.<sup>3</sup>, Λέκκα Κ.<sup>3</sup>, Βελεγράκης Α.<sup>3</sup>, Μυτάρας Β.<sup>3</sup>, Κουτρουλάκης Δ.<sup>3</sup>, Σπαντίδος Δ.Α.<sup>1</sup>, Σηφάκης Σ.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Κλινικής Ιολογίας Παν/μιου Κρήτης,  
<sup>2</sup>2η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Αθηνών  
<sup>3</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης

**Εισαγωγή & Σκοπός:** Η προεκλαμψία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες μητρικής και εμβρυικής/νεογνικής νοσηρότητας και θνητότητας, η οποία επιπλέκει το 3-5% των κύσεων. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι μέλη του σηματοδοτικού μονοπατιού Notch (Notch signaling pathway) εκφράζονται στον πλακούντα και παίζουν σημαντικό ρόλο στην ομαλή ανάπτυξη του, ενεργοποιώντας μεταγραφικούς παράγοντες οι οποίοι αλλάζουν την έκφραση γονιδίων στόχων. Διαταραχές στη λειτουργία του μονοπατιού Notch σχετίζονται με παθολογική πλακουντοποίηση. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει την έκφραση των υποδοχέων (receptors) NOTCH1,-2,-3,-4, των συνδετών (ligands) DLL1,-3,-4, JAG1,-2 και των γονιδίων στόχων (target genes) HEY1,-2 σε πλακούντες κύσεων με προεκλαμψία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάστηκαν δείγματα πλακουντιακού ιστού από 20 προεκλαμψιακές και από 20 φυσιολογικές κύσεις. Τα επίπεδα mRNA των υπό εξέταση μορίων μετρήθηκαν με ποσοτική (quantitative) Real-Time PCR (qRT-PCR), ενώ η πρωτεϊνική

έκφραση της ενδοκυττάριας περιοχής (intracellular domain) των NOTCH2 (NICD2) και NOTCH3 (NICD3) εκτιμήθηκαν με Western Blot (WB).

**Αποτελέσματα:** Οι υποδοχείς NOTCH1 και NOTCH4, αλλά και ο συνδέτης DLL1, δεν εκφράζονται στους πλακούντες γυναικών με προεκλαμψία ή με φυσιολογική εγκυμοσύνη. Ωστόσο, τα επίπεδα mRNA έκφρασης των NOTCH2, NOTCH3, DLL3, DLL4, JAG1, JAG2, HEY1 and HEY2 ήταν μειωμένα στα παθολογικά δείγματα σε σχέση με τα φυσιολογικά (p<0.01). Η ανάλυση με WB επιβεβαίωσε ότι τα επίπεδα πρωτεϊνικής έκφρασης των NICD2 και NICD3 ήταν επίσης ελαττωμένα στα δείγματα της προεκλαμψίας (p=0.014 και p<0.001, αντίστοιχα). Περαιτέρω στατιστική ανάλυση έδειξε: α) μη έκφραση σε γονιδιακό επίπεδο του υποδοχέα NOTCH3 στις εγκύους εκείνες που συνέχιζαν να καπνίζουν στη διάρκεια της κύησης σε σχέση με εκείνες που διέκοψαν (p=0.029). β) στις περιπτώσεις με προεκλαμψία και βάρος νεογνού μικρότερο από την 5η ΕΘ παρατηρήθηκαν υψηλότερα επίπεδα της πρωτεΐνης NICD3 (p=0.028), καθώς και υψηλότερα επίπεδα mRNA του DLL3 (p=0.041).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι το σηματοδοτικό μονοπάτι Notch αποτελεί σημαντικό μέρος της παθογένειας της προεκλαμψίας. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται με σκοπό να διερευνηθεί εις βάθος, ώστε να καθορισθεί ο ρόλος των εξετασθέντων μορίων στην προεκλαμψία και να μελετηθεί η δυναμική τους χρήση στην πρόβλεψη και τη διαγνωστική ή θεραπευτική προσέγγιση της νόσου.

**Πίνακας 1:** ανάλυση έκφρασης του σηματοδοτικού μονοπατιού Notch σε πλακούντες κύσεων με προεκλαμψία και φυσιολογικών κύσεων.

Gene	Preeclampsia Placentas	Normal Placentas	P-value (c)	P-value (a)	fold-change
mRNA					
NOTCH2	0.12 ± 0.03	1.18 ± 0.15	<0.001	<0.001	9.10
NOTCH3	0.23 ± 0.07	1.69 ± 0.25	<0.001	<0.001	9.14
DLL2	0.64 ± 0.17	1.22 ± 0.13	0.002	0.027	0.53
DLL4	0.38 ± 0.11	1.51 ± 0.19	<0.001	0.001	0.25
JAG1	0.42 ± 0.10	1.50 ± 0.26	<0.001	<0.001	0.23
JAG2	0.73 ± 0.14	1.38 ± 0.17	0.008	0.024	0.53
HEY1	0.72 ± 0.20	2.01 ± 0.31	0.001	0.013	0.36
HEY2	0.31 ± 0.09	1.59 ± 0.37	<0.001	0.009	0.19
Protein					
NICD2	1.31 ± 0.44	2.96 ± 0.66	0.014	0.049	0.24
NICD3	0.70 ± 0.20	4.91 ± 0.71	<0.001	0.002	0.15

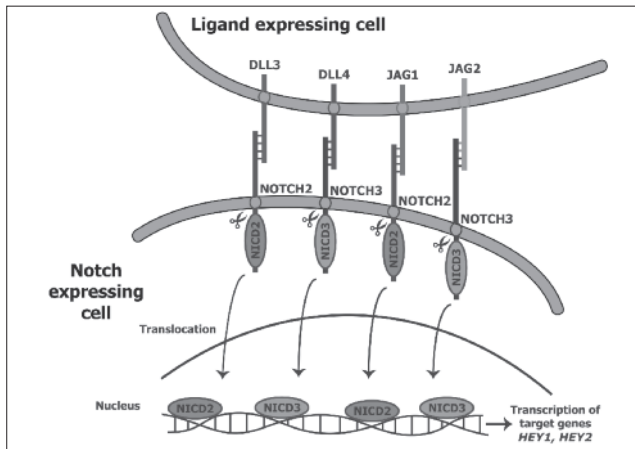
P-value (c): crude p-value; P-value (a): P-value adjusted for gestation period, mode of delivery and smoking during pregnancy. All values are presented as mean ± SEM.

**Πίνακας 2:** ανάλυση συν-έκφρασης του σηματοδοτικού μονοπατιού Notch σε πλακούντες κύσεων με προεκλαμψία.

		NOTCH2	NOTCH3	DLL3	DLL4	JAG1	JAG2	HEY1	HEY2
NOTCH2	CC	1.000							
	P-value	-							
NOTCH3	CC	0.412	1.000						
	P-value	0.071	-						
DLL3	CC	0.284	0.128	1.000					
	P-value	0.261	0.591	-					
DLL4	CC	0.789	0.628	0.215	1.000				
	P-value	<0.001	0.003	0.392	-				
JAG1	CC	0.877	0.384	0.341	0.756	1.000			
	P-value	<0.001	0.115	0.111	<0.001	-			
JAG2	CC	0.807	0.289	0.401	0.715	0.922	1.000		
	P-value	<0.001	0.252	0.030	<0.001	<0.001	-		
HEY1	CC	0.799	0.400	0.504	0.700	0.894	0.890	1.000	
	P-value	<0.001	0.080	0.024	0.001	<0.001	<0.001	-	
HEY2	CC	0.693	0.514	0.502	0.546	0.709	0.616	0.741	1.000
	P-value	0.001	0.020	0.024	0.012	<0.001	0.004	<0.001	-

CC: Correlation coefficient.

**Σχήμα 1:** σχηματική αναπαράσταση των μορίων του σηματοδοτικού μονοπατιού Notch που μελετήθηκαν σε πλακούντες κύησης με προεκλαμψία.



### ΕΑ-32. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΑΜΗΛΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ PAPP-A ΣΤΙΣ 11-13<sup>+6</sup> ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΘΑΝΑΤΟ

**Αντοακλής Π., Θεοδωρά Μ., Iliescu D., Μαρίτσα Β., Σύνδος Μ., Δασκαλάκης Γ.**

*Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, Α' Μαιευτική & και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» Παν/κού Νοσοκομείο Craiova Ρουμανία*

**Σκοπός:** Να ερευνησουμε κατά πόσο χαμηλές τιμές της PAPP-A (Pregnancy associated plasma protein-A) στο 1ο τρίμηνο της κύησης (11-13+6 εβδομάδες) σχετίζονται με ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου και με ενδομήτριο θάνατο.

**Μέθοδος:** Μια αναδρομική μελέτη που περιλάμβανε όλες τις γυναίκες που προσήλθαν στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» και του Παν/κού Νοσοκομείου της Craiova για το υπερηχογράφημα αυχενικής διαφάνειας. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν όλες οι γυναίκες με μονήρεις κύσεις. Συνολικά ελέγχθηκαν 9851 γυναίκες, ενώ πλήρη στοιχεία για το αποτέλεσμα της κύησης είχαμε σε 4122 γυναίκες. Χαμηλό PAPP-A (<0,3 MoM) βρέθηκε σε 203 γυναίκες, ενώ πλήρη στοιχεία για το αποτέλεσμα της κύησης είχαμε για τις 101 από αυτές τις κύσεις.

**Αποτελέσματα:** Από τις 9851 κύσεις αναγνωρίστηκαν 203 (2,1%) κύσεις με χαμηλό PAPP-A (<0,3 MoM). Τελικό αποτέλεσμα της κύησης είχαμε σε 101 από αυτές τις κύσεις. Από τις 101 κύσεις αποκλείστηκαν 13 περιπτώσεις που έκαναν διακοπή κύησης λόγω παθολογικού καρυότυπου. Στις 88 κύσεις που απέμειναν σημειώθηκαν 9 περιστατικά ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης (IUGR) και 3 περιστατικά ενδομήτριο θανάτου. Επίσης, υπήρχαν 6 περιστατικά πρόωρου τοκετού και 4 περιστατικά αποβολών μετά την 16η εβδομάδα.

**Συμπεράσματα:** Οι χαμηλές τιμές PAPP-A (<0,3 MoM) στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, φαίνεται να σχετίζονται με κακό περιγεννητικό αποτέλεσμα και συγκεκριμένα με ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη. Κύσεις με χαμηλές τιμές PAPP-A ακόμα και όταν ο κίνδυνος για χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι χαμηλός, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή.

### ΕΑ-33. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ≤32 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ALBERTA (AIMS): ΤΙΜΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

**Συοργγέλας Δ.<sup>1</sup>, Καλαμπόκη Β.<sup>2</sup>, Κλεισιούνη Π.<sup>1</sup>, Μαντά Β.<sup>1</sup>, Μέλλος Σ.<sup>3</sup>, Σιαχανίδου Τ.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», <sup>2</sup>Μονάδα Νεογνών, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, <sup>3</sup>Α' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»*

Η κλίμακα AIMS, για την αξιολόγηση της κινητικής εξέλιξης βρεφών από τη γέννηση μέχρι το στάδιο ανεξάρτητης βάδισης, έχει σταθμιστεί σε τελειόμηνα βρέφη, ενώ αμφισβητείται εάν είναι κατάλληλη για πρόωρα.

**Σκοπός:** Να μελετηθεί η κινητική εξέλιξη Ελληνικού πληθυσμού πολύ προώρων με την κλίμακα AIMS και να καθοριστούν τιμές αναφοράς.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Αξιολογήθηκε με την κλίμακα AIMS, ανά μήνα διορθωμένης ηλικίας έως τους 19 μήνες, η κινητική εξέλιξη 403 προώρων, ηλικίας κύησης ≤32 εβδομάδων, χωρίς μείζονα βλάβη ΚΝΣ (εγκεφαλική αιμορραγία >3ου βαθμού, περικολιακή λευκομαλάκυνση, υδροκέφαλο, λοίμωξη ΚΝΣ) ή συγγενή ανωμαλία/συνδρομικά χαρακτηριστικά, και συγκρίθηκε με τις αντίστοιχες τιμές Ελληνικού πληθυσμού 1038 υγιών τελειομήνων. Μελετήθηκε, με πολυπαραγοντική ανάλυση, η επίδραση της νοσηρότητας των προώρων στη βαθμολογία κατά AIMS.

**Αποτελέσματα:** Η βαθμολογία στις 4 υποκλίμακες της AIMS, σε ύπτια, προνή, καθιστή και όρθια θέση, ήταν σημαντικά μικρότερη στα πρόωρα συγκριτικά με τα τελειόμηνα μέχρι τους 9, 16, 13 και 19 μήνες διορθωμένης ηλικίας, αντίστοιχα. Η συνολική βαθμολογία με την κλίμακα AIMS ήταν μικρότερη στα πρόωρα συγκριτικά με τα τελειόμηνα έως τους 19 μήνες διορθωμένης ηλικίας (p<0,001) και συσχετίστηκε αρνητικά με νόσηση από ΣΑΔ, εγκεφαλική αιμορραγία, αμφιβληστροειδοπάθεια προωρότητας, καθώς και με μικρό βάρος γέννησης για τη διάρκεια κύησης.

**Συμπεράσματα:** Η συνολική βαθμολογία της κινητικής εξέλιξης πολύ προώρων με την κλίμακα AIMS υπολείπεται αυτής τελειομήνων ακόμη και στους 19 μήνες διορθωμένης ηλικίας. Η επίδραση της νεογνικής νοσηρότητας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά τη βαθμολόγηση προώρων με την AIMS. Από τη μελέτη προκύπτουν τιμές αναφοράς για την αξιολόγηση της κινητικής εξέλιξης προώρων με την κλίμακα AIMS.

### ΕΑ-34. ΓΟΝΟΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΑΠΟΤΟΞΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ GSTP1 ΚΑΙ CYP2B6.

**Ζαχάκη Σ.<sup>1</sup>, Γαβρίλη Σ.<sup>2</sup>, Δαράκη Α.<sup>1</sup>, Πολυκάρπου Ε.<sup>2</sup>, Ιωαννίδου Α.<sup>1</sup>, Μανωλά Κ.Ν.<sup>1</sup>, Μπαρούτης Γ.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Εργαστήριο Υγειοφυσικής, Ραδιοβιολογίας & Κυτταρογενετικής, Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος», Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γ.Π.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα*

**Σκοπός:** Στην ανάπτυξη της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας (βπδ) εμπλέκονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης σε υψηλές συγκεντρώσεις οξυγόνου και του οξειδωτικού στρες που προκαλείται από τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου (ros). Η οικογενειακή ισοενζύμων s-transφερσών της γλουταθειόνης (gsts) και κυτοχρώματος ρ450 (cyps) αποτελούν από τα πιο σημαντικά ένζυμα αποτοξίκοποιησης, προστατεύοντας τα κύτταρα από το οξειδωτικό στρες. Οι πολυμορφι-

σμοί a313g gstr1 και g516t cyp2b6 οδηγούν σε αλλαγές της αμινοξικής αλληλουχίας με αποτέλεσμα τη μείωση της ενζυμικής ενεργότητας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του πιθανού ρόλου των πολυμορφισμών των γονιδίων αποτοξικοποίησης gstr1 και cyp2b6 στον κίνδυνο ανάπτυξης βπδ.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη ασθενών-μαρτύρων συμμετείχαν 82 πρόωρα νεογνά ηλικίας κύησης  $\leq 32$  εβδομάδων: 33 νεογνά εμφάνισαν βπδ (ομάδα ασθενών) και 49 δεν ανέπτυξαν (ομάδα ελέγχου). Γενωμικό dna εκχυλίστηκε από δείγματα περιφερικού αίματος και πραγματοποιήθηκε γονοτυπική ανάλυση με σύγχρονες μοριακές μεθόδους (pcr-rflp και rt-pcr).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της γονοτυπικής ανάλυσης για τον πολυμορφισμό a313g gstr1 δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ νεογνών με βπδ και ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, η κατηγοριοποίηση των νεογνών βάσει του βάρους γέννησης σε δύο κατηγορίες ( $\leq 1.200$ g και  $>1.200$ g) έδειξε στατιστικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του μεταλλαγμένου γονότυπου (g/g) μεταξύ των βπδ νεογνών  $\leq 1.200$ g μετά από σύγκριση με τα νεογνά της ομάδας ελέγχου  $\leq 1.200$ g (6.8% έναντι 0%, αντίστοιχα,  $p=0.026$ ). Όσον αφορά τη γονοτυπική ανάλυση του cyp2b6, αυξημένη συχνότητα των μεταλλαγμένων γονότυπων (g/t και t/t) βρέθηκαν στα νεογνά με βπδ (48.7% έναντι 28.6%, αντίστοιχα,  $p=0.066$ ). Ενδιαφέρον παρουσίασε το γεγονός ότι όλα τα νεογνά που έφεραν το μεταλλαγμένο γονότυπο t/t είχαν αναπτύξει βπδ, ενώ κανένα νεογνό από την ομάδα ελέγχου δεν έφερε το μεταλλαγμένο αλληλόμορφο σε ομόζυγη κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη μας αποτελεί την πρώτη έρευνα των πολυμορφισμών των γονιδίων gstr1 και cyp2b6 στην προδιάθεση ανάπτυξης βπδ. Το κύριο εύρημα είναι η υψηλότερη συχνότητα των μεταλλαγμένων γονότυπων του cyp2b6 που παρατηρήθηκε μεταξύ των νεογνών με βπδ, γεγονός που υποδηλώνει τη πιθανή εμπλοκή του γονιδίου cyp2b6 στην ανάπτυξη βπδ. Επιπλέον, η μειωμένη ενζυματική δραστηριότητα του gstr1 μπορεί να εμπλέκεται στην ανάπτυξη βπδ, ειδικά σε νεογνά με βπδ και  $<1.200$ g βάρους γέννησης.

**EA-35. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΣΕ ΠΡΩΡΑ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΑ ΝΕΟΓΝΑ**

**Δημητρίου Γ., Βεργενιώτη Α., Χριστοπούλου Ε., Πελεκούδα Π., Φουζας Σ.**

*Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών*

**Εισαγωγή:** Τα νεογνά, ιδιαίτερα τα πρόωρα, μπορεί να παρουσιάζουν περιορισμένη ικανότητα προσαρμογής σε συνθήκες αυξημένου αναπνευστικού φορτίου. Το προϊόν διαφραγματικής πίεσης-χρόνου (PTPd) εκτιμά το έργο της αναπνοής ενώ ο διαφραγματικός δείκτης πίεσης-χρόνου (PTIdi) αντανακλά την ισορροπία μεταξύ διαφραγματικής ικανότητας και αναπνευστικού φορτίου (διαφραγματική αντοχή).

**Σκοπός:** Να συγκριθούν οι PTPdi και PTIdi σε πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά πριν και μετά την εφαρμογή προκαθορισμένης εισπνευστικής αντίστασης (EA).

**Υλικό και μέθοδος:** Δεκαπέντε πρόωρα και 15 τελειόμηνα νεογνά μελετήθηκαν κατά την έξοδό τους από τη MENN, πριν και κατά τη διάρκεια εφαρμογής EA 200 cmH<sub>2</sub>O. Ο PTPdi υπολογίστηκε ως το ολοκλήρωμα της δια-διαφραγματικής πίεσης έναντι του χρόνου. Ο PTIdi υπολογίστηκε ως το γινόμενο των λόγων της μέσης προς τη μέγιστη δια-διαφραγματική πίεση και του χρόνου εισπνοής προς τον ολικό χρόνο αναπνοής.

**Αποτελέσματα:** Τα πρόωρα νεογνά είχαν υψηλότερο PTIdi σε

σύγκριση με τα τελειόμηνα, τόσο πριν (διάμεση 0,068 έναντι 0,054,  $p=0,033$ ) όσο και μετά την εφαρμογή EA (0,102 έναντι 0,074,  $p<0,001$ ). Η εφαρμογή EA οδήγησε σε μεγαλύτερη σχετική αύξηση του PTPdi και του PTIdi στα πρόωρα σε σύγκριση με τα τελειόμηνα νεογνά (PTPdi 58% έναντι 37%,  $p<0,001$  και PTIdi 68% έναντι 35%,  $p<0,001$ ). Η πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η σχετική αύξηση του PTIdi ήταν αντιστρόφως ανάλογη προς την HK ( $p=0,020$ ), ανεξάρτητα από το φύλο, το βάρος γέννησης, τη διάρκεια μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής και τη διορθωμένη ηλικία κύησης την ημέρα της μέτρησης.

**Συμπέρασμα:** Σε συνθήκες αυξημένου εισπνευστικού φορτίου, η προωρότητα σχετίζεται με αυξημένο έργο αναπνοής και υψηλότερο κίνδυνο διαφραγματικής κόπωσης.

**EA-36. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΡΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΓΥΣ ΥΠΕΡΥΘΡΗΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ**

**Πρότσιου Π., Τσακαλίδης Χ., Καραγιάννη Π., Μυλωνά Ε., Ράλλης Δ., Νικολαΐδης Ν.**

*Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Τα πρόωρα νεογνά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης νευροαναπτυξιακών διαταραχών που αυξάνεται ανάλογα με το βαθμό προωρότητας. Τίθεται ο προβληματισμός για τις βέλτιστες συνθήκες νοσηλείας και τον τρόπο παρακολούθησης και καταγραφής της αιμοδυναμικής ισορροπίας του εγκεφάλου. Σκοπός: η συσχέτιση της θέσεως της κεφαλής προώρων νεογνών με πιθανές μεταβολές της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και αιμάτωσης κατά τις πρώτες ημέρες ζωής, μέσω της εγγύς υπέρυθρης φασματοσκοπίας (near infrared spectroscopy-nirs).

**Υλικό/μέθοδοι:** Περιελήφθησαν πρόωρα νεογνά διάρκειας κύησης 24+0/7 έως 33+6/7 εβδομάδων, που ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες. Ομάδα μελέτης (α): νεογνά με κεφαλή στη μέση θέση και ομάδα ελέγχου (β): νεογνά με κεφαλή σε στροφή. Εκπιμήθηκε η εγκεφαλική οξυγόνωση και αιμάτωση με τη συσκευή niro-200 την 1η, 3η και 10η ημέρα ζωής, μέσω τριών καταγραφών στην βρεγματοκοροταφική περιοχή αμφοτερόπλευρα, 40 λεπτών η καθεμία. Στην ομάδα μελέτης εντάχθηκαν προοπτικά 38 νεογνά και στην ομάδα ελέγχου 54. Κατεγράφησαν ο tissue oxygenation index-toi, ο tissue haemoglobin index-thi και ο fractional tissue oxygen extraction-ftoe από τον εγκεφαλικό φλοιό.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και στις περιγεννητικές επιπλοκές μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης δεν ανευρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις τρεις μετρήσεις των δεικτών της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και αιμάτωσης (μέση τιμή ± τυπική απόκλιση) μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων (πίνακας).

Πίνακας Πίνακας: Συγκριτικά αποτελέσματα των δεικτών της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και αιμάτωσης μεταξύ των νεογνών ομάδας Α και Β

	1 <sup>η</sup> Μέτρηση		2 <sup>η</sup> Μέτρηση		3 <sup>η</sup> Μέτρηση	
	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Α	Ομάδα Β
TOI Δεξιά	68,91±9,82	72,54±8,34	69,18±7,2	71,31±9,24	69,84±7,47	69,71±8,3
TOI Αριστερά	69,14±8,15	71,36±8,77	68,65±7,91	71,54±8,77	69,09±9,93	70,91±7,83
FTOE Δεξιά	29,41±11,42	33,6±10,07	34,12±9,79	30,9±9,66	27,42±8,12	42,6±9,12
FTOE Αριστερά	25,98±7,52	32,5±9,92	26,9±14,18	30,91±10,11	32,8±11,13	59,4±4,44
THI Δεξιά	2,69±3,53	2,8±4,46	1,83±1,63	2,38±3,86	1,38±1,06	2,44±4,93
THI Αριστερά	1,82±1,47	1,65±2,28	1,92±1,76	3,79±1,67	2,28±3,63	1,78±1,77

TOI: Tissue Oxygenation Index  
THI: Tissue Haemoglobin Index  
FTOE: Fractional Tissue Oxygen Extraction

**Συμπεράσματα:** Η θέση της κεφαλής των πρόωρων νεογνών κατά τις πρώτες ημέρες ζωής δε φαίνεται να επηρεάζει την αιμάτωση και την οξυγόνωση του εγκεφάλου τους.

### ΕΑ-37. ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΘΕΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΤΟΥΣ ?

**Πρόατιον Π., Τσακαλίδης Χ., Καραγιάννη Π., Μυλωνά Ε., Χούχου Π., Νικολαΐδης Ν.**

*Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η ρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής είναι ανώριμη στα πρόωρα νεογνά. Η θέση της κεφαλής, ενδεχομένως επηρεάζει την αγγειακή αυτορρύθμιση.

**Σκοπός:** Η καταγραφή αιμοδυναμικών παραμέτρων της εγκεφαλικής αιματικής ροής κατά τις πρώτες μέρες ζωής πρόωρων νεογνών με τη βοήθεια της Doppler υπερηχογραφίας σε διάφορες θέσεις κεφαλής.

**Υλικό/Μέθοδοι:** Περιελήφθησαν πρόωρα νεογνά διάρκειας κύησης 24+0/7 έως 33+6/7 εβδομάδων, που ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: Ομάδα μελέτης (Α): Νεογνά με κεφαλή στη μέση θέση. Ομάδα ελέγχου (Β): Νεογνά με κεφαλή σε στροφή. Πραγματοποιήθηκε Doppler μελέτη την 1η, 3η και 10η ημέρα ζωής. Στην ομάδα Α εντάχθηκαν προοπτικά 38 και στην ομάδα Β 54 νεογνά. Κατεγράφησαν η μέγιστη ταχύτητα ροής (Peak Systolic Velocity-PSV), ο δείκτης παλμικότητας (Pulsatility Index-PI), ο δείκτης αντίστασης (Resistance Index-RI) από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία, αμφοτερόπλευρα.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και στις περιγεννητικές επιπλοκές μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης, δεν ανευρέθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τρεις μετρήσεις των δεικτών (μέση τιμή ± τυπική απόκλιση) μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων (Πίνακας).

**Συμπεράσματα:** Οι δείκτες PSV, PI και RI δε φαίνεται να επηρεάζονται από τη θέση κεφαλής σε πρόωρα νεογνά κατά τις πρώτες ημέρες ζωής.

	1 <sup>η</sup> Μέτρηση		2 <sup>η</sup> Μέτρηση		3 <sup>η</sup> Μέτρηση	
	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Α	Ομάδα Β
PSV Δεξιά	40.61±8.94	41.31±11.7	47.42±9.26	47.7±12.3	55.34±12.85	54.13±12.3
PSV Αριστερά	39.02±9.45	42.1±13.7	47.11±10.93	48.2±12.2	56.25±13.35	52.62±11.55
PI Δεξιά	1.37±0.43	1.49±0.35	1.28±0.24	1.34±0.27	1.49±0.31	1.48±0.28
PI Αριστερά	1.45±0.62	1.44±0.30	1.32±0.32	1.37±0.29	1.37±0.43	1.56±0.27
RI Δεξιά	0.71±0.10	0.75±0.080	0.69±0.06	0.71±0.07	0.75±0.06	0.75±0.06
RI Αριστερά	0.72±0.10	0.73±0.08	0.70±0.07	0.71±0.07	0.72±0.06	0.77±0.06

PSV: Peak Systolic Velocity  
PI: Pulsatility Index  
RI: Resistance Index

### ΕΑ-38. ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΓ < 1500 ΓΡ. Η ΜΕ ΗΚ < 32 ΕΒΔ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΜΕΝΝ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, 2011-2014

**Γαϊτανά Κ, Γουδεσίδου Μ, Παπαδημητρίου Ε, Καλαϊτζή Α, Καλαντζή Ε, Καραδόντα Α, Γριβέα Ι, Γούναρης Α.**

*Νεογνολογική Κλινική – ΜΕΝΝ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

**Σκοπός:** Η επιβίωση των νεογνών με ΒΓ < 1500 γρ ή ΗΚ < 32 εβδ. κατά την έξοδο τους τα έτη 2011-2014.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλες οι εισαγωγές που αφορούσαν νεογνά με ΒΓ < 1500 γρ, ή ηλικία κύησης < 32 εβδ. κατά την έτη 2011-2014.

**Αποτελέσματα:** Τα νεογνά με ΒΓ < 1500 γρ χωρίστηκαν σε ομάδες, την Α' ομάδα (ΒΓ 500-750 γρ.), την Β' (ΒΓ 750-1000 γρ.) και

την Γ' (ΒΓ 1000-1500 γρ.). Η επιβίωση για τα έτη 2011, 2012, 2013 και 2014 ήταν αντίστοιχα στην Α' ομάδα: 16,7%, 33,3%, 75% και 66,7% (x2 for trend p=0,057), στην Β' ομάδα 68,2%, 72,7%, 84,6% και 80% ενώ στην Γ' ομάδα 100%, 100%, 100% και 97,5%. Τα νεογνά με ΗΚ < 32 εβδ. ταξινομήθηκαν σε Α' ομάδα (ΗΚ 24-25+6 εβδ.), σε Β' (ΗΚ 26-27+6 εβδ.) και σε Γ' (ΗΚ 28-31+6 εβδ.). Η επιβίωση για τα έτη 2011, 2012, 2013 και 2014 ήταν αντίστοιχα στην Α' ομάδα 0%, 20%, 33% και 100%, στην Β' ομάδα 61,5%, 75%, 90,7% και 78,6% (x2 for trend p=0.017) ενώ στην Γ' ομάδα 98%, 97%, 100% και 94,2%.

**Συμπεράσματα:** Κατά την τελευταία τετραετία καταγράφηκε στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των νεογνών που ανήκαν σε 2 ομάδες, στην ομάδα με ΒΓ 500-750 γρ και στην ομάδα με ΗΚ 26-27+6 εβδ.

### ΕΑ-39. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 3 ΕΤΩΝ

**Κυριακίδου Μ.<sup>1</sup>, Καραγιάννη Π.<sup>2</sup>, Χατζηϊωαννίδης Η.<sup>2</sup>, Παπαχαράλαμπος Ε.<sup>2</sup>, Κυριακίδης Ι.<sup>2</sup>, Μάμαλου Χ.<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Ν.<sup>2</sup>**  
*<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Η επίδραση της πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης κατά τον πρώτο χρόνο ζωής στην κινητική και γνωστική έκβαση των υψηλού κινδύνου πρόωρων νεογνών κατά την προσχολική ηλικία.

**Υλικό/μέθοδοι:** Στη μελέτη εισήχθησαν 90 νεογνά με  $dk \leq 30$  εβδομάδων και  $bg \leq 1500$  γρ. Αποκλείστηκαν τα νεογνά με σύνδρομο, μεζονες συγγενείς ανωμαλίες και αυτά που διαγνώστηκαν με εγκεφαλική παράλυση. Τα 55 (69. 6%) νεογνά παρακολούθησαν πρόγραμμα πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης με συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα και διάρκεια ενός έτους ενώ 24 (30. 4%) νεογνά παρακολούθησαν την σταθερή παρακολούθηση των οδηγιών ανά μήνα. Όλα τα νεογνά εκτιμήθηκαν με την κλίμακα bayley iii στην διορθωμένη ηλικία των 3 ετών.

**Αποτελέσματα:** Η γνωστική κλίμακα διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παιδιών που παρακολούθησαν πρόγραμμα πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης και αυτών που δεν παρακολούθησαν ( $98.3 \pm 8.7$  έναντι  $95 \pm 13.4$ ,  $p < 0.001$ ). Η κλίμακα της αδρής και λεπτής κινητικότητας δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των νεογνών που παρακολούθησαν πρόγραμμα πρώιμης φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης και αυτών που δεν παρακολούθησαν ( $96.3 \pm 16.4$  έναντι  $88.7 \pm 18.5$ ,  $p = 0.221$ ).

**Συμπεράσματα:** Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια του 1ου χρόνου ζωής επιδρά θετικά στην γνωστική έκβαση των υψηλού κινδύνου πρόωρων νεογνών στην ηλικία των 3 ετών.

### ΕΑ-40. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΡΩΤΟΥ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΑ Γεωργίου Κ., Πετροπούλου Χ., Μπούζα Ε.

*Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα*

**Σκοπός:** Οι ενδοκοιλιακές αιμορραγίες πρώτου και δευτέρου βαθμού αποτελούν πλέον τις συχνότερες εγκεφαλικές βλάβες

στα πρόωρα νεογνά. Σκοπός της μελέτης είναι η επίδραση τους στη νευροαναπτυξιακή εξέλιξη των πολύ χαμηλού βάρους γέννησης πρόωρων νεογνών.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν πρόωρα νεογνά με βάρος γέννησης  $\leq 1500$  γραμμάρια που εισήχθησαν σε ΜΕΝΝ τριτοβάθμιου νοσοκομείου αναφοράς σε χρονική περίοδο 6 ετών, από 20/6/2005 έως 31/12/2011. Στην ομάδα Α συμπεριελήφθησαν νεογνά με ενδοκοιλιακή αιμορραγία πρώτου και δευτέρου βαθμού ως μεμονωμένη βλάβη στο υπερηχογράφημα ενώ στην ομάδα Β συμπεριελήφθησαν νεογνά χωρίς παθολογικά ευρήματα στο υπερηχογράφημα.

**Αποτελέσματα:** Εξετάστηκαν οι φάκελοι 160 νεογνών. Ομάδα Α (N=54) Βάρος Γέννησης:  $1121 \pm 221$ , Ηλικία κύησης:  $29 \pm 2,5$ . Ομάδα Β (N=106) Βάρος Γέννησης:  $1133 \pm 225$ , Ηλικία κύησης:  $29 \pm 2,5$ . Στην ομάδα Α η ενδοκοιλιακή αιμορραγία πρώτου και δευτέρου βαθμού απεικονίστηκε την 1η -5η ημέρα ζωής στο 88,9%, την 6η-10η στο 94,4%, μετά την 11η στο 87% και στην τελειώσιμη ωριμότητα στο 59,3%. Η νευρολογική εξέταση στην τελειώσιμη ωριμότητα μεταξύ των δύο ομάδων δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,668$ ). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τα ήπια και μέτρια νευροαναπτυξιακά προβλήματα στις ηλικίες του 1 και των 2 ετών. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε σε σχέση με τα νευροαναπτυξιακά προβλήματα στην ηλικία των 3 ετών ( $p=0,027$ ) και τάση για στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία των 4 ετών ( $p=0,077$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ενδοκοιλιακές αιμορραγίες πρώτου και δευτέρου βαθμού συσχετίζονται με ήπια και μέτρια νευροαναπτυξιακά προβλήματα μετά τα 2 έτη, ηλικία κατά την οποία αυξάνονται οι απαιτήσεις. Απαραίτητη είναι μακροχρόνια διαχρονική παρακολούθηση με σταθμισμένες μεθόδους.

#### ΕΑ-41. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΝΕΥΡΟΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

**Κυριακίδου Μ.<sup>1</sup>, Καραγιάννη Π.<sup>2</sup>, Βλαγκόφτη Ο.<sup>3</sup>, Ηλιάδης Κ.<sup>3</sup>, Κώστη Ε.<sup>2</sup>, Τσακαλίδης Χ.<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Ν.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, <sup>3</sup>Κέντρο Α-Α Δημέρευσης και Ημερήσιας φροντίδας ΑΜΕΑ Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Κιβωτός

**Σκοπός:** Η επίδραση προγράμματος νευροεξελικτικής αγωγής, το οποίο εφαρμόστηκε κατά τον πρώτο χρόνο ζωής σε πρόωρα νεογνά στις λειτουργικές δεξιότητες και την ανεξαρτησία στην προσχολική ηλικία.

**Υλικό/Μέθοδοι:** Στη μελέτη εισήχθησαν πρόωρα νεογνά με  $\Delta K \leq 32$  εβδομάδων και  $BG \leq 1500$  γρ και τελειώσιμα. Αποκλείστηκαν, νεογνά με χρωματοσωμικές ανωμαλίες, μείζονες συγγενείς ανωμαλίες και γενετικά σύνδρομα. Συνολικά, 120 νεογνά πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Μελετήθηκαν 3 ομάδες. Την ομάδα (Α) παρέμβασης αποτέλεσαν 40 πρόωρα νεογνά που ακολούθησαν συστηματικό πρόγραμμα νευροεξελικτικής αγωγής. Την ομάδα ελέγχου (Β) αποτέλεσαν 40 πρόωρα νεογνά, στα οποία ακολουθήθηκε πρόγραμμα οδηγών. Την Γ ομάδα αποτέλεσαν 40 τελειώσιμα νεογνά φυσιολογικής ανάπτυξης. Όλα τα νεογνά εκτιμήθηκαν για τις λειτουργικές δεξιότητες και την ανεξαρτησία στις καθημερινές δραστηριότητες με το Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) στην ηλικία των 3,5 έως 5 ετών.

**Αποτελέσματα:** Σε σχέση με τις λειτουργικές Δεξιότητες Κινητι-

κότητας αναδειχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων,  $F(2, 51) = 8,29$ ,  $p = .001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = .245$ . με την «Ομάδα Τελειώσιμων (Γ)» να έχει υψηλότερες τιμές τόσο από την «Ομάδα Παρέμβασης (Α)» ( $p = .044$ ) όσο και από την «Ομάδα Ελέγχου (Β)» ( $p = .001$ ). Στον τομέα των Λειτουργικών Δεξιοτήτων Κοινωνικότητας, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων,  $F(2, 51) = 16,07$ ,  $p < .001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = .387$ , με την «Ομάδα Τελειώσιμων (Γ)» να έχει υψηλότερες τιμές σε σχέση με την «Ομάδα Ελέγχου (Β)» ( $p = .024$ ).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη της λειτουργικότητας των πρόωρων παιδιών στην ευαίσθητη προσχολική περίοδο μπορεί να αναδείξει τα αποτελέσματα της πρώιμης παρέμβασης αλλά και να βελτιώσει την περαιτέρω ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα πρόωρα παιδιά και στις οικογένειές τους.

#### ΕΑ-42. ΝΕΟΓΝΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ: ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ

**Λοψίδου Γ., Ακριβοπούλου Γ., Αλεξιάδου Σ., Μανωλάς Α., Μπέλλου Β., Μποζατζή Ο., Χατζή Μουσταφά Χ., Μιχαηλίδης Π., Κιφνίδου Ε., Τοπαλίδου Μ., Καρανικολάου Ε.**

*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής "Σισμανόγλειο"*

**Εισαγωγή:** Ο νεογνικός ίκτερος αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια νοσηρότητας των φυσιολογικών νεογνών και αποδίδεται στην επίδραση διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι σε διαφορετικό βαθμό είναι δυνητικά επικίνδυνοι για την εμφάνιση υπερχολερυθριναιμίας.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της συχνότητας του νεογνικού ίκτερου και η αξιολόγηση διαφόρων παραγόντων σε αυτόν.

**Υλικό:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 318 νεογνά (31,5%) που εμφάνισαν ίκτερο στο σύνολο των 1008 γεννήσεων κατά τα έτη 2010-2014.

**Μέθοδοι:** Η μέτρηση της χολερυθρίνης πραγματοποιήθηκε με φασματομετρική μέθοδο με χολερυθρινόμετρο Reichert Unistat. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων, των συνθηκών κύησης και τοκετού και της κλινικής κατάστασης του νεογνού.

**Αποτελέσματα:** Από τα 1008 νεογνά που γεννήθηκαν κατά τα έτη 2010-2014, ίκτερο παρουσίασαν τα 318 νεογνά (31,5%). Από τα νεογνά που παρουσίασαν ίκτερο τα 144 (45,3%) γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό και τα 174 (54,7%) με καισαρική τομή. Τα 176 (55,3%) ήταν αγόρια με μέσο βάρος 3296 gr και τα 142 (44,7%) ήταν κορίτσια με μέσο βάρος 3113gr. Τα 146 (45,9%) ήταν πρωτότοκα. Οι περισσότερες μητέρες 148 (46,5%) ήταν 26-34 ετών, οι 66 (20,8%) ήταν καπνίστριες και οι 138 (43,4%) προέρχονταν από τον μουσουλμανικό πληθυσμό. Από τα ικτερικά νεογνά τα 11(3,5%) προέρχονταν από μητέρες φορείς HBV. Τα περισσότερα ικτερικά νεογνά 148 (46,5%) εμφάνισαν ίκτερο κατά την τρίτη ημέρα ζωής τους. Από τα ικτερικά νεογνά τα 174 (54,7%) είχαν τιμή χολερυθρίνης 5-9,9 mg/dl. Το 14,7% των νεογνικών ικτερών αποδόθηκε σε ασυμβατότητα ABO ενώ 26 (8,1%) των ικτερικών νεογνών είχε ασυμβατότητα Rhesus. Με φωτοθεραπεία αντιμετωπίστηκαν 24 περιπτώσεις (7,5%).

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας τα περισσότερα νεογνά που εμφάνισαν ίκτερο προέρχονταν από πρωτότοκες νεαρές μητέρες με ελαφρά υπερχοληθριναιμία. Η συστηματική και έγκαιρη παρακολούθηση των επιπέδων χολερυθρίνης στην καθημερινή πράξη είναι αναγκαία για να αποφευχθούν παθολογικές τιμές χολερυθρίνης καθώς και οι επακόλουθες επιπλοκές του νεογνικού ίκτερου.

**ΕΑ-43. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΙΑΚΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ****Χατζιωαννίδης Η.<sup>1</sup>, Κυριακίδου Μ.<sup>2</sup>, Εξαδακτύλου Σ.<sup>1</sup>, Αντωνίου Ε., Καραγιάννη Π.<sup>1</sup>, Μητσιάκος Γ.<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Ν.<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Α.Π.Θ.<sup>2</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας Γ.Ν. Παπαγεωργίου

**Σκοπός:** Τα οριακά πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τα τελειόμηνα με αυξημένο κίνδυνο απώτερων νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της νευρολογικής έκβασης των όψιμων πρόωρων νεογνών στην ηλικία των 12 μηνών.

**Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 70 νεογνά ΔΚ 34-36 εβδομάδων, τα οποία νοσηλεύτηκαν στη Β' ΜΕΝΝ του Γ.Ν Παπαγεωργίου από 1/4/2013-1/4/2014. Αποκλείστηκαν νεογνά με γενετικά σύνδρομα και μείζονες συγγενείς ανωμαλίες. Όλα τα νεογνά εκτιμήθηκαν με την κλίμακα Hammersmith infant Neurological Examination (HINE) στην ηλικία των 12 μηνών.

**Αποτελέσματα:** Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v19. Τα νεογνά είχαν μέση (±SD) ΔΚ 35.39 (±0.9) εβδ., ΒΓ 2583.33 (±527.9) γρ. με διάρκεια νοσηλείας 9.57 (±4.8) ημ. Η συνολική βαθμολογία των όψιμων πρόωρων με την κλίμακα HINE είχε μέση τιμή (εύρος) 72 (43-78). Στους επιμέρους τομείς οι μέσες τιμές (εύρος) ήταν για την εξέταση των κρανιακών νεύρων 15 (3-15), στάση 16 (6-18), κινήσεις (0-6), τόνος 23 (12-24) και αντανάκλαστικά 13 (4-15).

**Συμπεράσματα:** Η μέση συνολική βαθμολογία των όψιμων πρόωρων νεογνών στην ηλικία των 12 μηνών εμφανίζεται εντός των φυσιολογικών ορίων. Η μέση βαθμολογία στους επιμέρους τομείς βρίσκεται στο κατώτερο βέλτιστο όριο με μεγάλο εύρος απόκλισης. Η μακροχρόνια παρακολούθηση αυτής της ομάδας μέχρι την προσχολική ηλικία κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να εντοπιστούν πρόωμα ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές που πιθανόν να σχετίζονται με τις επιδόσεις στην κλίμακα HINE στην ηλικία των 12 μηνών.

**ΕΑ-44. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕΤΑΞΥ 2008-2010 ΚΑΙ 2011-2013 ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΤΟΥ ΓΝ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»****Σταμούλη Κ., Μπαγλατζή Α., Καραλέξη Μ., Παπαθωμά Ε., Μπαρούτης Γ.***ΜΕΝΝ Γ.Ν. "Αλεξάνδρα", Αθήνα*

Η επιβίωση των εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης (EXBG) νεογνών ( $\leq 1,500$ γρ) έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, χάρη στην πρόοδο της μαιευτικής και της νεογνικής φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συγκρίνει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των EXBG, που γεννήθηκαν την περίοδο 2008-2010 σε σχέση με την περίοδο 2011-2013.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά, 543 EXBG νεογνά ( $\leq 1500$ γρ και  $\geq 23$  εβδομάδων κύησης) που γεννήθηκαν στο Μαιευτήριο Αλεξάνδρα την περίοδο 2008-2013. 139 (27,4%) εξαιρέθηκαν λόγω διακομιδής σε άλλα νοσοκομεία. Έγινε σύγκριση των χαρακτηριστικών των EXBG νεογνών, των επιπλοκών της προωρότητας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων μεταξύ 2008-2010 και 2011-2013.

**Αποτελέσματα:** Η θνησιμότητα μειώθηκε από 25,2% την περίοδο 2008-2010 σε 22,5% τα έτη 2011-2013. Η επιβίωση των νεογνών <26 εβδομάδων, αυξήθηκε, κατά την 2η περίοδο (23,8% έναντι 21% αντίστοιχα). Οι όψιμες λοιμώξεις ελαττώθηκαν την περίοδο 2011-2013 (23,1% έναντι 37%), με επικράτηση των λοιμώξεων

από Staph.spp και στις 2 περιόδους (80% vs 72%). Η χρήση ρινικού CPAP αυξήθηκε από 20% σε 33,7% τα έτη 2011-2013, αλλά η χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα δεν μεταβλήθηκε σημαντικά (60,9% vs 59,4% αντίστοιχα). Την περίοδο 2011-2013 παρατηρήθηκε μικρή ελάττωση της επίπτωσης της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας, ενώ διπλάσια ήταν τα βρέφη με ανοιχτό βοτάλειο που χρειάστηκαν θεραπεία (5,9% vs 2,7%).

**Συμπεράσματα:** Η θνησιμότητα των EXBG νεογνών δεν άλλαξε σημαντικά τα τελευταία χρόνια στη ΜΕΝΝ «Αλεξάνδρα». Η έγκαιρη σίτιση των EXBG νεογνών με μητρικό γάλα, η υγιεινή των χειρών και η περιοδική επιτήρηση των λοιμώξεων, μείωσε σημαντικά τις όψιμες λοιμώξεις. Η αύξηση της εφαρμογής ρινικού CPAP πιθανώς επηρέασε την επίπτωση της βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας.

**ΕΑ-45. ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΩΣ ΠΡΩΩΡΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥΝΤΑ ΝΕΟΓΝΑ****Δάγλα Μ.<sup>1</sup>, Πετούση Β.<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Τμήμα Μαιευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, ΠΜΣ «Βιοηθική», Πανεπιστήμιο Κορήτης, <sup>2</sup>Τμήμα Κοινωνιολογίας, ΠΜΣ «Βιοηθική», Πανεπιστήμιο Κορήτης

**Σκοπός:** Να παρουσιάσει το επιστημονικό πεδίο της νεογνικής εντατικής φροντίδας που γεννά σημαντικά βιοηθικά διλήμματα καθώς και την αναγκαιότητα λήψης κρίσιμων ηθικών αποφάσεων.

**Υλικό:** Μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων Pubmed διερευνήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία των τελευταίων δέκα ετών για τα διλήμματα ηθικού περιεχομένου που αναδύονται κατά την παροχή της εντατικής φροντίδας στα νεογνά.

**Αποτελέσματα:** Κατά την κλινική πρακτική στις αίθουσες τοκετών και τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών δημιουργούνται διλήμματα με ηθικό περιεχόμενο που αφορούν είτε την πλήρη έναρξη και συνέχιση, με κάθε κόστος, των επεμβατικών πρακτικών που υποστηρίζουν την ανθρώπινη ζωή είτε την εφαρμογή ορίων στις σωτήριες παρεμβάσεις, προκειμένου η πορεία της νόσου και η κατάσταση της υγείας του παιδιού να εξελιχθεί με έναν φυσικό τρόπο. Με δεδομένο ότι η επιδημιολογική πραγματικότητα δεν παρέχει αρκετά ενθαρρυντικά στοιχεία για την γνωστική και νευροαναπτυξιακή εξέλιξη των εξαιρετικώς πρόωρων ή/και νοσοούντων νεογνών κάθε επαγγελματίας υγείας καλείται να θέσει ή/και να αναδιαμορφώσει τον στόχο της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στο παιδί και να αποσαφηνίσει το νόημά της. Η αναγκαιότητα λήψης μιας άμεσης απόφασης για παροχή ή περιορισμό των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων προβάλλει επιτακτική και μάλιστα υπό το καθεστώς, των ιδιαίτερων συνθηκών που διέπουν την παροχή της εντατικής φροντίδας στη νεογνική ηλικία και κυρίως της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει την πρόγνωση και την έκβαση των περιστατικών.

**Συμπεράσματα:** Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν εντατική φροντίδα στα εξαιρετικώς πρόωρα ή/και νοσοούντα νεογνά καλούνται να λάβουν δύσκολες κλινικές αποφάσεις ηθικώς και αξιακώς επιφορτισμένες. Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση τους σε βιοηθικά ζητήματα θεωρείται αναγκαία για την καλύτερη αντιμετώπιση των ηθικών προκλήσεων.

#### ΕΑ-46. Η ΠΟΛΥΔΥΜΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΠΙΑΚΟΛΟΥΘΗ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ. ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΟΟΡΤΙΑ ΜΕΛΕΤΗ

Σαλαμαλέκης Γ.<sup>1</sup>, Συριστατίδης Χ.<sup>1</sup>, Βράντζα Τ.<sup>1</sup>, Βουργέντη Κ.<sup>1</sup>, Λαργουγκάκη Α.<sup>1</sup>, Σαλλούμ Ι.<sup>2</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα

<sup>2</sup> Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Χαϊδάρι, Αθήνα

**Σκοπός:** Η μελέτη του περιγεννητικού αποτελέσματος σε γυναίκες με επίτευξη κλινικής εγκυμοσύνης μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

**Υλικό και Μέθοδος:** Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν 35 γυναίκες που γέννησαν στο Π.Γ.Ν. "Αττικόν" μετά από τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής της Γ' Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής μεταξύ 2011-2014. Καταγράφηκαν οι ακόλουθοι παράμετροι του περιγεννητικού αποτελέσματος των κηρίσεών τους: το ποσοστό πρόωρων τοκετών (<37 εβδομάδες κύησης) σε συνδυασμό με τις πολύδυμες κηρίσεις, το σωματικό βάρος γέννησης (Σ.Β.), το φύλο, το Apgar Score στο 5', το pH της ομφαλικής αρτηρίας των νεογνών και το ποσοστό των νεογνών που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

**Αποτελέσματα:** Στο 31% οι γυναίκες γέννησαν πρόωρα (11/35). Γεννήθηκαν 30 αγόρια και 15 κορίτσια (στο σύνολο 45), ενώ 16 νεογνά είχαν Σ.Β. < 2.500 γρ. (16/45=35%). Το Apgar score στο 5' ήταν 9/10 σε 39 νεογνά, το pH της ομφαλικής αρτηρίας ήταν μεταξύ 7,27-7,41 ενώ ο αριθμός εισαγωγών σε MENN ήταν 8 (8/45=17,7%). Το ποσοστό πολυδυμίας ήταν 25,7% (9 κηρίσεις στις 35), το ποσοστό προωρότητάς τους 88,8% (8 στις 9) και ο αριθμός εισαγωγών σε MENN 36,8% (7 από τα 19 νεογνά). Το 72% των πρόωρων τοκετών (8 σε 11) και το 87,5% εισαγωγής σε MENN (7 σε 8 νεογνά), οφείλονταν στις πολύδυμες κηρίσεις.

**Συμπεράσματα:** Το περιγεννητικό αποτέλεσμα κηρίσεων μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι άριστο. Τα μεγαλύτερα ποσοστά προωρότητας και εισαγωγής σε MENN που παρατηρήθηκαν, οφείλονται σε πολύδυμες κηρίσεις. Η μείωση του ποσοστού πολύδυμων κηρίσεων μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, πιθανά να μειώσει αντιστοίχως και το αναφερόμενο αρνητικό περιγεννητικό αποτέλεσμα.

#### ΕΑ-47. ΜΗΤΡΙΚΑ/ΕΜΒΡΥΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ SCLEROSTIN ΣΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ: Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μπιράνα Δ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Θ.<sup>1</sup>, Μπούτσιου Μ.<sup>1</sup>, Ξαγοράρη Μ.<sup>2</sup>, Γουρζιώτης Δ.<sup>2</sup>, Μαλαμίτση-Πούχχερ Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>2</sup> Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας-Μοριακής Διαγνωστικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

**Σκοπός:** Κατά την κύηση, η μητρική ομοιοστάση του ασβεστίου προσαρμόζεται στις εμβρυϊκές ανάγκες. Κηρίσεις επιπλεγμένες με διαταραχές της εμβρυϊκής αύξησης χαρακτηρίζονται από μεταβολές στην ομοιοστάση των μετάλλων και τον οστικό μεταβολισμό. Η sclerostin είναι γλυκοπρωτεΐνη παραγόμενη από τα οστεοκύτταρα, που αναστέλλει τη διαφοροποίηση των οστεοβλαστών και την οστεοσύνθεση, μέσω άμεσης καταστολής της Wnt οδού. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των μητρικών/εμβρυϊκών

επιπέδων sclerostin σε κηρίσεις με ανώμαλη εμβρυϊκή αύξηση.

**Υλικό/Μέθοδος:** Προσδιορισμός με ανοσοενζυμική μέθοδο των επιπέδων πλάσματος sclerostin σε 80 ζεύγη μητέρων-τελειόμηλων εμβρύων με ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση (ΕΥΑ, n=30), μεγάλο βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΜΒΓ, n=30) και κανονικό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (ΚΒΓ, n=20). Δεκατέσσερις από τις 30 μητέρες με ΜΒΓ νεογνά παρουσίασαν διαβήτη κατά την κύηση.

**Αποτελέσματα:** Απουσία διαφορών στα μητρικά/εμβρυϊκά επίπεδα sclerostin μεταξύ ΕΥΑ, ΜΒΓ και ΚΒΓ ομάδων. Ωστόσο, στην ΜΒΓ ομάδα, τα μητρικά επίπεδα sclerostin ήταν αυξημένα σε περιπτώσεις διαβήτη (b=13.009, 95%CI 1.425-24.593, p=0.029). Τα μητρικά επίπεδα sclerostin ήταν υψηλότερα, αυξανόμενης της ηλικίας της μητέρας (b=0.788, 95%CI 0.190-1.385, p=0.010).

**Συμπεράσματα:** Τα μητρικά και εμβρυϊκά επίπεδα sclerostin πιθανώς να μη διαφοροποιούνται γενικά στις επιπλοκές της κύησης που οδηγούν σε ανώμαλη εμβρυϊκή αύξηση. Ωστόσο, τα μητρικά επίπεδα sclerostin βρέθηκαν αυξημένα σε εμβρυϊκή μακροσωμία λόγω διαβήτη, πιθανώς συνεισφέροντας στην γνωστή πτωχή ποιότητα και αυξημένη ευθραυστότητα των οστών σε γυναίκες με διαβήτη. Επιπλέον, η αύξηση των επιπέδων sclerostin με την ηλικία πιθανόν να αντιπροσωπεύει μοριακό μηχανισμό εμπλεκόμενο στην σχετιζόμενη με την ηλικία μείωση της οστεοσύνθεσης και επιτάχυνση της οστικής απώλειας.

#### ΕΑ-48. ΠΡΩΤΕΟΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ

Κολιαλέξη Α.<sup>1</sup>, Τσάγκρης Γ.<sup>2</sup>, Σηφάκης Σ.<sup>4</sup>, Κατσαφάδου Α.<sup>2</sup>, Λυκούδη Α.<sup>1</sup>, Μαυρέλη Δ.<sup>1</sup>, Μαύρου Α.<sup>1</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής και <sup>3</sup> Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών <sup>2</sup> Μονάδα Προγεννητικής, <sup>4</sup> Ιδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών <sup>4</sup> Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός:** Ανίχνευση στο περιφερικό αίμα εγκύων το 1ο τρίμηνο της κύησης βιολογικών δεικτών πρόωξης μη επεμβατικής ανίχνευσης κηρίσεων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας (πε).

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 10 δείγματα περιφερικού αίματος εγκύων (11η -13η εβδομάδα κύησης) που αργότερα εμφάνισαν πε και 10 χωρίς επιπλοκές. Η ανίχνευση των πρωτεϊνικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων έγινε με ηλεκτροφόρηση δύο διαστάσεων (η2δ) σε συνδυασμό με φασματογραφία μάζας τύπου maldi-tof ms.

**Αποτελέσματα:** Σύγκριση των πρωτεϊνικών η2δ οδήγησε στη ταυτοποίηση 12 πρωτεϊνών με διαφορετική έκφραση στο περιφερικό αίμα εγκύων που αργότερα εμφάνισαν πε σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Εξι πρωτεΐνες (alpha-1-antitrypsin (a1at), cd5 antigen-like molecule (cd5l) keratin, type i cytoskeletal 9 (k1c9), myeloid cell nuclear differentiation antigen (mnda), serotransferrin (trfe) και vitamin d-binding protein (vtdb) εμφάνισαν υπερέκφραση και 6 (alpha-2-hs-glycoprotein (fetua), beta-2-glycoprotein 1 (apoh), complement factor b (cfab), haptoglobin (hpt), vitronectin (vtn) και zinc-alpha-2-glycoprotein (za2g) ελαττωμένη έκφραση. Η διαφορετική έκφραση των za2g, vtn και fetua επιβεβαιώθηκε περαιτέρω με ανάλυση κατά western.

**Συμπεράσματα:** Οι βιολογικοί δείκτες που ταυτοποιήθηκαν μπορούν να διευκολύνουν την κατανόηση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού της πε και να αλλάξουν ριζικά την προϋπάρχουσα ανίχνευση εγκύων υψηλού κινδύνου για πε με την ανάπτυξη ευαίσθητων, αξιόπιστων, εξειδικευμένων και χαμηλού κόστους διαγνωστικών δοκιμασιών. Αποτελούν επιπλέον πιθανούς θεραπευτικούς στόχους. Απαιτείται



όμως περαιτέρω αξιολόγηση τους σε μεγαλύτερο αριθμό δειγμάτων σε συνδυασμό με κλινικά και υπερηχογραφικά δεδομένα. Η μελέτη συγχρηματοδοτείται ως «αριστεία» από την Ελλάδα και την ΕΕ μέσω των προγραμμάτων ΕΣΠΑ «εκπαίδευση και δια βίου μάθηση».

#### ΕΑ-49. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΧΟΛΗΦΟΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

**Κελεσίδου Β., Δελιανίδου Μ., Κελεσίδου Ε., Μπέτσας Γ., Δαγκλής Θ., Παπανικολάου Ε., Μαμμόπουλος Α., Μαυροματίδης Γ., Πράπας Ν., Ρούσσοσ Δ.**

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο νοσοκομείο, ΑΠΘ*  
**Εισαγωγή/σκοπός:** Οι συγγενείς ανωμαλίες του χοληφόρου συστήματος περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως ο διπλασιασμός της χοληδόχου κύστης χωρίς σημαντικό κλινικό επακόλουθο αλλά και άλλες όπως η ατρησία των χοληφόρων αγγείων (0,7/10.000 γεννήσεις) με εξαιρετικά πτωχή πρόγνωση. Η πρόοδος της υπερηχογραφίας του εμβρύου έχει συμβάλει στην αναγνώριση ανωμαλιών του χοληφόρου συστήματος προγεννητικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ώστε να αναλυθούν οι δυνατότητες και οι περιορισμοί της προγεννητικής διάγνωσης αυτών των ανωμαλιών.

**Υλικό & μέθοδος:** Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες αναφορικά με την προγεννητική διάγνωση συγγενών ανωμαλιών του χοληφόρου συστήματος από τον Ιανουάριο του 1990 έως και τον Φεβρουάριο του 2015.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά αναγνωρίστηκαν και μελετήθηκαν 136 άρθρα. Ύποπτα ευρήματα στον προγεννητικό υπερηχογραφικό έλεγχο όπως η μη απεικόνιση της χοληδόχου κύστης, η παρουσία κυστικού μορφώματος και η παρουσία ηχογενών στοιχείων εντός της χοληδόχου κύστης συσχετίζονται δυνητικά με αγενεσία της χοληδόχου κύστης, κυστική ίνωση, άλλες διαμαρτίες, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, γενετικά σύνδρομα, ατρησία των χοληφόρων αγγείων, κύστη χοληδόχου πόρου, διπλασιασμό χοληδόχου κύστης και συγγενή χολολιθίαση. Η αμνιοπαρακέντηση με σκοπό την ανάλυση του καρυοτύπου και πεπτικών ενζύμων του αμνιακού υγρού, η αντίχνευση μεταλλάξεων για κυστική ίνωση και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να βοηθήσουν την προγεννητική διάγνωση.

**Συμπεράσματα:** Ο προγεννητικός υπερηχογραφικός έλεγχος είναι δυνατόν να θέσει την υποψία και συνεπικουρούμενος από περαιτέρω εξετάσεις να επιτρέψει τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων του χοληφόρου συστήματος.

#### ΕΑ-50. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΩΨΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ. ΑΝΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Τσακιοδής Ι., Πετούσης Σ., Μαργιούλα Σιάγκου Χ., Καρτσιούνης Β., Ξανθοπούλου Ε., Βοσνάκης Χ., Δαγκλής Θ., Μαυροματίδης Γ., Μαμμόπουλος Α., Πράπας Ν., Ρούσσοσ Δ.**

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης επιδημιολογικών και μαιευτικών παραμέτρων με το διάστημα παραμονής στην Εμβρυομητρική Μονάδα σε κήσεις που εισάγονται λόγω επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη

όλων των περιπτώσεων που εισήχθησαν στην Εμβρυομητρική Μονάδα της Γ' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Α.Π.Θ. σε κήση μεταξύ 24 και 36 εβδομάδων, λόγω επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού κατά την περίοδο 2002-2014. Έγινε συσχέτιση του διαστήματος παραμονής με επιδημιολογικές και μαιευτικές παραμέτρους.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 2971 έγκυοι νοσηλεύτηκαν στην εμβρυομητρική μονάδα κατά την περίοδο της μελέτης και σε 910 (31%) εξ αυτών η ένδειξη εισαγωγής ήταν η συμπτωματολογία επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού. Η διάμεση ηλικία των εγκύων ήταν 30 (14-50) έτη και η μέση εβδομάδα κήσης κατά την εισαγωγή 30,7±3,8 εβδομάδες. Το 81% των περιπτώσεων αφορούσε μονήρεις κήσεις. Το μέσο διάστημα παραμονής των εγκύων στην Εμβρυομητρική ήταν 7,5 μέρες και σε 77% (n=701) των περιπτώσεων το διάστημα παραμονής ξεπέρασε τις 48 ώρες. Με τη χρήση πολυπαραγοντικού μοντέλου διαπιστώθηκε ότι η ηλικία της εγκύου, η ηλικία της κήσης και η πολυδυμος κήση αποτελούσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες της διάρκειας παραμονής (p<.001, p<.001, p=.006 αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Ο επαπειλούμενος πρόωρος τοκετός αποτελεί τη συχνότερη ένδειξη εισαγωγής των εγκύων στην Εμβρυομητρική Μονάδα. Η ηλικία της εγκύου, η ηλικία της κήσης κατά την εισαγωγή και η πολυδυμος κήση σχετίζονται με αυξημένη διάρκεια παραμονής των εγκύων στην Εμβρυομητρική Μονάδα.

#### ΕΑ-51. ΣΥΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΥ PAPPA ΚΑΤΑ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΩΝ 11-14 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

**Σωτηρίου Σ., Σκέντου Χ., Γκαράς Α., Δαπόντε Α.**

*Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Τμήμα Εμβρυολογίας Ιατρικής Λάρισας*

**Σκοπός εργασίας:** Η συσχέτιση τυχόν ανατομικής ανωμαλίας της μήτρας με τη συγγέντρωση του papp-a κατά τη διάρκεια του υπερηχογραφήματος των 11-14 εβδομάδων

**Υλικά και μέθοδος:** Προοπτική μελέτη 10 εγκύων γυναικών με γνωστή προϋπάρχουσα συγγενή ανατομική ανωμαλία της μήτρας που υπεβλήθησαν σε έλεγχο χρωμοσωμικών ανωμαλιών κατά το ατρίμνηνο της κήσης με τη μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας και των βιοχημικών παραμέτρων του papp-a και της free b-hcg

**Αποτελέσματα:** Στις 6 από τις 10 περιπτώσεις, μία ήταν δίδυμος κήση με αυτόματη σύλληψη. Σε όλες τις περιπτώσεις η αυχενική διαφάνεια μετρήθηκε εντός των φυσιολογικών ορίων (κάτω από την 95η εκατοστιαία θέση). Σε 6 από αυτές τα επίπεδα του papp-a ήταν κάτω από 0.42 mom (όπως ορίζεται από το royal college of ob/gynae και σε 3 περιπτώσεις ο κίνδυνος για χρωμοσωμική ανωμαλία ήταν αυξημένος (κάτω από 1:300). 2 από αυτές οι γυναίκες υπεβλήθησαν σε επεμβατικό έλεγχο του καρυοτύπου του εμβρύου με φυσιολογικά αποτελέσματα και σε 1 έγινε αυτόματη ρήξη των υμένων στις 26 εβδομάδες και ακολούθησε τοκετός στις 33 εβδομάδες. Όλα τα νεογνά είχαν φυσιολογικό καρυότυπο και το βάρος γέννησης ήταν μικρότερο από το αναμενόμενο για το στάδιο της κήσης σε 4 από αυτά. Πρόωρος τοκετός συνέβη σε 5 από αυτά (1 πριν τις 32 εβδομάδες και 4 πριν τις 36)

**Συμπεράσματα:** Σε σύγκριση με γυναίκες που δεν έχουν κάποια συγγενή ανατομική ανωμαλία της μήτρας, αυτές στις οποίες υπάρχει μια τέτοια ανατομική δυσμορφία φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα όταν κνοφορήσουν, η εγκυμοσύνη τους να επιπλακεί με συγκεκριμένα προβλήματα όπως είναι η ο πρόωρος τοκετός

και το χαμηλό βάρος γέννησης- υπολλειπόμνη ανάπτυξη. Αν αυτός ο συσχετισμός οφείλεται στην ανατομική ανωμαλία της μήτρας ή στην ανάπτυξη του εμβρύου δε μπορεί να διασαφηνιστεί με τη συγκεκριμένη μελέτη. Το μικρότερο μέγεθος του πλακούντα λόγω μικρότερης διαθέσιμης επιφάνειας της μήτρας σε περιπτώσεις συγγενών ανωμαλιών της μήτρας (πχ σε μονόκερη μήτρα) και η ελλειπής πλακουντοποίηση θα μπορούσε να εξηγήσει τα ευρήματα της μελέτης μας αλλά δεδομένου του μικρού αριθμού των περιστατικών που συμπεριλάβαμε, είναι φανερό ότι πρέπει να μελετήσουμε παραπάνω περιπτώσεις για να καταλήξουμε σε πιο ασφαλή συμπεράσματα.

#### ΕΑ-52. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑ ΧΟΛΗΔΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΣΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Σωτηρίου Σ., Γκαράς Α., Σκέντου Χ., Κούκουρα Ο., Δαπόντε Α. Περιφερικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Ιατρική Σχολή Λάρισας- Τμήμα Εμβρυολογίας

**Σκοπός:** Αναδρομική μελέτη 3 ετών, εγκύων γυναικών που υπεβλήθησαν σε υπερηχογράφημα β' επιπέδου στο ιατρείο του προγεννητικού ελέγχου στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας και στις οποίες η χοληδόχος κύστη δε κατέστη δυνατό να απεικονιστεί και συσχέτιση αυτού του ευρήματος με πιθανά κλινικά ευρήματα μετά τη γέννηση.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη 534 γυναικών που υπεβλήθησαν σε υπερηχογράφημα ελέγχου της ανατομίας των εμβρύων μεταξύ 21-24 εβδομάδων. Για τη περίοδο αυτή εξαιρέθηκαν γυναίκες που είχαν κάποιο σοβαρό υπερηχογραφικό εύρημα (π.χ ανωμαλίες του κνσ, καρδιολογικές ανωμαλίες) καθώς και γυναίκες που ανευρέθησαν να έχουν παθολογικό καρούτυπο μετά από αμνιοπαρακέντηση. Στις 534 γυναίκες που μελετήθηκαν δε κατέστη δυνατή η απεικόνιση της χοληδόχου κύστης σε 5 από αυτές. Τα 5 από αυτά περιστατικά επανακλήθηκαν για επανεξέταση στις 30 εβδομάδες μετά τη γέννηση εκλήθησαν τηλεφωνικά οι μητέρες για συλλογή αποτελεσμάτων

**Αποτελέσματα:** Κατέστη δυνατή η απεικόνιση της χοληδόχου κύστης σε 1 περίπτωση κατά την επανάληψη του υπερηχογραφήματος στις 30 εβδομάδες. Από τις 4 υπόλοιπες περιπτώσεις, 1 νεογνό διαγνώστηκε με ατρησία χοληφόρων και 1 διαγνώστηκε με κυστική ίνωση. Τα υπόλοιπα 2 νεογνά 1 και 1,5 έτος μετά τη γέννηση δε παρουσίασαν κάποια κλινική επιπλοκή.

**Συμπεράσματα:** Η μεμονωμένη απουσία της χοληδόχου κύστης κατά το υπερηχογράφημα 21-24 εβδομάδων είναι ένα σχετικά σπάνια. Είναι χρήσιμη η επανάληψη των περιστατικών στο γ' τρίμηνο της κύησης για επανεξέταση και επιβεβαίωση του ευρήματος. Όταν υπάρχει απουσία χοληδόχου, είναι χρήσιμο να αναφέρεται στα συμπεράσματα της εξέτασης και πιθανό είναι χρήσιμο να ζητηθεί έλεγχος κυστικής ίνωσης στους γονείς ή με επεμβατικό έλεγχο των μεταλλάξεων της στο αμνιακό υγρό. Επίσης είναι χρήσιμο να επισημαίνεται στο νεογνολόγο-παιδίατρο για πιθανό περαιτέρω έλεγχο της ανατομίας των χοληφόρων του νεογνού. Δεδομένου του σχετικά μικρού αριθμού των νεογνών που μελετήθηκαν αλλά και της σπανιότητας του ευρήματος, είναι φανερό ότι πρέπει να μελετήσουμε περισσότερες περιπτώσεις για να καταλήξουμε σε πιο ασφαλή συμπεράσματα.

#### ΕΑ-53. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΧΟΛΙΚΩΝ ΟΞΕΩΝ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Αντσακλής Π., Θεοδωρά Μ., Ασημακόπουλος Γ., Μαρίτσα Β., Μεσογίτης Σ., Δασκαλάκης Γ.

*Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»*

**Σκοπός:** Να ελέγξουμε εάν υπάρχει συσχέτιση των επιπέδων των χολικών οξέων με το περιγεννητικό αποτέλεσμα σε κύσεις που επιπλέκονται από χολόσταση της κύησης.

**Μέθοδοι:** Μία προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» και περιλάμβανε όλες τις εγκύους που νοσηλεύτηκαν λόγω χολόστασης κύησης. Μετρήσαμε και καταγράψαμε τα επίπεδα των χολικών αλάτων, τα στοιχεία των εγκύων και των νεογνών και τα συγκρίναμε με τα αντίστοιχα στοιχεία γυναικών που προσήλθαν με απλό κνησμό κύησης και φυσιολογικά επίπεδα χολικών οξέων.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 52 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, 17 με διαγνωσμένη χολόσταση κύησης και 36 με απλό κνησμό κύησης, χωρίς παθολογικές τιμές χολικών οξέων. Η ομάδα των χολικών αλάτων είχε αυξημένη πιθανότητα εισαγωγής στη νεογνολογική μονάδα (3/17 vs. 4/36,  $p < 0.001$ ) και αυξημένα ποσοστά νεογνικής νοσηρότητας (4/17 vs. 5/36,  $p = 0.002$ ), αλλά αυτές οι διαφορές σταματούσαν να υπάρχουν αν προσαρμόζαμε τις δύο ομάδες μελέτης για την ηλικία κύησης και τον τρόπο τοκετού (πρόκληση/καισαρική). Ασθενείς με σοβαρού βαθμού χολόσταση κύησης (επίπεδα χολικών αλάτων  $> 40 \mu\text{mol/l}$ ) είχαν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης μηκωνίου (0/11 vs. 1/6,  $p = 0.009$ ), εισαγωγής στη νεογνολογική μονάδα (1/11 vs. 2/6,  $p = 0.01$ ) και νεογνικής νοσηρότητας (2/11 vs. 2/6,  $p = 0.02$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι έγκυες με χολόσταση κύησης παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιπλοκών της κύησης σε σύγκριση με τις εγκύους που έχουν απλό κνησμό της κύησης με φυσιολογικά επίπεδα χολικών αλάτων. Λόγω του μικρού αριθμού περιστατικών δεν μπορεί να αποκλειστεί το γεγονός ότι αυτή η στατιστική διαφορά μπορεί να οφείλεται στον μεγαλύτερο βαθμό παρέμβασης στις εγκύους με χολόσταση κύησης (πρόκληση τοκετού και ιατρογενής πρόωρος τοκετός). Οι γυναίκες με χολόσταση κύησης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μηκώλιο στο αμνιακό υγρό και νεογνική νοσηρότητα.

#### ΕΑ-54. ΟΜΦΑΛΙΔΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Θεοδωρά Μ., Αντσακλής Π., Μαρίτσα Β., Γκριτζάτη Α., Ασημακόπουλος Γ., Σύνδος Μ., Μεσογίτης Σ., Δασκαλάκης Γ.<sup>1</sup>, Λουτράδης Δ.<sup>1</sup> Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων, <sup>1</sup>Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΠΝΑ «Αλεξάνδρα»

**Σκοπός:** Να παρουσιαστούν οι ενδείξεις, τα χαρακτηριστικά των εγκύων και η έκβαση των κύσεων σε περιπτώσεις που έχει γίνει ομφαλιδοπαρακέντηση με διαγνωστικές ή θεραπευτικές ενδείξεις.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην αναδρομική μελέτη περιλαμβάνονται 312 ομφαλιδοπαρακέντησεις οι οποίες έγιναν στο χρονικό διάστημα 01/01/2007-01/06/2015 στο τμήμα προγεννητικού ελέγχου στο τμήμα Προγεννητικού ελέγχου στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα/ **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των εγκύων ήταν 32 ετών (19-42) και η μέση ηλικία κύησης στην πρώτη επέμβαση ήταν 22 εβδομάδων. Κύρια ένδειξη για τις θεραπευτικές παρακέντησεις ήταν η ανοσοποίηση Rhesus ενώ για τις διαγνωστικές ήταν η καθυστε-

ρημένη διάγνωση ανατομικής ανωμαλίας του εμβρύου. Το ποσοστό γέννησης ζώντος νεογνού ήταν 97% ενώ το ποσοστό διακοπής κύησης ήταν 2,5%.

**Συμπέρασμα:** Η ομφαλιδοπαρακέντηση για διαγνωστικούς λόγους γίνεται σήμερα όλο και σπανιότερα κυρίως χάρη στην εξέλιξη των μοριακών μεθόδων με τις οποίες η διάγνωση γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα. Ωστόσο η ομφαλιδοπαρακέντηση παραμένει μέθοδος εκλογής σε διάφορες καταστάσεις όπου είναι αναγκαία η ενδομήτρια θεραπεία του εμβρύου όπως ο ανοσολογικός ύδρωπας και η αιμολυτική αναιμία.

#### ΕΑ-55. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΚΑΙ ΟΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

**Φωτίου Μ.<sup>1</sup>, Τσακουμάκη Φ.<sup>1</sup>, Δημητροπούλου Α.<sup>1</sup>, Κύρκου Χ.<sup>1</sup>, Αθανασιάδη Ε.<sup>2</sup>, Κουλουρίδα Β.<sup>2</sup>, Μενεξές Γ., Μιχαηλίδου Α.<sup>1</sup>, Τουφάκης Β.<sup>2</sup>, Ταρλατζής Β.<sup>2</sup>, Αθανασιάδης Α.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Σχολή Γεωπονίας, Δασολογίας και Φυσικού Περιβάλλοντος ΑΠΘ,

<sup>2</sup>Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία<sup>1,2</sup>, η σύσταση του αμνιακού υγρού (ΑΥ) επηρεάζεται τόσο από το μητρικό, όσο και από το εμβρυϊκό μεταβολισμό. Ως εκ τούτου, το ΑΥ δύναται να αποτελεί ένα μοντέλο-οδηγό για την μελέτη της επίδρασης της διατροφικής κατάστασης και του μεταβολισμού της μητέρας στη διαμόρφωση ενός θεραπευτικά ισορροπημένου ενδομήτριου περιβάλλοντος και την ομαλή εξέλιξη της κύησης. Σε αυτό το πλαίσιο, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν: α. ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης της γλυκόζης, της ουρίας, του ουρικού οξέος και των ιόντων Κ, Να και Ρ στο αμνιακό υγρό και τον ορό αίματος της μητέρας, κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, και β. η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των συγκεντρώσεων των συγκεκριμένων βιοδεικτών στα δύο βιολογικά υγρά.

#### Βιβλιογραφία:

1. Koski KG, Fergusson MA. (1992) Amniotic fluid composition responds to changes in maternal dietary carbohydrate and is related to metabolic status in term fetal rats. J Nutr 122: 385 -392. 2. Fotiou, M., Michaelidou, A.M., Athanasiadis, A.P., Menexes, G., Symeonidou, M., Koulourida, V., Ganidou, M., Theodoridis, T.D., Tarlatzis, B.C. 2014. Second trimester amniotic fluid glucose, uric acid, phosphate, potassium, and sodium concentrations in relation to maternal pre-pregnancy BMI and birth weight centiles. J Matern Fetal Neonatal Med, 28(8):910-5.



Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Θάλις. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

#### ΕΑ-56. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ (ΑΥ)

**Τσακουμάκη Φ.<sup>1</sup>, Τσαρουχά Σ.<sup>1</sup>, Συρόγλου Σ.<sup>1</sup>, Δημητροπούλου Α.<sup>1</sup>, Γεωργαντά Γ.<sup>1</sup>, Αθανασιάδη Ε.<sup>2</sup>, Κύρκου Χ.<sup>1</sup>, Φωτίου Μ.<sup>1</sup>, Κακάνης Σ.<sup>2</sup>, Ταρλατζής Β.<sup>2</sup>, Αθανασιάδης Α.<sup>2</sup>, Μιχαηλίδου Α.<sup>1</sup>**

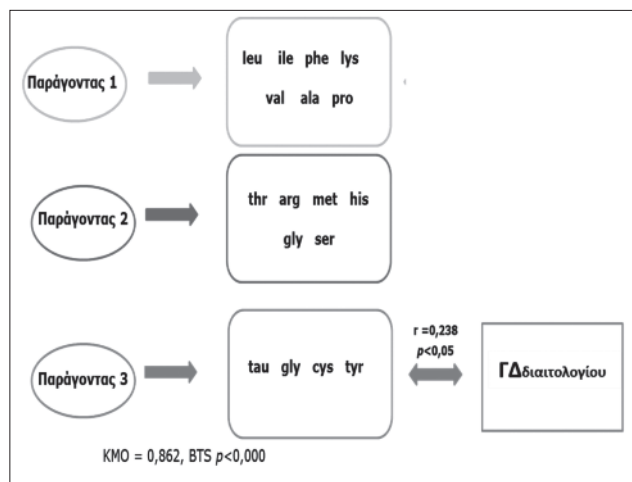
<sup>1</sup>Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Σχολή Γεωπονίας, Δασολογίας και Φυσικού Περιβάλλοντος ΑΠΘ,

<sup>2</sup>Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

**Σκοπός εργασίας:** Η αξιολόγηση της ποιότητας των υδατανθράκων- όπως αυτή περιγράφεται από το Γλυκαιμικό Δείκτη του διααιτολογίου (ΓΔιαιτολογίου)- ως παράμετρος επίδρασης της μητρικής διατροφής στη σύσταση του αμνιακού υγρού (ΑΥ).

**Υλικά και μέθοδοι:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 82 γυναίκες, μεταξύ της 16ης και 26ης εβδομάδας κύησης, οι οποίες θα υποβάλλονταν σε προγραμματισμένη αμνιοπαρακέντηση για προγεννητικό έλεγχο. Η σύλλογή των δεδομένων που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες έγινε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το οποίο συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης από κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο. Ο υπολογισμός του ΓΔιαιτολογίου, πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη βιβλιογραφία<sup>1</sup>, ενώ ως τρόφιμο αναφοράς επιλέχθηκε το άσπρο ψωμί. Για τη λήψη του ΑΥ χρησιμοποιήθηκε 20 G spinal βελόνα υπό την καθοδήγηση υπερήχου. Ο προσδιορισμός των ελεύθερων αμινοξέων στο ΑΥ πραγματοποιήθηκε με χρωματογραφία υψηλής απόδοσης – αντίστροφης φάσης<sup>2</sup>. Παράγοντική ανάλυση (Factor Analysis) εφαρμόστηκε με σκοπό την ομαδοποίηση των ελεύθερων αμινοξέων, ενώ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του ΓΔιαιτολογίου και των ομάδων/παραγόντων των αμινοξέων που σχηματίστηκαν. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα ανέδειξαν μέτριας έντασης στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $r=0,238$ ,  $p<0,05$ ) μεταξύ του ΓΔιαιτολογίου και του παράγοντα των αμινοξέων στον οποίο είχαν υψηλές φορτίσεις τα αμινοξέα ταυρίνη, γλυκίνη, κυστεΐνη και τυροσίνη (Διάγραμμα).



Για διευκόλυνση, σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται τα αμινοξέα με φόρτιση  $>0,30$ .

ΚΜΟ: Δείκτης επάρκειας του δείγματος Kaiser-Meyer-Olkin.  
BTS: Έλεγχος σφαιρικότητας του Bartley.

Διάγραμμα. Οι τρεις παράγοντες των αμινοξέων του ΑΥ όπως προέκυψαν από την ανάλυση σε κύριες συνιστώσες και οι συσχετίσεις με το ΓΔ διαταλογίου.

**Συμπεράσματα:** Έχοντας ως στόχο την ομαλή εξέλιξη και έκβαση της εγκυμοσύνης<sup>34</sup>, περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης της ποιότητας των υδατανθράκων στη σύσταση του ΑΥ κρίνεται απαραίτητη.

**Βιβλιογραφία:** 1. Wolever TMS, Nguyen PM, Chiasson JL, et al. (1994) Determinants of diet glycemic index calculated retrospectively from diet records of 342 individuals with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59:1265-9. 2. Krause, I., Bockhardt, A., Neckermann, H., Henle, T., Klostermeyer, H. (1995). Simultaneous determination of amino acids and biogenic amines by reverse-phase high-performance liquid chromatography of the dabsyl derivatives. *Journal of Chromatography* 715(1):67-79. 3. Moses R.G, Luebecke M, Davis W.S, et al. (2006). Effect of a low-glycemic-index diet during pregnancy on obstetric outcomes. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84:807-812. 4. Scholl T.O, Chen X, San Khoo C, Lenders C. (2004). The Dietary Glycemic Index during Pregnancy: Influence on Infant Birth Weight, Fetal Growth, and Biomarkers of Carbohydrate Metabolism. *American Journal of Epidemiology*, 159:467-474.



Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Θαλής. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

#### EA-57. ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ 1H-NMR ΣΤΗΝ ΟΨΙΜΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΣΗΨΗ

**Σαραφίδης Κ.<sup>1</sup>, Θωμάϊδου Α.<sup>1</sup>, Γκίκα Ε.<sup>2</sup>, Χατζηγιάννου Α.-Χ.<sup>3</sup>, Θεοδορίδης Γ.<sup>3</sup>, Μπενάκη Δ.<sup>4</sup>, Μικρός Ε.<sup>4</sup>, Διαμαντή Ε.<sup>1</sup>, Δρόσου-Αγαζίδου Β.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Νεογνολογική Κλινική & MENN, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Θ Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Σχολή Χημικών Μηχανικών Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, <sup>3</sup>Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, Τμήμα Χημείας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, <sup>4</sup>Τμήμα Φαρμακευτικής Χημείας, Φαρμακευτική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η όψιμη νεογνική σήψη (ονο) αποτελεί σοβαρή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αν και η έγκαιρη διάγνωσή της είναι ιδιαίτερα σημαντική, οι βιολογικοί δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα δεν εμφανίζουν πλήρως ικανοποιητική διαγνωστική-προγνωστική αξία.

**Σκοπός:** Εκτίμηση του μεταβολικού προφίλ ούρων νεογνών με ονο μετά ανάλυση με φασματοσκοπία πυρηνικού μαγνητικού συντονισμού (1h-nmr) και διερεύνηση της αξίας της συγκεκριμένης αναλυτικής πλατφόρμας στην πρόωμη διάγνωση της ονο.

**Υλικό και μέθοδοι:** Προγραμματισμένη μελέτη ασθενών-μαρτύρων στην οποία αναλύθηκαν με 1h-nmr δείγματα ούρων από 4 νεογνά με βέβαιη, 5 με πιθανή ονο και 9 νεογνά χωρίς σήψη αντίστοιχης ηλικίας κύησης και ημερας ζωής. Τα δεδομένα εκτιμήθηκαν με ανάλυση κυρίων συνιστωσών (pca) και ορθογώνια διακριτική ανάλυση μερισμών ελαχίστων τετραγώνων (orpls-da).

**Αποτελέσματα:** Η orpls-da έδειξε σαφή διαχωρισμό των σηπτικών νεογνών από αυτά χωρίς σήψη, ενώ δεν διαπιστώθηκε σαφής διαφοροποίηση ανάμεσα στα νεογνά με πιθανή και βέβαιη ονο. Η πολυπαραγοντική ανάλυση και η απονα έδειξαν σημαντική διακύμανση στο μεταβολικό προφίλ των νεογνών που αφορούσε κυρίως βιογενείς

αμίνες, ορισμένα αμινοξέα και μεταβολίτες των υδατανθράκων.

**Συμπεράσματα:** Τα νεογνά με ονο, βέβαιη ή πιθανή, εμφανίζουν διαφορετικό μεταβολικό προφίλ συγκριτικά με εκείνα χωρίς σήψη, ώστε είναι δυνατός ο διαχωρισμός τους με βάση τη μεταβολομική ανάλυση των ούρων χρησιμοποιώντας 1h-nmr.

#### EA-58. ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΕΞΕΡΑΙΤΙΚΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 3 ΕΤΩΝ

**Καραγιάννη Π.<sup>1</sup>, Κυριακίδου Μ.<sup>2</sup>, Κυριακίδης Ι.<sup>1</sup>, Λιθοξοπούλου Μ.<sup>1</sup>, Μητσιάκος Γ.<sup>1</sup>, Μυλωνά Ε.<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Ν.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Ο προσδιορισμός της επίδρασης της σηψαιμίας στη νευροαναπτυξιακή έκβαση των εξαιρετικά πρόωρων νεογνών στην ηλικία των 3 ετών.

**Υλικό/μέθοδοι:** Στη μελέτη εισήχθησαν 114 νεογνά με δκ 24 6/7-29 6/7 εβδ., τα οποία γεννήθηκαν στο γν παπαγεωργίου από το 2009-2011. Όλα τα νεογνά εκτιμήθηκαν με τη γνωστική και κινητική κλίμακα της δοκιμασίας bayley iii.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια νοσηλείας 42 (36,8%) νεογνά είχαν βεβαιωμένη σηψαιμία, 28 (24,5%) είχαν ύποπτη σηψαιμία ενώ 31 (27,1%) δεν είχαν σηψαιμία. Τα νεογνά με βεβαιωμένη και ύποπτη σηψαιμία είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τα νεογνά, τα οποία δεν είχαν σηψαιμία, τόσο στη γνωστική έκβαση (106,3 ± 6,9 vs 95,1 ± 13,1 p<0,001) όσο και στην κινητική (94 ± 16,2 vs 106,7 ± 10,8, p<0,001) στην ηλικία των 3 ετών. Τρία από τα 42 νεογνά (7,1%) με βεβαιωμένη σηψαιμία διαγνώστηκαν με εγκεφαλική παράλυση ενώ 6 απλό τα 42 (14,2%) διαγνώστηκαν με διαταραχές του φάσματος αυτισμού. Τα νεογνά με σηψαιμία αρνητικών gram βακτηρίων είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στη γνωστική έκβαση σε σχέση με τα νεογνά θετικών gram βακτηρίων στην ηλικία των 3 ετών (79 ± 16 vs 99,6 ± 13,9, p=0,006).

**Συμπεράσματα:** Η βεβαιωμένη σηψαιμία επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την νευροαναπτυξιακή έκβαση των εξαιρετικά πρόωρων νεογνών στην ηλικία των 3 ετών.

#### EA-59. Ο ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 21 ΤΩΝ ΙΝΟΒΛΑΣΤΩΝ (FGF21) ΕΙΝΑΙ ΠΡΩΙΜΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

**Μαροκοπούλου Π.<sup>1</sup>, Μαργέλη Α.<sup>2</sup>, Παλασωτηρίου Ι.<sup>2</sup>, Σιαχανίδου Τ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Νεογνών, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών & <sup>2</sup>Βιοχημικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία"

Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο αυξητικός παράγοντας 21 των ινοβλαστών (FGF21), ο οποίος έχει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων, αποτελεί πρωτεΐνη οξείας φάσης και ασκεί προστατευτική δράση έναντι της σήψης. Ο FGF21 δεν έχει μελετηθεί μέχρι σήμερα σε νεογνικές λοιμώξεις.

**Σκοπός:** Ο προσδιορισμός των επιπέδων FGF21 πλάσματος στην οξεία φάση νεογνικής λοίμωξης.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα FGF21 πλάσματος με ανοσοενζυμική μέθοδο κατά την εισαγωγή στη Μονάδα Νεογνών λόγω εμπύρετης λοίμωξης σε 25 τελειόμηνα νεογνά, ηλικίας 7 έως 28 ημερών, και σε 52 υγιή νεογνά παρόμοιας ηλικίας και φύλου (μάρτυρες). Στην ομάδα των ασθενών αναζητήθηκε συσχέτιση του FGF21 με τα επίπεδα CRP, γλυκόζης και λιπιδίων ορού. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Mann-Whitney U-test, correlation/regression και ROC analysis.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα FGF21 πλάσματος ήταν σημαντικά υψηλότερα στα νεογνά με λοίμωξη (διάμεση τιμή 61,6 pg/mL, 25η-75η Ε.Θ. 24,5-120,5 pg/mL) συγκριτικά με τους μάρτυρες (διάμεση τιμή 5,9 pg/mL, 25η-75η Ε.Θ. 2,7-9,6 pg/mL) ( $p < 0,001$ ) και συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα CRP ( $r_s = 0,49$ ,  $p = 0,01$ ), γλυκόζης ( $r_s = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ) και τριγλυκεριδίων ορού ( $r_s = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ). Η συσχέτιση μεταξύ FGF21 και CRP ορού παρέμεινε σημαντική μετά απο εξομοίωση ως προς τα επίπεδα γλυκόζης και τριγλυκεριδίων με πολυπαραγοντική ανάλυση. Με την εφαρμογή καμπύλης ROC διαπιστώθηκε ότι ο FGF21 πλάσματος είναι πολύ καλός διαγνωστικός δείκτης νεογνικής λοίμωξης (AUC 0,965,  $p < 0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα FGF21 πλάσματος είναι αυξημένα στην οξεία φάση νεογνικής λοίμωξης, συσχετίζονται θετικά με τα επίπεδα CRP ορού και αποτελούν πρώιμο δείκτη νεογνικής λοίμωξης.

**ΕΑ-60. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΝΕΟΓΝΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΖΩΗΣ**

**Μυλωνά Ε., Μητσιάκος Γ., Τσακαλίδης Χ., Λιθοξοπούλου Μ., Ράλλης Δ., Καραγιάννη Π.**

*Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Το χαμηλό βάρος γέννησης έχει συσχετισθεί με διαταραχές στην νευροαναπτυξιακή εξέλιξη, χωρίς ωστόσο να είναι ακριβώς γνωστοί οι μηχανισμοί της υπεύθυνης εγκεφαλικής βλάβης. Η φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (near infrared spectroscopy-nirs) αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στη μελέτη της εγκεφαλικής λειτουργίας.

**Σκοπός:** Η ανεύρεση τυχόν διαφοροποιήσεων στην εγκεφαλική αιμάτωση και οξυγόνωση την πρώτη εβδομάδα ζωής πρόωρων μικρών για την ηλικία κύησης (small for gestational age-sga) νεογνών σε σχέση με αντίστοιχα κανονικά για την ηλικία κύησης (appropriate for gestational age-aga) νεογνά.

**Υλικό/μέθοδοι:** Με τη συσκευή niro-200 προσδιορίστηκαν οι παράμετροι tissue oxygen index (toi), tissue haemoglobin index (thi) και fractional tissue oxygenation extaction (ftoe) μέσω τριών καταγραφών στην βρεγματοκροταφική περιοχή αμφοτερόπλευρα, 40 λεπτών η καθεμία, την 1η, 3η και 7η ημέρα ζωής. Εκτιμήθηκαν sga νεογνά μέσης διάρκειας κύησης (δκ)  $33 \pm 2, 5$  εβδομάδων και αντίστοιχης δκ aga νεογνά ως μάρτυρες ( $32, 5 \pm 2, 2$ ).

**Πίνακας:** Συγκριτικά αποτελέσματα των δεικτών της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και αιμάτωσης μεταξύ των sga και aga νεογνών 1η μέτρηση 2η μέτρηση 3η μέτρηση

	sga	aga	sga	aga	sga	aga
toi δεξιά	71.5±7.8	72.9±9.5	73.0±6.3	71.3±8.9	69.8±7.3	69.0±8.4
toi αριστερά	70.9±7.9	71.0±9.6	72.0±7.7	70.6±8.0	71.1±7.3	70.0±7.2
ftoe δεξιά	0.26±0.08	0.25±0.09	0.25±0.07	0.27±0.09	0.29±0.07	0.30±0.09
ftoe αριστερά	0.27±0.09	0.27±0.10	0.26±0.08	0.28±0.08	0.28±0.07	0.29±0.07
thi δεξιά	1.45±0.84	1.27±0.60	1.18±0.55	1.40±0.86	1.16±0.48	1.44±0.85
thi αριστερά	1.40±0.79	1.12±0.66	1.39±0.80	1.36±0.84	1.52±1.43	1.24±0.58

*sga: small for gestational age, aga: appropriate for gestational age, toi: tissue oxygenation index, thi: total hemoglobin index, ftoe: fractional tissue oxygenation extaction, συμπεράσματα: φαίνεται πως οι μηχανισμοί της αγγειακής εγκεφαλικής ατοροφθιμίας λειτουργούν επαρκώς στα sga νεογνά καλύπτοντας τις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες του εγκεφάλου κατά την πρώιμη μεταγεννητική περίοδο.*

**Αποτελέσματα:** 100 νεογνά εντάχθηκαν προοπτικά στη μελέτη, εκ των οποίων τα 50 ήταν sga. Στατιστικώς σημαντική διαφορά υπήρχε στο βάρος γέννησης ( $1.403,4 \pm 433,5$  έναντι  $1.981,9 \pm 562,8$  γρ.,  $p < 0.0001$ ), στην περιμετρο κεφαλής ( $28.5 \pm 2.7$  έναντι  $30.9 \pm 2.5$ ,  $p < 0.0001$ ) και στην αιμοσφαιρίνη την 1η ημέρα ζωής ( $17.5 \pm 1.9$  έναντι  $15.8 \pm 1.5$ ,  $p < 0.0001$ ). Δεν ανευρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις τρεις μετρήσεις των δεικτών της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και αιμάτωσης μεταξύ των υπό εξέταση ομάδων (πίνακας).

**ΕΑ-61. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ**

**Σούμπαση Β.<sup>1</sup>, Σαραφίδης Κ.<sup>1</sup>, Βελίκος Κ.<sup>2</sup>, Μιχαλέττου Ε.<sup>2</sup>, Κοντού Α.<sup>1</sup>, Φαρόνη Μ.<sup>1</sup>, Χατζηδημητρίου Β.<sup>1</sup>, Δρόσου-Αγακίδου Β.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Α' Νεογνολογική κλινική και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Παιδογυγιατρικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Η θρέψη στη πρώιμη νεογνική ηλικία αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν την νευροανάπτυξη. Η ταχεία ανάπτυξη του ανώριμου εγκεφάλου των πρόωρων νεογνών μετά τη γέννηση τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο σε διατροφικές διαταραχές.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση πιθανής συσχέτισης της θρέψης και ανάπτυξης των εξαιρετικά πρόωρων νεογνών στην πρώιμη νεογνική περίοδο με τη νευροανάπτυξη.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη εκτίμησης της θρέψης πρόωρων νεογνών κατά τη νοσηλεία στη μενν, στο πλαίσιο προοπτικής μελέτης νευροαναπτυξιακής εκτίμησης με bayleys iii στα 3 χρόνια της ζωής. Καταγράφηκε η αύξηση και διατροφή κατά τη νοσηλεία στη μενν σε 39 νεογνά με δκ  $\leq 28$  εβδ και συσχετίστηκαν τα δεδομένα με τη σύνθετη βαθμολογία (σβ) της κλίμακας bayley-iii για τους τομείς νόηση, κίνηση, γλώσσα.

		Συσχετίσεις (p)					
		NDI (<85)%	NDI (<71)%	Kcal 14 <sup>1</sup> ημ	Kcal 21 <sup>1</sup> ημ	*ΕΔ	Z score ΒΓ
ΣΒ	95,6±21	28,2	12,8	0,03	0,04	0,069	0,006
N	,4						
ΣΒ	91,8±22	48,7	7,7	0,02	0,014	0,013	0,074
K	,7						
ΣΒ Γ	94,9±19	38,5	5,1	0,14	0,047	0,085	0,01
	,6						

<sup>1</sup>Ημέρα εγκατάστασης πλήρους εντερικής διατροφής

**Αποτελέσματα:** Τα νεογνά (δκ  $26,6 \pm 1,1$ , βγ  $963 \pm 185$ ) έλαβαν έγκαιρη εντατική διατροφική υποστήριξη με πρωτεΐνη (γ/κγ) (1η ημ  $:1,4 \pm 0,4$ , 7η ημ:  $3.4 \pm 0.4$ , ημ max:  $6 \pm 1,9$ ), λίπος (ημ max:  $6 \pm 2,1$ ) και ενεργειακή παροχή (kcal)(1η ημ  $32 \pm 32$ , 7η ημ  $87 \pm 12$ , 14η ημ  $106 \pm 17$ , 21η ημ  $116 \pm 20$ ) με πλήρη εγκατάσταση της εντερικής διατροφής (εδ) την 16η ημ ( $17,7 \pm 6,3$ , ημ). Sga ήταν 5/39 στην γέννηση και 14/39 στην έξοδο από την μενν ενώ η διάρκεια νοσηλείας  $85,6 \pm 30,4$  ημέρες. Τα αποτελέσματα της εκτίμησης των τομέων νόηση, κίνηση, γλώσσα με το αναπτυξιακό εργαλείο bayley-iii έτσι όπως εκφράζονται με τη σύνθετη βαθμολογία, τα ποσοστά νευροαναπτυξιακής καθυστέρησης ndi (βαθμολογία  $< 85 / < 71$ ) όπως και οι σημαντικές συσχετίσεις με παραμέτρους της διατροφής φαίνονται στον πίνακα. Μετά πολυπαραγοντική ανάλυση, η ενέργεια για την νόηση και τη γλώσσα και η πρώιμη εγκατάσταση εντερικής

διατροφής για την κίνηση παρέμειναν ανεξάρτητοι παράγοντες.

**Συμπεράσματα:** Βέλπηση ενεργειακή παροχή και έγκαιρη εγκατάσταση εντερικής διατροφής είναι προϋπόθεση για την καλύτερη νευροαναπτυξιακή εξέλιξη της ευάλωτης ομάδας των εξαιρετικά προώρων νεογνών.

**ΕΑ-62. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΣΗΨΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ. ΕΤΗ 2011-2013**

**Σακλαμάκη-Κοντού Μ., Μπόκα Π., Νέρη Χρ., Σιδέρη Α., Καλλιμύρου Ε., Συριοπούλου Β.**

*Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γενική, Μαιευτική- Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική « Μητέρα »*

**Σκοπός:** Η σημασία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα της νεογνικής περιόδου με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα πρόωρα νεογνά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα λόγω της φυσιολογικής ανωριμότητας τους, της καταστολής του ανοσοποιητικού τους συστήματος 1, των αναγκαίων επεμβατικών χειρισμών και κεντρικών γραμμών στα ομφαλικά αγγεία 2, της συχνής χορήγησης αντιβιοτικών ενίστε και κορτικοειδών και της μακράς παραμονής τους στις ΜΕΝΝ. Εξ'άλλου η νεογνική σηψαιμία μπορεί να δράσει βλαπτικά στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του πολύ προώρου νεογνού (περικοιλιακή λευκομαλάκυνση), με επακόλουθες διαταραχές στην νευροαναπτυξιακή του εξέλιξη<sup>3</sup>. Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της συχνότητας πρώιμης και όψιμης νεογνικής σηψαιμίας, η κατανομή των παθογόνων μικροοργανισμών και η έκβαση των νεογνών με σηψαιμία στη ΜΕΝΝ του Μητέρα κατά την τριετία 2011-2013.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυση τους έγινε αναδρομικά από την βάση δεδομένων του κεντρικού μικροβιολογικού εργαστηρίου των νοσοκομείων Μητέρα - Υγεία. Τα δείγματα των αιμοκαλλιεργειών παρακολουθούνταν επί 24ώρου βάσεως με το σύστημα Bact/alert της Biorerieux.

**Αποτελέσματα:** Κατά την τριετία 2011-2013 γεννήθηκαν 20300 ζώντα νεογνά στο μαιευτήριο Μητέρα και 4720 εισήχθησαν στη ΜΕΝΝ. Από αυτά, 2591 νεογνά ήταν πρόωρα (<37 εβδομάδων) και 2129 τελειόμηνα (≥37 εβδομάδες), 2415 νεογνά είχαν βάρος γέννησης <2500 γρ. και 280 <1500 γρ. Ελέγξαμε 4045 νεογνά με καλλιέργειες αίματος και στα 229 οι καλλιέργειες απέβησαν θετικές (5,66%).

Πρώιμη σηψαιμία (<72 ώρες) παρουσίασαν 80 νεογνά, συχνότητα 3,94 περιπτώσεις ανά χίλιες ζωντανές γεννήσεις, ενώ όψιμη σηψαιμία (>72 ώρες) 149 νεογνά, ποσοστό 3,15 % των εισαχθέντων νεογνών στη ΜΕΝΝ. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν φαίνονται στο Πίνακα 1.

Αναλυτικότερα από τα 80 νεογνά με πρώιμη νεογνική σηψαιμία, 50 ήταν πρόωρα (62,5%) και 30 τελειόμηνα (37,5%). Σταφυλόκοκκος coagulase(-) απομονώθηκε σε 58 νεογνά (72,5%) και ιδιαίτερα σταφυλόκοκκος επιδερμικός σε 38 νεογνά (47,5%), ενώ β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος απομονώθηκε μόνο σε ένα τελειόμηνο νεογνό (1,25%). Gram (-) μικρόβια απομονώθηκαν μόνο σε δύο πρόωρα νεογνά (2,5%) ένα με serratia ficaria και ένα με ψευδομόναδα aeruginosa, ενώ σε κανένα νεογνό δεν απομονώθηκε κολοβακτηρίδιο. Από τα 149 νεογνά με όψιμη νεογνική σηψαιμία 127 ήταν πρόωρα (85,23%) και 22 τελειόμηνα (14,76%). Κυρίαρχο Gram (+) μικρόβιο και στην όψιμη νεογνική σηψαιμία ήταν ο σταφυλόκοκκος coagulase (-) που απομονώθηκε σε 131 νεογνά (87,91%) και ειδικότερα ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος, σε 91 νεογνά (61,07%). Gram (-) μικρόβια απομονώθηκαν μόνο σε 6 νεογνά (4,0%). Klebsiella σε ένα τελειόμηνο νεογνό, E.Coli σε τρία πρόωρα, Serratia marcescens σε ένα πρόωρο και Enterobacter cloaca σε ένα επίσης πρόωρο νεογνό.

Μικροοργανισμοί	# Αριθμός	Συχνότητα %
Candida famata	2	0.87
Candida parapsilosis	1	0.43
Corynebacterium urealiticum	1	0.43
Enterobacter cloacae	1	0.43
Enterococcus columbae	1	0.43
Enterococcus faecalis	1	0.43
Enterococcus faecium	8	3.49
Escherichia coli	3	1.31
Granulicatella adiacens	1	0.6
Klebsiella pneumoniae	1	0.43
Pseudomonada aeruginosa	1	0.43
Serratia ficaria	1	0.43
Serratia marcescens	1	0.43
Staphylococcus aureus	4	1.74
Staphylococcus auricularis	1	0.43
Staphylococcus capitis	1	0.43
Staphylococcus epidermidis	129	56.33
Staphylococcus haemolyticus	20	8.73
Staphylococcus hominis	26	11.35
Staphylococcus lentus	1	0.43
Staphylococcus warneri	10	4.36
Streptococcus agalactiae	1	0.43
Streptococcus mitis/ Streptococcus oralis	11	4.80
Streptococcus pluranimalium	1	0.43
Streptococcus salivarius	1	0.43
<b>Σύνολο</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

Δεν διαπιστώθηκε πρώιμη νεογνική σηψαιμία από μύκητες ενώ όψιμη νεογνική σηψαιμία από μύκητες παρουσίασε ένα μόνο πρόωρο νεογνό 1860 γρ. (1,34%) μετά την 15η ημέρα ζωής, με επαναλαμβανόμενες θετικές καλλιέργειες με Candida famata και parapsilosis που εναλλάσσονταν στις καλλιέργειες για 7 ημέρες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μας σχετικά με την συχνότητα νεογνικής σηψαιμίας στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά μας (<1500γρ.) (Πίνακας 2)

Νεογνά <1500 γρ.	280	Ποσοστό %
Νεογνά με πρώιμη σηψαιμία	8	2,85%
Gram (+) μικροοργανισμοί	100%	
Σταφυλόκοκκος coagulase (-)	5	62,5%
Επιδερμικός σταφυλόκοκκος	1	12,5%
Νεογνά με όψιμη σηψαιμία	58	20,71%
Gram (+) μικροοργανισμοί	100%	
Σταφυλόκοκκος coagulase (-)	55	94,82%
Επιδερμικός σταφυλόκοκκος	38	65,51%
Gram (-) μικροοργανισμοί	0%	
Μύκητες	0%	
Επιβίωση	100%	

Από τις 229 συνολικά θετικές αιμοκαλλιέργειες, 40 θετικοποιήθηκαν σε ≤15 ώρες, 69 σε ≤ 24 ώρες και 160 μεταξύ 24-72 ωρών<sup>4</sup>. Όλα τα νεογνά με πρώιμη και όψιμη νεογνική σηψαιμία, τόσο τα τελειόμηνα όσο και τα πρόωρα, ακόμη και τα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης επέζησαν. Επίσης, δεν απομονώθηκε κανένα πολυ-ανθεκτικό μικρόβιο στη ΜΕΝΝ του Μητέρα, κατά την τριετία 2011-2013.

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα νεογνικής σηψαιμίας στη ΜΕΝΝ του ΜΗΤΕΡΑ κατά την τριετία 2011-2013, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, θεωρείται χαμηλή<sup>5-6</sup>. Κυρίαρχοι παθογόνοι μικροοργανισμοί, τόσο στην πρώιμη όσο και στην όψιμη νεογνική σηψαιμία, ήταν ο σταφυλόκοκκος coagulase(-) και ιδιαίτερα ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος<sup>5-9</sup>. Η συχνότητα νεογνικής σηψαιμίας από Gram(-) ήταν εξαιρετικά χαμηλή, 2,5% στην πρώιμη και 4,0% στην όψιμη<sup>5,7</sup>. Ένα μόνο τελειόμηνο νεογνό παρου-

σίασε σηψαιμία από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο<sup>5</sup> και ένα πρόωρο όψιμη μυκητιασική σηψαιμία από *Candida famata* και *parapsilosis*<sup>6</sup>. Εντύπωση προκαλεί η απομόνωση μόνο Gram(+) μικροοργανισμών στα πολύ πρόωρα νεογνά <1500gr.5-7. Τέλος, όλα τα νεογνά, τελειομένα και πρόωρα με πρόωμη και όψιμη νεογνική σηψαιμία επέζησαν, ενώ δεν απομονώθηκε κανένα πολυανθεκτικό μικρόβιο στη ΜΕΝΝ του ΜΗΤΕΡΑ κατά την τριετία 2011-2013-6.

**Βιβλιογραφία:** <sup>1</sup>Wynn JL. and Levy O. – Role of Innate Host Defences in Susceptibility to Early-Onset Neonatal Sepsis. *Clinics in Perinatology* June 2010 Vol.37, No2., p. 307-337

<sup>2</sup>Cantey JB, Milstone AM, Bloodstream Infections.Epidemiology and Resistance. *Clinics in Perinatology* March 2015 Vol 42, No1, p.1-16

<sup>3</sup>Glass HC., Bonifacio SL., Chau V., et al. Recurrent Postnatal Infections Are Associated With Progressive White Matter Injury in Premature Infants. *Pediatrics* 2008; 122; 299-305

<sup>4</sup>Nash C., Chu A., Bhatti M., et al. Coagulase Negative Staphylococci in the Neonatal Intensive Care Unit : Are we Any Smarter? *Neoreviews* 2013; 14; e284-e292

<sup>5</sup>Stoll BJ., Hansen NI., Sanchez PJ, et al. – Early onset neonatal sepsis : the burden of group B streptococcal and E.Coli disease continues . *Pediatrics* 2011; 127:817-26

<sup>6</sup>Antimicrobial Therapy and Late Onset Sepsis. *Neoreviews* 2012;13:e94-e100

<sup>7</sup>Plano LRW. – The changing spectrum of neonatal infectious disease. *Journal of Perinatology* (2010) 30, s16-s20

<sup>8</sup>Puopolo KM. – Epidemiology of Neonatal Early-onset sepsis. *Neoreviews* 2008; 9; e571-e579

<sup>9</sup>Polin RA and the COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN Management of Neonates with Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. *Pediatrics* 2012; 129; 1006-1015

### ΕΑ-63. ΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΟΡΟΥ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ

**Μπουρούκα Β.<sup>1</sup>, Μαργέλη Α.<sup>2</sup>, Σκιαθίτου Α.<sup>1</sup>, Παπασωτηρίου Ι.<sup>2</sup>, Σιαχανίδου Τ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Νεογνών, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών & <sup>2</sup>Βιοχημικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών "Αγία Σοφία"

Μελέτες σε πειραματόζωα και ενήλικες έδειξαν ότι τα λιπίδια/λιποπρωτεΐνες συμμετέχουν στην άμυνα του οργανισμού. Εντούτοις, ο ρόλος τους στις νεογνικές λοιμώξεις δεν είναι γνωστός.

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η διακύμανση των επιπέδων λιπιδίων ορού στην πορεία νεογνικής λοίμωξης και να καθοριστεί η διαγνωστική τους αξία.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων, ολικής-, HDL- και LDL-χοληστερόλης στον ορό 60 τελειομένων νεογνών, ηλικίας 17±5 ημέρες, με εμπύρετη λοίμωξη και 24 υγιών νεογνών, ως μαρτύρων. Στα νεογνά με λοίμωξη, ο προσδιορισμός των επιπέδων λιπιδίων έγινε κατά την εισαγωγή στη Μονάδα και επαναλήφθηκε μετά 1, 2, 3 και 7 ημέρες.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα ολικής-χοληστερόλης ήταν ελαττωμένα στα νεογνά με λοίμωξη συγκριτικά με τους μάρτυρες κατά την εισαγωγή (p=0,007) και ημέρα 1 (p=0,005), ενώ δεν διέφεραν μεταξύ ασθενών και μαρτύρων στη συνέχεια (ημέρες 2, 3 και 7). Τα επίπεδα HDL-χοληστερόλης ήταν ελαττωμένα στα νεογνά με λοίμωξη συγκριτικά με τους μάρτυρες στην εισαγωγή (p=0,006), ημέρα 1 (p<0,001), ημέρα 2 (p=0,003), και ημέρα 3 (p<0,001), ενώ δεν διέφεραν μεταξύ ασθενών και μαρτύρων την ημέρα 7. Δεν διέφεραν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και LDL-χοληστερόλης ορού μεταξύ ασθενών και μαρτύρων. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση των επιπέδων ολικής και HDL-χοληστερόλης στην εισαγωγή με τα επίπεδα CRP ορού (rs=-0,49, p<0,001 και rs=-0,57, p<0,001, αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα ολικής και HDL-χοληστερόλης ορού είναι ελαττωμένα στην οξεία φάση νεογνικής λοίμωξης και συσχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα CRP ορού, αλλά επανέρχον-

ται σε φυσιολογικά όρια στην αποδρομή της λοίμωξης. Η ολική, και ιδιαίτερα η HDL-χοληστερόλη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά ως δείκτες νεογνικής λοίμωξης στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

### ΕΑ-64. ΑΓΓΕΙΟΠΟΙΗΤΙΝΗ-2 ΚΑΙ ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ: ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΣΟΛΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

**Πολύζου Η.<sup>1</sup>, Ευαγγελινάκης Ν.<sup>1</sup>, Παπαϊωάννου Γ.<sup>1</sup>, Συριστατίδης Χ.<sup>1</sup>, Χρέλιας Χ.<sup>1</sup>, Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης Ε.<sup>2</sup>, Παπαντωνίου Ν.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

<sup>2</sup>Δ' Παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του ρόλου και του μηχανισμού δράσης της αγγειοποιητίνης-2 (Ang-2) στον πρόωρο τοκετό σε μοντέλο πειραματικής κύησης.

**Υλικά και Μέθοδος:** Σε θηλυκούς επίμυες C57BL6 χορηγήθηκαν ενδοπεριτοναϊκά την 14η ημέρα της κύησης (αντιστοιχεί στο 60% της κύησης τους): i) βακτηριακή ενδοτοξίνη (LPS), ii) Ang-2 και iii) Ang-2 και 2 ώρες μετά LPS. Για την εκτίμηση της αγγειακής διαπερατότητας χορηγήθηκε Evans Blue στην κάτω κοίλη φλέβα των εγκύων επίμυων με την έναρξη του τοκετού και στη συνέχεια με φωτομετρική μέθοδο προσδιορίστηκε η συγκέντρωσή του στους πλακούντες, σε ιστούς της μητέρας και στα έμβρυα. Η σύγκριση του χρόνου τοκετού μετά τη χορήγηση της LPS και της Ang-2 πραγματοποιήθηκε με ανάλυση Kaplan – Meyer, ενώ οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν με έλεγχο λογαριθμικών βαθμίδων (log-rank test).

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση LPS προκαλούσε πρόωρο τοκετό εντός 24 ωρών. Η χορήγηση μόνο Ang-2 δεν προκαλούσε πρόωρο τοκετό. Η προθεραπεία με Ang-2 πριν την χορήγηση της LPS, ωστόσο, ελάττωνε σημαντικά το χρόνο έλευσης του τοκετού (p=0.012). Η χορήγηση Ang-2 προ της LPS ελαττώνει τη διείσδυση του Evans Blue στα έμβρυα (p<0.001), και την αυξάνει στους ιστούς της μητέρας (p=0.022).

**Συμπεράσματα:** Η Ang-2 επιταχύνει τα φαινόμενα του πρόωρου τοκετού που επάγονται από την LPS. Η δράση αυτή εξασκείται μέσω της ελάττωσης της διαπερατότητας των αγγείων του εμβρύου, όπως αποδεικνύεται από την ελαττωμένη συγκέντρωση Evans blue στα έμβρυα. Η διαταραχή που επάγεται στην αγγειογένεση του εμβρύου οδηγεί σε μειωμένη αιμάτωση αυτού και στην εμφάνιση πρόωρου τοκετού.



# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ  
(ΑΑ01-ΑΑ139)



### AA-1. LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK COMPLICATING PREGNANCY. A CASE REPORT

Παπαμαργαρίτης Ε., Λούης Κ., Σοφούδης Χ., Γκόλιας Δ., Καρασαράιδου Κ., Γερολυμάτος Α.

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων ΓΝ Ν.Ιωνίας, Ελλάδα

**Introduction:** Left bundle branch block (LBBB) is an abnormal pattern seen on the electrocardiogram (ECG), which indicates that the cardiac electrical impulse is not being distributed across the heart in the normal way. LBBB can be significant for two reasons. First, the presence of LBBB most often indicates the presence of underlying heart disease. And second, the LBBB itself can cause the heart to work less efficiently - especially in people who have certain types of heart disease.

**Materials and Methods:** We present a case of a 31 year old female patient (para 1, gravida 1) with diagnosed clinical status of left bundle branch block (LBBB) during her pregnancy.

The EKG diagnosed as pathologic due to a) QRS > 0.12 sec, b) broad monomorphic waves in I and V6 with no waves, c) broad monomorphic S waves in V1 may have a small r wave. An Echo-Doppler was performed. Signs of atrial septal defect were diagnosed.

After 5 ½ hours of her admission to our Department in the 40th week of the gestation, she underwent caesarean section under general anesthesia and heart monitoring. She delivered a healthy girl, weight of 3640g and Apgar score 9 in the first minute and 10 in the fifth minute. Before and after the procedure a pharmaceutical coverage was mandatory. Due to assiduous heart monitoring, no signs of complicated pregnancy were diagnosed.

**Discussion:** The coexistence of left bundle branch block and pregnancy represents a rare entity. In LBBB the conduction in the left bundle is slow. This is accompanied with delayed depolarization of the left ventricle. The electrical activity in the left lateral wall is unopposed by the usual electrical activity. Due to identical clinical status, the diagnosis of myocardial infarction is very difficult. The management options are not plenty and in cases of severe pathological EKG the optimal procedure represents the caesarean section. Due to underlying disease the most severe clinical condition with direct influence on the fetal progression consists the imminent peripartum cardiomyopathy.

**Conclusion:** Left bundle branch block during pregnancy represents not only a severe but also a complicated procedure.

Interdisciplinary cooperation among obstetricians, midwives and other health care professionals represents an indispensable condition resulting this clinical situation.

### AA-2. SHORT RIB POLYDACTYLY SYNDROME: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μητσιάκος Γ., Παπαθανασίου Α.-Ε., Σαμαράς Γ., Χατζηιωαννίδης Η., Μυλωνά Ε., Καραγιάννη Π.

2η Νεογνολογική Κλινική και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Τα Short Rib Polydactyly Syndromes (SRPS) αποτελούν ομάδα θανατηφόρων σκελετικών δυσπλασιών που χαρακτηρίζονται από μικρού μεγέθους πλευρές, υποπλαστικό θώρακα, πολυδακτυλία και σπλαγχνικές ανωμαλίες. Περιγράφονται 4 τύποι: SRPS I (Saldino-Noonan), SRPS II (Majewski), SRPS III (Verma-Naumoff) και SRPS IV (Beemer-Langer), όλοι κληρονομούνται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Η βλάβη εδράζεται

στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 4 (4q33) και υπεύθυνο γονίδιο είναι Gene/Locus: NEK1.

Πρόωρο θήλυ νεογνό ΔΚ 29 εβδομάδων που γεννήθηκε με ΚΤ. Φαινοτυπικά υγιείς γονείς. Δεν υπήρχε προγεννητική μαιευτική παρακολούθηση. Απαιτήθηκε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και διασωλήνωση στην αίθουσα τοκετών (Apgar score 13, 55). Ήδη από την αίθουσα τοκετού αναγνωρίστηκαν πολλαπλές συγγενείς διαμαρτίες. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά κάτω από την 10η εκατοστιαία. Φαινότυπος Κατά την κλινική εξέταση ανευρέθηκαν: στενός θώρακας, μικρομελία, μεταξονική πολυδακτυλία (εξαδακτυλία) και στα 4 άκρα, προέχον μέτωπο, καθίζηση ρινός, υπερωιοσχιστία (όλα τα παραπάνω περιγράφονται σε όλους του τύπους). Επίσης ανευρέθηκαν λοβώδης γλώσσα με προέχουσες θηλές, υποπλαστική επιγλωττίδα, δυσμορφικός λάρυγγας (απαντώνται σχεδόν αποκλειστικά στον τύπο II), και παρουσία ανώμαλων οδόντων με υποπλαστική κάτω γνάθο (αποκλειστικά ευρήματα του τύπου II). Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν στενός θώρακας με υποπλαστικές πλευρές οριζόντιας φοράς, μεταξονική πολυδακτυλία, μικρομελία και απουσία ανωμαλιών από τους σπονδύλους και τα οστά της λεκάνης χαρακτηριστικών σε άλλους τύπους SRPS. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογράφημα ΚΝΣ όπου διαπιστώθηκαν πολλαπλές ανωμαλίες στο εγκεφαλικό παρέγχυμα. Το νεογνό κατέληξε μετά από 19 ώρες λόγω καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας. Τα νεκροτομικά ευρήματα επιβεβαίωσαν παθολογικές αλλοιώσεις. Η αναγνώριση και η επιβεβαίωση του συνδρόμου είναι σημαντική για τη γενετική καθοδήγηση των γονέων.

### AA-3. APGAR SCORE ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Κορρέση Β., Πάσχου Ε., Χαράλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

Γ.Ν. Έδεσσας

**Σκοπός:** σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης apgar score (as) στις επείγουσες και στις προγραμματισμένες καισαρικές.

**Υλικό & μέθοδος:** Υλικό της έρευνας αποτέλεσε το αρχείο της μ/γ κλινικής του γ. Ν. Έδεσσας για το 2014. Συγκεντρώθηκε και καταγράφεται πληθυσμός 94 νεογνών που γεννήθηκαν με κτ, ο οποίος χωρίστηκε σε 2 ομάδες, επείγουσα ή προγραμματισμένη κτ και αυτές σε 2 επιμέρους, χαμηλού (<7) ή φυσιολογικού (8-10) apgar (1ο λεπτό).

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των προγραμματισμένων κτ χαμηλό as διαπιστώθηκε στο 4% ενώ στις επείγουσες κτ στο 17%. Υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση χαμηλού as μεταξύ επείγουσας ή προγραμματισμένης κτ (p=0.06).

**Συμπεράσματα:** Στον υπό μελέτη πληθυσμό παρατηρείται οριακή συσχέτιση χαμηλού as και επείγουσας ή προγραμματισμένης κτ. Το συμπέρασμα μπορεί να αποδοθεί:

- στην ηλικία κύησης. Μικρό ποσοστό αφορά ηλικία κύησης (gw) <37 w (9.6%) αυτό οφείλεται στην έγκαιρη διακομιδή των περιστατικών μικρής gw σε τριτοβάθμιο επίπεδο.
- στο αίτιο διενέργειας κτ. Τα συχνότερα αίτια που οδήγησαν σε κτ είναι πκτ(34%), αδυναμία εξέλιξης (21.3%) και ωδίνες τοκετού σε πκτ (18.1%).
- στην γρήγορη εκμείευση των νεογνών σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε γενική αναισθησία (μ. Ο. Εκμείευσης στο 2.5'3" λεπτό).

**AA-4. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΟΜΦΑΛΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Κούκουρα Ο., Αλευρά Ζ., Κληματσούδα Μ., Λουκά Φ., Νιδήμος Α., Γκαράς Α., Αλεξάνδρος Δ.***Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας*

Το αυτόματο αιμάτωμα του ομφάλιου λώρου είναι ένα σπάνιο φαινόμενο που σχετίζεται με αυξημένη εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα και ενδομήτριου θανάτου στο 50% των περιπτώσεων. Παρουσιάζουμε περίπτωση πρωτοτόκου γυναίκας ηλικίας 31 χρόνων σε ηλικία κύησης 39w + 6d., με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, η οποία σε τακτικό ραντεβού παρακολούθησης ανέφερε μια ήπια μείωση εμβρυϊκών κινήσεων το τελευταίο 12ωρο. Επρόκειτο για κύηση χαμηλού κινδύνου χωρίς παθολογικά ευρήματα από τον προγεννητικό έλεγχο. Στο καρδιοτοκογράφημα που ακολούθησε η βασική καρδιακή συχνότητα ήταν στις 150 σφύξεις/λεπτό με απύσα μεταβλητότητα και βαριές παρατεταμένες επιβραδύνσεις σε κάθε συστολή. Ακολούθησε επείγουσα ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, αποκαλύπτοντας ενάμνιο εντόνωσ κεχρωσμένο. Πραγματοποιήθηκε επείγουσα καισαρική τομή με τη γέννηση ενός ζώντος θηλέος βάρους 3480 gr με Apgar σκορ 8 στο 1 λεπτό και 9 στα 5 λεπτά. Κατά την απολίνωση του ομφάλιου λώρου διαπιστώθηκε αιμάτωμα μήκους 7 εκ που αφορούσε την ομφαλική φλέβα, ανώ οι αρτηρίες ήταν μακροσκοπικά βατες. Το κομμάτι του ομφάλιου με τα μακροσκοπικά παθολογικά ευρήματα εστάλη προς ιστολογική εξέταση, οπότε και εστάλη προς ιστολογική εξέταση.

**Συζήτηση:** Το αυτόματο αιμάτωμα ομφάλιου αποτελεί ένα εξαιρετικό σπάνιο εύρημα το οποίο συνδυάζεται με δυσμενέστατη πρόγνωση. Συνήθως αποτελεί νεκροτομικό εύρημα σε περιπτώσεις ενδομήτριου θανάτου. Στα ελάχιστα περιστατικά που έχουν περιγραφεί παρατήρηθηκε απύσα μεταβλητότητα με παρατεταμένες επιβραδύνσεις. Η υποξία αποδίδεται στην πίεση των ομφαλικών αρτηριών από τον φλεβικό θρόμβο. Αν και αποτελεί μια σπάνια οντότητα, το αυτόματο αιμάτωμα ομφάλιου θα πρέπει να προστίθεται στη διαφοροδιάγνωση σε κάθε περίπτωση τελειόμηνης κύησης με αναφερόμενες ελαττωμένες εμβρυϊκές κινήσεις και καρδιοτοκογράφημα με απύσα μεταβλητότητα και βαθιές μη ανατασσόμενες επιβραδύνσεις.

**AA-5. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ HBSAG ΣΕ ΕΠΙΤΟΚΟΥΣ, ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β, ΣΤΟ Γ.Ν.ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2010-2014****Μπέλλου Β., Ακριβοπούλου Γ., Αλεξιάδου Σ., Λοφίδου Γ., Μανωλάς Α., Μποζατζής Ο., Χατζή Μουσταφά Χ., Κιφνίδου Ε., Τοπαλίδου Μ., Καρανικολάου Ε.***Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής "Σισμανόγλειο"*

**Εισαγωγή:** Η ηπατίτιδα Β στη χώρα μας παρουσιάζει ενδιάμεση ενδημικότητα (2-3%). Ο ιός μεταδίδεται κατά κύριο λόγο από μητέρα HBsAg (+) στο παιδί κατά τον τοκετό και πιο σπάνια κατά την κύηση (κάθετη μετάδοση).

**Σκοπός:** Η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των επιτόκων με θετικό HbsAg, καθώς και των νεογνών, που εμβολιάστηκαν ενάντια στη νόσο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 1008 γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Κομοτηνής τα έτη 2010-2014. Η καταγραφή και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS-20.

**Αποτελέσματα:** Στην μελέτη συμμετείχαν 1008 νεογνά, 538 αγόρια (53.4%), και 470 (46.6%) κορίτσια. Οι 317 (31.4%) μητέρες ήταν Χριστιανές, οι 373 (37.0%) ήταν Μουσουλμάνες, και οι 318 (31.5%) ήταν Αθίγγανες. Από τα 1008 νεογνά, 36 (3.57%) προέρχονταν από μητέρες με θετικό HbsAg και εμβολιάστηκαν όλα το πρώτο 24ωρο της ζωής τους. Από τους εμβολιασμούς, 1 (1.01%) αφορούσε το 2010, 4 (2.49%) το 2011, 3 (1.78%) το 2012, 9 (3.72%) το 2013, και 19 (5.67%) το 2014. Από τα εμβολιασμένα νεογνά τα 3 (8.3%) προέρχονταν από Χριστιανές μητέρες, 9 (25%) από Μουσουλμάνες, και τα 24 (66.7%) από Αθίγγανες. Από τις μητέρες με HbsAg θετικό, οι 19 (52.8%) ήταν μεταξύ 20 έως 25 ετών, ενώ η πλειοψηφία τους (50%) ήταν πρωτότοκες.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός της νόσου αυξήθηκε το 2014 και είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στον πληθυσμό των Αθίγγανων στις ηλικίες 20-25 ετών. Είναι ευρέως δεδομένο ότι σε περιγεννητική λοίμωξη μέχρι και 90% των παιδιών αναπτύσσει χρόνια φορεία. Είναι λοιπόν αναγκαία η ενημέρωση για τον τρόπο μετάδοσης του ιού, ο προγεννητικός έλεγχος καθώς και ο έγκαιρος εμβολιασμός των νεογνών.

**AA-6. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ****Ξανθοπούλου Θ., Βαλάρη Ζ., Πετούσης Σ., Καριώτη Π., Δαγκλής Θ., Μαμόπουλος Α., Ρούσσο Δ.***Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή/Σκοπός:** Η έλλειψη οργανωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας και η μεγάλη αναμονή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στη χώρα μας προκαλεί συμφόρηση στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία των τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Η ακριβής επιβάρυνση της εφημερίας από περιστατικά που ήταν μη οξεία ή που θα ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν έχει ερευνηθεί συστηματικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αναδρομική μελέτη του όγκου των μαιευτικών επειγόντων περιστατικών της εφημερίας σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο που θα ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν εναλλακτικά και να αποσυμφορήσουν την εφημερία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη κατά τη χρονική περίοδο 1/1/2012 έως 31/12/2012. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκα το σύνολο των εγκύων που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ. Αναλύθηκε η αιτία της προσέλευσης και αξιολογήθηκε ο βαθμός του επειγόντος και η ανάγκη εισαγωγής σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν συνολικά 4.457 γυναίκες. Η μέση εβδομάδα κύησης κατά την προσέλευση ήταν 30 ± 4 εβδομάδες. Οξεία περιστατικά που απαιτούσαν αντιμετώπιση σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο ήταν 2.630 (59%), 1.697 (38,1%) περιστατικά ήταν μη επείγοντα ενώ 130(2,9%) περιστατικά ήταν οξεία, ωστόσο ήταν θεωρητικά δυνατό να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο κέντρο.

**Συμπεράσματα:** Ένα μεγάλο ποσοστό των περιστατικών που προσέρχονται σε εφημερία του τριτοβάθμιου νοσοκομείου θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί σε τακτικά ιατρεία ή σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

### AA-7. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΑΠΟ ΕΝΩΡΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Δασοπούλου Μ., Ζαχαριουδάκη Χ., Λουκέρη Π., Ανατολίτου Φ. Β' MENN Νοσοκομείου Παιδών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

**Σκοπός:** Ανασκοπήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία (1994-2015) όσον αφορά την αναζήτηση ερωτηματολογίων, για πρόβλεψη της διάρκειας και πρόθεσης μητρικού θηλασμού.

**Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως νοσηλεία, μητρικός θηλασμός, διάρκεια και έρευνα από το cumulative index to nursing and allied health literature μεταξύ 1994-2015. Ανευρέθησαν 243 άρθρα και μόνο 25 πληρούσαν τα κριτήρια (αγγλική γλώσσα και πρωτότυπα ερωτηματολόγια, που αφορούσαν το θέμα).

**Αποτελέσματα:** Στα ερωτηματολόγια, που στηρίζονται στη theory of planned behavior (tpb) η πρόθεση συσχετίστηκε σημαντικά με τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς επίσης η γνώση των πλεονεκτημάτων, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και η στάση της απέναντι στο «bibero ή στήθος». Το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο (dodgson, henly, duckett, tarrant 2003) επιβεβαιώνει τη σχέση της πρόθεσης με τη διάρκεια, αίσθηση του ελέγχου και με έναν δείκτη δυσκολίας. Το bart 2002, αποδείχθηκε χαμηλής αξιοπιστίας (63-73%). Στο ερωτηματολόγιο του wambach η πρόθεση ελάχιστα συσχετίζεται με τη διάρκεια. Η iowa infant feeding attitude scale 1999 έχει ευαισθησία για τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού και του μη 8%, 6% αντίστοιχα. Το nicu breastfeeding record περιλαμβάνει το latch scale, ibfat, mba με όχι καλή αξιοπιστία. Οκτώ στοιχεία του bas συσχετίστηκαν σημαντικά με την πρόβλεψη της διακοπής ενωρίς του θηλασμού. Το bses (ελέγχει τη σιγουριά) προβλέπει με αξιοπιστία τις μητέρες με αποκλειστικό θηλασμό και εκείνες με αποκλειστικό "bibero". το mibss βρήκε θετική συσχέτιση της ενθάρρυνσης για θηλασμό με τη διάρκεια ειδικά στις πρωτοτόξες. Το micam συσχετίστηκε σημαντικά την έγκαιρη ωρίμανση του μητρικού γάλατος με τη διάρκεια.

**Συμπέρασμα:** Τα ερωτηματολόγια αποτελούν σημαντικό εργαλείο πρόβλεψης της διάρκειας και πρόθεσης του θηλασμού.

### AA-8. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ. ΑΙΤΙΕΣ - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Ζούκας Α.<sup>1</sup>, Ντάνου Π.<sup>2</sup>, Φανουργιάκης Α.<sup>2</sup>, Παπαμανώλης Β.<sup>1</sup>, Μπράβου Κ.<sup>1</sup>, Σεργεντάνης Θ.<sup>1</sup>, Καμπάς Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν. Κορύνθου, <sup>2</sup>Π.Γ.Ν. - Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»

**Σκοπός εργασίας:** Ως πρόωρος χαρακτηρίζεται ο τοκετός που συμβαίνει πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης και έχει συχνότητα 6 - 10% στις αναπτυγμένες χώρες σύμφωνα με τα στοιχεία του παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Η αναζήτηση των τελευταίων μελετών αποτέλεσε το αντικείμενο της εργασίας, μιας και το πρόωρο νεογνό επιφέρει πολλαπλά προβλήματα με οικονομικό αντίκτυπο στο σύστημα υγείας και στην οικογένεια.

**Υλικό και μέθοδος:** Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύει ότι το 28% των νεογνών που γεννιούνται πρόωρα οφείλεται σε σοβαρές καταστάσεις της μητέρας ή και του εμβρύου, που θα χρειαστεί να γίνει πρόκληση τοκετού ή καισαρική τομή. Το υπόλοιπο 72% οφείλεται σε αυτόματο πρόωρο τοκετό με ή χωρίς πρόωρη ρήξη των υμένων. ενώ το μεγαλύτερο μέρος των πρόωρων γεννήσεων συμβαίνει αυτόματα, η συχνότητα της πρόκλησης πρόωρου τοκετού έχει σταθερά ανοδική πορεία την τελευταία εικοσαετία. Ο εντοπισμός των αιτιών του πρόωρου τοκετού θεωρείται ως σημαντικό βήμα στην προσπάθεια μείωσης της συχνότητάς του.

**Αποτελέσματα:** Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων εμπειρεύονται στις αιτίες του πρόωρου τοκετού οι κυριότερες εκ των οποίων είναι: α) η κολπική αιμόρροια κατά το α' τρίμηνο της κύησης που συνδυάζεται με δυσμενή έκβαση και αυξημένο ποσοστό πρόωρων τοκετών, β) ο τρόπος ζωής: η μεγάλη αύξηση βάρους κατά την κύηση και ειδικά το κάπνισμα ενοχοποιούνται για χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, αύξηση του ποσοστού της πρόωρης ρήξης υμένων, των πρόωρων γεννήσεων και των περιγεννητικών θανάτων, γ) οικογενειακοί και φυλετικοί παράγοντες και δ) η χοριοαμνιονίτιδα η οποία προκαλείται από μια ποικιλία μικροοργανισμών και είναι η αιτία για πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρου τοκετού ή και των δύο μαζί.

**Συμπέρασμα:** Η πρόοδος της σύγχρονης μαιευτικής έχει αυξήσει την επιβίωση των νεογνών που γεννήθηκαν πρόωρα. Η επιβίωση κατέστη δυνατή χάρη στη χρήση τοκολυτικών φαρμάκων, κορτικοστεροειδών για τη νεογνική ωρίμανση, στην αναθεώρηση της περιγεννητικής φροντίδας των μητέρων υψηλού κινδύνου και των νεογνών τους και στην εξέλιξη της νεογνικής ανάνηψης (μονάδα εντατικής νεογνών). Παρόλο που αυτά τα μέτρα μείωσαν την περιγεννητική θνησιμότητα, τα παιδιά που επέζησαν παραμένουν σε κίνδυνο να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα επιπλοκών σε βραχύ και απόθερο χρόνο.

### AA-9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΦΙΤΙΔΑΣ ΑΚΡΩΝ, ΜΕ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΑΠΡΙΛΗΣ

Σίδερη Β.<sup>1</sup>, Σαλάκος Χ., Μέξη Π.<sup>1</sup>, Δασκαλάκη Α.<sup>1</sup>, Σπανού Σ.<sup>1</sup>, Χρέλια Κ.<sup>1</sup>, Ποδηματάς Ν.<sup>1</sup>, Φρυγανιάς Α.<sup>1</sup>, Κύρκου Γ.<sup>1</sup>, Παπαδάτου Α.<sup>1</sup>, Παπαευαγγέλου Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MENN, 3η Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, "Αττικόν" Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>2</sup>Παιδοχειρουργική κλινική, "Αττικόν" Νοσοκομείο, Αθήνα

**Στόχος:** Περιγραφή περιστατικού αποτελεσματικής αντιμετώπισης σηπτικής θρομβοφλεβίτιδας άκρων, με συγχορήγηση ηπαρίνης και εναλαπρίλης

**Υλικό και μέθοδος:** Αγόρι νεογνό, ΗΚ 27 εβδομάδων και ΒΓ 1000gr, γεννήθηκε από τριτοτόκο μητέρα (39 ετών), η οποία στην 26 εβδομάδα κύησης εμφάνισε λιποθυμικό επεισόδιο, που αποδόθηκε σε θρόμβωση φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου. εκτοτε παρέμεινε νοσηλεύομενη στη ΜΕΘ ( κλινικά νεκρή ,σε μηχανικό αερισμό). Την 27 εβδομάδα κύησης, λόγω αύξησης δεικτών λοίμωξης (χοριοαμνιονίτιδα) και ρήξης θυλακίου με κεχρωσμένο αμνιακό υγρό, έγινε ΚΤ. Μετά από λίγες ημέρες η μητέρα απεβίωσε.

Το νεογνό την 28η ημέρα ζωής εμφάνισε σηψαιμία από ENTE-ROBACTER AEROGENOSA, η οποία συνοδεύθηκε από διάχυτη ενδαγγειακή Πήξη (>20.000 ddimers, PLT<26.000) και θρομβοφλεβίτιδα κάτω άκρων . Επίσης συντηρήσαν εκτεταμένα σηπτικά έμβολα κάτω άκρων και δακτύλων άνω άκρων, με εσχάρες στα κάτω άκρα. Εκτός από την χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής (μεροπενέμη για 21 ημέρες) και χορήγηση γ-σφαιρίνης, για την αντιμετώπιση της θρομβοφλεβίτιδας χορηγήθηκε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού (Inohep) για 10 ημέρες σε συνδυασμό με AMEA (εναλαπρίλη- renitec) για 15 ημέρες. Η αντιμετώπιση ήταν θεαματική, με πλήρη υποστροφή των βλαβών από τα άκρα.

**Συμπέρασμα:** Η συνδυαστική χορήγηση ηπαρίνης και εναλαπρίλης μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματική αντιμετώπιση θρομβοφλεβίτιδας, με αποφυγή ακρωτηριασμού. Πρόκειται βέβαια για μεμονωμένα περιστατικά, και απαιτείται περισσότερη μελέτη για την επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου.

**AA-10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΘΑΝΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΕΛΕΓΧΟ Α' ΤΡΙΜΗΝΟΥ****Γεωργούλιας Γ., Γκόλιας Δ., Λούης Κ., Μελετίδου Ι., Γερολυμάτος Α.***Κωνσταντοπούλειο - Πατησίων Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας*

Έγκυος 27 ετών, δευτεροτόκος με προηγηθείσα καισαρική τομή πραγματοποιεί τον εξειδικευμένο υπερηχογραφικό έλεγχο πρώτου τριμήνου στις 12 εβδομάδες με  $cl=69mm$  και  $vt=2mm$ , ρινικό οστό ορατό χωρίς εμφανείς ανατομικές ανωμαλίες. Από την τροποποιημένη πιθανότητα για χρωμοσωμική ανωμαλία (αυχενική διαφάνεια,  $rapp-a$ ,  $f-\beta hcg$ ) προκύπτει μικρότερος κίνδυνος (1:503) σε σχέση με το cut off risk (1:300) για τρισωμία 21, μεγαλύτερη όμως πιθανότητα σε σχέση με την ηλικία της μητέρας (1:1281). Με βάση αυτό το εύρημα συνιστάται αμνιοπαράκντηξη, η οποία διενεργείται λόγω της καταρχάς άρνησης του ζευγαριού αρκετά αργότερα, την 19η εβδομάδα κύησης και κατά την διενέργεια της οποίας παρατηρείται η ύπαρξη υπερηχογενούς εντέρου του εμβρύου.

Το αποτέλεσμα της  $amnio\ pcr$  αναδεικνύει παθολογικό καρυότυπο θήλεος εμβρύου  $45x(40)/46x+mar(20)$  σε σύνολο 60 μεταφάσεων, αποτέλεσμα απολύτως συμβατό με σύνδρομο turner στο οποίο συνυπάρχουν 2 κυτταρικές σειρές μία  $45x$  και μια  $46x+mar$ . Το χρωμόσωμα δείκτης ( $mar$ ) μικρότερου του χρωμοσώματος  $g$  φάνηκε να είναι προέλευσης  $x$  και συνεστήθη περαιτέρω γενετικός εργαστηριακός έλεγχος. Η συμβουλευτική προς τους γονείς είναι η διενέργεια επιπλέον γενετικού εργαστηριακού ελέγχου του ανιακού υγρού. Οι γονείς αποφάσισαν διακοπή της κύησης, η οποία πραγματοποιήθηκε την 21η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, με τη χορήγηση μισοπροστόλης κολικά και  $per\ os$ .

Υπάρχει εμφανώς αντικειμενική αξία για την αξιολόγηση της τροποποιημένης πιθανότητας σε σχέση με την προϋπάρχουσα στατιστική πιθανότητα και το cut off risk που αναφέρει κάθε κέντρο ελέγχου, και το οποίο από μόνο του δεν είναι αρκετό για να καταστήσει σαφές τον χαμηλό ή τον υψηλό κίνδυνο για γενετικές ανωμαλίες του εμβρύου.

**AA-11. ΑΤΡΗΣΙΑ ΠΡΩΚΤΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ****Μπικούλη Ε.-Δ., Δραμιτινού Δ., Κοντογεώργου Α., Γεντισαρίδη Σ., Γιαμούρης Ε., Ράγκου Ε., Καφαλίδης Γ.***Νεογνολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα.*

**Εισαγωγή:** Ως ατρησία πρωκτού ορίζουμε συγγενές έλλειμμα στο οποίο ο πρωκτός δε σχηματίζεται σωστά ή είναι απών. Αφορά περίπου 1:5000 γεννήσεις και είναι πιο συχνή στα αγόρια. Συχνά συνδυάζεται με άλλες διαμαρτίες τις ορθοπρωκτικής χώρας, του ουροποιογεννητικού, της σπονδυλικής στήλης, του καρδιαγγειακού, του γαστρεντερικού. Μπορεί να εμφανίζεται στα πλαίσια γενετικών συνδρόμων ή συνδυασμού δυσπλασιών (VACTERL). Η πρόγνωση εξαρτάται από την εντόπιση του κολύματος και τις συνυπάρχουσες διαμαρτίες.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δύο συναφών περιστατικών ατρησίας πρωκτού από την κλινική μας και του τρόπου διάγνωσης και αντιμετώπισης της.

**Υλικό/ μέθοδοι:** Το πρώτο περιστατικό αφορά θήλυ νεογνό, τελειόμηνο που γεννήθηκε με καισαρική τομή. Από την πρώτη αντικειμενική εξέταση διεγνώσθη ατρησία πρωκτού ενώ συνυπήρχε μονήρης ομφαλική αρτηρία.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά άρρεν νεογνό, τελειόμηνο που γεννήθηκε με καισαρική τομή από μητέρα με ανεπαρκή προγεννητικό έλεγχο. Από την πρώτη αντικειμενική εξέταση εντοπίστηκε προωπιαίο έπαρμα και καρδιακό φύσημα. Την επόμενη μέρα υπήρχε απουσία κένωσης και μετεωρισμένη κοιλία και διεγνώσθη η ύπαρξη ατρησίας. Τα νεογνά διεκομίσθησαν σε Νοσοκομείο Παίδων για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα- Συμπεράσματα:** Η ατρησία πρωκτού μπορεί να υποδιανωσθεί από τον προγεννητικό έλεγχο, διάγνωση συνήθως τίθεται στην πρώτη κλινική εξέταση του νεογνού, περιστασιακά μπορεί να καθυστερήσει λόγω παρουσίας επαρκώς σχηματισμένου έξω σφριγκτήρα πρωκτού. Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική είτε με απευθείας εκτομή και αναστόμωση είτε με εφαρμογή κολοστομίας και χειρουργική αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο και πρέπει να γίνει τις πρώτες 48 ώρες ζωής. Η ανάγκη για άμεση αντιμετώπιση καθιστά απαραίτητη την αυξημένη επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση της.

**AA-12. ΓΕΝΝΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΜΗΝΙΓΓΟΜΥΕΛΟΚΗΛΗ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Νηφάκου Σ., Ασκούλάκη Μ., Αλαμάνου Ε., Μεσσαρόπουλος Π., Χριστοδουλάκη Χ., Λοϊσίου Ν., Κανελλόπουλος Ν., Κατσούλης Μ. Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"**

**Εισαγωγή:** Η δισχιδής ράχη αποτελεί ανωμαλία σύγκλισης του νευρικού σωλήνα(νς). Χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή ανάπτυξη σπονδυλικής στήλης(σς), νωπιαίου μυελού(νμ) και μηνίγγων. Περίπου 90% εμφανίζεται στην οσφυοϊερά χώρα, 6% στο θώρακα, 3% στον αυχένα. Υπάρχουν τέσσερις τύποι: λανθάνουσα, ανωμαλίες κλειστού νς, μηνιγγοκήλη και μηνιγγομυελοκήλη. Η μηνιγγομυελοκήλη είναι η σοβαρότερη. Συμβαίνει όταν ο νμ ή νευρικά στοιχεία, είναι εκτεθειμένα μέσω ανοίγματος της σς, με αποτέλεσμα μερική ή ολική παράλυση και σοβαρές αισθητικές διαταραχές κάτω από το επίπεδο της βλάβης. Στο 80% συνυπάρχει υδροκεφαλία.

**Σκοπός:** η παρουσίαση περιστατικού γέννησης νεογνού με μηνιγγομυελοκήλη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Δευτεροτόκος 34 ετών υποβάλλεται σε προγραμματισμένη κτ λόγω  $pkt$  και ισχιακής προβολής. Κατά την κλινική εξέταση του νεογνού(θήλυ 2770gr) παρατηρείται προεξέχων σάκος από το νμ στη ράχη και αδυναμία κάτω άκρων. Από το ιστορικό προκύπτει ότι η μητέρα είχε φυσιολογικό υπερηχογραφικό έλεγχο και ελάμβανε φυλλικό οξύ.

**Αποτελέσματα:** Το νεογνό διακομίζεται σε μενν όπου επιβεβαιώνεται η αρχική διάγνωση και υποβάλλεται σε χειρουργική αποκατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η δισχιδής ράχη αποτελεί την πιο συνηθισμένη ανωμαλία του νς με συχνότητα  $\sim 8:10.000$  γεννήσεις. Η πιθανότητα αυξάνεται 5-15% εάν υπάρχουν στην οικογένεια παιδιά που νοσούν καθώς και η ανεπαρκής λήψη φυλλικού διαδραματίζει κάποιο ρόλο. Αντιθέτως λήψη 400μg/ημέρα έχει μειώσει 30% τη συχνότητα την τελευταία 15ετία. Ο προγεννητικός υπερηχογραφικός έλεγχος (σπόνδυλοι με σχήμα "v" και κυστική διάταση, σημεία λεμονιού και μπανάνας στο εμβρυικό κρανίο) και η πολύ αυξημένη τιμή  $afp$  τη 16η-18η εβδομάδα της κύησης βοηθούν στη διάγνωση ανοικτής δυσπλασίας. Η πρόγνωση της μηνιγγομυελοκήλης εξαρτάται από το επίπεδο της βλάβης. Η θεραπεία είναι χειρουργική σύγκλιση ενδομητρικά ή τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση για ελαχιστοποίηση λοίμωξης ή τραυματισμού του νευρικού ιστού.

**Βιβλιογραφία:**

1. diagnosis of fetal abnormalities gianluigi pilu & kypros h. Nicolaidis, **2.** Κλινική απτινοδιαγνωστική απεικόνιση ronald l. Eissenberg, **3.** Κλινική Νευροανατομική pi-chard s. Snell, m. D., ph. D., **4.** www. Fetus. Net, **5.** www. Centrus. Com. Bf, **6.** Ultra-sound diagnosis of fetal anomalies m. Entezami, m. Albig, a. Gasiorek- weins, r. Becker, **7.** Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική κ. Κρεαστά, **8.** Έγχεση κλινική εμβρυολογία moore-persaud-shiota, **9.** εμβρυολογία ρ. Αγγελουπόου, **10.** http://spina-bifidaassociation. Org

### AA-13. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ. ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΕΩΝ.

Παπαμανώλης Β.<sup>1</sup>, Ζούκας Α.<sup>1</sup>, Ρεντζεπέρη Δ.<sup>2</sup>, Μπράβου Κ.<sup>1</sup>, Σεργεντάνης Θ.<sup>1</sup>, Φανουργιάκης Α.<sup>1</sup>, Ντάνου Π.<sup>1</sup>, Καμπάς Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου

<sup>2</sup>Μαιευτήριο «ΜΗΤΕΡΑ»

Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας κατά τα τελευταία χρόνια έχει προσθέσει σημαντικά νέα όπλα στη φαρέτρα των γιατρών, τόσο σε διαγνωστικό, όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο. Σπουδαιότερο όλων είναι το υπερηχογράφημα, του οποίου η εξέλιξη με την τριδιάστατη απεικόνιση, μαζί με τη μαγνητική τομογραφία δίνουν πλέον μεγάλες δυνατότητες στον τομέα αυτό. Ο προγεννητικός έλεγχος έχει μεγάλη ακρίβεια και ευαισθησία ως προς τη διάγνωση των σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου (ΚΝΣ, ουρογεννητικό, καρδιά). Ο συνδυασμός του υπερηχογραφήματος με τους διάφορους βιολογικούς δείκτες (PAPP-A, AFP, αμνιοπαρακέντηση και καρυότυπος του εμβρύου όπου χρειάζεται) έχουν καθιερωθεί ευρέως. Ο έλεγχος που δεν έχει παθολογικά ευρήματα συνήθως επαληθεύεται και μετά τον τοκετό, με μικρές πιθανότητες να είναι ψευδώς αρνητικός και η ανωμαλία να διαπιστωθεί αργότερα. Η διάγνωση όμως κάποιας ανωμαλίας εγείρει διάφορα ιατρικά προβλήματα, διλήμματα και ερωτηματικά από την πλευρά των γονέων ως προς την αντιμετώπιση, την πρόγνωση, την εξέλιξη και την πορεία του νεογνού.

Καθαρά για περιγραφικούς λόγους και μόνο από την ιατρική πλευρά του θέματος, θα μπορούσε να εφαρμοστεί μια ταξινόμηση της σοβαρότητας της ενδεχόμενης βλάβης που περιλαμβάνει νεογνά που αναμένεται η πλήρης ίαση μετά από εγχείρηση, εκείνα που θα έχουν συνέπειες από την πάθησή τους, άλλα που θα έχουν σχετικά ομαλή εξέλιξη και κοινωνική ζωή, άλλα που θα έχουν σοβαρά προβλήματα και θα είναι μελλοντικά άτομα με ειδικές ανάγκες (με ή χωρίς νοητική υστέρηση) και νεογνά στα οποία η ανωμαλία δεν είναι συμβατή με τη ζωή.

Στην πράξη δεν είναι πάντα ευχερής η κατάταξη των πασχόντων εμβρύων στις διάφορες κατηγορίες, ενώ ακόμη και από γιατρούς με μεγάλη εμπειρία η λανθασμένη διάγνωση είναι πιθανή.

Το πρώτο θέμα είναι η ενημέρωση των γονέων για τα δεδομένα των εξετάσεων. Αυτό πρέπει ιδανικά να γίνεται από ομάδα ιατρών στην οποία να συμμετέχουν ο μαιευτήρας, ο παιδοχειρουργός, ο νεογνολόγος, ο γενετιστής και ο ψυχολόγος. Μετά την ενημέρωση οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν το βαθμό της αποκατάστασης της ανωμαλίας, την πρόωμη και απώτερη πορεία του παιδιού και στη συνέχεια η ερώτηση σχετικά με τη συνέχιση ή όχι της κύησης. Η συγκεκριμένη ερώτηση είναι και συνάρτηση των θρησκευτικών πεποιθήσεων των γονέων. Στη φάση της ενημέρωσης ο συγκινησιακός παράγοντας πολλές φορές δυσχεραίνει την κατανόηση του προβλήματος.

Από την ιατρονομική θεώρηση, στην κύηση μέχρι 12 εβδομάδων η μητέρα αποφασίζει για τη συνέχισή της ή όχι, όμως από 12-24 εβδομάδες το έμβryo είναι στην κηδεμονία των γονέων. Επειδή

το μεγαλύτερο ποσοστό των συγγενών ανωμαλιών ανευρίσκονται στη φάση αυτή, οι αποφάσεις που προκαλούν δοκιμασία λαμβάνονται σε αυτή την περίοδο. Συνεπώς η λήψη της απόφασης για την τακτική που θα ακολουθηθεί γίνεται από τους γονείς, αλλά σε περίπτωση διχογνωμίας βαρύτητα έχει η γνώμη της μητέρας. Εφόσον η κύηση διατηρηθεί, ο χρόνος και ο τρόπος τοκετού καθορίζονται από το μαιευτήρα, σε συνεργασία με το νεογνολόγο και τον παιδοχειρουργό. Η καισαρική τομή θεωρείται ότι έχει απόλυτη ένδειξη σε κάποιες περιπτώσεις (εξόφθαλμος, γαστροσχισση). Ο τόπος του τοκετού απαραίτητα πρέπει να είναι μια μαιευτική μονάδα που υπάρχει σε χώρο που επίσης λειτουργεί οργανωμένη παιδοχειρουργική μονάδα.

Το επόμενο σοβαρό δίλημμα είναι αν το νεογνό πρέπει να αντιμετωπιστεί χειρουργικά. Υπό την προϋπόθεση ότι η ανωμαλία θα αποκατασταθεί και ο ασθενής θα ωφεληθεί από την ποιότητα ζωής που επιτυγχάνεται, τότε θα πρέπει να υποβληθεί στην ενδεικνυόμενη επέμβαση. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι τα νεογνά που δεν προβλέπεται να ωφεληθούν από την επέμβαση. Στην περίπτωση αυτή, αν οι γονείς επιθυμούν τη διενέργεια της εγχείρησης, όσο και αν η μελλοντική πρόβλεψη είναι κακή και έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς από τους γιατρούς, η πλειονότητα των γιατρών θεωρούν ότι είναι δεσμευμένοι από την απόφαση αυτή των γονέων.

Η κατάσταση είναι πολύ δυσκολότερη αν οι γονείς δε δίνουν τη συγκατάθεσή τους για την επέμβαση άσχετα από τη γνώμη του γιατρού. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η συγκινησιακή φόρτιση σε μια ασταθή ψυχολογικά περίοδο, όπως αυτή της μητέρας στη διάρκεια της λοχείας, αλλά και λιγότερο του πατέρα, τους καθιστά ευάλωτους χωρίς δυνατότητα αντικειμενικής κρίσης για τη λήψη της απόφασης που θα κρίνει το μέλλον του νεογνού. Ως εκ τούτου συνειδητά ή ασυνειδητά αναζητούν τη γνώμη του γιατρού προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση, οπότε δεν είναι πρόπον ο τελευταίος να προσπαθεί να τους πείσει να αποφασίσουν. Η κατάσταση περιπλέκεται αν οι γονείς αρνηθούν οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση και το νεογνό δεν καταλήξει. Στην περίπτωση αυτή, αν και είναι ηθική υποχρέωση των γονιών να φροντίσουν το νεογνό, είναι τουλάχιστον άστοχο να υποχρεωθούν να το πάρουν στο σπίτι και το ιδεώδες θα ήταν να μπορούσε να μεταφερθεί σε κάποιο ανάλογο κέντρο αντιμετώπισης των νεογνών αυτών. Δυστυχώς όμως τέτοια κέντρα είναι ελάχιστα ακόμη και στις προηγμένες χώρες.

Η αντιμετώπιση των ανωμαλιών του εμβρύου που διαγιγνώσκονται προγεννητικά αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το γιατρό που εμπλέκεται, επειδή πολλαπλοί ιατρικοί, κοινωνικοί, ηθικοί, νομικοί και θρησκευτικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη λήψη της απόφασης, που πρέπει σε κάθε περίπτωση να εξατομικεύεται. Ο γιατρός οφείλει να προσφέρει τα μέγιστα, σεβόμενος τον όρκο του Ιπποκράτη και έχοντας το βλέμμα του στραμμένο στο μέλλον της μικρής αυτής ύπαρξης, που χωρίς να μπορεί να συμμετάσχει στην απόφαση, κρίνεται όλη η μετέπειτα πορεία της.

**Βιβλιογραφία:**

1. Understanding Genetics: A New England Guide for Patients and Health Professionals. Genetic Alliance, The New England Public Health Genetics Education Collaborative. Washington (DC): Genetic Alliance; 2010 Feb 17. **2.** Preconception care and genetic risk: ethical issues. De Wert GM, Dondorp WJ, Knoppers BM. J Community Genet. 2012 Jul;3(3):221-8. **3.** Public viewpoints on new non-invasive prenatal genetic tests. Farrimond HR, Kelly SE. Public Underst Sci. 2013 Aug;22(6):730-44. **4.** Prenatal Diagnosis Procedures and Techniques to Obtain a Diagnostic Fetal Specimen or Tissue: Maternal and Fetal Risks and Benefits. Wilson RD, Gagnon A, Audibert F, Campagnolo C, Carroll J; Genetics Committee, Wilson RD, Audibert F, Brock JA, Campagnolo C, Carroll J, Chong K, Gagnon A, Johnson JA, MacDonald W, Okun N, Pastuck M, Vallee-Pouliot K. J Obstet Gynaecol Can. 2015 Jul;37(7):656-68. **5.** Elevated second-trimester maternal serum  $\beta$ -human chorionic gonadotropin and amniotic fluid alpha-fetoprotein as indicators of adverse obstetric outcomes in fetal

Turner syndrome: Alvarez-Nava F, Soto M, Lanes R, Pons H, Morales-Machin A, Bracho A. J Obstet Gynaecol Res. 2015 Sep 14.

6. Patient-centered prenatal counseling: Aligning obstetric healthcare professionals with needs of pregnant women. Farrell RM, Nutter B, Agatista PK. Women Health. 2015;55(3):280-96. 7. Counseling and diagnostic evaluation for the infertile couple. Marshburn PB. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Mar;42(1):1-14. 8. The case for universal prenatal genetic counseling. Minkoff H, Berkowitz R. Obstet Gynecol. 2014 Jun;123(6):1335-8. 9. Counseling Challenges with Variants of Uncertain Significance and Incidental Findings in Prenatal Genetic Screening and Diagnosis. Westerfield L, Darilek S, van den Veyver IB. J Clin Med. 2014 Sep 12;3(3):1018-32. 10. Prenatal genetic counseling and consanguinity. Posch A, Springer S, Langer M, Blacher W, Streubel B, Schmid M. Prenat Diagn. 2012 Dec;32(12):1133-8.

#### AA-14. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΚΥΗΣΕΩΣ

Θανάσης Ν.<sup>1</sup>, Ανδρουτσόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Μαυραγάνης Γ.<sup>1</sup>, Κόλλια Γ.<sup>1</sup>, Σκρουμπής Γ.<sup>2</sup>, Δεκαβάλας Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

**Σκοπός:** Η ανασκόπηση της διάγνωσης και αντιμετώπισης της οξείας ισχαιμίας του λεπτού εντέρου κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας ελληνικής καταγωγής γυναίκας στην 28η εβδομάδα κύησης, η οποία διακομίσθηκε στη Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών λόγω επίμονου άλγους επιγαστρίου. Το άλγος δεν υποχωρούσε παρά την χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε μετεωρισμός της κοιλιάς, έντονη ευαισθησία στο επιγάστρο και σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Ο παρακλινικός έλεγχος ανέδειξε εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση με συνοδό αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο δεν προέκυψαν σαφή παθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία και διαπιστώθηκε οξεία ισχαιμία και νέκρωση τμήματος του τελικού ειλεού λόγω συστροφής. Πραγματοποιήθηκε εντεροτομή και πλάγιο-πλάγια αναστόμωση. Κατά την 5η μετεγχειρητική ημέρα εμφανίστηκαν έντονα σημεία διαπύησης του χειρουργικού τραύματος. Στις καλλιέργειες απομονώθηκαν enterobacter cloacae και klebsiella oxytoca. Ακολούθησε ευρύς χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και σύγκλιση κατά 2ο σκοπό.

Την 8η μετεγχειρητική ημέρα έγινε αυτόματα πρόιμη πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Ακολούθησε κολπικός τοκετός ενός ζώντος νεογνού με σωματικό βάρος 1240 gr. Το νεογνό μεταφέρθηκε στην μονάδα προώρων. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 27η μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη κλινική κατάσταση.

**Συμπέρασμα:** Οι μεταβολές στην ανατομία και φυσιολογία των ενδοκοιλιακών οργάνων κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς και οι απεικονιστικές δυσκολίες, καθιστούν δυσχερή την διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση των χειρουργικών συμβαμάτων.

#### AA-15. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

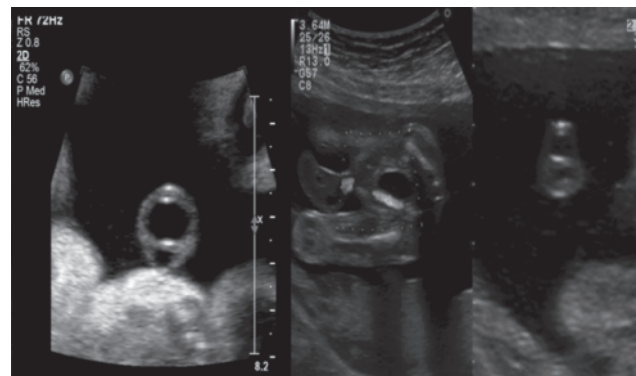
Στρατουδάκης Γ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Μπαρμπουνάκη Σ., Χατζηπέτρον Α., Ζουρίδης Α., Δασκαλάκης Γ.

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γ Ν Χανίων «Άγιος Γεώργιος»

**Εισαγωγή:** Ο ομφάλιος λώρος χρησιμεύει για τη μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών μεταξύ της μήτρας και του εμβρύου. Δεν πρέπει να αγνοείται και φαίνεται εύκολα στην υπερηχογραφική εξέταση καθώς περιβάλλεται από αμνιακό υγρό. Η πιο συχνή ανωμαλία του ομφαλίου λώρου είναι η παρουσία μίας

μονήρους ομφαλικής αρτηρίας (λώρος δύο αγγείων). Η συχνότητα της ανωμαλίας αυτής αναφέρεται να κυμαίνεται μεταξύ 0,2 και 1,1% των τοκετών ή 2,7 έως 12% των περιγεννητικών αυτοψιών. Η μονήρης ομφαλική αρτηρία είναι αποτέλεσμα αγενεσίας ή ατροφίας της μίας ομφαλικής αρτηρίας ή αδυναμίας διαχωρισμού της πρόιμης κοινής ομφαλικής αρτηρίας η οποία προέρχεται από την μονήρη αλλαντοϊκή αρτηρία. Η υπερηχογραφική διάγνωση περιλαμβάνει αναγνώριση δύο αιμοφόρων αγγείων σε εγκάρσια τομή του ομφαλίου λώρου. Όταν είναι παρούσα και φυσιολογική μόνο μία ομφαλική αρτηρία, είναι συνήθως μεγαλύτερη απ' ότι συνήθως και μπορεί να προσεγγίζει το μέγεθος της ομφαλικής φλέβας. Η υπερηχογραφική ανίχνευση μίας μονήρους ομφαλικής αρτηρίας πρέπει να διεγείρει έναν εκτενή έλεγχο του εμβρύου για την πιθανή ύπαρξη σχετιζομένων ανωμαλιών. Η συχνότητα αυτών των ανωμαλιών αναφέρεται να ποικίλει μεταξύ του 25 και 50% στις διάφορες μελέτες. Οι δυσμορφίες δεν περιορίζονται σε ένα απλό όργανο ή σύστημα του εμβρύου και μπορεί να είναι ελάσσονες ή πολλαπλές και θανατηφόρες. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες μπορεί να υπάρχουν σε περιπτώσεις μονήρους ομφαλικής αρτηρίας με συνύπαρξη και άλλης εμβρυϊκής δυσμορφίας. 20% των εμβρύων με μονήρη ομφαλική αρτηρία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για χρωμοσωμικές ανωμαλίες, προγεννητική θνησιμότητα, πρόωρο τοκετό και ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης. Οι μειζονες ανωμαλίες μπορεί να περιλαμβάνουν καρδιακές ανωμαλίες, σκελετικές δυσπλασίες, υδροκέφαλο, ομφαλοκήλη, υδροθώρακα, μεγάλη πρόσθια πηγή και διαφραγματοκήλη. Σκοπός της εργασίας μας είναι η καταγραφή της περιγεννητικής έκβασης των κύσεων με μονήρη ομφαλική αρτηρία (ΜΟΑ), καθώς και η σύγκριση των κύσεων αυτών όταν συνδυάζονται με άλλες συγγενείς ανωμαλίες.

**Υλικό και μέθοδος:** Από το 2003 έως το 2014 μελετήθηκε το περιγεννητικό αποτέλεσμα νεογνών που κατά το ανατομικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε μονήρης ομφαλική αρτηρία. Η υπερηχογραφική εξέταση έγινε από τη 20η έως την 25η εβδομάδα κύησης. Ως κριτήρια διάγνωσης της μονήρους ομφαλικής αρτηρίας χρησιμοποιήθηκε η ανεύρεση δύο αγγείων κατά την εγκάρσια τομή του ομφαλίου λώρου και η μη εμφάνιση της μίας ομφαλικής αρτηρίας κατά την είσοδο της στην εμβρυϊκή κοιλιακή χώρα ε οδηγό σημείο την συροδόχο κύστη (Εικόνα 1). Ελέγχθηκαν η έκβαση της κάθε κύησης, η εβδομάδα περάτωσης του τοκετού, η παρουσία τυχόν νεογεννητικών ανωμαλιών και η ύπαρξη χρωμοσωμικών ανωμαλιών.



**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη μας αναλύθηκαν 32 περιστατικά εμονήρης ομφαλικής αρτηρίας. Η μέση ηλικία κύησης κατά τον τοκετό ήταν 37 εβδομάδες (36.8-38.9 εβδομάδες). Στις περισσότερες περιπτώσεις

είχαμε τελειώματα νεογνά (24 περιστατικά, 75%) χωρίς παθολογικά ευρήματα, ε έσο βάρους γέννησης 3148γρ. Σε 4 περιπτώσεις (12.5%) υπήρξε πρόωρος τοκετός, χωρίς ενδομήτριο ή νεογνικό θάνατο. Σε 6 νεογνά βρέθηκαν 4 περιπτώσεις με συγγενείς καρδιοπάθειες (12.5%) και 2 περιπτώσεις με πάθηση ουροποιητικού (6.25%). Σε 4 περιπτώσεις, ε πολλαπλές διαμωρίες, διαγνώστημε προγεννητικά τρισωμία 21 και 18 (12.5%) και έγινε διακοπή κύησης.

**Συζήτηση:** Σε διεθνή μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο ομάδες: έμβρυα με MOA και έμβρυα με MOA και άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Απαραίτητη προϋπόθεση στα έμβρυα με MOA ήταν η απουσία μη φυσιολογικών ευρημάτων στην υπερηχογραφική εξέταση, ενώ στην δεύτερη ομάδα εντάχθηκαν έμβρυα με MOA και άλλων συγγενών ανωμαλιών, όπως: κύστεις χοριοειδούς πλέγματος εγκεφάλου, υδρονέφρωση, υπερηχογενές έντερο, διαταραχές ποσότητας αμνιακού υγρού, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, υπερηχογενές κομβίο καρδιάς, άλλες δομικές ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Για να καθορισθεί η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και αρνητική προγνωστική αξία της υψηλής ανάλυσης υπερηχογραφικής εξέτασης στην ανίχνευση άλλων συγγενών ανωμαλιών, κάθε μία από αυτές αξιολογήθηκε ξεχωριστά. Έτσι, οι εγκυμοσύνες όπου διαγνώστηκε υδρονέφρωση, ταξινομήθηκαν ως ψευδή θετικά, ενώ τα νεογνά με υδρονέφρωση που δεν διεγνώστη προγενετικά, ταξινομήθηκαν ως ψευδή αρνητικά, καθώς η πάθηση αυτή αποτελεί μία εν δυνάμει κατάσταση. Η μειωτική διαχείριση των εγκυμοσύνων με MOA, συμπεριέλαβε εκτός από την εις βάθους εξέταση με την υψηλού ανάλυσης υπερηχογραφική εξέταση και την υπερηχογραφική καρδιολογική εκτίμηση των εμβρύων, για να αποκλείσει άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Κάποιες ασθενείς προχώρησαν σε περαιτέρω διερεύνηση, μέσω της αμνιοπαρακέντησης, για να μελετηθεί ο πλήρης μοριακός καρυότυπος. Για την αξιολόγηση της ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης των εμβρύων, ο υπερηχογραφικός έλεγχος λάμβανε χώρα κάθε 4 εβδομάδες, ενώ κάθε βδομάδα παρακολουθούταν η κύηση μέσω καρδιοτοκογραφήματος, ενώ από την 32η εβδομάδα αξιολογούταν εβδομαδιαίως η ποσότητα του αμνιακού υγρού. Στην ίδια μελέτη, αναλύθηκαν 65 κύσεις, όπου είχε διαγνωσθεί MOA. Οι εγκυμονούσες και των δύο ομάδων βρισκόταν σε άριστη κατάσταση υγείας. Σε 48 περιστατικά διεγνώστη MOA, ενώ σε 17 MOA με συγγενείς ανωμαλίες, που προαναφέρθηκαν. Η υπερηχογραφική εξέταση ανέδειξε 100% ευαισθησία και ειδικότητα στα περιστατικά με MOA, ενώ στα περιστατικά με MOA και συγγενείς ανωμαλίες, ανέδειξε 85% ευαισθησία, 98% ειδικότητα και, 95% θετική προγνωστική αξία και 95% αρνητική προγνωστική αξία. Τρεις συγγενείς ανωμαλίες δεν διαγνώστηκαν προγενετικά. Επίσης σε τρεις περιπτώσεις διαπιστώθηκε τρισωμία 18, 13 και 21. Από τα 65 αυτά περιστατικά, ο μέσος όρος βάρους των νεογνών μετά τον τοκετό, ήταν 3147γρ, ενώ η μέση διάρκεια κύησης 37 εβδομάδες. Ανευρέθηκε σημαντική στατιστική απόκλιση ανάμεσα στις δύο ομάδες (MOA 3276γρ και 38.9εβδ., ενώ MOA με συγγενείς ανωμαλίες 2661γρ και 36.8εβδ.). Το ποσοστό των πρόωρων τοκετών δεν ήταν διαφορετικός στις δύο ομάδες, καθώς και το ποσοστό των φυσιολογικών τοκετών. Υπήρξε ωστόσο σημαντική απόκλιση ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά την καισαρική τομή (MOA 13KT, MOA με συγγενείς ανωμαλίες 44KT). Η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν σημαντικά αυξημένη στις MOA με συγγενείς ανωμαλίες (9:1), ενώ η ενδομήτρια θνησιμότητα ήταν ίδια και στις δύο ομάδες. Συνολικά από διεθνείς μελέτες προκύπτει πως το ποσοστό χρωμοσωμικών ανωμαλιών αυξάνεται σημαντι-

κά στις MOA με συγγενείς ανωμαλίες (19.9%), σε σχέση με τις MOA (0.54%), για αυτό και θα πρέπει να εφαρμόζεται η αμνιοπαρακέντηση σε όλες τις κύσεις με MOA και συγγενείς ανωμαλίες, είτε είναι διαγνωσμένες, είτε υπάρχει υποψία αυτών. Η παρακολούθηση της εγκύου με MOA, με ή χωρίς συγγενείς ανωμαλίες, θα πρέπει να είναι πιο συχνή, λόγω της περιγεννητικής θνησιμότητας, ιδίως στα έμβρυα με συγγενείς ανωμαλίες. Η υπερηχογραφική εξέταση υψηλής ανάλυσης αποκλείει το μεγαλύτερο ποσοστό συγγενών ανωμαλιών. Δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τον πρόωρο τοκετό και την ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν πως στις κύσεις ε MOA, η μέση ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης δεν φαίνεται να διαφέρει από κύσεις νεογνών ε τρία αγγεία. Στα δικιάς περιστατικά με μεμονωμένη μονήρη ομφαλική αρτηρία δεν διαγνώστηκαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενώ ανευρέθηκαν δομικές ανωμαλίες, ιδιαίτερα παθήσεις του ουρογεννητικού και του καρδιαγγειακού συστήματος, ευρήματα συμβατά ε τη διεθνή βιβλιογραφία.

### Βιβλιογραφία

1. Mailath-Pokorny M, Worda K, Schmid M, Polterauer S, Bettelheim D. Isolated single umbilical artery: evaluating the risk of adverse pregnancy outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;184:80-3. 2. Rittler M, Mazzitelli N, Fuksman R, de Rosa LG, Grandi C. Single umbilical artery and associated malformations in over 5500 autopsies: relevance for perinatal management. Pediatr Dev Pathol. 2010;13(6):465-70.

### AA-16. ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΜΕ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

Παπαδοπούλου Χ., Καρατζά Α., Παναγιωτοπούλου Ο., Σκαλτσά Ν., Κολοβού Β., Δημητρίου Γ.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

**Σκοπός:** Η προεκλαμψία συνδυάζεται με αυξημένη επίπτωση υπέρτασης και καρδιαγγειακής νόσου στη μετέπειτα ζωή. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των τιμών της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και των μεταβολών τους σε νεογνά μητέρων με προεκλαμψία, μία ηλικιακή ομάδα όπου υπάρχει έλλειψη δεδομένων.

**Υλικά και μέθοδος:** Η ΑΠ μετρήθηκε με παλμική μέθοδο στη γέννηση, καθημερινά την πρώτη εβδομάδα ζωής και κατόπιν εβδομαδιαίως μέχρι την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας σε 68 νεογνά μητέρων με πρώιμη προεκλαμψία (διάγνωση πριν τις 34 εβδομάδες κύησης) και ισάριθμα νεογνά νορμοτασικών μητέρων αντίστοιχης ηλικίας κύησης και φύλου χωρίς καρδιαγγειακές επιπλοκές ή ανωμαλίες.

**Αποτελέσματα:** Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα ποσοστά καπνίσματος της μητέρας, διαβήτη ή προγεννητικών στεροειδών, ενώ τα νεογνά μητέρων με προεκλαμψία είχαν μικρότερο z-score βάρους γέννησης (-0,78±0,77 έναντι -0,32±0,86, p=0,001). Ανάλυση ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ανέδειξε ότι η προεκλαμψία και η χρονολογική ηλικία είχαν σημαντική επίδραση στις τιμές συστολικής και διαστολικής ΑΠ τις πρώτες 4 εβδομάδες ζωής, λαμβάνοντας υπόψη το z-score του βάρους (p=0,003 και p<0,0001, αντίστοιχα). Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην ΑΠ στη γέννηση και την πρώτη μέρα, ενώ στη συνέχεια τα νεογνά μητέρων με προεκλαμψία είχαν υψηλότερες τιμές συστολικής και διαστολικής ΑΠ.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που συσχετίζουν την προεκλαμψία με αυξημένη ΑΠ στην

παιδική ηλικία. Οι διαφορές είναι ανιχνεύσιμες από τις πρώτες ημέρες ζωής, πριν την έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις τιμές ΑΠ. Η απουσία διαφορών στο πρώτο 24ωρο μπορεί να αποδοθεί στη διαδικασία της μεταβατικής κυκλοφορίας ή στη λήψη φαρμάκων από την έγκυο.

#### AA-17. ΔΙΔΥΜΟΣ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑ-ΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Ζαχαριάς Ε., Στάθης Θ., Μελετίου Π., Κωνσταντινίδης Σ., Κρητικός Ε., Πόλου Ν., Μπάγκας Ι., Πεϊτσιόδου Α., Σιαμπλιώτη Γ., Αλεξόπουλος Ε., Σταματέλου Φ., Παπαδόπουλος Κ.

*Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

**Εισαγωγή:** Ο εγκεφαλικός θάνατος (brain death) ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death). Η βασική μέθοδος διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι η νευρολογική κλινική εξέταση, συμπληρούμενη από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, διακρανιακό υπερηχογράφημα – doppler, αγγειογραφία, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου), ανάλογα με τις ενδείξεις. Η πλήρης νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει τη διαφορική διάγνωση του κώματος, την παρουσία μόνιμης και διαρκούς άπνοιας και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 34χρονης (GIV, PIII) διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας, σε ηλικία κύησης 22 εβδομάδων.

**Υλικό και μέθοδος:** 34χρονη (GIV, PIII) διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας, σε ηλικία κύησης 22 εβδομάδων, λόγω μη αναστρέψιμου εγκεφαλικού θανάτου της μητέρας και διδύμης κύησης (φυσική σύλληψη). Η επίτοκος μεταφέρθηκε σε πρωτοβάθμιο νοσοκομείο, λόγω αιφνίδιας εμφάνισης σπασμών και εμέτων (GCS = 4). Το ατομικό της αναμνηστικό ήταν ελεύθερο και δεν υπήρχε ιστορικό επιληψίας ή πρόσφατου τραυματισμού. Κλινικά, ήταν απύρετη και δεν παρουσίαζε λευκοκυττάρωση στον εργαστηριακό έλεγχο. Απεικονιστικά, στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου, ανευρέθηκε εκσεσημασμένο εγκεφαλικό οίδημα.

**Αποτελέσματα:** Διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας, όπου παρέμεινε διασωληνωμένη στη μονάδα εντατικής θεραπείας και γινώταν παρακολούθηση των εμβρύων. Σε ηλικία κύησης 23 εβδομάδων και 6 ημερών, τα έμβρυα παρουσίασαν αρτηριακή καρδιακή λειτουργία και αποβλήθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Η περίπτωση του μη αναστρέψιμου εγκεφαλικού θανάτου στην κύηση εγείρει ηθικά διλήμματα ως προς την υποστήριξη της μητέρας για να παραταθεί η κύηση και να βελτιωθεί η εμβρυική θνησιμότητα, ως προς το χρόνο περάτωσης της κύησης και ως προς το ενδεχόμενο περάτωσης της κύησης για την πιθανή βελτίωση της κατάστασης της μητέρας. Πέραν του ορίου των 24 εβδομάδων, στο οποίο επιτρέπεται νόμιμα η διακοπή της κύησης, εγείρονται τόσο ιατρικά, όσο και οικονομικά ζητήματα. Οι κήσεις κάτω των 23 εβδομάδων παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά μητρικής νοσηρότητας, καθώς και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αποτελεί σπάνια κατάσταση, η οποία ωστόσο απαιτεί ιδιαίτερη διαχείριση.

#### Βιβλιογραφία:

1. Εγκεφαλικός θάνατος. Ιατρικό Λεξικό. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatronet.gr/ia-triko-lexiko/egkefalikos-thanatos.html>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 2. Crane JM., Magee LA., Lee T., Synnes A., von Dadelszen P., Dahlgren L., De Silva DA., Liston R Maternal and perinatal outcomes of pregnancies delivered at 23 weeks' gestation. J Obstet Gynaecol Can. 2015 Mar;37(3):214-24. Διαθέσιμο στο:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26001868>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 3. Field DR., Gates EA., Creasy RK., Jonsen AR., Laros RK Jr. Maternal brain death during pregnancy. Medical and ethical issues. JAMA. 1988 Aug 12;260(6):816-22. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3392814>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 4. Chervenak FA., McCullough LB. Clinical management of brain death during pregnancy. J Clin Ethics. 1993 Winter;4(4):349-50. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7803836>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 5. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων. Διαθέσιμο στο: [http://www.eom.gr/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=13&Itemid=131&lang=el](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=13&Itemid=131&lang=el). Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 6. Frader JE. Have we lost our senses? Problems with maintaining brain-dead bodies carrying fetuses. J Clin Ethics. 1993 Winter;4(4):347-8. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7803835>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 7. Kantor JE., Hoskins IA. Brain death in pregnant women. J Clin Ethics. 1993 Winter;4(4):308-14. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7803825>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015.

#### AA-18. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Δημόπουλος Σ., Ελευθεριάδης Μ., Χριστόπουλος Π., Βαρβαγιάννης Ν., Κολοκυθάς Α., Λαμπρινουδάκη Ε., Χασιάκος Δ.

*Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Έρευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή, "Αρεταίειο" Νοσοκομείο*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση στην εγκυμοσύνη της συσχέτισης της παθολογικής από του στόματος καμπύλης σακχάρου με το εκτιμώμενο βάρος εμβρύου και το βάρος γέννησης των νεογνών.

**Υλικό και μέθοδος:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 308 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 308 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης σπριχίχθηκε με τα κριτήρια κατά coustan and carpenter. Η καμπύλη σακχάρου διενεργήθηκε την 24η-28η εβδομάδα της κύησης. Από το αρχείο ιδιωτικού κέντρου εμβρυομητρικής καταγράφηκαν το εκτιμώμενο βάρος εμβρύων (ewf) στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο κύησης. Το βάρος γέννησης νεογνών των γυναικών των δύο ομάδων καταγράφηκε με ερωτηματολόγιο (τηλεφωνικές συνεντεύξεις).

**Αποτελέσματα:** Στο δεύτερο τρίμηνο η εκτίμηση του βάρους του εμβρύου (efw) δίνει μέση τιμή (α) = 425,867 και μέση τιμή (β) = 427,87 αντίστοιχα με μη στατιστικά σημαντική διαφορά. Στο τρίτο τρίμηνο η μέση τιμή του εκτιμώμενου βάρους εμβρύου στην ομάδα (α) είναι 1865,21 και στην ομάδα (β) 1823,45. Η διαφορά αυτή στις μέσες τιμές είναι οριακά στατιστικά σημαντική p-value=0,069. Η μέση τιμή του βάρους νεογνών στην ομάδα (α) είναι 3206,44 και στην ομάδα (β) 3284,73 αντίστοιχα. Η διαφορά αυτή στις μέσες τιμές είναι οριακά στατιστικά σημαντική p-value=0,079.

**Συμπεράσματα:** Στο τρίτο τρίμηνο της κύησης η ομάδα της παθολογικής καμπύλης σακχάρου εμφανίζει μια τάση αύξησης της μέσης τιμής του εκτιμώμενου βάρους εμβρύου αλλά αυτό δεν επιβεβαιώνεται στο τελικό βάρος των νεογνών κατά την γέννηση, παρουσιάζοντας μάλιστα μια τάση αναστροφής.

#### AA-19. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΚΑΙ APGAR SCORE ΣΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Κορβέση Β., Πάσχου Ε., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

*Γ.Ν. Έδεσσας*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης apgar score (α. Σ.) και της ηλικίας κύησης του νεογνού που γεννήθηκε με καισαρική τομή (κτ).



**Υλικό & μέθοδος:** Υλικό της έρευνας αποτέλεσε το αρχείο της μ/γ κλινικής του γ. Ν. Έδεσσας για το 2014. Συγκεντρώθηκε και καταγράφεται πληθυσμός 94 νεογνών που γεννήθηκαν με κτ (επείγουσα ή προγραμματισμένη). Ο υπό μελέτη πληθυσμός χωρίστηκε σε έξι ομάδες βάσει ηλικίας κύησης (gw<36w, 36-36+, 37-37+ έως και 40-40+) και αυτές σε δύο επιμέρους βάσει του α. S. , [φυσιολογικό(8-10) ή χαμηλό α. S (<7)].

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της κύησης (gw) και το παρατηρούμενο α. S.  $P=0.022$ . Με σειρά αυξανόμενης συχνότητας το ποσοστό χαμηλού α. S. Που καταγράφηκε είναι : 4% στις 38w, 11% στις 37w, 12% στις 40w, 36% στις 39w και 50% στις gw<36.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της κύησης και το παρατηρούμενο α. S. Στον υπό μελέτη πληθυσμό. Το μικρό ποσοστό χαμηλού α. S στην ομάδα 38w αποδίδεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη αφορά κυρίως σε προγραμματισμένες κτ. Αντίστοιχα το υψηλό ποσοστό χαμηλού α. S στην ομάδα 36w σχετίζεται άμεσα με την προωρότητα του εμβρύου.

#### AA-20. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΣΕ ΕΜΒΡΥΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΠΟΒΟΛΗ ΠΡΩΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Παπαδοπούλου Θ.<sup>1,2</sup>, Βλαχάδης Ν.<sup>1,2</sup>, Μανωλάκος Ε.<sup>3</sup>, Καλανταρίδου Σ.<sup>4</sup>, Μαστοράκος Γ.<sup>1</sup>, Βραχνής Ν.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Γυναικολογίας, Μαιευτικής και Περιγεννητικής Ιατρικής, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Αθήνα, <sup>3</sup>Εργαστήριο Κλινικής Γενετικής "ATG, Access to Genome", Αθήνα, <sup>4</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ιωάννινα

**Σκοπός:** Οι αυτόματες αποβολές αποτελούν την συχνότερη επιπλοκή των κύσεων και σε >80% των περιπτώσεων συμβαίνουν <12 εβδομάδες. Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες αποτελούν το συχνότερο αίτιο (~50% των περιπτώσεων). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της κυτταρογενετικής ανάλυσης των προϊόντων αυτόματης αποβολής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν συνολικά 198 έμβρυα από αυτόματη αποβολή μονήρους κύησης με κλασική κυτταρογενετική ανάλυση μετά από καλλιέργεια των προϊόντων αποβολής (για κάθε δείγμα έγιναν δύο καλλιέργειες σύμφωνα με το πρωτόκολλο), ενώ στις περιπτώσεις χωρίς αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε η QF-PCR. Όλα τα δείγματα προϊόντων αποβολής συνοδεύονταν από δείγμα αίματος της μητέρας για αποκλεισμό της επιμειξίας. Οι γενετικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στο εργαστήριο ATG.

**Αποτελέσματα:** Σε 83 έμβρυα διαπιστώθηκαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες (41,9%). Η διάρκεια κύησης ήταν 7-12 εβδομάδες (Μ.Ο.:7,8±1,1) και η ηλικία της μητέρας ήταν 25-42 ετών (Μ.Ο.:35,0±4,6). Η αναλογία των φύλων (άρρενα/θήλεα) ήταν 1,45. Σε 8 περιπτώσεις διαπιστώθηκαν δομικές ανωμαλίες (9,6%). Η συχνότερη καρουτυπική ανωμαλία ήταν η αυτοσωματική τρισωμία (45 έμβρυα:54,2%, συχνότερες οι τρισωμίες 16 και 22, από 7 περιπτώσεις). 9 έμβρυα (10,8%) έπασχαν από ανευπλοειδία των φυλετικών χρωμοσωμάτων (όλα 45,X). Σε 7 προϊόντα αποβολής διαπιστώθηκε μωσαϊκό (5 με 45,X/46,XX και 2 με 46,XY/46,XX). 12 έμβρυα διαγνώστηκαν με τριπλοειδία (5 άρρενα 69,XXY και 7 θήλεα 69,XXX). Τέλος διαπιστώθηκε ένα έμβρυο με διπλή τρισωμία (14 και 21) και μία περίπτωση διπλής υπεραριθμίας αυτοσωματικού και φυλετικού χρωμοσώματος (XXY με συνύπαρξη τρισωμίας 18).

**Συμπεράσματα:** Η κυτταρογενετική ανάλυση των προϊόντων των

αυτόματων αποβολών είναι σημαντική ως πρώτο βήμα της διερεύνησης για την παροχή σχετικής συμβουλευτικής ώστε να αποφεύγονται μη αναγκαίες ή πλημμελώς τεκμηριωμένες περαιτέρω εξετάσεις και θεραπείες.

#### AA-21. ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τσιτσής Β., Τσοκάκη Θ., Κομώτης Ι., Γαλανοπούλου Σ.

Γ. Ν. Πύργου "Ανδρέας Παπανδρέου"

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η διάταση της εμβρυϊκής νεφρικής πυέλου αποτελεί σύνηθες εύρημα στον προγεννητικό υπερηχογραφικό έλεγχο. Η πλειοψηφία των εμβρύων και των νεογνών με αυτό το εύρημα δεν έχουν αληθή απόφραξη, ωστόσο μπορεί να αποτελεί ένδειξη ουρολογικής ανωμαλίας που χρήζει έγκαιρης παρέμβασης και αντιμετώπισης. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί περιστατικό εκσεσημασμένης υδρονέφρωσης θήλεος εμβρύου και το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Σε θήλυ έμβρυο 31χρονης πρωτοτόκου εγκύου διαγνώστηκε στο υπερηχογράφημα δευτέρου επιπέδου κυστικό μόρφωμα δεξιού τεταρτημορίου κοιλίας, διαστάσεων 20x22mm. Στη διαφορική διάγνωση τέθηκε: κύστη ΔΕ νεφρού, βαριά υδρονέφρωση, κύστη μεσεντερίου, κύστη ωοθήκης. Στις 28 εβδομάδες κύησης το κυστικό μόρφωμα είχε αυξητική τάση (59x50mm) με συνοδό υδράμνιο. Η ασθενής είχε συνοδό παθολογία υπεραστική νόσο κύησης, σακχαρώδη διαβήτη κύησης υπό ινσουλίνη και διάταση αριστερού πυελοκαλυκτικού συστήματος. Στις 38 εβδομάδες οι διαστάσεις της κύστης είχαν φτάσει 67x68mm, αποφασίστηκε να περατωθεί η κύστη με καισαρική τομή, οπότε γεννήθηκε θήλυ έμβρυο 3360 γραμμάρια και καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Σε άμεσο υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε μορφολογία διπλού πυελοκαλυκτικού συστήματος δεξιού νεφρού με εκσεσημασμένη υδρονέφρωση του άνω τμήματος, ενώ σπινθηρογράφημα με τεχνήτιο 6 μήνες μετά, ανέδειξε βαριά υδρονέφρωση δεξιού νεφρού σε έδαφος διπλού απεκκριτικού συστήματος με απόφραξη κατά το άνω τμήμα αυτού. Το λειτουργικό παράγχυμα του νεφρού ήταν σημαντικά ελαττωμένο.

**Συμπεράσματα:** Ο διπλασιασμός του πυελοκαλυκτικού συστήματος, μερικός ή ολικός, συνιστά μια από τις πιο συχνές ανωμαλίες του ουρογεννητικού συστήματος (0,8 - 5%). Τα θήλεα προσβάλλονται συχνότερα από τα άρρενα έμβρυα. Το διατεταμένο άνω τμήμα του νεφρού προσομοιάζει με μεγάλη κύστη ή με υδρονέφρωση όλου του παρεγχύματος. Η υπερηχογραφία αποτελεί αναμφίβολα αποτελεσματικό εργαλείο προγεννητικά, ωστόσο η οριστική διάγνωση του διπλασιασμού της νεφρικής πυέλου συνήθως τίθεται μετά τον τοκετό. Διατάσεις της νεφρικής πυέλου >10mm χρήζουν διερεύνησης. Σε περίπτωση εκσεσημασμένης μεγέθυνσης της εμβρυϊκής κοιλίας, η καισαρική τομή προτιμάται για την αποφυγή πιθανής δυστοκίας σε κοιλιακό τοκετό και την περαιτέρω βλάβη αυτών των ζωτικών οργάνων.

#### AA-22. ΕΓΚΥΕΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΩΣ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ζούκας Α.<sup>1</sup>, Παπαμανώλης Β.<sup>1</sup>, Μπράβου Κ.<sup>1</sup>, Φανουργιάκης Α.<sup>2</sup>, Ντάβου Π.<sup>2</sup>, Σεργεντάνης Θ.<sup>1</sup>, Παράσχου Ν.<sup>3</sup>, Μακρυγιάννη Α.<sup>3</sup>, Κομπάς Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Π.Γ.Ν. - Μαι-

ενηγόιο «Ελενα Βενιζέλου», <sup>3</sup>Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου

**Σκοπός εργασίας:** Κατά την προσέλευση γυναικών με συμπτωματολογία πρόωρου τοκετού να ερευνησουμε κατά πόσο η μέτρηση του μήκους τραχήλου αποτελεί αξιόπιστο δείκτη πρόγνωσης της εξέλιξης της κύησης έτσι ώστε να γίνει η νοσηλεία στη Μαιευτική Κλινική του Γ. Ν. Κορίνθου και να μην χρειαστεί να γίνει μεταφορά in utero σε Τριτοβάθμιο Νεογνολογικό Κέντρο (TNK). Υλικό και μέθοδος: Έγκυες μεταξύ 28+0 έως 34+6 εβδ. που προσήλθαν με αέθραιους υμένες και παρουσίασαν πρόωρες συσπάσεις μήτρας, διάρκειας 30" με συχνότητα 4 ωδινών στα 30'. Αποκλείστηκαν όσες είχαν πολύδυμη κύηση, πρόωρη ρήξη υμένων, περιέδση τραχήλου, ανωμαλίες μήτρας, διαστολή τραχήλου  $\geq 3$  εκ., προδρομικό πλακούντα, αποκόλληση πλακούντα, IUGR, προεκλαμψία ή άλλες ενδείξεις τετρατισμού της κύησης. Στις παραπάνω γυναίκες έγινε διακολπική US μέτρηση του μήκους τραχήλου. Κριτήριο εισαγωγής στη Μαιευτική Κλινική του Γ.Ν. Κορίνθου ήταν το μήκος τραχήλου να είναι  $\geq 20$ mm ενώ κάτω απ' αυτό το όριο παραπέμφθηκαν σε TNK. Τελικώς, σε 72 έγκυες που νοσηλεύσαμε, χορηγήσαμε τοκολυτική αγωγή και έγινε παρακολούθηση της πορείας τους επί 7ήμερο.

**Αποτελέσματα:** Από τις 72 έγκυες, 2 διακομίσθηκαν επειγόντως σε TNK πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας, 57 (79.17%) παρέμειναν ελεύθερες συμπτωμάτων επί 48ωρο μετά την ολοκλήρωση της τοκολυτικής αγωγής και έλαβαν εξιτήριο με οδηγίες, ενώ τέλος άλλες 12 γυναίκες (16.67%) διακομίσθηκαν εντός του 7ημέρου σε TNK. Τελικά 5 έγκυες (ποσοστό 7,04%) από τις 71 συνολικά, μιας και από μία δεν είχαμε πληροφόρηση σχετικά με την πορεία της εξέλιχθηκαν σε πρόωρο τοκετό σε διάστημα μικρότερο της μιας εβδομάδας.

**Συμπεράσματα:** Η μέτρηση του μήκους τραχήλου, επί συμπτωμάτων πρόωρου τοκετού στο γ' τρίμηνο της κύησης αποτελεί αξιόπιστο δείκτη πρόγνωσης της εξέλιξης της κύησης έτσι ώστε να δοθεί η κατάλληλη αγωγή και να επιλεγούν με ασφάλεια τα περιστατικά που θα παραμείνουν για νοσηλεία σε επαρχιακό νοσοκομείο.

## AA-23. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ – ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ

Βαντζησαλάτας Γ. Σ., ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η δυτική κουλτούρα του 21ου αιώνα μέχρι αρκετά πρόσφατα πίστευε ότι γίνεται κανείς γονιός αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού του και ότι το έμβρυο δεν έχει σημαντικές εμπειρίες μέσα στη μήτρα. Αυτή η άποψη υποστηριζόταν και υποστηρίζεται από επιστήμονες του ιατρικού κόσμου οι οποίοι ορίζουν το έμβρυο ως μια κυρίως εγκεφαλική οντότητα που είναι ανεπαρκής ακόμη να καταγράψει μνήμες, να νιώσει συναισθήματα, να μάθει και να βιώσει ψυχικά τραύματα. Έτσι η εγκυμοσύνη σε άτομα που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη της ζωής μέσα στη μήτρα καθώς οι αισθήσεις του εμβρύου αναπτύσσονται αρκετά νωρίς και η ζωή του μέσα σ' αυτή είναι ενεργής και γεμάτη με ανταλλαγές πληροφοριών. Δίαιλος αυτής της επικοινωνίας είναι η μητέρα η οποία μέσω των χημικών υγρών διοχετεύει στο έμβρυο πληροφορίες. Η επίδραση όμως της ψυχικής υγείας δεν επηρεάζει το βρέφος.

**Υλικο-μέθοδος:** Απετέλεσε η πλήρης και ενδελεχής ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω medline και pubmed.

**Αποτελέσματα:** Μας έδειξαν ότι: αισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, η αγάπη, η ελπίδα μπορούν χημικά να αλλάξουν τη γενετική έκφραση του εμβρύου. Οι μοριακοί διακόπτες ρυθμίζουν τη μεταβολική συμπεριφορά του οργανισμού. Οι σωματικές αντιδρά-

σεις στο περιβάλλον περιλαμβάνουν ρυθμίσεις του νευρικού συστήματος των ενδοκρινολογικών οργάνων και του καρδιολογικού, αναπνευστικού, πεπτικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η αντίληψη του γονέος για τον κόσμο μεταδίδεται "χημικά" μέσω του πλακούντα. Μ' αυτό τον τρόπο το έμβρυο υποθεται "χημικά" από τη μήτρα ακόμα τις γονεϊκές αντιλήψεις καθώς και η συμπεριφορά του προγραμματίζεται σύμφωνα με αυτές. Έτσι η μήτρα είναι ένα περιβάλλον που διεγείρει τόσο τις αισθήσεις όσο και τα συναισθήματα του εμβρύου. Η πρώτη κίνηση που συμβολίζει την ίδια τη ζωή είναι ο χτύπος της καρδιάς και ακούγεται γύρω στις 3wks μετά τη σύλληψη. Στην 6η με 10η εβδομάδα παρατηρούμε κινήσεις κυκλικές του κεφαλιού, των άνω άκρων και κάτω άκρων. Η αφή: πειράματα έδειξαν ότι η ευαισθησία του δέρματος γενιεύεται στην περιοχή των μηρογεννητικών πτυχών και γεννητικών οργάνων στις 10 εβδομάδες, στις παλάμες των άνω άκρων στις 11 εβδομάδες και στα πέλματα των κάτω άκρων στις 12 εβδομάδες. Στις 27 εβδομάδες όλη η περιοχή της κοιλίας και των γλουτών ενώ στις 32 εβδομάδες σχεδόν όλο το σώμα είναι πλήρως ευαίσθητο. Η γεύση: οι οργανικές δομές έδειξαν ότι για τη γεύση είναι διαθέσιμες στις 14 εβδομάδες με μεγάλη κατάποση στις γλυκές και λιγότερο στις πικρές γεύσεις. Η οσμή: η ρίνα αναπτύσσεται πλήρως μεταξύ της 11ης και 15ης wks. Το αμνιακό υγρό που περιβάλλει το έμβρυο καλύπτει τις στοματικές, ρινικές, φαρυγγικές κοιλότητες και μ' αυτό τον τρόπο το μωρό αναπνέει και καταπίνει καθώς τα προϊόντα που καταναλώνει η μητέρα προσεγγίζουν το μωρό μέσω του πλακούντα και του αίματος που ρέει στα τριχοειδή αγγεία της ρινικής βλέννης. Η ακοή: επιστημονικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι φωνές φτάνουν στη μήτρα της εγκύου και δεν απομονώνονται απ' τον πλακούντα. Ο τόνος της φωνής, ο ρυθμός και η μουσική προσεγγίζουν το έμβρυο χωρίς σημαντικές αλλοιώσεις. Η φωνή της μητέρας είναι ιδιαίτερα πιο δυνατή από κάθε άλλο εξωτερικό ήχο γιατί μεταφέρεται στη μήτρα κατευθείαν μέσω του δικού της σώματος. Η όραση: γνωρίζουμε ότι εξελίσσεται σταθερά κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, τη στιγμή της γέννησης η όραση του νεογέννητου είναι τέλεια κεντραρισμένη από τις 8 έως τις 12 ίντσες, δηλαδή όσο είναι η απόσταση του προσώπου της μητέρας από το μωρό στο θηλασμό. Στη μήτρα τα μάτια του εμβρύου παραμένουν κλειστά μέχρι την 26η εβδομάδα κύησης. Τα όνειρα και τα έμβρυα: τα έμβρυα ονειρεύονται από την 23η εβδομάδα κύησης. Έρευνες έχουν φανερώσει έντονη "ονειρική" δραστηριότητα που απασχολεί το 100% της ώρας του ύπνου όταν είναι 30 εβδομάδων. Το ποσοστό σταδιακά μειώνεται στο 50% στην 32η με 33η εβδομάδα κύησης. Κατά τη διάρκεια του ονείρου συγχρονίζονται οι μύες του προσώπου και εκδηλώνουν ανάλογα ευχάριστες οι δυσάρεστες εκφράσεις. Μνήμη εμβρύου-ανθρωπίνου όντος: σύμφωνα με την ψυχολογία τις πρώτες μνήμες μας τις έχουμε στα 3 χρόνια μας. Ωστόσο, η αυξανόμενη διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η μνήμη μας αρχίζει απ' τον πρώτο χρόνο ζωής και από την προγεννητική περίοδο.

συμπεράσματα-συζήτηση: το σημαντικό μήνυμα που προκύπτει είναι ότι τα μωρά στην μήτρα είναι ενεργητικοί δείκτες σε εγρήγορη σ' ότι αφορά το εξωτερικό τους περιβάλλον. Η μητέρα αποτελεί το πρώτο σχολείο μάθησης όπου αναπτύσσονται οι αισθήσεις τους και η ζωή μέσα της. Μ' αυτό τον τρόπο πρόωρα και νεογέννητα μωρά φτάνουν στον κόσμο, έχοντας ήδη λάβει και στείλει τα μηνύματά τους, πριν ακόμα μάθουν να σχετίζονται με την καθημερινή και επίσημη γλώσσα τους. Είναι μια ανακάλυψη που μας καθιστά πιο υπεύθυνους και αν μη τι άλλο πιο συνειδητοποιημέ-

νους για το τι συναισθήματα, αντιλήψεις και συμπεριφορές μεταφέρουμε στο έμβρυο. Καθότι, η εγκυμονούσα θα πρέπει να έχει μία σταθερή ψυχική υγεία και όχι διακυμάνσεις. Εάν υπάρχουν όμως προβλήματα ο γυναικολόγος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό της μπορούν να φέρουν εις πέρας την εγκυμοσύνη.

#### AA-24. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΘΗΛΑΣΜΟΣ-ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ Χαντζησαλάτας Γ. Σ., ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του μαστού κατά την εγκυμοσύνη ορίζεται όταν η διάγνωση γίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης ή μέσα στο πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό. Τα ζητήματα που προκύπτουν δεν αφορούν μόνο στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, αλλά και στην επίπτωση των θεραπευτικών χειρισμών στο έμβρυο, στο συγχρονισμό της θεραπείας και στην επίπτωση μελλοντικής γονιμότητας. Επίσης, σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού δεδομένου του νεαρού της ηλικίας της ασθενούς και της ευαίσθητης περιόδου της ζωής τους.

**Επιδημιολογία:** Επιδημιολογικά, σε γυναίκες ηλικίας <50 ετών, περίπου 2,6% των καρκίνων του μαστού διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια της κύησης ή κατά τον επόμενο χρόνο. Σε γυναίκες ηλικίας <30 ετών, το 10%-20% των καρκίνων μαστού σχετίζονται με την κύηση. Γυναίκες με μετάλλαξη των γονιδίων *brca1* και *2* συναντώνται συχνότερα στην ηλικιακή αυτή ομάδα. Όσο ο μέσος όρος ηλικίας για την απόκτηση του πρώτου παιδιού αυξάνεται, αναμένεται αύξηση των περιπτώσεων, καθώς εμφανίζεται και μια τάση μείωσης του μέσου όρου ηλικίας για την εμφάνιση καρκίνου μαστού.

**Διάγνωση:** Ο καρκίνος του μαστού στην έγκυο γυναίκα παρουσιάζεται όπως και στη μη έγκυο, σαν ψηλαφητή μάζα ή σαν σκληρόα. Οι φυσιολογικές αλλαγές στην εγκυμοσύνη καθυστερούν συχνά τη διάγνωση. Το 80% των ψηλαφητών ευρημάτων κατά την κύηση αφορούν σε καλοήθεις παθήσεις όπως είναι τα ινοαδενώματα, γαλακτοκήλες, αδενώματα, κύστες. Σημαντική είναι η λήψη ιστορικού, που δίνει στοιχεία για το οικογενειακό ιστορικό, όπως και για τον χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων. Γενικά, ψηλαφητό νέο εύρημα που παραμένει έπειτα από δύο εβδομάδες, ελέγχεται. Η μαστογραφία δεν αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της κύησης, με κατάλληλη κάλυψη της κοιλιακής χώρας. Η ακτινοβολία στην οποία εκτίθεται το έμβρυο είναι περίπου 0,4 mrad (όριο ασφαλείας 5 rad). Το πρόβλημα είναι η μειωμένη ευαισθησία της μαστογραφίας λόγω των αλλαγών κατά την κύηση (αυξημένη πυκνότητα, με μείωση λιπώδους ιστού). Το υπερηχογράφημα είναι πολύ βοηθητικό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη διαφορική διάγνωση μεταξύ κύστεως και συμπαγούς μορφώματος και δεν έχει καμία επίδραση στο έμβρυο. Στην εγκυμοσύνη οι περισσότερες βλάβες είναι χαμηλής διαφοροποίησης και μερικές φορές λανθασμένα δίνονται σε καλοήθεις στο υπερηχογράφημα. Για το λόγο αυτό πάντα γίνεται περαιτέρω έλεγχος. Η ασφάλεια του σκιαγραφικού της *mg* (*gadolinium*) δεν έχει πλήρως εξακριβωθεί. Πάντως, σε μικρές σειρές σε εγκύους που υπερβλήθηκαν σε *mg* για άλλους λόγους, δεν έχουν αναφερθεί σημαντικές παρενέργειες. Μέχρι να εξακριβωθεί η ασφάλεια της, η *mg* συνίσταται σε περιπτώσεις που διαγιγνώσκονται μετά τον τοκετό. Ένα επιπλέον πρόβλημα κατά την κύηση είναι η προηγμένη θέση στην οποία τοποθετείται η ασθενής κατά την *mg*.

Η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιώνεται με *fn* (βιοψία δια λεπτής βελόνης) και κυτταρολογική, ή βιοψία με τέμνουσα βελόνη (*core biopsy*) και ιστολογική. Ο κυτταρολόγος/παθολογοανατόμος πρέπει να ενημερώνεται ότι το δείγμα προέρχεται από έγκυο γυναίκα, διότι κατά τη διάρκεια της κύησης συμβαίνουν στο μαστό κυτταρικές αλ-

λαγές, όπως αυξημένη κυτταροβριθεία και ανισοπυρήνως, που μπορεί να οδηγήσουν σε ψευδώς θετική διάγνωση. Ιστολογικά οι όγκοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνότερα (84%) χαμηλής διαφοροποίησης και με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς. Όσον αφορά στην υπερέκφραση του *hbb2*, άλλες μελέτες δείχνουν αύξηση των θετικών περιπτώσεων στις εγκύους, ενώ σε άλλες όχι.

Η σταδιοποίηση είναι σημαντική για τον προγραμματισμό της θεραπείας, όμως τροποποιείται στην έγκυο γυναίκα. Στις εξετάσεις αίματος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η φυσιολογική αναιμία στην κύηση και ίσως κάποια φυσιολογική αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης. Επίσης οι δείκτες κακοήθειας δεν είναι αξιόπιστοι και επηρεάζονται από την κύηση. Οι συχνότερες μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού αφορούν στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στα οστά. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να γίνει με κατάλληλη κάλυψη της μήτρας, το ήπαρ ελέγχεται με υπερηχογράφημα και, αν υπάρχει υπόψια για νόσο οστών, μπορεί να γίνει *mg* χωρίς σκιαγραφικό. Η αξονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα οστών δεν ενδείκνυται κατά την κύηση. Για το σπινθηρογράφημα οστών δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια του, αλλά αν υπάρχει σοβαρή υποψία μετάστασης στα οστά από τις άλλες εξετάσεις, που θα μας αλλάξει το σχεδιασμό της θεραπείας, μπορεί να γίνει με πολλή ενυδάτωση της ασθενούς.

**Θεραπεία:** η θεραπεία του καρκίνου του μαστού ως γνωστόν συνίσταται στη χειρουργική επέμβαση, στη χημειοθεραπεία, στην ακτινοθεραπεία και στην ορμονοθεραπεία. Σε περίπτωση υπερέκφρασης του *hbb2* γίνεται στοχευμένη θεραπεία με αντισώματα όπως το *trastuzumab* (*herceptin*). Σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου προτιμάται πολλές φορές η προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια της κύησης πρέπει να γίνει προγραμματισμός της θεραπείας και του τοκετού, συχνά με πρόκληση. Πρέπει να δοθεί η κατάλληλη αγωγή στη μητέρα, ενώ συγχρόνως προφυλάσσεται το έμβρυο. Η χειρουργική θεραπεία και η αναισθησία είναι απόλυτως ασφαλείς κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι περισσότεροι αποφεύγουν τη χειρουργική επέμβαση στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, που η πιθανότητα αυτόματης αποβολής είναι αυξημένη. Η προτιμητέα επέμβαση είναι η μαστεκτομή, λόγω αντένδειξης της ακτινοθεραπείας. Αυτό δεν είναι απόλυτο και σε ασθενείς στο τρίτο τρίμηνο μπορεί να γίνει συντηρητική χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία μετά τον τοκετό. Επίσης σε ασθενείς 2ου τριμήνου, που θα υποβληθούν σε χημειοθεραπεία, η τεταρτεκτομή δεν αντενδείκνυται εφόσον η ακτινοθεραπεία χρονικά τοποθετείται μετά τον τοκετό. Ο έλεγχος των λεμφαδένων της μασχάλης αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της χειρουργικής του μαστού. Τελευταία, σε κλινικά αψηλάφητους λεμφαδένες γίνεται αρχικά έλεγχος του φρουρού λεμφαδένα και επιπλέον καθαρισμός μόνο σε περίπτωση που αυτός είναι θετικός. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βιοψίας του φρουρού λεμφαδένα κατά την κύηση έχει συζητηθεί αρκετά. Η ακτινοβολία στην οποία εκτίθεται το έμβρυο είναι μικρή (μέχρι 4,3 *mg*), οπότε δεν αντενδείκνυται. Οι μελέτες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μικρές και αναδρομικές, οι οδηγίες εξατομικεύονται, με αποφυγή σύμφωνα με την *ncpn* της βιοψίας του φρουρού λεμφαδένα πριν από τις 30 εβδομάδες. Η χρήση των χρωστικών *isosulfan blue* και *blue de methylene* πρέπει να αποφεύγεται για τον κίνδυνο αλλεργικών αντιδράσεων. Ο θηλασμός αποφεύγεται κατά τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Όλα τα φάρμακα απεκκρίνονται στο γάλα και μπορεί να προκαλέσουν ουδετεροπενία στο νεογνό.

**Χημειοθεραπεία:** η χημειοθεραπεία είναι μορφή συστηματικής θεραπείας που χορηγείται όταν υπάρχουν ορισμένα κριτήρια από την ιστολογική και μοριακή ανάλυση του όγκου. Τα περισσότερα

χημειοθεραπευτικά επηρεάζουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Το fda κατατάσσει τα φάρμακα σε 4 κατηγορίες αναλόγως της ασφάλειας χορήγησης τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα περισσότερα ανήκουν στην κατηγορία d (θετικές ενδείξεις για κίνδυνο στο ανθρώπινο έμβρυο, αλλά η ωφέλεια σε ορισμένες καταστάσεις τα καθιστά κατάλληλα παρά τους κινδύνους). Τα δεδομένα που υπάρχουν ως τώρα δείχνουν ότι είναι ασφαλή στο δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Η πιθανότητα ανωμαλιών του εμβρύου έπεται από χορήγηση στο α' τρίμηνο είναι 14%-19%, ενώ στο β' και γ' τρίμηνο 1,3%. Επομένως η χορήγηση τους αντενδείκνυται φάρμακα που ανταγωνίζονται το φυλλικό οξύ, όπως η methotrexate, που προκαλεί τερατογένεση και αποβολές. Επομένως δε χορηγείται το σχήμα cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil (cmf). Τα περισσότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι οι ανθρακνκλίνες (doxorubicin και epirubicin) και οι ταξάνες (paclitaxel και docetaxel). Για τις τελευταίες δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα, οπότε συνίσταται η εβδομαδιαία χορήγηση paclitaxel μετά το α' τρίμηνο μόνο όταν κλινικά κρίνεται απαραίτητο, όπως σε αποτυχία άλλων σχημάτων. Η χημειοθεραπεία αποφεύγεται μετά τις 35 εβδομάδες κύησης ή λιγότερο από 3 εβδομάδες από τον προγραμματισμένο τοκετό, για αποφυγή αιματολογικών προβλημάτων στο νεογνό. Η μεγαλύτερη μελέτη προέρχεται από το m. D anderson, με 57 γυναίκες που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έλαβαν fac (5-fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide) σε έγχυση εντός 72 ωρών. Από τις γυναίκες αυτές 3 βρίσκονται με υποτροπή, 12 απεβίωσαν από τη νόσο και οι υπόλοιπες είναι ελεύθερες νόσου. Ο μέσος όρος ηλικίας κύησης κατά τον τοκετό ήταν 37 εβδομάδες. Δεν αναφέρθηκαν νεογνικοί θάνατοι. Τα νεογνά ήταν υγιή εκτός από ένα με σκελετικές ανωμαλίες και ένα με σύνδρομο down. Οι δόσεις της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από το βάρος της ασθενούς όπως και στη μη έγκυο. Δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τη φαρμακοκινητική των χημειοθεραπευτικών κατά τη διάρκεια της κύησης. Ο μεταβολισμός αυτών των φαρμάκων πιθανότατα επηρεάζεται λόγω φυσιολογικών αλλαγών στην εγκυμοσύνη (αυξημένος όγκος πλάσματος, αλλαγές στη νεφρική και ηπατική λειτουργία). Η χορήγηση βιολογικών παραγόντων όπως trastuzumab δεν ενδείκνυται λόγω έλλειψης επαρκών στοιχείων σχετικά με την ασφάλεια τους κατά την κύηση και, όταν είναι απαραίτητα, χορηγούνται μετά τον τοκετό. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις με ανυδράμιο ή ολιγοϋδράμιο κατά τη χορήγηση του στη κύηση. Η ορμονοθεραπεία με tamoxifen, που είναι γνωστό τερατογόνο, αναβάλλεται για αμέτα τον τοκετό.

**Πρόγνωση:** υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα: οι παλαιότερες μελέτες δείχνουν χειρότερη πρόγνωση κατά τη διάρκεια της κύησης, νεότερες μελέτες δεν δείχνουν στατιστικά σημαντικά χειρότερη πρόγνωση για ασθενείς που η διάγνωση έγινε κατά τη διάρκεια της κύησης, όταν τις συνέκριναν με ασθενείς ίδιου σταδίου και χαρακτηριστικών το όγκου. Η εγκυμοσύνη μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση και μερικές μελέτες δείχνουν μειωμένη πιθανότητα υποτροπής σχετικά με εκείνες που δεν είχαν εγκυμοσύνη μετά τη διάγνωση. Αυτό μπορεί να είναι ζητήματα επιλογής, μόνο εκείνες με καλύτερη πρόγνωση αποφασίζουν κύηση. Καλό είναι να περιμένουν 2-3 χρόνια. Η μελλοντική γονιμότητα πρέπει να συζητηθεί με το ζευγάρι κατά το σχεδιασμό της θεραπείας. Τα χημειοθεραπευτικά μπορεί να επηρεάσουν τη γονιμότητα ακόμη και αν οι κύκλοι της γυναίκας επανέλθουν. Η προσωρινή φαρμακευτική εμμηνόπαυση κατά τη διάρκεια της

θεραπείας δεν είναι σίγουρο κατά πόσο προστατεύει την ωοθήκη. Η συζήτηση πρέπει να γίνει με ειδικό και να συζητηθεί η επιλογή κατάψυξης εμβρύων, ωαρίων ή ωθηθιακού ιστού, όπως και η πιθανότητα της παρθένης μήτρας στο μέλλον. Γενικά κατά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία των ογκολόγων με το γυναικολόγων. Απαραίτητος κρίνεται επίσης ο έλεγχος των μαστών στην αρχή της κύησης, αλλά και σε κάθε τρίμηνο. Σχεδιασμός θεραπείας, οδηγίες, nccn guidelines version 3. 2013

- 1ο τρίμηνο κύησης. Συζήτηση με το ζευγάρι, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής της διακοπής της εγκυμοσύνης, η οποία πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι θεραπευτική και δεν επηρεάζει την πορεία τη νόσου. Αν η εγκυμοσύνη συνεχιστεί, προτείνεται μαστεκτομή με σταδιοποίηση μασχάλης. Η χημειοθεραπεία, αν χρειάζεται, αρχίζει το 2ο τρίμηνο. Ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία, κατόπιν ενδείξεων, μετά τον τοκετό.
- 2ο τρίμηνο κύησης και αρχή 3ου τριμήνου. Αναλόγως του σταδίου και της επιθυμίας της ασθενούς, συνίσταται μαστεκτομή ή τεταρτεκτομή, με σταδιοποίηση της μασχάλης και στις δύο περιπτώσεις και έναρξη χημειοθεραπείας. Αν χρειάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία αυτή γίνεται με ασφάλεια, ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση, αναλόγως κλινικών κριτηρίων, μετά τον τοκετό. Ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία, μετά τον τοκετό.
- 3ο τρίμηνο, προχωρημένο και πριν από τις 35 εβδομάδες κύησης. Μαστεκτομή ή τεταρτεκτομή, με σταδιοποίηση μασχάλης. Η επικουρική θεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, εφόσον είναι απαραίτητα, αναβάλλονται για μετά τον τοκετό.

#### Βιβλιογραφία:

1. Keleher a, et al. The safety of lymphatic mapping in pregnant breast patients using tc-99m sulfur colloid. The breast journal 2004; 10: 492-495.
2. Doll d, et al. Antineoplastic agents in pregnancy. Semin oncol 1989; 16: 337-346.
3. Hahn k, johnson p, gordon n, et al. Treatment of pregnancy breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero. Cancer 2006 ;107:1. 219-1. 226.
4. Amant f, von minckwitz g, et al. Prognosis of woman with primary breast cancer diagnosed during pregnancy: results from an international collaborative study. J clin oncol, april 22, 2013 (epub ahead of print).
5. Monteiro dl, trajano aj, et al. Breast cancer during pregnancy and chemotherapy. A systematic review. Res assoc bras, 2013;59(2):174-180
6. Loibl s, han sn, et al. Treatment of breast cancer during pregnancy: an observational study. Lancet oncol 2012 ; sep 13(9):887-896.
7. Amant f, loibl s, et al. Breast cancer in pregnancy. Lancet 2012; feb 11:379 (9. 815):5. 709.
8. Johansson, et al. Stage at diagnosis and mortality in women with pregnancy-associated breast cancer (pabc). Breast cancer res treat 2013, may ;139 (1):183-192.
9. Ali sa, et al. Survival outcomes in pregnancy associated breast cancer: a retrospective case control study. Breast j 2012 ; mar- apr, 18(2): 139-144.
10. Litton jk, warneke cl, et al. Case control study of women treated with chemotherapy during pregnancy as compared with non pregnant patients with breast cancer. Oncologist 2013;18(4):369-376.
11. National comprehensive cancer network (nccn). Guidelines, breast cancer during pregnancy. Version 3. 2013

#### AA-25. ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΩΡΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στρατουδάκης Γ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Μπαρμπουνάκη Σ., Χατζηπέτρον Α., Ζουρίδης Α., Δασκαλάκης Γ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Γ Ν Χανίων «Άγιος Γεώργιος»*

**Εισαγωγή:** Η κίνηση και η απόδοση των μαιευτηρίων θα μπορούσε να αξιολογηθεί συνολικά σε ένα εικοσιτετράωρο ή να χωριστεί σε πρωινό (07:00-15:00), απογευματινό (15:00-23:00) και νυχτερινό ωράριο (23:00-07:00), σύμφωνα με τις βάρδιες του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ανάγκες στο ιατρικό προσωπικό στις διάφορες βάρδιες της ημέρας και η έλλειψη ύπνου μπορεί να επηρεάσει τις χειρουργικές ικανότητες με αποτέλεσμα και τη χειρουργική έκβαση. Μελέτες έχουν δείξει ότι η απόφαση για τη διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει και το ποσοστό των ιατρικών λαθών να αυξηθεί σε σχέση με τη στέρηση ύπνου και τη σωματι-

κή κούραση. Τα στοιχεία που αφορούν τη σχέση μεταξύ της ώρας που πραγματοποιείται ο τοκετός και ο τρόπος τοκετού παραμένουν διαφορούμενα. Σε πολυκεντρική μελέτη μονάδων περιγεννητικής φροντίδας που ασχολήθηκαν με τις καισαρικές τομές δεν παρατήρησαν διαφορά στην ώρα της ημέρας που να αυξάνονται οι μητρικές και νεογνικές επιπλοκές, ενώ σε άλλη μελέτη βρέθηκε σημαντική αύξηση της σύνθετης νοσηρότητας νεογνικών επιπλοκών και θανάτων στις περιπτώσεις τοκετού τη νύκτα σε σχέση με την ημέρα. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι σχέσης μεταξύ της ώρας που εκτελείται μια επείγουσα και μη προγραμματισμένη καισαρική τομή και των βραχυπρόθεσμων επιπλοκών της καισαρικής τομής.

**Υλικά και μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν επείγοντως και μη προγραμματισμένα την τελευταία δεκαετία στη Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του ΓΝ Χανίων. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό, ένδειξη για καισαρική τομή, ο τύπος της αναισθησίας και η μητρική και νεογνική έκβαση. Μελετήσαμε επίσης το χρόνο που χρειάστηκε για την έναρξη της αναισθησίας και τον αληθινό χειρουργικό χρόνο της καισαρικής τομής (δέρμα-δέρμα). Στις μητρικές επιπλοκές είχαμε ενδομητρίτιδα λοχείας, λοιμώξεις χειρουργικού τραύματος, αιμορραγίες, μεταγγίσεις αίματος, τραυματισμοί ουροδόχου κύστης ή εντέρου και παρατάση νοσηλείας πάνω από 7 ημέρες. Στις νεογνικές επιπλοκές είχαμε Apgar score <7 στα 5, pH ομφάλιας αρτηρίας <7.0, εισαγωγή στη μονάδα νεογνών, νευρολογικές παθήσεις και παθολογικά τραύματα ή κατάγματα. Ο χρόνος της καισαρικής τομής διακρίθηκε σε πρωινό (07:00-15:00), απογευματινό (15:00-23:00) και νυχτερινό ωράριο (23:00-07:00).

**Αποτελέσματα:** Συνολικά την τελευταία δεκαετία έγιναν 3150 καισαρικές τομές, από τις οποίες οι 1918 (60.8%) καισαρικές τομές ήταν επείγουσες και μη προγραμματισμένες και συγκεκριμένα στο πρωινό ωράριο 577 (30%), απογευματινό ωράριο 889 (46.3%) και νυχτερινό ωράριο 452 (23.7%). Τα χαρακτηριστικά των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή σε σχέση με το ανάλογο ωράριο περιγράφονται στο Πίνακα 1.

Παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών στο νυχτερινό ωράριο λόγω προηγούμενης καισαρικής τομής, στο απογευματινό ωράριο υψηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών λόγω σακχαρώδη διαβήτη κύησης και χαμηλότερο ποσοστό γενικής αναισθησίας στο νυχτερινό ωράριο. Η μητρική έκβαση των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή σε σχέση με το ανάλογο ωράριο περιγράφονται στο Πίνακα 2.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=577)	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=889)	ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=452)
Ηλικία	30.8±5.5	30.7±5.4	30.4±5.7
Ηλικία >35 ετών	127 (22%)	193 (21.7%)	90 (19.9%)
Πρωτοτόκος	226 (39.1%)	356 (40%)	178 (39.3%)
Χρόνια υπέρταση	6 (1%)	10 (1.1%)	5 (1.1%)
Σ. Διαβήτης προ κύησης	9 (1.5%)	13 (1.4%)	5 (1.1%)
Προηγούμενη ΚΤ	150 (26%)	234 (26.3%)	97 (21.4%)
Εβδομάδα κύησης στο τοκετό	38.0±3.5	38.1±2.5	38.1±3.6
Εβδομάδα κύησης στο τοκετό <37w	118 (20.4%)	162 (18.2%)	88 (19.4%)
Πρόκληση τοκετού	53 (9.2%)	71 (8%)	52 (11.5%)
Προεκλαμμία	40 (6.9%)	64 (7.2%)	29 (6.4%)
Σ. Διαβήτη κύησης	31 (5.37%)	61 (6.9%)	23 (5.1%)
IUGR	14 (2.4%)	33 (3.7%)	53 (11.7%)
Πολύδυμη κύηση	50 (8.6%)	71 (8.0%)	39 (8.6%)
Αποκόλληση πλακούντα	18 (3.1%)	20 (2.2%)	15 (3.3%)
Γενική αναισθησία	121 (20.9%)	145 (16.3%)	105 (23.2%)

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή σε σχέση με το ανάλογο ωράριο.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=577)	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=889)	ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=452)
Τραύμα ουροδόχου κύστης	2 (0.3%)	1 (0.1%)	1 (0.2%)
Τραύμα εντέρου	0 (0%)	1 (0.1%)	1 (0.2%)
Παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο	20 (3.4%)	26 (2.9%)	19 (4.2%)
Ημέρες νοσηλείας	5.3±3.1	5.1±2.8	5.6±5.2
Ενδομητρίτιδα λοχείας	22 (3.8%)	40 (4.5%)	32 (7.1%)
Μόλυνση τραύματος	2 (0.3%)	4 (0.45%)	3 (0.7%)
Αιμορραγία λοχείας	10 (1.7%)	17 (1.9%)	13 (2.8%)
Μετάγγιση αίματος	6 (1%)	7 (0.8%)	7 (1.5%)

Πίνακας 2. Μητρική έκβαση μετά από καισαρική τομή σε σχέση με το ανάλογο ωράριο.

Στο νυχτερινό ωράριο είχαμε υψηλότερο ποσοστό ενδομητρίτιδας, λοίμωξη χειρουργικού τραύματος, αιμορραγίας με μετάγγιση αίματος και παρατάση νοσηλείας πάνω από 7 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στις νεογνικές επιπλοκές στα τρία ωράρια. Η συνολική διάρκεια της καισαρικής τομής και ο χρόνος που χρειάστηκε για την έναρξη της αναισθησίας ήταν υψηλότερα στο νυχτερινό ωράριο. Δεν υπήρξε διαφορά στη νεογνική έκβαση των καισαρικών τομών σε σχέση με το ανάλογο ωράριο, όπως φαίνεται στο Πίνακα 3. Στον Πίνακα 4 φαίνεται καθαρά ότι η διάρκεια της καισαρικής τομής, ο χρόνος διενέργειας της αναισθησίας και ο καθαρός χειρουργικός χρόνος (δέρμα-δέρμα) ήταν σαφώς μεγαλύτερα στο νυχτερινό ωράριο σε σχέση με το πρωινό και το απογευματινό ωράριο.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=577)	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=889)	ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=452)
5-min Apgar <7	5 (0.8%)	6 (0.7%)	4 (0.9%)
Ομφαλική αρτηρία pH<7.0	7 (1.2%)	10 (1.1%)	5 (1.1%)
Εισαγωγή μονάδα νεογνών	71 (12.3%)	109 (12.2%)	63 (13.9%)
Νευρολογική παθολογία	7 (1.2%)	14 (1.6%)	7 (1.5%)
Κάταγμα κλείδας	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0%)
Άλλα κατάγματα	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1 (0.2%)

Πίνακας 3. Νεογνική έκβαση των καισαρικών τομών σε σχέση με το ανάλογο ωράριο.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=577)	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=889)	ΝΥΚΤΕΡΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ (v=452)
Συνολικά	57±21	58±28	61±32
Χρόνος αναισθησίας	15±9	15±8	16±11
Χειρουργικός χρόνος	30±16	31±15	34±19
Χειρουργικός χρόνος >40 min	92 (15.9%)	152 (17.1%)	90 (19.9%)

Πίνακας 4. Διάρκεια των καισαρικών τομών σε σχέση με το ανάλογο ωράριο.

**Συζήτηση:** Στη μελέτη μας, προσπαθήσαμε να βρούμε τη σχέση μεταξύ της ώρας που εκτελείται μια επείγουσα και μη προγραμματισμένη καισαρική τομή και των βραχυπρόθεσμων επιπλοκών της ίδιας της καισαρικής τομής. Βρήκαμε ότι οι καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν στο νυχτερινό ωράριο σχετίζονται με αυξημένο χειρουργικό χρόνο, περισσότερες μητρικές αλλά όχι νεογνικές επιπλοκές. Μια εξήγηση του παραπάνω συμπεράσματος, είναι το αυξημένο ποσοστό γενικής αναισθησίας, που μπορεί να οφείλεται στο κατεπείγον της επέμβασης, αλλά και στην κούραση του αναισθησιολόγου που οδηγεί σε αποτυχία της τοπικής αναισθησίας. Το αυξημένο ποσοστό μετεγχειρητικής ενδομητρίτιδας στο νυχτερινό ωράριο, που οδήγησε σε αύξηση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, μπορεί να οφείλεται στους λιγότερους αυστηρούς κανόνες αντισηψίας λόγω της ώρας και λόγω του μεγαλύτερου χειρουργικού χρόνου που χρειάστηκε. Η μελέτη μας περιορίζεται από το γεγονός ότι τα στοιχεία αφορούν

μα κλινική και ο παράγοντας κούραση δεν μπορεί να αξιολογηθεί αναδρομικά και αντικειμενικά.

**Βιβλιογραφία:** 1. Goldstick O, Weissman A, Drugan A. The circadian rhythm of "urgent" operative deliveries. *Isr Med Assoc J.* 2003;5(8):564-6. 2. Bailit JL, Landon MB, Thom E, et al. The MFMU Cesarean Registry: impact of time of day on cesarean complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(4):1132-7. 3. Reichman O, Samueloff A, Gdansk E, Yekel Y, Calderon-Margalit R. Delivery during time of shift change is not a risk factor for obstetric complication: a historical cohort study. *Harefuah.* 2015 Mar;154(3):159-61. 4. Bailit JL, Landon MB, Lai Y, et al. Maternal-Fetal Medicine Units Network cesarean registry: impact of shift change on cesarean complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(2):173.e1-5.

## AA-26. ΕΚΤΟΠΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Ζαχαριάς Ε., Στάθης Θ., Μελετιού Π., Κωνσταντινίδης Σ., Κρητικός Ε., Πόλου Ν., Μπάγκας Ι., Πεϊτσιδου Α., Σιαμπαλιώτη Γ., Αλεξόπουλος Ε., Σταματέλου Φ., Παπαδόπουλος Κ., Σαμπάνη Α.**

*Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

**Εισαγωγή:** Η τραχηλική κύηση χαρακτηρίζεται από την εμφύτευση της βλαστοκύστης στον ενδοτράχηλο. Πρόκειται για σπάνια εντόπιση έκτοπης κύησης, που δεν ξεπερνά το 1% ή 1:2.5000 έως 1:30.000 των έκτοπων κυήσεων. Αποτελεί το 0,1% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων. Οφείλεται σε υπερβολικά ενδοτραχηλίου. Η συχνότητά της παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια, λόγω της χρήσης μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η διάγνωση τίθεται από την εμφάνιση επώδυνης κολπικής αιμόρροιας, ενώ κλινικά διαπιστώνεται διόγκωση του κατώτερου τμήματος της μήτρας προς τον τράχηλο.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 25χρονης (GIII, P0) που προσήλθε στο νοσοκομείο μας, σε ηλικία κύησης 6 εβδομάδων και 5 ημερών.

**Υλικό και μέθοδος:** 25χρονη (GIII, P0) προσήλθε σε ηλικία κύησης 6 εβδομάδων και 5 ημερών (με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση, φρυσική σύλληψη), λόγω υπερηχογραφικής ανεύρεσης κενής ενδομήτριας κοιλότητας και πιθανής έκτοπης κύησης (αλλαχού).

**Αποτελέσματα:** Το ατομικό αναμνηστικό της ήταν ελεύθερο. Μετά την υπερηχογραφική επιβεβαίωση έκτοπης τραχηλικής κύησης (κενή ενδομήτρια κοιλότητα, ύπαρξη εμβρυϊκού σάκου στον τραχηλικό αυλό και κλεψυδροειδές σχήμα της μήτρας), χορηγήθηκε μεθοτρεξάτη την 1η, 3η και 7η ημέρα της νοσηλείας, με ταυτόχρονη παρακολούθηση της πτωτικής τάσης των τιμών της β – χοριακής γοναδοτροφίνης. Ακολούθως, υποβλήθηκε σε εκκενωτική απόξεση με αναρροφητικό ξέστρο. Λόγω του αυξημένου κινδύνου κατακλυσμαίας αιμορραγίας, τοποθετήθηκαν στην 3η και 9η ώρα στον τράχηλο δύο ράμματα για απολίνωση των κατιόντων κλάδων των μητριάων αγγείων και πραγματοποιήθηκε ενδοτραχηλικός επιπωματισμός με καθετήρα folley και τοποθέτηση διαλύματος monsel.

**Συμπεράσματα:** Η αντιμετώπιση της μορφής αυτής είναι κυρίως φαρμακευτική με τη χρήση μεθοτρεξάτης. Σε αποτυχία, έχει ένδειξη η εφαρμογή χειρουργικών τεχνικών. Η πρόγνωση είναι καλή υπό προϋποθέσεις. Λόγω του κινδύνου αιμορραγίας, η αντιμετώπιση του περιστατικού πρέπει να πραγματοποιείται με την κατάλληλη υποδομή (αιμοδοσία και μονάδα εντατικής θεραπείας). Για την επιβεβαίωση της αποτελεσματικής θεραπείας, απαιτούνται η παρακολούθηση των πτωτικών τιμών των επιπέδων της β – χοριακής γοναδοτροφίνης και η παρουσία κενής μήτρας (υπερηχογραφικά).

**Βιβλιογραφία:** 1. Παπαδημητρίου Α. Τραχηλική Κύηση: Παρουσίαση ενός περιστατικού στο Ν. Αιτωλίας και βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας*, 2, 2009. Διαθέσιμο στο: [http://www.iatrikionline.gr/8emata\\_2\\_2009/6.pdf](http://www.iatrikionline.gr/8emata_2_2009/6.pdf). Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 2. Έκτοπη κύηση. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ivf-embryo.gr/gynaikologia/kyisi/exomitrios-kyisi/ektopi-kyisi>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 3. Σταματόπουλος Π. Εξωμήτρια ή έκτοπη κύηση. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 4. Arowojolu AO., Ogunbode OO. Cervical ectopic pregnancy managed with methotrexate and tranexamic acid: A case report. *Afr J Med Med Sci.* 2014 Dec;43(4):361-4. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26234125>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 5. Gare a de la Torre JI., Delgado Rosas A., Feria-Sosa LA., Gonz lez-Cant G., Cisneros-Bernal E. Cervical ectopic pregnancy of 16 weeks gestation. Block with preventive hysterectomy surgical technique for massive pelvic hemorrhage. Case report. *Ginecol Obstet Mex.* 2015 May;83(5):316-9. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233978>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 6. Alanis-Fuentes J., Brindis-Rodriguez A., Mart nez-Arellano M. Cervical ectopic pregnancy. Hysteroscopy treatment, case report. *Ginecol Obstet Mex.* 2015 May;83(5):302-7. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233976>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 7. Tien SH., Yamamura Y. Cervical Ectopic Pregnancy: Persistence Despite a Serologically Negative β-hCG. A Case Report. *J Reprod Med.* 2015 May-Jun;60(5-6):257-60. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26126313>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 8. Chukus A., Tirada N., Restrepo R., Reddy NI. Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass. *Radiographics.* 2015 May-Jun;35(3):946-59. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860721>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015.

## AA-27. ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ 11Q14.4 – 11Q22.1 ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΜΑΘΗΣΗ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΗΠΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑΣ 13 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΦΥΛΛΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ.

**Παπουλίδης Γ., Πασπαλιάρης Β., Σίμου Ε., Orru S., Murru R., Ελευθεριάδης Μ., Παπαδόπουλος Β., Γκαράς Α., Σωτηρίου Σ., Θωμαΐδου Α., Μανωλάκος Ε.**

*Access to genome – ATG, Εργαστήριο Γενετικών Αναλύσεων*

**Σκοπός εργασίας:** Η περιγραφή ενός περιστατικού με εσωτερική έλλειψη στο μεγάλο βραχίονα του χρωμοσώματος 11.

**Υλικό και μέθοδος:** Ο ασθενής υποβλήθηκε σε καρυότυπο περιφερικού αίματος και σε μοριακό καρυότυπο υψηλής ανάλυσης.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Ο ασθενής ηλικίας 13 ετών παρουσιάζει δυσκολίες στη μάθηση, πνευματική καθυστέρηση και ήπια καρδιακή δυσλειτουργία. Ο καρυότυπος περιφερικού αίματος, στον οποίο υποβλήθηκε μετά την κλινική εξέτάσή του, έδειξε εσωτερική έλλειψη στο μεγάλο βραχίονα του χρωμοσώματος 11 που εκτείνεται από την περιοχή 11q14 έως την 11q22. Με τον μοριακό καρυότυπο υψηλής ανάλυσης έγινε εφικτή η εξειδίκευση της παραπάνω περιοχής η οποία εκτείνεται τελικά από την 11q14.2 έως την 11q22.1. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση του γενετικού νοσήματος βοήθησαν στην καλύτερη συσχέτιση μεταξύ γονοτύπου-φαινοτύπου του ασθενούς.

## AA-28. ΕΜΠΟΛΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

**Φαρφαράς Α., Μπαρμπουνάκη Σ., Βαρδαξόγλου Ι., Μούσα Ν., Σκολαρίκης Π.**

*Α' Μαιευτικό και Γυναικολογικό τμήμα, Π.Γ.Ν.-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου»*

**Σκοπός εργασίας:** Η κατάδειξη των απαραίτητων μέτρων προφύλαξης και αντιμετώπισης εγκύων που είναι πιθανόν να έχουν προσβληθεί από τον ιό έμπολα.

**Υλικό και μέθοδος:** Η εμφάνιση συμπτωμάτων συμβαίνει μετά από 2 έως 21 ημέρες μετά την έκθεση στον ιό και η μετάδοση πραγματοποιείται με επαφή με τα σωματικά υγρά πάσχοντος, ακόμα και μετά τον θάνατο αυτού. Δεν μεταδίδεται μέσω αέρα, νερού και τροφής. Παρά το γεγονός πως δεν έχουν καταγραφεί χροιάσματα στον ελλαδικό χώρο, αυξημένη επιφυλακή απαιτείται για μετανάστες από την υποσαχάρια αφρική και άτομα που έχουν ταξιδέψει εκεί.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Η προσβολή με ένα από τα στελέχη του ιού έμπολα οδηγεί σε συμπτώματα ανάλογα ιογενούς λοίμωξης με εμπύρετο, μυοσκελετικά άλγη, κοιλιακό άλγος, διάρροια και εμέτους, συνοδεύεται όμως με εσωτερική αιμορραγία. Σε έγκυες η θνητότητα είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (93% vs 70%). Επίσης η προσβολή από τον ιό αυξάνει ραγδαία τα ποσοστά αυτόματων αποβολών και ενδομήτριου θανάτου, γεγονός που αποδίδεται στην ελεύθερη διέλευση του ιού στο κύημα. Καθώς δεν υπάρχει αποτελεσματική αντικηθεραπεία, απαραίτητη είναι η έγκαιρη αναγνώριση των εγκύων με υποψία νόσου, η απομόνωση τους μέχρι την επιβεβαίωση μέσω τεχνικής PCR της λοίμωξης, η λήψη όλων των προστατευτικών μέτρων από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή διάδοσης της νόσου και η έναρξη συντηρητικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και επιπλοκών της νόσου. Ο συχνός υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου είναι απαραίτητος, ενώ η άμεση αποπεράτωση του τοκετού για βιώσιμα έμβρυα δεν έχει καταδειχτεί να αυξάνει την επιβίωση της μητέρας ή του εμβρύου.

#### AA-29. ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ

**Βαλάρη Ζ., Ξανθοπούλου Θ., Πετούσης Σ., Καριώτη Π., Δήμος Α., Κουμπαναγίτι Κ., Δέλκος Α., Καραβάς Γ., Δαγκλής Θ., Καλογιαννίδης Ι., Πράπας Ν., Ρούσσοσ Δ.**

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή/σκοπός:** Η έλλειψη οργανωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας και η μεγάλη αναμονή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στη χώρα μας προκαλεί συμφόρηση στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία των τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Η ακριβής επιβάρυνση της εφημερίας από περιστατικά που ήταν μη οξεία ή που θα ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν έχει ερευνηθεί συστηματικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξακριβωση του όγκου των μαιευτικών επειγόντων περιστατικών που προσήλθαν σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο ενώ θα ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν εναλλακτικά και να αποσυμφορήσουν την εφημερία.

**Υλικό & μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη μεταξύ 1/1/2012 έως 31/12/2012 όπου συμπεριλήφθηκε το σύνολο των εγκύων που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της γυναικολογικής-γυναικολογικής κλινικής του απθ. Αναλύθηκε η αιτία της προσέλευσης και αξιολογήθηκε ο βαθμός του επειγόντος και η ανάγκη εισαγωγής σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 4.457 γυναίκες. Η μέση εβδομάδα κύησης κατά την προσέλευση ήταν  $30 \pm 4$  εβδομάδες. Οξεία περιστατικά που απαιτούσαν αντιμετώπιση σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο ήταν 2.630 (59%), 1.697 (38,1%) περιστατικά ήταν μη επείγοντα ενώ 130 (2,9%) περιστατικά ήταν οξεία, ωστόσο ήταν θεωρητικά δυνατό να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο κέντρο.

**Συμπεράσματα:** Περίπου 40% των περιστατικών που προσήλθαν σε εφημερία του τριτοβάθμιου νοσοκομείου θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε τακτικά ιατρεία ή σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

#### AA-30. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

**Στρατουδάκης Γ., Πατραμάνη Σ., Tzitzikalakis C., Μπαρμπουνάκη Σ., Χατζηπέτρον Α., Δασκαλάκης Γ.**

*Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΓΝ Χανίων «Άγιος Γεώργιος»*

**Εισαγωγή:** Οι περισσότερες καισαρικές τομές διενεργούνται κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, κυρίως λόγω δυσλειτουργίας του μηχανισμού του τοκετού ή εμβρυοσυελικής δυσαναλογίας. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι να έχουν μελετηθεί αρκετά διεξοδικά οι μαιευτικοί παράγοντες που προδιαθέτουν σε τοκετό με καισαρική τομή κατά το πρώτο στάδιο. Αντιθέτως, λίγα είναι κατανοητά για τους παράγοντες που οδηγούν σε καισαρική μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου. Επιπλέον, σε πολλά προτόκολλα που έχουν προταθεί για την αξιολόγηση της πορείας του τοκετού, βάση δίνεται κυρίως στο πρώτο στάδιο, ενώ η κάθοδος του εμβρύου παραμένει σε δεύτερη μοίρα. Ο Friedman et al, αντίθετα, θεωρεί τη γραφική ανάλυση της καθόδου του εμβρύου ως μια ζωτικής σημασίας παράμετρο για την αξιολόγηση του τοκετού. Λόγω των αυξανόμενων ποσοστών τοκετού με καισαρική τομή, η συσχέτιση των όρων δυσλειτουργία του μηχανισμού του τοκετού και εμβρυοσυελικής δυσαναλογίας (δυστοκία) με την ανάγκη διενέργειας καισαρικής έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία. Προσπαθούμε, λοιπόν, να διερευνήσουμε την ύπαρξη διαφορών στις επείγουσες καισαρικές τομές που έγιναν στο δεύτερο και πρώτο στάδιο τοκετού και να επιβεβαιώσουμε ή όχι την ανάγκη διενέργειας της καισαρικής τομής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η ομάδα μελέτης αποτελείται από γυναίκες με μονήρεις κύσεις που γέννησαν την τελευταία πενταετία στο δεύτερο στάδιο τοκετού με καισαρική τομή και ένδειξη μη εξέλιξη, εργώδης τοκετός, μη κάθοδος προβάλλουσας μοίρας, εμβρυοσυελικής δυσαναλογίας ή άλλες διαγνώσεις που περιλάμβαναν ή σχετίζονταν με τους παραπάνω όρους. Κάθε γυναίκα μελέτης συγκρίθηκε με δυο γυναίκες ελέγχου που γέννησαν με καισαρική τομή στο πρώτο στάδιο τοκετού λόγω δυστοκίας. Σε όλες τις περιπτώσεις μελέτης και ελέγχου οι κύσεις ήταν τελειόμηνες (>37 εβδομάδες) και η προσβολή ήταν κεφαλική. Αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις με αλλοιώσεις εμβρυικών παλμών, αποκόλληση πλακούντα, αιμορραγία, πρόπτωση ομφαλίδας και προεκλαμψία. Μελετήθηκαν δημογραφικά και μαιευτικά χαρακτηριστικά της μητέρας, χαρακτηριστικά του νεογνού και του τοκετού. Επίσης, καταγράφηκε η κλινική διάγνωση-ένδειξη του επιβλέποντος τον τοκετό μαιευτήρα για τη διενέργεια της καισαρικής τομής. Κατόπιν, χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα-γραφήματα για να μελετηθεί η πρόοδος της διαστολής και της καθόδου του νεογνού και τέθηκαν διαγνώσεις-ενδείξεις με βάση την αναδρομική ανάλυση των καταγραφών. Τέλος, έγινε σύγκριση των κλινικών διαγνώσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού με τις διαγνώσεις από την αναδρομική ανάλυση. Διαγνώσεις που τέθηκαν περιλαμβάνουν παύση της διαστολής ή της καθόδου, παρατεταμένη ενεργός φάση διαστολής ή καθόδου, αποτυχία καθόδου, παρατεταμένη λανθάνουσα φάση.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 42 γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, αποτελώντας το 1.15% του συνόλου των 3639 τοκετών της τελευταίας πενταετίας και το 2.13% του συνόλου των 1965 καισαρικών τομών το ίδιο διάστημα.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των γυναικών και νεογνών στις ομάδες μελέτης και ελέγχου

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΤΑΔΙΟ I	ΣΤΑΔΙΟ II
Ηλικία	27.4 ±5.3	27.5±6.7
Εθνικότητα(ελληνική)	33	31
Τοκία (1τοκες)	80.3%	75.8%
Ηλικία κύησης	39.1±1.2w	39.2±1.3w
Βάρος επιτόκου	16.6±5.8	16.8±6.5
Παθολογία επιτόκου	23.6%	25.8%
<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΟΓΝΟΥ</b>		
Βάρος γέννησης	3585±480	3614±510
Φύλο(♂)	39.3	38.8
Argar score 5 <7	3.1%	2.8%
Μακροσωμία	22.9%	23%

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ ομάδας μελέτης και ελέγχου στην ηλικία, στην εθνικότητα, στην πολυτοκία, στην ηλικία κύησης, στο επιπλέον βάρος επιτόκου ή στην παρουσία άλλων παθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, όπως σακχαρώδης διαβήτης κύησης, υπέρταση, νεφρικές, αναπνευστικές και καρδιολογικές παθήσεις. Τα νεογνά των δυο ομάδων δεν διέφεραν σε σχέση με το βάρος γέννησης, το φύλο, το Apgar score στα 5' <7 ή τη μακροσωμία (Πίνακας 1).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του τοκετού δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό πρόκλησης τοκετού στις δυο ομάδες (38.3% vs 39.5%) και χρήση ωκυτοκίνης είχαμε στην ομάδα μελέτης στο δεύτερο στάδιο τοκετού στο 21.1%, ενώ στην ομάδα ελέγχου στο 75.7%.

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι ενδείξεις για τις οποίες διενεργήθηκε καισαρική τομή στη δεύτερη φάση του τοκετού.

Πίνακας 2. Ενδείξεις διενέργειας καισαρικής τομής.

ΕΝΔΕΙΞΗ	N	(% των περιστατικών)
Παύση καθόδου	29	69
Αποτυχία καθόδου	12	28
Παρατεταμένη κάθοδος	3	7
Συνδυασμός	4	10
Άγνοση	3	7

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους (79%) οι γυναίκες που υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του τοκετού είχαν εμφανίσει δυσλειτουργικό πρώτο στάδιο τοκετού. Συγκεκριμένα, παρατεταμένη λανθάνουσα φάση εμφάνισαν σχεδόν οι μισές γυναίκες (52%), δυσλειτουργική ενεργή φάση το 38% και παύση της διαστολής του τραχήλου 24%.

Σημειώνεται ότι ο μέσος χρόνος διάρκειας του δεύτερου σταδίου του τοκετού πριν την καισαρική τομή ήταν 163 ± 75 λεπτά με 31-300 λεπτά. Η θέση της κεφαλής του εμβρύου ήταν οπίσθια ινιακή (32%), εγκάρσια ινιακή (20%) ή μικτή (48%).

Τέλος, στον πίνακα 3 φαίνεται η συσχέτιση μεταξύ κλινικής διάγνωσης και αυτής που τέθηκε αναδρομικά.

Πίνακας 3. Συσχέτιση μεταξύ κλινικής διάγνωσης και αναδρομικής.

	ΣΤΑΔΙΟ I	ΣΤΑΔΙΟ II
ΠΛΗΡΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑ	21%	13%
ΜΕΡΙΚΗ	50%	61%
ΑΣΥΜΦΩΝΙΑ	26%	29%

**Συμπεράσματα:** Το κυριότερο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι ουσιαστικά δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες διαφορές στα χαρακτηριστικά των γυναικών που γέννησαν με καισαρική στο δεύτερο στάδιο του τοκετού σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των γυναι-

κών που γέννησαν με καισαρική τομή στο πρώτο στάδιο του τοκετού. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους οι δυσλειτουργίες που παρατηρήθηκαν στο δεύτερο στάδιο του τοκετού συνδυάζονταν με δυσλειτουργίες πρώτου σταδίου που είχαν προηγηθεί. Το παραπάνω γεγονός ίσως να υποδεικνύει ότι ανωμαλίες στο μηχανισμό της καθόδου είναι δυνατόν να προβλεφθούν σε ένα μεγάλο ποσοστό από ενδείξεις κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού. Ακόμα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η σημαντική ανακρίβεια στη διάγνωση του προβλήματος στο διάφορα στάδια του τοκετού που παρατηρήθηκε κατά την αναδρομική ανάλυση.

**Βιβλιογραφία:** 1. Friedman EA. Labor: Clinical evaluation and management. 2nd ed. New York: Appleton Century Crofts;1978. 2. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, et al. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obstet Gynecol* 2000;95:589-595. 3. Kadar N. The second stage In: Studd JWW, editor. *The management of labour*. Oxford, UK: Blackwell;1985 pp268-286. 4. Murphy DJ, Liebling RE, Patel R, et al. Cohort study of operative delivery in the second stage of labour and standard obstetric care. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:610-615

### AA-31. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Αργυριδής Σ., Χατζηποστόλου Ν., Χασιώτης Α., Χριστοφίδης Α. *Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III Λευκωσία, Κύπρος*

**Σκοπός:** Η εξαγωγή επιδημιολογικών δεδομένων πρόωρων τοκετών με κριτήριο την ηλικία κύησης κατά γέννηση καθώς και την αιτιολογική ταξινόμηση στο σύνολο πρόωρων καθώς και ανά ηλικιακή ομάδα γέννησης.

**Υλικό:** Το σύνολο τοκετών τριτοβάθμιου κέντρου αναφοράς (νοσοκομείο αρχ. Μακάριος ιι) που διενεργήθηκαν κατά το έτος 2010.

**Μέθοδος:** Αναδρομική πληθυσμιακή μελέτη πρόωρων τοκετών με χρήση αρχείου γεννήσεων κλινικής και ατομικού φύλλου τοκετού.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό ποσοστό πρόωρων τοκετών, μεταξύ 24+0 και 36+6 εβδομάδας κύησης ανέρχεται στο 19. 07%. Με βάση την ηλικία κύησης κατά γέννηση, περιλαμβανομένων και πολύδυμων κύσεων, οι συχνότερες ηλικιακές ομάδες είναι η ομάδα 34+0 - 36+6 με 36. 26% και η ομάδα 32+0 - 33+6 με 28. 87%. Επί του συνόλου των μονήρων κύσεων, η ομάδα 34+0 - 36+6 είχε 33. 73% και η ομάδα 32+0 - 33+6 με 27. 71%. Με βάση την αιτιολογική ταξινόμηση πρόωρων τοκετών στο σύνολο, οι συχνότεροι παράγοντες είναι πρόωρες συσπάσεις (24. 77%), δίδυμη κύηση (20. 18%), πρόωρη ρήξη υμένων (14. 67%) και προεκλαμψία (14. 22%). Στην ηλικιακή ομάδα 24+0 - 25+6 οι συχνότεροι είναι συσπάσεις και χοριοαμνιονίτιδα με 40% έκαστος, στην ομάδα 26+0 - 27+6 οι συσπάσεις με 36. 36% και στην ομάδα 28+0 - 29+6 η πρόωρη ρήξη υμένων και προεκλαμψία με 26. 31% έκαστος. Στην ομάδα 30+0 - 31+6 οι συχνότεροι είναι πρόωρες συσπάσεις (26. 47%), δίδυμη κύηση (17. 64%) και προεκλαμψία (14. 70%). Οι συχνότεροι παράγοντες στην ομάδα 32+0 - 33+6 είναι δίδυμη κύηση (19. 35%), πρόωρες συσπάσεις (17. 74%) και προεκλαμψία (16. 12%) και στην ομάδα 34+0 - 36+6 οι πρόωρες συσπάσεις και δίδυμη κύηση με 27. 84% έκαστος.

**Συμπεράσματα:** Το συνολικό ποσοστό πρόωρου τοκετού παρουσιάζεται αυξημένο, πιθανώς λόγω του γεγονότος ότι μελετήθηκε πληθυσμός κέντρου αναφοράς. Περίπου το 1/3 προωρότητας συμβαίνει μεταξύ 34+0 - 36+6 εβδομάδων ενώ περίπου τα 2/3 μεταξύ 32+0 - 36+6 εβδομάδων. Η αιτιολογική ταξινόμηση κατέδειξε ότι ο αυτόματος πρόωρος τοκετός (συσπάσεις, ρήξη υμένων) ανέρχεται στο 40%, ενώ ο ιατρογενής στο 60% λόγω της



συμπεριλήψης κήσεων υψηλού κινδύνου. Ανά ηλικιακή ομάδα έως 32 εβδομάδες, κύρια αιτία είναι οι πρόωρες συσπάσεις, με δευτερεύοντες την προεκλαμψία και δίδυμη κύηση, ενώ άνω των 32 εβδομάδων κύρια αιτία είναι η δίδυμη κύηση με δευτερεύοντες τις συσπάσεις και προεκλαμψία. Κύρια μέθοδος πρόληψης αποτελεί η αποφυγή πολύδυμη κύησης κατά διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης ενώ η εφαρμογή μεθόδων πρόληψης πρόωρου τοκετού (προγεστερόνη) και προεκλαμψίας (ασπιρίνη), μπορούν να ελαττώσουν το συνολικό ποσοστό σημαντικά.

### AA-32. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Αργυρίδης Σ., Χατζηαποστόλου Ν., Χασιώτης Α., Χριστοφίδης Α. *Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III Λευκωσία, Κύπρος*

**Σκοπός:** Η εξαγωγή επιδημιολογικών δεδομένων σε σχέση με το συνολικό ποσοστό καισαρικών τομών επί συνόλου γεννήσεων, την διακύμανση του σε ετήσια βάση καθώς και τις ενδείξεις διενέργειάς τους.

**Υλικό:** Το σύνολο καισαρικών τομών τριτοβάθμιου κέντρου αναφοράς νοσοκομείο αρχιεπίσκοπος μακάριος ιι, που διενεργήθηκαν μεταξύ 2008-2013.

**Μέθοδος:** Αναδρομική πληθυσμιακή μελέτη καισαρικών τομών μέσω χρήσης αρχείου γεννήσεων κλινικής καθώς και του ατομικού φύλλου τοκετού.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό ποσοστό καισαρικών τομών στην υπό μελέτη εξαετία ανέρχεται στο 37. 68%, με αυξανόμενο ποσοστό από το 2008 (30. 78%) έως 2012 (42. 21%), ενώ παρουσιάζει ελαφρά κάμψη το 2013 (41. 58%). Οι συχνότερες ενδείξεις διενέργειάς τους είναι: μία ή περισσότερες προηγηθείσες καισαρικές τομές (27. 23%), εμβρυική δυσχέρεια στο πρώτο ή δεύτερο στάδιο τοκετού (16. 29%) και δίδυμη κύηση (10. 56%). Η κεφαλοπυελική δυσαναλογία όπως αυτή ορίζεται από το national institute of clinical excellence (nice) και η ισχιακή προβολή βρίσκονται στην τέταρτη και πέμπτη θέση αντίστοιχα με ποσοστό 09. 78% έκαστη. Ακολουθεί η σοβαρή προεκλαμψία (05. 29%), προδρομικός πλακούντας (03. 99%), περιορισμός ενδομήτριας ανάπτυξης (03. 22%), τρίδυμη κύηση (01. 70%) και αποκόλληση αμβλυσητροειδούς (01. 64%). Η κλινική χοριοαμνιονίτιδα (01. 42%), η αποκόλληση πλακούντα με επηρεασμό εμβρυικού καλώς έχειν (01. 39%), η εμβρυική μακροσωμία με υπολογιζόμενο βάρος γέννησης >4250 gr (01. 30%) και η ηλικία πρωτοτόκου πέραν 40 χρόνων (01. 11%) είναι οι υπόλοιπες ενδείξεις με ποσοστό πέραν του 1%. Οι υπόλοιπες ενδείξεις έχουν μετρηθεί κάτω του 1%. Η ένδειξη προηγηθείσας καισαρικής τομής παραμένει η συχνότερη σε κάθε έτος, με ποσοστά πλησίον του μέσου όρου, ενώ η εμβρυική δυσχέρεια παρουσιάζει σημαντική άνοδο από το 2008 (09. 31%) έως το 2013 (20. 15%). Η δίδυμη κύηση, κεφαλοπυελική δυσαναλογία και η ισχιακή προβολή παρουσιάζουν μικρές διακυμάνσεις ανά έτος, πλησίον του μέσου όρου τους.

**Συμπεράσματα:** Το συνολικό ποσοστό καισαρικών τομών παρουσιάζεται αυξημένο κυρίως γιατί αποτελεί κέντρο αναφοράς για αίτια όπως προδρομικό πλακούντα, περιορισμό ενδομήτριας ανάπτυξης, επαπειλούμενο πρόωρο τοκετό, πολύδυμη κύηση, προεκλαμψία και εμβρυικές ανωμαλίες, τα οποία συνεισφέρουν με διαφορετική βαρύτητα στο ποσοστό αυτό. Το γεγονός ότι η κύρια αιτία είναι η προηγηθείσα καισαρική τομή, οφείλεται μεταξύ άλλων στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών αυτών

επιλέγει την προγραμματισμένη καισαρική τομή και όχι την δοκιμασία κολπικού τοκετού μετά καισαρική, κάτι το οποίο συμβαίνει και για τις γυναίκες με δίδυμη κύηση και ισχιακή προβολή. Το αυξημένο ποσοστό εμβρυικής δυσχέρειας οφείλεται μεταξύ άλλων στο ότι εφαρμόζεται πλέον πρωτόκολλο καρδιοτοκογραφικής παρακολούθησης κατά τοκετό, αλλά όχι η λήψη εμβρυικού αίματος τριχωτού κεφαλής για καθορισμό εμβρυικής οξυοβασιικής ισορροπίας. Η υιοθέτηση στρατηγικών πρόληψης καισαρικών τομών πρέπει να περιλαμβάνει την προσφορά κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή, κολπικό τοκετό διδύμων με κεφαλική προβολή 1ου, υιοθέτηση του παρτογράμματος κατά την διενέργεια κολπικών τοκετών και την ελάττωση αριθμού εμβρυομεταφορών κατά θεραπεία υπογονιμότητας.

### AA-33. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΗΤΡΑΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι., Χριστοδούλου Θ., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ., Οικονόμου Ι., Παπαβασιλείου Σ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

**Εισαγωγή:** Οι συγγενείς ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος του θήλεος διακρίνονται στις συγγενείς ανωμαλίες του αιδοίου οι οποίες μπορούν να αναγνωρισθούν στην νεογνική ή παιδική ηλικία και σε εκείνες που διαγιγνώσκονται μετά την εμμηνορρική – ανωμαλίες των έσω γεννητικών οργάνων. Οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η διθάλαμη μήτρα συνήθως γίνονται αντιληπτές μετά την ήβη καθώς τα συμπτώματα που προκαλούν έχουν σχέση με την εμμηνορροσία, την αναπαραγωγή, την κύηση και τον τοκετό.

**Περιγραφή Περίπτωσης:** Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά ασθενή 27 ετών με ιστορικό καθ' ἑξιν αποβολών η οποία μετά την 4η αποβολή πρώτου τριμήνου υποβλήθηκε σε υστεροσκοπικό έλεγχο σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο. Με τον υστεροσκοπικό έλεγχο τίθεται η διάγνωση της μερικής διθάλαμης μήτρας, με το διάφραγμα να βρίσκεται περίπου 2 cm από τον πυθμένα αυτής το οποίο και αφαιρέθηκε με τη βοήθεια της επεμβατικής υστεροσκοπικής. Μετά από αυτόματη σύλληψη η γυναίκα διανύοντας την 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έτεκεν με καισαρική τομή λόγω επιθυμίας της ίδιας.

**Συζήτηση:** Οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας είναι μια όχι συχνή, αλλά συχνά θεραπεύσιμη αιτία υπογονιμότητας. Συνήθως αφορούν το 0.5 – 1% των γυναικών, αλλά η πραγματική επίπτωση στο γενικό πληθυσμό είναι ουσιαστικά άγνωστη και ενδεχομένως μεγαλύτερη, δεδομένου των διαφορετικών χρησιμοποιούμενων μεθόδων διάγνωσης, της εξειδίκευσης του Νοσοκομείου καθώς και της διαφορετικής ταξινόμησης που ακολουθείται σε κάθε κέντρο. Αν και η υστεροσαλπιγγογραφία και οι άλλες απεικονιστικές μέθοδοι βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση των διαπλαστικών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος του θήλεος, συνήθως κρίνεται απαραίτητη η εκτέλεση υστεροσκοπικής και λαπαροσκοπικής τόσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, όσο και για τον καθορισμό του τρόπου αντιμετώπισης.

### AA-34. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασάς Ι., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ., Οικονόμου Ι., Παπαβασιλείου Σ., Χριστοδούλου Θ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

**Εισαγωγή:** Η σκλήρυνση κατά πλάκας (Σ.Κ.Π.) είναι η συχνότε-

ρη απομυελινοτική πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εκδηλώνεται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και συχνά επιπλέκεται με την εγκυμοσύνη.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά σε έγκυο με ιστορικό Σ.Κ.Π. από πενταετίας υπό αγωγή με ιντερφερόνη, η οποία διακόπηκε προ τριμήνου, λόγω επιθυμίας για τεκνοποίηση. Η ασθενής μας στο πρώτο τρίμηνο εμφάνισε ένα επεισόδιο δεξιάς ημιαιμοδίας με συμμετοχή του ανώτερου θώρακα και του κατώτερου προσώπου άμφω και έλαβε κορτικοστεροειδή από του στόματος. Σε ηλικία κύησης 37 εβδομάδων και 2 ημερών γέννησε με φυσιολογικό τοκετό ένα άρρεν ζων αρτιμελές βάρους 2950 γραμμαρίων. Στο πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό η ασθενής μας παρέμεινε ασυμπτωματική για υποτροπή της νόσου.

**Συζήτηση:** Η Σ.Κ.Π. δεν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την εγκυμοσύνη. Η φαρμακευτική αγωγή παρέχει μακροχρόνια ύφεση και οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Στη λοχεία, αν και ο κίνδυνος υποτροπής της σκλήρυνσης κατά πλάκας αυξάνεται, ωστόσο όμως ο θηλασμός εκτιμάται ότι δρα προφυλακτικά. Το περιγεννητικό αποτέλεσμα και ο τρόπος τοκετού δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

#### AA-35. ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ: ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ (2006-2013).

Γλυνού Α., Γεωργακάκου Κ., Σαρέλλα Α., Νικολοπούλου Ο., Κωνσταντινίδου Π.

<sup>1</sup>Μαία, McS, Μαιευτήριο Έλενας Βενιζέλου. Εργ. Συνεργάτης Μαιευτικής ΤΕΙ Αθήνας, <sup>2</sup>Μαία, Κέντρο Βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ», <sup>3</sup> Μαία, Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Αθήνας, <sup>4</sup>Μαία, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Σκοπός:** Η εφηβεία είναι η γέφυρα μεταξύ της παιδικής ζωής και της ενηλικίωσης. Αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την τελική οργάνωση της σεξουαλικότητας. Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση μεταξύ των εννοιών ήβη και εφηβεία. Με τον διακριτό όρο ήβη εννοούνται τα φυσιολογικά, ορμονικά φαινόμενα που εμφανίζονται στα κορίτσια σε ηλικία 11-13 ετών περίπου και στα αγόρια 12-15 ετών περίπου. Η ήβη είναι βιολογικό φαινόμενο ενώ η εφηβεία καλύπτει και τον ψυχολογικό κόσμο του εφήβου. Κατά την ιατρική ορολογία ήβη είναι το εγκεφαλικό εξελικτικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από την ωρίμανση του υποθάλαμου και κατά συνέπεια του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση-γονάδες. Η εφηβεία αποτελεί μια μεταβατική περίοδο στη ζωή του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της οποίας παρατηρείται ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του φύλου (τρίχωση, ανάπτυξη γεννητικών οργάνων, ποιότητα φωνής), ταχεία αύξηση του ύψους, και ικανότητα αναπαραγωγής.

Η χρονική διαδοχή των παραπάνω φάσεων συχνά ποικίλλει χωρίς κάποιο συγκεκριμένο λόγο. Η ανάπτυξη των φυλετικών χαρακτηριστικών ολοκληρώνεται σε τρία ή τέσσερα χρόνια από την έναρξή της και τα κορίτσια φτάνουν στο τελικό τους ύψος δύο χρόνια περίπου μετά την εμμηνορροχία. Η μέση ηλικία εμμηνορροχίας είναι τα 12-13 χρόνια (+/- 2-3 χρόνια). Ο σωματικός τύπος θεωρείται καθοριστικός για την έναρξη της ήβης και της εμμηνορροχίας. Οι ορμονικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν την εφηβεία οφείλονται στην αύξηση της ευαισθησίας του υποθαλαμικού κέντρου που ρυθμίζει την έκκριση των γοναδοτροφινών. Σύμφωνα με την εξελικτική ψυχολογία, την περίοδο ο έφηβος πρέπει να πετύχει

και να αποκρυσταλλώσει την ταυτότητα του φύλου του. Να μπορεί να είναι άνετος με το φύλο του (είτε είναι αγόρι είτε κορίτσι), να μάθει να εκφράζει αλλά και να ελέγχει τα ερωτικά του συναισθήματα με τον κατάλληλο τρόπο. Στην εποχή μας, περίπου 1 στους 3 εφήβους κάτω των 18 ετών ξεκινά να έχει σεξουαλική δραστηριότητα, το σεξ αποτελεί ακόμα θέμα ταμπού στην πλειονότητα των ελληνικών οικογενειών και επιπλέον δεν υπάρχει ουσιαστική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανάλυση των αιτιών και των επιπτώσεων των κυήσεων στην εφηβεία (μέχρι 14 ετών και 15-19 ετών).

**Αίτια:** Οι κύριοι λόγοι για τη συχνή εμφάνιση των ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία είναι:

- η μη χρήση αντισύλληψης,
- η έλλειψη ενημέρωσης,
- η αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα,
- η αυξημένη γονιμότητα στην ηλικία αυτή

Υπάρχει ελλιπής σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων δεν χρησιμοποιεί καμιά ή χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης, όπως τη διακεκομμένη συνουσία. Έτσι, προκύπτουν πολλές απρογραμμάτιστες και κυρίως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, με το 50% εξ αυτών μάλιστα να σημειώνεται εντός έξι μηνών από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Η εφηβική κύηση είναι υψηλού κινδύνου με επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού και υψηλά ποσοστά ατόματης αποβολής (9-14%). Περίπου μισές από τις εφηβικές εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση, συχνά κάτω από μυστικές και σκοτεινές συνθήκες, με συνεπακόλουθα για τη μελλοντική γονιμότητα των εφήβων και σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

#### Επιπλοκές:

- αναιμία και αυξημένη αρτηριακή πίεση της μητέρας
- χαμηλό βάρος εμβρύου,
- πρόωρος τοκετός, τραυματικός ή πολύωρος τοκετός.
- ο τοκετός στις έφηβες μπορεί να έχει μεγαλύτερη διάρκεια και περισσότερους τραυματισμούς του κόλπου και του αιδοίου, λόγω της ανωριμότητας των ιστών.

#### Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις:

- εγκατάλειψη του σχολείου και της οικογενειακής εστίας τους,
- καταφυγή σε ένα βιαστικό και πρόωγο γάμο,
- εκμετάλλευση από το περιβάλλον τους,
- κατάθλιψη ή εγκατάλειψη του μωρού τους.
- η κοινωνική κατακραυγή μπορεί να οδηγήσει εύκολα στη λήψη ναρκωτικών ουσιών.

Μια νεαρή έγκυος γυναίκα έχει και κοινωνικά προβλήματα να αντιμετωπίσει, που μάλιστα είναι σοβαρά και συχνά επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της. Αν η νεαρή γυναίκα έχει μια απόλυτα υγιή προσωπικότητα, θα μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματα που θα συναντήσει. Εφόσον βέβαια έχει και την υποστήριξη των γονιών της. Διαφορετικά είναι πολύ εύκολο να περιθωριοποιηθεί και να ακολουθήσει διάφορους δρόμους, δρόμους χωρίς επιστροφή.

Επιλογές της έφηβης γυναίκας μπροστά στην εγκυμοσύνη:

\* Να διατηρήσει την εγκυμοσύνη, να γεννήσει και να κρατήσει το παιδί.

\* Να διατηρήσει την εγκυμοσύνη και να δώσει το παιδί για υιοθεσία.

\* Να διακόψει την εγκυμοσύνη.

**Υλικό:** Πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, σε γεννήσεις ζώντων κατά τα έτη 2006 – 2013 κατά ηλικία της μητέρας και την εντός ή εκτός γάμου γέννηση του νεογέννητου. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυ-

ψαν, κατά το έτος 2006, σε σύνολο γεννήσεων 112.042 το 0,07% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,8% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2007, σε σύνολο γεννήσεων 111.926 το 0,06% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,8% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2008, σε σύνολο γεννήσεων 118.302 το 0,06% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,9% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2009, σε σύνολο γεννήσεων 117.933 το 0,08% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,7% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2010, σε σύνολο γεννήσεων 110.766 το 0,09% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,7% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2011, σε σύνολο γεννήσεων 106.428 το 0,09% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,5% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2012, σε σύνολο γεννήσεων 100.371 το 0,09% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,3% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών. Κατά το έτος 2013, σε σύνολο γεννήσεων 94.134 το 0,09% αφορούσε γεννήσεις κάτω των 14 ετών και το 2,3% αφορούσε γεννήσεις από 15-19 ετών.

**Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο 2010 – 2013 παρατηρείται αύξηση στις κησείες εκτός γάμου στις ηλικίες κάτω των 14 ετών (0,09%). Η έφηβη που αποφασίζει να διατηρήσει την εγκυμοσύνη της, χρειάζεται στήριξη ηθική, κοινωνική και οικονομική. Αυτή την στήριξη μπορεί να την βρει στο σύντροφο - πατέρα του παιδιού, στην οικογένειά της, αλλά και σε κάποιους οργανισμούς που λειτουργούν για το σκοπό αυτό, όπως είναι η κοινωνική πρόνοια η οποία με διάφορα προγράμματα για ανύπαντρες μητέρες, εκτός από ηθική και οικονομική στήριξη, από κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας παρέχει και ολοκληρωμένο προγεννητικό έλεγχο και παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, από μαιέσ, σε συνεργασία με οργανωμένες μονάδες υγείας – μαιευτήρια.

#### Βιβλιογραφία:

- Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική (Γ. Κρεατσάς 2009).
- Γυναικολογία και μαιευτική της νεαρής ηλικίας (Γ. Κρεατσάς 2001).
- Εφηβεία φυσιολογία – παθολογία (Κ. Δημόπουλος).
- Papatthasiou I. Lahana . Adolescence Sexuality and Sexual Education. (Health Science Journal. 2007).
- Gerouki M. Sexuality and relationships education in the Greek primary schools - see no evil, hear no evil, speak no evil. Sex Education: 2007
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (2006 – 2013). <http://statistics.gr/portal/>

#### AA-36. Η ΑΛΑΓΗ ΣΤΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ, ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ

**Δασοπούλου Μ., Λουκέρη Π., Ζαχαριουδάκη Χ., Ανατολίτου Φ. Β' ΜΕΝΝ Νοσοκομείου Παιδών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"**

**Σκοπός:** Να συγκριθούν σε Μονάδα πρόωρων νεογνών μεταξύ 2009 και 2013, η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, ως επίπτωση της αλλαγής σιτιστικού πρωτοκόλλου από καθυστερημένη σε από ενωρίς σίτιση και από εξανθρωποποιημένο γάλα πρόωρων σε νοπό μητρικό γάλα. Ακόμη να συσχετισθεί η παραπάνω αλλαγή με τη βαρύτητα της νόσου.

**Μέθοδος:** 342 και 253 νεογνά εισήχθησαν το 2009 και 2013 αντίστοιχα. Τα νεογνά κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την πιο αντιπροσωπευτική διάγνωση. Τα υγιή πρόωρα ήταν 2% vs 4.7% ( $p > 0.05$ ). Η έναρξη σίτισης μεταξύ 2009 και 2013 ήταν «ενωρίς» (1-3 ημερών) 38,3% vs 61.7% ( $p < 0.001$ ) και «καθυστερημένη»

( $> 3$ ης ημέρας) 61.7% vs 8,4% ( $p < 0.001$ ). Νοπό μητρικό γάλα προσφέρθηκε μόνο το 2013 σε ποσοστό 68.6%. Η βαρύτητα της νόσου χαρακτηρίστηκε ανάλογα της χρήσης αντιβιοτικών ( $< \eta >$  των 10 ημερών ή/και χρήση  $O_2 < \eta >$  της ΔΗΚ των 36 εβδ) ως ήπια/μέτρια 40% vs 44,1% μεταξύ 2009 και 2013 και μέτρια/σοβαρή 60% vs 55,9% αντίστοιχα ( $p: 0.541$ ).

**Αποτελέσματα:** Η ενωρίς σίτιση συσχετίστηκε με μείωση της νοσηλείας στη NICU, SCBU, NICU+SCBU Το νοπό μητρικό γάλα συσχετίστηκε με μείωση της νοσηλείας στη SCBU, NICU+SCBU καθώς και η ήπια/μέτρια νόσος. Η αλλαγή σιτιστικού πρωτοκόλλου δεν επηρέασε τη βαρύτητα της νόσου ( $p: 0.541$ ). Όσο μικρότερος ήταν ο χρόνος μέχρι την πλήρη εντερική σίτιση και όσο μεγαλύτερης διάρκειας τόσο μικρότερη ήταν και η νοσηλεία σε όλες τις βαθμίδες νοσηλείας.

**Συμπέρασμα:** Η «ενωρίς» σίτιση, το νοπό μητρικό γάλα, η ήπια/μέτρια νόσος, ο μικρότερος χρόνος έως την πλήρη εντερική σίτιση και η αδιάκοπη εντερική σίτιση συσχετίστηκαν με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας (NICU, SCBU, NICU+SCBU).

#### AA-37. Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΟΒΑΡΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

**Θανασάς Ι., Παπαβασιλείου Σ., Οικονόμου Ι., Μακρή Δ., Παπαδούλη Μ., Χριστοδούλου Θ.**

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τριγιάλων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της συχνότητας και της βαρύτητας των αιμορραγικών επιπλοκών κατά τον τοκετό σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, έναντι αυτών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό στην Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Γ.Ν. Τριγιάλων κατά την τελευταία διετία.

**Υλικό:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία των φακέλων παρακολούθησης και τοκετού των γυναικών που γέννησαν στην Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική του Γ.Ν. Τριγιάλων κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2013 μέχρι και τον Δεκέμβριο 2014 και καταγράψαμε τις γυναίκες που εμφάνισαν αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού (φυσιολογικός τοκετός και καισαρική τομή), τη βαρύτητα της αιμορραγίας καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής της.

**Αποτελέσματα:** Κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα καταγράφηκαν 861 γεννήσεις. Από αυτές οι 437 (50.75%) έγιναν με καισαρική τομή, εκ των οποίων στις 344 περιπτώσεις (78.72%) η ένδειξη ήταν προηγηθείσα καισαρική τομή. Από τις 424 (49.25%) έγκυες που γέννησαν με κολπικό τοκετό, οι 25 (5.90%) εμφάνισαν μέτρια αιμορραγία λόγω ατονίας της μήτρας, η οποία αντιμετωπίστηκε με επιτυχία συντηρητικά (χορήγηση ωκυτοκίνης και προσταγλανδινών). Από τις 437 έγκυες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, αιμορραγία εκδηλώθηκε σε 33 (7.55%) γυναίκες πολυτόκες με ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής τομής. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η συντηρητική αγωγή εξασφάλισε τη σύσπαση της μήτρας, ενώ 2 γυναίκες υπεβλήθησαν σε μαιευτική υφολική υστερεκτομία.

**Συμπέρασμα:** Η αύξηση τα τελευταία χρόνια του αριθμού των καισαρικών τομών, σημαντικό ποσοστό του οποίου οφείλεται σε προηγηθείσες καισαρικές τομές, οδηγεί στη συχνότερη εμφάνιση σοβαρών αιμορραγικών επιπλοκών κατά τον τοκετό, λόγω της αυξημένης συχνότητας προδρομικού και/ή σιφρού πλακούντα, αυξάνοντας κατά συνέπεια τη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Με βάση πρόσφατα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, η συχνότητα του προδρομικού πλακούντα ανέρχεται στις

4 – 5/1000 κηύσεις, ενώ η εμφάνιση του σπιφρού πλακούντα τα τελευταία 50 χρόνια έχει δεκαπλασιαστεί, προσεγγίζοντας σήμερα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 0.001% - 0.005% των τοκετών.

### AA-38. Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΥ (ARRAY-CGH) ΣΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Σαχινίδη Φρ., Μπίλη Χρ., Guedard C., Πίττα Π., Βελισσαρίου Β, Γαλή Ε., Μαρβελάκη Α., Μαζιάνη Ε., Χριστοπούλου Σ, Χριστοπούλου Γ., Μανίσσαλη Ε., Μπουζαρέλου Δ., Φλωρεντίν Α.

AlfaLab, Ιατρικό Ινστιτούτο Έρευνας και Διάγνωσης, Όμιλος Υγεία, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η περιορισμένη αναλυτική ικανότητα του συμβατικού G-banding καρυότυπου, η οποία δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερη από 5-10Mb και η ανάγκη για καλλιέργειες διαιρούμενων κυττάρων, η οποία αυξάνει το χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων σε περισσότερο από 10-14 ημέρες, αποτελούν ίσως τα δύο μεγαλύτερα μειονεκτήματα της μεθόδου που έχει υπάρξει ο χρυσός κανόνας της κυτταρογενετικής ανάλυσης από το 1970 ως τις μέρες μας. Με την array-CGH τεχνολογία ξεπερνούνται οι παραπάνω περιορισμοί, επιτυγχάνεται μια αναλυτική ικανότητα αρκετή ώστε να ανιχνευτούν υπομικροσκοπικές αλλαγές (μικροδιπλασιασμοί/μικροελλείμματα) του αριθμού των αντιγράφων του γονιδιώματος (CNVs) και χρησιμοποιείται το άμεσο υλικό, χωρίς καλλιέργεια ώστε να μειωθεί ο χρόνος αναμονής για το αποτέλεσμα. Για τους λόγους αυτούς, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως το πρώτης γραμμής διαγνωστικό εργαλείο στο μετα-γεννητικό πεδίο διάγνωσης για ασθενείς με αναπτυξιακή ή νοητική υστέρηση, διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού ή πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες<sup>1</sup>.

Πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν την array-CGH τεχνολογία ως ακόμα και πρώτης γραμμής διαγνωστικό εργαλείο και στην προγεννητική διάγνωση, αυξάνοντας σημαντικά τη διαγνωστική απόδοση του προγεννητικού ελέγχου τόσο σε έμβρυα με υπερηχογραφικά ευρήματα που έχουν φυσιολογικό συμβατικό καρυότυπο όσο και σε εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου<sup>2,3,4</sup>.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκε η Focus Constitutional και η 2x105K πλατφόρμα της Illumina και η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα BlueFuse Multi. Η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε παράλληλα με το QF-PCR και το συμβατικό καρυότυπο. Σε πολλές περιπτώσεις η επιβεβαίωση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο MLPA.

**Αποτελέσματα:** Το χρονικό διάστημα από Οκτώβριο του 2012 ως Σεπτέμβριο του 2015, 1803 δείγματα με ποικίλες αιτίες παραπομπής, αναλύθηκαν στο Κέντρο μας. Πιο συγκεκριμένα, 187 (10%) δείγματα προσκομίστηκαν λόγω θετικού βιοχημικού ελέγχου πρώτου τριμήνου ή θετικού μη επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου (NIPD), 632 (35%) δείγματα λόγω προχωρημένης αναπαραγωγικής ηλικίας μητέρας, ενώ 358 (20%) δείγματα διερευνήθηκαν λόγω άγχους γονέων ή βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού και 35 (2%) δείγματα προέρχονταν από γυναίκες με προηγούμενες παθολογικές κηύσεις με ανευπλοειδίες που ανιχνεύτηκαν τόσο κατά την προγεννητική διάγνωση όσο και σε προϊόδια αποβολής. Κανένα από αυτές τις κηύσεις δεν είχε υπερηχογραφικό εύρημα τη στιγμή της επεμβατικής διαδικασίας. Περαιτέρω, 367 (20%) δείγματα παραπέμφθηκαν λόγω υπερηχογραφικών ευρημάτων που αφορούσαν την καρδιά, τον εγκέφαλο και τη γενικότερη αναπτυξιακή κατάσταση του εμβρύου και 194 (10%) διερευνήθηκαν λόγω αυξημένης αυχενικής διαφάνειας (>3mm). Επίσης, 12 (1%) δείγματα αναλύθηκαν λόγω κάποιας χρωμοσωματικής μετάθεσης

ή αναστροφής που έφερε ο γονιός και 18 (1%) αναλύθηκαν προκειμένου να αποσαφηνιστεί ή να διερευνηθεί περαιτέρω κάποιο εύρημα του συμβατικού καρυότυπου, του QF-PCR ή του MLPA.

Σε 69 δείγματα από τα 1803 ανιχνεύθηκαν αλλαγές του αριθμού των αντιγράφων του γονιδιώματος (CNVs) που ήταν γνωστής κλινικής σημασίας (σύνδρομο DiGeorge, Μυϊκή Δυστροφία Duchenne/Becker, Charcot-Marie-Tooth Type I, Hereditary Neuropathy with Liability to Pressure Palsies, 15q13.3 microdeletion, DiGeorge, Susceptibility to autism, 17q11.2q12 microdeletion, SHOX deletion, Smith-Magenis, 1q41-q42 deletion, Pallister-Killian κ.τ.λ.), αποδίδοντας με τον τρόπο αυτό στη μέθοδο array-CGH ποσοστό ανιχνευσιμότητας CNVs 3.8% ανάμεσα σε όλα τα περιστατικά, ανεξαρτήτου λόγου παραπομπής.

	Αριθμός δειγμάτων	Αριθμός παθολογικών δειγμάτων	Ποσοστό παθολογικών δειγμάτων	Αριθμός δειγμάτων με φυσιολογικό καρυότυπο και παθολογικό aCGH	Ποσοστό δειγμάτων με φυσιολογικό καρυότυπο και παθολογικό aCGH
Δείγματα με όλες τις αιτίες	1803	69	3.82%	25	1.40%
Δείγματα με U/S	367	32	8.71%	18	5.00%
Δείγματα με αυξ. αυχενική	194	8	4.12%	6	3.00%

Πίνακας 1

Από τα 69 δείγματα, 25 δείγματα (ποσοστό 1.4%) βρέθηκαν να φέρουν χρωμοσωματικές ανισοζυγίες μικρότερες από 3,7Mb, δηλαδή ανισοζυγίες με μεγέθη μικρότερα από το όριο ανιχνευσιμότητας του συμβατικού καρυότυπου. Έτσι, με τη μέθοδο array-CGH είναι δυνατόν να ανιχνευθούν μικρές δομικές χρωμοσωματικές ανωμαλίες, οι οποίες δεν θα είχαν παρατηρηθεί αν μόνο ο συμβατικός καρυότυπος είχε εφαρμοστεί (υπομικροσκοπικά ελλείμματα και διπλασιασμοί). (Πίνακας 1)

Στη συνέχεια, έγινε επεξεργασία των περιστατικών που είχαν υπερηχογραφικά ευρήματα στη φάση της επεμβατικής διαδικασίας, όπως ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, απουσία ή υποπλασία ρινικού οστού, σχιστίες γνάθων και άλλες σκελετικές ανωμαλίες, καρδιακά προβλήματα, ανωμαλίες του εγκεφάλου, μικροκεφαλία, υπερηχογενές έντερο, υδροεμφροση κ.τ.λ. Ανάμεσα σε 367 περιστατικά με ένα ή περισσότερα υπερηχογραφικά ευρήματα, παρατηρήθηκαν 32 τα οποία έφεραν CNV σχετιζόμενη με παθολογική κλινική εικόνα. Συνεπώς, το 8,7% των περιστατικών με ένα ή περισσότερα υπερηχογραφικά ευρήματα εμφάνισαν CNV γνωστής κλινικής σημασίας. Από τα περιστατικά αυτά, 18 δηλαδή ποσοστό 5% έφεραν υπομικροσκοπικές χρωμοσωματικές ανωμαλίες και δεν θα είχαν διαγνωστεί ως παθολογικά αν είχε εφαρμοστεί μόνο ο συμβατικός καρυότυπος. Αυτό υποδηλώνει ότι 5% των εμβρύων που εμφανίζουν κάποια δομική ανωμαλία στον υπερηχογραφικό έλεγχο και έχουν φυσιολογικό καρυότυπο, θα εμφανίσουν κάποια υπομικροσκοπική CNV, η οποία σχετίζεται με το φαινότυπο και παρέχει περαιτέρω πληροφορίες για το έμβρυο. (Πίνακας 1)

Αλλά και σε όσο αφορά στα δείγματα με αυξημένη αυχενική διαφάνεια (>2.5mm), ανευρέθησαν 8/194 (4.12%) δείγματα που έφεραν κάποιο παθολογικό έλλειμμα ή διπλασιασμό, εκ των οποίων 6 (3%) ήταν υπομικροσκοπικά. Έτσι, η διαγνωστική αποτελεσματικότητα του μοριακού καρυότυπου αυξάνει κατά 3% σε σχέση με αυτή του συμβατικού όταν στα δείγματα συμπεριλαμβάνονται κηύσεις με αυξημένη αυχενική διαφάνεια. (Πίνακας 1)

Η μέθοδος αποδεικνύεται αποτελεσματική και στο να αποσαφηνίσει ή να διερευνήσει περαιτέρω ευρήματα που προκύπτουν από το συμβατικό καρυότυπο, το MLPA ή το QF-PCR. 29 δείγματα βρέθηκαν να φέρουν κυτταρογενετικά ευρήματα που έρχονταν περαιτέρω διερεύνησης με array-CGH: 6 περιστατικά με de novo φαινομενικά ισοζυγισμένες μεταθέσεις και 2 περιστατικά με de novo χρωμοσώματα-δείκτες αποδείχθηκε ότι δεν έφεραν χρωμοσωματικές ανωμαλίες με την αναλυτική ικανότητα της πλατφόρμας array-CGH που χρησιμοποιήθηκε, ενώ σε 17 δείγματα με αναμφοβήτητα κυτταρογενετικά ευρήματα, όπως μη ισοζυγισμένες μεταθέσεις, αναδιαταγμένα χρωμοσώματα, μεγάλα χρωμοσωματικά ελλείμματα και μεγάλους διπλασιασμούς, αποσαφηνίστηκε γρήγορα και με ακρίβεια η προέλευση, το μέγεθος και το γονιδιακό περιεχόμενο της ανισοζυγίας. Σε 2 περιστατικά με χρωμοσώματα-δείκτες άγνωστης προέλευσης (marker chromosomes) και σε 2 περιπτώσεις με de novo φαινομενικά ισοζυγισμένες μεταθέσεις ανιχνεύθηκαν CNVs σχετιζόμενες με παθολογικό φαινότυπο.

Πρόκληση στη γενετική συμβουλευτική αποτελεί η αποκάλυψη αλλαγών άγνωστης κλινικής σημασίας, δηλαδή αλλαγών των οποίων οι κλινικές επιπτώσεις δεν είναι δυνατόν πάντα να προβλεφθούν (VOUS). Έτσι, επί του συνόλου των 1803 περιστατικών, 22 περιστατικά (1.2%) παρουσίασαν κάποιο CNV άγνωστης κλινικής σημασίας. Κατόπιν του ελέγχου των γονέων αποδείχθηκε ότι 20 από αυτά ήταν κληρονομούμενα και, λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθός τους, το γονιδιακό τους περιεχόμενο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα και την πορεία της κύησης, ερμηνεύθηκαν με μεγάλη πιθανότητα ως φυσιολογικοί πολυμορφισμοί. Παράλληλα δόθηκε και η κατάλληλη γενετική συμβουλή καθώς τα μικροελλείμματα και οι μικροδιπλασιασμοί είναι δυνατόν να παρουσιάσουν διαφορική διεισδυτικότητα και εκφραστικότητα μεταβιβαζόμενα στους απογόνους, δηλαδή μπορούν να σχετιστούν με παθολογικό φαινότυπο ακόμα κι αν έχουν κληρονομηθεί από ένα φυσιολογικό ή με ήπια συμπτώματα γονιό-φορέα. Τα υπόλοιπα 2 δείγματα (0.1%) αποδείχθηκε ότι ήταν de novo, ενώ οι κύσεις εμφάνισαν υπερηχογραφικά ευρήματα.

**Συμπέρασμα:** Τα παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύουν τη χρησιμότητα του μοριακού καρυότυπου-arrayCGH στην προγεννητική διάγνωση. Ο μοριακός καρυότυπος αποδεικνύεται πολύτιμο εργαλείο στην ανίχνευση μικροδιπλασιασμών/μικροελλειμμάτων του γονιδιώματος, αυξάνοντας τη διαγνωστική απόδοση του προγεννητικού ελέγχου σε σχέση με το συμβατικό καρυότυπο τόσο σε περιστατικά με ένα ή περισσότερα υπερηχογραφικά ευρήματα (5%) όσο και σε περιπτώσεις που δεν περιγράφεται καμία δομική ανωμαλία εκτός από αυξημένη αυχενική διαφάνεια (3%) αλλά ακόμα και όταν στο σύνολο των δειγμάτων συμπεριλαμβάνονται και οι χαμηλού κινδύνου κύσεις (1.4%). Επίσης, αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποτελεσματικός στην περαιτέρω διερεύνηση ευρημάτων που προκύπτουν από άλλες μεθόδους ανάλυσης (συμβατικός καρυότυπος, MLPA, QF-PCR) παρέχοντας πληροφορίες για την κλινική έκφραση των ευρημάτων και διευκολύνοντας έτσι τη γενετική συμβουλή.

**Βιβλιογραφία:** 1.David T. Miller, Margaret P. Adam, Swaroop Aradhya, Leslie G. Biesecker, Arthur R. Brothman, Nigel P. Carter, Deanna M. Church, John A. Crolla, Evan E. Eichler, Charles J. Epstein, W. Andrew Faucett, Lars Feuk, Jan M. Friedlman, Ada Hamosh, Laird Jackson, Erin B. Kaminsky, Klaas Kok, Ian D. Krantz, Robert M. Kuhn, Charles Lee, James M. Ostell, Carla Rosenberg, Stephen W. Scherer, Nancy B. Spinner, Dimitri J. Stavropoulos, James H. Tepperberg, Erik C. Thorland, Joris R. Vermeesch, Darrel J. Waggoner, Michael S. Watson, Christa Lese Martin, and David H. Ledbetter. Consensus Statement: Chromosomal Microarray Is a First-Tier Clinical Diagnostic Test for Individuals with Developmental Disabilities or Congenital Anomalies. The American Journal of Human Genetics. 2010;86:749-764. 2.Francesco Fiorentino, Fiorina Caiazzo, Stefania Napolitano, Letizia Spizzichino,

Sara Bono, Mariateresa Sessa, Andrea Nuccitelli, Anil Biricik, Anthony Gordon, Giuseppe Rizzo and Marina Baldi. Introducing array comparative genomic hybridization into routine prenatal diagnosis practice: a prospective study on over 1000 consecutive clinical cases. Prenat Diagn. 2011 DOI: 10.1002/pd.3.Ronald J. Wapner, M.D., Christa Lese Martin, Ph.D., Brynn Levy, M.Sc.(Med.), Ph.D., Blake C. Ballif, Ph.D., Christine M. Eng, M.D., Julia M. Zachary, Melissa Savage, M.S., Lawrence D. Platt, M.D., Daniel Saltzman, M.D., William A. Grobman, M.D., M.B.A., Susan Klugman, M.D., Thomas Scholl, Ph.D., Joe Leigh Simpson, M.D., Kimberly McCall, B.S., Vimla S. Aggarwal, M.B., B.S., Brian Bunke, B.S., Odell Nahum, M.Sc., Ankit Patel, Ph.D., Allen N. Lamb, Ph.D., Elizabeth A. Thom, Ph.D., Arthur L. Beaudet, M.D., David H. Ledbetter, Ph.D., Lisa G. Shaffer, Ph.D., and Laird Jackson, M.D. Chromosomal Microarray versus Karyotyping for Prenatal Diagnosis. NEJM. 2012;367:2175-2184. 4. T. Y. Leung, I. Vogel, T. K. Lau, W. Chong, J. A. Hyett, O. B. Petersen and K. W. Choy Identification of submicroscopic chromosomal aberrations in fetuses with increased nuchal translucency and apparently normal karyotype. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011;38: 314-319.

### AA-39. Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΤΟΚΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ;

**Κολοκυθά Π., Πάσχου Ε., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.**

*Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας*

**Σκοπός εργασίας:** Είναι η μελέτη του χρόνου (σε λεπτά) από την αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων έως και τον τοκετό εμβρύου, και η συσχέτιση αυτού με την εβδομάδα κύησης και τον τόκο.

**Υλικά και μέθοδος:** Για την υλοποίηση συγκεντρώθηκαν τα στοιχεία από το παρτόγραμμα 313 φυσιολογικών τοκετών, οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου έδεσσας.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των 313 φυσιολογικών τοκετών φάνηκε ότι αυτοί πραγματοποιήθηκαν μεταξύ της 26ης και 41ης εβδομάδας κύησης με διάμεσο τιμή την 39η εβδομάδα. Οι επίτοκες ήταν πρωτοτόκες έως και επτατόκες. Το διάστημα από τη ρήξη των υμένων έως και τον τοκετό του εμβρύου ήταν από 0 λεπτά έως και 1038 λεπτά, με διάμεσο τιμή τα 30 λεπτά. Όσον αφορά τη σχέση του χρονικού διαστήματος από τη ρήξη των υμένων μέχρι τον τοκετό του εμβρύου με την εβδομάδα κύησης, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η εβδομάδα κύησης η διάμεσος τιμή του χρόνου από τη ρήξη των υμένων έως και το φυσιολογικό τοκετό παραμένει σταθερή. Επιπλέον, αναδείχθηκε ότι όσο αυξάνεται ο τόκος η διάμεσος τιμή του διαστήματος από τη ρήξη των υμένων μέχρι τον τοκετό του εμβρύου επίσης παραμένει σταθερή. Τέλος, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια του διαστήματος αυτού, όσο αυξάνεται ο τόκος ( $p=0,106$ ).

**Συμπεράσματα:** Το χρονικό διάστημα από την αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων έως και τον τοκετό του εμβρύου παραμένει ίδιο σε όλες τις εβδομάδες κύησης (26-41) που μελετήθηκαν και είναι ανεξάρτητο από τον τόκο.

### AA-40. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ

**Θανασάς Ι., Οικονόμου Ι., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ., Παπαβασιλείου Σ., Χριστοδούλου Θ.**

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρίκालων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Να καθορίσουμε την επίδραση της ηλικίας κύησης στο αναπνευστικό σύστημα των νεογνών, έτσι ώστε να προγραμματίσουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια για το περιγεννητικό αποτέλεσμα την καταλληλότερη στιγμή διενέργειας της εκλεκτικής καισαρικής τομής.

**Υλικό:** Κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2013

έως τον Δεκέμβριο του 2014 στο νοσοκομείο μας διενεργήθηκαν 429 ΚΤ. Από αυτές επιλέχθηκαν 137 δευτερότοκες με ΠΚΤ. Αποκλείστηκαν όσες εμφάνισαν πρόωρες συσπάσεις, κολπική αιμόρροια, αποκόλληση πλακούντα ή άλλη αιτία. Το υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 75 δευτερότοκες με ΠΚΤ, τις οποίες χωρίσαμε σε 2 ομάδες. Την ομάδα Α αποτέλεσαν 50 επίτοκες με ηλικίας κύησης 38+3 έως 38+5 εβδομάδες, ενώ η ομάδα Β περιελάμβανε τις υπόλοιπες 25 γυναίκες με ηλικία κύησης από 38+6 έως 39+0 εβδομάδες κύησης. Αναλύσαμε το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (RDS) σε συνάρτηση με το περιγεννητικό αποτέλεσμα και στις δύο ομάδες.

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα Α 11 νεογνά (22%) εμφάνισαν αναπνευστικά προβλήματα σε σχέση με 3 νεογνά (ποσοστό 12%) της ομάδας Β. Τα 8 από τα 11 νεογνά της ομάδας Α με αναπνευστικά προβλήματα και κυρίως RDS διακομίσθηκαν σε ΜΕΝ, ενώ από την ομάδα Β δεν χρειάστηκε να διακομισθεί κάποιο νεογνό με αναπνευστικό πρόβλημα.

**Συμπεράσματα:** Η εκλεκτική ΚΤ από τις 38+3 έως 38+5 εβδομάδες κύησης επιφέρει στα νεογνά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων. Μια σημαντική μείωση του RDS, όπως αυτή καταφαίνεται από τη δική μας μελέτη και τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, επιτυγχάνεται όταν η εκλεκτική ΚΤ διενεργείται μετά τις 38+6 εβδομάδες της κύησης.

#### AA-41. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΦΕΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΡΣΕΝΙΚΩΝ ΕΠΙΜΥΩΝ ΑΠΟΓΟΝΩΝ

**Μαστρολέων Ι., Κορού Α.-Μ., Περγαλιώτης Β., Κωσταντόπουλος Π., Γκιώκα Ε., Περγέα Ν.Δ.**

*Εργαστήριο Πειραματικής χειρουργικής και χειρουργικής ερεύνης Ν.Σ. Χρηστάς*

**Σκοπός:** Η κατανάλωση καφεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί κατά καιρούς με αυξημένα ποσοστά ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης και με διαταραχές στην ισορροπία του ενεργειακού ισοζυγίου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της ενδομήτριας έκθεσης σε μέτριες δόσεις καφεΐνης και της ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου σε επίμυες που ακολουθούν δίαιτα αυξημένης περιεκτικότητας σε φρουκτόζη.

**Υλικό και μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν 20 θήλιες επίμυες οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ισάριθμες ομάδες αναπαραγωγής ( $\alpha$ =control και  $\beta$ =καφεΐνης 20mg/kg/σβ/ημέρα). Οι αρσενικοί απόγονοι τυχαιοποιήθηκαν σε 4 ισάριθμες ομάδες ( $n=10$ ) (1: χωρίς ενδομήτρια έκθεση σε καφεΐνη και φυσιολογική δίαιτα, 2: χωρίς ενδομήτρια έκθεση σε καφεΐνη και πρόσληψη πόσιμου νερού με περιεκτικότητα σε φρουκτόζη 20%, ομάδα 3: ενδομήτρια έκθεση σε καφεΐνη και φυσιολογική δίαιτα, ομάδα 4: ενδομήτρια έκθεση σε καφεΐνη και πρόσληψη φρουκτόζης μέσω του πόσιμου νερού).

**Αποτελέσματα:** Η ενδομήτρια έκθεση σε καφεΐνη οδήγησε σε αύξηση των τριγλυκεριδίων ( $p<.001$ ) και της αρτηριακής πίεσης ( $p<.001$ ) (οιστολική, διαστολική και μέση) των απογόνων συγκριτικά με τους απογόνους μητέρων της ομάδας ελέγχου. Σαφείς διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων 1 και 2 και των ομάδων 3 και 4 σε ότι αφορά τις μετρήσεις των τριγλυκεριδίων και της αρτηριακής πίεσης. Μετά από post-hoc ανάλυση των επιμέρους αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε ότι η επίδραση της ενδομήτριας έκθεσης στην καφεΐνη ήταν ιδιαίτερα προεξάρχουσα στην ομάδα 4 σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες.

**Συμπέρασμα:** Η ενδομήτρια έκθεση σε μέτριες δόσεις καφεΐνης

μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το μεταβολικό προφίλ των απογόνων καθιστώντας τους πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη επιμέρους μεταβλητών του μεταβολικού συνδρόμου.

#### AA-42. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

**Περγαλιώτης Β., Γκιώκα Ε., Παπανικολάου Β., Μεράχ Α., Χαραλαμπίδου Ε., Καραγιάννη Σ.**

*Παιδοψυχιατρική κλινική Π.Γ.Ν.Α Αγλαΐα Κυριακού*

**Σκοπός:** Ο πρόωρος τοκετός έχει σχετισθεί με μία σειρά αναπτυξιακών και συμπεριφορικών προβλημάτων τα οποία φαίνεται ότι επιμένουν κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Να μελετήσει την επίπτωση του πρόωρου τοκετού σε παιδιά και εφήβους που αναζητήσαν παιδοψυχιατρική εκτίμηση για αναπτυξιακά και συμπεριφορικά προβλήματα.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη του ιατρικού φακέλου όλων των παιδιών και εφήβων που επισκέφθηκαν τουλάχιστον μία φορά το παιδοψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου παιδών «παι. και αγλαΐας κυριακού» κατά τα έτη 2010-2013. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 185 παιδιά και 241 έφηβοι με αναπτυξιακά ή/και συμπεριφορικά προβλήματα. Για την εκτίμηση των συμπεριφορικών προβλημάτων χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες child behavior checklist/6-18 και dsm-oriented teacher's report form/4-18.

**Αποτελέσματα:** Τα πρόωρα γεννημένα παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα κινητικότητας ( $p<.001$ ), ψυχοσωματικές διαταραχές ( $p=.017$ ), iq<79 ( $p=.013$ ), διαταραχές ύπνου ( $p=.006$ ) και διαταραχές ομιλίας ( $p=.002$ ). Αντίστοιχα οι έφηβοι που γεννήθηκαν πρόωρα υπέφεραν από διαταραχές ύπνου ( $p=.042$ ). Σύμφωνα με την cbcl τα παιδιά και οι έφηβοι που γεννήθηκαν πρόωρα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συναισθηματικά προβλήματα ( $p=.003$ ). Αντίστοιχα αποτελέσματα ανέδειξε και η αξιολόγηση της ttf στα παιδιά ( $p=.022$ ) και τους εφήβους ( $p=.001$ ), που γεννήθηκαν πρόωρα. Οι έφηβοι αυτής της ομάδας είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σωματικά ( $p=.01$ ) και εναντιωματικά προβλήματα ( $p=.014$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο πρόωρος τοκετός συνοδεύεται από προβλήματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς, τα οποία φαίνεται ότι είναι πιο έντονα κατά την παιδική ηλικία. Οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι γνώστες αυτών των προβλημάτων προκειμένου να τα διαγνώσουν νωρίς και να παραπέμψουν τα παιδιά για αντιμετώπιση.

#### AA-43. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Σταθάκη Ε., Ροβιθάκη Α.**

*Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*

**Σκοπός:** Η παρουσία της μαίας κατά τη διάρκεια της οποίας μαιευτικής πράξης είναι καθοριστική. σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την αναγκαιότητα της συμβολής μιας έμπειρης και επιστημονικά καταρτισμένης μαίας σε όλες τις βαθμίδες υγείας στη σύγχρονη μαιευτική πράξη, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας και τη μείωση της νοσηρότητας.

**Υλικά και μέθοδοι:** με τη χρήση σύγχρονης βιβλιογραφίας και της υπάρχουσας νομοθεσίας θα αποδειχθεί η αναγκαιότητα της μαιευτικής θέσης αλλά και τυχόν αδυναμίες που υπάρχουν, ώστε να δοθεί η δυνατότητα βελτίωσης.

**Αποτελέσματα:** θα καταφανούν οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μαϊών ανά βαθμίδα παροχής υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), ελλείψεις που τυχόν υπάρχουν αλλά

και τις δυνατότητες επιλογής ώστε να υπάρξει πρόοδος.

**Συμπέρασμα:** καθοριστικός και άκρως αναγκαίος ο ρόλος της μαίας, αρκεί να συνοδεύεται από επιμονή, θέληση και συνεχή επιμόρφωση στα νεότερα δεδομένα.

#### AA-44. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ PIGF (PLACENTAL GROWTH FACTOR) ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Γιαννακοπούλου Ε., Μακρή Α., Νταβέλλα Ε., Σούσι Α., Σοφούδης Χ.  
*Τμήμα Μαιευτικής Aegean College*

**Σκοπός:** Ο παράγοντας ανάπτυξης του πλακούντα κλωνοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1991 και αναγνωρίστηκε ως μέλος των αγγειακών ενδοθηλιακών αναπτυξιακών παραγόντων που συμμετέχουν στη ρύθμιση της αγγειογένεσης. Κατά τη διάρκεια της κύησης, ο εν λόγω εκκρίνεται από τροφοβλαστικά και πλακουντιακά κύτταρα, ενώ βρίσκεται σε μικρότερη συγκέντρωση στην καρδιά, τους πνεύμονες και τους μύες. Ο PIGF επάγει τη διαστολή των αγγείων της μήτρας, του μυομητρίου, του μεσεντερίου και των υποδόριων αρτηριών. Σκοπός της εργασίας είναι ο ρόλος του PIGF στην εξέλιξη της κύησης και συγκεκριμένα, στην συνάρτηση αυτού με καταστάσεις εμφάνισης προεκλαμψίας και νεογνών ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η συλλογή πληροφοριών βασίστηκε σε ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τις διάφορες τιμές του PIGF σε κάθε εξεταζόμενο πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικές πηγές όπως άρθρα, συγγράμματα, έρευνες και διαδικτυακές βάσεις δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με έρευνες, επίτοκες με διαγνωσμένη προεκλαμψία, αλλά και με διαταραχές της αρτηριακής πίεσης, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα PIGF στο αίμα, τα οποία είναι εμφανή ακόμα και πριν την έναρξη των κλινικών συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ότι επίτοκες με τιμή PIGF μικρότερη του 12 pg/mL, εμφάνισαν επιπλοκές στην κύηση σε διάστημα 15 ημερών, ενώ όσες τιμές βρίσκονταν πάνω από την 5η εκατοστιαία θέση, δεν διέτρεξαν κίνδυνο. Επιπλέον, η χρήση του PIGF test κατάφερε να προβλέψει τις γεννήσεις SGA νεογνών, όχι όμως και των ενδομήτριων θανάτων.

**Συμπέρασμα:** Η χρήση του τεστ PIGF δεν είχε θετική διαγνωστική αξία σε όλα όσα ερευνηθήκαν. Παρ' όλα αυτά, χαρακτηρίζεται ως διαγνωστικό υψηλής ευαισθησίας κατά τη διάρκεια του επίσημου προγεννητικού ελέγχου 1ου τριμήνου, καθώς και σε περιπτώσεις νεογνών ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης πλακουντιακής αιτιολογίας.

#### AA-45. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΜΒΡΥΪΚΗΣ ΕΝΔΟΚΛΟΙΔΙΑΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Βάγγος Γ.<sup>1</sup>, Λυκούδη Α.<sup>1</sup>, Μπαρμπαλιά Ζ.<sup>1</sup>, Κονής Κ.<sup>1</sup>, Μακρυδήμας Γ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αρτας

<sup>2</sup>Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Παν/μιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού εμβρυϊκής ενδοκλοιδιακής κύστης και η διαφορική διάγνωση με βάση τα υπερηχογραφικά της χαρακτηριστικά.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζεται περιστατικό εγκύου γυναίκας, δευτεροτόκου, 34 ετών, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, η οποία υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα β' τριμήνου για ανίχνευση ανατομικών εμβρυϊκών ανωμαλιών. Στο υπερηχογράφημα διεπιστώθη μικρή κυστική μάζα 12,4 χ18,8 χ 13,3 χιλ. κάτω και μπροστά από τον δεξιό νεφρό ενός ζώντος, θήλεος

εμβρύου χωρίς άλλες εμφανείς ανατομικές ανωμαλίες.

**Αποτελέσματα:** Η ακριβής διάγνωση των εμβρυϊκών ενδοκλοιδιακών κύστεων με το υπερηχογράφημα β' τριμήνου παρουσιάζει δυσκολίες. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει νεφρικές κύστες, ωθηκικές κύστες, κύστες χοληδόχου πόρου, κύστες μεσεντερίου, κύστες εκ διπλασιασμού και την Μεκέλειο απόφυση. Το μέγεθος, τα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά και η εντόπιση των κύστεων είναι σημαντικά στοιχεία της διαφορικής διάγνωσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις η τελική διάγνωση επιτυγχάνεται με τη διενέργεια υπερηχογραφήματος στη νεογνική περίοδο. Στην παρούσα περίπτωση η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε την κύστη μεσεντερίου, την κύστη ωθήκης και την κύστη εκ διπλασιασμού. Η τελική διάγνωση βασισμένη στο υπερηχογράφημα κοιλίας του νεογνού είναι κύστη μεσεντερίου.

**Συμπέρασμα:** Οι εμβρυϊκές ενδοκλοιδιακές κύστες είναι σχετικά συχνό υπερηχογραφικό εύρημα και αφορούν μεγάλη ποικιλία νοσολογικών οντοτήτων. Το υπερηχογράφημα στην προγεννητική περίοδο σε συνδυασμό με το αντίστοιχο της νεογνικής περιόδου αποτελεί μια χαμηλού κόστους, εύκολα πραγματοποιήσιμη και αξιόπιστη πρακτική στη διαγνωστική τους προσέλαση.

#### AA-46. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗ ΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Δάγλα Μ.<sup>1</sup>, Ιωαννίδη-Καπόλου Ε.<sup>2</sup>, Αντωνίου Ε.<sup>1</sup>, Πεχλιβάνη Φ.<sup>1</sup>, Ιατράκης Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας, <sup>2</sup>Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η μετάβαση προς τη γονεϊκότητα αναδεικνύει νέα συναισθήματα, φόβους και ανασφάλειες που δυσκολεύουν τα ζευγάρια. Τα προγράμματα προετοιμασίας για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην προσαρμογή των μελλοντικών γονέων.

**Σκοπός:** Να καταγράψει μέρος των συναισθηματικών αναγκών της γυναίκας στην κύηση και να διερευνήσει εάν η προετοιμασία των ζευγαριών για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα στην περίοδο της κύησης σχετίζεται με τον φυσιολογικό τοκετό και τον μητρικό θηλασμό.

**Υλικό:** Έλαβαν μέρος 244 μητέρες που προσεγγίστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του μεγαλύτερου παιδιατρικού νοσοκομείου της χώρας μας, που απάντησαν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

**Αποτελέσματα:** Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών ένιωθε αγωνία για την εξέλιξη της κύησης (80.5%) και φοβίες για την υγεία του εμβρύου (74.5%). Η παρακολούθηση τέτοιων προγραμμάτων στην κύηση φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το είδος του τοκετού ( $p=0$ ), τον τρόπο έναρξης του τοκετού ( $p=0$ ), τη συχνότητα ( $p=0,015$ ) και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Έτσι, οι γυναίκες που παρακολούθησαν τέτοια προγράμματα σε σχέση με τις υπόλοιπες φαίνεται να επιλέγουν λιγότερο την πρόκληση του τοκετού, να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό φυσιολογικού τοκετού και μητρικού θηλασμού και να θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (95,2%) που παρακολούθησε τέτοιου είδους προγράμματα υποστηρίζουν ότι αυτά συνέβαλλαν σημαντικά στο να αποκτήσουν, οι ίδιες ως έγκυες, θετικά συναισθήματα για την κύηση, τον τοκετό και την λοχεία.

**Συμπέρασμα:** Τα συγκεκριμένα προγράμματα φαίνεται να συνδέονται σημαντικά με θέματα που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως είναι η προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, του μητρικού θηλασμού και της καλής συναισθηματικής υγείας των εγκύων.

**AA-47. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ****Μακρή Α., Γιαννακοπούλου Ε., Σούσι Α., Νταβέλλα Ε., Σοφούδης Χ.***Τμήμα Μαιευτικής Aegean College*

**Εισαγωγή:** Ο πλακούντας αποτελεί ένα όργανο που αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της κύησης στην κοιλότητα της μήτρας και αποβάλλεται κατά τον τοκετό. Η διαμόρφωση του αρχίζει την δεύτερη εβδομάδα της κύησης και ολοκληρώνεται κατά το τέλος του 3ου εμβρυϊκού μηνός. Ο πλακούντας αποτελείται από στοιχεία εμβρυογενούς (χόριον-άμνιον) και μητρογενούς (φθατός) προελεύσεως. Έρευνες έχουν επιδείξει ότι υλικά που συλλέχθηκαν από την εμφύτευση του πλακούντα επάγονται σε μεταναστευτικά καρκινικά κύτταρα που δεν συνοδεύονται από επιθηλιακά μεσεγγυματικά (εμτ) και υποστηρίζουν την επιβίωση των καρκινικών κυττάρων του μαστού.

**Υλικό και μέθοδος:** Η συλλογή πληροφοριών βασίστηκε σε ανασκόπηση τρέχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την αλλαγή της μορφολογίας του πλακούντα και τις επιπτώσεις αυτού εντός των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιήθηκαν διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης όπως pubmed, eugonia. Com και έτερα επιστημονικά συγγράμματα.

**Συζήτηση:** Η οιστραδιόλη (ε2) είναι μια ορμόνη που παράγεται κυρίως στις γονάδες, καταστέλλει την παραγωγή της θυλακιοτρόπου ορμόνης fsh και διεγείρει την παραγωγή της ωχρινοτρόπου ορμόνης. Η οιστριόλη ανταγωνίζεται την ενζυμική δράση της 17-β οιστραδιόλης, που πιστεύεται ότι ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Έτσι, η υπερπαραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη πιστεύεται πως προστατεύει το μαστό από τη δράση της οιστρονίας και της οιστραδιόλης. Η υπερπαραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη οδηγεί σε διπλασιασμό και τριπλασιασμό των κορτικοστεροειδών. Η οιστριόλη διαφοροποιεί την αντίσταση του ξενιστή στην ανάπτυξη του καρκίνου, μειώνοντας την κυτταρική ανοσία, ιδιαίτερα τη σχετιζόμενη με τα T λεμφοκύτταρα δηλαδή, οι μηχανισμοί που μειώνουν την αντίσταση του ξενιστή στον καρκίνο είναι πιθανώς παρόμοιο με εκείνους που ευνοούν την εμφύτευση του ζυγωτή, με καταστολή την κυτταρικής ανοσίας της μητέρας.

**Συμπέρασμα:** Καθώς υπάρχει μια εκτεταμένη συζήτηση μεταξύ της ε2 και της προγεστερόνης η συμμετοχή αυτών στη μεταβολή της αρχιτεκτονικής διαμόρφωσης του πλακούντα έχει επιπτώσεις στη καρκινογένεση του μαζικού αδένου. Πράγματι η ε2 και οι υποδοχείς προγεστερόνης (e2+pr) αναστέλλουν το σύστημα μειωμένης κινητικότητας των καρκινικών κυττάρων. Η ε2 και η προγεστερόνη συμβάλλουν στη μετανάστευση των κυττάρων μακριά από πλακουντιακές περιοχές. Υποθέτουμε λοιπόν ότι αυτό μπορεί να αυξήσει τη ματαστατική τους εξάπλωση σε άλλα όργανα κατά τη διάρκεια της κύησης.

**AA-48. HIV ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ : ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ****Νταβέλλα Ε., Σούσι Α., Γιαννακοπούλου Ε., Μακρή Α., Σοφούδης Χ.***Aegean Omiros College*

**Εισαγωγή:** Ως HIV (Human Immunodeficiency Virus) ορίζουμε τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας ο οποίος είναι άμεσα συνυφασμένος με το σύνδρομο AIDS, μία χρόνια συστηματική νόσος, κλινικά αντιμετώπισιμη. Ο ιός αυτός προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου το οποίο είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια σε διάφορους εξωτερικούς λοιμογόνους παράγοντες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η πιθανότητα κάθετης μετάδοσης (κατά την διάρκεια της κύησης, του τοκετού και του θηλασμού) από μία οροθετική μητέρα στο νεογνό, ανέρχεται σε περίπου 25%.

**Μέθοδος:** Το ιικό φορτίο (το ποσό του ιού HIV που υπάρχει στο αίμα) στο πλάσμα των οροθετικών γυναικών θα πρέπει να προσ-

διορίζεται αρχικά και να επαναλαμβάνεται κάθε τρεις μήνες. Εάν είναι μικρότερο των 1000 copies/ml και η γυναίκα λαμβάνει αντιρετροϊκή αγωγή (Zidovudine) κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού τότε ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης από την μητέρα στο νεογνό μπορεί να μειωθεί δραματικά.

**Συζήτηση:** Ο ιός HIV μεταδίδεται μέσω των σωματικών υγρών (αίμα, σπέρμα, κολπικά υγρά, μητρικό γάλα). Η καισαρική τομή ως μέθοδος διεκπεραίωσης του τοκετού, φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο της επίκτητης μετάδοσης της λοίμωξης κατά τον τοκετό. Ωστόσο ανατρέχοντας την τρέχουσα βιβλιογραφία, υπάρχουν αναφορές όπου μπορεί ο τοκετός να διεξαχθεί κολπικά.

**Συμπέρασμα:** Επίτοκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο HIV λοίμωξης. Υποδηλώνουν διπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με θηλάζουσες, μη επίτοκες και μη θηλάζουσες γυναίκες. Οι ορμονικές μεταβολές συσχετιζόμενες με κύηση και η επίδραση αυτών στον κολπικό βλενογόνο ευθύνονται για την αυξημένη υποδεκτικότητα και τη δημιουργία προϋποθέσεων μετάδοσης της λοίμωξης.

**AA-49. HPV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ. Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ****Θανασιάς Ι., Μακρή Δ., Παπαδούλη Μ., Παπαβασιλείου Σ., Οικονόμου Ι., Χριστοδούλου Θ.***Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τριγιάλων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Να μελετηθούν οι τρόποι μετάδοσης του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων από τη μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

**Υλικό:** Οι ηλεκτρονικές βάσεις PUBMED και COCHRANE χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ερευνών που αφορούσαν στην παρουσία του ιού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στη μετάδοσή του από τη μητέρα στο έμβρυο.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της κύησης εμφανίζονται αυξημένα ποσοστά HPV λοίμωξης. Έχει παρατηρηθεί ότι ο τύπος 16 του ιού είναι ο πιο επικρατής όσον αφορά τη μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι είναι αυξημένος ο κίνδυνος της κάθετης μετάδοσης κατά τη διάρκεια ενός κολπικού τοκετού, καθώς το έμβρυο διέρχεται από τον μολυσμένο γεννητικό σωλήνα. Παράλληλα, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι είναι εξίσου πιθανό να μολυνθεί ένα νεογνό που γεννήθηκε με καισαρική τομή. Ο ιός μπορεί επίσης να μεταδοθεί αιματογενώς μέσω του πλακούντα στο έμβρυο, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την παρουσία του HPV στο ομφαλικό αίμα. Τέλος, η μετάδοση μπορεί να οφείλεται σε μία ανιούσα λοίμωξη ή στην παρουσία του ιού στο αμνιακό υγρό και στους εμβρυϊκούς υμένες.

**Συμπέρασμα:** Από τα δεδομένα προκύπτει ότι ο HPV είναι αρκετά συχνός στην εγκυμοσύνη. Ο τρόπος τοκετού δεν επηρεάζει τη μετάδοσή του, στην οποία όμως συμβάλλει η παρουσία του ιού στο ομφαλικό αίμα, το αμνιακό υγρό και τους υμένες.

**AA-50. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΜΜΕΝΟΥΣΕΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΕΣ ΑΠΟ ΠΗΚΤΑΣΗ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΥΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ****Γκέντζη Δ.<sup>1</sup>, Κολυβά Σ.<sup>1</sup>, Σπηλιοπούλου Ι.<sup>2</sup>, Μαραγκός Μ.<sup>3</sup>, Δημητρίου Γ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, <sup>2</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>3</sup>Τμήμα Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, <sup>1</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, <sup>3</sup>Τμήμα Λοιμωξιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκο-



μείο Πατρών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

**Σκοπός:** Οι πηκτάσοι – αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (Coagulase – negative Staphylococci, CoNS) είναι το συχνότερο αίτιο όψιμης νεογνικής σηψαιμίας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN). Θεραπεία εκλογής είναι η βανκομυκίνη ωστόσο παρά την in vitro ευαισθησία κάποια νεογνά αναπτύσσουν εμμένουσα βακτηριακία. Στη μελέτη αυτή παρουσιάζουμε τις θεραπευτικές επιλογές για τις εμμένουσες αυτές βακτηριακίες.

**Υλικά και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 121 νεογνά με βακτηριακία από στελέχη CoNS που νοσηλεύτηκαν στη MENN του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών κατά τη χρονική περίοδο 4 ετών (Ιανουάριος 2006 – Δεκέμβριος 2007 και Ιανουάριος 2011 – Δεκέμβριος 2012). Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά και τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιήθηκαν.

**Αποτελέσματα:** Από τα 1.485 νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη MENN, τα 121 (8,1 %) ανέπτυξαν βακτηριακία από CoNS εκ των οποίων τα 42 (34,7 %) είχαν εμμένουσα βακτηριακία. Τα πιο συνηθισμένο είδος ήταν ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος (91%). Εκτός από τη μικρότερη μέση διάρκεια της βακτηριακίας ( $p = 0,003$ ) κατά το δεύτερο μέρους της μελέτης, δεν παρατηρήθηκαν άλλες διαφορές μεταξύ των δύο περιόδων. Δέκα (23,8%) νεογνά υποβλήθηκαν σε μονοθεραπεία με βανκομυκίνη. Είκοσι τρία (54,7%) νεογνά αποστείρωσαν με την προσθήκη ριφαμπικίνης στη βανκομυκίνη. Επτά νεογνά (16,6%) αποστείρωσαν με λινεζολιδή και δύο (4,7%) με δαπτομυκίνη. Δε βρέθηκαν διαφορές στα χαρακτηριστικά των νεογνών που χορηγήθηκαν τα διαφορετικά σχήματα αντιβιοτικών και κανένα από τα νεογνά δεν παρουσίασε ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη της ριφαμπικίνης και η χορήγηση λινεζολιδής και δαπτομυκίνης σε νεογνά με εμμένουσα βακτηριακία από CoNS μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη θεραπευτική εναλλακτική. Η βέλτιστη δόση και η φαρμακοκινητική των εν λόγω αντιβιοτικών στα νεογνά αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω μελετών.

**AA-51. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΠΑΜΙΔΡΟΝΑΤΗ ΣΕ ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΣΚΛΗΡΗΜΑ ΚΑΙ ΝΕΚΡΩΣΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΛΙΠΟΥΣ**

**Βοντζαλίδης Α., Ζαννίκος Κ., Καραχρήστου Κ., Γιατράκου Ε., Γκίκα Γ.-Α., Λιανού Α., Καραγιάννη Σ.**

*Α' Μ.Ε.Ν. Νεογνών, Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Το νεογνικό σκληρήμα, το σκληροίδημα και η νέκρωση του υποδορίου λίπους αποτελούν διαταραχές του υποδορίου ιστού που εμφανίζονται τις δύο πρώτες εβδομάδες ζωής. Η υπερασβεστιακία αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της νέκρωσης του υποδορίου λίπους καθώς μακροπρόθεσμα σχετίζεται με την εμφάνιση νοητικής υστέρησης. Η θεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τη χορήγηση υγρών, διουρητικών και κορτικοστεροειδών. Η χορήγηση διφωσφονικών έχει προταθεί για την αντιμετώπιση εμμένουσας υπερασβεστιακίας σε νεογνά με νέκρωση υποδορίου λίπους.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Άρρεν νεογνό ηλικίας κήσης 39+61 εβδομάδων και ΒΓ 3880gr. γεννήθηκε με επείγουσα Κ.Τ. λόγω βαριάς αλλοίωσης παλιών. Το νεογνό μεταφέρθηκε στο τμήμα μας το 3ο 24ωρο ζωής εμφανίζοντας επεισόδια σπασμών, εικόνα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και ισχαιμίας εντέρου. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν μικτά κλινικά χαρακτηριστικά νεογνικού σκληρήματος και νέκρωσης του υποδορίου λίπους. Ως επιπλοκή της νόσου το νεογνό εμφάνισε υπερασβεστιακία την 6η εβδομάδα ζωής με μέγιστη τιμή ασβεστίου 12,9 mg/dl. Αρχικά αντιμετωπίστηκε με συστηματική χορήγηση φουροσεμίδης και IV υγρών.

Σταδιακά σημειώθηκε αποκατάσταση των επιπέδων ασβεστίου σε συνδυασμό με υποχώρηση του σκληρήματος. Την 11η εβδομάδα ζωής παρατηρήθηκε εκ νέου αύξηση των επιπέδων ασβεστίου η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση παμιδρονάτης (2,5 mg/kg IV εφάπαξ). Η ανταπόκριση στην αγωγή ήταν άμεση με υποχώρηση των επιπέδων ασβεστίου και διατήρηση αυτών σε φυσιολογικά επίπεδα μέχρι και την έξοδο από το τμήμα μας. Η χορήγηση παμιδρονάτης δε συνοδεύτηκε από την εμφάνιση επιπλοκών.

**Συμπεράσματα:** Αν και η εμπειρία από τη χρήση της παμιδρονάτης στα νεογνά είναι περιορισμένη, η χορήγηση της φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική αγωγή για την αντιμετώπιση της εμμένουσας υπερασβεστιακίας.

**AA-53. ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**

**Μπράβου Κ<sup>1</sup>, Ζούκας Α<sup>1</sup>, Παπαμιανώλης Β<sup>1</sup>, Ντάνου Π<sup>2</sup>, Φανουργιάκης Α<sup>2</sup>, Σεργεντάνης Θ<sup>1</sup>, Παράσγου Ν<sup>3</sup>, Μακρυγιάννη Α<sup>3</sup>, Καμπάς Ν<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου, <sup>2</sup>Π.Γ.Ν. - Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», <sup>3</sup>Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου*

**Σκοπός:** Να εξεταστεί κατά πόσον το καρδιοτοκογράφημα (ΚΤΓ) στη διάρκεια του τοκετού μπορεί να προβλέψει την εμβρυϊκή δυσχέρεια που εκδηλώνεται ως υποξαιμική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια και σε ποιο βαθμό μπορεί κανείς να βασιστεί στην ΚΤΓ καταγραφή.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναδρομική έρευνα των τοκετών της τελευταίας 10ετίας διεξήχθη στη Μαιευτική Κλινική του Νοσοκομείου Κορίνθου. Αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις εγκεφαλικής υποξίας που σχετίζονται με μητρικούς και εμβρυϊκούς παράγοντες, όπως είναι η προωρότητα, η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου, η ενδομήτρια λοίμωξη, η διαταραχή πηκτικότητας, η πολύδυμη κήση, η ισχαική προβολή, η αιμορραγία κατά τη διάρκεια της κήσης και οι χρωμοσωμικές ή συγγενείς ανωμαλίες. Η μελέτη μας περιέλαβε 26 τελειόμηνες ( $\geq 37$  εβδ. κήσης) που τα νεογνά τους εμφάνισαν υποξαιμική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (Ομάδα Α') με σκοπό να συγκριθούν με 30 τελειόμηνες κήσεις που οδήγησαν στη γέννηση υγιών νεογνών χωρίς σημάδια ασφυξίας (Ομάδα Β'). Αναλύθηκαν και στις δύο Ομάδες οι ΚΤΓ καταγραφές, το Apgar σκορ και ο τρόπος αποπεράτωσης του τοκετού.

**Αποτελέσματα:** Στην Ομάδα Α', 23 επίτοκες, ποσοστό 88,46%, παρουσίασαν μία ή και περισσότερες αλλοιώσεις του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού όπως όψιμες επιβραδύνσεις, απουσία μεταβλητότητας, βραδυκαρδία <100, ταχυκαρδία >180, σε σύγκριση με 8 εγκυμονούσες (26,67%) της Ομάδας Β' που είχαν ένα ΚΤΓ κατηγορίας II ή III. Στην Ομάδα Α', 24 νεογνά, ποσοστό 92,31%, είχαν στα 5', Apgar σκορ μικρότερο από 7, ενώ στην Ομάδα Β' μόνο 4 νεογνά, ποσοστό 13,33%. Επίσης στην Ομάδα Α' τα ποσοστά της καισαρικής τομής ήταν σαφώς ανεβασμένα (17 ΚΤ, 65,38%) σε αντίθεση με την Ομάδα Β' που ο φυσιολογικός τοκετός ήταν αρκετά συχνότερος (21 ΦΤ, 70%).

**Συμπεράσματα:** Η ηλεκτρονική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού αξιολογεί το καλώς έχουν του εμβρύου και η καταγραφή αλλοιώσεων του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού πολύ πιθανό να υποδηλώνει την παρουσία περιγεννητικής ασφυξίας με άμεση επίδραση στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

#### AA-54. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Παπαδοπούλου Α., Στέρπη Μ., Κώτσιος Ι., Παυλάκη Α., Αναστασιάδου Ε.

Νεογνολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Οι μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών έχουν πολύ υψηλό κόστος νοσηλείας, από τους υψηλότερους στον ιατρικό κλάδο λόγω της προηγμένης τεχνολογίας που χρησιμοποιείται και του εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Το Νεογνολογικό Τμήμα και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΕΣΥ στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης διαθέτει 40 κλίνες και νοσηλεύσε για τα έτη 2013-2014 493 κατά μέσο όρο πρόωρα και βαρέως πάσχοντα νεογνά.

**Σκοπός:** Στη μελέτη αυτή επιχειρήθηκε ο υπολογισμός του κόστους της εντατικής νοσηλείας νεογνών στη ΜΕΝΝ ΕΣΥ του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης καθώς και η θνητότητα για τη χρονική περίοδο 2013 και 2014.

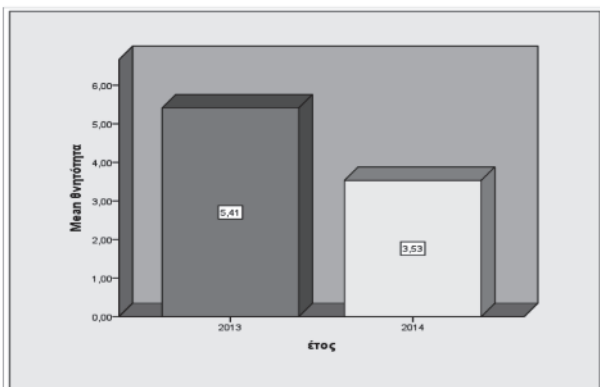
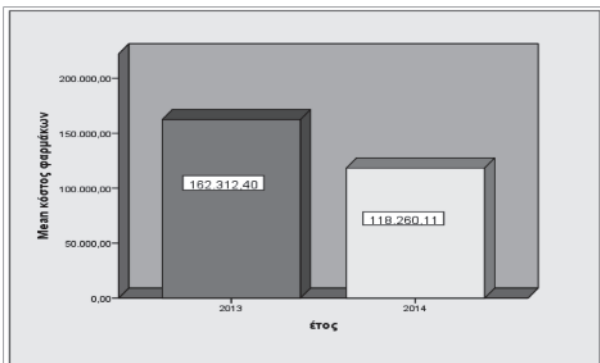
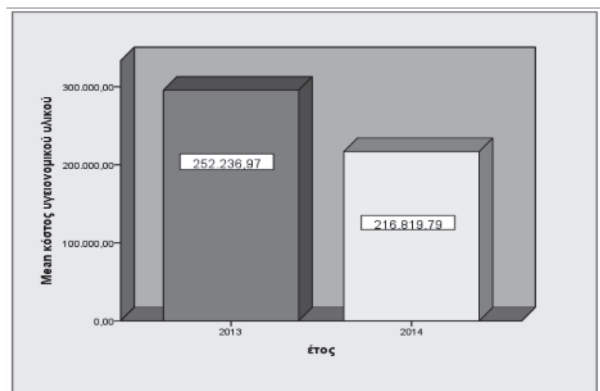
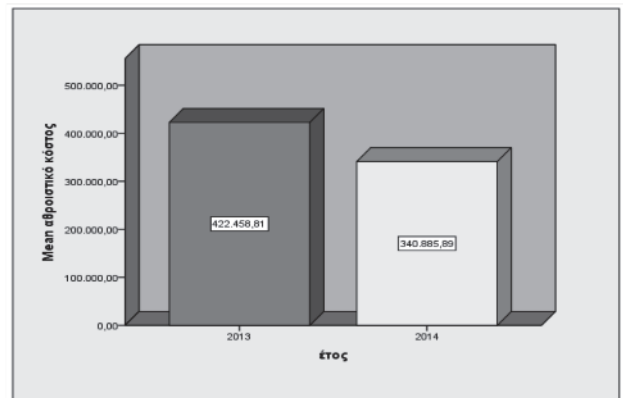
**Υλικό- μέθοδος:** Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν νεογνά που νοσηλεύτηκαν τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου τη Δεκεμβρίου των ετών 2013-2014. Η συλλογή δεδομένων στηρίχθηκε σε δευτερογενή στατιστικά στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί από την Στατιστική Υπηρεσία του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Υπολογίσθηκε το αθροιστικό κόστος καθώς και τα επιμέρους κόστη νοσηλείας (φαρμάκων, υγειονομικού υλικού και αντιδραστηρίων), το μέσο κόστος νοσηλείας ανά νοσηλευθέντα ασθενή καθώς και η θνητότητα ανά έτος και έγινε διαγραμματική παρουσίαση αυτών για έτη 2013-2014. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS.

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει μια ελάττωση του αθροιστικού κόστους και του κόστους νοσηλείας ανά νοσηλευθέντα ασθενή για το έτος 2014 σε σύγκριση με το 2013. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στον περιορισμό του κόστους των αντιδραστηρίων (από 7.909,44 ευρώ για το 2013 σε 5.805,89 ευρώ το 2014), των φαρμάκων (από 162.312,40 ευρώ για το 2013 σε 118.260,11 ευρώ για το 2014) και του υγειονομικού υλικού (από 252.236,97 ευρώ για το έτος 2013 σε 216.819,79 ευρώ για το 2014). Επίσης, παρατηρείται μια μικρή μείωση όσον αφορά τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Παράλληλα, παρατηρείται μια ελάττωση της θνητότητας από 5,41% για το έτος 2013 σε 3,53% για το έτος 2014.

**Συμπεράσματα:** Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αισθητά τον χώρο της υγείας και έχει κάνει επιτακτική την ανάγκη περιορισμού του κόστους νοσηλείας με την ταυτόχρονη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΕΣΥ του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης εργάζεται προς αυτή την κατεύθυνση.

#### Βιβλιογραφία:

Στατιστική Υπηρεσία του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. "Οικονομική ανάλυση του κόστους των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας", Μαζέτας Δ. Ζακανθινός Επ., Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2014), Τομ.6, Τεύχος 2, 78- 85. "Measuring the Cost of Neonatal and Perinatal Care", Jeanette Rogowski, Pediatrics 1999;103;329.



### AA-55. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ I: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καραγιούζης Θ.<sup>1</sup>, Καλμαντίης Κ.<sup>1</sup>, Αντσακλής Π.<sup>1</sup>, Κοροβέση Ε.<sup>1</sup>, Αντσακλής Α.<sup>1</sup>, Μπεσμπέα Ο.<sup>1</sup>, Τζέτη Μ.<sup>2</sup>, Κίτσιου Σ.<sup>2</sup>, Σηφάκης Σ.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Μαιευτικό – Γυναικολογικό Κέντρο ΙΑΣΩ, <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>3</sup>Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο, <sup>3</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κορίνθου

**Εισαγωγή:** Η νευροϊνωμάτωση τύπου I (NtI) ή νόσος Von Recklinghausen αποτελεί κληρονομικό νόσημα το οποίο εμφανίζεται με ποικιλία κλινικών σημείων και συμπτωμάτων. Κληρονομείται κατά τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο του γονιδίου NF I του χρωμοσώματος 17 (θέση 17q11.2) και εμφανίζεται σε συχνότητα περίπου 1/3000. Χαρακτηρίζεται από καφεοειδείς κηλίδες στο δέρμα, πολλαπλά νευροϊνώματα (δερματικά ή υποδόρια οζίδια) κατά μήκος του κορμού ή των άκρων καθώς επίσης και συμπτώματα από το ΠΝΣ και ΚΝΣ, προσβάλλοντας τους οφθαλμούς, το μυοσκελετικό και γαστρεντερικό σύστημα καθώς και τα μεγάλα αγγεία προκαλώντας ανευρύσματα, αρτηριακή υπέρταση, φαιοχρωμοκύττωμα και αυξημένη επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η συχνότητα της NtI στην κύηση ποικίλει από 1/5000 έως 1/18500. Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες στη διεθνή βιβλιογραφία για τις κύσεις που συνυπάρχει NtI, εντούτοις αναφέρεται αυξημένη συχνότητα επιπλοκών όπως αυτόματη αποβολή, πρόωρος τοκετός, προεκλαμψία, ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης, ενδομήτριος θάνατος και επιδείνωση της νόσου στην μητέρα.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** έγκυος γυναίκα πρωτοτόκος 36 ετών με γνωστό ιστορικό NtI οποία προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου ΙΑΣΩ. Παρουσίαζε τυπικές δερματικές κηλίδες (café au lait), πολλαπλά δερματικά οζίδια και υποδόρια νευρινώματα. Ο τελευταίος απεικονιστικός έλεγχος (MRI εγκεφάλου) 2 μήνες πρό τη διαπίστωση της κύησης, ανέδειξε την ύπαρξη και προοδευτική αύξηση σε αριθμό και μέγεθος νευροϊνωμάτων (σε σχέση με προγενέστερο έλεγχο) καθώς και απομυελινωτικών εστιών στον εγκέφαλο και την παρουσία αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας στον οπίσθιο υπαρχονοειδή χώρο στην ΑΜΣΣ. Ο λοιπός έλεγχος (καρδιολογικός και οφθαλμολογικός) δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Έγινε γενετική συμβουλευτική του ζευγαριού, δόθηκε πλήρης προγεννητικός έλεγχος και ενημερώθηκαν για αμνιοπαρακέντηση. Κατά την πορεία της κύησης δεν υπήρξε μαιευτικό πρόβλημα. ο προγεννητικός έλεγχος και ο κλινικός έλεγχος της μητέρας ήταν άνευ παθολογίας. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανάπτυξης του εμβρύου ανέδειξε προδρομικό πλακούντα. Έκτοτε σε MRI στην 30η εβδομάδα κύησης διαπιστώθηκε μικρή αύξηση του μεγέθους καθώς και του αριθμού των νευροϊνωμάτων στον εγκέφαλο. Στις 36 εβδομάδες κύησης έγινε καισαρική τομή λόγω έναρξης τοκετού και προδρομικού πλακούντα, με γενική αναισθησία (λόγω της αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας στην ΑΜΣΣ). Γεννήθηκε ένα υγιές άρρην νεογνό 2650 gr το οποίο παρμένει 3 ημέρες στον ΜΕΝΝ. Η πορεία της λεχνοϊδας ήταν ομαλή. Το νεογνό σε γενόμενο έλεγχο δεν έπασχε από NtI.

**Συζήτηση:** Η NtI μεταδίδεται κατά τον επικρατούντα αυτοσωματικό χαρακτήρα και υπάρχει πιθανότητα μετάδοσης στο έμβryo κατά 50%. Η εμφάνιση της νόσου σε ένα άτομο που πάσχει από NtI έχει ποικίλη εκδήλωση. Ο φαινότυπος στο έμβryo - νεογνό που φέρει την ίδια μετάλλαξη με την μητέρα, δεν συνεπάγεται ότι θα είναι όμοιας βαρύτητας με αυτόν της μητέρας. Οι επιπλοκές της NtI στην κύηση είναι πολλές και μπορεί να οδηγήσουν σε

μητρική ή εμβρυϊκή νοσηρότητα και εμβρυϊκή θνησιμότητα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό εγκύων γυναικών με NtI παρατηρείται αύξηση των νευροϊνωμάτων - όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση που αναφέρουμε. Κάποιοι συγγραφείς για τους παραπάνω λόγους συστήνουν διακοπή της εγκυμοσύνης και μόνιμη αντισύλληψη. Σε μικρό αριθμό δημοσιευμένων περιπτώσεων στη διεθνή βιβλιογραφία (όπως και στην περιγραφείσα περίπτωση) αποδεικνύεται ότι η NtI δεν είναι απαραίτητο να προκαλέσει κακή έκβαση της κύησης και φτωχό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Συμπερασματικά η κύηση στις γυναίκες με NtI θεωρείται υψηλού κινδύνου και μπορεί να συνδυαστεί με αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών από την μητέρα ή/και το έμβryo. Απαιτείται συνεργασία ομάδας ιατρών (μαιευτήρα, καρδιολόγου, νευρολόγου, γενετιστή) οι οποίοι πρέπει να έχουν άμεση γνώση των επιπλοκών αυτών, σωστή αξιολόγηση και διευθέτησή τους - με σκοπό την προστασία της υγείας της μητέρας και την επίτευξη ενός καλού περιγεννητικού αποτελέσματος.

### AA-56. ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΟΥΛΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Κλιματσούδα Μ., Κλάδος Γ., Κούκουρα Ο, Γκαράς Α., Δαπόντε Α. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική

**Παρουσίαση περιστατικού:** ασθενής 39 ετών ιντόκος δις προηγηθείσα καισαρική τομή με έκτοπη κύηση στην ουλή της καισαρικής 7 εβδομάδων. Έγινε έγχυση 50 mg μεθοτρεξάτης στον σάκο υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και 2 ml kcl,στη συνέχεια 50 mg μεθοτρεξάτης im. μέτρηση bhcg. Επανάληψη έγχυσης 50 mg μεθοτρεξάτης im μετά 18 ημέρες. Θεραπευτική απόξεση με μηχανικό ξέστρο και αναρρόφηση υπό διορθική υπερηχογραφική καθοδήγηση μετά από 22 ημέρες και χορήγηση 50 mg μεθοτρεξάτης im. Μέτρηση bhcg. Τελική αντιμετώπιση με θεραπευτική απόξεση.

### AA-57. ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΩΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Σούλου Ε., Λαμπρόπουλος Μ., Βουγιούκα Μ., Πολυχρόνου Π., Ελμάζης Χ.

Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική

#### Κύηση και ορώδες κυσταδένωμα

**α) Εισαγωγή/σκοπός:** Το ποσοστό διάγνωσης των όγκων των ωοθηκών στη διάρκεια της κύησης κυμαίνεται από 1/80 έως 1/2500. Οι συχνότεροι όγκοι είναι οι καλοήθεις κύστες, ιδιαίτερα δε οι δερμοειδείς και τα ορώδη ή βλεννώδη κυσταδενώματα

**β) Υλικό & μέθοδος:** Γυναίκα 18 ετών προσήλθε στα τ. Ε. Π αιτιώμενη οξύ,αιφνίδιο άλγος υπογαστρίου ενώ διένυε την όγδοη (8η) εβδομάδα κύησης. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ενδομήτρια μονήρης κύηση cfl 8w+5 καθώς και κυστικό μόρφωμα της δεξιάς ωοθήκης ≈ 11cm x 7.5 cm.

**γ) Αποτελέσματα - συμπέρασμα:** Η ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα χειρουργική αφαίρεση της δεξιάς ωοθήκης μετά του κυστικού μορφώματος και το υλικό εστάλη για ιστολογική εξέταση. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν καλή. Ετέθη σε ορμονική υποστήριξη της κύησης με προγεστερόνη από του στόματος και ενδοκολπικά. Η κύηση συνεχίστηκε χωρίς επιπλοκές. Η έκθεση της ιστοπαθολογικής εξέτασης αναφέρει ορώδες κυσταδένωμα της ωοθήκης.

**AA-58. ΛΟΙΜΩΞΗ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ LISTERIA MONOCYTOGENES**

**Στρατίκη Ζ., Τζαβάρια Μ., Σεβαστιάδου Σ., Λουκάτου Ι., Μπαγλατζή Α., Σταμούλη Κ., Γαβρίλη Σ., Παπαδόπουλος Γ., Κουτσουνάκη Ειρ., Παπανίκου Α., Μπαρούτης Γ.**

*Νεογνολογικό Τμήμα ΓΝΑ Αλεξάνδρα*

**Σκοπός:** Η υπενθύμιση της επιδημιολογίας, διάγνωσης, αντιμετώπισης και έκβασης της λοίμωξης νεογνού από λιστέρια

**Υλικό:** Περιγράφονται 3 περιστατικά πρώιμης νεογνικής λιστερίωσης τα οποία νοσηλεύτηκαν τα τελευταία 5 χρόνια στη ΜΕΝΝ του ΓΝΑ Αλεξάνδρα

**Διάγνωση:** Όλα τα νεογνά ήταν πρόωρα με ΗΚ: 34+5εβδ, 31+4εβδ και 27+6 εβδ. και ΒΓ:1830 γραμ, 1380 γραμ και 1135 γραμ αντίστοιχα. Τα 2 πρώτα γεννήθηκαν με ΚΤ και το τελευταίο με ΦΤ. Όλες οι μητέρες είχαν χοριοαμιονιτίδα στον τοκετό και από το ιστορικό τους αναφέρεται συχνή κατανάλωση μαλακών τυριών. Το αμνιακό υγρό ήταν σοκολατόχρωμο. Όλα είχαν χρειαστηκαν προχωρημένη ανάνηψη στον τοκετό, όλα εκδήλωσαν σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια αμέσως μετά τη γέννησή τους και βαρεία κλινική εικόνα λοίμωξης. Δύο εξ αυτών εμφάνισαν και σπασμούς. Απώ την καλλιέργεια αίματος όλων των νεογνών απομονώθηκε *Listeria monocytogenes*. Σε όλα τα νεογνά επίσης διαγνώσθηκε μηνιγγίτιδα.

**Αντιμετώπιση:** Και τα 3 νεογνά χρειάστηκαν μηχανικό αερισμό, χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα και αντιβίωση με αμπικιλίνη + γενταμικίνη με παράλληλη υποστηρικτική αγωγή. Η αμπικιλίνη χορηγήθηκε σε δόση μηνιγγίτιδας από την 1η δόση λόγω του ιστορικού των μητέρων και της εμφάνισης του αμνιακού υγρού, ακόμη και σ' αυτά που δεν έγινε αμέσως ΟΝΠ λόγω σοβαρής θρομβοπενίας. Η διάρκεια της αντιβίωσης ήταν 21 ημέρες.

**Έκβαση:** Επέζησαν 2 από τα 3 νεογνά. Το 1ο επιζών είχε μακροχρόνια νευρολογικά προβλήματα και το 2ο αν και νορμς φαίνεται να έχει καλή έκβαση.

**Συμπεράσματα:** 1. Οι πρώιμες λοίμωξεις των νεογνών από *Listeria monocytogenes* αν και σπάνιες (0,34/100000 γεννήσεις) είναι πολύ σοβαρές. Η θνησιμότητα αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία μέχρι και 63% για τις πρώιμες νεογνικές και εμβρυϊκές λοίμωξεις από λιστέρια. 2. Πρέπει να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής κατά την επιλογή και παρασκευή φαγητών, ιδιαίτερα δε από έγκυες γυναίκες 3. Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να συμβουλευούνται να αποφεύγουν ορισμένες τροφές όπως μαλακά τυριά, απαστερωτό γάλα, λουκάνικα, σαλάτες του εμπορίου κλπ 4. Τα συμπτώματα της λοίμωξης από λιστέρια στην έγκυο είναι αμβλιχρά αλλά σε συνδυασμό με την κατανάλωση των προαναφερθέντων τροφών πρέπει να θέτουν την υποψία της λιστερίωσης. 5. Η κλινική εικόνα της λοίμωξης από λιστέρια σε νεογνό είναι πολύ βαρεία και η έκβαση πολύ σοβαρή (θνησιμότητα μέχρι και 63%). 6. Επί υποψίας λιστερίωσης νεογνού πρέπει να χορηγείται εξ αρχής αμπικιλίνη σε δόση μηνιγγίτιδας μέχρι να αποκλεισθεί η μηνιγγίτιδα σε συνδυασμό με γενταμικίνη.

**Βιβλιογραφία**

1. Komal Fayyaz Satti, Syed Asad Ali and Jörn-Hendrik Weitkamp Congenital Infections, Part 2: Parvovirus, Listeria, Tuberculosis, Syphilis, and Varicella. *NeoReviews* 2010;11:e681. 2. Burn CG. Clinical and pathological features of an infection caused by a new pathogen of the genus *Listeria*. *Am J Pathol.* 1936;12:341-348. 1. 3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preliminary FoodNet data on the incidence of infection with pathogens transmitted commonly through food – 10 states, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59:418-422. 4. Linnan MJ, Mascola L, Lou XD, et al. Epidemic listeriosis associated with Mexican-style cheese. *N Engl J Med.* 1988;319: 823-828. 5. Ho JL, Shands KN, Friedland G, Eckind P, Fraser DW. An outbreak of type 4b *Listeria monocytogenes* infection involving patients from eight Boston hospitals. *Arch Intern Med.* 1986;146:520-524. 6. Fleming DW, Cochi SL, MacDonald KL, et al. Pasteurized milk as a vehicle of infection in an outbreak of listeriosis. *N Engl J Med.* 1985;312:404-407. 7. Siegman-Igra Y, Levin R, Weinber-

ger M, et al. *Listeria monocytogenes* infection in Israel and review of cases worldwide. *Emerg Infect Dis.* 2002;8:305-310. 8. American Academy of Pediatrics. *Listeria monocytogenes* infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 28th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 2009:428-430. 9. Teberg AJ, Yonekura ML, Salminen C, Pavlova Z. Clinical manifestations of epidemic neonatal listeriosis. *Pediatr Infect Dis J.* 1987;6:817-820.

**AA-59. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΚΟ ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΟ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΚΑΙ ΟΜΟΖΥΓΟ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ**

**Σβερώνης Γ., Κούκουρα Ο., Τάταρη Γ., Σιμογιάννη Ν., Μεσσήνη Χ., Σωτήριος Σ., Αλέξανδρος Α.**

*Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας*

**Περίστασις:** Πρόκειται για γυναίκα 47 χρονών πρωτοτόκο με ομόζυγο β-μεσογειακή αναιμία. Είχε υποβληθεί συνολικά σε 5 χειρουργεία στην κοιλιά πριν μείνει έγκυος. Λόγω της πάθησής της είχε υποβληθεί σε σπληνεκτομή και χολοκυστεκτομή. Επίσης πριν 10 χρόνια, είχε υποβληθεί σε καισαρική τομή-μητροτομή όταν ήταν 14 εβδομάδων επειδή δεν γνώριζε ότι ήταν έγκυος και λόγω των φαριμάκων αποσιδήρωσης που λάμβανε. Επίσης είχε υποβληθεί σε αφαίρεση ωθήκης λόγω κυστικού μορφώματος και τέλος χειρουργήθηκε και για ειλέο. Η γυναίκα λόγω των πολλαπλών μεταγρίσεων από παιδική ηλικία είχε νοσήσει από HCV.

Προσήλθε στην 24η εβδομάδα κύησης με διάγνωση πρόσθιου επιπωματικού πλακούντα από το ανατομικό υπερηχογράφημα και παθολογικές τιμές στις αντιτάσεις των μητριάων αρτηριών. Λόγω της ομοζυγωτίας μεταγγιζόταν ανα δύο εβδομάδες. Η γυναίκα βρισκόταν υπο συνεχή παρακολούθηση για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και του λευκόματος με τακτικές επισκέψεις στα ιατρεία της κλινικής μας. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης βρέθηκε ΣΔ κύησης ο οποίος ρυθμιζόταν με δίαιτα. Ο πλακούντας ήταν διεισδυτικός και οριακά διηθούσε την ουροδόχο κύστη. Κατά την 34+3 εβδομάδα της κύησης η έγκυος εμφάνισε λεύκωμα στη συλλογή ούρων και αποφασίστηκε η αποπεράτωση της κύησης. Η έγκυος και το περιβάλλον της είχαν ενημερωθεί και συναινέσει για το ενδεχόμενο μαιευτικής υστερεκτομής και κυστεκτομής κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής. Η καισαρική τομή προγραμματίστηκε μετά από συνεννόηση με αιματολόγο, καρδιολόγο, ουρολόγο και γενικό χειρουργό. Διενεργήθηκε καισαρική τομή και μαιευτική υστερεκτομή με τον πλακούντα in situ. Γέννησε ένα κορίτσι 2050 με Apgar σκορ 8 στο 1' και 9 στο 5'. Η έγκυος μεταγγίστηκε διεγχειρητικά με 4 μονάδες αίμα και 2 FFP. Διεγχειρητικά έγινε τρώση έλικας λεπτού εντέρου που ήταν στέρεα συμφύομενη στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η μετεγχειρητική πορεία της λεχώιδας ήταν ομαλή και εξήλθε την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

**AA-60. ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΕ ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ**

**Σημιακάκης Γ.<sup>1,2</sup>, Ζαπάνη Ε.<sup>2</sup>, Βασιλείου Β.<sup>2</sup>, Σαλτίκη Α.<sup>1</sup>, Αλεβιζάκη Μ.<sup>1</sup>, Αναστασίου Ε.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Ενδοκρινολογική Μονάδα Θεραπευτικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα, <sup>2</sup>Α' Ενδοκρινολογικό Τμήμα – Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Αθήνα*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης γυναίκας, με ιστορικό θηλώδους ακρινωμάτος και μετεγχειρητικού υποπαραθυρεοειδισμού, στην οποία μειώθηκαν σημαντικά οι ανάγκες εξωγενούς χορήγησης Ασβεστίου(Ca) και Βιταμίνης D(Vit D), κατά τη

διάρκεια της γαλουχίας.

**Μέθοδοι:** Αξιολογήθηκαν τα επίπεδα στον ορό Ca, Φωσφόρου(P), Αλβουμίνης(Alb), 25(OH)VitD, Παραθορμόνης(PTH) και του Σχετιζόμενου με την PTH Πεπτιδίου(PTHrP) καθώς και τα επίπεδα Ca και P ούρων 24ώρου.

**Αποτελέσματα:** Στον πίνακα αναγράφονται τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου σε σχέση με τη χορηγούμενη αγωγή Ca/VitD (500 mg/400 IU) πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας.

ΧΡΟΝΟΣ	ΑΓΩΓΗ Ca+VitD	Ca(mg%)	Alb(gr%)	Ca διορθ. προς Alb	P(mg%)	PTH (pg/ml)	PTHrP (pg/ml)
ΠΡΟ ΚΥΗΣΗΣ	s:1x2	9,6	4,2	<b>9,44</b>	4,1	<b>20</b>	<b>&lt;8,5</b>
12 <sup>0</sup> ΕΚ	s:1x2	9,5	4,5	<b>9,1</b>	4,9	<b>&lt;2,5</b>	
23 <sup>0</sup> ΕΚ	s:1x3	9,7	4,1	<b>9,62</b>	5,0	<b>&lt;2,5</b>	
30 <sup>0</sup> ΕΚ	s:1x2	9,4	3,9	<b>9,48</b>	5,1	<b>&lt;2,5</b>	
60 <sup>0</sup> ΗΓ	s:1x2	11,6	5,0	<b>10,8</b>	5,0	<b>&lt;2,5</b>	<b>12,0</b>
80 <sup>0</sup> ΗΓ	s:1x1	11,0	4,9	<b>10,28</b>	4,9		
90 <sup>0</sup> ΗΓ	-	10,6	5,2	<b>9,64</b>	5,0	<b>&lt;2,5</b>	
100 <sup>0</sup> ΗΓ	s:1x1	9,58	4,9	<b>8,86</b>	4,9		
115 <sup>0</sup> ΗΓ	-	9,8	5,0	<b>9,0</b>	5,3	<b>&lt;2,5</b>	<b>11,8</b>
ΔΙΑΚΟΠΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ	s:1x1	9,1	4,8	<b>8,46</b>	4,5	<b>22,5</b>	<b>&lt;8,5</b>

PTH<2,5:μη ανιχνεύσιμη  
PTHrP<8,5:μη ανιχνεύσιμη  
ΕΚ:Εβδομάδα Κύησης  
ΗΓ:Ημέρα Γαλουχίας

Τα επίπεδα 25(OH)VitD και Ca και P ούρων 24ώρου, κυμάνθηκαν ε.φ.ο.

Η ασθενής δεν παρουσίασε τη φυσιολογικά αναμενόμενη αύξηση των αναγκών Ca και VitD κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Αντίθετα, προχωρήσαμε σε μείωση του χορηγούμενου Ca που έφτασε έως και την πλήρη διακοπή, για συνολικό διάστημα 25 ημερών.

**Συμπεράσματα:** Το PTHrP δρα ως ρυθμιστικός παράγοντας της ομοιόστασης του Ca κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Ο ρόλος του είναι ακόμα πιο εμφανής σε γυναίκες με μεταχειριστικό υποπαραθυρεοειδισμό. Επιβεβαιωτικά της υπόθεσης αυτής είναι τα αυξημένα επίπεδα PTHrP σε συνδυασμό με μη ανιχνεύσιμη PTH, εύρημα το οποίο αναστράφηκε με τη διακοπή της γαλουχίας. Συνιστάται η τακτική παρακολούθηση των επιπέδων Ca ορού ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη ρύθμιση της αγωγής και να αποφεύγεται ενδεχόμενη υπερασβεστιαμία.

#### AA-61. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΝΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ PALLISTER-KILLIAN ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Βελισσαρίου Β., Σαχινίδη Φ., Χριστοπούλου Σ., Γαλή Ε., Καρκαλέτση Μ., Μανίσαλη Ε., Μαραβελάκη Α., Ντόνοχου-Ναδάλη Γ., Πάνου Ε., Βαρβούνη Θ., Μαζιάνη Ε., Φλωρεντίν Α.

Τμήμα Κντταρογενετικής, AlfaLab, Ιατρικό Ινστιτούτο Έρευνας και Διάγνωσης, Όμιλος Υγείας, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Το Pallister-Killian (OMIM #601803; Schintzel, 1991) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Pallister και συν. (1977) και αποτελεί ένα σπάνιο σποραδικό και πολυδυσμορφικό σύνδρομο. Οφείλεται σε μωσαϊκισμό τετρασωμίας των βραχέων σκελών του χρωμοσώματος 12, το οποίο κατά την κντταρογενετική ανάλυση παρατηρείται ως ισοχρωμόσωμα [i(12p)]. Η ταυτοποίηση του επιβεβαιώνεται με τη μέθοδο FISH. Κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου αποτελούν η νοητική υστέρηση, ο υπερτελορισμός, τα ανώμαλα αυτιά, οι συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, η διαφραγματοκήλη, η πολυδακτυλία, οι σκελετικές

ανωμαλίες, η δυσχρωμία του δέρματος, οι σπασμοί κ.α. (Shintzel, 1991; Srinivasan and Wright, 2014). Κατά την προγεννητική διάγνωση αποτελεί σπάνιο εύρημα και ανευρίσκεται πάντα ως μωσαϊκό. Σχετίζεται με την προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία της μητέρας και είναι αποτέλεσμα ατελούς διαχωρισμού και στη συνέχεια ανώμαλου διαχωρισμού των κεντρομεριδίων των χρωμοσωμάτων κατά τη μείωση Ι ή ΙΙ. Το i(12p) απαντάται συνήθως στους ινοβλάστες και σπάνια στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος. Η ανιχνευσιμότητα είναι 0-2% στο περιφερικό αίμα, 50-100% σε ινοβλάστες, και 100% σε αμνιακό υγρό και κύτταρα του μυελού των οστών (Jamuar et al., 2012). Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης η αυξημένη αυχενική διαφάνεια αποτελεί το συχνότερο υπερηχογραφικό εύρημα. Στο δεύτερο τρίμηνο τα υπερηχογραφικά ευρήματα περιλαμβάνουν το πολυδράμιο, τη διαφραγματοκήλη, τη ριζομελική μικρομελία και την αυξημένη ανάπτυξη του εμβρύου (Doray et al., 2002). Παρουσιάζονται πέντε περιπτώσεις συνδρόμου Pallister-Killian κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης με λεπτομερή περιγραφή των υπερηχογραφικών και χρωμοσωματικών ευρημάτων.

**Υλικά και μέθοδοι:** Σε πέντε περιπτώσεις κατά την προγεννητικό έλεγχο πραγματοποιήθηκε λήψη χοριακών λαχνών ή αμνιοπαρακέντηση λόγω υπερηχογραφικών ευρημάτων τα οποία περιγράφονται στον πίνακα. Η ανάλυση σε χοριακές λάχνες (τροφοβλάστη) και σε κύτταρα αμνιακού υγρού κατόπιν καλλιέργειας έγινε σύμφωνα με τις γνωστές τεχνικές παρασκευής χρωμοσωμάτων. Η ανάλυση των χρωμοσωμάτων έγινε με τη μέθοδο GTG. Η επιβεβαίωση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο FISH με ανιχνευτή για ολόκληρο το χρωμόσωμα 12 (whole chromosome paint 12). Σε μια από τις περιπτώσεις κύησης η οποία παραπέμφθηκε για έλεγχο στο δεύτερο τρίμηνο λόγω εξοδακτυλίας εφαρμόστηκε και ανάλυση με τη μέθοδο συγκριτικού γενωμικού υβριδισμού σε μικροσυστοιχίες (array-CGH).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της χρωμοσωματικής ανάλυσης καθώς και τα υπερηχογραφικά ευρήματα αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα. Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε ποικίλου βαθμού μωσαϊκισμός υπεράριθμου ισοχρωμοσώματος 12p. Σε όλες τις περιπτώσεις το υπεράριθμο μετακεντρικό χρωμόσωμα ταυτοποιήθηκε με τη μέθοδο FISH. Στην τελευταία περίπτωση τα αποτελέσματα κντταρογενετικής ανάλυσης επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο array-CGH.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΓΚΥΟΥ	ΙΣΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ /ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ
34	T*	12εβδ-4ημ	Αυξημένη αυχενική διαφάνεια 4.2 mm	47,XX,-i(12p)[8]/46,XX[8]
41	T	12εβδ+2ημ	Αυξημένη αυχενική διαφάνεια 4 mm	47,XX,-i(12p)[2]/46,XX[28]
34	A**	21εβδ+1ημ	Κοίλομεγαλία, υποπλαστικό ρινικό οστόν, βραχέα άκρα	47,XY,-i(12p)[18]/46,XY[2]
35	A	22εβδ+2ημ	Διαφραγματοκήλη, βραχέα άκρα, πολυδράμιο	47,XX,-i(12p)[5]/46,XX[15]
38	A	20εβδ+3ημ	Εξοδακτυλία	47,XX,-i(12p)[17]/46,XX[3]

\*T: τροφοβλάστη

\*\*A: αμνιακό υγρό

**Συμπεράσματα:** Η προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου Pallister-Killian είναι δυνατή καθώς τόσο κατά το πρώτο της κύησης, όσο και κατά το δεύτερο τρίμηνο παρουσιάζονται υπερηχογραφικά ευρήματα. Στο πρώτο τρίμηνο το συχνότερο εύρημα είναι η

αύξηση της αυχενικής διαφάνειας, ενώ στο δεύτερο συχνά ευρήματα είναι η διαφραγματοκήλη, τα βραχέα άκρα, η πολυδακτυλία, το πολυυδράμιο κ.ά.

**Βιβλιογραφία:** Doray B et al. Pallister-Killian syndrome: difficulties of prenatal diagnosis. *Prenat Diagn*, 2002; 22(6): 470-477.  
Jamuar S et al.. Clinical and radiological findings in Pallister-Killian syndrome. *Eur J Med Genet*, 2012; 55(3): 167-172.  
Schinzel A. Tetrasomy 12p (Pallister-Killian syndrome). *J Med Genet*, 1991; 28(2): 122-125.  
Srinivasan A., Wright D. Pallister-Killian syndrome. *Am J Case Reports*, 2014; 15: 194-198.

#### AA-62. ΜΕΛΕΤΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 5 ΕΤΩΝ Τσώνη Κ., Σούμπαση-Γρίβα Β., Κοντού Α., Παπακυριακίδου Π., Δρόσου-Αγακίδου Β.

*Α' Νεογνολογική Κλινική και Μ.Ε.Ν.Ν. Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Το περιγεννητικό αρτηριακό ισχαιμικό έμφρακτο (παε) είναι εστιακή ή πολυεστιακή ισχαιμική βλάβη του κνς, με συχνότητα 1/5000 γεννήσεις στα τελειόμηνα και ακόμη συχνότερο στα πρόωρα. Αποτελεί την πιο κοινή αιτία εγκεφαλικής παράλυσης στα τελειόμηνα νεογνά και το 2ο πιο κοινό αίτιο νεογνικών σπασμών.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της κλινικής εικόνας, των παραγόντων κινδύνου, της νευροαπεικόνισης και έκβασης περιστατικών με παε που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας στη διάρκεια μιας πενταετίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη των περιστατικών με διάγνωση εξόδου παε κατά τα έτη 2010 - 2015. Έγινε λεπτομερής καταγραφή των δεδομένων από τη νεογνική ηλικία και τη διαχρονική παρακολούθηση.

**Αποτελέσματα:** Σε σύνολο 2918 εισαγωγών εντοπίστηκαν 7 νεογνά με παε (6 τελειόμηνα και 1 πρόωρο). Όλα είχαν παθολογική μαγνητική τομογραφία. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν οι σπασμοί (6/7), εστιακοί στο 50%. Το ηγε ήταν παθολογικό μόνο σε 2/7, με εστιακού τύπου διαταραχές. Η συχνότερη εντόπιση ήταν αριστερά (6/7), με προσβολή της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (5/7). Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου ήταν παθολογικό σε 4/7 περιστατικά. Αναφορικά με την αιτιολογία σε 4/7 διαπιστώθηκαν παθολογικοί προθρομβωτικοί παράγοντες, σε 1/7 πολυκυτταραιμία, σε 1/7 συνυπήρχαν περιγεννητική ασφυξία και δομικές ανωμαλίες εγκεφαλικών αρτηριών και σε ένα δεν ανευρέθηκε αίτιο. Κατά την έξοδο από την κλινική όλα είχαν παθολογική νευρολογική εξέταση. Στον επανέλεγχο ένα δεν προσήλθε, 4 είχαν εστιακή σημειολογία με υπερτονία (ηλικία 26,8±7,2 μήνες), ενώ σε δύο η νευρολογική εικόνα χαρακτηρίστηκε μέτρια στον πρώτο επανέλεγχο στην ηλικία των τεσσάρων μηνών.

**Συμπεράσματα:** Το παε αν και σπάνιο, οδηγεί σε κινητικά και νευροαναπτυξιακά προβλήματα. Απαραίτητος είναι ο πλήρης έλεγχος των προδιαθεσικών παραγόντων από τη μητέρα και το νεογνό, για τον καθορισμό της αιτίας και την κατάλληλη καθοδήγηση ως προς την αντιμετώπιση.

#### AA-63. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΔΙΔΥΜΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

Πετούσης Σ., Μαργιούλα-Σιάρκου Χ., Πιλαβίδη Α., Μαρκου Κ., Ξανθοπούλου Ε., Καραβάς Γ., Δαγκλής Θ., Μαμόπουλος Α., Πράπας Ν., Ρούσσοσ Δ.

*Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Η μελέτη της επίδρασης του βάρους και της σειράς γέννησης στους δείκτες περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας νεογνών διδύμων κύσεων.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των διδύμων κύσεων που περατώθηκαν κατά την περίοδο 2003-2012. Αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά και μαιευτικά χαρακτηριστικά των κύσεων, οι δείκτες περιγεννητικής νοσηρότητας [argar score στο 1ο και 5ο λεπτό, εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (μενν), ανάγκη για διασωλήνωση] καθώς και οι περιπτώσεις θνησιγενών νεογνών. μελετήθηκε η επίδραση της εβδομάδας κύησης, του βάρους γέννησης και της σειράς γέννησης στους δείκτες περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

**Αποτελέσματα:** Επί συνόλου 10.394 κύσεων που περατώθηκαν κατά την περίοδο της μελέτης, υπήρξαν 311 περιπτώσεις διδύμων κύσεων. Η μέση εβδομάδα περάτωσης τοκετού ήταν 33,9 ± 3,3 εβδομάδες, το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών ήταν 2050,1 ± 632,2 γραμ. Ενώ το 89,1% των κύσεων (n=277) περατώθηκαν με καισαρική τομή. το πολυπαραγοντικό μοντέλο κατέδειξε ότι τόσο το χαμηλό βάρος γέννησης όσο και η μεταγενέστερη σειρά γέννησης (δευτέρο νεογνό) αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για τη γέννηση θνησιγενούς νεογνού (p<.001 και p=.04 αντίστοιχα) και την εισαγωγή στη μενν (p<.001). Ωστόσο, μόνο το βάρος γέννησης αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα σχετιζόμενο με το argar score στο 1ο και 5ο λεπτό καθώς και την ανάγκη για διασωλήνωση (p<.001). Η εβδομάδα κύησης, οι λοιποί επιδημιολογικοί παράγοντες καθώς και ο τρόπος περάτωσης τοκετού δεν σχετίστηκαν με καμία από τις παραμέτρους περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

**Συμπεράσματα:** Τόσο το χαμηλό βάρος γέννησης όσο και η σειρά γέννησης αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικού θανάτου, ενώ το βάρος γέννησης του νεογνού σχετίζεται ανεξάρτητα με το σύνολο των δεικτών περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

#### AA-64. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2010-2014 ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ακριβοπούλου Γ., Αλεξιάδου Σ., Λοψίδου Γ., Μανωλάς Α., Μπέλλου Β., Μποζατζή Ο., Χατζή Μουσταφά Χ., Κιφνίδου Ε., Τοπαλίδου Μ., Καρανικολάου Ε.

*Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής "Σισμανόγλειο"*

**Σκοπός:** Η καταγραφή και η μελέτη των καισαρικών τομών (Κ.Τ.) που πραγματοποιήθηκαν κατά τα έτη 2010-2014.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά από τα μητρώα νεογνών της Παιδιατρικής κλινικής οι τοκετοί που πραγματοποιήθηκαν κατά την 5ετία (2010-2014) ως προς τις πληθυσμιακές ομάδες, την ηλικία της μητέρας, την διάρκεια κύησης, το φύλο του νεογνού και τον αριθμό τόκου. Τα στοιχεία αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS-20.

**Αποτελέσματα:** Στην 5ετία 2010-2014 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1008 τοκετοί, εκ των οποίων 500 (49,6%) πραγματοποιήθηκαν με Κ.Τ. Ανά έτος οι γεννήσεις ήταν 2010: 62 (61,4%), 2011: 73 (45,3%), 2012: 60 (35,5%), 2013: 121 (50,0%), 2014: 184 (54,9%). Ως προς την πληθυσμιακή ομάδα, οι χριστιανές ήταν 178 (35,2%), οι μουσουλμάνες 186 (37,2%) και οι αθίγγανες 136 (27,2%). Στο σύνολο των γεννήσεων ήταν: αγόρια 538 (53,4%) με μέσο βάρος γέννησης 3258 gr και κορίτσια 470 (46,6%) με μέσο βάρος 3148 gr ενώ επί των καισαρικών τομών αυτής της 5ετίας: αγόρια 271 (54,2%) με μέσο βάρος 3179 gr και κορίτσια 229 (45,8%) με μέσο βάρος 3064 gr. Οι ηλικίες των μητέρων ήταν <15 ετών:2,2%, 15-19 ετών:12,6%, 20-25 ετών:27,8%, 26-34

ετών:46,8%, >35ετών:10,6%. Οι επίτοκες με διάρκεια κύησης <38 εβδομάδων ήταν 149 (29,8%), 38-42 εβδομάδων: 348 (69,6%) και >42 εβδομάδων : 3 (0,6%). Καπνίστριες ήταν 128(28,6%) και μη καπνίστριες 372(74,4%). Ως προς τον αριθμό των τόκων, 1οςτόκος : 252 (50,4%), 2οςτόκος: 169 (33,8%), 3οςτόκος: 56 (11,2%), 4οςτόκος:17 (3,4%) και >5οςτόκος: 6 (1,2%).

**Συμπεράσματα:** Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο μέσος όρος των Κ.Τ είναι 41.6% . Στο νοσοκομείο μας το ποσοστό των Κ.Τ ανέρχεται στο 49,6% και κατά την τελευταία τριετία εμφανίζει αυξητική τάση. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης μας η εφαρμογή Κ.Τ είναι αυξημένη στις πρωτότοκες γυναίκες καθώς επίσης και στις έφηβες αθίγγανες.

#### AA-65. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

**Σιάκου Μ., Πετούσης Σ., Βοσνάκης Χ., Τσού Α., Μπέτσας Γ., Δαγκλής Θ., Καλογιαννίδης Ι., Μαιόπουλος Α., Πράπας Ν., Ρούσος Δ.** Γ'Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η συσχέτιση της έκβασης κύησης που εισάγονται στην εμβρυομητρική μονάδα (εμ) λόγω προεκλαμψίας με επιδημιολογικές και μαιευτικές παραμέτρους.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των περιπτώσεων που εισήχθησαν στην εμ λόγω προεκλαμψίας κατά την περίοδο 2002-2013. Μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εγκύων, η εβδομάδα κύησης κατά την εισαγωγή, οι μαιευτικές παράμετροι και οι τυχόν συνυπάρχουσες μαιευτικές επιπλοκές. Προσδιορίστηκε το διάστημα παραμονής των κύησης στην εμ και η τελική έκβαση των περιστατικών (περάτωση τοκετού ή λήψη εξιτηρίου) και σχετίστηκαν με τις επιδημιολογικές και μαιευτικές παραμέτρους.

**Αποτελέσματα:** Επί συνόλου 2. 779 εισαγωγών στην εμ κατά την περίοδο της μελέτης, πραγματοποιήθηκαν 100 εισαγωγές κύησης λόγω προεκλαμψίας. Η μέση ηλικία των εγκύων ήταν  $32,0 \pm 6,2$  έτη και η μέση εβδομάδα κύησης κατά την εισαγωγή  $32,7 \pm 3,4$  εβδομάδες. Το 91% των περιπτώσεων αφορούσε μονήρεις κύησεις. Πρόωρη περάτωση τοκετού απαιτήθηκε σε 78 από τις 100 περιπτώσεις. Το μέσο διάστημα παραμονής των κύησης στην εμβρυομητρική ήταν 5,1 ημέρες ενώ σε 66% των περιπτώσεων το διάστημα παραμονής υπερέβη τις 2 ημέρες. Με χρήση του πολυπαραγοντικού μοντέλου διαπιστώθηκε ότι η ηλικία κύησης κατά την εισαγωγή αλλά και το είδος της σύλληψης αποτελούσαν τους μοναδικούς ανεξάρτητους προγονογονικούς παράγοντες ( $p= .006$ ,  $p= .019$  αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η προεκλαμψία απαιτεί την πρόωρη περάτωση του τοκετού σε 80% των περιπτώσεων. Η μεγαλύτερη ηλικία κύησης κατά την εισαγωγή και η σύλληψη με εξωσωματική γονιμοποίηση σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα απόφασης για πρόωρη περάτωση του τοκετού.

#### AA-66. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΣ ΕΜΒΡΥΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΘΗΣΑΥΡΙΣΜΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΣΙΑΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

**Μητσιόκος Γ., Παπαθανασίου Α.-Ε., Χατζηιωαννίδης Η., Τσέπης Κ., Χούχου Π., Αθανασιάδης Α., Καραγιάννη Π.<sup>1</sup>**

*2η Νεογνολογική Κλινική και Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup> Α Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη*

Μεμονωμένος εμβρυϊκός ασκίτης αποτελεί ασυνήθιστο προγεν-

νητικό υπερηχογραφικό εύρημα. Είναι απαραίτητο να διευκρινισθεί αν πρόκειται για μεμονωμένο ασκίτη ή αν αποτελεί πρόωμη εκδήλωση ύδρωπα. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει εύρος παθήσεων μεταξύ των οποίων και η σπανιότατη νόσος θησαυρισμού του ελεύθερου σιαλικού οξέος (ΕΣΟ). Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Το υπεύθυνο γονίδιο εδράζεται στο χρωμόσωμα 6q14-q15. Η διάγνωση στηρίζεται στην αυξημένη εναπόθεση του ελεύθερου σιαλικού οξέος στους ιστούς (ινοβλάστες) και απέκκριση του στα ούρα.

Πρόκειται για θήλυ νεογνό, που γεννήθηκε με καισαρική τομή από Π/τόκο μητέρα μετά διάρκεια κύησης 32 εβδομάδων. Η διάγνωση του ασκίτη έγινε στον υπερηχογραφικό έλεγχο στην 30η εβδομάδα κύησης. Έγινε χρωμοσωμικός έλεγχος (κ. φ. ενδομητρώως). Apgar score 18, 58). Υπόλοιπα μέλη της οικογένειας φαινοτυπικά υγιή. Νεογνό με ιδιάζον προσώπειο (υπερηχορισμός, καθίζηση βάσης ρινός, ανυψωμένοι ράθωνες, αραιά και ξανθά μαλλιά, ερυθρόχροο δέρμα), ομφαλοκήλη και κήλη μέσης γραμμής. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΝΝ έγιναν ανακουφιστικές – διαγνωστικές περιτοναϊκές παρακεντήσεις. Επίσης εκδήλωσε αναπνευστική δυσχέρεια – ΣΑΔ. Απεικονιστικός έλεγχος ΚΝΣ στην αρχή με υπερηχογράφημα κρανίου (ΥΚ) και στη συνέχεια με μαγνητική τομογραφία έδειξαν παχυγυρία, διάταση κοιλιών άμφω και υποπλασία μεσολοβίου. Υπερηχογράφημα καρδιάς: μικρή μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Βυθοσκόπηση: ωχρός βυθός. Υπερηχογραφικός έλεγχος της κοιλίας έδειξε στην αρχή φυσιολογικό το μέγεθος του ήπατος και του σπληνός προοδευτικά όμως αυξανόμενα.

Ο φαινότυπος, τα ευρήματα του ΥΚ και τα εργαστηριακά ευρήματα του ασκίτη έθεσαν την ισχυρή υπόνοια διάγνωσης της νόσου του ΕΣΟ. Επιβεβαιώθηκε με την καλλιέργεια των ινοβλαστών από την βιοψία δέρματος. Το νεογνό απεβίωσε την 124η ημέρα της ζωής του. Διενεργήθηκε γονιδιακός έλεγχος τόσο του νεογνού όσο και των γονέων και επιπλέον δόθηκε γενετική καθοδήγηση για προγενετική διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο κύησης.

#### AA-67. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΑΛΑΚΤΟΖΑΙΜΙΑΣ: ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ DUARTE 2 ΚΑΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ UDP-ΕΠΙΜΕΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΖΗΣ

**Γαβρίλη Σ.<sup>1</sup>, Καλογεράκου Μ.<sup>2</sup>, Σεβαστιάδου Σ.<sup>1</sup>, Μπαρούτης Γ.<sup>1</sup>, Βασιλάκος Α.<sup>2</sup>, Γουναροπούλου Μ.<sup>2</sup>, Σούλη Κ.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», Αθήνα, <sup>2</sup>Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα*

Η γαλακτοζαίμια είναι μια μεταβολική νόσος που αφορά τον υδατάνθρακα λακτόζη/γαλακτόζη. Τρία (3) ένζυμα είναι υπεύθυνα για τον μεταβολισμό του υδατάνθρακα: η uridil transferase της γαλακτόζης (galt), η galactokinase (galk) και η udp-epimerase (gale). Παρουσιάζουμε νεογνό με σπάνια μορφή της γαλακτοζαίμιας (gale 1:150. 000) και μία συχνή μορφή της νόσου (duarte 2). Πρόκειται για νεογνό άρρεν, το οποίο γεννήθηκε κατόπιν φυσιολογικής εγκυμοσύνης και τοκετού, βάρους γέννησης 2. 700g. Το νεογνό ήταν ασυμπτωματικό και ελήφθη κάρτα guthrie 3 ημέρες μετά από την ούση. Μετά 48-ωρο εידοποιήθηκε η κλινική μας ότι το νεογνό εμφάνισε υψηλά επίπεδα γαλακτόζης (tgal 18mg/dl, φτ<6. 5mg/dl). Στην επανεισαγωγή του τόσο ο κλινικός όσο και ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλάμβανε ηπατικό έλεγχο, οφθαλμολογική εξέταση με σχισμοειδή λυχνία κλπ ήταν φυσιολογικός. Διεκόπη ο θηλασμός και αντικαταστάθηκε με γάλα πωχό σε λακτόζη, ενώ συγχρόνως μετρήθηκε galt, της οποίας η δραστηριότητα ήταν φυσιολογική. Δηλαδή το νεογνό δεν έπασχε από κλασική γαλακτοζαίμια. Για περαιτέρω έλεγχο εστάλησαν δείγ-

ματα αίματος στη γερμανία όπου έδειξαν:

uridyl-transferase 8 u/h/ghb (φτ 10-24 u/h/ghb), εύρημα duarte 2 και udp-galactose epimerase 8 u/h/ghb (φτ 20-24 u/h/ghb, ετεροζυγώτης 18-20 u/h/ghb). Το νεογνό πάσχει από περιφερική ανεπάρκεια της udp-epimerase και συγχρόνως από duarte 2.

**Συμπεράσματα:** το νεογνικό screening είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση σπανίων ασθενιών. Ασυμπτωματικά νεογνά είναι δυνατόν να διαφύγουν τη διάγνωση. Δύο σπάνιες μορφές μιας ασθένειας είναι δυνατόν να συνυπάρχουν.

#### AA-68. ΜΟΡΙΑΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΘΗΛΩΜΑΤΟΣ (HUMAN PAPILLOMA VIRUS - HPV) ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ “ΑΝΑΛΥΣΗ” ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2014

Τορσοιάδης Ν.<sup>1</sup>, Γέρον Σ.<sup>1</sup>, Παυλίδου Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ανάλυση Ιατρική Α.Ε. Βιοπαθολογικό Διαγνωστικό Ερευνητικό Ιατρείο

**Σκοπός εργασίας:** Η μοριακή επιδημιολογική μελέτη του Ιού του Ανθρώπινου Θηλώματος σε κλινικά δείγματα ασθενών που προσήλθαν στα Βιοπαθολογικά Διαγνωστικά Ερευνητικά Εργαστήρια ΑΝΑΛΥΣΗ κατά τη διάρκεια του έτους 2014.

**Υλικά και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 106 δείγματα κυττάρων τραχήλου. Για την εξέταση χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αντιδραστηρίων Liquid Media Extraction kit, Linear Array HPV Genotyping Test kit και Linear Array Detection kit της ROCHE, για την αντίχνευση 37 γονοτύπων HPV DNA.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Από τα συνολικά 106 δείγματα που μελετήθηκαν, 54 δείγματα βρέθηκαν θετικά για τον ιό HPV. Καθώς σε ένα δείγμα είναι δυνατό να ανευρίσκονται ταυτόχρονα High και Low Risk υπότυποι του ιού παρατηρήθηκε ότι οι συχνότεροι High Risk υπότυποι ήταν οι 16, 31, 51, 53 και 62, ενώ οι συχνότεροι Low Risk υπότυποι ήταν οι 6, 61, 81, 84 καθώς και οι 55 και 83 σε ίσο αριθμό δειγμάτων. Τα αρνητικά δείγματα παραπέμφθηκαν για επανέλεγχο μετά από 6 μήνες και ξαναβρέθηκαν αρνητικά. Το συγκεκριμένο σύστημα αντιδραστηρίων υπερερεί έναντι άλλων συστημάτων του εμπορίου τα οποία τυποποιούν ένα μικρό αριθμό HPV High και Low Risk γονοτύπων.

#### AA-69. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Τζανάκη Α., Ξενογιάννης Σ., Έξαρχος Ζ., Κασμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Καστρονάκης Κ., Πεϊτσιδού Α., Σιαμπαλιώτη Γ., Αλεξόπουλος Ε., Σταματέλου Φ., Παπαδόπουλος Κ., Σαμπάνη Α.

Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**Εισαγωγή:** Η μυασθένεια Gravis είναι μία αυτοάνοση νευρομυϊκή διαταραχή που οφείλεται στην κυκλοφορία αυτοαντισωμάτων εναντίον των υποδοχέων της ακετυλοχολίνης, με αποτέλεσμα βλάβη στη μετασυναπτική μεμβράνη, μείωση των νευρικών ώσεων και γρήγορη κόπωση της ασθενούς στην κύηση και τη λοχεία. Η συχνότητα της μυασθένειας Gravis κυμαίνεται από 1:10.000 έως 1:50.000, ενώ τα 2/3 των περιπτώσεων αφορούν τις γυναίκες. Οι επιπλοκές της αφορούν αύξηση της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, αυτόματες εκτρώσεις και πρόωρο τοκετό. Η πορεία της νόσου κατά τη διάρκεια της κύησης είναι απρόβλεπτη, εάν και είναι δυσκολότερο να διαχειριστεί στην αρχή της κύησης. Η μυασθένεια Gravis με αντισώματα εναντίον του ειδικού υποδοχέα της τυροσινικής κινάσης (muscle – specific receptor ty-

rosine kinase, anti – MuSK) έχει περιγραφεί ως μία μορφή της νόσου με περισσότερο εντοπισμένα κλινικά χαρακτηριστικά και πτωχότερη ανταπόκριση στη θεραπεία, συγκριτικά με τις ασθενείς που εμφανίζονται θετικές στα αντισώματα του υποδοχέα της ακετυλοχολίνης (acetylcholine receptor antibody, anti – AChR).

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 32χρονης (GII, PI), η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο μας σε ηλικία κύησης 39 εβδομάδων και 4 ημερών.

**Υλικό και μέθοδος:** 32χρονη (GII, PI) προσέρχεται στο νοσοκομείο μας σε ηλικία κύησης 39 εβδομάδων και 4 ημερών, για προγραμματισμένη καισαρική τομή (λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής). Από το ατομικό της ιστορικό, ανέφερε μυασθένεια Gravis γνωστή από 5ετίας, για την οποία είχε υποβληθεί σε θυμεκτομή στη διάρκεια του έτους. Στην πρώτη κύηση, είχε υποβληθεί σε καισαρική τομή, λόγω προεκλαμψίας. Στη δεύτερη κύηση, ανέφερε κολπική αιμόρροια πρώτου τριμήνου. Κατά την εισαγωγή της, τόσο η κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος της μητέρας, όσο και το βιοφασικό προφίλ του εμβρύου ήταν φυσιολογικοί.

**Αποτελέσματα:** Έτεκεν, με καισαρική τομή, ένα ζων, αρτιμελές άρρεν νεογνό βάρους σώματος 3170gr. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή, ενώ έγινε διακοπή του θηλασμού (λόγω εισολκής θηλών). Το νεογνό, κατά την κλινική εξέταση στο νεογνολογικό τμήμα, ανευρέθηκε σε καλή γενική κατάσταση, ενώ και ο εργαστηριακός του έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Από την 3η έως και την 7η ημέρα, παρουσίασε αύξηση της χολερυθρίνης, η οποία αντιμετωπίστηκε με φωτοθεραπεία επιτυχώς, και εξήλθε την 8η ημέρα σε άριστη κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η μυασθένεια Gravis αντιμετωπίζεται με αντιχολινεστερασικά και κορτικοστεροειδή κυρίως και, σε αποτυχία τους, με θυμεκτομή, πλασμαφαίρεση, ανοσοκατασταλτικά και γ – σφαιρίνες. Ο τοκετός προτιμάται να γίνεται κολπικά, εκτός και εάν υπάρχουν μαιευτικές ενδείξεις. Ο θηλασμός επιτρέπεται όταν η μητέρα είναι σε ύφεση με χαμηλούς τίτλους αντισωμάτων έναντι του υποδοχέα της ακετυλοχολινεστεράσης και δε λαμβάνει φάρμακα. Τα νεογνά προσβάλλονται σε ποσοστό 15% περίπου, λόγω παθητικής μεταφοράς των αντισωμάτων από τη μητέρα στο έμβryo, με μέση διάρκεια προσβολής τις 20 ημέρες. Θεραπευτικά, χορηγούνται αντιχολινεστερασικά με επιτυχία.

**Βιβλιογραφία:** 1. Roth CK., Dent S., McDevitt K. Myasthenia Gravis in Pregnancy. Nurs Womens Health. 2015 Jun-Jul;19(3):248-52. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058907>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 2. Neves AR., Monteiro P., Matos A., Santos Silva I. Anti-MuSK-positive myasthenia gravis diagnosed during pregnancy: new challenges for an old disease? BMJ Case Rep. 2015 Jan 5;2015. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25564591>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 3. Ohlraun S., Hoffmann S., Klehmet J., Kohler S., Grittner U., Schneider A., Heuschmann PU., Meisel A. Impact of myasthenia gravis on family planning: How do women with myasthenia gravis decide and why? Muscle Nerve. 2015 Sep;52(3):371-9. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25557017>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 4. Hopkins AN., Alshaeri T., Akst SA., Berger JS. Neurologic disease with pregnancy and considerations for the obstetric anesthesiologist. Semin Perinatol. 2014 Oct;38(6):359-69. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25176638>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 5. Hoffmann S., Kohler S., Ziegler A., Meisel A. Glucocorticoids in myasthenia gravis - if, when, how, and how much? Acta Neurol Scand. 2014 Oct;130(4):211-21. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25069701>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 6. Rahman R., Hoq MS., Arifuzzaman M., Kabir MA., Khanam NN. Pregnancy with myasthenia gravis. Mymensingh Med J. 2014 Apr;23(2):395-400. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24858175>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 7. Massey JM., De Jesus-Acosta C. Pregnancy and myasthenia gravis. Continuum (Minneapolis). 2014 Feb;20(1 Neurology of Pregnancy):115-27. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24492814>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015.



#### AA-70. ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΑΤΡΗΣΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Παπαμαργαρίτης Ε., Γεωργούλιας Γ., Γκόλιας Α., Καγιά Α., Μελετίδου Ι., Τούτουνας Κ., Γερολυμάτος Α.

Γ.Ν. "Κωνσταντοπούλειο" Ν. Ιωνίας - Πατησίων

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού σε νεογνό με ατρησία λεπτού εντέρου χωρίς υπερηχογραφικά ευρήματα κατά τη διάρκεια φυσιολογικής εγκυμοσύνης

**Υλικό:** Γυναίκα 34 ετών χωρίς παθολογία κύησης τριτοτόκος μετά από φυσιολογική σύλληψη, με δίδυμη προηγηθείσα καισαρική τομή και φυσιολογικά νεογνά, έχει πλήρη γυναικολογική και μαιευτική παρακολούθηση και έχει εκτελέσει όλον τον απαραίτητο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο βιοχημικός έλεγχος rapp-a καθώς και το u/s α' τριμήνου και β' επιπέδου δεν αναδεικνύουν την παρουσία υπερηχογραφικών δεικτών ή άλλων παθολογικών ευρημάτων. Περαιτώνει την κύηση με προγραμματισμένη καισαρική τομή υπό επισκληρίδιο αναισθησία στις 38w+3d. Το νεογνό σωματικού βάρους 3250γραμ, άρρεν την 3η μέρα μετά την γέννησή του παρουσιάζει συνεχείς εμέτους μετά τους θηλασμούς. Το νεογνό μεταφέρεται σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο. Εκεί διαγιγνώσκεται ατρησία λεπτού εντέρου. Χειρουργείται επειγόντως αφού αποσυμφορείται το γαστρεντερικό με ρινογαστρικό καθετήρα και πραγματοποιείται ειλεοστομία και σε δεύτερο χρόνο μετά τριμήνου θα πραγματοποιηθεί τελικοτελική αναστόμωση.

**Αποτελέσματα:** Το νεογνό αντιμετωπίζεται χειρουργικά επιτυχώς, διαβίει σε πολύ καλή κατάσταση και αναμένεται η τελικοτελική αναστόμωση.

**Συμπέρασμα:** Η παρακολούθηση εγκύου που έχει εκτελέσει όλα τα εξειδικευμένα υπερηχογραφήματα ρουτίνας καθώς και όλον τον προληπτικό προγεννητικό έλεγχο δεν εξασφαλίζει την πλήρη ανίχνευση κάποιας υποκείμενης ανατομικής ανωμαλίας, απλώς αυξάνει τις πιθανότητες να ανιχνευθεί κάποια ανατομική ανωμαλία ή άλλη παθολογία του εμβρύου.

#### AA-71. ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ RIGTAIL ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΜΗΤΕΡΑ

Δημόπουλος Σ., Σταμποπούλου Α., Καλογήρου Γ., Κώτσου Ε., Μοκρη Χ., Χαραλαμπίδου Π.

Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού νεογνού με νεκρωτικές δερματικές βλάβες εξαιτίας μικροβιακής λοίμωξης της εγκύου από τοποθέτηση rigtail.

**Υλικό - μέθοδος:** Γυναίκα 26 ετών πρωτοτόκος στην πρώτη επίσκεψη της παρακολούθησης της κύησης διεγνώσθησαν οξυτενή κονδυλώματα αιδοίου. Το τεστ παπανικολάου δεν ανέδειξε παθολογία τραχήλου. Στην καλλιέργεια κολπικού υγρού βρέθηκε ουρεόπλάσμα για το οποίο έλαβε κλαριθρομυκίνη. Στο δεύτερο τρίμηνο είχε πολλαπλά επεισόδια κωλικών νεφρού που αντιμετωπίζονταν με ενδομυϊκές ενέσεις αναλγητικών. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο νεφρών διαγιγνώσκεται διάταση πυελοκαλυκυλικού αριστερά. Στο τέλος του δεύτερου τριμήνου νοσηλεύεται με υψηλή πυρετική κίνηση, άλγος νεφρικής χώρας (αφ) όπου τίθεται η διάγνωση της πυελονεφρίτιδας. Καλλιέργεια ούρων (e. Coli, enterobacter). Λαμβάνει κεφουροξίμη. Στη καμπύλη από του στόματος σακχάρου 75g που διενεργήθηκε 26η εβδομάδα της κύησης διαγιγνώσκεται σακχαρώδης διαβήτης κύησης που αντιμετω-

πίζεται με δίαιτα. Στις αρχές του τρίτου τριμήνου εμφανίζει νέο επεισόδιο πυελονεφρίτιδας. Νέα καλλιέργεια ούρων (e. Coli, enterobacter). Λαμβάνει κεφουροξίμη. Επιμένουσα διάταση πυελοκαλυκυλικού αριστερά. Αποφασίζεται τοποθέτηση rigtail. τα επεισόδια κωλικών νεφρού επαναλαμβάνονται. Αντιμετωπίζονται με ενδομυϊκή χορήγηση αναλγητικών. Στις 39 εβδομάδες διενεργείται καισαρική τομή. Το νεογνό φέρει δερματική νεκρωτική βλάβη στον αριστερό πήχη. Διακομίζεται σε παιδοχειρουργική κλινική για έλεγχο και αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα – Συζήτηση:** Στην διαφοροδιάγνωση συζητήθηκε η νεκρωτική βλάβη να είναι αποτέλεσμα:

1. ανεπιθύμητης ενέργειας κλαριθρομυκίνης, κεφουροξίμης, ή λοιπών φαρμακευτικών ουσιών.
2. να οφείλεται σε αμνιακή ταινία.
3. να είναι αποτέλεσμα του σακχαρώδη διαβήτη κύησης.
4. να οφείλεται στην λοίμωξη του ουροποιητικού της μητέρας (e. Coli, enterobacter).
5. να οφείλεται σε αποικισμό μικροβίων του rig teil.

στην παιδοχειρουργική κλινική η δερματική βλάβη αποδόθηκε σε μικροβιακή λοίμωξη από την τοποθέτηση rigtail χωρίς να απομονωθεί συγκεκριμένος μικροοργανισμός.

#### AA-72. ΝΕΟΓΝΟ ΜΕ ΜΗ ΚΕΤΩΤΙΚΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΙΝΑΙΜΙΑ ΠΑΥΛΑΚΗ Α., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΣΤΕΡΠΗ Μ., ΠΕΡΙΣΤΕΡΗ Β., ΑΓΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ Α.

Νεογνολογικό Τμήμα ΜΕΝΝ ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η μη κετωτική υπεργλυκαιμία – μκν (omim no. 605899) είναι ένα κληρονομικό μεταβολικό νόσημα που οδηγεί στη συσσώρευση γλυκίνης σε όλους τους ιστούς και κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Κληρονομείται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Η συχνότητά της στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 1:55000. Παρουσίαση περιστατικού νεογνού με mky για τη σπανιότητά του.

**Υλικό και μέθοδος:** Νεογνό θήλυ, πρώτο παιδί, με βάρος γέννησης 2750gr, τελειόμηνο μεταφέρθηκε στη μονάδα σε ηλικία δύο ημερών λόγω υποτονίας, νωθρότητας και άπνοιας. Το οικογενειακό και περιγεννητικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Στις 46 ώρες ζωής παρουσίασε προοδευτική νωθρότητα, μειωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, υποτονία και μεταφέρθηκε στη μονάδα διασωληνωμένο, χωρίς δικές του αναπνοές, με βαριά γενικευμένη υποτονία, μυϊκή αδυναμία και ήπια αντίδραση στα επώδυνα ερεθίσματα. Ο αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, όλες οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές ενώ στάλθηκε μεταβολικός έλεγχος. Την 7η ημέρα ζωής εμφάνισε επεισόδια γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών που ελέγχθηκαν με φαινοβαρβιτάλη. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ήταν παθολογικό και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε μειωμένη διάχυση στο ύψος των ακτινωτών στεφάνων και στα οπίσθια σκέλη της έσω κάψας. Η ασθενής αποσωληνώθηκε την 17η ημέρα ζωής, εξήλθε την 48η ημέρα ζωής με γενικευμένη υποτονία. Σε ηλικία 74 ημερών εισήχθη σε παιδιατρική κλινική λόγω επεισοδίων σπασμών υπό φαινοβαρβιτάλη. Σε ηλικία 84 ημερών διακομίστηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας παιδών λόγω status epilepticus, όπου νοσηλεύεται μέχρι και σήμερα υπό μηχανικό αερισμό και υπό τετραπλή αντιεπιληπτική αγωγή.

**Αποτελέσματα:** Σε επαναλαμβανόμενα αιμογράμματα πλάσματος και ενυ οι τιμές γλυκίνης ήταν αυξημένες και ο λόγος γλυκίνης ενυ προς γλυκίνη πλάσματος ήταν 0,2 και 0,23 θέτοντας τη διάγνωση της μκν. Επιπλέον ζητήθηκε γονιδιακός έλεγχος της ασθενούς και των γονέων.

**Συμπεράσματα:** Οι περισσότεροι ασθενείς με κνυ καταλήγουν σε βρεφική ηλικία από κεντρική άπνοια, εμφανίζουν ανθεκτικούς σπασμούς και προβλήματα σίτισης, όσοι επιζούν έχουν σημαντική νοητική υστέρηση. Η ταυτοποίηση του νοσήματος γίνεται με βιοψία ήπατος και γονιδιακή ανάλυση.

#### AA-73. ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΜΕΝΝ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΩΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΤΗΝ 5Η ΥΠΕ, 2011-2014

Γούναρης Α.<sup>1</sup>, Γριβέα Ι.<sup>1</sup>, Γαϊτανά Κ.<sup>1</sup>, Γουδεσίδου Μ.<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Ε.<sup>1</sup>, Καλαϊτζή Α.<sup>1</sup>, Πηλτσίδου Α.<sup>1</sup>, Καφφέ Α.<sup>1</sup>, Μεσσήνης Ι.<sup>2</sup>, Δαπόντε Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογική Κλινική – ΜΕΝΝ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας <sup>2</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Σκοπός:** Ο ρόλος της Νεογνολογικής Κλινικής – ΜΕΝΝ και της Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ως Περιγεννητικό Κέντρο κατά τα έτη 2011-2014.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλες οι εισαγωγές που αφορούσαν νεογνά με ΗΚ < 37 εβδ. κατά την έτη 2011-2014.

**Αποτελέσματα:** Ο αριθμός των νεογνών που νοσηλεύτηκαν με ΗΚ < 37 εβδ. ήταν 286 το 2011, 250 το 2012, 259 το 2013 και 248 το 2014. Ανάλογα με το ΒΓ ταξινομήθηκαν σε ομάδες, την Α' ομάδα (ΒΓ < 1000 γρ.), την Β' (ΒΓ 1000-1500 γρ.) και την Γ' (ΒΓ > 1500 γρ.). Ο ετήσιος αριθμός εισαγωγών με ΒΓ < 1000 γρ. είχε στατιστικά σημαντική ελάττωση (x2 for trend p=0,046). Ανάλογα δε με τον τόπο γέννησης των νεογνών με ΒΓ < 1500 γρ. καταγράφηκε σημαντική ελάττωση των νεογνών που μεταφέρθηκαν από Μαιευτήρια εκτός του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (ΠΓΝΛ). Στα 75 νεογνά με ΒΓ < 1000 γρ. που νοσηλεύτηκαν από το 2011 έως το 2014, μόνο τα 13 ήταν διακομίδες από άλλα νοσοκομεία, 10 (22%) στα 45 την διετία 2011-2012 και 3 (10%) στα 30 την διετία 2013-2014. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό επιβίωσης όταν τα νεογνά με ΒΓ < 1000 γρ. γεννήθηκαν στην Μαιευτική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας ή σε Μαιευτική Κλινική άλλου Νοσοκομείου της 5ης ΥΠΕ.

**Συμπεράσματα:** Η Νεογνολογική Κλινική – ΜΕΝΝ και η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας τείνει να αποτελέσει ένα οργανωμένο δημόσιο Περιγεννητικό Κέντρο.

#### AA-74. ΝΟΣΟΣ PFEIFER – WEBER – CHRISTIAN ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πέτσα Α., Μπάγκας Ι., Στάθης Θ., Μελετίου Π., Κωνσταντίνιδης Σ., Κρητικός Ε., Ξενογιάννης Σ., Τζανάκη Α., Έξαρχος Ζ., Κασομάτης Κ., Ζαχαριάς Ε., Κονσολάκης Ι., Καραϊσκάκης Π.  
*Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

**Εισαγωγή:** Η νόσος Weber – Christian είναι ο όρος που έχει κλασικά χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις λοβιακής υποδερματίτιδας χωρίς αγγειίτιδα αλλά με συστηματικές εκδηλώσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν τον πυρετό και την προσβολή εσωτερικών οργάνων. Άλλοι όροι, όπως ιδιοπαθής οξώδης υποδερματίτιδα, οξώδης υποδερματίτιδα και υποτροπιάζουσα εμπύρετος μη διαπυρηθεία οξώδης υποδερματίτιδα, έχουν χρησιμοποιηθεί ως συνώνυμα της νόσου Weber – Christian.

Η κατάσταση αυτή δεν είναι πιθανώς μία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, αλλά αντιπροσωπεύει διάφορες οντότητες που παρουσιάζονται με τη μορφή λοβώδους υποδερματίτιδας και δε μπορούν να ταξινομηθούν περισσότερο ειδικά.

Η νόσος Weber – Christian θεωρείται ότι προκαλείται από τρεις μεγάλες κατηγορίες αιτιολογικών παραγόντων: 1) φυσικοί και χημικοί, 2) λοιμώδεις και 3) ανοσολογικοί. Ιστολογικά, πρόκειται για μία λοβώδη υποδερματίτιδα.

Πρόκειται για σπάνια πάθηση στους ενήλικες και ακόμα σπανιότερη στα παιδιά. Η νόσος είναι συνηθέστερη στις γυναίκες (75% επί του συνόλου των ανακινωθέντων περιπτώσεων). Η προσβολή από τη νόσο εντοπίζεται μεταξύ 4ης και 7ης δεκαετίας της ζωής. Το 75% των περιπτώσεων αφορά σε γυναίκες μετά τη 2η δεκαετία της ζωής. Η νόσος είναι χρόνια και υποτροπιάζουσα, ενώ έχει χαρακτηριστικές υφέσεις και εξάρσεις. Εμπλοκή του σπλαχνικού λίπους μπορεί να προκαλέσει μία σειρά συστηματικών συμπτωμάτων (συστηματική νόσος Weber – Christian).

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 31χρονης (GI, P0) που προσήλθε στο νοσοκομείο σε ηλικία κήσεως 35 εβδομάδων και 6 ημερών, λόγω αυτόματης ρήξης θηλακίου και έναρξης τοκετού.

**Υλικό και μέθοδος:** Μία 31χρονη (GI, P0) προσήλθε σε ηλικία κήσεως 35 εβδομάδων και 6 ημερών, λόγω αυτόματης ρήξης θηλακίου και έναρξης τοκετού. Από το ατομικό αναμνηστικό της επιτόκου, αναφέρονται δερματοπάθεια Weber – Christian (χωρίς να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή) και θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Από την αντικειμενική εξέταση, είχε γίνει αυτόματη ρήξη θηλακίου (Bishop score = 6). Από τις εργαστηριακές της εξετάσεις, ανευρέθηκαν λευκοκυττάρωση (WBCs = 16.800 με 84,2% πολυμορφοπύρηνα) και αυξημένα επίπεδα (CRP = 8,1μg/ml), ενώ η καλλιέργεια κολποτραχηλικού εκκρίματος ήταν αρνητική. Υπερηχογραφικά, ανευρέθηκε θετική καρδιακή λειτουργία και η προβολή ήταν κάθete κεφαλική.

**Αποτελέσματα:** Κατόπιν έναρξης τοκετού (Bishop score = 6), έτεκεν ένα ζων, αρτιμελές θήλυ νεογνό βάρους σώματος 3460gr. Στη λοχεία, ήταν σταθερή και έλαβε αντιβιοτική αγωγή (κεφουροξίμη). Παρά την ανοσοκαταστολή της κήσης, δε χρειάστηκε θεραπευτική παρέμβαση για τον έλεγχο της νόσου στη μητέρα. Εξήλθε σε άριστη γενική κατάσταση.

**Συζήτηση:** Κλινικά, ποικίλος αριθμός υποδερματικών οζιδίων εμφανίζονται συμμετρικά, συχνότερα στις κνήμες και τους μηρούς, παρόλο που ο κορμός και τα άκρα ή και το πρόσωπο μπορεί και να προσβληθούν. Οι βλάβες κυμαίνονται από 1 έως 2cm ή μεγαλύτερες σε διάμετρο και είναι σκούρες κόκκινες, οιδηματώδεις και συχνά κάπως ευαίσθητες και επώδυνες. Τα μεμονωμένα οζίδια υποχωρούν σε διάστημα 2 εβδομάδων, καταλείποντας μία ατροφική επιπεδομένη ουλή. Τα οζίδια περιστασιακά διανοίγονται και αποβάλλουν, μέσω του δέρματος, ένα ελαιώδες υλικό (υγροποιητική υποδερματίτιδα). Εξαιτίας της νέκρωσης του υποκείμενου λίπους, συχνά προκύπτει ατροφική επούλωση.

Το εξάνθημα μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό, κόπωση, ναυτία και εμέτους, κοιλιακό άλγος, ανορεξία, οστικά άλγη, αρθραλγίες και μυαλγίες. Επίσης, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία. Εξαιτίας της νέκρωσης του υποκείμενου λίπους, συχνά προκύπτει ατροφική επούλωση. Η νόσος χαρακτηρίζεται από χρόνια πορεία με υποτροπές, εξάρσεις και υφέσεις της κλινικής εικόνας. Στη συστηματική μορφή της (επί προσβολής του σπλαχνικού λίπους), περιλαμβάνονται όργανα, όπως πνεύμονες, καρδιά, έντερο, σπλήνας, νεφροί, επινεφρίδια ακόμα και οφθαλμικοί κόγχοι. Ιστολογικά, πρόκειται για μία λοβώδη υποδερματίτιδα, στην οποία διακρίνονται τρία στάδια. Στο 1ο στάδιο (ή οξύ φλεγμονώδες), η εκφύλιση των κυττάρων του λίπους συνδέεται με μία πυκνή διήθηση από ουδετε-

ρόφιλα, λεμφοκύτταρα και ιστιοκύτταρα. Στο 2ο (ή μακροφαγικό), τα μακροφάγα προσβάλλουν και πέπτουν το εκφυλισμένο λίπος, οδηγώντας στο σχηματισμό αφρωδών κυττάρων. Αυτά μπορεί να είναι μεγάλα, πολυπύρνα κύτταρα και να αντικαταστήσουν πλήρως τα λοβία του λίπους. Στο 3ο (ή ινωτικό) στάδιο, τα αφρώδη κύτταρα αντικαθίστανται από ινοβλάστες και κάποια μονοπύρνα κύτταρα με επακόλουθο σχηματισμό κολλαγόνου και ίνωσης.

**Συμπεράσματα:** Ο όρος «νόσος Weber – Christian» είναι προτιμότερο να αποδίδεται σε εκείνες τις ιδιοπαθείς υποδερματίτιδες, όπου δε μπορεί να ταυτοποιηθεί κάποιος εκλυτικός παράγοντας. Πλήθος θεραπευτικών μέτρων έχουν προταθεί. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη) είναι τα περισσότερο αξιόπιστα, αλλά οι υποτροπές είναι συνήθεις καθώς μειώνεται η δόση. Στην περίπτωση που περιγράφουμε, παρά την ανοσοκαταστολή της κύησης, δε χρειάστηκε θεραπευτική παρέμβαση για τον έλεγχο της νόσου στην πάσχουσα μητέρα. Στην κύηση, δε μπορούν να χορηγηθούν ανοσοτροποποιητικά φάρμακα και, εάν χρειαστεί, γίνεται κατά περίπτωση σταθμίζοντας κόστος και οφέλη. Συνιστάται να αποφεύγεται η συστηματική χορήγηση των Μ.Σ.Α.Φ. στο 3ο τρίμηνο, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι αναγκαία για μεγάλες, υδαρείς βλάβες.

**Βιβλιογραφία:** 1. Κατσουράνης Η., Δαμουλάκη Σ., Σταυρόπουλος Π.Γ. Υποδερματίτιδα. Διαθέσιμο στο: [http://www.iatrikionline.gr/Derma\\_54/8.htm](http://www.iatrikionline.gr/Derma_54/8.htm). Ανακτήθηκε στις 28/06/2015. 2. Muscal E., Giardino ER., Warren RW., Windle ML., Lehman TJA., Jung LK. Weber-Christian Disease. Διαθέσιμο στο: <http://emedicine.medscape.com/article/1008411-overview>. Ανακτήθηκε στις 28/06/2014. 3. Pongratz G., Ehrenstein B., Hartung W., Schölmerich J., Fleck M. A patient with Pfeifer-Weber-Christian disease-successful therapy with cyclosporin A: case report. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Jan 27;11:18. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20105325> & <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/18> Ανακτήθηκε στις 28/04/2014. 4. Ba kan EB., Saricao lu H., Tunali S., Tolunay S. Effective treatment of relapsing idiopathic nodular panniculitis (Pfeifer-Weber-Christian disease) with mycophenolate mofetil. J Dermatolog Treat. 2003 Jan;14(1):57-60. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12745859>. Ανακτήθηκε στις 28/04/2014.

#### AA-75. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Σούσι Α., Νταβέλλα Ε., Μακρή Α., Γιαννακοπούλου Ε., Σοφούδης Χ.  
*Τμήμα Μαιευτικής Aegean College*

**Εισαγωγή:** Από την Ελληνική μυθολογία, με την θεότητα του τοκετού, την Ειλειθυία και την αρχαία εποχή με τον Σωκράτη να δηλώνει υπερέφανα γιός Μαίας αλλά και μέχρι σήμερα, η μαιευτική κρατάει τη σκήπτρα μιας σπουδαίας επιστήμης. Οι Μαίες της αρχαιότητας ή αλλιώς «ιάτραινες» ή «ομφαλοτόμοι» όπως τις ονόμαζαν, εκπαιδεύονταν από άλλες μαίες (συνήθως ηλικιωμένες γυναίκες) και βασιζόνταν στις εμπειρικές τους γνώσεις. Η πρακτική τους στηριζόταν στην εμπειρία και τη χρήση βοτάνων, αλλά και σε ένα μείγμα προλήψεων και δεισιδαιμονιών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η συλλογή πληροφοριών βασίστηκε σε ανασκόπηση τρέχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τον ρόλο της μαίας και των καθηκόντων της. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν (databases) είναι: semma.gr, euro.who.int, nmc.org.uk και λοιπές πηγές όπως συγγράματα και διαδικτυακές βάσεις δεδομένων.

**Σκοπός:** Σκοπός της ανωτέρω εργασίας, είναι η ανάδειξη του λειτουργήματος της/του Μαίας/Μαιευτή και η αντιμετώπιση επειγόντων μαιευτικών καταστάσεων.

**Συζήτηση:** Η/Ο Μαία/Μαιευτής πλέον αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας η/ο οποία/ος δίνει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Είναι εκείνη/εκείνος που αναλαμβάνει με πλήρη ευθύνη την εκτέλεση τοκετών και την περίθαλψη τόσο του νεογνού όσο και του βρέφους. Αυτή η

φροντίδα περιλαμβάνει την προώθηση του φυσικού τοκετού, προληπτικά μέτρα, την ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και στο παιδί και εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. Η ιδιότητά της/του όμως δεν περιορίζεται μόνο εκεί καθώς έχει σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά και μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Το κομμάτι αυτό περιλαμβάνει προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία γονεϊκότητας και μπορεί να επεκταθεί στην υγεία των γυναικών, στη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία και στη φροντίδα του παιδιού. Η εξάσκηση του επάγγελματός της/του μπορεί να λάβει χώρα σε πιστοποιημένα επαγγελματικά κέντρα εκπαίδευσης.

**Συμπέρασμα:** Ο ρόλος της μαίας παραμένει κατά τη διάρκεια των ετών αναλλοίωτος και πολύ σημαντικός στην διεκπαιρέωση μαιευτικών καταστάσεων. Είναι απαραίτητη η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση προς όφελος της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού.

#### AA-76. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

Κώτσου Ε., Δημόπουλος Σ., Χαράλαμπίδου Π.

*Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας*

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι να καταδείξει τη σπουδαιότητα του ρόλου της μαίας στη σύγχρονη μαιευτική φροντίδα. Σήμερα, με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, πολλά άλλαξαν. Παθολογικές καταστάσεις που έως τώρα ευθύνονταν για αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, έχουν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, οι γυναίκες όμως αντιμετωπίζονται ως «πάσχοντες» και αυτό τις οδήγησε να βιώνουν την μητρότητα ως μια κατάσταση μεταβαλλόμενη, γεμάτη άγχος και ανασφάλεια. Έτσι αναζητούν το κατάλληλο πρόσωπο που θα τους δείξει κατανόηση, θα ικανοποιήσει τις ανάγκες, και τις ανησυχίες τους. Το πρόσωπο που έχει την μεγαλύτερη επαφή με την γυναίκα, από οποιονδήποτε λειτουργό υγείας, είναι η μαία.

**Αποτελέσματα:** Η φροντίδα της μαίας είναι ολιστική. Σχετίζεται άμεσα με την προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας και επικεντρώνεται στην μοναδικότητα και τη διαφορετικότητα των ατόμων. Ξεκινά πριν από τον τοκετό, συνεχίζεται κατά την διάρκεια αυτού και επεκτείνεται και στην λοχεία. Βασικό μέλημα της μαίας είναι η ψυχοσωματική υγεία της μητέρας και του βρέφους, καθώς η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με προβλήματα που αφορούν την υγεία των γυναικών, των νεογνών, των οικογενειών τους και κατ'επέκταση, της κοινωνίας.

**Συμπεράσματα:** Αναντίρροπα, η εφαρμογή εξατομικευμένης μαιευτικής φροντίδας που στοχεύει στις ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους και προάγει την διατήρηση της υγείας μητέρας-νεογνού αλλά και την πρόληψη της νοσηρότητάς τους, είναι πολύτιμη επένδυση για την δημόσια υγεία.

#### AA-77. Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΥΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Θανασός Ι., Παπαδούλη Μ., Παπαβασιλείου Σ., Μακρή Δ., Οικονόμου Ι., Χριστοδούλου Θ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρίκालων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της ασυμπτωματικής μικροβιουρίας σε έγκυες με σακχαρώδη διαβήτη, συγκριτι-

κά με εκείνες που δεν εμφάνισαν διαταραχές της ινσουλίνης ή ανοχή στη γλυκόζη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο Γ.Ν. Τριγάλων κατά την τριετία 2012 – 2014.

**Υλικό:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία των φακέλων των εγκύων που ήταν υπό παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία της κλινικής μας από τον Ιανουάριο του 2012 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2014. Πιο συγκεκριμένα μελετήσαμε τις καλλιέργειες ούρων 81 εγκύων που εμφάνισαν θετική καμπύλη γλυκόζης των 100 gr (σακχαρώδης διαβήτης κύησης και παθολογική ανοχή στη γλυκόζη) και συγκρίναμε τα αποτελέσματα με αυτά αντίστοιχων καλλιέργειών ούρων 50 υγιών εγκύων, που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

**Αποτελέσματα:** Στις διαβητικές έγκυες καθώς και σε αυτές με παθολογική ανοχή στη γλυκόζη διαπιστώθηκε ότι από το σύνολο των 81 γυναικών, οι 44 (54,32%) είχαν τουλάχιστον μία θετική καλλιέργεια ούρων στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Οι πιο συνηθισμένοι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν *Escherichia coli* και *B αιμολυτικός στρεπτόκοκκος*. Στις υγιείς έγκυες βρέθηκαν μόνο 2 θετικές καλλιέργειες, ποσοστό (4%).

**Συμπεράσματα:** Η σημαντική στατιστική διαφορά που διαπιστώθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες επιβάλει τον συστηματικό έλεγχο με καλλιέργειες ούρων των εγκύων γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη, κυρίως στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, με σκοπό την πρόληψη ανιούσας λοίμωξης, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει έναρξη πρόωρου τοκετού μετά από πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, αλλά και άλλες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνοντας έτσι τη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

#### AA-78. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΒΑΡΙΑΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP). ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Θανασάς Ι., Παπαβασιλείου Σ., Οικονόμου Ι., Χριστοδούλου Θ., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τριγάλων, Τρίκαλα*

**Εισαγωγή:** Παραλλαγή της βαριάς προεκλαμψίας η οποία σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές θα έπρεπε να αποτελεί αυτόνομη νοσολογική οντότητα είναι το σύνδρομο HELLP (Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets).

**Περιγραφή περίπτωσης:** Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά έγκυο πρωτοτόκο 24 ετών η οποία διανύοντας την 27η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσερχεται στα Ιατρεία της κλινικής μας σε κακή γενική κατάσταση και με σημεία έναρξης πρόωρου τοκετού. Μετά τη διαπίστωση αρνητικής καρδιακής λειτουργίας στο έμβryo η ασθενής εισάγεται στο μαιευτήριο. Εν αναμονή του τοκετού ο επείγον κλινικοεργαστηριακός έλεγχος σε συνδυασμό αργότερα με τον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων άτυπης μορφής θρομβοκυτταροπενίας και μικροαγγειοπαθητικής αιμολυτικής αναιμίας που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την εγκυμοσύνη θέτουν τη διάγνωση του συνδρόμου HELLP (πλήρες σύνδρομο HELLP κατηγορίας II χωρίς υπέρταση). Κατά την 5η ημέρα της λοχείας μετά από την σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας τα πρώτα εικοσιτετράωρα (ολιγουρία, ουρία μέχρι 125mg/dl, κρεατινίνη μέχρι 4.9 mg/dl) και εν αναμονή της απόφασης για την εισαγωγή της λεχωίδας στον Τεχνητό Νεφρό η νεφρική λειτουργία βελτιώνεται και αποκαθίσταται πλήρως περί τη 10η ημέρα νοσηλείας.

**Συμπεράσματα:** Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια επί εδάφους βαριάς προεκλαμψίας δεν είναι συχνή. Όταν συνδυάζεται και με την δυσλειτουργία του ήπατος (σύνδρομο HELLP – πολυοργανική ανάμειξη της νόσου) η πρόγνωση είναι ακόμη βαρύτερη.

#### AA-79. ΟΨΙΜΑ ΠΡΩΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΝΝ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΡΕΑ

Αλεξάκη Α., Κανδήλη Γ., Κουμαντζέλη Χ., Μάμαλης Η., Χαρίτου Α.  
*ΜΕΝΝ Μαιευτηρίου ΡΕΑ*

**Σκοπός:** Ως όψιμα πρόωρα νεογνά (late preterm infants) ορίζονται τα νεογνά με ηλικία κύησης από 34 0/7 έως 36 6/7 εβδομάδων και αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα νεογνών. Η αύξηση του ποσοστού πρόωρων τοκετών αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό την αύξηση των γεννήσεων όψιμα πρόωρων. Τα νεογνά αυτά είναι ανώριμα ενώ σε σύγκριση με τα τελειόμηνα εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα αναπνευστικά προβλήματα, ίκτερο, υπογλυκαιμία, θερμορρυθμιστική αστάθεια, λοιμώξεις, άπνοια κ.α..

**Υλικό – Μέθοδος:** Το 2014 νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ του ΡΕΑ 533 όψιμα πρόωρα νεογνά επί συνόλου 1825 εισαγωγών. Τα 297 ήταν αγόρια και τα 236 κορίτσια. Τα 70 νεογνά γεννήθηκαν με ΦΤ. Τα 56 είχαν ΒΓ < 2 Kg. Είχαμε 75 δίδυμες κήσεις και μία τριδύμη.

**Αποτελέσματα:** Αναπνευστική δυσχέρεια παρουσίασαν 295 νεογνά, ενώ χρειάστηκαν μηχανικό αερισμό (ΣΑΔ) τα 71 που ενεπλάγη με πνευμοθώρακα σε 3. Συχνές διαγνώσεις ο ίκτερος (ένα χρειάστηκε ΑΦΜ) και τα σιτιστικά προβλήματα.

**Συμπεράσματα:** Τα όψιμα πρόωρα νεογνά είναι ανώριμα, είναι πρόωρα και όχι σχεδόν τελειόμηνα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε την αιτία του πρόωρου τοκετού και να κατανοήσουμε τα ιδιαίτερα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσουν. Υπάρχει αναγκαιότητα τήρησης των κριτηρίων για την έξοδο του νεογνού από το μαιευτήριο. Η ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων αποτελεί σημαντικό παράγοντα.

#### AA-80. ΟΨΙΜΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Ιατρούκης Γ., Αντωνίου Ε., Δάγλα Μ., Πεγλιβάνη Φ.

*Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας*

**Σκοπός:** Είναι να διερευνηθούν οι αιτίες των όψιμων αιμορραγιών της λοχείας. Υλικό και μέθοδος: Στην καθημερινή πρακτική, διαπιστώνεται αρκετές εβδομάδες μετά τον τοκετό (και σαφώς πάνω από τις 40 ημέρες), να παρουσιάζεται κολπική αιμορροια. Με δεδομένο ότι (εφόσον έχει περάσει το "συμβατικό" χρονικό διάστημα της λοχείας) υπάρχει η τάση απόδοσης αυτής αιμορραγίας σε αίτια που δεν σχετίζονται με την προϋπάρχουσα κύηση, κρίθηκε απαραίτητη αυτή η ανασκόπηση. **Αποτελέσματα:** Στις όψιμες (δευτεροπαθείς) αιμορραγίες της λοχείας (ΟΑΛ), υπάγονται οι αιμορραγίες της λοχείας που εμφανίζονται μετά το πρώτο 24ωρο αλλά και μέχρι 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αυτές οφείλονται συχνά σε ατονία της μήτρας, ατελή επούλωση της κοίτης του πλακούντα και σε κατακράτηση τμήματος του πλακούντα ή υμένων. Για ΟΑΛ μπορεί να ευθύνεται και κάποια αιμορραγική διάθεση (σε γυναίκες με ιστορικό μηνορραγιών ή άλλο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό). Σπάνια, ευθύνονται αρτηριοφλεβώδεις διαμαρτίες, ψευδοανευρύσματα της μητριαίας αρτηρίας και το χοριοκαρκίνωμα. Στους προδιαθεσιακούς παράγοντες υπάγονται το ιστορικό ΟΑΛ, η αιμορραγία αμέσως μετά τον τοκετό και η προχωρημένη ηλικία της μητέρας. Όταν υπάρχει ΟΑΛ, πρέπει να γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος της μήτρας (αν και υπάρχει σημαντική επικάλυψη μεταξύ των φυσιολογικών και των παθολογικών ευρημάτων). Συχνά, πρέπει να γίνει φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάστασης. Σε ενδομητρικό εύρημα, που δικαιολογεί την αιμορραγία, ενδεχομένως, πρέπει να ακολουθήσει προσεκτική απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας. **Συμπεράσματα:** Για την έγκαιρη διάγνωση και τη σωστή αν-

τιμετώπιση της ΟΑΛ πρέπει να είναι γνωστές οι ενδεχόμενες αιτίες της, οι τρόποι διερεύνησής της (που δεν εξαντλείται στα παραπάνω) και η κατάλληλη αντιμετώπισή της.

**Αναγκαιότητα της μελέτης:** Στην καθημερινή πρακτική, διαπιστώνεται αρκετές εβδομάδες μετά τον τοκετό (και σαφώς πάνω από τις 40 ημέρες), να παρουσιάζεται κολπική αιμόρροια. Με δεδομένο ότι (εφόσον έχει περάσει το "συμβατικό" χρονικό διάστημα της λοχείας) υπάρχει η τάση απόδοσης αυτής της αιμορραγίας σε αίτια που δεν σχετίζονται με την προϋπάρχουσα κύηση, κρίθηκε απαραίτητη αυτή η ανασκόπηση.

Οι όψιμες (δευτεροπαθείς) αιμορραγίες της λοχείας (ΟΑΛ) οφείλονται συχνά στη διάχυτη ατονία της μήτρας, την ατελή επούλωση της επιφάνειας, στην οποία ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας και στην κατακράτηση τμήματος του πλακούντα ή υμένων (που συνεπάγονται ελαττωμένη πάλινδρομηση της κοίτης του πλακούντα). Αν παραμείνει τμήμα του πλακούντα, αυτό υφίσταται συνήθως νέκρωση (και, ενδεχομένως, μόλυνση). Ο νεκρωμένος πλακουντικός ιστός δεν παρουσιάζει αγγείωση στο έγχρωμο Doppler (βλέπε παρακάτω). Αργότερα, το τμήμα αυτό με την εναπόθεση ινικής μετατρέπεται σε πολυποειδές μόρφωμα, που αιμορραγεί όταν αποκολληθεί. Κατακράτηση τμήματος του πλακούντα διαπιστώνεται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων όψιμης αιμορραγίας (Beckmann et al 2002). Για ΟΑΛ μπορεί να ευθύνεται και κάποια αιμορραγική διάθεση (ΑΔ), όπως η νόσος von Willebrand (που όμως μπορεί να έχει φυσιολογικό βασικό έλεγχο πήκτικότητας), και κυρίως σε γυναίκες με ιστορικό μηνορραγιών ή άλλο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό έντονης ή ασυνήθιστης αιμορραγίας (Belfort 2015). Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος για τη διερεύνηση της ΑΔ περιλαμβάνει τη μέτρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων, του χρόνου προθρομβίνης και του χρόνου ενεργοποιημένης μερικώς θρομβοπλαστίνης (activated Partial Thromboplastin Time [aPTT]). Σε ΑΔ, η αντιμετώπιση θα είναι αιτιολογική σε συνεργασία με αιματολόγο. Σπάνια, έχουν περιγραφεί αρτηριοφλεβώδεις διαμαρτίες και ψευδοανευρύσματα της μητριαίας αρτηρίας (Yun et al 2012). Τα τελευταία μπορούν να διαγνωστούν με μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία και, πρόσφατα ενοχοποιήθηκαν για αιμορραγία μετά την επαφή σε μεγαλύτερο διάστημα από το "συμβατικό" των 12 εβδομάδων (Chummun et al 2015). Σπάνια, επίσης, μπορεί να ευθύνεται το χοριοκαρκίνωμα (ΧΚ) που μπορεί να εμφανιστεί ως παρατεταμένη ή άφθονη ΟΑΛ αλλά και ως νέα αιμορραγία. Σε αιμορραγία, πολλές εβδομάδες μετά τον τοκετό, για να αποκλειστεί το ΧΚ αλλά και ενδεχόμενη νέα κύηση, πρέπει να γίνει ποσοτικός τεστ κύησης (β-hCG). Σε αυξημένη β-hCG, στη διαφορική διάγνωση των προηγούμενων καταστάσεων (αλλά και κατακρατηθέντων προϊόντων κύησης), πέρα από τον υπερηχογραφικό έλεγχο, μπορεί να βοηθήσουν διαδοχικές μετρήσεις της β-hCG. Κάποιες περιπτώσεις μπορεί να οφείλονται σε αποκατάσταση της εμμηνορροσίας (Dossou et al 2015) ενώ σε άλλες δεν μπορεί να βρεθεί η αιτιολογία (Belfort 2015). Το ιστορικό προηγούμενης ΟΑΛ προδιαθέτει στην εμφάνιση νέας ΟΑΛ. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες εντάχθηκε και η αιμορραγία αμέσως μετά τον τοκετό όπως και η προχωρημένη ηλικία της μητέρας (Debost-Legrand et al 2015). Όταν υπάρχει ΟΑΛ, πρέπει να γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος της μήτρας (και, γενικότερα, του γεννητικού συστήματος). Σε αυτόν πρέπει να περιλαμβάνεται το "φασματικό" (spectral) και το έγχρωμο (color) Doppler. Με το τελευταίο μπορεί να ελεγχθεί η αγγείωση και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα. Έτσι, αν υπάρχει αγγείωση σε ηχογενές εν-

δομητρικό υλικό μέσα στη μήτρα, αυτή υποδηλώνει κατακρατηθέντα προϊόντα της κύησης (που μπορεί να "θετικοποιούν" το τεστ κύησης) ενώ η έλλειψη αγγείωσης συνηγορεί περισσότερο για θρόμβο αίματος. Ωστόσο, η μήτρα μετά τον τοκετό έχει ποικίλες εμφανίσεις κατά την υπερηχογραφική εξέταση και υπάρχει σημαντική επικάλυψη μεταξύ των φυσιολογικών ευρημάτων και των παθολογικών ευρημάτων (που σχετίζονται με ΟΑΛ). Έτσι η μήτρα μπορεί να είναι άδεια ή μπορεί να ανιχνευτεί αέριο, υγρό ή ηχογενές υλικό τόσο σε φυσιολογική πορεία της λοχείας όσο και σε ΟΑΛ. Αν ανιχνευθεί ενδομητρικό εύρημα, που δικαιολογεί την αιμορραγία, ενδεχομένως, πρέπει να ακολουθήσει προσεκτική απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας. Σε άλλες περιπτώσεις (ατονία της μήτρας) πρέπει να γίνει συντηρητική αντιμετώπιση της κατάστασης με τη χορήγηση ωκυτοκίνης (που μπορεί να χορηγηθεί και σε θηλάζουσες μητέρες) ή μεθυλεργονοβίνης (0,2 mg ενδομυϊκά [EM] που επαναλαμβάνεται κάθε 2 έως 4 ώρες για μέχρι 3 δόσεις). Από περιορισμένα στοιχεία, η μεθυλεργονοβίνη (ME) σε μέγιστη ημερήσια δόση μέχρι 0,75 mg συνεπάγεται χαμηλά επίπεδα στο γάλα που δεν αναμένεται να προκαλέσουν δυσμενείς επιδράσεις στα θηλάζοντα βρέφη. Έτσι, η σύσταση της FDA για αποφυγή θηλασμού για τουλάχιστον 12 ώρες μετά την τελευταία δόση της ME και απόρριψη του γάλακτος αυτής της περιόδου "μοιάζει υπερβολική". Ίσως, η ME να μην αποτελεί την πρώτη επιλογή διότι, ενδεχομένως, να ελαττώνει την προλακτίνη, την παραγωγή του γάλακτος και τη διάρκεια της γαλουχίας, κυρίως, αν χρησιμοποιηθεί EM σύντομα μετά τον τοκετό (αυτές οι δυσμενείς επιδράσεις φάνηκε να είναι μικρότερες με την per os χορήγηση της ME). Αποτελεσματική, στην αντιμετώπιση της ΟΑΛ μπορεί να φανεί η EM χορήγηση τρομεθαμίνης (carboprost tromethamine [Hemabate]), 250 μg για μέχρι 8 δόσεις σε μεσοδιαστήματα  $\geq 15$  λεπτών). Παλαιότερα, προτάθηκε, επίσης, η χορήγηση εργονοβίνης ή προσταγλανδίνης. "Εννοείται" ότι τα μητροσυσπαστικά σκευάσματα δεν θα βοηθήσουν αν η μήτρα έχει ήδη συσπαστεί. Μερικοί γιατροί χορηγούν αντιβίωση σε όλες τις ασθενείς με ΟΑΛ ακόμα και αν δεν υπάρχουν εμφανή σημεία συνυπάρχουσας λοίμωξης (Belfort 2015). Φυσικά, αν συνυπάρχει ενδομητρίτιδα (πυρετός, δύσοσμη κολπική έκκριση και εναισθησία της μήτρας) είναι αναγκαία η χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος. Αν η αιμορραγία επιμένει παρά τη φαρμακευτική θεραπεία, μπορεί να επιχειρηθεί ήπια απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας. Η αναρροφητική απόξεση είναι αρκετή στις περισσότερες περιπτώσεις (άσχετα αν υπάρχει ή όχι πλακουντικός ιστός που έχει κατακρατηθεί). Το μέγεθος του ρύγχους αναρρόφησης καθορίζεται συνήθως από το μέγεθος της μήτρας, με διαμέτρους που κυμαίνονται από 10 έως 16 mm. Και εδώ ακολουθείται ο κλασικός "κανόνας": Η διάμετρος του ρύγχους επιλέγεται σύμφωνα με το μέγεθος της μήτρας κατά εβδομάδες "κύησης". Έτσι, σε μέγεθος μήτρας 12 εβδομάδων, επιλέγεται διάμετρος 12 mm. Η ηπιότητα των χειρισμών έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποφυγή τραύματος του τοιχώματος της μήτρας και επιδείνωσης της αιμορραγίας ή δημιουργίας αργότερα ενδομητρικών συμφύσεων (Ιατράκης 2015). Στην ιδανική περίπτωση, η απόξεση πρέπει να γίνεται υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Έτσι, είναι πιθανό να ανιχνευτούν υπολείμματα πλακουντικού ιστού, να επιβεβαιωθεί η αφαίρεσή τους και να ελαττωθεί η πιθανότητα διάτρησης (που υπολογίστηκε στο 3% περίπου των περιπτώσεων). Αν αποτύχουν όλα τα προηγούμενα μέτρα, και η αιμορραγία είναι σοβαρή, μπορεί να επιχειρηθεί ο επλειεπαικτικός αρτηριακός εμβολισμός (που θα μπορούσε να επιχειρηθεί και σε αγγει-

ακή βλάβη). Σπάνια, η παρουσία υποβλεννογόνιου ινομυώματος που αποφράσσει το τραχηλικό στόμιο, μπορεί να αποτελεί εμπόδιο στην αποβολή των λοχιών με συνέπεια τη δημιουργία αιματόμητρας που καταλήγει σε απονία της μήτρας και σοβαρή αιμορραγία (Akrivis et al 2003).

**Βιβλιογραφία:** Akrivis Ch, Varras M, Bellou A, Kitsiou E, Stefanaki S, Antoniou N. Primary postpartum haemorrhage due to a large submucosal nonpedunculated uterine leiomyoma: a case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol 2003, 30:156-8.

Beckmann CR, Ling FW, Laube DW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP. Postpartum Care. In: Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002.

Belfort MA. Overview of postpartum hemorrhage. UpToDate 2015.

Chummun K, Kroon N, Flannelly G, Brophy D. Severe Postcoital Bleeding From a Uterine Artery Pseudoaneurysm 4 Months After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2015, 126:638-41.

Debost-Legrand A, Rivière O, Dossou M, Vendittelli F. Risk Factors for Severe Secondary Postpartum Hemorrhages: A Historical Cohort Study. Birth 2015, doi: 10.1111/birt.12175 (Epub ahead of print).

Dossou M, Debost-Legrand A, Déchelotte P, Lémery D, Vendittelli F. Severe secondary postpartum hemorrhage: a historical cohort. Birth 2015, 42:149-55.

Ιατρικής Γ. Παθολογία της Λοχείας. Στο: Βιβλίο Μαιευτικής. Αθήνα, Εκδόσεις "Δεσμός" 2015.

Yun SY, Lee DH, Cho KH, Lee HM, Choi YH. Delayed postpartum hemorrhage resulting from uterine artery pseudoaneurysm rupture. J Emerg Med 2012, 42:e11-4.

#### AA-81. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ

**Παναγιωτόπουλος Δ., Κούρη Α., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Έ., Κανελλοπούλου Α., Φιλοπούλου Κ., Πετράκος Γ., Νταγκλή Α.**

*Μ/Γ Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας*

**Σκοπός:** Η περιγραφή περίπτωσης γέννησης πρόωρου νεογνού με συγγενή διαφραγματοκήλη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διαφραγματοκήλη καλείται η είσοδος κάποιου κοιλιακού οργάνου στον θώρακα από ένα συγγενές ή επίκτητο χάσμα του διαφράγματος. Η συχνότητά της είναι 1 σε κάθε 2500-5000 γεννήσεις. Υπάρχουν πολλοί τύποι διαφραγματοκήλης, η πιο συχνή (συγγενής διαφραγματοκήλη) είναι αυτή που εμφανίζεται μέσω του χάσματος στην περιοχή του οσφυοπλευρικού τριγώνου (κήλη του Bochdalek). Οφείλεται στην αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης της πλευροπεριτοναϊκής μεμβράνης, ώστε να διαχωρίσει πλήρως την θωρακική από την περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την 10η εβδομάδα της κύησης. Μέσω αυτού χάσματος εντερικές έλικες εισέρχονται στον θώρακα και προκαλούν υποπλασία πνεύμονα. Το περιστατικό αφορά σε πρωτότοκο η οποία γέννησε στην κλινική μας νεογνό με συγγενή διαφραγματοκήλη.

**Αποτελέσματα:** Πρωτοτόκος 27 ετών 37<sup>3</sup> εβδ. προσέρχεται στο Νοσοκομείο λόγω έναρξης τοκετού. Η κύηση είναι προϊόν IVF και συνυπάρχει ιστορικό αυτόματων αποβολών Ά τριμήνου στις 2 προηγούμενες εγκυμοσύνες της. Ο προγεννητικός έλεγχος αναφέρει υδράμνιο χωρίς εμφανείς ανατομικές ανωμαλίες. Λόγω εμβρυϊκής δυσπραγίας γεννιέται με καισαρική τομή νεογνό ζων άρρεν 2100 gr. Το νεογνό γεννήθηκε κυανωτικό, υπότονο (Apgar score 3/1) και διασωληνώθηκε άμεσα. Η Rø θώρακος έδειξε συγγενή διαφραγματοκήλη δεξιά με παρουσία εντέρου εντός του δεξιού ημιθώρακιού και σκιερότητα αριστερά (αγνεσία πνεύμονα). Έτέθη ρινογαστρικός καθετήρας, IV ροός και διακομίστηκε σε MENN. Το νεογνό κατέληξε περίπου 12 ώρες μετά τη γέννησή του.

**Συμπεράσματα:** Το περιστατικό παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητάς του. Πέρα από τα υποστηρικτικά μέτρα, η θεραπεία είναι χειρουργική (ανάταξη του χασμάτος). Η μετεγχειρητική πορεία είναι δύσκολη και η θνησιμότητα των νεογνών αγγίζει το 60 %

ακόμα και σε περιπτώσεις όπου υπάρχει προγεννητική διάγνωση της νόσου. Τονίζεται επομένως η ανάγκη εξέλιξης των μεθόδων της προγεννητικής διάγνωσης, ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα τυχόν συγγενείς ανωμαλίες του νεογνού και να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την άμεση αντιμετώπιση του νεογνού.

#### AA-82. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΤΡΗΣΙΑΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΧΩΡΙΣ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

**Κοτσώνης Χ., Παπαμαργαρίτης Ε., Γεωργούλιας Γ., Γκόλιας Δ., Καριά Α., Καρασαρίδου Κ., Λούης Κ., Γερολυμάτος Α.**

*Γ.Ν. "Κωνσταντοπούλειο" Ν. Ιωνίας - Πατησίων*

Νεογνό με ατρησία οισοφάγου χωρίς υπερηχογραφικά ευρήματα κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης.

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού σε νεογνό με ατρησία οισοφάγου χωρίς υπερηχογραφικά ευρήματα κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κύησης.

**Υλικό:** Γυναίκα 30 ετών χωρίς παθολογία κύησης δευτεροτόκος μετά από φυσιολογική σύλληψη, με προηγηθείσα καισαρική τομή και φυσιολογικό προηγούμενο νεογνό, έχει πλήρη γυναικολογική και μειντική παρακολούθηση και έχει εκτελέσει όλον τον απαραίτητο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο βιοχημικός έλεγχος ραππα καθώς και το u/s α' τριμήνου και β' επιπέδου δεν αναδεικνύουν την παρουσία υπερηχογραφικών δεικτών ή άλλων παθολογικών ευρημάτων. Αναδεικνύεται στο u/s ανάπτυξης στις 35w αυξημένο αμνιακό υγρό αλλά εντός των φυσιολογικών ορίων. Περαιτώνεται η κύηση με προγραμματισμένη καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία στις 38w. Το νεογνό σωματικού βάρους 3040γραμ, άρρεν, στην έναρξη της σίτισης του, παρουσίασε αφρώδη πτύελα και οξεία αναπνευστική δυσχέρεια. Η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα απέτυχε. Το νεογνό μεταφέρεται σε τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο. Εκεί διαγιγνώσκεται ατρησία οισοφάγου με τραχειοοισοφαγικό συρρίγγιο με αρκετών εκατοστών χάσμα των δύο κολοβωμάτων του οισοφάγου το οποίο διορθώθηκε.

**Αποτελέσματα:** Το νεογνό αντιμετωπίζεται χειρουργικά επιτυχώς, σιτίζεται και διαβίει σε πολύ καλή κατάσταση και αναμένεται η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας και ανάπτυξης που έως τώρα θεωρείται φυσιολογική.

**Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση εγκύου που έχει εκτελέσει όλα τα εξειδικευμένα υπερηχογραφήματα ρουτίνας καθώς και όλον τον προληπτικό προγεννητικό έλεγχο δεν εξασφαλίζει την πλήρη ανίχνευση κάποιας υποκείμενης ανατομικής ανωμαλίας, απλώς αυξάνει τις πιθανότητες να ανιχνευθεί κάποια ανατομική ανωμαλία ή άλλη παθολογία του εμβρύου. Μάλιστα στην περίπτωση μας χωρίς να εκδηλωθεί παθολογία της κύησης όπως πολυάμνιο.

#### AA-83. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

**Αντωνίου Ε., Ιατράκης Γ., Δάγλα Μ., Πεχλιβάνη Φ.**

*Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας*

**Σκοπός:** Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με σκοπό να διερευνηθεί το κατά πόσο η εγκυμοσύνη αποτελεί παράγοντα έκλυσης βίας και με ποιούς παράγοντες ή στοιχεία συνεξαρτάται τυχόν αύξηση της βίας στην περιγεννητική περίοδο.

**Υλικό και μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις (με τα ίδια ερευνητικά ερωτήματα ποσοτικής έρευνας που διενεργήθηκε παράλληλα σε 546 έγκυες) σε 7 γυναίκες οι οποίες βρέθηκαν σε προστατευόμενους ξενώνες του ΕΚΚΑ (Εθνικό

Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης) και στο Κέντρο Βρεφών Μητέρας αφού εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

**Αποτελέσματα:** Από τα αποτελέσματα της έρευνας, τα περισσότερα των οποίων βρίσκονται σε εναρμόνιση με την Διεθνή βιβλιογραφία, το προφίλ της κακοποιημένης εγκύου, γυναίκας φέρει τα εξής χαρακτηριστικά: Είναι κυρίως μετανάστριες, είναι άνεργες και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ανύπαντρες ή έφηβες η εγκυμοσύνη τους είναι ανεπιθύμητη από τον σύντροφο, έχουν ιστορικό διακοπής κύησης, ο σύντροφος είναι συνήθως αλλοδαπός, συζούν αλλά δεν είναι παντρεμένες με τον σύντροφο τους, παρατηρείται παραμέληση των προγραμματισμένων εξετάσεων, της κύησης, έχουν ήδη ένα ανήλικο παιδί. (Τα αποτελέσματα ταυτίζονται επίσης με εκείνα της ποσοτικής έρευνας.) Συμπεράσματα: Η ενδοοικογενειακή βία στην περιγεννητική περίοδο θεωρείται ένα πολύ σοβαρό ζήτημα, που επηρεάζει σημαντικά τη δημόσια υγεία, αφού συνδέεται με σοβαρές αναπαραγωγικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Η έγκαιρη παρέμβαση για την πρόληψη του φαινομένου σε πρωτοβάθμιο επίπεδο θεωρείται καίρια, προκειμένου να μειωθούν σημαντικά οι πιο συχνές δυσμενείς αναπαραγωγικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

#### **Ανάλυση των Δεδομένων της Ποιοτικής Έρευνας**

Σύμφωνα με ένα γενικό ορισμό, ποιοτική έρευνα θεωρείται η ερμηνευτική μελέτη ενός συγκεκριμένου θέματος, στην οποία ο ερευνητής έχει κεντρική θέση στον τρόπο με τον οποίο το θέμα περιγράφεται και σηματοδοτείται (Banister et al. 1994). Η λέξη «ποιοτική» (έρευνα) υπονοεί την έμφαση στην ποιότητα των οντοτήτων που μελετώνται και στις διεργασίες και στα νοήματα τα οποία δεν μπορούν να μελετηθούν πειραματικά ή να μετρηθούν σε συνάρτηση με την ποσότητα, το βαθμό, την ένταση ή τη συχνότητα τους.

Η ποιοτική μεθοδολογία εστιάζεται στο νόημα, δηλαδή στο πώς οι άνθρωποι κατανοούν και νοηματοδοτούν τον κόσμο, την εμπειρία και τον εαυτό τους.

Οι ερευνητές της ποιοτικής έρευνας δίνουν έμφαση:

- (α) στην κοινωνικά κατασκευασμένη φύση της πραγματικότητας,
- (β) στη στενή σχέση ανάμεσα στον ερευνητή και σε αυτό το οποίο μελετά,
- (γ) στις συγκυριακές συνθήκες οι οποίες περιορίζουν την έρευνα,
- (δ) στο ότι η έρευνα αναπόφευκτα μεταφέρει αξίες και
- (ε) μελετούν το πώς δημιουργείται και πώς νοηματοδοτείται η κοινωνική εμπειρία.

Για την συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση.

Η φαινομενολογία διατυπώθηκε από τον Edmund Husserl (1859-1938) ως προσέγγιση εναλλακτική στο θετικό εμπειρισμό, για τη μελέτη της ανθρώπινης εμπειρίας. Αντίθετα με τον θετικό εμπειρισμό που θέλει η γνώση μας για τον κόσμο να προέρχεται από τα δεδομένα της εμπειρίας, υποστηρίζοντας ότι η αντίληψή μας, παρέχει τη βάση για την απόκτηση της γνώσης, η οποία απαιτεί τη συστηματική συλλογή και ταξινόμηση των παρατηρήσεών μας εν είδει πειραμάτων ή μοντέλων-παραδειγμάτων. Αντίθετα η «ερμηνευτική» κοινωνική έρευνα αναφέρεται σε ανθρώπινους «δράστες» (σε «μη-υπολογίσιμες μηχανές» κατά τον Heinz von Foerster, ή «μη-εξακριβώσιμα ζώα» κατά τον Friedrich Nietzsche) οι οποίοι «έχουν γνώμη» σχετικά με (και συνδιαμορφώνουν) αυτό που ερευνάται, διατυπώνουν και αναδιατυπώνουν εμπρόθετα νοήματα, και είναι - σε σημαντικό βαθμό - εσωτερικά παρακινούμενοι (Τσέκερης). Η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε μεθοδολογικές παραδόσεις (Creswell, 1998) οι οποίες επιτρέπουν βαθύτερη κατανόηση κοινωνικών φαινομένων ή γεγονότων σε φυσικά πλαίσια

[settings], δίνοντας έμφαση σε εμπειρίες, νοήματα, ερμηνείες και απόψεις των συμμετεχόντων (Mays and Pope, 1995).

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε την ευκαιρία να μελετήσει την ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη με βάση μία ολιστική προσέγγιση, εφόσον έθεσε κοινούς στόχους και υποθέσεις στο δομημένο ερωτηματολόγιο και την ημι-δομημένη συνέντευξη. Η ποσοτική και ποιοτική έρευνα έδειξαν ότι η εγκυμοσύνη δεν λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση βίας εναντίον των γυναικών, ενώ οι μετανάστριες και η έλλειψη κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελούν παράγοντες αύξησης κινδύνου για την άσκηση της βίας. Η σχέση του ζεύγους σαφώς πλήττεται, αλλά αυτό δεν συνδέεται κατ' ανάγκη με την εγκυμοσύνη του θύτη από την κακοποιημένη γυναίκα. Η βία μπορεί να διακωλύεται καθώς ο φαύλος κύκλος επιτρέπει κάποιες περιόδους εξομάλυνσης της σχέσης, οι οποίες είναι πρόσκαιρες. Επίσης, η απόδοση στην εργασία και η κοινωνική ζωή, όταν αυτά υφίστανται στη ζωή της εγκύου, κλονίζονται σημαντικά. Ο βαθμός κλονισμού συνδέεται με τον τρόπο που βιώνει την άσκηση της βίας και τα όρια ανοχής της κάθε εγκύου απέναντι στη βία. Έγινε σαφές ότι η μητρότητα ως υψηλή αξία στη ζωή μιας γυναίκας συχνά αυξάνει την ανοχή στη βία από τον σύντροφο. Στόχος των γυναικών είναι να προστατεύσουν κατά το δυνατόν τη σχέση με τα παιδιά τους αλλά και τα ίδια, από τα ξεσπάσματα βίας του συντρόφου, αυτό γίνεται σκοπός της ζωής που βάζει παράλληλα στην άκρη την ποιότητα της ζωής της ίδιας της γυναίκας.

#### **Βιβλιογραφία**

Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. and Tindall, C., *Qualitative methods in psychology: a research guide*, Buckingham (Open University Press) 1994 <http://web.uct.ac.za/depts/psychology/webie/courses/psy206fo/Lecture%201.ppt.2> Το έργο της Χαράλαμπος Σημιώσις για το Μάθημα «Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα II», <http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/544/1/methodology.pdf>. 3. Mays, N. and Pope, C. "Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research." *BMJ* 311(6997), 109-112. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research, *BMJ*. 1, 311(6996) (1995) 42-5. 4. Creswell, J.W., *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA (Sage) 1998

#### **AA-84. ΠΟΛΥΠΛΟΚΗ ΑΝΑΔΙΑΤΑΞΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΤΟΜΗΣ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΤΡΙΑ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΜΑ 2,7 ΜΕΓΑΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ 18Q22.1 ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΕ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ ΜΕ ΠΟΛΥ ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

**Κοντοδιού Μ., Δασκαλάκης Γ., Δαγκλής Θ., Τσακιδής Ι., Σηφάκης Σ., Θωμαΐδου Α., Μανωλάκος Ε.**

*Access To Genome – ATG, Εργαστήρια Γενετικών Αναλύσεων*

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη αναφέρεται το περιστατικό ενός κοριτσιού 7 ετών το οποίο παρουσιάζει ελαφρά δυσμορφία, ήπιες μαθησιακές δυσκολίες και ήπια νοητική υστέρηση με πολύπλοκη χρωμοσωμική αναδιάταξη που περιλαμβάνει τα χρωμοσώματα 1, 2 και 18. Οι πολύπλοκες χρωμοσωμικές αναδιατάξεις είναι ισοζυγισμένες ή μη ισοζυγισμένες δομικές αναδιατάξεις που περιλαμβάνουν τρία ή παραπάνω σημεία τομής σε δύο ή περισσότερα διαφορετικά χρωμοσώματα. Συγκρίθηκαν τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά του παρόντος περιστατικού με εκείνα των περιστατικών που έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία με έλλειμμα στο 18q22. 1. Επίσης επισημάνθηκε το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι μοριακοί μηχανισμοί στο να καθορίσουμε το κλινικό φάσμα μιας τέτοιας πολύπλοκης δομικής αναδιάταξης.

**Υλικά και μέθοδοι:** Διεξήχθη έλεγχος με καρυότυπο, μοριακό καρυότυπο και υβριδοποίηση in situ με φθορισμό (fish).

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Η ανάλυση καρυότυπου απο-

κάλυψε de novo πολύπλοκη αναδιάταξη που συμπεριλαμβάνει τα χρωμοσώματα 1, 2 και 18. Πραγματοποιήθηκε περεταίρω ανάλυση με μοριακό καρυότυπο (acgh), με τον οποίο βρέθηκε κρυφό εσωτερικό έλλειμμα της τάξης των 2,7 μεγαβάσεων στο μεγάλο βραχίονα του χρωμοσώματος 18 στην περιοχή q22. 1. Στη συνέχεια επιβεβαιώθηκαν και τα δύο αποτελέσματα με τη χρήση της fish (υβριδοποίηση in situ με φθορισμό). Η εύρεση πολύπλοκων αναδιατάξεων είναι συχνό φαινόμενο σε περιστατικά με νοητική στέρωση. Χωρίς τη χρήση σύγχρονων μοριακών τεχνικών δε θα ήταν δυνατή η εύρεση κρυφών ελλείψεων ή διπλασιασμών, τα οποία με τη μέθοδο του συμβατού καρυότυπου δεν ανιχνεύονται.

## AA-85. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΕΓΚΥΟΥ

**Χαντζησαλάτας Σ., Ε.Κ.Π.Α.**

**Εισαγωγή:** Εδώ και τρεις δεκαετίες περίπου η ανθρωπότητα ζει στους ρυθμούς της περιώνυμης και ως φαίνεται αναπόφευκτης παγκοσμιοποίησης εξέλιξη η οποία, μακροπρόθεσμα, απειλεί με πλήρη ανατροπή των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων των σύγχρονων κοινωνιών επηρεάζοντας έτσι έμμεσα ή και άμεσα τις συνθήκες ζωής και κατ' επέκταση την υγεία πολλών ανθρώπων και εγκύων γυναικών.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων καθώς και της συγχρόνου εγκύου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Απετέλεσε η ενδελεχής ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας μέσω Medline.

**Αποτελέσματα:** Μας έδειξαν ότι η κοινωνία του σήμερα αντιμετωπίζει προβλήματα συνοχής καθότι οξύνονται οι εσωτερικές αντιθέσεις απειλώντας μακροπρόθεσμα με ρήξη τον κοινωνικό ιστό. Το φαινόμενο των διαταραχών εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες καθώς και στις έγκυες γυναίκες ανεξάρτητα από το κοινωνικό στρώμα στο οποίο ανήκουν οι άνθρωποι. Αφορά, αν και με διαφορετικά κάθε φορά συμπτώματα τόσο αυτούς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης όσο και την κοινωνία των ευημερούντων ζευγαριών οι οποίοι σκέφτονται την τεκνοποίηση. Οι συνθήκες υγείας έχουν ήδη πολύ σημαντικές οικονομικές, υγειονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες πρόκειται να οξυνθούν περαιτέρω καθώς αυξάνεται το ποσοστό των περιστατικών, λόγω του γηρασκοντος πληθυσμού και των μεταβολών στο κοινωνικό σύνολο.

**Συμπεράσματα:** Ο σύγχρονος άνθρωπος διακατέχεται από μια αβεβαιότητα και ανασφάλεια για το μέλλον του. Ιδιαίτερα σημαντικός για την υγεία των ανθρώπων καθώς και της εγκύου είναι ο ρόλος της οικογένειας, η οποία ως γνωστόν, βρίσκεται και στη χώρα μας σε κρίση. Πάνω απ' όλα η έγκυος χρειάζεται στηρίγματα ψυχοπροφυλακτικά ψυχολογικά και πνευματικά, γιατί έτσι θα αποκτήσει υγεία και θα αντιμετωπίζει ορθώς το πρόβλημα.

## AA-86. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

**Κούτρας Α.<sup>1</sup>, Δέτση Σ.<sup>1</sup>, Παγγού Β.<sup>1</sup>, Κώτσιος Σ.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα, «Βαρδάκειο & Πρώιο» Γενικό Νοσοκομείο Σύρου, <sup>2</sup>Παιδιατρικό Τμήμα, «Βαρδάκειο & Πρώιο» Γενικό Νοσοκομείο Σύρου

**Εισαγωγή:** Τα σημαντικότερα προβλήματα της προωρότητας, είναι το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και ο (ΑΑΠ) ανοικτός αρτηριακός πόρος του πρόωρου νεογνού.

**Σκοπός:** Η προληπτική προγεννητική φαρμακευτική χορήγηση στην επίτοκο σε ένα επικείμενο πρόωρο τοκετό 31-32 εβδομά-

δων, όπως και η πορεία του νεογνού.

**Μέθοδος:** Πρόωτος ετών 23, στην 22η εβδομάδα κύησης, διεγνώσθη στο Β'επιπέδου υπερηχογραφοεικό προγεννητικό έλεγχο του εμβρύου, κοντός τράχηλος μήτρας περίπου 2 εκ. Συνεστήθη ανάπαυση και λήψη σκευασμάτων φυσικής προγεστερόνης (Utrogestan) και μαγνησίου. Την 30-31 εβδομάδα κύησης νοσηλεύθηκε στο Νοσοκομείο μας, ως κύηση υψηλού κινδύνου, για επικείμενο πρόωρο τοκετό. Αναστολή του προώρου τοκετού με τοκολυτική θεραπεία (Atosiban iv). Προετοιμασία προωρότητας πνευμόνων με Celestone Chronodose. Προφυλακτική χορήγηση Ινδομεθακίνης για την σύγκλιση του ( ΑΑΠ ), όταν εκτιμήθηκε, ότι ο τοκετός είναι αναπόφευκτος. Φυσιολογικός τοκετός ζώντος θήλεως 1820gr. Apgar Score 9/1' & 10/1'. Φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω, χωρίς φύσημα (ΑΑΠ), μηριαίες (++) , σφύξεις πρόωρου νεογνού 136/min, καλό χρώμα δέρματος, νεογνικά αντανακλαστικά εκλύονται. Τέθηκε σε Hood Box με ροή O<sub>2</sub>=4lt/min SPO<sub>2</sub>=98% dextrostick 69mg/dl, τέθηκε ορός iv glu 10%. Διεκομίζεται στην MENN Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά..

**Αποτελέσματα:** Παρέμεινε στην μονάδα πρόωρων νεογνών 35 ημέρες, άρχισε να σιτίζεται με μητρικό γάλα με ρινοαστρικό καθετήρα και μετά 13 ημέρες με θηλασμό, δεν παρουσίασε ίκτερο και λοίμωξη εξήλθε το νεογνό με βάρος 2100gr.

**Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη προληπτική αγωγή αντιμετώπισης της αναπνευστικής δυσχέρειας, όπως και η προφυλακτική χορήγηση ινδομεθακίνης σε πολύ πρόωρα νεογνά μειώνει την συχνότητα εμφάνισης (ΑΑΠ), τα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, την ανάπτυξη ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και πιθανόν τη θνησιμότητα.

## AA-87. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΤΗ ΓΝΑΘΟ ΕΔΕΙΞΕ ΜΙΚΡΟΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ 1P34.3 ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΟΙΧΙΩΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΥ ΓΕΝΩΜΙΚΟΥ ΥΒΡΙΔΙΣΜΟΥ (ACGH)

**Παπαγεωργίου Ε., Δαγκλής Θ., Σίμου Ε., Κοντοδιού Μ., Ζέρβα Χ., Χατζής Π., Μανωλάκος Ε., Παπουλίδης Ι.**

*Access To Genome – ATG, Εργαστήρια Γενετικών Αναλύσεων*

**Σκοπός εργασίας:** Η διερεύνηση των γενετικών αιτιών μικρογονθίας σε έμβρυο φύλλου θήλεος κατά την υπερηχογραφική εξέταση ρουτίνας 2ου τριμήνου.

**Υλικά και μέθοδος:** Διεξήχθη σύγκριση του ολικού dna του εμβρύου με μάρτυρα αναφοράς χρησιμοποιώντας μικροσυστοιχίες βάσει της μεθόδου του συγκριτικού γενωμικού υβριδισμού.

**Αποτελέσματα – συμπεράσματα:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε έδειξε μικροέλλειψη 2,7 μεγαβάσεων που βρίσκεται στο μικρό βραχίονα του χρωμοσώματος 1 στην περιοχή 1p34. 3. Η συγκεκριμένη μικροέλλειψη δεν ανιχνεύεται με τη μέθοδο του κλασσικού καρυότυπου. Οι εσωτερικές μικροελλείψεις, όπως στην προκειμένη περίπτωση, στο μικρό βραχίονα του χρωμοσώματος 1 είναι πολύ σπάνιες, και ο φαινότυπος των ασθενών παρουσιάζει: υποτονία, δυσμορφία χαρακτηριστικών προσώπου, μικροκεφαλία, και αναπτυξιακή καθυστέρηση. Η συγκεκριμένη περίπτωση είναι η πρώτη περίπτωση μικροέλλειψης στην περιοχή 1p34. 3 με δυσμορφία προσώπου που εντοπίστηκε με τη μέθοδο των μικροσυστοιχιών συγκριτικού γενωμικού υβριδισμού. Με τη χρήση αυτής της μεθόδου είναι εφικτός ο εντοπισμός μικροελλείψεων ή μικροδιπλασιασμών που δεν εντοπίζονται με τον απλό καρυότυπο.



#### AA-88. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΙΖΕΓΚΕΦΑΛΙΑΣ ΣΕ ΕΜΒΡΥΟ 22 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παναγιωτόπουλος Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Έ., Κανελλοπούλου Α., Φιλοπούλου Κ., Πετράκος Γ., Νταγκλή Α.

*M/G Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιστατικού σχιζεγκεφαλίας στη νεορροϊκή της δεξιάς πλάγιας κοιλίας του εγκεφάλου εμβρύου 22 εβδομάδων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η σχιζεγκεφαλία είναι μια σπάνια ανωμαλία της διάπλασης του εγκεφάλου οφειλόμενη σε διαταραχή της μετανάστευσης των νευρωνικών κυττάρων κατά την 12η με 14η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής. Το περιστατικό αναφέρεται σε πρωτοτόκο 22 ετών στο κύημα της οποίας κατά την 22η εβδομάδα της εγκυμοσύνης διαγνώσθηκε σχιζεγκεφαλία.

**Αποτελέσματα:** Πρωτοτόκος 22 ετών, διανύοντας την 22η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσέρχεται για τον τακτικό έλεγχο της. Είναι καπνίστρια, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο του εμβρύου διαπιστώνεται διάταση της δεξιάς πλάγιας κοιλίας του εγκεφάλου και μετατόπιση της μέσης γραμμής του εγκεφάλου. Προγραμματίζεται έλεγχος με MRI εμβρύου όπου και διαπιστώνεται ελεύθερη επικοινωνία της δεξιάς πλάγιας κοιλίας με τον υπαρχονοειδή χώρο υπό τη μορφή της σχιζεγκεφαλίας ανοικτού χείλους (τύπου II). Οι γονείς αφού ενημερώθηκαν για την νοσολογική οντότητα αποφάσισαν τον τερατισμό της κύησης.

**Συμπεράσματα:** Η σχιζεγκεφαλία είναι μια ανωμαλία περί τη διάπλαση με νευρολογική εικόνα η οποία περιλαμβάνει από εστιακές επιληπτικές κρίσεις μέχρι σοβαρής μορφής καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης. Ο μαιευτήρας οφείλει να είναι ενήμερος για τη νόσο και να μπορεί να κατευθύνει σωστά το ζευγάρι στη διάγνωση και στην περαιτέρω αντιμετώπιση της κατάστασης.

#### AA-89. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΠΡΩΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ

Περγαλιώτης Β., Δασκαλάκης Γ., Μπαρούτης Γ., Σταμούλη Κ., Αντσακλής Α., Λουτράδης Δ., Παπαντωνίου Ν.

*<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝΑ Αλεξάνδρα, <sup>2</sup>Νεογνολογικό τμήμα νοσοκομείου Αλεξάνδρα*

**Σκοπός:** Η επιβίωση των πρόωρων νεογνών κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το βαθμό της προωρότητας και την πνευμονική ωρίμανση. Η περιγεννητική διαχείριση όμως αυτών των νεογνών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την επιβίωσή τους. Στόχος της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μίας σειράς θεραπευτικών παρεμβάσεων κατά την περιγεννητική περίοδο στα ποσοστά επιβίωσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη όλων των πρόωρων νεογνών τα οποία εισήχθησαν στην α' πανεπιστημιακή μαιευτική γυναικολογική κλινική καθώς και στη νεογνολογική μονάδα του νοσοκομείου αλεξάνδρα μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Δεκεμβρίου 2012. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα spss ver. 20. 0.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 327 πρόωρα νεογνά (24-36+5 εβδομάδων κύησης) εκ των οποίων τα 75 κατέληξαν κατά τη νοσηλεία τους. Παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εβδομάδας κύησης κατά τον τοκετό ( $p < .001$ ), του βάρους γέννησης ( $p < .001$ ), της ενδομήτριας καθυστέρησης

της ανάπτυξης ( $p < .044$ ), των apgar score κατά το 1ο ( $p < .001$ ) και 5ο λεπτό ( $p < .001$ ) και της χορήγησης ινотρόπων ( $p < .001$ ) με την νεογνική θνησιμότητα. Η προγεννητική χορήγηση κορτικοστεροειδών ήταν σημαντικά πιο συχνή μεταξύ των ζώντων νεογνών ( $p = .002$ ), ενώ παράλληλα χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα και η εφαρμογή ncpap σχετιζόνταν επίσης με βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης ( $p < .001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η περιγεννητική θνησιμότητα που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα για την επιβίωση των πρόωρων νεογνών. Η προγεννητική χορήγηση κορτικοστεροειδών βελτιώνει σημαντικά την πιθανότητα επιβίωσης, όπως και η χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα και η εφαρμογή ncpap.

#### AA-90. ΠΡΟΠΙΟΝΙΚΗ ΟΞΥΑΙΜΙΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ, ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παναγιωτόπουλος Δ., Μπουντουβάς Δ., Αλχαζίδου Έ., Κανελλοπούλου Α., Φιλοπούλου Κ., Πετράκος Γ., Νταγκλή Α.

*M/G Κλινική, Γ.Ν. Μεσσηνίας*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιπτώσεων γέννησης νεογνών που έπασχαν από προπιονική οξυαιμία, το περιγεννητικό αποτέλεσμα και η προγεννητική διάγνωση της νόσου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η προπιονική οξυαιμία είναι μια μεταβολική διαταραχή που κληρονομείται με τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο τρόπο κληρονομησης. Η βλάβη ανευρίσκεται στο μεταβολικό μονοπάτι που μετατρέπει το προπιονυλ-CoA σε μεθυλμαλονυλ-CoA στο εσωτερικό των μιτοχονδρίων. Τα περιστατικά αφορούν δύο οικογένειες οι οποίες γέννησαν τέκνα πάσχοντα από τη νόσο. Μελετούμε το περιγεννητικό αποτέλεσμα και την προγεννητική διάγνωση της νόσου στο επόμενο τέκνο του ζευγαριού.

**Αποτελέσματα:** Η πρώτη περίπτωση αφορά τεταρτοτόκο η οποία γέννησε φυσιολογικά άρρεν νεογνό βάρους 4000 gr. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Τρεις μήνες μετά την γέννηση του εισαγεται εκτάκτως στο νοσοκομείο όπου και καταλήγει με διάγνωση προπιονική οξυαιμία. Η δεύτερη περίπτωση αφορά ζευγάρι του οποίου το πρώτο τέκνο ήταν ένα άρρεν νεογνό 3250 gr το που γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό. Στην ηλικία των τριών μηνών το νεογνό εισάγεται στο νοσοκομείο με επηρεασμένη γενική κατάσταση και καταλήγει. Διαγιγνώσκεται προπιονική οξυαιμία και γίνεται σύσταση για γενετική συμβουλευτική του ζεύγους για την απόκτηση άλλου τέκνου. Στη δεύτερη εγκυμοσύνη γίνεται λήψη χοριακών λαχνών και έλεγχος για χρωμοσωμικές ανωμαλίες και για τις μεταλλάξεις του γονιδίου της προπιονυλ-CoA καρβοξυλάσης (PCCA). Ο έλεγχος έδειξε ότι το έμβρυο είναι ετεροζυγώτης για μία εκ των δύο γνωστών παθολογικών μεταλλάξεων της PCCA Η κύηση οδήγησε στη γέννηση ενός τελειόμηνου υγιούς άρρενος νεογνού βάρους 3300 gr.

**Συμπεράσματα:** Τα περιστατικά παρουσιάζονται λόγω της σπανιότητάς τους. Ο μαιευτήρας θα πρέπει παρ' όλα αυτά να είναι ευαισθητοποιημένος ακόμα και σε τέτοιες σπάνιες νοσολογικές οντότητες και να τις αναζητά με τη λήψη λεπτομερούς οικογενειακού ιστορικού, σχεδιασμό γενεαλογικού δένδρου και λήξη της κατάλληλης γενετικής συμβουλευτικής.

**AA-91. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΟΔΗΓΟΣ” ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΝΝ”****Κούκου Ζ., Καλλία Θ., Μπουρουτζόγλου Μ.***Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσ/νίκης, Τμήμα Μαιευτικής*

Η υποδοχή του νεογνού στο περιβάλλον του σπιτιού τις πρώτες εβδομάδες μετά την έξοδο από τη μενν, αποτελεί κρίσιμη περίοδο για την υποστήριξη της υγείας και ανάπτυξης του, αλλά και αχχογόνα για τα μέλη της οικογένειας. Συνοπτικές οδηγίες κατά την έξοδο του νεογνού, με περιορισμένο αριθμό έγγραφων οδηγιών, δεν επαρκούν να υποστηρίξουν κατάλληλα τους γονείς σε αυτή τη μετάβαση. Η έλλειψη οργανωμένων υπηρεσιών κατοίκων φροντίδας ή κοινοτικών δικτύων συμβουλευτικών σταθμών, επιτείνουν αυτό το κενό. Η παρούσα εργασία στοχεύει να συγκεντρώσει τεκμηριωμένες οδηγίες προκειμένου να υποστηριχθούν οι γονείς μετά την έξοδο από τη μενν κατά τις πρώτες εβδομάδες, με κύριους στόχους να μειωθεί η νοσηρότητα στα νεογνά/βρέφη, να μειωθεί το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα, να υποστηριχθεί η καλή υγεία και η ευεξία. Αναφορά σε σημεία παθολογίας, καθημερινή υγιεινή και φροντίδα, καταγραφή σημείων παρακολούθησης, υποστήριξη της ανάπτυξης του δεσμού, υποστήριξη του μητρικού θηλασμού ή της θρέψης, καταλληλότητα και ασφάλεια του περιβάλλοντος του σπιτιού, οδηγίες για τον ύπνο, μετακίνηση, και άλλα καίρια σημεία περιλαμβάνονται σε έναν έντυπο οδηγό. Παράλληλα υπογραμμίζεται η πιστή προσήλωση στο πρόγραμμα ιατρικής παρακολούθησης, και η αναγκαιότητα επικοινωνίας με υπηρεσίες υγείας όταν αξιολογείται κάποιο ανησυχητικό σημείο. Με σκοπό τη συνεχή ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η παρούσα εργασία έχει στόχο να υπογραμμίσει την κρίσιμότητα της περιόδου, και να προτείνει έναν έντυπο ή ηλεκτρονικό οδηγό φιλικό για τους γονείς, ως παρέμβαση αγωγής υγείας, που δύναται να επικουρήσει τη μετάβαση στο σπίτι, την υγεία και ανάπτυξη.

**AA-92. ΠΡΩΙΜΗ ΣΗΨΑΙΜΙΑ. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2005-2014****Βαρλάμη Β., Μπουρνάκοβα-Εσεμπίδου Α., Τσουβαλά Ε., Σπανοπούλου Ι., Σκορδαλά-Ρίτη Μ.***Νεογνολογικό Τμήμα & ΜΕΝΝ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**Εισαγωγή:** Η πρώιμη σηψαιμία παραμένει ένα σχετικά συχνό και πολύ σοβαρό πρόβλημα για τα νεογνήματα και ειδικά τα πρόωρα, το οποίο αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και σωστά μπορεί να προκαλέσει ακόμη και τον θάνατο. Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί προκαλούν πρώιμη σηψαιμία αποικίζοντας την ουρογεννητική οδό της μητέρας, προκαλώντας μόλυνση του πλακούντα, του αμνιακού υγρού, του τραχήλου και του κόλπου. Έτσι το νεογνό μπορεί να μολυνθεί εντός της μήτρας ή κατά τον τοκετό. [3]

Οι αιτιολογικοί παράγοντες διαφέρουν ανάλογα με την περιοχή και μεταβάλλονται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η διαχρονική επομένως παρακολούθηση της μεταβολής των υπεύθυνων μικροοργανισμών είναι πολύ σημαντική για την αρχική εμπειρική επιλογή των κατάλληλων αντιβιοτικών ευρέως φάσματος.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διαχρονική παρακολούθηση της συχνότητας και η μεταβολή των αιτιολογικών παραγόντων της πρώιμης νεογνικής σηψαιμίας κατά την δεκαετία 2005-2014 στην περιοχή της Αν. Μακεδονίας και Θράκης.

**Δείγμα και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική εξέταση και καταγραφή των φακέλων των νεογνών που νοσηλεύθηκαν

στη μονάδα μας για σηψαιμία κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης. Πρώιμη σηψαιμία θεωρήθηκε η εκδήλωση σημείων σηψαιμίας κατά τις 72 πρώτες ώρες της ζωής, που συνοδεύονταν από θετική καλλιέργεια αίματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης πρώιμη σηψαιμία παρουσίασαν 18 νεογνά, ποσοστό 0.29% του συνόλου των γεννήσεων στην περιοχή μας. Στα νεογνά με Β.Γ. < 2500 gr το ποσοστό αυτό αυξάνονταν σε 2.1 %, ενώ σε νεογνά με ΒΓ < 1500 gr σε 10.1%. Η Klebsiella Pneumoniae αποτελούσε το πιο συχνό μικροοργανισμό που απομονώθηκε στις αιμοκαλλιέργειες με ποσοστό 41.18% ενώ ο GBS αποτελούσε το δεύτερο συχνότερο παθογόνο με ποσοστό που έφτανε το 23.5% και το E. Coli με ποσοστό 17.5%. Παρατηρήθηκαν επίσης διαφορές στην υπεύθυνη χλωρίδα ανάμεσα στα πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά, με συχνότερο αίτιο σηψαιμίας στα πρόωρα νεογνήματα τα αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια σε ποσοστό 66,6% , ενώ οι θετικοί κατά Gram μικροοργανισμοί ήταν υπεύθυνοι για την εκδήλωση σηψαιμίας στα τελειόμηνα νεογνά σε ποσοστό 100%. Παράλληλα, τα θετικά κατά Gram βακτηρίδια ήταν κατά 100% ευαίσθητα στην βανκομυκίνη και τεϊκοπλανίνη. Η πενικιλίνη εξακολουθεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων από GBS(ευαισθησία 100%). Τα αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια εμφάνισαν μια μεταβολή στην ευαισθησία απέναντι στις αμινογλυκοσίδες (100% ευαισθησία έναντι της αμικασίνης κατά την πρώτη 5ετία, 60% στην δεύτερη 5ετία). Δεν παρατηρήθηκε ανθεκτικότητα στις καρβαπενέμες. Όσον αφορά την συχνότητα εμφάνισης αυτή αποτελούσε το 0,26% των εισαγωγών κατά την πρώτη πενταετία της μελέτης ενώ κατά την δεύτερη πενταετία το ποσοστό αυτό ήταν το 0,47% των εισαγωγών στην μονάδα. Η θνησιμότητα ανήλθε στο 23,5% των περιστατικών και αφορούσε αποκλειστικά πρόωρα νεογνά.

**Συμπέρασμα:** Το ποσοστό της πρώιμης σηψαιμίας κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα στην περιοχή μας, στα πρόωρα όμως νεογνήματα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας. Η παρακολούθηση των αιτιολογικών παραγόντων είναι σημαντική για την επιλογή της κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας και την έγκαιρη αντιμετώπισή της.

**Βιβλιογραφία:** 1. Simonsen, K.A., et al., Early-onset neonatal sepsis. Clin Microbiol Rev, 2014. 27(1): p. 21-47.

2. Stoll, B.J., et al., Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues. Pediatrics, 2011. 127(5): p. 817-26.

3. Mukhopadhyay, S. and K.M. Puopolo, Risk assessment in neonatal early onset sepsis. Semin Perinatol, 2012. 36(6): p. 408-15.

**AA-93. ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ ΠΡΟ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ****Αργυρίδης Σ., Χατζηαποστόλου Ν., Χασιώτης Α., Χριστοφίδης Α. Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III Λευκωσία, Κύπρος**

**Σκοπός:** Η μελέτη παραγόντων όπως ηλικία κύησης, συχνότητα, προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό, κλινικά σημεία πάθησης, περιγεννητικό αποτέλεσμα καθώς και μητρική νοσηρότητα περιπτώσεων ολικής ρήξης μήτρας προ έναρξης τοκετού.

**Υλικό:** Το σύνολο τοκετών τρίτοβάθμιου κέντρου αναφοράς νοσοκομείο αρχιεπίσκοπος μακάριος υι, που διενεργήθηκαν μεταξύ 2008-2013.

**Μέθοδος:** Αναδρομική πληθυσμιακή μελέτη αρχείου γεννήσεων κλινικής καθώς και ατομικού φύλλου τοκετού των υπό διερεύνηση περιστατικών.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό ποσοστό ολικής ρήξης μήτρας προ

τοκετού ήταν 4 περιστατικά επί συνόλου 8566 τοκετών (0.046%) που αντιστοιχούσαν στο 0.12% του συνολικού αριθμού καισαρικών τομών που διενεργήθηκαν στον πληθυσμό αυτό. Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρξε μια ή περισσότερες επεμβάσεις στο μαιευτικό ιστορικό τους που θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες ρήξης όπως καισαρική τομή ή ινομυοματεκτομή, αλλά και επεμβάσεις για τις οποίες δεν έχουν αναφερθεί ρήξεις όπως υστεροσκοπική λύση ενδομήτριου διαφράγματος ή εκκενωτική απόξεση επιπλεγμένη με διάτρηση μήτρας. Η μέση ηλικία κύησης κατά το συμβάν ήταν η 32η εβδομάδα, με κατώτερο όριο την 30η και ανώτερη την 35η εβδομάδα. Σε μία περίπτωση η ρήξη ήταν στο σημείο τριών προηγούμενων καισαρικών τομών, ενώ σε άλλη παρόλη την ύπαρξη μιας προηγούμενης καισαρικής τομής προ 23 μηνών, το σημείο ρήξης ήταν στο επίπεδο υστεροσκοπικής λύσης ενδομήτριου διαφράγματος. Η τρίτη περίπτωση αφορούσε ρήξη στο σημείο προηγούμενης διάτρησης μήτρας μετά από εκκενωτική απόξεση προ τριετίας, σε μήτρα χωρίς άλλη ουλή. Η τελευταία περίπτωση αφορούσε ρήξη στο σημείο ινομυοματεκτομής προ 10 μηνών. Σε όλες τις περιπτώσεις το κυρίαρχο κλινικό σημείο ήταν το βύθιο, συνεχές κοιλιακό άλγος αυξανόμενης έντασης. Το περιγεννητικό αποτέλεσμα σε όλες τις περιπτώσεις ήταν άριστο καθώς σε όλες τις περιπτώσεις το σημείο ρήξης ήταν μακριά από σημείο πρόσφυσης πλακούντα, χωρίς ρήξη υμένων, και με αντιμετώπιση του συμβάντος εντός 45 λεπτών από έναρξη άλγους. Όλα τα νεογνά γεννήθηκαν ζωντανά χωρίς σημεία σοβαρής οξείωσης ή περιγεννητικής ασφυξίας. Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχε αιμοπεριτόναιο με συνοδό αναιμία, ενώ το σημείο ρήξης αντιμετώπιστηκε με συρραφή χωρίς να απαιτηθεί μαιευτική υστερεκτομή.

**Συμπεράσματα:** Η μέση ηλικία κύησης κατά την ρήξη είναι περίπου στα μέσα του τρίτου τριμήνου κύησης, η οποία συμβαδίζει με την έναρξη αυξημένης μυομητρικής δραστηριότητας. Το κυρίαρχο κλινικό σημείο σε όλες τις περιπτώσεις ήταν συνεχές κοιλιακό άλγος, το οποίο επερχόταν μετά από μια περίοδο πρόωρων συσπάσεων. Το αξιοσημείωτο στις 2 από 4 περιπτώσεις ήταν η απουσία προδιαθεσικού παράγοντα όπως προηγηθείσα καισαρική τομή ή ινομυοματεκτομή, ενώ πιθανολογείται η προηγούμενη επιπλεγμένη επέμβαση όπως υστεροσκοπική λύση διαφράγματος με πιθανή διατομή μυομητρίου και η διάτρηση μήτρας κατά εκκενωτική απόξεση. Οι παράγοντες αυτοί χρίζουν περαιτέρω διερεύνησης καθώς δεν έχουν αναφερθεί παρόμοια περιστατικά στην βιβλιογραφία. Τέλος το θετικό περιγεννητικό και μητρικό αποτέλεσμα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απουσία ρήξης αμνιακού σάκκου ή σημείου πλησίον πλακούντα. Η γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση των περιστατικών βοήθησαν στο βέλτιστο αποτέλεσμα, κάτι που δεν ισχύει στην πλειοψηφία των ρήξεων μήτρας.

#### AA-94. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Φανουργιάκης Α.<sup>1</sup>, Ζούκας Λ.<sup>2</sup>, Ντάνου Π.<sup>1</sup>, Παπαμανώλης Β.<sup>2</sup>, Μπράβου Κ.<sup>2</sup>, Σεργεντάνης Θ.<sup>2</sup>, Παράσχου Ν.<sup>3</sup>, Μακρυγιάννη Α.<sup>3</sup>, Καμπάς Ν.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Π.Γ.Ν. - Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», <sup>2</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, <sup>3</sup>Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Κορίνθου

**Σκοπός:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ) αποτελεί μία επιπλοκή της εγκυμοσύνης με πολλαπλές επιπτώσεις στο έμβryo και στο νεογνό. Σκοπός μας ήταν να ερευνήσουμε την επίδραση του ΣΔΚ στο περιγεννητικό αποτέλεσμα μελετώντας κυρίως παραμέτρους σχετικές με το αναπνευστικό σύστημα των νεογνών

κατά την άμεση περιγεννητική περίοδο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Κατά τα έτη 2012 - 2014 γεννήθηκαν στο Γ.Ν. Κορίνθου 912 τελειόμηνα νεογνά από μονήρη κύηση, των οποίων οι μητέρες είχαν τακτική παρακολούθηση στα Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία. Ως μέθοδος ανίχνευσης του ΣΔΚ χρησιμοποιήθηκε το πρωτόκολλο του ενός βήματος (2ωρη δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη με 75 γρ.) κατά τις οδηγίες της Διεθνούς Ένωσης Ομάδων Μελέτης Διαβήτη Κύησης (IADPSG). Αποκλειστήκαν όσες εγκυμονούσες είχαν προϋπάρχοντα ΣΔ και όσες δεν ολοκλήρωσαν τις μετρήσεις του πρωτοκόλλου. Έτσι, σε δείγμα 856 κύησεων εντοπίστηκαν 103 γυναίκες (ποσοστό 12.03%) με ΣΔΚ, στις οποίες είτε χρειάστηκε να δοθεί φαρμακευτική αγωγή είτε απλώς δόθηκαν διαιτητικές συμβουλές. Με βάση την ικανοποιητική ή όχι ρύθμιση του σακχάρου χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: την Ο1 με 81 γυναίκες στις οποίες επιτεύχθηκαν φυσιολογικές τιμές γλυκόζης και την Ο2 με 22 γυναίκες των οποίων ο ΣΔΚ δεν ρυθμίστηκε. Ως Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ) χρησιμοποιήθηκαν οι υπόλοιπες 753 μη διαβητικές γυναίκες.

**Αποτελέσματα:** Κατά την ανάλυση των νεογνών παρατηρήθηκαν: Apgar score <7 στα 5' σε 6 νεογνά (ποσοστό 0.80%) της ΟΕ, σε 1 νεογνό της Ο1 (1.23%) και σε 2 νεογνά της Ο2 (9.09%). Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (RDS) ή Παροδική Ταχύπνοια του Νεογνού (TTN) παρατηρήθηκε σε 23 νεογνά (3.1%) της ΟΕ, σε 4 της Ο1 (4.94%) και σε 5 της Ο2 (22.73%). Λόγω επιπλοκών εκ του αναπνευστικού διακομίσθηκαν συνολικά στη Μονάδα Εντατικής, 49 νεογνά της ΟΕ (6.51%), 8 νεογνά της Ο1 και 10 της Ο2.

**Συμπεράσματα:** Το περιγεννητικό αποτέλεσμα σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση του σακχάρου δεν φαίνεται να επιβαρύνεται σε σχέση με τις μη διαβητικές εγκύους. Αντιθέτως η μη επίτευξη φυσιολογικών τιμών γλυκόζης επιδρά αρνητικά στο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

#### AA-95. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Μεσσαρόπουλος Π., Νηφάκου Σ., Ασχοξυλάκη Μ., Χριστοδουλάκη Χ., Κατσέτος Χ., Κανελλόπουλος Ν., Κατσούλης Μ.

Μαιευτική / Γυναικολογική Κλινική ΤΖΑΝΕΙΟ Π. Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ

**Εισαγωγή:** Η σεξουαλική λειτουργία καλύπτει και τα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης του βιο – ψυχο – κοινωνικού ατόμου δηλαδή το βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό. Από βιολογικής πλευράς η σεξουαλική λειτουργία είναι μια φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού όπως π.χ. η πέψη. Αρχίζει κατά την σύλληψη με τον συνδιασμό των χρωμοσωμάτων και περνά από διάφορα στάδια ανάπτυξης με βασικό σταθμό την εφηβεία.

**Σκοπός:** Να προσδιορίσει τις αλλαγές στη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών αλλά και τους φόβους και τις ανησυχίες των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο του 2015 έως και τον Ιούνιο του 2015. Στη μελέτη συμμετείχαν 40 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, 18 – 45 ετών οι οποίες είχαν τουλάχιστον μία εγκυμοσύνη. Η έρευνα έγινε με ειδικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας.

**Αποτελέσματα:** Από τις 40 γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη σχεδόν όλες παρατήρησαν μείωση στη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι επιπλοκών (36 γυναίκες). Πιο συγκεκριμένα 18 γυναίκες οι οποίες πριν την εγκυμοσύνη, είχαν σεξουαλική

επαφή 2-3 φορές την εβδομάδα, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι επαφές δεν ξεπερνούσαν την 1 φορά την εβδομάδα. Καθόλου ή σπάνιες σεξουαλικές επαφές πριν και μετά την εγκυμοσύνη απάντησαν 4 γυναίκες. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας ήταν πως οι 35 από τις 40 γυναίκες απάντησαν πως η μείωση των σεξουαλικών επαφών δεν οφείλεται στις αλλαγές στο σώμα τους αλλά στην ανησυχία για την φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

#### AA-96. ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ Σ. BECKWITH WIEDEMANN

Λουκάτου Ι.<sup>1</sup>, Κουτσουνάκη Ε.<sup>1</sup>, Στρατίτζη Ζ.<sup>1</sup>, Παπαδόπουλος Γ.<sup>1</sup>, Σταμούλη Κ.<sup>1</sup>, Μπαγιάτη Δ.<sup>1</sup>, Πάμπανος Α.<sup>2</sup>, Μπαρούτης Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MENN, <sup>2</sup> Τμήμα Γενετικής ΓΝΑ Ε.Βενιζέλου-Αλεξάνδρας

Συσχέτιση σημαντικής μακροσωμίας, υδραμνίου, νεφρομεγαλίας στο έμβρυο με ύδρωπα, μακρογλωσσία, διάσταση ορθών κοιλιακών μυών, υπογλυκαιμία στο νεογνό -σύνδρομο Beckwith Wiedemann.

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο Beckwith Wiedemann, περιλαμβάνεται στα σύνδρομα υπέρμετρης αύξησης που, εκτός της μακροσωμίας, σχετίζονται με ιδιόζοντα χαρακτηριστικά προσώπου, συγγενείς ανωμαλίες, νοητική έκπτωση, και προδιάθεση σε νεοπλασίες εμβρυικής καταβολής. Η συχνότητά του αναφέρεται ως 1: 13.700 γεννήσεις και στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει γενετική συσχέτιση με πρότυπο γενετικής αποτύπωσης (χρ.11p15, χρ.5q35). Η θνητότητα κατά την εμβρυική ηλικία ανέρχεται στο 20%, κυρίως λόγω επιπλοκών από την προωρότητα. Για τη διάγνωσή του χρειάζονται τουλάχιστον τρία κύρια κριτήρια, ή δύο κύρια και ένα δευτερεύον (πίνακας 1). Η επίπτωση της διάγνωσης έχει αυξηθεί με την αύξηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και με την αναγνώριση ηπιότερων μορφών, με γενετική επιβεβαίωση.

την 24η εβδομάδα κύησης. ΗΚ: 31+2εβδ, ΚΤ, ΒΓ: 3.490γρ >>97η ΕΘ, ΠΚ: 31εκ ~90η ΕΘ, ΜΓ: 45εκ ~90η ΕΘ. Αργαί 5 στο 1ο' και 7 στο 5ο'. Το βρέφος παρουσίαζε σημεία σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας από τη γέννηση και εμφανή μορφολογικά χαρακτηριστικά όπως μακροσωμία, οίδημα ανά σάρκα, μακρογλωσσία, διάσταση ορθού κοιλιακού μυός. Μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ λόγω βαρειάς γενικής κατάστασης. Παρουσίασε υπογλυκαιμία, που αντιμετωπίστηκε με χορήγηση γλυκόζης έως 7,5mg/kg/min, στην παρεντερική διατροφή. Είχε, εξ αρχής, αναπνευστική δυσχέρεια αποφρακτικού τύπου, λόγω εκσεσημασμένης μακρογλωσσίας, αλλά και περιοριστικού τύπου RDS I/ υποπλασία πνευμόνων (εικόνα 1). Διασωληνώθηκε και τέθηκε, άμεσα, σε υψηύχνο μηχανικό αερισμό (HFV). Λόγω μειωμένης ενδοτικότητα πνεύμονα και θωρακικού κλωβού χρειάστηκαν υψηλές πιέσεις στον αναπνευστήρα και συνολικά 3 δόσεις επιφανειοδραστικού παράγοντα. Επί επιδεινούμενης αναπνευστικής δυσχέρειας και κλινικής εικόνας με υδροπνευμοθώρακα, παροχετεύθηκε γυρό και αέρας, με τοποθέτηση billow δεξιά (εικόνα 2). Η συνοδός νεφρομεγαλία (εμφανής στον προγεννητικό υπερηχογραφικό έλεγχο) με παρουσία υγρού στην κοιλιακή χώρα ήταν περιοριστικά για την αναπνευστική λειτουργία καθώς και τη λειτουργία του εντέρου. Η κατάσταση του νεογνού επεπλάκη με νεφρική ανεπάρκεια και, παρά τις προσπάθειες περιτοναϊκής παροχέτευσης για αποσυμφόρηση και ενδεχόμενη περιτοναϊκή κάθαρση, κατέληξε με επιδείνωση από όλα τα συστήματα, ιδίως του αναπνευστικού.

Εικόνα 1



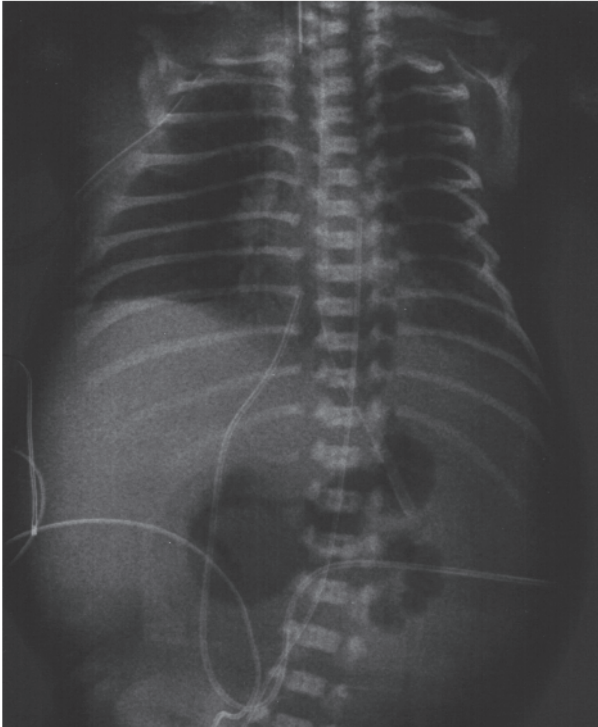
**Συμπερασματικά:** Αναφέρθηκε περίπτωση νεογνού με το σπάνιο σύνδρομο σ. Beckwith Wiedemann, που τίθεται στην κορυφή την διαφορικής διάγνωσης, όταν σημαντική μακροσωμία συνδυάζεται με μακρογλωσσία, οργανομεγαλία, ομφαλοκήλη/κήλη ορθών κοιλιακών μυών και υπογλυκαιμία. Κληρονομείται γενετικά, εκδηλώνεται, συνήθως, σποραδικά και η διάγνωσή του τίθεται σε υψηλό βαθμό από την κλινική υποψία, όταν τα μορφολογικά χαρακτηριστικά ολοκληρώνουν αυτή την ιδιότυπη εικόνα.

Πίνακας 1. Κύρια και δευτερεύοντα κριτήρια που σχετίζονται με το σ. Beckwith Wiedemann

Κύρια κριτήρια
• Ελλείμματα κοιλιακού τοιχώματος, ομφαλοκήλη, εξόμφαλος
• Μακρογλωσσία
• Μακροσωμία >97η ΕΘ
• Ανώμαλη ελίκωση άτων, τραγού/ διπλή πτύχωση
• Οργανομεγαλία κοιλιακών σπλάχνων
• Όγκοι παιδικής ηλικίας εμβρυικής καταβολής
• Ετερόπλευρη υπερπλασία
• Υπερτροφία του φλοιού των επινεφριδίων (σε κυτταρικό επίπεδο)
• Νεφρικές διαταραχές, όπως μυελική δυσπλασία (medullary sponge kidney, MSK)
• Οικογενειακό ιστορικό με το σύνδρομο
• Υπερμισοσχιστία
Ελάσσονα κριτήρια
• Μαιευτικό ιστορικό υδραμνίου, μεγάλου πλακούντα, πεπαχυμένου ομφαλίου λώρου, πρώιμης έναρξης τοκετού
• Νεογνική υπογλυκαιμία
• Αγγειεκτασίες (nevus flammeus ή port wine stain)
• Καρδιομεγαλία, δομική καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια
• Χαρακτηριστικό προσώπειο
• Διάσταση ορθών κοιλιακών μυών
• Αυξημένη οστική ηλικία

**Περιγραφή περίπτωσης:** Άρρεν νεογνό με ύδρωπα, γεννήθηκε από φαινοτυπικά υγιείς γονείς. Από το μαιευτικό ιστορικό: αυτοματη σύλληψη, ΣΔ κύησης, δίμηνη νοσηλεία μητέρας λόγω υδραμνίου, μακροσωμίας εμβρύου και νεφρομεγαλίας, εμφανή από

Εικόνα 2



#### AA-97. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΕΚΧΥΛΙΣΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΦΑΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΧΡΩΜΑΤΟΓΡΑΦΙΑ-ΦΑΣΜΑΤΟΜΕΤΡΙΑ ΜΑΖΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΕ ΕΠΙΜΟΝΟΥΣ ΟΡΓΑΝΟΧΛΩΡΙΩΜΕΝΟΥΣ ΡΥΠΑΝΤΕΣ

Μπάρομπας Μ.<sup>1</sup>, Τζατζαράκης Ε.<sup>2</sup>, Δασκαλάκης Γ.<sup>1</sup>, Σηφάκης Σ.<sup>3</sup>, Θεοδωρά Μ.<sup>1</sup>, Βακωνάκη Ε.<sup>2</sup>, Ποντικάκη Α.<sup>3</sup>, Μυτάρας Β.<sup>3</sup>, Φιορέντζης Σ.<sup>3</sup>, Ρίζος Α.<sup>4</sup>, Αντσακλής Α.<sup>1</sup>, Τσατσάκης Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>1η Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, <sup>2</sup>Εργαστήριο Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>3</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν/μίου Κρήτης, Ηράκλειο, <sup>4</sup>Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης & Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), Ηράκλειο

**Σκοπός:** Οι επίμονοι οργανοχλωριωμένοι ρυπαντές (POPs) είναι χημικές ουσίες ιδιαίτερα ανθεκτικές στη διάσπαση και έχουν ισχυρή τάση για βιοσυσσώρευση στο λιπώδη ιστό λόγω του υδρόφοβου χαρακτήρα τους. Η εκτίμηση της έκθεσης του ανθρώπου στις ενώσεις αυτές είναι κρίσιμης σημασίας για την προστασία της δημόσιας υγείας, και ειδικότερα κατά τη διάρκεια ευαίσθητων περιόδων, όπως αυτή της εγκυμοσύνης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί το επίπεδο της έκθεσης και επιβάρυνσης των εγκύων γυναικών στους POPs και πιο συγκεκριμένα στα πολυχλωριωμένα διφαινύλια (PCBs) (PCB 28, 52, 101, 118, 153, 180), του διχλωρο-διφαινυλοτριχλωροαιθάνιο (pp και op DDT) και των μεταβολιτών του (pp και op DDE, pp και op DDD) και του εξαχλωροβενζολίου (HCB).

**Υλικά και Μέθοδοι:** Δείγματα τριχών, αμνιακού υγρού και αίματος συλλέχθηκαν από 122 έγκυες γυναίκες και αναλύθηκαν με την τεχνική της μικροεκχύλισης αέριας-στερεής φάσης (Head-

space solid phase microextraction-HS/SPME) σε συνδυασμό με αέρια χρωματογραφία-φασματομετρία μάζας (GC-MS).

**Αποτελέσματα:** Στα δείγματα τριχών το HCB ανιχνεύθηκε σε 18.3% των δειγμάτων. Το ppDDE ήταν ο μεταβολίτης του DDT με την υψηλότερη συχνότητα ανίχνευσης (77.9%), ενώ οι μέσες ανιχνευόμενες συγκεντρώσεις των DDTs κυμαίνονταν από 8.12 (για το ppDDE) έως 118.14 pg/mg (για το ppDDD). Το πιο συχνά ανιχνευόμενο PCB είναι το PCB101 (12.5%) και το λιγότερο συχνό το PCB138 (1.9%). Οι μέσες ανιχνευόμενες συγκεντρώσεις για τα PCBs κυμαίνονται από 3.43 (για το PCB28) έως 7.89 pg/mg (για το PCB 52). Το 5.1% των δειγμάτων αμνιακού υγρού που αναλύθηκαν ήταν θετικά για HCB (με μέση συγκέντρωση 0.44 ng/ml), ενώ η συχνότητα ανίχνευσης των DDT ισομερών κυμάνθηκε από 0.8% (για το opDDT) έως 94.9% (για το ppDDE). Οι μέσες συγκεντρώσεις προσδιορίστηκαν από 0.01 (για το opDDE) έως 0.24 ng/ml (για το ppDDD). Αντίστοιχα με τα δείγματα των τριχών, το PCB101 ανιχνεύθηκε στο αμνιακό υγρό συχνότερα (16.9%) σε σύγκριση με το PCB118 και PCB 153 (0.8%) που ήταν τα λιγότερο συχνά εμφανιζόμενα, ενώ το PCB153 δεν ανιχνεύθηκε. Στον αίμα, το HCB και ο μεταβολίτης ppDDE ανιχνεύθηκαν στο 2.9% και 85.5% των δειγμάτων αντίστοιχα (με μέσες ανιχνευόμενες συγκεντρώσεις 0.09 ng/ml και 0.13 ng/ml, αντίστοιχα). Το PCB101 ήταν ως επί το πλείστον το πιο συχνά ανιχνευόμενο PCB (10.8%), ενώ τα PCB52 και PCB118 τα λιγότερα συχνά ανιχνευόμενα (1.2%). Οι μέσες συγκεντρώσεις των PCBs ήταν από 0.03 (για το PCB28) έως 0.58 ng/ml (για το PCB138 και το 153).

**Συμπεράσματα:** Τόσο στα δείγματα τριχών όσο και σε αυτά του αίματος τα ποσοστά ανίχνευσης του HCB ήταν σχεδόν παρόμοια (18.3% και 22.9%), ενώ στο αμνιακό υγρό η αντίστοιχη συχνότητα ανίχνευσης ήταν χαμηλότερη (5.1%). Ο μεταβολίτης ppDDE και το ισομερές PCB101 ήταν οι ρυπαντές με την μεγαλύτερη συνεισφορά στην επιβάρυνση των εγκύων γυναικών, ενώ το ppDDT δεν ανιχνεύθηκε σε κανένα δείγμα που εξετάστηκε. Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην ανάπτυξη του εμβρύου η έκθεση των εγκύων γυναικών σε επίμονους οργανοχλωριωμένους ρυπαντές απαιτεί περαιτέρω μελέτη.

#### AA-98. ΣΠΑΝΙΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TURNER

Παπαβασιλείου Σ., Λιαργκόβας Κ., Κατσανεβάκης Κ., Μπούσιος Ι., Φαρφαράς Α., Σκολαρίκος Π.

Α' Μαιευτικό και Γυναικολογικό τμήμα, Π.Γ.Ν.-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

**Σκοπός εργασίας:** Παρουσίαση περιστατικού συνδρόμου Turner με σπάνια υπερηχογραφική εικόνα στις 11 εβδομάδες κύησης

**Υλικά και μέθοδος:** 30χρονη, διανύουσα την 11 εβδομάδα της κύησης προσήλθε στο Α' Μαιευτικό και Γυναικολογικό τμήμα του Μαιευτικού νοσοκομείου «Έλενα Βενιζέλου» για παρακολούθηση κύησης. Κατά την επιτέλεση υπερηχογραφικού ελέγχου διαπιστώθηκε συγγέντρωση υγρού πέριξ της κεφαλής του εμβρύου συμβατή με εμβρυϊκή υδροκεφαλία. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο γενετικών νοσημάτων. Η λήψη τροφολάστης που πραγματοποιήθηκε ανέδειξε σύνδρομο Turner.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο Turner, αποτελεί την μόνη μονοσωματική χρωμοσωμική ανωμαλία που είναι συμβατή με την ζωή και εμφανίζει επίπτωση 1/5.000 γεννήσεις. Τα κυριότερα ευρήματα που θέτουν την υποψία του συνδρόμου και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση είναι η ύπαρξη κυστικού υγρώματος, η αυξημένη αυχενική διαφάνεια, η στένωση του ισθμού

της αορτής, η διγλώχινα αορτική βαλβίδα, ο πεταλοειδής νεφρός, η καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη, ο εμβρυικός ύδρωπας και οι ανωμαλίες διάπλασης με κοντά άκρα. Στην συγκεκριμένη περίπτωση παρουσιάστηκε υδροκέφαλος που συσχετίζεται με ανωμαλίες από το κεντρικό νευρικό σύστημα, την καρδιά, το γαστρεντερικό, ουροποιητικό και σκελετικό σύστημα που ωστόσο δεν υπήρχαν. Η γενετική υποψία στρέφεται σε σύνδρομα όπως το Miller-Dieker syndrome και το Meckel-Gruber syndrome καθώς και τρισωμικές και τριπλοειδικές ανωμαλίες. Στην συγκεκριμένη περίπτωση επρόκειτο για σπάνια υπερχορογραφική απεικόνιση συνδρόμου Turner.

#### AA-99. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΠΟΥΛΙΔΑ, ΕΝΑΣ ΣΠΑΝΙΟΣ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ.

Σπανοπούλου Ι.<sup>1</sup>, Αρελάκη Σ.<sup>2</sup>, Μπουντάκοβα – Εσεμπίδου Α.<sup>1</sup>, Γιατρομανωλάκη Α.<sup>2</sup>, Σκορδαλά-Ρίτη Μ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα & Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ΓΠΝ Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΔΠΘ

**Εισαγωγή:** Η επουλίδα είναι ένας σπάνιος όγκος του νεογέννητου, ο οποίος είναι ιγυστός και ως συγγενής όγκος κοκκιωδών κυττάρων λόγω των ιστολογικών χαρακτηριστικών του ή όγκος του Neumann. Παρουσιάζεται συχνότερα στα θήλαα απ ότι στα άρρενα νεογνά σε αναλογία 8:1. Εντοπίζεται συνήθως στην άνω γνάθο και σπανιότερα στην κάτω γνάθο<sup>1</sup>. Εμφανίζεται ως μονήρης, μισχωτή μάζα στο πρόσθιο μέρος της φατνιακής ακρολοφίας, ενώ στο 10% των περιπτώσεων οι βλάβες μπορεί να είναι πολλαπλές. Το μέγεθός της συνήθως είναι κάτω από 3cm ενώ όταν είναι μεγάλο μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην αναπνοή και στη σίτιση. Η θεραπεία είναι χειρουργική εξαίρεση του όγκου<sup>2</sup>.

**Περιγραφή Περιστατικού:** Τελειόμηνο θήλυ νεογνό, που γεννήθηκε από πρωτότοκο μητέρα μετά από Κ.Τ. λόγω μη εξέλιξης τοκετού και ΒΓ 4140gr, προσκομίστηκε στην μονάδα μας αμέσως μετά την γέννησή του λόγω ευμεγέθους όγκου που απέφρασε την στοματική κοιλότητα. Το ανώτερο μόρφωμα ήταν μισχωτό, σφαιρικού σχήματος, διαμέτρου 3.5 cm και εκφύονταν από την δεξιά πλευρά του φατινίου της κάτω γνάθου. Η λοιπή αντικειμενική εξέταση ήταν φυσιολογική. Το μαιευτικό ιστορικό ήταν ελεύθερο ενώ στον προγεννητικό έλεγχο (υπέρηχο-β επιπέδου) δεν ανιχνεύθηκε η μορφολογική αυτή ανωμαλία. Από το κληρονομικό ιστορικό αναφέρεται ότι οπατέρας πάσχει από Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο, νόσημα για το οποίο ελάμβανε ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Μεθυλπρεδνιζολόνη, Ασπιρίνη και Αζαθειοπρίνη), και η μητέρα από αυτοάνοσο θυρεοειδοπάθεια. Λόγω του μεγάλου μεγέθους του όγκου έγινε άμεση διασωλήνωση και χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε ομαλά, μέσα σε λίγες ώρες, οπότε και άρχισε σίτιση από το στόμα. Η ιστολογική διερεύνηση αποκάλυψε την παρουσία ενός νεοπλασματικού κυτταρικού πληθυσμού αποτελούμενου από ευμεγέθη κύτταρα με άφθονο λεπτοκοκκιώδες ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα και μικρούς βαθυχρωματικούς πυρήνες, σφαιροειδούς σχήματος, που περιβάλλονταν από κάψα ινώδους συνδετικού ιστού, στοιχεία που συνηγορούν υπέρ κοκκιωκυτταρικού μυοβλαστώματος. Το νεογνό σήμερα είναι 9 μηνών και δεν έχει παρουσιάσει κάποια υποτροπή.

**Συζήτηση:** Η συγγενής επουλίδα ή όγκος κοκκιωδών κυττάρων του νεογέννητου, ή όγκος του Neumann, από το όνομα του πρώτου που τον περιέγραψε (1871)<sup>3</sup> είναι ένας σπάνιος όγκος του νεογέννητου και μέχρι το 1993 είχαν περιγραφεί μόνο 167 περιπτώσεις<sup>4</sup>, όπως αναφέρεται σε ανασκόπηση των Zuker και Buenecha<sup>4</sup>.

Είναι καλοήθης, και δεν έχουν αναφερθεί υποτροπές. Αν όμως είναι ευμεγέθης, μπορεί να προκαλέσει αναπάντεχα προβλήματα απόφραξης αεροφόρων οδών αμέσως μετά την γέννηση. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Σε μικρότερο μεγέθους βλάβες έχει αναφερθεί αυτόματη υποχώρηση. Το γεγονός αυτό, καθώς και η εμφάνιση του όγκου συγγενώς ίσως να δηλώνει συσχέτιση του όγκου με ορμόνες της μητέρας<sup>2</sup>. Η μέχρι τώρα έρευνα δεν έχει επιβεβαιώσει κάτι τέτοιο. Η αιτιολογία της βλάβης παραμένει άγνωστη και αυτό μας έβαλε το ερώτημα μήπως η ανοσοκατασταλτική αγωγή που ελάμβανε ο πατέρας έπαιξε κάποιο ρόλο. Η υπόθεση όμως αυτή δεν φαίνεται να ισχύει.

**Συμπέρασμα:** Η συγγενής επουλίδα λόγω των προβλημάτων απόφραξης των αεροφόρων οδών αμέσως μετά την γέννηση, που μπορεί να προκαλέσει αν είναι ευμεγέθης και χορζίζει άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης. Δεν φαίνεται να υποτροπιάζει και για τον λόγο αυτό δεν απαιτείται ριζική εκτομή. Η προγεννητική διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη, πιθανόν λόγω του ότι αναπτύσσεται αργότερα από την 25η εβδομάδα της κύησης. Το περιστατικό παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητάς του.

**Βιβλιογραφία:** 1) Oren Lapid, Ruthy Shaco-Levy, Yuval Krieger, Leonid Kachko, and Amiram Sagi. Congenital Epulis. Pediatrics 2001;107:e22. 2) Kailash Narasimhan, Jugal S Arneja, Rajah Rabah. Treatment of congenital epulis (granular cell tumour) with excision and gingivoperiosteoplasty. Can J Plast Surg Vol 2007;15(4):215-218. 3) Neumann E. Elin fall von congaliter epulis. Arch Helik. 1871;12:189. 4) Zuker RM, Buenecha R. Congenital epulis: review of the literature and case report. J Oral Maxillofac Surg. 1993;51:1040-1043.

#### AA-100. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΧΥΛΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΠΡΩΨΟ ΝΕΟΓΝΟ. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗ

Τσουβαλά Ε.<sup>1</sup>, Κοντομανώλης Ε.Ν.<sup>2</sup>, Λυμπέρης Α.<sup>2</sup>, Σπανοπούλου Ι.<sup>1</sup>, Δευτεραίος Σ.<sup>3</sup>, Γαλάζιος Γ.<sup>2</sup>, Σκορδαλά-Ρίτη Μ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεογνολογικό Τμήμα & Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ΓΠΝ Αλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <sup>3</sup>Ακτινολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Εισαγωγή:** Ο συγγενής χυλοθώρακας εκδηλώνεται κατά την νεογνική ηλικία και οφείλεται σε ανώμαλη παροχέτευση της λέμφου από το θωρακικό πόρο<sup>1</sup>. Χαρακτηρίζεται από συλλογή ποσότητας χυλού ή λέμφου σε ένα ημιθώρακιο ή σπανιότερα και στα δύο. Είναι σπάνια κατάσταση στα νεογνά με το 75% των περιπτώσεων να εμφανίζεται την πρώτη εβδομάδα από τη γέννηση<sup>2</sup>, συνήθως δεξιά. Τις περισσότερες φορές η αιτιολογία του συγγενούς χυλοθώρακα είναι άγνωστη (ιδιοπαθής) ενώ λιγότερο συχνά μπορεί να οφείλεται σε συγγενείς δυσπλασίες του λεμφικού συστήματος ή να συνοδεύει άλλες συγγενείς ανωμαλίες ή σύνδρομα (σ. Down, Turner, Noonan)<sup>3</sup>.

Οι περιπτώσεις που δεν υποχωρούν με συντηρητική θεραπεία, αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Τα τελευταία χρόνια δοκιμάζεται η χορήγηση οκτρεοτιδής ως συντηρητική θεραπεία και μία τέτοια περίπτωση περιγράφουμε, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς στην Μονάδα μας.

**Περιγραφή Περιστατικού:** Νεογνό θήλυ, (ΔΚ= 34 εβδ., ΒΓ=2230 gr) φαινοτυπικά φυσιολογικό, γεννήθηκε από δευτερότοκο μητέρα με ΚΤ, λόγω μικρής υπεζωκοτικής συλλογής δεξιά, χωρίς εμβρυικό ύδρωπα που διαπιστώθηκε με υπερχορογράφημα στην 33 +3 εβδ. της κύησης, ενώ η μέχρι τότε παρακολούθηση ήταν φυσιολογική. Το Apgar score ήταν 8 και 10 κατά το 1ο και 5ο λεπτό αντίστοιχα. Λίγο μετά την γέννηση παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια, ετέθη σε ρινικό CPAP και στη συνέχεια σε διάχυτο οξυγόνο. Η α/α θώρακος εμφάνισε στοιχεία ήπιου ΣΑΔ, χωρίς στοιχεία υπεζωκοτικής συλλογής. Τέσσερις μέρες μετά από πλήρη εντερική σίτιση παρατηρήθηκε αύξηση των αναγκών

σε οξυγόνο ενώ ακτινολογικά και υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε μεγάλη πλευριτική συλλογή δεξιά. Έγινε διαγνωστική παρακέντηση και παροχέυτηση του υγρού που έδειξε τα εξής: Όψη γαλακτώχρωμη, κύτταρα 15000/μL, λεμφοκυτταρικός τύπος, λευκώμα 2,5g/dl, σάκχαρο 86mg/dl, γαλακτική αφυδρογονάση 195U/L, τριγλυκερίδια 1109mg/dl. Οι καλλιέργειες πλευριτικού υγρού αρνητικές. Ο χρωμοσωμικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Το νεογνό ετέθη σε ολική παρεντερική διατροφή, ενώ αργότερα λόγω μη βελτίωσης, αντιμετωπίστηκε με οκτρεοτίδη αρχικά σε δόση 0,5mcg/kg/h με σταδιακή αύξηση καθημερινά 1mcg/kg/h ως τη μέγιστη δόση 10 mcg/kg/h, για 21 ημέρες ενδοφλέβια στάγδην και στη συνέχεια 8 ημέρες υποδόρια. Η κατάσταση του νεογνού άρχισε να βελτιώνεται από την 23η ημέρα χορήγησης και κλινικά και υπερηχογραφικά. Κατά την χορήγηση της οκτρεοτίδης δεν παρατηρήθηκε καμία παρενέργεια. Επιπλοκές της νοσηλείας, πνευμοθώρακας δεξιά και πνευμονία αριστερά. Το νεογνό σίτιστηκε με ειδικό γάλα με μέσης αλύσου λιπαρά οξέα και εξήλθε από το τμήμα σε ηλικία δύο μηνών. Σήμερα σε ηλικία 6 μηνών το νεογνό είναι σε καλή γενική κατάσταση χωρίς να παρουσιάζει κάποια υποτροπή.

**Συζήτηση:** Ο συγγενής χυλοθώρακας παρατηρείται σπάνια, αλλά αποτελεί το πιο συχνό αίτιο πλευριτικής συλλογής στα νεογνά. Έχει συσχετιστεί και με άλλες συγγενείς ανωμαλίες (όπως συγγενής λεμφαγγειεκτασία, συγγενείς καρδιοπάθειες, ενδοθωρακικές μάζες, εμβρυϊκό ύδρωπα, πολυάμνιο, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο τύπου H) και σύνδρομα (Noonan, Turner, Down)<sup>2,4,6</sup>. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία προκαλεί σοβαρές αναπνευστικές, διατροφικές και ανοσολογικές διαταραχές, με θνητότητα ως και πάνω από 50%. Η σωματοστατίνη ή το συνθετικό της ανάλογο, η οκτρεοτίδη, που χρησιμοποιείται στα νεογνά για την θεραπεία της ανθεκτικής χορηνικής υπογλυκαιμίας σε έδαφος υπερνισουλινισμού, τα τελευταία 12 χρόνια χορηγείται και για τη συντηρητική θεραπεία του χυλοθώρακα. Έχουν δοκιμαστεί διάφορα σχήματα χορήγησης υποδόρια ή στάγδην, όπως 0,5-12mcg/kg/h<sup>4,5,7</sup> και 1-10mcg/kg/δόση ανά ωρο, με την διάρκεια θεραπείας να ποικίλει.<sup>5,7</sup> Στις παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται ναυτία, χαλαρές κενώσεις, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία, παροδικός υποθυρεοειδισμός, υπόταση και πιο σπάνια νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Χειρουργική αντιμετώπιση (απολίνωση του θωρακικού πόρου, πνευρο-περιτοναική αναστόμωση και χημική πλευροδεσία) απαιτείται όπου η συντηρητική θεραπεία αποτυγχάνει και η ημερήσια αποβολή χυλού υπερβαίνει τα 100ml/ημέρα για περισσότερες από πέντε μέρες<sup>6</sup> ή για τουλάχιστον ένα μήνα από την διάγνωση του χυλοθώρακα.<sup>4,5</sup>

**Συμπέρασμα:** Ο συγγενής χυλοθώρακας είναι μια σπάνια και σοβαρή οντότητα που μπορεί να διαγνωσθεί προγεννητικά και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και χωρίς παρενέργειες με χορήγηση οκτρεοτίδης, σε συνδυασμό με την παροχέυτηση και την κατάλληλη διαίτα.

**Βιβλιογραφία:** 1) Van Straaten HLM, Gerards LJ, Krediet TG. Chylothorax in the neonatal period. Eur J Pediatr Chernick V, Reed MH. Pneumothorax and chylothorax in the neonatal period. J Pediatr. 1970;76(4):624-632. 2) Roca G, Fernandes P, Rocha P, Quintas C, Martins T, Proença E. Pleural effusions in the neonate. Acta Paediatr. 2006;95(7): 791-798. 3) D. Tutor. Chylothorax in infants and children. Pediatrics 2014;133(4):722-733. 4) Rasiah SV, Oei J, Lui K. Octreotide in the treatment of congenital chylothorax. J Paediatr Child Health 2004, 40:585-8. 5) Cannizzaro V, Frey B, Bernet-Buettiker V. The role of somatostatin in the treatment of persistent chylothorax in children. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2006, 30: 49-53. 6) Young S, Dalgleish S, Eccleston A, Akierman A, Mcmillan D. Severe Congenital Chylothorax Treated With Octreotide. Journal of Perinatology 2004, 24:200-2. 7) LY Siu S, SY Lam D. Spontaneous neonatal chylothorax treated with octreotide. Journal of Paediatrics and Child Health 2006, 42:65-7.

## AA-101. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

**Βλαχάδης Ν.<sup>1,2</sup>, Βραχνής Ν.<sup>2</sup>, Βλαχάδη Μ.<sup>3</sup>, Κορνάρου Ε.<sup>1</sup>, Κτενάς Ε.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, <sup>2</sup>Μονάδα Γυναικολογίας, Μαιευτικής και Περιγεννητικής Ιατρικής, Ευγενίδιο Θεραπευτήριο, Αθήνα, <sup>3</sup>Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο

**Σκοπός:** Η ηλικία της μητέρας συσχετίζεται ισχυρά με την περιγεννητική έκβαση. Σκοπός της παρούσας ανάλυσης ήταν η μελέτη της ηλικίας της μητέρας κατά τον τοκετό στην Ελλάδα με έμφαση στις διαφορές ως προς την υπηκοότητα της μητέρας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία των επίσημων εθνικών δεδομένων από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για το σύνολο των γεννήσεων ζώντων της επικράτειας το 2013 (94.134 γεννήσεις). Παρουσιάζονται αναλυτικά οι κατανομές των γεννήσεων ζώντων κατά ηλικία της μητέρας συνολικά και σε γυναίκες Ελληνικής και αλλοδαπής υπηκοότητας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 86,0% των νεογνών γεννήθηκαν από Ελληνίδες και 14,0% από γυναίκες αλλοδαπής υπηκοότητας, η επικρατούσα (mode), η διάμεση (median) και η μέση (mean) ηλικία στον τοκετό ήταν 32, 31,8, και 31,1 (±5,5) έτη, αντίστοιχα, ενώ 26,3% των γεννήσεων ήταν από μητέρες ≥35 ετών. Η επικρατούσα, η διάμεση και η μέση ηλικία της μητέρας ήταν σαφώς υψηλότερη μεταξύ των γεννήσεων από Ελληνίδες σε σύγκριση με τις αλλοδαπές: 32 vs 27, 32,2 vs 28,9, και 31,5 (±5,3) vs 28,7 (±5,6) έτη, αντίστοιχα. Το ποσοστό από αλλοδαπές επί του συνόλου των γεννήσεων είναι υψηλότερο στις νέες ηλικίες (>30% στις ηλικίες 20-24 με μέγιστο στην ηλικία των 22 ετών:35,3%) ενώ είναι <10% στις ηλικίες >30 ετών. Η πιθανότητα γέννησης ήταν μεγαλύτερη για τις γυναίκες ξένης υπηκοότητας στις ηλικίες 18-28 ετών (>3πλάσια στις ηλικίες 21-23), σε σύγκριση με τις Ελληνίδες, ενώ ήταν 72% μεγαλύτερη για τις Ελληνίδες στην ηλικία ≥35 ετών (27,9% vs 16,2%).

**Συμπεράσματα:** Η ανάλυσή μας αναδεικνύει ότι η ηλικία μητρότητας για τις αλλοδαπές γυναίκες είναι σαφώς μικρότερη από τις Ελληνίδες.

## AA-102. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

**Θανασάς Ι., Μακρή Δ., Παπαδούλη Μ., Οικονόμου Ι., Χριστοδούλου Θ., Παπαβασιλείου Σ.**

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Η συγκριτική μελέτη της συχνότητας και του περιγεννητικού αποτελέσματος των καισαρικών τομών (ΚΤ) που διενεργήθηκαν στο Γ.Ν. Τρικάλων κατά το έτος 2014, χωρίζοντάς τες σε επείγουσες (εκτ) και μη επείγουσες - προγραμματισμένες καισαρικές τομές (πκτ).

**Υλικό:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία των φακέλων τοκετού των γυναικών που γέννησαν στην κλινική μας κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα, χωρίζοντας τις ΚΤ σε δύο ομάδες: την ομάδα Α, (εκτ) με κύριες αιτίες τη δυσαναλογία, την εμβρυϊκή δυσχέρεια, την αδυναμία εξέλιξης του τοκετού και την προεκλαμψία και την ομάδα Β, (πκτ) η οποία περιελάμβανε κυρίως προηγηθείσες καισαρικές τομές και ισχιακές προβολές. Μελετήσαμε την ηλικία, τον τόκο της επιτόκου, την αιτία της ΚΤ, το βάρος και το Apgar score των νεογνών.

**Αποτελέσματα:** Κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα, επί συνόλου 420 γεννήσεων οι 221 (52.62%) έγιναν με ΚΤ. Από αυτές οι 78 (35.29%) ήταν εκτ και οι 143 (64.71%) πκτ. Ο μέσος όρος ηλικίας στην ομάδα Α ήταν 25.3 έτη και στην ομάδα Β 26.1 έτη. Όσον αφορά τον τόκο στην ομάδα Α είχαμε 50 πρωτοτόκες, 25 δευτεροτόκες και 3 πολυτόκες, ενώ στην ομάδα Β 25 πρωτοτόκες, 109 δευτεροτόκες και 9 πολυτόκες. Στην ομάδα Α η κύρια αιτία της ΚΤ ήταν η δυσαναλογία (49%), ενώ στην ομάδα Β η προηγηθείσα καισαρική τομή (82%). Το μέσο βάρος των νεογνών στην ομάδα Α ήταν 3250 gr και στην ομάδα Β 3170 gr, σημειώτεον ότι οι γεννήσεις αφορούσαν στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων τελειώμενες κύσεις, λόγω έλλειψης τμήματος πρόωρων νεογνών στο Νοσοκομείο μας. Το μέσο Apgar score ήταν 8.7 στην Α ομάδα και 7.8 στη Β ομάδα.

**Συμπεράσματα:** Είναι γνωστό ότι η καισαρική τομή, επείγουσα ή προγραμματισμένη, εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για την επίτοκο. Ο μέσος όρος ηλικίας και στις δύο ομάδες είναι σχεδόν ο ίδιος. Σχετικά με τον τόκο, στη πρώτη ομάδα οι πρωτοτόκες ήταν 64.10%, δευτεροτόκες 32.05% και οι πολυτόκες 3.85%, ενώ στην δεύτερη ομάδα ήταν αντίστοιχα 17.48%, 76.22% και 6.29%. Το περιγεννητικό αποτέλεσμα (Apgar score) ήταν καλύτερο στα νεογνά της Α ομάδας σε αντίθεση με τα νεογνά της Β ομάδας. Η προηγηθείσα καισαρική τομή και η εμβρυοπυελική δυσαναλογία εξακολουθούν να αποτελούν τις κύριες αιτίες εκτέλεσης καισαρικής τομής.

#### AA-103. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

Αντωνίου Ε.<sup>1,2</sup>, Δάγλα Μ.<sup>1,2</sup>, Μαύρου Μ.Ι.<sup>1</sup>, Γεωργιάδου Χ.<sup>1</sup>, Δάγλας Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ,

<sup>2</sup>Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας

Κατά το διάστημα 2013-2015 η Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (Α.μ.Κ.Ε.) Φαιναρέτη υλοποίησε το Σχέδιο Δράσης "Συμβουλευτική και Υποστήριξη Μεταναστριών Εγκύων και Νέων Μητέρων".

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του Σχεδίου Δράσης που απευθύνθηκε σε μετανάστριες έγκυες, λεχώιδες και νέες μητέρες, με στόχο α) την παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης εγκύων για την κύηση και τον τοκετό, β) την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, γ) τη μαιευτική υποστήριξη μητέρων στη λοχεία και δ) την ψυχολογική υποστήριξη και ψυχιατρική εκτίμηση όταν κρίθηκε αναγκαία.

**Αποτελέσματα:** Μέχρι το Σεπτέμβριο του 2015 εξυπηρετήθηκαν 224 μετανάστριες εκ των οποίων 115 βρέσκονταν σε κύηση και 108 διένυαν την λοχεία. Το Σχέδιο Δράσης, πραγματοποιήθηκε τόσο στην έδρα της ΑμΚΕ «Φαιναρέτη» όσο και στα δημόσια μαιευτήρια της Αττικής έπειτα από σχετική, γραπτή άδεια των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων. Από τις μετανάστριες που προσήλθαν στη ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ κατά την κύηση και παρακολούθησαν το πρόγραμμα συμβουλευτικής, 84% γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και 16% με καισαρική τομή. Επίσης, το 76% αυτών θήλασαν αποκλειστικά τους πρώτους 3 μήνες μετά το τοκετό, το 15,4% ακολούθησαν μεικτή διατροφή και μόνο το 7,7% διέκοψαν το θηλασμό. Τέλος, στη διάρκεια του Σχεδίου Δράσης εκπονήθηκε πολύγλωσσος «Οδηγός Φροντίδας Εγκύου και Νέας Μητέρας» που μεταφράστηκε σε Αγγλικά, Γαλλικά, και Ρωσικά προκειμένου να διανεμηθεί στα δημόσια νοσοκομεία και ΜΚΟ που εξυπηρετούν μεταναστευτικό πληθυσμό.

**Συμπεράσματα:** Το Σχέδιο Δράσης παρείχε μαιευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε εύλογο πληθυσμό κατά την περιγεννητική περίοδο και συνέβαλε στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώ-

πιση σωματικών και ψυχικών διαταραχών, στη μείωση της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού.

#### AA-104. ΣΥΝΔΡΟΜΟ PRES ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Τζανάκη Α., Ξενογιάννης Σ., Έξαρχος Ζ., Κασμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Καστρινάκης Κ., Πειτσίδου Α., Σιαμπαλιώτη Γ., Αλεξόπουλος Ε., Σταματέλου Φ., Παπαδόπουλος Κ., Σαμπάνη Α.

Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο της οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (posterior reversible encephalopathy – PRES) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1996 και καλείται και "reversible posterior leukoencephalopathy". Περιλαμβάνει την εμφάνιση οξείας νευρολογικής συμπτωματολογίας (κεφαλαλγία, σπασμοί, διαταραχές επιπέδου συνείδησης και όρασης). Σχετίζεται με την επίδραση εκλυτικού παράγοντα (οξεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, φάρμακα, λοίμωξη). Εμφανίζεται σε καταστάσεις προεκλαμψίας, νεφρικής ανεπάρκειας και μετά από λήψη ανοσοκατασταλτικών και χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Απεικονιστικά, εμφανίζονται (συνήθως οπίσθια) υπέρτονες περιοχές της λευκής και της φαιάς ουσίας, με συμμετρική εντόπιση. Τα απεικονιστικά ευρήματα αποδίδονται σε αγγειογενές οίδημα, συχνά αναστρέψιμο, με συνήθη εντόπιση στη φλοιο-υποφλοιώδη περιοχή των οπισθίων δομών του εγκεφάλου (κροταφικοί, βρεγματικοί, ινιακοί λοβοί). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων του συνδρόμου PRES, το αγγειοοίδημα είναι παροδικό και αναστρέψιμο, έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση στα όρια φλοιού λευκής ουσίας και συνήθως στους οπίσθιους λοβούς. Αυτή η προτίμηση στην εντόπιση πιθανώς ερμηνεύεται λόγω της μειωμένης περιαγγειακής συμπαθητικής λειτουργίας στις οπίσθιες δομές του εγκεφάλου. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί του συνδρόμου δεν είναι πλήρως διευκρινισμένοι. Σημαντικές διακυμάνσεις στην αρτηριακή πίεση φαίνεται να διαταράσσουν τους ενδογενείς αγγειακούς αυτορρυθμιστικούς μηχανισμούς της εγκεφαλικής κυκλοφορίας, με συνέπεια την εξαγγείωση πλάσματος στο διάμεσο χώρο. Εντούτοις, σε ποσοστό 20 – 25%, το σύνδρομο παρατηρείται και σε ασθενείς με φυσιολογική ή χαμηλή αρτηριακή πίεση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ένας ή περισσότεροι εκλυτικοί παράγοντες δρουν τοξικά στο ενδοθήλιο διαταράσσοντας τον αγγειακό εγκεφαλικό φραγμό, με αποτέλεσμα το αγγειογενές οίδημα. Τα κριτήρια του συνδρόμου περιλαμβάνουν:

1. Νευρολογική σημειολογία αιφνίδιας έναρξης
2. Παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων (υπέρταση, μεταμόσχευση, μετάγγιση αίματος, λοίμωξη/σηψαιμία/shock: SIRS, MODS, νεφρική ανεπάρκεια, αιμολυτικό – ουραιμικό σύνδρομο, ηπατο-νεφρικό σύνδρομο, αυτοάνοσα νοσήματα, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, αγγειίτιδα, νόσοι συνδετικού ιστού, φάρμακα: κυκλοφωσφαμίδη, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους, λινεζολίδη, μεθοτρεξάτη, υδροξυουρία, βιολογικοί παράγοντες: bevacizumab, rituximab, χημειοθεραπεία)
3. Απουσία άλλων αιτίων εγκεφαλοπάθειας
4. Σύντομη αποκατάσταση της κλινικής εικόνας και υποχώρηση των απεικονιστικών αλλοιώσεων

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 38χρονης (GIII, P0) που προσήλθε στο νοσοκομείο μας σε ηλικία κύησης 27 εβδομάδων και 4 ημερών.

**Υλικό και μέθοδος:** 38χρονη (GIII, P0) προσήλθε σε ηλικία κύησης 27 εβδομάδων και 4 ημερών (σύλληψη με IVF), λόγω απού-



σας καρδιακής λειτουργίας στο ένα έμβρυο και εμφάνιση υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης και ολιγοαμνίου στο ζων έμβρυο. Από το ατομικό αναμνηστικό της, ανέφερε όζους θυρεοειδούς (υπό φαρμακευτική αγωγή) και ετεροζυγωτία για τον παράγοντα Leyden (υπό προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή).

**Αποτελέσματα:** Κατά την παρακολούθηση της επιτόκου, παρουσίασε αρτηριακή υπέρταση και λευκωματουρία (λευκωμα ούρων 24ώρου = 10g/dl). Σε ηλικία κύησης 28 εβδομάδων και 1 ημέρας, εμφάνισε έντονη επιγαστροαλγία, κεφαλαλγία και έμετο. Υποβλήθηκε σε καισαρική τομή και έτεκεν ένα νεκρό έμβρυο και ένα ζων θήλυ νεογνό βάρους σώματος 680gr, το οποίο διασωληνώθηκε και κατέληξε στη μονάδα νεογνών. Κατά τη μετεγχειρητική πορεία της, η λεχωίδα παρουσίασε πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας και απεικονιστικά (μαγνητική τομογραφία και μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου) πλήρη υποχώρηση των ευρημάτων.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο PRES αποδίδεται στην αδυναμία της εγκεφαλικής αυτορύθμισης, με συνέπεια την εγκεφαλική υπεραϊμάτωση και το αγγειογενές οίδημα. Τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα συνήθως υποχωρούν πλήρως μετά την πάροδο μερικών ημερών, με διόρθωση της αρτηριακής πίεσης και των μεταβολικών παραμέτρων.

**Βιβλιογραφία:** 1. Μιχαηλίδου Μ., Μαντούδης Η., Ζιάκα Π., Μπενέης Ν., Χαντολού Χ., Τινέλλη Μ., Μπινίκος Γ., Σουλτάτη Ι. Σύνδρομο Οπίσθιας Αναστρέψιμης Εγκεφαλοπάθειας μετά από καισαρική τομή. 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ανασθησιολογίας. Διαθέσιμο στο: <http://www.epostersonline.com/anaesth2011/?q=no-de/2240>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 2. Κουτσουνάκη Ε., Καραβιτάκης Ε., Νίκας Ι., Καζαντζή Μ., Στεργίου Ν., Γιουρούκος Σ., Ξαϊδάρα Α., Γεωργιάδη Ε. Σύνδρομο οπίσθιας αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας (PRES). Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 58, 2011. 3. Fisher N., Saraf S., Egbert N., Homel P., Stein EG., Minkoff H. Clinical Correlates of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in Pregnancy. J Clin Hypertens (Greenwich). 2015 Aug 21. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26293622>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 4. Tanaka K., Matsushima M., Matsuzawa Y., Wachi Y., Izawa T., Sakai K., Kobayashi Y., Iwashita M. Antepartum reversible cerebral vasoconstriction syndrome with pre-eclampsia and reversible posterior leukoencephalopathy. J Obstet Gynaecol Res. 2015 Jul 14. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26178813>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 5. Cozzolino M., Bianchi C., Mariani G., Marchi L., Fambriani M., Mecacci F. Therapy and differential diagnosis of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) during pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet. 2015 Jun 30. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26122264>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 6. Pranita. Kumar A., Shahi S., Choudhary D. Posterior reversible encephalopathy syndrome presenting as quadriplegia in pregnancy induced hypertension. J Clin Diagn Res. 2015 Apr;9(4):OD08-9. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26023585>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015. 7. Kutlesi MS., Kutlesi RM., Koratevi GP. Posterior reversible encephalopathy syndrome in eclamptic patients: neuroradiological manifestation, pathogenesis and management. Med Pregl. 2015 Jan-Feb;68(1-2):53-8. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26012245>. Ανακτήθηκε στις 18/09/2015.

#### AA-105. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΜΒΡΥΟ-ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ (TTTS) ΣΕ ΜΟΝΟΧΟΡΙΑΚΗ ΜΟΝΟΑΜΝΙΑΚΗ ΔΙΔΥΜΟ ΚΥΗΣΗ : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αλευρά Ζ., Κούκουρα Ο., Γκαράς Α., Σωτηρίου Σ., Κληματσούδα Μ., Κλάδος Γ., Δαπόντε Α.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

**Παρουσίαση περιστατικού:** Περιγράφεται περίπτωση πρωτοτόκου γυναικας 15 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό η οποία προσήλθε στα ΕΙ της Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας για παρακολούθηση σε ηλικία κύησης 21w+3d. Διαπιστώθηκε δίδυμος μονοχοριακή, μονοαμνιακή κύηση με αυξημένες αντιστάσεις στην ομφαλική αρτηρία του ενός εμβρύου. Σε ηλικία κύησης 23w+2d διαπιστώθηκε διαφορά βάρους κατά 20% και απουσία τελοδιαστολικής ροής με συνοδό αυξημένη αντίσταση ομφαλικής αρτηρίας στο ίδιο έμ-

βρυο, χωρίς παθολογικές μετρήσεις στο δεύτερο. Στις 25 εβδομάδες κι ενώ παρατηρείται επιδείνωση της αιματικής ροής στο πρώτο έμβρυο, αποφασίστηκε παράταση της εγκυμοσύνης λόγω προωρότητας των εμβρύων. Σε ηλικία 26w+2d διαπιστώθηκαν αρνητικοί παλμοί στο έμβρυο-δότη, το οποίο εμφανίζεται πλέον υδρωπικό, ενώ το έμβρυο - δέκτης έχει φυσιολογική ανάπτυξη και Doppler χωρίς σημεία αναιμίας. Ακολουθεί στενή παρακολούθηση με u/s έλεγχο ανά δύο ημέρες και σε ηλικία κύησης 31w+5d διαπιστώνεται αύξηση της αντίστασης στην ομφαλική αρτηρία με συνοδό ολιγάμνιο λόγω πιθανής ρήξης εμβρυικών υμένων. Μετά τη λήψη κορτικοστεροειδών ακολουθεί καισαρική τομή με τη γέννηση ενός ζώντος άρρενος βάρους 1620gr κι ενός νεκρού άρρενος βάρους 360gr. Το νεογνό μεταφέρθηκε στη ΜΕΝΝ όπου διασωληνώθηκε λίγες ώρες μετά τη γέννηση.

**Συζήτηση:** Το σύνδρομο μετάγγισης από έμβρυο σε έμβρυο αποτελεί σοβαρή επιπλοκή η οποία αφορά στις μονοχοριακές διδυμες κύσεις και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με επαναλαμβανόμενες εκκενωτικές αμνιοκεντήσεις του σάκου του εμβρύου-δέκτη. Σε σοβαρές περιπτώσεις γίνεται ενδοσκοπικά καυτηρίαση με Laser των αναστομώσεων του πλακούντα ή επιλεκτική θανάτωση του ενός εμβρύου με απολίνωση της ομφαλίδας.

#### AA-106. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΝΟΣ ΥΠΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΙΑΣ ΠΑΡΕΡΜΗΝΕΥΣΙΜΗΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ POR ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ANTLEY-BIXLER ΣΕ ΤΡΙΑ ΕΜΒΡΥΑ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τζέτη Μ.<sup>1</sup>, Κωνσταντινίδου Α.<sup>2</sup>, Σοφοκλέους Χ.<sup>1</sup>, Κοσμά Κ.<sup>1</sup>, Μητράκος Α.<sup>1</sup>, Τζαννάτου Χ.<sup>3</sup>, Κίτσιου-Τζέλη Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Εργαστήριο Περιγεννητικής Παθολογικής Ανατομικής, Μαιευτήριο ΙΑΣΩ

**Σκοπός εργασίας:** Το σύνδρομο Antley-Bixler (ABS; OMIM #201750) είναι ένα εξαιρετικά σπάνιο νόσημα που χαρακτηρίζεται από σκελετικές δυσπλασίες, κρανιοσυστοστέωση και διαταραχές στην στεροειδογένεση. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τρόπο και οφείλεται κυρίως σε μεταλλάξεις στο γονίδιο POR που εδράζεται στο χρωμόσωμα 7. Αναφέρουμε τα προγεννητικά υπερηχογραφήματα και τα παθολογοανατομικά ευρήματα τριών εμβρύων της ίδιας οικογένειας που διαγνώστηκαν με ABS λόγω της διπλής ετεροζυγωτίας του πατρικής προέλευσης υπομικροσκοπικού ελλείμματος και της μητρικής προέλευσης παρερμηνεύσιμης μετάλλαξης στο γονίδιο POR στο χρωμόσωμα 7q11.2 (POR; 124015).

**Μέθοδοι:** Υπερηχογραφικός και παθολογοανατομικός έλεγχος έγινε σε τρία αποβληθέντα έμβρυα (17, 22 και 23 εβδομάδων κύησης αντίστοιχα). Ακολούθησε μοριακή μελέτη των δύο εμβρύων, που περιελάμβανε: α) πλήρη αλληλούχηση του εξονίου 8 του γονιδίου POR, για την ανίχνευση νουκλεοτιδικών αλλαγών (SNVs) στο γονίδιο και β) υψηλής ευκρίνειας συγκριτικό γενομικό υβριδισμό (aCGH) για την ανίχνευση τιμηματικών ή πλήρων γονιδιακών ελλειμμάτων ή διπλασιασμών (CNVs).

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός των δύο μοριακών τεχνικών αποκάλυψε την παρουσία διπλής ετεροζυγωτίας για την μητρική σημειακή μετάλλαξη SNV, p.Ala287Pro και το πατρικό CNV (NC\_000007.13:g.(?\_75608488)\_(75615534\_?) del), σε δύο από τα τρία έμβρυα με ABS.

Πρόκειται για την πρώτη αναφορά ABS που προκαλείται από τον συνδυασμό μιας SNV και ενός CNV στο γονίδιο POR. Τα ευρήματα της παθολογοανατομικής εξέτασης των τριών αποβληθέντων εμβρύων προσθέτουν νέες γνώσεις σχετικά με το φαινότυπο Antley-Bixler, καθώς δεν υπάρχουν έως τώρα σχετικές αναφορές του φαινότυπου ABS σε πρώιμα στάδια της εμβρυογένεσης.

**Βιβλιογραφία:** 1. Fukami M, Nishimura G, Homma K, et al. Cytochrome P450 oxidoreductase deficiency: identification and characterization of biallelic mutations and genotype-phenotype correlations in 35 Japanese patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(5):1723-31. 2. Miller WL. P450 oxidoreductase deficiency: a disorder of steroidogenesis with multiple clinical manifestations. *Sci Signal* 2012;5(247):pt11. 3. Scott RR, Gomes LG, Huang N, et al. Apparent manifesting heterozygosity in P450 oxidoreductase deficiency and its effect on coexisting 21-hydroxylase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(6):2318-22. 4. Fukami M, Ogata T. Cytochrome P450 oxidoreductase deficiency: rare congenital disorder leading to skeletal malformations and steroidogenic defects. *Pediatr Int* 2014;56(6):805-8. 5. Huang N, Pandey AV, Agrawal V, et al. Diversity and function of mutations in p450 oxidoreductase in patients with Antley-Bixler syndrome and disordered steroidogenesis. *Am J Hum Genet* 2005;76(5):729-49. 6. Fluck CE, Tajima T, Pandey AV, et al. Mutant P450 oxidoreductase causes disordered steroidogenesis with and without Antley-Bixler syndrome. *Nat Genet* 2004;36(3):228-30. 7. Kitsiou-Tzeli S, Tzetis M, Sofocleous C, et al. De novo interstitial duplication of the 15q11.2-q14 PWS/AS region of maternal origin: Clinical description, array CGH analysis, and review of the literature. *Am J Med Genet A* 2010;152A(8):1925-32. 8. Kitsiou-Tzeli S, Konstantinidou A, Sofocleous C, et al. Familial Pelizaeus-Merzbacher disease caused by a 320.6-kb Xq22.2 duplication and the pathological findings of a male fetus. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012;94(6):494-8. 9. Scott RR, Miller WL. Genetic and clinical features of p450 oxidoreductase deficiency. *Horm Res* 2008;69(5):266-75. 10. Miller WL, Agrawal V, Sandee D, et al. Consequences of POR mutations and polymorphisms. *Mol Cell Endocrinol* 2011;336(1-2):174-9. 11. Ko JM, Cheon CK, Kim GH, et al. A case of Antley-Bixler syndrome caused by compound heterozygous mutations of the cytochrome P450 oxidoreductase gene. *Eur J Pediatr* 2009;168(7):877-80. 12. Konstantinidou AE, Fryssira H, Sifakis S, et al. Cranioectodermal dysplasia: a probable ciliopathy. *Am J Med Genet A* 2009;149A(10):2206-11.

#### AA-107. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΜΜΕΝΟΝΤΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΛΥΣΗ ΤΟΥ

Σίδερη Β.<sup>1</sup>, Μέξη-Μπουρνά Π.<sup>1</sup>, Βλιώρα Χ.<sup>1</sup>, Δασκαλάκη Ά.<sup>1</sup>, Κασαμπέλη Ε.<sup>1</sup>, Ποδηματάς Ν.<sup>1</sup>, Σπανού Σ.<sup>1</sup>, Κύρκου Γ.<sup>1</sup>, Σουλιώτη Μ.<sup>1</sup>, Κώτσια Έ.<sup>1</sup>, Σαλάκος Χρ.<sup>2</sup>, Αλεξοπούλου Έ.<sup>3</sup>, Παπαεναγγέλου Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ΜΕΝ 3η Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>2</sup>Παιδοχειρουργική Κλινική, Αττικόν Νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Αττικόν Νοσοκομείο, Αθήνα

**Στόχος:** Περιγραφή περιστατικού εμμένουτος διάμεσου πνευμονικού εμφύσηματος, που αντιμετώπισθηκε συντηρητικά, με αυτόματη λύση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για θήλυ βρέφος ΗΚ 30 εβδομάδων. Γεννήθηκε πρόωρα λόγω προεκλαμψίας της μητέρας με Κ.Τ. Apgar score στο 1min και 5min ήταν 6 και 8 αντίστοιχα. Μητέρα εκτοτόκος, χωρίς προαναφερόμενα προβλήματα υγείας. Δεν είχε προηγηθεί χορήγηση στεροειδών προγεννητικά.

Μετά τη μεταφορά του στη ΜΕΝΝ τέθηκε σε nCPAP /5 cm H<sub>2</sub>O, και χορηγήθηκε η πρώτη δόση Curosurf (240mg/Kgr INSURE). Στη διάρκεια του 1ου 24 ώρου ζωής εμφάνισε πνευμοθώρακα αριστερά και τέθηκε billow. Χορηγήθηκε και δεύτερη δόση Curosurf (MIST) (2η ημέρα ζωής), με βελτίωση της κλινικής εικόνας. Στη συνέχεια την 4η ημέρα ζωής αφαιρέθηκε το billow. Παρέμεινε σε nCPAP(max CPAP/ 4-5 cm H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 40%) για 8 24ωρα. Παρέμεινε σε HOOD για 3 ημέρες και στη συνέχεια σε διάχυτο O<sub>2</sub> για άλλες 5 ημέρες. Από την 16η ημέρα ζωής, παρέμεινε εκτός O<sub>2</sub>. Την 20η ημέρα ζωής, λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων άπνοιας, με συνοδό βραδυκαρδία και περιοδική ταχύπνοια, έγινε Α/α θώρακος: Εμφυσηματώδες πνευμονικό παρέγχυμα αριστερά και παρεκτόπιση της μέσης γραμμής προς τα

δεξιά. Την 22η ημέρα ζωής έγινε CT θώρακος: Ο ΑΑΛ είναι υπερεκπτυγμένος, με έντονη παρεκτόπιση του μεσοθωρακίου προς τα δεξιά. Σημειώνεται βαθμός ατελεκτασίας του ΔΕ πνεύμονα καθώς και του ΑΚΛ. Ο ΑΑΛ παρουσιάζει αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής του, με παρουσία πολλαπλών κυστικών σχηματισμών, ενώ δίνεται η εντύπωση παρουσίας εντός των κυστικών σχηματισμών γραμμοειδών και στρογγυλών (στικτών) ακτινοσκιερών στοιχείων. Η εικόνα συνηγορεί υπέρ εμμένουτος πνευμονικού ενδιάμεσου εμφύσηματος. Αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση του εμμένουτος πνευμονικού ενδιάμεσου εμφύσηματος (κατάκλιση νεογνού στη πάσχουσα πλευρά και συνέχιση της συστηματικής χορήγησης Caffeine, την οποία έλαβε μέχρι και την 39η ΗΖ).

**Αποτελεσμα:** Σταδιακά η κλινική του και απεικονιστική του εικόνα βελτιώθηκαν. Το νεογνό εξέρχεται σε καλή γενική κατάσταση, με καλή αναπνευστική προσπάθεια και καλή ακτινογραφία θώρακος.

#### AA-108. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Κολοκυθά Π., Πάσχου Ε., Κολοκυθάς Α., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Σκοπός εργασίας:** Η συσχέτιση του βάρους των νεογνών που με την εβδομάδα κύησης και το χρονικό διάστημα από τη ρήξη των εμβρυικών υμένων μέχρι το φυσιολογικό τοκετό του εμβρύου.

**Υλικό και μέθοδος:** Έγινε συλλογή στοιχείων από τα παρτογράμματα 313 φυσιολογικών τοκετών, οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου έδεσσας.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε ότι οι τοκετοί έλαβαν χώρα από την 26η έως την 41η εβδομάδα κύησης με διάμεση τιμή την 39η εβδομάδα. Επιπλέον το βάρος των νεογνών κυμάνθηκε από 1900gr. Έως και 4660gr. Με μέση τιμή τα 3360gr. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βάρους του νεογνού και του χρόνου από τη ρήξη των εμβρυικών υμένων μέχρι και τον τοκετό του εμβρύου (p=0,584). Επιπλέον, όσο αυξάνεται η εβδομάδα κύησης τόσο αυξάνεται το βάρος του νεογνού (p=0,000). Μελετώντας το βάρος στα νεογνά που γεννήθηκαν την 40η εβδομάδα και σε αυτά που γεννήθηκαν την 41η εβδομάδα κύησης δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το βάρος τους (p=0,584).

**Συμπεράσματα:** Το βάρος γέννησης των νεογνών αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία κύησης. Επιπλέον στη μελέτη το χρονικό διάστημα από τη ρήξη των υμένων μέχρι και τον τοκετό δείχνει να παραμένει ανεπηρέαστο από το βάρος του νεογνού.

#### AA-109. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΙ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Κορβέση Β., Πάσχου Ε., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

Γ.Ν. Έδεσσας

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας της εγκύου που υποβλήθηκε σε καισαρική τομή (προγραμματισμένη ή επείγουσα) και της εβδομάδας κύησης που αυτή πραγματοποιήθηκε.

**Υλικό & μέθοδος:** Το αρχείο της μ/γ κλινικής του γ. Ν. Έδεσσας για το 2014. Καταγράφηκε σύνολο 94 περιστατικών. Ο πληθυσμός των γυναικών χωρίστηκε σε δύο ομάδες με όριο τα 35 έτη και τα νεογνά σε έξι ομάδες βάση ηλικίας κύησης κατά την παραλαβή (gw<36w, 36-36+, 37-37+ έως και 40-40+). Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με μέθοδο συσχέτισης κατά r.

**Αποτελέσματα:** Από την ομαδοποίηση των περιστατικών με τις προαναφερθείσες παραμέτρους, διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας και την εβδομάδα κύησης κατά την παραλαβή ( $p=0,821$ ). Στο σύνολο των κτ που διενεργήθηκαν σε ηλικίες κύησης < 38w (επείγουσες κτ) ο πληθυσμός αφορούσε ισότιμα όλο το ηλικιακό φάσμα των γυναικών. Πιο συχνές, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p=0,55$ ) παρατηρήθηκαν οι επείγουσες κτ σε νεαρές γυναίκες (ηλικίας <35 ετών) και σε ηλικία κύησης >38w.

**Συμπεράσματα:** Στον πληθυσμό που μελετήθηκε διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας κύησης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή και της ηλικίας της εγκύου.

#### AA-110. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Δημόπουλος Σ., Ελευθεριάδης Μ., Χριστόπουλος Π., Βαργιάννης Ν., Λαμπρινουδάκη Ε., Χασιάκος Δ.

Μεταπτυχιακό Π.Σ. "Ερευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή", Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των δεδομένων του τοκετού (διάρκεια - χορήγηση αναισθησίας- αυτόματος ή προκλητός) και στην ύπαρξη προεκλαμψίας και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης.

**Υλικό και μέθοδο:** 173 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 168 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά coustan and carpenter τα οποία αφορούν την ανεύρεση δύο ή περισσότερων παθολογικών τιμών γλυκόζης στο πλάσμα αίματος κατά τη διενέργεια 3-ωρης καμπύλης σακχάρου μετά τη λήψη από του στόματος 100g γλυκόζης. Τα προτεινόμενα όρια είναι: γλυκόζη νηστείας  $\geq 95\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 60'  $\geq 180\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 120'  $\geq 155\text{mg/dl}$  και γλυκόζη 180'  $\geq 140\text{mg/dl}$ .

**Αποτελέσματα:** Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού  $p\text{-value} = 0,823$  ανάμεσα στις δύο ομάδες με περίπου τις μισές γυναίκες και των δύο ομάδων να γεννούν σε λιγότερο από 12 ώρες. Επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη χορήγηση αναισθησίας (επισκληριδίου ή γενικής) ή όχι  $p\text{-value} = 0,634$ . Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες στην έναρξη του τοκετού (αυτόματος ή προκλητός)  $p\text{-value} = 0,117$ , ούτε στην ύπαρξη προεκλαμψίας  $p\text{-value} = 0,498$ .

**Συμπεράσματα:** Έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου δεν εμφάνισαν διαφορές σε δεδομένα του φυσιολογικού τοκετού (διάρκεια - χορήγηση αναισθησίας- αυτόματος ή προκλητός) ούτε στην ύπαρξη προεκλαμψίας. Στο αποτέλεσμα αυτό συνέβαλλαν η σωστή ρύθμιση του σακχάρου και η ενδεδειγμένη μαιευτική παρακολούθηση.

#### AA-111. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

Δημόπουλος Σ., Ελευθεριάδης Μ., Χριστόπουλος Π., Βαργιάννης Ν., Λαμπρινουδάκη Ε., Χασιάκος Δ.

Μεταπτυχιακό Π.Σ. "Ερευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή", Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του τρόπου τοκετού, του βάρους νεογνών και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης στην κύηση.

**Υλικό και μέθοδο:** 191 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 198 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά coustan and carpenter τα οποία αφορούν την ανεύρεση δύο ή περισσότερων παθολογικών τιμών γλυκόζης στο πλάσμα αίματος κατά τη διενέργεια 3-ωρης καμπύλης σακχάρου μετά τη λήψη από του στόματος 100g γλυκόζης. Τα προτεινόμενα όρια είναι: γλυκόζη νηστείας  $\geq 95\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 60'  $\geq 180\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 120'  $\geq 155\text{mg/dl}$  και γλυκόζη 180'  $\geq 140\text{mg/dl}$ . Καταγράφηκαν μέσω ερωτηματολογίου (τηλεφωνικές συνεντεύξεις) το βάρος γέννησης νεογνού και ο τρόπος τοκετού (φυσιολογικός ή καισαρική τομή).

**Αποτελέσματα:** Δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς στο αναφερόμενο βάρος του νεογνού. Στον τρόπο όμως του τοκετού υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με τις (α) να καταλήγουν πιο συχνά σε καισαρική τομή σε ποσοστό 62,6% έναντι των (β) 51,2% ( $p\text{-value}=0,030$ ).

**Συμπεράσματα – συζήτηση:** Δεν καταγράφηκε αυξημένο βάρος γέννησης στα νεογνά των εγκύων με παθολογική καμπύλη σακχάρου σε σχέση με τα νεογνά φυσιολογικών εγκύων και αυτό θα πρέπει να αποδοθεί στην σωστή μαιευτική, ενδοκρινολογική και υπερηχογραφική παρακολούθηση των εγκύων. Αυξημένο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό είναι το ποσοστό των καισαρικών τομών στις έγκυες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης έναντι των φυσιολογικών εγκύων. Το αποτέλεσμα αυτό της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνει και μια πληθώρα προηγούμενων μελετών.

#### AA-112. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Δημόπουλος Σ., Ελευθεριάδης Μ., Χριστόπουλος Π., Βαργιάννης Ν., Λαμπρινουδάκη Ε., Χασιάκος Δ.

Μεταπτυχιακό Π.Σ. "Ερευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή", Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της περιγεννητικής νοσηρότητας και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης.

**Υλικό και μέθοδο:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 191 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 198 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά coustan and carpenter τα οποία αφορούν την ανεύρεση δύο ή περισσότερων παθολογικών τιμών γλυκόζης στο πλάσμα αίματος κατά τη διενέργεια 3-ωρης καμπύλης σακχάρου μετά τη λήψη από του στόματος 100g γλυκόζης. Τα προτεινόμενα όρια είναι: γλυκόζη νηστείας  $\geq 95\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 60'  $\geq 180\text{mg/dl}$ , γλυκόζη 120'  $\geq 155\text{mg/dl}$  και γλυκόζη 180'  $\geq 140\text{mg/dl}$ . Καταγράφηκαν μέσω ερωτηματολογίου (τηλεφωνικές συνεντεύξεις) τυχόν περιγεννητικές επιπλοκές.

**Αποτελέσματα:** Στατιστικά σημαντική περιγεννητική νοσηρότητα εμφάνισαν το 52,36% των (α) νεογνών έναντι των 28,43% των (β) νεογνών ( $p\text{-value}=0,000$ ). Εξετάζοντας όμως, αν υπάρχουν διαφορές στο είδος της περιγεννητικής παθολογίας μεταξύ των 2

ομάδων το  $p$ -value=0.4575, καταδεικνύει μη στατιστικά σημαντική σχέση για τις ομάδες. Κύριες περιγεννητικές επιπλοκές στην ομάδα (α) νεογνών ήταν ο ίκτερος και η υπογλυκαιμία.

**Συμπεράσματα:** Όπως ήταν αναμενόμενο από προηγούμενες μελέτες τα νεογνά (α) εμφάνισαν αυξημένο ποσοστό περιγεννητικής παθολογίας έναντι των (β), χωρίς όμως να εμφανίζουν διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς το είδος της περιγεννητικής παθολογίας.

### AA-113. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Δημόπουλος Σ., Ελευθεριάδης Μ., Χριστόπουλος Π., Βαργιάννης Ν., Κολοκυθάς Α., Λαμπρινουδάκη Ε., Χασιάκος Δ. *Μεταπτυχιακό Π.Σ. "Έρευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή", Αρεταιείο Νοσοκομείο*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του φύλου του νεογνού, της ηλικίας κύησης στη γέννηση και της παθολογικής καμπύλης γλυκόζης.

**Υλικό και μέθοδος:** 191 έγκυες με παθολογική καμπύλη σακχάρου (ομάδα α), οι οποίες επισκέφθηκαν ιδιωτικό κέντρο εμβρυομητρικής ιατρικής, και συγκρίθηκαν με 198 έγκυες με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης (ομάδα β), αντίστοιχης ηλικίας, τόκου και βάρους. Στις έγκυες του πληθυσμού της μελέτης η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης στηρίχθηκε με βάση τα κριτήρια κατά coustan and carpenter τα οποία αφορούν την ανεύρεση δύο ή περισσότερων παθολογικών τιμών γλυκόζης στο πλάσμα αίματος κατά τη διενέργεια 3-ωρης καμπύλης σακχάρου μετά τη λήψη από του στόματος 100g γλυκόζης. Τα προτεινόμενα όρια είναι: γλυκόζη ημεσείας  $\geq 95$ mg/dl, γλυκόζη 60'  $\geq 180$ mg/dl, γλυκόζη 120'  $\geq 155$ mg/dl και γλυκόζη 180'  $\geq 140$ mg/dl. Καταγράφηκαν μέσω ερωτηματολογίου (τηλεφωνικές συνεντεύξεις) το φύλο του νεογνού και η ηλικία κύησης στη γέννηση.

**Αποτελέσματα:** Δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς το φύλο του νεογνού ( $p=0.548$ ) και την αναφερόμενη ηλικία κύησης στη γέννηση ( $p=0,818$ ).

**Συμπεράσματα – συζήτηση:** Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο του νεογνού και ως προς το χρόνο αποπεράτωσης του τοκετού. Η σωστή μαιευτική, ενδοκρινολογική και υπερηχογραφική παρακολούθηση των εγκύων μπορεί να αποτρέψει την προωρότητα και την μακροσωμία σε νεογνά εγκύων με παθολογική καμπύλη γλυκόζης.

### AA-114. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIIΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

Βλαχάδης Ν.<sup>1,2</sup>, Τσαμαδιάς Β.<sup>1</sup>, Βραχνής Ν.<sup>2</sup>, Βιτωράτος Ν.<sup>2</sup>, Κουσκούνη Ε.<sup>1</sup>, Οικονόμου Ε.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Θεραπευτικής Εξατομίκευσης, Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταιείο νοσοκομείο, Αθήνα, <sup>2</sup>Β Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αρεταιείο νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Οι γενετικοί παράγοντες θρομβοφιλίας αποτελούν σημαντικό τομέα έρευνας στις ανεξήγητες αποβολές. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου της γλυκοπρωτεΐνης IIIα των αιμοπεταλίων (GrPIIIa-PIA1/PIA2) με τον κίνδυνο αποβολής.

**Υλικό και μέθοδος:** 222 άτοκες γυναίκες Ελληνικής καταγωγής, ηλικίας 23-40 ετών με ιστορικό αποβολών <20 εβδομάδες κύησης μετά από φυσιολογική σύλληψη (Μ.Ο.:  $2,6 \pm 0,8$  ανά γυναίκα) και 60 υγιείς Ελληνίδες που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τον αναπαραγωγικό τους βίο με τουλάχιστον μία ανεπίπλεκτη τελειώμενη κύηση, χωρίς ιστορικό αποβολής και χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αγγειακής θρόμβωσης, διερευνήθηκαν για την παρουσία των αλληλόμορφων GrPIIIa-PIA1 και GrPIIIa-PIA2 με πυροαλληλούχιση (pyrosequencing).

**Αποτελέσματα:** Οι γονοτυπικές συχνότητες και στις δύο ομάδες ήταν σε συμφωνία με την ισορροπία Hardy-Weinberg. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν ομόζυγες για το αλληλόμορφο GrPIIIa-PIA1, εκείνες που ήταν φορείς του αλληλόμορφου GrPIIIa-PIA2 είχαν αυξημένο κίνδυνο αποβολής (OR=2,58, 95%CI: 1,30-5,13,  $p=0,006$ ). Ο σχετικός κίνδυνος αποβολής ήταν μεγαλύτερος για τις νεότερες γυναίκες-φορείς του αλληλόμορφου GrPIIIa-PIA2. Συγκεκριμένα, για τις γυναίκες φορείς του αλληλόμορφου GrPIIIa-PIA2 ηλικίας  $\leq 30$  ετών: OR=3,14, 95%CI: 1,14-8,64,  $p=0,023$ , και για τις φορείς του αλληλόμορφου GrPIIIa-PIA2 ηλικίας >30 ετών: OR=2,51, 95%CI: 1,25-5,03,  $p<0,001$  ( $p=0,008$  for trend).

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γενετικής ετερογένειας του γονιδίου του γλυκοπρωτεϊνικού υποδοχέα IIIα των αιμοπεταλίων (GrPIIIa-PIA1/PIA2) με τον κίνδυνο αποβολών. Η παρουσία του αλληλόμορφου GrPIIIa-PIA2 αποτελεί παράγοντα κινδύνου αποβολής και η συσχέτιση είναι ισχυρότερη για τις νεότερες γυναίκες (ηλικίας  $\leq 30$ ετών).

### AA-115. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΣΉΨΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑΣ ΕΓΓΥΣ ΥΠΕΡΥΘΡΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Ράλλης Δ., Καραγιάννη Π., Γούτσιου Ε., Μυλωνά Ε., Πράτσιου Ε., Νικολαΐδης Ν., Τσακαλίδης Χ.

Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Η νεογνική λοίμωξη αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών, με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα<sup>1</sup>. Στα νεογνά με σήψη, ο καταρράκτης της φλεγμονής οδηγεί σε μειωμένη άρδευση του εγκεφάλου και ακολούθως σε μειωμένη οξυγόνωση, με αποτέλεσμα την οξείωση και την κυτταρική απόπτωση<sup>2</sup>. Η σήψη, με τη φλεγμονώδη διαδικασία, αποτελεί παράγοντα ο οποίος πιθανώς να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καθυστέρησης της νευρικής ανάπτυξης του βρέφους<sup>3</sup>.

Να καθοριστεί η πιθανή συσχέτιση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης σε σπητικά νεογνά με τη νευροαναπτυξιακή τους εξέλιξη. Η εγκεφαλική οξυγόνωση των νεογνών με σήψη εκτιμήθηκε μέσω της φασματοσκοπίας εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (Near Infrared Spectroscopy, NIRS), με την καταμέτρηση του Δείκτη Οξυγόνωσης (Total Oxygenation Index, TOI). Η νευροαναπτυξιακή εξέλιξη κάθε βρέφους εκτιμήθηκε με την κλίμακα Bayley – III (Bayley – III Infant Toddler Scale Test).

Μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον 6ο του 2012 έως τον 12ο του 2014, στην Πανεπιστημιακή Νεογνολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη. Στη μελέτη εντάχθηκαν νεογνά διάρκειας κύησης (ΔΚ) 24+0/7 – 41+6/7, ενώ αποκλείστηκαν νεογνά με μείζονες συγγενείς ανωμαλίες, σύνδρομα, αιμοδυναμικά σημαντική καρδιοπάθεια ή εγκεφαλική αιμορραγία III – IV βαθμού. Τα νεογνά της μελέτης χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: η πρώτη ομάδα περιλάμβανε νεο-

γνά τα οποία εκδήλωσαν σήψη (ο ορισμός της σήψης καθορίστηκε σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια<sup>4</sup>) και η δεύτερη ομάδα περιλάμβανε νεογνά μάρτυρες, αντίστοιχες ΔΚ και βάρους γέννησης. Όλα τα νεογνά υποβλήθηκαν σε τρεις διαδοχικές μετρήσεις, διάρκειας τουλάχιστον μισής ώρας κατά τη διάρκεια του σηπτικού επεισοδίου (κατά την πρώτη, τρίτη και έβδομη ημέρα). Τα νεογνά της μελέτης εκτιμήθηκαν, όσον αφορά τη νευροανάπτυξή τους, στη διορθωμένη ηλικία των  $26.5 \pm 3$  μηνών, με την κλίμακα Bayley – III. Από τα 94 νεογνά τα οποία αρχικά εντάχθηκαν στη μελέτη, τελικά τα 42 (21 νεογνά με σήψη και 21 μάρτυρες) ολοκλήρωσαν τη νευροαναπτυξιακή εκτίμηση Bayley – III. Τα νεογνά των δύο ομάδων δε διέφεραν όσον αφορά τη διάρκεια κύησης ή το βάρος γέννησης, ενώ συνοπτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά παρατίθενται στον πίνακα 1.

Πίνακας

	Νεογνά με σήψη (n=21)	Νεογνά μάρτυρες (n=21)	p-value
Διάρκεια κύησης (εβδ)	31.5 ± 3	32.3 ± 3	ns
Βάρος γέννησης (gr)	1677 ± 665	1750 ± 636	ns
Φύλο, αρρεν	12 (57%)	11 (52%)	ns
Σύλληψη, IVF	5 (24%)	7 (33%)	ns
Καισαρική τομή	16 (76%)	20 (95%)	0.090
Ανάγκη Ανάνηψης	7 (33%)	4 (19%)	ns
Αpgar 1	7 ± 1	7.2 ± 1	ns
Αpgar 5	8.6 ± 0.7	8.4 ± 0.7	ns
ΣΑΔ	13 (62%)	10 (48%)	ns
Άπνοιες	10 (48%)	4 (19%)	0.062
ΒΠΔ	8 (38%)	4 (19%)	ns
Διάρκεια χορήγησης O <sub>2</sub> , ημέρες	14 ± 21	5.8 ± 9	0.094
Διάρκεια μηχανικού αερισμού, ημέρες	5 ± 8	0.8 ± 1.4	0.030

Πίνακας 1. Κλινικά χαρακτηριστικά των νεογνών

Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της σήψης εκτιμήθηκε ο δείκτης οξυγόνωσης κατά την 1η, 3η και 7η ημέρα (TOI<sub>1</sub>, TOI<sub>3</sub>, TOI<sub>7</sub> αντίστοιχα), ο δείκτης ελάχιστης οξυγόνωσης κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (TOI<sub>min</sub>) και ο δείκτης διαφοράς οξυγόνωσης ανάμεσα στην αρχική και τελική μέτρηση (TOI<sub>dif</sub>). Τα νεογνά με σήψη παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη ελάχιστη τιμή TOI<sub>min</sub>:  $55.1 \pm 7$  έναντι  $63.5 \pm 5$  των νεογνών μαρτύρων ( $p=0.0001$ ), χαμηλότερη τιμή την 7η ημέρα TOI<sub>7</sub>:  $57.2 \pm 9$  έναντι  $69.3 \pm 5.3$  ( $p=0.0001$ ) και μεγαλύτερη πτώση της οξυγόνωσης TOI<sub>dif</sub>:  $-6.4 \pm 12$  έναντι  $1.3 \pm 10$  ( $p=0.025$ ) (πίνακας 2).

	Νεογνά με σήψη (n=21)	Νεογνά μάρτυρες (n=21)	p-value
TOI <sub>1</sub>	63.6 ± 6	67.9 ± 9	0.088
TOI <sub>3</sub>	66.7 ± 5	69.8 ± 4	0.064
TOI <sub>7</sub>	57.2 ± 9	69.3 ± 5	0.000
TOI <sub>min</sub>	55.1 ± 7	63.5 ± 5	0.000
TOI <sub>dif</sub>	-6.4 ± 12	1.3 ± 10	0.025

Πίνακας 2. Εκτίμηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης σε νεογνά με σήψη και σε νεογνά μάρτυρες

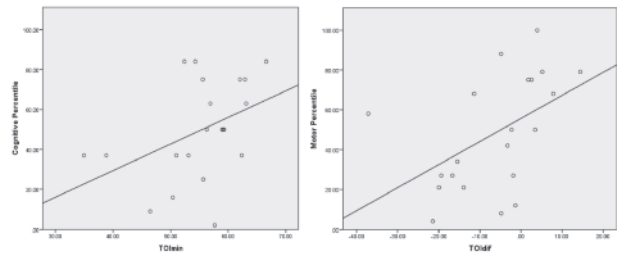
	Νεογνά με σήψη (n=21)	Νεογνά μάρτυρες (n=21)	p-value
Γνωσιακή Συνολική βαθμολογία	63.6 ± 5	65.6 ± 7	ns
Γνωσιακή Αναλογική βαθμολογία	9.8 ± 2	10 ± 2	ns
Γνωσιακή Σύνθετη βαθμολογία	99.2 ± 11	100.7 ± 13	ns
Γνωσιακή Ποσοστιαία βαθμολογία	49.5 ± 24	51.1 ± 26	ns
Λεπτή Κινητικότητα Συνολική βαθμολογία	41.1 ± 3	42.4 ± 2	ns
Λεπτή Κινητικότητα Αναλογική βαθμολογία	11.7 ± 3	11.6 ± 1	ns
Αδρή Κινητικότητα Συνολική βαθμολογία	53.4 ± 3	55.5 ± 4	ns
Αδρή Κινητικότητα Αναλογική βαθμολογία	8.1 ± 2	8.8 ± 2	ns
Κινητικότητα Συνολική βαθμολογία	19.9 ± 5	20.5 ± 2	ns
Κινητικότητα Σύνθετη βαθμολογία	99.9 ± 15	101.7 ± 8	ns
Κινητικότητα Ποσοστιαία βαθμολογία	48.2 ± 28	53.1 ± 18	ns

Πίνακας 3. Η εκτίμηση της νευροαναπτυξιακής εξέλιξης με την κλίμακα Bayley – III

Όλα τα νεογνά εκτιμήθηκαν με τη κλίμακα Bayley – III στην διορθωμένη ηλικία των  $26.5 \pm 3$  μηνών, όσον αφορά τη Γνωσιακή λειτουργία, την Λεπτή Κινητικότητα, την Αδρή Κινητικότητα και τη Συνολική Κινητική λειτουργία τους. Ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη Γνωσιακή κλίμακα (νεογνά με σήψη  $99.2 \pm 11$  έναντι  $100.7 \pm 13$  των νεογνών μαρτύρων,  $p>0.05$ ), όπως επίσης και τη Κινητική

κλίμακα (σηπτικά νεογνά  $99.9 \pm 15$  έναντι  $101.7 \pm 8$  μαρτύρων,  $p>0.05$ ) (πίνακας 3).

Ωστόσο, μελετώντας την πιθανή συσχέτιση του δείκτη οξυγόνωσης και της βαθμολογίας σε κάθε κλίμακα του Bayley – III ανάμεσα στις δύο ομάδες, διαπιστώθηκε πως στην ομάδα των σηπτικών νεογνών, υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη ελάχιστης οξυγόνωσης (TOI<sub>min</sub>) και τη Γνωσιακή βαθμολογία ( $p=0.05$ ), όπως επίσης ανάμεσα στον δείκτη διαφοράς οξυγόνωσης (TOI<sub>dif</sub>) και την Κινητική βαθμολογία ( $p=0.023$ ), (γράφημα 1).



Γράφημα 1: Γραμμική συσχέτιση της Γνωσιακής Κλίμακας με τον δείκτη ελάχιστης

Συμπερασματικά, τα νεογνά με σήψη, κατά τη διάρκεια του επεισοδίου τους, εκτίθενται σε περίοδο μειωμένης εγκεφαλικής οξυγόνωσης. Μάλιστα, ο βαθμός της μειωμένης εγκεφαλικής οξυγόνωσης των σηπτικών νεογνών φαίνεται πως σχετίζεται γραμμικά με υπολειπόμενη ανάπτυξη των Γνωσιακών και Κινητικών τους ικανοτήτων.

**Βιβλιογραφία:** 1. Hornik CP, Fort P, Clark RH, Watt K, Benjamin DK, Jr., Smith PB, et al. Early and late onset sepsis in very-low-birth-weight infants from a large group of neonatal intensive care units. *Early Hum Dev.* 2012;88 Suppl 2:S69-74. 2. Wynn JL, Levy O. Role of innate host defenses in susceptibility to early-onset neonatal sepsis. *Clin Perinatol.* 2010;37(2):307-337. 3. Stoll BJ, Hansen NI, Adams-Chapman I, Fanaroff AA, Hintz SR, Vohr B, et al. Neurodevelopmental and growth impairment among extremely low-birth-weight infants with neonatal infection. *JAMA.* 2004;292(19):2357-2365. 4. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(1):2-8.

## AA-116. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ APGAR SCORE ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΕΩΣ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ, ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΟ

Κολοκυθά Π., Πάσχου Ε., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Σκοπός εργασίας:** Η συσχέτιση της μέσης τιμής του apgar score στο 1ο και το 5ο λεπτό με το χρονικό διάστημα από τη ρήξη των υμένων έως και τον τοκετό του εμβρύου, το βάρος του νεογνού και τον τόκο.

**Υλικά και μέθοδος:** Έγινε συλλογή στοιχείων από τα παρτογράμματα 313 φυσιολογικών τοκετών, οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου έδεσσας.

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε ότι οι εβδομάδες κύησης κυμάνθηκαν από 26-41, το βάρος των νεογνών ήταν από 1900gr-4660gr. , ο χρόνος από τη ρήξη των υμένων έως τον τοκετό του εμβρύου ήταν από 0-1038 λεπτά και διάμεσο τα 30 λεπτά, και τέλος το apgar score του 1ου λεπτού κυμάνθηκε από 5-10 με διάμεσο το 9, ενώ το apgar score του 5ου λεπτού κυμάνθηκε από 8-10. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρόνου από τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων μέχρι τον τοκετό του εμβρύου και τη μέση τιμή του apgar score ( $p=0,576$ ). Επιπλέον, ούτε και το βάρος του νεογνού φάνηκε να

επηρεάζει το μέσο όρο των argar score ( $p=0,445$ ). Εν αντιθέσει, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της μέσης τιμής του argar score και του τόκου ( $p=0,019$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο μέση τιμή του argar score δεν επηρεάζεται ούτε από το χρονικό διάστημα από τη ρήξη των υμένων μέχρι τον τοκετό του εμβρύου ούτε από το βάρος του νεογνού. Η μέση τιμή όμως αυξάνει με την αύξηση του τόκου.

#### AA-117. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΝΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ

Παπαμιχαήλ Ε.<sup>1</sup>, Τάλιες Μ.<sup>2</sup>, Καραολή Χρ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, Λευκωσία, Κύπρος, <sup>2</sup>Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

**Σκοπός:** Παρά το γεγονός ότι στη βιβλιογραφία αναγνωρίζεται η θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού/μορφωτικού επιπέδου και επιπέδου υγείας του νεογνού, αρκετά δεδομένα δεν είναι ξεκάθαρα. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με τον βαθμό της προωρότητας.

**Υλικό και μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και διήρκεσε ένα χρόνο (Μάρτης 2013-Μάρτης 2014). Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΝΝ 312 άρρενα νεογνά (54.60%) και 259 θήλεα νεογνά (45.40%). Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων καταγράφηκε ως ακολούθως: Μητέρα απόφοιτος δημοτικού-γυμνασίου (M1) n:67 (10,5%), μητέρα απόφοιτος λυκείου (M2) n:210 (32,8%), μητέρα απόφοιτος κολεγίου- Πανεπιστημίου (M3) 281 (43,9%). Συσχετίστηκε το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των νεογνών της ΜΕΝΝ με την ηλικία κύησης (ΗΚ) αυτών.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MotherEdu * Ηλικία κύησης	538	84,1%	102	15,9%	640	100,0%

MotherEdu \* Ηλικία κύησης Crosstabulation

Count		Ηλικία κύησης					Total
		24-26 w	27-29w	30-32w	33-36w	37-40w	
1,00	0	5	13	25	21	3	ε
MotherEdu 2,00	4	13	24	99	60	5	201
3,00	4	18	40	118	79	7	266
Total	8	36	77	242	160	15	538

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,947 <sup>a</sup>	10	,820
Likelihood Ratio	6,794	10	,745
Linear-by-Linear Association	,113	1	,737
N of Valid Cases	538		

a. 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

FREQUENCIES VARIABLES=LACTATION  
/ORDER=ANALYSIS.

**Αποτελέσματα:** Μητέρες M1 γέννησαν 0 νεογνά ηλικίας κύησης 24-26 εβδομάδων (0%), 5 27-29 (7,5%), 13 ΗΚ 30-32 (19,4%), 25 ΗΚ 33-36 (37,3%), 21 ΗΚ 37-40 (31,3%) και 3 ΗΚ 40-42 (4,5%). Μητέρες M2 γέννησαν 4 νεογνά 24-26 εβδομάδων (2,0%), 13 27-29 (6,3%), 24 30-32 (11,7%), 99 33-36 (48,3%), 60 37-40 (29,3%) και 5 40-42 (2,4%). Μητέρες M3 γέννησαν 4 νεογνά 24-26 εβδομάδων (1,5%), 18 27-29 (6,8%), 40 30-32 (15,0%), 118 33-36 (44,4%), 79 37-40 (29,7%) και 7 40-42 (2,6%). Στις μητέρες M1 καταγράφεται θετική συσχέτιση με μεγαλύτερο βαθμό προωρότητας σε σχέση με τις M2 και M3.

**Συμπεράσματα:** Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να συσχετίζεται με το βαθμό προωρότητας των νεογνών. Στη ΜΕΝΝ του ΝΑΜΙΠ οι μητέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου γεννούν νεογνά μεγαλύτερης ηλικίας κύησης.

#### AA-118. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΝΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥΣ

Παπαμιχαήλ Ε.<sup>1</sup>, Τάλιες Μ.<sup>2</sup>, Καραολή Χρ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, Λευκωσία, Κύπρος, <sup>2</sup>Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

**Σκοπός:** Στη βιβλιογραφία αναγνωρίζεται θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και επιπέδου υγείας νεογνών. Αρκετά δεδομένα δεν είναι ξεκάθαρα. Διερευνήσαμε την συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας με το βάρος γέννησης (ΒΓ) των νοσηλευόμενων στη ΜΕΝΝ νεογνών.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MotherEdu * AGA/SGA/LGA 4	526	82,2%	114	17,8%	640	100,0%

MotherEdu \* AGA/SGA/LGA 4 Crosstabulation

		AGA/SGA/LGA 4		
		Κανονικό για την ΗΚ	Μικρό για την ΗΚ	Μεγάλο για ΗΚ
1,00	Count	45	18	2
	% within MotherEdu	89,2%	27,7%	3,1%
2,00	Count	151	43	9
	% within MotherEdu	74,4%	21,2%	4,4%
3,00	Count	184	62	12
	% within MotherEdu	71,3%	24,0%	4,7%
Total	Count	380	123	23
	% within MotherEdu	72,2%	23,4%	4,4%

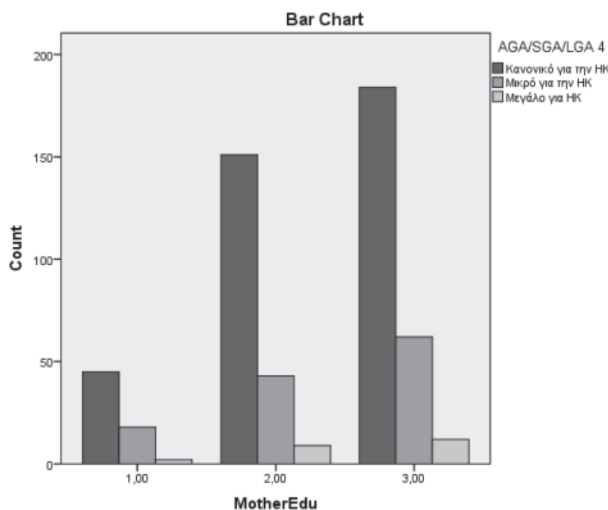
**Υλικό και μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών όπου νοσηλεύονται όλα τα νεογνά της χώρας που χρήζουν εντατικής νοσηλείας στο διάστημα Μάρτης 2013-Μάρτης 2014. Μελετήθηκαν 526 /640 ΠΙΝ (82,2%). 312 άρρενα (54,60%) και 259 θήλεα νεογνά (45,40%). Μορφωτικό επίπεδο: Μητέρα απόφοιτος δημοτικού-γυμνασίου (M1) n:67 (10,5%), απόφοιτος λυκείου (M2) n:210 (32,8%), απόφοιτος κολεγίου- Πανεπιστημίου (M3) 281 (43,9%). Συσχετίστηκε το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των ΠΙΝ της ΜΕΝΝ σε συνάρτηση με το ΒΓ αυτών. Κατατάχθηκαν σε νεογνά με χαμηλό ΒΓ (SGA), κανονικό ΒΓ (AGA) και μεγάλο ΒΓ (LGA) για την ηλικία κύησης ( ΗΚ).

			Total
MotherEdu	1,00	Count	65
		% within MotherEdu	100,0%
	2,00	Count	203
		% within MotherEdu	100,0%
	3,00	Count	258
		% within MotherEdu	100,0%
Total	Count	526	
	% within MotherEdu	100,0%	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,521 <sup>a</sup>	4	,823
Likelihood Ratio	1,534	4	,821
Linear-by-Linear Association	,051	1	,821
N of Valid Cases	526		

**Αποτελέσματα:** Ομάδα M1: AGA 45 (69,2%), SGA 18 νεογνά (27,7%) και LGA 2 (3,1%). Ομάδα M2: AGA 151(74,4%), SGA 43(21,2%) και LGA 9(4,4%). Ομάδα M3: AGA 184(71,3%), SGA 62 (24,0%) και LGA 12(4,7%). Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό νεογμών SGA στη M1 σε σχέση με τις M2 και M3 χωρίς ωστόσο στατιστική σημαντικότητα.

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,84.



DATASET ACTIVATE DataSet1.

SAVE OUTFILE="C:\Users\Liza\AppData\Local\Temp\ElenaPhD.sav"\COMPRESSED.

**Συμπεράσματα:** Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων εμφανίζει θετική επίδραση στην γέννηση AGA στην Κύπρο παρά την απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς. Ενισχύεται η άποψη ότι το ΒΓ των νεογμών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα μας είναι συμβατά και με άλλες διεθνείς αναφορές.

## AA-119. ΣΥΦΙΛΗ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Τζανάκη Α., Ξενογιάννης Σ., Έξαρχος Ζ., Κασμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Ζαχαριάς Ε., Στάθης Θ., Μελετίου Π., Κωνσταντινίδης Σ., Κρητικός Ε., Πόλου Ν., Μπάγκας Ι., Σιαμπαλιώτη Γ., Αλεξόπουλος Ε., Σταματέλου Φ., Παπαδόπουλος Κ.**

*Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»*

**Εισαγωγή:** Η σύφιλη οφείλεται σε λοίμωξη από την ωχρά σπειροχαιτή (*Treponema pallidum*, ssp *Pallidum*). Αποτελεί μία χρόνια συστηματική λοίμωξη που ακολουθεί μία μεταβαλλόμενη κλινική πορεία. Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή (επίκτητη σύφιλη), τη μετάγγιση αίματος (εάν ο δότης βρίσκεται στα πρώτα στάδια της νόσου), τη μεταμόσχευση οργάνου και μέσω του πλακούντα ή κατά τη διάρκεια του τοκετού στα έμβρυα γυναικών με λοίμωξη (συγγενής σύφιλη). Η επιδημιολογία της σύφιλης στην κύηση και της συγγενούς σύφιλης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι παγκοσμίως τουλάχιστον 12 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν προσβληθεί από σύφιλη, ότι παρουσιάζονται 1,4 εκατ. περιπτώσεις συγγενούς σύφιλης/έτος, ενώ τα τελευταία χρόνια η νόσος παρουσιάζει έξαρση. Η σύφιλη εμφανίζεται συχνότερα σε άντρες μεταξύ 20 και 40 ετών. Η νόσος διέρχεται από 3 στάδια: το πρωτογενές, το δευτερογενές και το τριτογενές. Στην πρωτογενή σύφιλη, εμφανίζονται ανώδυνες ελκωτικές βλάβες (συφιλιδικά έλκη) στην περιοχή ενοφθαλμισμού των βακτηριδίων, εντός 2 – 3 εβδομάδων από τη στιγμή της μόλυνσης. Μπορεί να γίνουν αντιληπτά τα έλκη ή κάποιο άλλο σύμπτωμα, ιδιαίτερα εάν οι ελκωτικές βλάβες βρίσκονται μέσα στο ορθό ή τον τράχηλο της μήτρας. Ακόμα και χωρίς θεραπεία, η νόσος υποχωρεί στο 75% των περιπτώσεων και τα έλκη επουλώνονται εντός 4 – 6 εβδομάδων. Η δευτερογενής σύφιλη αρχίζει περίπου 6 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του έλκους. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της γρίπης, με συνοδό ηπατοσπληνομεγαλία και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Οι βλάβες αναπτύσσονται με αργό ρυθμό και επιμένουν για εβδομάδες ή μήνες, ενώ συχνά αποδράμουν χωρίς θεραπεία και τα βακτηρίδια μεταπίπτουν ξανά σε λανθάνουσα κατάσταση. Η πρώιμη λανθάνουσα περίοδος αρχίζει ένα χρόνο ή και νεώτερα μετά την έναρξη της πρωτογόνου σύφιλης, ενώ η όψιμη λανθάνουσα περίοδος διαρκεί περισσότερο από 4 χρόνια. Η τριτογενής σύφιλη αποτελεί το τελικό στάδιο της νόσου. Μπορεί να προσβάλλει το καρδιαγγειακό σύστημα, το κεντρικό νευρικό και να οδηγήσει στην εμφάνιση κοκκιομάτων σε διάφορα όργανα του ανθρώπου.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου διαχείρισης μίας 17χρονης (GII, PI) που προσήλθε στο νοσοκομείο μας, σε ηλικία κύησης 37 εβδομάδων και 6 ημερών, λόγω έναρξης τοκετού (χωρίς παρακολούθηση στην κύηση).

**Υλικό και Μέθοδος:** 17χρονη (GII, PI) προσήλθε σε ηλικία κύησης 37 εβδομάδων και 6 ημερών, λόγω έναρξης τοκετού (χωρίς παρακολούθηση στην κύηση).

**Αποτελέσματα:** Έτεκεν, με φυσιολογικό τοκετό, ένα ζων, αρτιμελές θήλυ νεογνό βάρους σώματος 2900gr. Στον ορολογικό έλεγχο, ανευρέθηκε VDRL θετική. Δεν είχε παρουσιάσει στο παρελθόν συμπτώματα συμβατά με σύφιλη και δεν είχε λάβει αγωγή για σύφιλη. Το ατομικό της αναμνηστικό ήταν ελεύθερο, δε λάμβανε συστηματική φαρμακευτική αγωγή και, κλινικά, δεν παρουσίαζε συφιλιδικές εκδηλώσεις στο δέρμα, τα γεννητικά όργανα και τη στοματική κοιλότητα, ενώ δεν ήταν γνωστό σε ποιο τρίμηνο της κύησης έγινε η μόλυνση. Στη λοχεία, χορηγήθηκε τό-

σο στην ασθενή, όσο και στο νεογνό πενικιλίνη, χωρίς να υπάρχουν δερματικές βλάβες.

**Συζήτηση:** Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται ορολογικά για σύφιλη νωρίς στην κύηση. Στα περισσότερα κράτη, γίνεται προγεννητικός έλεγχος σε όλες τις γυναίκες. Τυπικός είναι ο έλεγχος μη τρεπονημικών αντισωμάτων προ τοκετού (Venereal Disease Research Laboratory – VDRL και Rapid Plasma Reagin – RPR), αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, χρησιμοποιείται ο έλεγχος τρεπονημικών αντισωμάτων (η δοκιμασία έμμεσου ανοσοφθορισμού Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption (FTA – Abs) και η δοκιμασία παθητικής αιμοσυγκόλλησης *Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay (TPHA). Η έγκυος με θετικά τρεπονημικά screening tests πρέπει να τα επιβεβαιώσει με μη τρεπονημικές μεθόδους με τίτλους. Για τους πληθυσμούς στους οποίους η επικράτηση της σύφιλης είναι υψηλή και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ο ορολογικός έλεγχος θα πρέπει να εκτελείται δύο φορές κατά το τρίτο τρίμηνο (καλύτερα μεταξύ 28ης–32ης εβδομάδας της κύησης) και κατά τον τοκετό. Όταν διαγιγνώσκεται σύφιλη κατά το δεύτερο ήμισυ της κύησης, η διερεύνηση θα πρέπει να περιλαμβάνει υπερηχογραφική εκτίμηση του εμβρύου για συγγενή σύφιλη, χωρίς αυτό να καθυστερήσει τη θεραπεία. Υπερηχογραφικά σημεία του εμβρύου ή του πλακούντα στη σύφιλη (όπως ηπατομεγαλία, ασκίτης, ύδρωπας, αναιμία εμβρύου ή πεπαχυσμένος πλακούντας) υποδηλώνουν μεγαλύτερο κίνδυνο αποτυχίας της θεραπείας στο έμβryo. Γυναίκες που έλαβαν θεραπεία για τη σύφιλη κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της κύησης κινδυνεύουν για πρόωρο τοκετό και/ή δυσχέρεια του εμβρύου. Η πενικιλίνη είναι αποτελεσματική για τη πρόληψη της μετάδοσης από τη μητέρα στο έμβryo και για τη θεραπεία της λοίμωξης του εμβρύου. Η θεραπεία δίνεται ανάλογα με το στάδιο της σύφιλης. Για τη θεραπεία της σύφιλης κατά τη διάρκεια της κύησης, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη εναλλακτική πρόταση σε σχέση με τη πενικιλίνη. Οι έγκυες με ιστορικό αλλεργίας στην πενικιλίνη θα πρέπει να απευαισθητοποιούνται και να θεραπεύονται με αυτήν. Τετρακυκλίνη και δοξυκυκλίνη συνήθως δε χρησιμοποιούνται. Η ερυθρομυκίνη και η αζιθρομυκίνη δε θεραπεύουν με αξιοπιστία τη μητρική λοίμωξη και δεν αντιμετωπίζουν ένα μολυσμένο έμβryo. Τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για τη σύσταση της κεφτριαξόνης για τη θεραπεία της μητρικής λοίμωξης και την πρόληψη της συγγενούς σύφιλης.

**Συμπεράσματα:** Οι βλάβες που θα προκληθούν στο έμβryo εξαρτώνται από τον χρόνο προσβολής της μητέρας και από το στάδιο της νόσου. Συνεπώς, ο προγεννητικός έλεγχος είναι πρωταρχικής σημασίας για να αποφευχθούν δυσάρεστα επακόλουθα. Ο έλεγχος με τις μη ειδικές τρεπονηματικές αντιδράσεις (VDRL, RPR) είναι εύκολος, γρήγορος και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα, ακόμα και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

**Βιβλιογραφία:** 1. Κουρτέση Θ., Σταυρόπουλος Γ., Κατσάμπας Δ. Προσεγγίζοντας τη συφιλιδική λοίμωξη: Κλασικές και σύγχρονες θεραπευτικές προτάσεις. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας. Ελλ. Επιθ. Δερμ. Αφρ. 22:1 13-20, 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.sygros-hosp.gr/files/file/13-22.pdf>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 2. Γιαννοπούλου Μ. Σύφιλη. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/106>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 3. Wicher K., Horowitz HW., Wicher V. Laboratory methods of diagnosis of syphilis for the beginning of the third millennium. *Microbes Infect* 1999; 1:1035-49. 4. Stoner BP. Current controversies in the management of adult syphilis. *Clin Infect Dis* 2007; 44:130-46. 5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MorbMort Week Rep* 2006; 55:22-29. 6. Centers for disease control and prevention. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2010; 59:26-36. 7. Hebmuller MG., Fiori HH., Lago EG. Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis. *Cien Saude Colet.* 2015 Sep; 20(9):2867-2878. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26331518>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015.

8. Arnesen L., Serruya S., Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica.* 2015 Jun; 37(6):422-9. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26245178>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 9. Mmeje O., Chow JM., Davidson L., Shieh J., Schapiro JM., Park IU. Discordant Syphilis Immunoassays in Pregnancy: Perinatal Outcomes and Implications for Clinical Management. *Clin Infect Dis.* 2015 Oct 1; 61(7):1049-53. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26063719>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015. 10. Charlier C., Benhaddou N., Dupin N. Syphilis and pregnancy. *Presse Med.* 2015 Jun; 44 (6 Pt 1): 631-8. Διαθέσιμο στο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033558>. Ανακτήθηκε στις 16/09/2015.

## AA-120. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 2012 – 2014

Θανασιάς Ι., Παπαβασιλείου Σ., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ., Οικονόμου Ι., Χριστοδούλου Θ.

*Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της επίπτωσης της παράτασης της εγκυμοσύνης καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης στο Γ.Ν. Τρικάλων κατά την τριετία 2012 – 2014.

**Υλικό:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία των φακέλων παρακολούθησης – τοκετού των γυναικών που γέννησαν στην κλινική μας κατά το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα, καταγράφοντας τον τόκο, την ηλικία της εγκύου, την ηλικία της εγκυμοσύνης προηγούμενο ιστορικό παρατεινόμενης κύησης, καθώς και τον τρόπο τοκετού.

**Αποτελέσματα:** Σε σύνολο 1320 γυναικών που γέννησαν στην κλινική μας καταγράψαμε 122 (9.24%), οι οποίες γέννησαν μετά την 40η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Από τις 122 έγκυες οι 97 (79.5%) ήταν πρωτοτόκες. Η μέση ηλικία κύησης ήταν 40 εβδομάδες και 3 ημέρες (40 – 41 εβδομάδες). Όσον αφορά τον τρόπο τοκετού, συνολικά από τις 122 έγκυες οι 30 (24.59%) προσήλθαν στην κλινική με αυτόματη έναρξη τοκετού μεταξύ 40ης – 41ης εβδομάδας και οι 27 (90%) γέννησαν με κολπικό τοκετό. Σε 68 (55.74%) έγκυες έγινε πρόκληση τοκετού με προσταγλανδίνες, ενώ σε 29 (23.77%), στην πλειονότητα των περιπτώσεων πολυτόκες, χορηγήθηκε ουκυτοκίνη ενδοφλέβια μετά από τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Το ποσοστό της ανάγκης διεκπεραίωσης του τοκετού με καισαρική τομή και για τις δύο ομάδες (προσταγλανδίνες – ουκυτοκίνη) συνολικά ήταν 38.77% γυναίκες, με τη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων να αφορά πρωτοτόκες. Σε καμία γυναίκα η εγκυμοσύνη δεν παρατάθηκε πέραν τις 41 εβδομάδες. Κανένας ενδομήτριος θάνατος δε συνέβη και η περιγεννητική νοσηρότητα υπολογίζεται ίδια με αυτή της τελειομένης εγκυμοσύνης.

**Συμπεράσματα:** Σήμερα, δεδομένου της αυξημένης μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά τη συμπλήρωση της 41ης εβδομάδας, οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα τάσσονται υπέρ της πρόκλησης τοκετού με τη συμπλήρωση της 41ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από τον βαθμό ωριμότητας του τραχήλου και την υποδεκτικότητα του στην επίδραση των συστολών της μήτρας, καθώς και από την παρουσία ενδεικτικών σημείων κινδύνου του εμβρύου, με την ουκυτοκίνη και τις προσταγλανδίνες να κατέχουν την πρώτη θέση προτίμησης, ενώ η καισαρική τομή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε κάθε περίπτωση οξείας εμβρυϊκής δυσχέρειας κατά την εξέλιξη του τοκετού.



### AA-121. ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΤΟ APGAR SCORE ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΥΜΕΝΩΝ ΕΩΣ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ, ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ;

Κολοκυθά Π., Πάσχου Ε., Χαραλαμπίδου Π., Δημόπουλος Σ.

Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

**Σκοπός:** Η συσχέτιση της τιμής του apgar score που δίνεται στο 1ο λεπτό με το χρονικό διάστημα από τη ρήξη των υμένων έως το φυσιολογικό τοκετό του εμβρύου, την εβδομάδα κύησης και το βάρος του νεογνού.

**Υλικά και μέθοδος:** Έγινε συλλογή πληροφοριών από τα παρτογράμματα 313 φυσιολογικών τοκετών, οι οποίοι έλαβαν χώρα στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου έδεσσας.

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε ότι οι εβδομάδες κύησης κυμάνθηκαν από 26-41 με διάμεσο τις 39, το βάρος των νεογνών ήταν από 1900gr-4660gr., ο χρόνος από τη ρήξη των υμένων έως τον τοκετό του εμβρύου ήταν από 0-1038 λεπτά και διάμεσο τα 30 λεπτά, και τέλος το apgar score του 1ου λεπτού κυμάνθηκε από 5-10 με διάμεσο το 9. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του χρονικού διαστήματος από τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων μέχρι τον τοκετό του εμβρύου και του apgar score στο 1ο λεπτό ( $p=0,312$ ). Επιπλέον, ούτε και η εβδομάδα κύησης φάνηκε να επηρεάζει το apgar στο 1ο λεπτό ( $p=0,502$ ), αλλά ούτε και το βάρος του νεογνού ( $p=0,220$ ). Ακόμη, αναδείχθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο apgar του 1ου λεπτού στα νεογνά που γεννήθηκαν μετά την 40η εβδομάδα και σε αυτά που γεννήθηκαν πριν τις 37 εβδομάδες ( $p=0,972$ ).

**Συμπεράσματα:** Συμπερασματικά, το apgar του 1ου λεπτού δε φαίνεται να επηρεάζεται από καμία από τις υπό μελέτη παραμέτρους. Σε αντίθεση με την πλειονότητα των βιβλιογραφικών μελετών, δεν βρέθηκε διαφορά στην τιμή του apgar στα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα (<37 εβδομάδων) σε σύγκριση με τα τελειώμανα.

### AA-123. ΥΜΕΝΙΚΗ ΕΚΦΥΣΗ ΤΗΣ ΟΜΦΑΛΙΔΑΣ – ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑ. ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Θανασιάς Ι., Χριστοδούλου Θ., Οικονόμου Ι., Παπαδούλη Μ., Μακρή Δ., Παπαβασιλείου Σ.

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

**Εισαγωγή:** Η υμενική πρόσφυση του ομφάλιου λώρου και τα προδρομικά αγγεία αποτελούν μια σπάνια, αλλά ταυτόχρονα απειλητική για τη ζωή του νεογνού κατάσταση. Η υμενική πρόσφυση του ομφάλιου λώρου εκτιμάται ότι συναντάται περίπου στο 1% των μονοδύμων κύσεων, ενώ σε πλακούντες διδύμων κύσεων είναι περίπου 7 – 8 φορές συχνότερη.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Έγκυος πρωτοτόκος με ελεύθερο ατομικό και μαιευτικό ιστορικό διανύοντας την 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης εισήχθη στο μαιευτήριο της κλινικής μας με συμπτωματολογία αυτόματης έναρξης τοκετού. Η αιφνίδια και σημαντικού βαθμού κολπική αιμορραγία που διαπιστώθηκε αμέσως μετά από την τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων συνοδευόμενη από επιβραδύνσεις του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού έθεσε την πιθανή διάγνωση της υμενικής πρόσφυσης του ομφάλιου λώρου – προδρομικά αγγεία και η επίτοκος υποβλήθηκε σε επείγουσα καισαρική τομή. Μετά από την έξοδο του νεκρού εμβρύου ακολούθησε η έξοδος του πλακούντα. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη υμε-

νικής πρόσφυσης του ομφάλιου λώρου και η ρήξη προδρομικών αγγείων. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την παθολογοανατομική εξέταση του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων. Το χειρουργείο ολοκληρώθηκε με φυσιολογικές απώλειες αίματος. Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την πέμπτη ημέρα νοσηλείας.

**Συζήτηση:** Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης και την επιτυχή έκβαση του τοκετού. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση ορθή αντιμετώπιση, προκειμένου να αποφευχθεί ένας αιφνίδιος νεογνικός θάνατος στο μαιευτήριο. Η πρόγνωση για το έμβryo εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση και τον βαθμό της απώλειας εμβρυϊκού αίματος. Αν και έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι η εμβρυϊκή θνησιμότητα μπορεί να φτάσει μέχρι και το 50% – 75% των περιπτώσεων μετά από τη ρήξη προδρομικών αγγείων κατά τη διάρκεια του τοκετού, η έγκαιρη προγεννητική διάγνωση βασισμένη στις σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι έχει μειώσει σημαντικά τον δείκτη περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

### AA-124. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Τσίλια Α.-Μ.<sup>1</sup>, Λασοπούλου Μ.<sup>2</sup>, Κουμεινίδου Μ.<sup>2</sup>, Κόρπα Γ.<sup>1</sup>, Κολαΐτης Γ.<sup>1</sup>, Μπούζα Ε.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία», <sup>2</sup>Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία»

**Εισαγωγή:** Η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού και η εισαγωγή του σε μονάδα εντατικής νοσηλείας αποτελούν ψυχοπαισιτικό παράγοντα. Συνδέονται συνηθέστερα με την εμφάνιση οξείας αντίδρασης στο στρες, διαταραχές προσαρμογής, και σπανιότερα καταθλιπτική διαταραχή ή επιλόχεια κατάθλιψη.

**Σκοπός:** Θα γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που αφορά παρεμβάσεις στους γονείς. Θα παρουσιαστεί το περιεχόμενο της συνδυασμένης παρέμβασής και ο απολογισμός δράσης στη Μονάδα.

**Μέθοδος:** Βάση της ανασκόπησης, παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών αποτελούν η εμφάνιση ενός εύθραυστου, άρρωστου μωρού, ανησυχία για την επιβίωση, αλλοίωση του γονικού ρόλου και το μη οικείο περιβάλλον της μονάδας. Σκοπός των παρεμβάσεων είναι η ενδυνάμωση των γονέων και η μείωση του στρες, προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάπτυξη δεσμού, απαραίτητου για την επιβίωση / ανάπτυξη του νεογνού.

Η παρέμβαση περιελάμβανε: 1. Την εκπαιδευτική παρέμβαση με συνεχή ενημέρωση για την κατάσταση του νεογνού, εξοικείωση με τους κανόνες λειτουργίας και περιβάλλον της μονάδας (χώρος, όργανα, μικροεπεμβάσεις), εκπαίδευση για τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά του πρόωρου, κινητοποίηση και των δύο γονέων για την προσφορά μητρικού γάλακτος, συμμετοχή στη σίτιση, καθημερινή φροντίδα και προετοιμασία για το εξιτήριο. 2. Την ψυχολογική παρέμβαση με εβδομαδιαίες συναντήσεις, που στόχευαν στην ανακούφιση των δυσάρεστων συναισθημάτων και την ενίσχυση των θετικών τρόπων αντιμετώπισης του άγχους. Το πρόγραμμα απευθυνόταν και στους δύο γονείς. Συμμετείχαν 80 ζευγάρια.

**Αποτελέσματα:** Οι μισές οικογένειες δέχτηκαν την εκπαιδευτική και ψυχολογική παρέμβαση. 2,6% παραπέμφθηκαν για περαιτέρω ψυχιατρική βοήθεια.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η εκπαιδευτική και ψυχολογική παρέμβαση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του γονικού στρες και στην ενίσχυση του συναισθηματικού δεσμού με το πρόωγο νεογνό.

#### AA-125. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ VS ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ Λέσκου Σ.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι να μελετήσει με ποιόν τρόπο επιλέγουν να γεννήσουν οι γυναίκες και κατά πόσο παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η εμπειρία από προηγούμενο τοκετό μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή αυτή.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μελέτη αυτή βασίζεται σε δείγμα 85 γυναικών στις οποίες δόθηκε να συμπληρωθεί ένα ερωτηματολόγιο 11 ερωτήσεων που αφορούσαν τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή.

**Αποτελέσματα:** Εκ του συνόλου των 85 γυναικών οι 75 γυναίκες ποσοστό 90 % επέλεξαν τον φυσιολογικό τοκετό ως μέθοδο διεκπεραίωσης της εγκυμοσύνης και 10 γυναίκες ποσοστό 10 % την καισαρική τομή. Πενήντα έξι τις εκατό (56%) των γυναικών που είχαν γεννηθεί με καισαρική τομή δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό. Από τις 10 γυναίκες που επέλεξαν την καισαρική τομή οι 3-(33%) ήταν γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Σαράντα τρεις γυναίκες το 57.5% εκ των γυναικών επέλεξε φυσιολογικό τοκετό με χρήση επισκληριδίου ενώ 32 γυναίκες το 32.5% επιλέγει να γεννήσει με φυσικό τοκετό χωρίς επισκληρίδιο αναισθησία.

**Συμπεράσματα:** Ο Φυσιολογικός Τοκετός είναι περισσότερο προτιμητέος έναντι της Καισαρικής Τομής σε ποσοστό 90% έναντι 10%. Ο φυσιολογικός τοκετός είναι περισσότερο προτιμητέος ακόμα και σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή.

#### AA-126. ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΑ. Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΩΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Ντάνου Π.<sup>1</sup>, Ζούκας Α.<sup>2</sup>, Παπαμανώλης Β.<sup>2</sup>, Μπράβου Κ.<sup>2</sup>, Φανουργιάκης Α.<sup>1</sup>, Σεργεντάνης Θ.<sup>2</sup>, Καμπάς Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Π.Γ.Ν. - Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», <sup>2</sup> Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου

**Σκοπός Εργασίας:** Τα τελευταία χρόνια στο Γ.Ν. Κορίνθου παρατηρήθηκε μια αύξηση της αναλογίας των τοκετών που πραγματοποιούνται από γυναίκες νεώτερης ηλικίας και συγχρόνως μια αυξητική τάση εμφάνισης χαμηλού βάρους γέννησης (ΧΒΓ) νεογνών. Το παραπάνω γεγονός μας κίνησε το ενδιαφέρον να μελετήσουμε τις καταγραφές του βάρους γέννησης (Β.Γ.) νεογνών από τις έφηβες πρωτοτόκες και να τις συγκρίνουμε με τις αντίστοιχες των ενηλίκων.

**Υλικό και μέθοδος:** Αφού αποκλείστηκαν τα IUGR έμβρυα δηλαδή αυτά που κατά τη γέννηση είχαν βάρος σώματος κάτω από τη 10η εκατοστιαία θέση (Ε.Θ.) που συνήθως οφειλόταν σε κάπνισμα, αναιμία, συστηματικό νόσημα, προεκλαμψία της μητέρας ή σε αποκόλληση πλακούντα, το υλικό μας αποτέλεσαν 558 τελειόμηνες (37 - 40+6 εβδ.) πρωτοτόκες με μονήρη κύηση που βρίσκονταν σε τακτική παρακολούθηση και προσήλθαν στην παραλαβή με αυτόματη έναρξη τοκετού και κεφαλική προβολή εμβρύου. 76 νεογνά προήλθαν από πρωτοτόκες ηλικίας 11 - 17 ετών (μέση ηλικία: 13.4 έτη) και τοποθετήθηκαν στην Ομάδα Α' και 482 νεογνά από γυναίκες >17 ετών και έως 35 ετών (μέση ηλικία: 29.3 έτη) που αποτέλεσαν την Ομάδα Β'. Και στις δύο ομάδες έγινε καταγραφή του Β.Γ. των νεογνών και έγινε η τοποθέτησή τους στο διάγραμμα σωματικού βάρους με βάση την εκατοστιαία θέση (Ε.Θ.) την ημέρα του τοκετού.

**Αποτελέσματα:** Από την Ομάδα Α', είχαμε 14 νεογνά (ποσοστό 18.42%) που το Β.Γ. αντιστοιχούσε μεταξύ 11ης και 25ης Ε.Θ. έναντι 58 νεογνών (ποσοστό 12.03%) της Ομάδας Β' (OR: 1.6507, 95% CI: 0.8690 - 3.1356, P=0.1257). Τα υπόλοιπα 62 νεογνά (81.58%) της Ομάδας Α' και 424 (87.97%) της Ομάδας Β' ήταν άνω της 25ης Ε.Θ. και δεν χρειάστηκε να γίνει στατιστική ανάλυση.

**Συμπεράσματα:** Η εφηβική ηλικία της εγκύου δεν συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για ΧΒΓ νεογνών συγκριτικά με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Το γεγονός ότι παρατηρείται μια γενική αύξηση των ποσοτών των ΧΒΓ νεογνών τα τελευταία χρόνια, οι αιτίες ίσως πρέπει να αναζητηθούν στη διερεύνηση άλλων παραγόντων που προδιαθέτουν για IUGR ή νεογνά με βάρος μικρότερο από το αναμενόμενο.

#### AA-127. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΠΕΙΡΑΙΑ "ΤΖΑΝΕΙΟ" ΣΕ ΕΥΡΟΣ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ Ασκοξυλάκη Μ., Χριστοδουλάκη Χ., Καμπιτοπούλου Σ., Λοϊσίτου Ν., Αλαμάνου Ε., Κατσούλης Μ.

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική-«ΤΖΑΝΕΙΟ» Π.Γ.Ν Πειραιά

**Εισαγωγή:** Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως μεγάλο πρόβλημα. Σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές που οφείλονται συχνά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας στην εφηβεία.

**Σκοπός:** Η μελέτη των χαρακτηριστικών των εφηβικών κύσεων σε δημόσιο νοσοκομείο σε μια δεκαετία.

**Υλικό και μέθοδος:** Καταγράψαμε και μελετήσαμε τα χαρακτηριστικά εφηβικών κύσεων (12 έως 19 ετών) στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» από Ιανουάριο του 2006 έως Ιούλιο του 2015, σχετικά με την ηλικία, την εθνικότητα, τον τόκο, το είδος του τοκετού και τα αίτια καισαρικής τομής (ΚΤ).

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε ότι από τις 6.929 γυναίκες που γέννησαν στο νοσοκομείο μας οι 386 ήταν έφηβες (5,57%), από τις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πρωτοτόκες (80,4% έναντι 19,5%). Το 60,9% ήταν αλλοδαπές ενώ το 39,1% ήταν Ελληνίδες. Ο αριθμός των φυσιολογικών τοκετών ανήλθε σε 56,2%, των ΚΤ σε 37,6% ενώ το 6,2% ήταν υποβηθούμενοι τοκετοί. Τα βασικότερα αίτια που οδήγησαν σε ΚΤ ήταν κεφαλοπυελική δυσαναλογία (19,3%), μη εξέλιξη τοκετού (17,3%), ανώμαλη προβολή ή θέση (12,4%), προηγηθείσα ΚΤ (7,6%), αλλοίωση παλμών (6,9%), μητρική επιθυμία (6,2%), προεκλαμψία (4,8%), IUGR έμβρυα (3,5%), ενεργός HPV λοίμωξη (3,5%) και άλλες λιγότερο συχνές αιτίες (αποκόλληση πλακούντα, περιγεννητικός θάνατος, ΣΔ κύησης).

**Συζήτηση - Συμπεράσματα:** Αναμενόμενο ήταν η πλειοψηφία να είναι πρωτοτόκες (80,4%). Στις έφηβες η πρώτη αιτία ΚΤ ήταν η κεφαλοπυελική δυσαναλογία ενώ στις ενήλικες η προηγηθείσα ΚΤ, γεγονός που εξηγείται από την οστεοπυελική ανωριμότητα. Τόσο στο γενικό μαιευτικό πληθυσμό όσο και στις έφηβες υπερτερούν οι αλλοδαπές. Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με τα ποσοστά της να παραμένουν σε υψηλά επίπεδα. Η ενημέρωση για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση κρίνεται αναγκαία.

#### AA-128. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΔΙΔΥΜΩΝ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Παναγιωτοπούλου Ο.<sup>1</sup>, Καρατζά Α.<sup>1</sup>, Φούζας Σ.<sup>1</sup>, Παπαδοπούλου Χ.<sup>1</sup>, Σινωπίδης Ε.<sup>2</sup>, Δημητρίου Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Παιδιατρική Κλινική και <sup>2</sup>Παιδοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

**Σκοπός:** Οι δίδυμες κύσεις έχουν συσχετισθεί με μεγαλύτερο

κίνδυνο εμβρυικών ανατομικών ανωμαλιών και επιπλοκών στην περιγεννητική περίοδο. Η αύξηση των διδύμων κινήσεων είναι απότοκος εν μέρει της χρήσης των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ενδεχομένως να έχει επίπτωση στα ποσοστά των νεογνών που χρήζουν πρόσθετων υγειονομικών παροχών. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης χειρουργικών ανωμαλιών σε ένα πληθυσμό διδύμων και η συσχέτιση με τη μέθοδο σύλληψης. **Υλικά και μέθοδος:** Αναλύθηκαν δεδομένα 875 νεογνών προερχόμενων από διδύμες κινήσεις στις οποίες τουλάχιστον ένα από τα διδύμα εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας το χρονικό διάστημα 1995-2012. Σαράντα πέντε τοις εκατό των κινήσεων (199/445) ήταν αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση ή ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος).

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής 21/390 νεογνά (5,4%) είχαν χειρουργικές ανωμαλίες (γαστρεντερικού, ουρογεννητικού, μυοσκελετικού, κεντρικού νευρικού συστήματος) σε σύγκριση με 15/458 νεογνά (3,1%) στην ομάδα των αυτόματων συλλήψεων (OR=1,79, 95% CI=0,91-3,52). Έντεκα νεογνά (2,8%) στην πρώτη ομάδα διαγνώστηκαν με ανωμαλίες του ουρογεννητικού συστήματος έναντι 5 (1,0%) στην ομάδα ελέγχου (OR=2,79, 95% CI=0,96-8,11). Με τη μέθοδο της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για χειρουργικές ανωμαλίες συνολικά (OR=2,33, 95% CI=1,00-5,46; p=0,05), όπως και για διαταραχές του ουρογεννητικού (OR=4,73, 95% CI=1,16-19,3; p=0,03) λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία της μητέρας, τον τόκο, την χοριονικότητα και το φύλο του νεογνού.

**Συμπεράσματα:** Δίδυμα προερχόμενα από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο χειρουργικών ανωμαλιών και ιδιαιτέρως δυσπλασιών του ουρογεννητικού συστήματος. Συνιστάται η παρακολούθηση του πληθυσμού αυτού στην πρώιμη βρεφική ηλικία για την πρόληψη χειρουργικών επιπλοκών.

#### AA-129. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΑΓΓΛΙΟΝΙΚΟΥ ΜΕΓΑΚΟΛΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΕΛΞΕΩΣ: ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ Δασοπούλου Μ., Μπαλτογιάννης Ν., Λειψού Ν., Μπούζα Ε. Β' ΜΕΝΝ Νοσοκομείου Παιδών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" Β' Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"

**Εισαγωγή:** Η χειρουργική διόρθωση του αγγλιονικού μεγακόλου έχει περιγραφεί από τους Swenson και μεταγενέστερους (1948) ως διεντερική έλξη ("pull through" procedure), κατά την οποία το λειτουργικό τμήμα του εντέρου συνδέεται με το ορθό. Αποτελεί τυπική μέθοδο αποκατάστασης του μεγακόλου, που περιορίζεται στο ορθό, ιδιαιτέρως σε μικρούς ασθενείς και έχει αντικαταστήσει την παλαιότερη κολοστομία και σε δεύτερο χρόνο χειρουργική αποκατάσταση.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Τελειόμηνο νεογνό γεννηθέν με κολπικό ανεπίπλεκτο τοκετό εμφάνισε, ενώ σιτιζόταν, στις 35 ώρες ζωής μετεωρισμό και χολώδεις εμέτους. Οι προσπάθειες επανασίτισης κατέληξαν σε αποτυχία ενώ παράλληλα διαπιστώθηκε λοίμωξη (εμπύρετο και αυξημένοι εργαστηριακοί δείκτες) ως αποτέλεσμα της σίτισης. Τόσο η α/α κοιλίας όσο και το υπερηχογράφημα έδειξαν διάταση εντέρου με πολλαπλές φνυαλίδες αεροπλήθειας χωρίς εικόνα απόφραξης. Η διάβαση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού έδειξαν καθυστερημένη προώθηση σκιαγραφικού και γαστρική κένωση. Η εκρηκτική κένωση μετά από δακτυλική εξέταση με ύφεση του μετεωρισμού έθεσε κλινικά την υποψία μεγακόλου. Διενεργήθηκε βιοψία κατά Swenson, η οποία

ήταν διαγνωστική αγγλιονικού μεγακόλου. Η αποκατάσταση έγινε με διεντερική έλξη (παράλλαξη Swenson), με την οποία το υγιές τμήμα του κατιόντος προωθήθηκε εντός του εντερικού αυλού με έλξη προς το ορθό διατηρώντας άθικτο το εξωτερικό τοίχωμα. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε με επιτυχία και το βρέφος δεν εμφάνισε ακράτεια ή δυσκολιότητα κατά την διαχρονική παρακολούθηση στην ηλικία των 6 και 8 μηνών.

**Συμπέρασμα:** Η διεντερική έλξη αποτελεί μέθοδο εκλογής για την αποκατάσταση του αγγλιονικού μεγακόλου, που αφορά το ορθό και ιδιαιτέρως για τα νεογνά, γιατί αποφεύγονται οι πολλαπλές επεμβάσεις, η έκθεση σε αυξημένους κινδύνους και επιπλοκές για την ευαίσθητη αυτή ηλικία

#### AA-130. ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗΣ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ~ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Συγγούνη Κ.-Μ.<sup>1</sup>, Ιατρούκης Γ.<sup>2</sup>

ΤΕΙ Αθήνας

**Πρώιμη/Όψιμη Απολίπωση:** Η πρώιμη απολίπωση του ομφάλιου λώρου ορίζεται ως η αποκοπή του τα πρώτα 5-15sec. Η όψιμη απολίπωση του ομφάλιου λώρου από την άλλη, ορίζεται ως η απολίπωση τα πρώτα 30-180sec. ζωής (Menget et al, 2013), (Raju and Singal, 2012), (Raju, 2013).

**Πρώιμη και Όψιμη Απολίπωση σε Τελειόμηνα:** Η όψιμη απολίπωση του ομφάλιου λώρου αποτελεί βάσει Ευρωπαϊκών συστάσεων το πρώτο βήμα για τα νεογνά που κινδυνεύουν από Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας. Μόλις 1' όψιμη απολίπωσης προσφέρει 80ml παραπάνω στον συνολικό όγκο του νεογέννητου και τα 3' προσφέρουν 100ml συνολικά. Με την όψιμη απολίπωση, αυξάνεται η αιμογλοβίνη και ο αιματοκρίτης και τα υψηλά επίπεδα παραμένουν από 4 έως και 6 μήνες μετά (Raju, 2013). Βέβαια, η καθυστέρηση στην απολίπωση μερικές φορές μπορεί να αποτελέσει και δραματική καθυστέρηση για την ανάνηψη του νεογνού η οποία θα πρέπει να διενεργηθεί άμεσα. Επιπλέον, στην όψιμη απολίπωση έχουμε το μειονέκτημα του ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα συλλογής αίματος για τις Τράπεζες καθώς επίσης, έχει παρατηρηθεί μία αύξηση σε νεογνά που εμφανίζουν πολυκυτταραιμία (ειδικά σε ΣΔΚ και IUGR) και αυξημένη χολερυθρίνη (ανάγκη για φωτοθεραπεία) αλλά οι περισσότερες έρευνες δεν δείχνουν μεγάλες διαφορές. Μία μετα-ανάλυση 1762 νεογνών έδειξε μία αύξηση 0.1% στην εμφάνιση πολυκυτταραιμίας στην όψιμη απολίπωση συγκριτικά με την πρώιμη (Raju and Singal, 2012), (Menget et al, 2013), (Hutton and Hassan, 2007).

**Πρώιμη και Όψιμη Απολίπωση σε Πρόωρα:** Η όψιμη απολίπωση του ομφάλιου λώρου στα πρόωρα νεογνά φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας και ζωτικότητας. Ισχύει ό,τι και για τα τελειόμηνα νεογνά όσον αφορά στην αύξηση αιμογλοβίνης/αιματοκρίτη και του συνολικού όγκου αίματος. Δεν φάνηκε καμία διαφορά ανάμεσα σε πρόωρα νεογνά που είχαν πρόωρη ή όψιμη απολίπωση ως προς τα επίπεδα του pH στο αίμα, τις περιπτώσεις με χαμηλό Apgar-score και την πυρεξία. Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία ήταν πιο συχνή στην περίπτωση της πρώιμης απολίπωσης συγκριτικά με της όψιμης με ποσοστά 28.7% και 16.4% αντίστοιχα. Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στον νεογνικό θάνατο (Raju and Singal, 2012), (Menget et al, 2013). Σύγκριση 15 ερευνών (1912 νεογέννητα) με όψιμη απολίπωση (για τουλάχιστον 2min (1001) και πρώιμη (911) έδειξε πλεονεκτήματα στην περίπτωση της όψιμης σε διάστημα 2 έως και 6 μηνών. Βελτιωμένη αιματολογική κατάσταση γενικότερα και αύξηση αιματοκρίτη με μία μέση διαφορά 3.70, υψηλά επίπεδα φερριτίνης 17.9, αποθήκες σιδήρου 19.90,

αναμία 0,53 (Hutton and Hassan, 2007).

**Milking:** Η διαδικασία του Milking, δηλαδή οι ήπιες μαλάξεις ενός τμήματος του ομφάλιου λώρου γύρω στα 20εκ, 3-4 φορές περίπου φαίνεται να αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα για τα νεογνά, κυρίως τα πρόωρα (Raju and Singal, 2012). Αυτή η τεχνική αποτελεί μία εναλλακτική προσέγγιση της όψιμης απολίνωσης για την ενίσχυση της πρόσληψης του αίματος αμέσως μετά τη γέννηση. Μία τυχαιοποιημένη έρευνα έδειξε ότι 2sec. milking ισούται με 30sec. καθυστερημένης απολίνωσης (Funai and Norwitz, 2015). Συγκρίνοντας την διαδικασία αυτή με την πρώιμη απολίνωση, παρατηρούμε στην πρώτη περίπτωση, υψηλότερα επίπεδα στην συγκέντρωση της αιμογλοβίνης και υψηλότερα ποσοστά μέσης αρτηριακής πίεσης, μειωμένη ανάγκη για μεταγγίσεις και αυξημένη αποβολή ούρων κατά τις πρώτες 72 ώρες. Επιπροσθέτως, τα νεογνά που υποβλήθηκαν σε μηχανική υποστήριξη και χορήγηση O<sub>2</sub> ήταν περισσότερα στην περίπτωση της πρώιμης απολίνωσης (Raju and Singal, 2012). Μόλις 45sec. καθυστερημένης απολίνωσης ή 15sec. milking βελτιώνει την καρδιαγγειακή προσαρμογή (Menget et al, 2013). Συγκρίνοντας από την άλλη το milking με την όψιμη απολίνωση κατά μέσο όρο 30sec. δεν παρατηρήθηκαν μεγάλες διαφορές (Raju and Singal, 2012).

**Συμπεράσματα:** Γενικότερα, παρατηρούμε ότι η όψιμη απολίνωση πλεονεκτεί σαφώς έναντι της πρώιμης ιδιαίτερα σε νεογνά τα οποία κινδυνεύουν από ΣΑΔ και άλλες αναπνευστικές παθήσεις. Δυστυχώς όμως, μερικές φορές η καθυστέρηση της ανάνηψης μπορεί να αποβεί μοιραία επομένως η πρώιμη απολίνωση φαίνεται να είναι η μόνη επιλογή. Ωστόσο, η τεχνική του milking φαίνεται χρήσιμη ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει η δυνατότητα αναμονής. Στις μητρικές επιπτώσεις, μειωτική αιμορραγία, δεν παρατηρήθηκε διαφορά.

#### Βιβλιογραφία Ξένη:

- Funai and Norwitz, 2015, Management of Normal Labor and Delivery, UpToDate.
- Hutton and Hassan, 2012, Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials, PubMed.
- Menget et al, 2013, Advantage of delayed umbilical clamping in the newborn infant, PubMed.
- Raju, 2013, Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion, PubMed.
- Raju and Singal, 2012, Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth, PubMed.

1. Μαΐα 2. Καθηγήτρια Μαιευτικής-Γυναικολογίας Τεχνολογικού Τομέα Ανώτατης Εκπαίδευσης, Δρ. Πανεπιστημίου Αθηνών, Mphil of London University

#### AA-131. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΓΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Τσαπάκη Ε., Παπιάς Α., Αρταβάνη Μ., Κολοβάκη Β., Κουμαντάκης Γ., Πάντου Αγ., Σφακιανούδης Κ.

Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.

**Σκοπός:** Η μελέτη της ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης.

**Υλικό-Μέθοδος-Αποτελέσματα:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που αφοράτο χρονικό διάστημα 2005-2015 κατά το οποίο μελετήθηκαν προγεννητικά στο Γένεσις Αθηνών 6517 κήσεις και σε 2031 (31,1%) έγινε εξειδικευμένος έλεγχος της εμβρυϊκής καρδιάς. Στο σύνολο αυτό 1880 κήσεις ελέγχθηκαν στο δεύτερο τρίμηνο και 151 κήσεις ελέγχθηκαν στο πρώτο τρίμηνο. Καταγράφησαν στο σύνολό τους σε ποσοστό 5,85%, 110/1880 περιπτώσεις ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας εκ των οποίων σε ποσοστό 89% (98/110) δεν συνυπήρχε δομική-ανατομική ανωμαλία της τριγλώχινας βαλβίδας ούτε και άλλη συγγενή καρδιακή ανωμαλία ενώ σε ποσοστό 10,9% (12/110) συνυπήρχε και άλλη συγγενή καρδιακή ανωμαλία όπως μεσοκοιλιακή επικοινωνία

6/12 (50%), μεμονωμένο δεξιό αορτικό τόξο 1/12 (8,33%), κοινή κολποκοιλιακή επικοινωνία 1/12 (8,33%), έλλειψη του φλεβώδους πόρου 1/12 (8,33%), μονήρης διπλοείσοδος και διπλοέξοδος κοιλία αριστερής μορφολογίας με μετάθεση των μεγάλων αγγείων, υποπνευμονική στένωση και στένωση ισθμού αορτής 1/12 (8,33%), σοβαρή νόσος Ebstein 1/12 (8,33%), λειτουργικός αγγειόσπασμος βοταλλείου πόρου 1/12 (8,33%). Σε 2/110 (1,81%) η ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας ήταν πολύ σοβαρή και αφορούσε ένα περιστατικό με νόσο Ebstein (ποσοστό 50%, 1/2) και ένα περιστατικό στο οποίο παρά την σοβαρότητα της ανεπάρκειας η τριγλώχινα βαλβίδα δεν παρουσίαζε καμία δομική ανωμαλία (ποσοστό 50%, 1/2). Ελάχιστη πρωτοσυστολική ανεπάρκεια παρατηρήθηκε σε ποσοστό 63,6% (70/110), ελάχιστη ολοσυστολική ανεπάρκεια τριγλώχινας σε ποσοστό 16,36% (18/110), ενόμετρου βαθμού ανεπάρκεια παρατηρήθηκε σε ποσοστό 10% (11/110) και ανεπάρκεια και των δύο κολποκοιλιακών βαλβίδων παρατηρήθηκε σε ποσοστό 8,1% (9/110).

**Συμπεράσματα:** Είναι γνωστή η συσχέτιση της ανεπάρκειας της τριγλώχινας στο πρώτο τρίμηνο με γενετικά αίτια. Η τριγλωχινική ανεπάρκεια όμως παρατηρείται σχετικά συχνά και στο δεύτερο τρίμηνο χωρίς ωστόσο να συνυπάρχει με ανατομική ανωμαλία αυτής. Πρόκειται για ανεπάρκεια λειτουργικού τύπου συνήθως, πρωτοσυστολική ή ολοσυστολική, ελάχιστη ή μετρίου βαθμού λόγω της μορφολογίας της τριγλώχινας βαλβίδας που την καθιστά ευάλωτη σε καταστάσεις όπως αναμία της μητέρας, λοιμώξεις της μητέρας και εμβρυϊκές αρρυθμίες κ. α. Όταν πρόκειται για πολύ σοβαρή ανεπάρκεια τότε μπορεί να συνυπάρχει με σοβαρή συγγενή ανωμαλία όπως η νόσος Ebstein κ. α. οπότε και χρειάζεται γενετικό έλεγχο.

#### AA-133. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟ-ΟΠΤΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ ΜΕ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΥΠΟΠΛΑΣΙΑΣ ΡΙΝΙΚΟΥ ΟΣΤΟΥ ΚΑΙ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΟΜΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Παπαδοπούλου Ε., Μανιαδάκη Η., Σμυρνάκη Π., Μαμουλάκης Δ.

Παιδιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Η διαφραγματο-οπτική δυσπλασία (ΔΟΔ) ή σύνδρομο de Morsier είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία, σε ίση αναλογία μεταξύ αρρένων/θηλέων, με συχνότητα 1: 10.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών. Η διάγνωση βασίζεται στην παρουσία δύο τουλάχιστον από: α. υποπλασία οπτικού νεύρου, β. ανωμαλίες ορμονών της υπόφυσης, γ. ανωμαλίες μέσης γραμμής εγκεφάλου, όπως αγενεσία διαφανούς διαφραγματος/μεσολοβίου. Περιγράφεται η περίπτωση βρέφους με κλινικο-εργαστηριακά κριτήρια ΔΟΔ.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Πρόκειται για άρρεν βρέφος με προγεννητικά ευρήματα υποπλασίας ρινικού οστού, μονήρους ομφαλικής αρτηρίας και ολιγάμνιο με φυσιολογικό συμβατικό και μοριακό καρυότυπο κατόπιν αμνιοπαρακέντησης. Σε ηλικία ενός μηνός εμφανίζει μεγάλη πρόσθια πηγή, καθίζηση βάσης ρινός, επίπεδο αιμαγγείωμα μεσόφρουου, κορμική υποτονία, βραχνό κλάμα και οφθαλμικό νυσταγμό. Σε ηλικία 4 μηνών αναγνωρίζεται παθολογική καμπύλη περιμέτρου κεφαλής και φτωχή βλεμματική επαφή. Διαπιστώθηκε υψηλή τιμή TSH, ενώ η απεικόνιση του ΚΝΣ ανέδειξε υποπλασία μεσολοβίου. Η παθολογική νευροαναπτυξιακή και οφθαλμολογική εξέλιξη μαζί με διαταραχές ορμονών υπόφυσης και δομών μέσης γραμμής έθεσαν τη διάγνωση ΔΟΔ.

**Συζήτηση:** Η ΔΟΔ οφείλεται σε ανώμαλη εμβρυϊκή ανάπτυξη του πρόσθιου εγκεφάλου και παρουσιάζει ευρύ φαινοτυπικό φάσμα. Μικρό ποσοστό ασθενών έχει σαφή γενετική βάση, ενώ έχουν ενοχοποιηθεί ενδομήτριοι παράγοντες όπως φάρμακα, αλκοόλ και

διαταραχή αιμάτωσης της πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας. Η έγκαιρη διάγνωση δίνει τη δυνατότητα της αντιμετώπισης επιπλοκών όπως αναπτυξιακή καθυστέρηση, σπασμοί, ανεπάρκεια όρασης, διαταραχές ύπνου, πρόωμη ήβη, παχυσαρκία, ανοσομία, βαρηχοΐα και καρδιακές ανωμαλίες.

#### AA-134. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ 1ου ΚΑΙ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Γραμμάτης Μ., Αρμελίδου Ε., Προμπονά Μ., Πάντου Αμ., Κωνσταντόπουλος Α., Σταύρου Δ.

Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.

**Σκοπός:** Από την 11η έως την 13η και από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης, στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου του εμβρύου, κατά το χρονικό διάστημα 2005-2015, στο Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε., εξετάστηκαν υπερηχογραφικά 6546 έγκυες γυναίκες μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση. Σε ποσοστό 58% των γυναικών αυτών εφαρμόστηκε η μέθοδος ICSI και σε 42% η μέθοδος IVF. Στην ομάδα μελέτης επίσης συμμετείχαν και 1062 γυναίκες μετά από επίτευξη εγκυμοσύνης με ελεγχόμενη ωοθηκική διέγερση.

**Υλικό και μέθοδος:** Κατά την διενέργεια του προκαθορισμένου ανατομικού υπερηχογραφικού ελέγχου από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης καταγράφηκαν εμβρυϊκές ανωμαλίες σε έμβρυα 402 εγκύων γυναικών (5,28%) από το γαστρεντερικό σύστημα και σε έμβρυα 164 εγκύων γυναικών (2,15%) από την κοιλιά και το κοιλιακό τοίχωμα. Από το γαστρεντερικό σύστημα παρατηρήθηκαν 4 έμβρυα με υπερηχογραφική εικόνα γαστροέκτασης ενώ βρέθηκαν 90 έγκυες γυναίκες να κωφοροούν έμβρυα με απησία οισοφάγου και 70 γυναίκες με υπερηχογραφική εικόνα απησίας δωδεκαδακτύλου. 58 έγκυες γυναίκες παρουσίασαν στα έμβρυά τους διάταση των εντερικών ελίκων και σε 66 βρέθηκαν έμβρυα με εικόνα υπερηχογενούς εντέρου. Σε 102 έγκυες γυναίκες της ομάδας αυτής παρατηρήθηκε ηπατοσπληνομεγαλία στα έμβρυά τους και σε 8 καταγράφηκαν ηπατικές αποπτανώσεις. Από την κοιλιά και το τοίχωμά της παρατηρήθηκε σε 132 έγκυες γυναίκες να φέρουν έμβρυα με ενδοκοιλιακές κύστες και σε 32 εμφανίζουν τα έμβρυά τους ομφαλοκήλη. Από την υπό μελέτη ομάδα αυτών των εγκύων γυναικών ανιχνεύθηκαν στην υπερηχογραφική εξέταση από την 11η έως την 13η εβδομάδα κύησης 4 έμβρυα με μη ορατό στομάχι και 12 έμβρυα με εξόμφαλο.

**Συμπέρασμα:** Στην μελέτη αυτή έγινε ανάλυση των περιστατικών της 10ετίας, Ιούνιος 2005 – Ιούνιος 2015, της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ Αθηνών Α.Ε. κατά τον υπερηχογραφικό προγεννητικό έλεγχο συγγενών ανωμαλιών σε έγκυες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ART και καταγράφηκαν ανευρήματα σε έμβρυα από το γαστρεντερικό σύστημα σε 5,28%, καθώς και από την κοιλιά και το τοίχωμά της σε 2,15%, όπως παραπάνω περιγράφονται λεπτομερώς. Στην διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι σε κήσεις με ανάλογα επιδημιολογικά στοιχεία οι εμβρυϊκές υπερηχογραφικές ανωμαλίες η επίπτωση των ευρημάτων από το γαστρεντερικό σύστημα κυμαίνεται από 0,03 έως 0,06 % ενώ το ποσοστό τους στις εμβρυϊκές ανωμαλίες συνολικά από 2,9-5,89%, όπως καταγράφεται στην τελευταία έκθεση του EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies), 2008-2012, και συμπεραίνεται ότι στην ομάδα αυτών των εγκύων γυναικών τα ποσοστά μας δεν αποκλίνουν σημαντικά. Επιπρόσθετα και από τη μελέτη της Chr. Olson από το Πανεπιστήμιο της Iowa, USA, Fertility and Sterility, 2005, 84:5, μικρή αύξηση παρατηρείται σε σχέση με τις γυναίκες που

είχαν αυτόματη σύλληψη κατά 0,4%, όπως αυτή καταγράφεται στο σύνολο των εμβρυϊκών ανωμαλιών.

#### AA-135. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ 1ου ΚΑΙ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Παπαπαναγιώτου Γ., Μαμουλή Μ., Κελλάρης Β., Βαξεβάνογλου Τ., Νίκας Γ., Νίτσος Ν., Μπαθρέλλος Ν.

Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.

**Σκοπός:** Στο Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε., εξετάστηκαν υπερηχογραφικά 6546 έγκυες γυναίκες μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, από την 11η έως την 13η και από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης, στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου του εμβρύου, κατά το χρονικό διάστημα 2005-2015. Εφαρμόστηκε η μέθοδος ICSI σε ποσοστό 58% των γυναικών αυτών και σε 42% η μέθοδος IVF. Στην υπό μελέτη ομάδα επίσης συμμετείχαν και 1062 γυναίκες που κατάφεραν να μείνουν έγκυες με ελεγχόμενη ωοθηκική διέγερση.

**Υλικό και μέθοδος:** Στα πλαίσια του καθιερωμένου αναλυτικού υπερηχογραφικού ελέγχου από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης καταγράφηκαν εμβρυϊκές ανωμαλίες σε έμβρυα 208 εγκύων γυναικών (2,6%) στον εγκέφαλο και σε έμβρυα 178 εγκύων γυναικών (2,3%) από την σπονδυλική στήλη. Επίσης παρατηρήθηκαν σε έμβρυα 336 εγκύων γυναικών (4,4%) κύστες χοριοειδούς πλέγματος και σε έμβρυα 34 εγκύων γυναικών (0,45%) ανωμαλίες της κεφαλής και του κρανίου. Αναλυτικά καταγράφηκε σε 68 έγκυες γυναίκες να φέρουν έμβρυα με διάταση των πλαγίων κοιλιών του εγκέφαλου, 32 με εγκεφαλοκήλη, 26 με ολοπροσεγκεφαλία, 9 με σύνδρομο Dandy-Walker, 29 με αραχνοειδή κύστη και 6 με αγενεσία μεσολοβίου. Σε 184 έγκυες γυναίκες παρατηρήθηκαν έμβρυα με κύστη χοριοειδούς πλέγματος αριστερά και σε 142 δεξιά. Σε 8 έγκυες γυναίκες βρέθηκαν έμβρυα με μικροκεφαλία και σε 26 με μεγακεφαλία. Από την ομάδα αυτών των εγκύων γυναικών ανιχνεύθηκαν στην υπερηχογραφική εξέταση από την 11η έως την 13η εβδομάδα κύησης 4 έμβρυα με ολοπροσεγκεφαλία 6 έμβρυα με ακρανία.

**Συμπέρασμα:** Σε αυτή τη μελέτη έγινε ανάλυση των περιπτώσεων της 10ετίας, Ιούνιος 2005 – Ιούνιος 2015, της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ Αθηνών Α.Ε. κατά τον προγεννητικό έλεγχο συγγενών ανωμαλιών σε έγκυες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ART και καταγράφηκαν υπερηχογραφικές ανωμαλίες των έμβρυα από τον εγκέφαλο και την κεφαλή (3,05%) και από την σπονδυλική στήλη (2,3%), όπως παραπάνω αναλυτικά περιγράφονται. Στην διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι σε κήσεις με ανάλογα πληθυσμιογραφικά στοιχεία οι εμβρυϊκές υπερηχογραφικές ανωμαλίες, η επίπτωση των ευρημάτων από τον εγκέφαλο και τη σπονδυλική στήλη κυμαίνεται από 0,01 έως 0,3 % ενώ το ποσοστό τους στις εμβρυϊκές ανωμαλίες συνολικά από 9,69-21,77%, όπως καταγράφεται από τον R. Douglas Wilson, Calgary, Canada (Jobstet Gynaecol Can 2014; 36(10):927-939) και στο Report for Orphanet του EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies), 2008-2012, και ως εκ τούτου συνάγεται ότι στην ομάδα αυτών των εγκύων γυναικών τα ποσοστά μας δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές. Επίσης στην έκθεση του British Fertility Society (IVF: Perinatal Risks and Early Childhood Outcomes, SIP No.8, May 2012), μικρή αύξηση του OR παρατηρείται σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν αυτόματη σύλληψη κατά 0,7%.

**AA-136. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕ ΠΡΟΒΑΛΛΟΝ ΘΥΛΑΚΙΟ ΣΤΟ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Βελεργάκης Α., Λέκκα Κ., Κουβίδης Ε., Σηφάκης Σ., Ρελάκης Κ.  
*Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Παν/μιου Κρήτης, Ηράκλειο*

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η ανεπάρκεια τραχήλου με ανώδυνη διαστολή και προβολή του θυλακίου στο 2ο τρίμηνο της κύησης, αποτελεί μία σοβαρή επιπλοκή με υψηλό ποσοστό πρόωρων τοκετών και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας, αλλά ταυτόχρονα και ένα σύνθετο κλινικό πρόβλημα προκειμένου να επιτευχθεί η συνέχιση και αίσια έκβαση της κύησης. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό επιτυχούς συντηρητικής προσέγγισης σοβαρής ανεπάρκειας τραχήλου στο 2ο τρίμηνο, με άριστη τελική έκβαση.

**Περιγραφή Περίπτωσης:** Ασθενής 31 ετών, πρωτοτόκος, παραπέμφθηκε από ιδιώτη μαιευτήρα λόγω ανεπάρκειας τραχήλου σε ηλικία κύησης 23+5 εβδ. Η ασθενής εμφάνιζε προοδευτικά βράχυνση τραχήλου, με αναφερόμενο μήκος τραχήλου στις 12 εβδ. 27mm και στις 22 εβδ. 15mm. Στην εισαγωγή το μήκος τραχήλου ήταν 2mm με πλήρη χροανοποίηση. Στο ατομικό της αναμνηστικό ανέφερε θυρεοειδοπάθεια υπό αγωγή, ενώ στο μαιευτικό και γυναικολογικό της ιστορικό είχε παλίνδρομη κύηση 8 εβδομάδων και λαπαροσκοπική εκτομή δευτερογενούς κύστεως ωοθήκης προ 4ετίας. Αποφασίστηκε να μη γίνει προσπάθεια εμπίεσης περιόδου. Η συντηρητική αντιμετώπιση περιελάμβανε τοκόλυση, ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή βάσει δεικτών φλεγμονής και εργαστηριακού έλεγχου ανά 2-3 ημέρες, συχνή (ανά 7-10 ημέρες) λήψη καλλιέργειών κολπικού-τραχηλικού υγρού και ούρων και κατάκλιση με ταυτόχρονη χορήγηση χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης. Μετά τις πρώτες ημέρες νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε διαστολή τραχήλου 1cm και προβολή του θυλακίου, η αγωγή ωστόσο συνεχίστηκε με την κλινική εικόνα προοδευτικά να παρουσιάζει σημεία βελτίωσης. Η αρχική καλλιέργεια κολπικού ανέδειξε *Klebsiella pneumoniae*, ενώ σε μετέπειτα καλλιέργειες αναπτύχθηκε *Enterococcus faecalis*. Βάσει αντιβιογραμμάτων και με στενή παρακολούθηση των εργαστηριακών δεικτών έλαβε ενδοφλεβίως (κατά διαστήματα και με τροποποιήσεις λόγω αλλεργιών) αμικιλίνη, μετρονιδαζόλη, μεροπενέμη, σιπροφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη και κεφοξιτίνη. Τοκολυτικά ενδοφλεβίως χορηγήθηκαν atosiban, ριτοδρίνη και δικλοφενάκη, καθώς και προγεστερόνη κολπικά και από του στόματος. Κατά τη νοσηλεία της υπεβλήθη επίσης σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης και σε στήμα πνευμονικής προετοιμασίας εμβρύου. Μετά από 13 εβδομάδες νοσηλείας, η ασθενής γέννησε σε ηλικία κύησης 37w με κολπικό τοκετό μετά από αυτόματη ρήξη υμένων, νεογνό βάρους 2540 γρ με άριστο Apgar Score, που δε χρειάστηκε νοσηλεία στη ΜΕΘΝ.

**Συμπεράσματα:** Η συντηρητική αντιμετώπιση περιστατικών σοβαρής ανεπάρκειας τραχήλου στο 2ο τρίμηνο, σε οργανωμένα τριτοβάθμια κέντρα, με στενότατη κλινική εργαστηριακή και υπερηχογραφική παρακολούθηση και κατάλληλη φαρμακευτική υποστήριξη, μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική προσέγγιση στη σημαντική αυτή επιπλοκή της κύησης, όπου οι πιθανότητες για πρόωρο τοκετό με κακή περιγεννητική έκβαση είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

**AA-137. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΜΒΡΥΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ 1ου ΚΑΙ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΣΕ ΚΥΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Κασίμης Χ., Κουτσούκου Ε., Στεφανίδου Ι., Χρονοπούλου Μ., Κόκκαλη Γ., Σύρκος Κ., Πάντος Κ.

*Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.*

**Σκοπός:** Στο Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε., εξετάστηκαν υπερηχογραφικά 654 έγκυες γυναίκες μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση με την μέθοδο IVF/ICSI (58% με τη μέθοδο ICSI και 42% με τη μέθοδο IVF) και 1062 μετά από επίτευξη εγκυμοσύνης με ελεγχόμενη ωθητική διέγερση, από την 11η έως την 13η και από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης, στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου του εμβρύου, κατά το χρονικό διάστημα 2005-2015.

**Υλικό και μέθοδος:** Στον αναλυτικό υπερηχογραφικό έλεγχο από την 19η έως την 25η εβδομάδα κύησης παρατηρήθηκαν ευρήματα σε έμβρυα 302 εγκύων γυναικών (4,61%) από το ουροποιητικό σύστημα, συνολικά. Οι 184 κύσεις (60%) από αυτές ήταν μονήρεις ενώ οι υπόλοιπες 106 (36%) ήταν διδυμες και 12 (4%) τρίδυμες. Σε 46 έγκυες γυναίκες τα έμβρυα αυτά παρουσίασαν υπερηχογραφική εικόνα νεφρικής αγενεσίας ενώ σε 62 έγκυες γυναίκες τα έμβρυα είχαν υπερηχογραφική εικόνα νεφρικής δυσγενεσίας. Στα έμβρυα 24 εγκύων γυναικών καταγράφηκαν πολυκυστικοί δυσπλαστικοί νεφροί και σε 36 τα έμβρυά τους είχαν πολυκυστική εικόνα νεφρών, και σε 18 νεφρική δυσπλασία. Σε 62 έγκυες γυναίκες τα έμβρυα είχαν μεγακύστη και σε 54 τα έμβρυά τους παρατηρήθηκαν αποφρακτικές στενώσεις ουρήθρας. Επίσης σε 108 έγκυες γυναίκες (1,64%) τα έμβρυα είχαν ανευρήματα στα γεννητικά όργανα, όπως σε 36 από αυτές ελέγχθηκαν σε θήλα έμβρυα, υπερηχογραφικά κύστες ωοθηκών, ενώ σε 44 έγκυες γυναίκες ελέγχθηκαν άρρενα έμβρυα με υποσπαδία, 26 με υποπλαστικούς όρχεις και 4 με υδροκήλη. Από αυτές τις έγκυες γυναίκες ανιχνεύθηκαν στην υπερηχογραφική εξέταση από την 11η έως την 13η εβδομάδα κύησης 12 έμβρυα με μεγακύστη, 4 έμβρυα με μη ορατή κύστη και 2 έμβρυα με μη ορατούς νεφρούς.

**Συμπέρασμα:** Από την ανάλυση των ιστορικών των εγκύων γυναικών της 10ετίας, Ιούνιος 2005 – Ιούνιος 2015, στην παρούσα μελέτη στην Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Αθηνών Α.Ε., η υπερηχογραφική καταγραφή συγγενών ανωμαλιών από το ουροποιητικό σύστημα σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ART ανέρχεται σε 4,61% και αναλυτικά περιγράφεται παραπάνω. Από την διεθνή βιβλιογραφία των εμβρυικών υπερηχογραφικών ανωμαλιών σε κύσεις με αντίστοιχα φυλετικά και επιδημιολογικά στοιχεία των εγκύων γυναικών επισημαίνεται ότι η επίπτωση των ευρημάτων από το ουροποιητικό σύστημα κυμαίνεται από 0,05 έως 0,08% ενώ το ποσοστό τους στις εμβρυικές ανωμαλίες συνολικά από 7-12%, όπως καταγράφεται στην ερευνητική εργασία των Bekeetal, BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:82 και στην ανασκόπηση του NHS, Congenital Anomalies Surveillance, 2011-2012 από τον J.Robin, και έτσι συνάγεται ότι στην ομάδα αυτών των εγκύων γυναικών τα ποσοστά μας δεν απέχουν σημαντικά μεταξύ τους. Επίσης από τις άνω μελέτες και αυτή της Chr. Olson από το Πανεπιστήμιο Iowa, USA, Fertility and Sterility, 2005, 84:5, μικρή αύξηση παρατηρείται σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν αυτόματη σύλληψη κατά 0,4%.

### AA-138. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΡΟΥΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΑ ΘΕΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Γεωργαντά Γ.<sup>1</sup>, Μελισσάς Σ.<sup>1</sup>, Δρεβελέγκα Ι.<sup>1</sup>, Δημητροπούλου Α.<sup>1</sup>, Κύρκου Χ.<sup>1</sup>, Αθανασιάδη Ε.<sup>2</sup>, Τσακουμάκη Φ.<sup>1</sup>, Φωτίου Μ.<sup>1</sup>, Αιβάξη Δ.<sup>2</sup>, Μιχαηλίδου Α.<sup>1</sup>, Αθανασιάδης Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Σχολή Γεωπονίας, Δασολογίας και Φυσιικού Περιβάλλοντος ΑΠΘ, <sup>2</sup>Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της μητρικής διατροφής σε επίπεδο ομάδων τροφίμων, κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, με την εκατοστιαία θέση βάρους γέννησης του νεογνού.

**Υλικά και μέθοδοι:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 82 γυναίκες, μεταξύ της 16ης και 26ης εβδομάδας κύησης, οι οποίες θα υποβάλλονταν σε προγραμματισμένη αμνιοπαρακέντηση για προγεννητικό έλεγχο. Η συλλογή των δεδομένων που σχετίζονται με την ημερήσια πρόσληψη ομάδων τροφίμων (g/ημέρα), πραγματοποιήθηκε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το οποίο συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης από κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο. Η εκατοστιαία θέση του βάρους του νεογνού υπολογίστηκε σύμφωνα με την εβδομάδα γέννησης και με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος ASTRAIA (Astraia software GmbH, Munich, Germany). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

**Αποτελέσματα:** Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ( $r=0,272$ ,  $p=0,013$ ) καταγράφηκε μεταξύ της ημερήσιας κατανάλωσης φρούτων και της εκατοστιαίας θέσης βάρους γέννησης του νεογνού.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με τη βιβλιογραφία, στην οποία αναφέρεται ότι η κατανάλωση φρούτων σχετίζεται θετικά με το βάρος γέννησης του νεογνού<sup>1,2</sup>. Η θετική επίδραση των φρούτων στο βάρος γέννησης, μπορεί να οφείλεται είτε στις βιταμίνες και τα ανόργανα στοιχεία που περιέχονται σε αυτά, είτε σε άλλα βιοδραστικά συστατικά<sup>1</sup>. Με δεδομένο ότι η ισορροπημένη και θρεπτικά επαρκής διατροφή κατά την κύηση, μπορεί να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο της δημόσιας υγείας, και έχοντας ως στόχο την ομαλή εξέλιξη και έκβαση της εγκυμοσύνης, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη εκστρατειών ενημέρωσης οι οποίες θα απευθύνονται στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

**Βιβλιογραφία:** 1. Mikkelsen, T.B., Osler, M., Orozova-Bekkevold, I., Knudsen, V.K., Olsen, S.F. (2006) Association between fruit and vegetable consumption and birth weight: A prospective study among 43.585 Danish women. *Scandinavian Journal of Public Health* 34: 616-622. 2. Rao, S., Yajnik, C.S., Kanade, A., Fall, C.H.D., Margetts, B.M., Jackson, A.A., Shier, R., Joshi, S., Rege, S. et al. (2001) Intake of micronutrient-rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth. *Pune Maternal Nutrition Study. Journal Nutrition* 131: 1217-1224.



Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Θάλις. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

### AA-139. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΜΙΝΟΞΕΩΝ ΣΤΟ ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΟΜΑΔΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Γεωργαντά Γ.<sup>1</sup>, Δημητροπούλου Α.<sup>1</sup>, Ντόνε Ε.<sup>1</sup>, Αθανασιάδη Ε.<sup>2</sup>, Κύρκου Χ.<sup>1</sup>, Τσακουμάκη Φ.<sup>1</sup>, Φωτίου Μ.<sup>1</sup>, Κλώνος Ε.<sup>2</sup>, Ταρλατζής Β.<sup>2</sup>, Αθανασιάδης Α.<sup>2</sup>, Μιχαηλίδου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τομέας Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Σχολή Γεωπονίας, Δασολογίας και Φυσιικού Περιβάλλοντος ΑΠΘ, <sup>2</sup>Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της συγκέντρωσης των ελεύθερων αμινοξέων στο αμνιακό υγρό (ΑΥ), κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, με τη διατροφή της μητέρας σε επίπεδο ομάδων τροφίμων.

**Υλικά και μέθοδοι:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 82 γυναίκες, μεταξύ της 16ης και 26ης εβδομάδας κύησης, οι οποίες θα υποβάλλονταν σε προγραμματισμένη αμνιοπαρακέντηση για προγεννητικό έλεγχο. Η συλλογή των δεδομένων που σχετίζονται με την ημερήσια πρόσληψη ομάδων τροφίμων (g/ημέρα) πραγματοποιήθηκε με ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το οποίο συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης από κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο. Η λήψη του ΑΥ πραγματοποιήθηκε με τη χρήση 20 G spinal βελόνας υπό την καθοδήγηση υπερίχου. Για τον προσδιορισμό των ελεύθερων αμινοξέων στο ΑΥ χρησιμοποιήθηκε χρωματογραφία υψηλής απόδοσης – αντίστροφης φάσης<sup>1</sup>. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

**Αποτελέσματα:** Μέτριας εντάσεως στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,239$ ,  $p=0,031$ ) καταγράφηκε μεταξύ της κατανάλωσης δημητριακών και της συγκέντρωσης της γλυκίνης. Επίσης, παρατηρήθηκε μέτριας εντάσεως στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων και των αμινοξέων σερίνη ( $r=0,234$ ,  $p=0,034$ ) και αργινίνη ( $r=0,249$ ,  $p=0,024$ ).

**Συμπεράσματα:** Με δεδομένο ότι τα αμινοξέα αποτελούν βασικά θρεπτικά συστατικά για την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου<sup>2</sup>, η υπόθεση ότι η μητρική διατροφή σε επίπεδο ομάδων τροφίμων θα μπορούσε να μεταβάλει τη δεξαμενή των ελεύθερων αμινοξέων του ΑΥ χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, λαμβάνοντας υπόψη συγχυτικούς παράγοντες που σχετίζονται με φυσιολογικές και μεταβολικές λειτουργίες κατά την εγκυμοσύνη.

**Βιβλιογραφία:** 1. Krause, I., Bockhardt, A., Neckermann, H., Henle, T., Klostermeyer, H. (1995). Simultaneous determination of amino acids and biogenic amines by reverse-phase high-performance liquid chromatography of the dabsyl derivatives. *Journal of Chromatography* 715(1):67-79. 2. Underwood, M.A., Gilbert, W.M., Sherman, M.P. (2005) Amniotic Fluid: not just fetal urine anymore. *Journal of Perinatology* 25: 341-348.



Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Θάλις. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.