

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при антенатална грижа.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при антенатална грижа е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при антенатална грижа по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за третман на антенатална грижа („Службен весник на Република Македонија“ бр.168/10).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2798/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА

- Цели на клиничките упатства
- Подготовка и организација на грижата
- Хигиено-диететски режим
- Менаџмент на вообичаените симптоми во бременоста
- Клинички испитувања кај бремената жена
- Скрининг на хематолошките состојби
- Скрининг на структурните аномалии
- Скрининг за инфекции
- Скрининг за клиничките состојби/проблеми
- Растот на плодот и неговата добра кондиција
- Менаџмент на специфичните клинички состојби
- Референци
- Анекси 1-3

ЦЕЛ НА УПАТСТВОТО

Идејата на овие упатства е да се истакне дека бременоста е нормален физиолошки процес, според тоа за сите понудени интервенции треба да се знае користа, а воедно истите да бидат прифатливи за бремената жена. Упатството е развиено со следните цели:

- Да понуди информации за најдобрата практика во обезбедување на основната клиничка грижа за сите бремености;
- Да се дадат јасни, разбирливи информации за антенаталната грижа на здравите бремени жени со некомплицирани единечна бременост;
- Да обезбеди информации базирани на докази за лекарите и бремените жени што е од помош во донесувањето одлуки за соодветниот третман во одредени состојби.

За кого се наменети клиничките упатства?

Клиничките упатства се наменети за:

- Професионалните асоцијации кои се вклучени во грижата за бремените жени, како што се опстетричари, акушерки, радиолози, физиотерапевти, анестетичари, општи лекари, педијатри, фармацевти и други;
- Групите одговорни за застапување и спроведување на услугите, како што се групите од примарна здравствена заштита, јавното здравство и менаџерите;
- Бремените жени.

Клинички упатства за спроведување на антенаталната заштита

Централна позиција на жената во системот на антенаталната грижа

Принципите презентирани во ова поглавје се однесуваат на сите аспекти од Упатството за антенатална грижа.

Антенатални информации (информации во текот на антенаталниот период)

Антенатално информациите треба да се даваат на бремените жени според следниов редослед:

При првиот контакт со лекарот

- Додаток на фолна киселина;

- Хигиена на исхраната вклучувајќи информации за начинот на намалување на ризикот од труење/инфекција со храна;
- Совети за начинот на живот, престанување со пушење, последици од употреба на лекови, дрога и алкохол;
- Сите антенатални скрининг прегледи вклучувајќи скрининг на аномалии, Даунов синдром, како и ризикот и користа од скрининг-тестовите.

На закажан преглед (идеално до 10. гестациска седмица)

- Како се развива плодот во текот на бременоста;
- Исхрана и диета, додаток на витамин Д кај жени со ризик за дефицит;
- Информации за вежби, вклучително и вежби за карлично дно;
- Дискусија за местото на породување;
- Насоки за грижа во бременоста;
- Доење, вклучително и работилници;
- Антенатални часови;
- Понатамошни дискусии за сите антенатални скрининзи;
- Дискусии за менталното здравје (Antenatal and postnatal mental health [NICE clinical guideline 45], www.nice.org.uk/CG045).

Пред или во текот на 36. гестациска седмица

- Информации за доењето, вклучително и техники кои ќе бидат од помош на жената, како што е наведено во УНИЦЕФ "Baby Friendly Initiative" (www.babyfriendly.org.uk);
- Подготовка за раѓање, вклучително и информации за начините за справување со болката во текот на породувањето и план за раѓање;
- Препознавање на активното раѓање;
- Грижа за новороденото бебе;
- Профилакса со витамин К;
- Скрининг-тестови кај новороденото;
- Постнатална грижа за себе;
- Свесност за т.н. "baby blues" и постнаталната депресија.

Во 38. гестациска седмица

- Можности за водење на пролонгирана бременост¹
- Информациите треба да се даваат во форма која е лесно разбирлива и прифатлива за бремените жени, особено за тие со дополнителни потреби, како физичка, сензорна или интелектуална попреченост, и за бремените жени кои не го разбираат или читаат локалниот (националниот) јазик;
- Информациите, исто така, можат да се даваат во други форми, како аудиовизуелни или со друга технологија; ова треба да биде поткрепено со пишани информации;
- На бремените жени треба да им се понудат информации базирани на докази и поддршка за можноста самата пациентка да донесе одлука за грижата која треба да ѝ се обезбеди. Информациите треба ги да опфатат деталите за тоа кој и каде ќе ја обезбеди грижата;
- При секоја антенатална средба, лекарот и акушерката треба да понудат јасни информации и објаснувања и да ѝ овозможат на жената да дискутира и да поставува прашања;
- На бремените жени треба да им се понуди да посетуваат антенатални часови, вклучувајќи работилници посветени на доењето;
- Одлуката на жената треба да се почитува, дури и во случаи кога тоа е спротивно од ставовите на медицинскиот персонал;
- Бремената жена треба да биде информирана за целта од скрининг-тестовите пред да бидат изведени. Здравствениот работник треба да биде сигурен дека жената ја разбира

¹ Види го Упатството за интрапартална грижа и Упатството за индукција на породување.

информацијата и дека има доволно време да донесе одлука по информирањето. Правото на жената да ја прифати или одбие треба да биде јасно;

- Информациите за антенаталниот скрининг треба да се дадат во околина каде може да се одвива и дискусија; ова може да биде како групна дискусија или индивидуална, и треба да се направи пред закажаниот преглед;
- Информациите за антенаталниот скрининг треба да вклучуваат балансирана и точна информација за состојбата која ќе се скринира.

ПОДГОТОВКА И ОРГАНИЗАЦИЈА НА ГРИЖАТА

Кој обезбедува антенатална грижа?

- Според националните прописи во Република Македонија, антенаталната грижа на бремената жена е во компетенција на матичниот гинеколог-акушер.

Континуитет на антенаталната грижа

- Антенаталната грижа треба да биде обезбедена од мала група на здравствени професионалци со кои жената се чувствува слободно и удобно. Треба да има континуитет во грижата за време на целиот антенатален период [снп-А]².
- Треба да се спроведе систем на јасни насоки за упатување на повисоко ниво, така што бремената жена на која ѝ е потребна дополнителна грижа треба да биде следена и третирана од соодветен специјалистички тим штом ќе се идентификуваат проблеми [снп-Д].

Каде треба да се одвиваат антенаталните прегледи?

- Антенаталната грижа треба да биде готова и лесно достапна на сите бремени жени и треба да биде креирана според потребите на индивидуалната жена и на локалната заедница [снп-С].
- Антенаталните прегледи треба да се спроведуваат во средина која овозможува дискутирање на чувствителни теми како што се домашно насилство, сексуална злоупотреба, психички заболувања и употреба на дрога [снп-GPP]³.

Документирање на грижата

- Треба да се користат добро водени бази на податоци [снп-А].
- Матерналните служби треба да обезбедат систем со можност пациентката да води сопствени забелешки [снп-А].
- Треба да се развијат и употребуваат стандардизирани, национални бази на податоци, со минимум потребни податоци. Тоа ќе помогне на професионалците да ја обезбедат препорачаната нега базирана на докази [снп-GPP].

Фреквенција на антенатални прегледи

- Распоредот на антенаталните прегледи треба да се одреди врз база на нивната цел. Распоред од 10 прегледи е адекватен за нулипара со некомплицирана бременост. Распоред од 7 прегледи е адекватен за мултипара со некомплицирана бременост [снп-В].
- Сите жени во раната бременост треба да добијат соодветни пишани информации за бројот, времето и содржината на антенаталните посети, различните можности на грижа, како и можност за дискутирање за распоредот со избраниот лекар [снп-Д].

² снп-степен на препорака според пропозициите на NICE. Објаснувањето за секој степен на препорака поединечно е дадено во додатокот на крајот на документот.

³ GPP-Good practice point (добра клиничка пракса).

- Секоја антенатална посета треба да биде планирана со фокусирање на одредена тема. Во почетокот на бременоста се потребни подолги средби, со цел да се обезбеди детален опис и дискусија. Кога е можно, во овие средби треба да се инкорпорираат рутински тестови и испитувања за да се минимизира неизвесноста кај жената [снп-**D**].

Одредување на гестациската старост

- На бремените жени треба да им се понуди ран ултразвучен преглед помеѓу 10 гестациски седмици и 0 денови (10/0) и 13 гестациски седмици и 6 дена (13/6), за одредување на гестациската старост и детекција на мултипна бременост. Ова овозможува сигурност за гестациската старост при следењето и ја редуцира потребата од индукција на раѓање за пролонгирана бременост.
- За одредување на гестациската седмица се користи мерење на растојанието теме-тртка (Crown-rump length - CRL). Ако растојанието е поголемо од 84 милиметри, гестациската седмица ќе се одреди со мерење на обемот на главата.

ХИГИЕНО-ДИЕТЕТСКИ РЕЖИМ

Работа во текот на бременоста

- Бремените жени треба да бидат информирани за нивните права и корист [снп-**C**].
- Најголемиот број од нив треба да се уверат дека е безбедно да продолжат со работа во текот на бременоста. Информации за можни професионални ризици во текот на бременоста се достапни на Health and Safety Executive (www.hse.gov.uk)⁴ [снп-**D**].
- Потребно е да се анализира видот на работата и да се идентификуваат бремените жени кај кои изложеноста на работното место го зголемува ризикот [снп-**GPP**]⁵.

Додатоци на исхраната

- Бремените жени (и оние кои планираат бременост во блиска иднина) треба да бидат информирани дека додатен внес на фолна киселина пред концепција и во текот на првите 12 седмици го редуцира ризикот од раѓање плод со дефекти на невралната туба (како anencephalus или spina bifida). Препорачаната доза е 400 микрограми дневно [снп-**A**].
- Додатно внесување на железо не се препорачува рутински кај сите бремените жени. Тоа нема бенефит на мајчиното здравје ниту на здравјето на новороденчето и може да има несакани ефекти кај мајката [снп-**A**].
- Бремените жени треба да бидат информирани дека додатен внес на витамин А (внес над 700 микрограми), може да биде тератоген, па затоа треба да се избегнува. Бремените жени треба да бидат информирани дека црниот дроб и производите од него може да содржат високи концентрации на витамин А и затоа конзумирањето на овие производи треба да се избегнува [снп-**C**].
- Сите жени при првиот закажан преглед треба да бидат информирани за значењето на одржувањето на адекватна количина на витамин D за нивното здравје и за здравјето на фетусот/новороденото во текот на бременоста и доењето. За да се обезбеди истото, дневно може да се внесува по 10 микрограми витамин D. Особено внимание треба да се обрати на жените со зголемен ризик како што се:
 - жени со потекло од Јужна Азија, Африка, Карибите и Средниот Исток;
 - жени со ограничена експозиција на сонце, како што се оние кои, главно, не излегуваат од домот или кои остануваат покриени при излегување;
 - жени кои практикуваат исхрана сиромашна со витамин D, како исхрана без масна риба, јајца, месо, маргарин збогатен со витамин D или жита;

⁴ Се однесува на популацијата во Велика Британија.

⁵ Во надлежност на Министерство за труд и социјална политика на Република Македонија.

- жени со индекс на телесната маса – ИТМ (body mass index-ВМІ) над 30 пред бременоста.

Инфекции од храна /труења со храна

Бремените жени треба да се информираат за начините на редукција на ризикот од листериоза:

- Да се пие само пастеризирано или УНТ млеко;
- Да не се конзумира сирење добиено од непастеризирано млеко.
- Да не се конзумира паштета од термички необработени производи, (вклучително и од растително потекло);
- Да не се конзумираат термички делумно или необработени оброци [снп-**D**].

Бремените жени треба да бидат информирани за начините на редукција на ризикот од инфекција со салмонела:

- Да се избегнува конзумирање на живи или делумно термички обработени јајца или нивни продукти (на пример: мајонез);
- Да се избегнува конзумирање на живо или делумно термички обработено месо, особено живина [снп-**D**].

Ординирање на лекови

- Некои лекови се сметаат безбедни во текот на бременоста. Ординирање на лекови треба да се избегнува колку што е можно и да се лимитира само за состојби во кои користа го надминува ризикот [снп-**D**].

Препарати земени без лекарски рецепт (Over-the-counter-OTC)

- Бремените жени треба да бидат информирани дека употребата на неколку од ваквите препарати може да биде безбедна во текот на бременоста. Но, сепак, треба да се употребуваат колку е можно помалку [снп-**D**].

Комплементарна терапија

- Бремените жени треба да бидат информирани дека неколку типови на комплементарна терапија се покажале безбедни и ефикасни во текот на бременоста. Но, сепак, жените не треба да сметаат дека таквите типови на терапии се секогаш безбедни и треба да се употребуваат колку е можно помалку [снп-**D**].

Вежбање во текот на бременоста

- Бремените жени треба да бидат информирани дека почнување или продолжување на умерен тип на вежбање во текот на бременоста не е поврзано со несакани исходи [снп-**A**].
- Бремените жени треба да бидат информирани за потенцијалните опасности на одредени активности во текот на бременоста, на пример, контактни спортови, спорт со тежок напор и спортови со ризик од абдоминална траума, паѓање или силен напор на зглобови, како и нуркање, кои можат да резултираат со дефекти и декомпресија кај фетусот [снп-**D**].

Полов контакт во текот на бременоста

- Бремената жена треба да биде информирана дека половиот контакт во бременоста не е поврзан со несакан исход⁶ [снп-**B**].

⁶ Да се советува употреба на презерватив за заштита од сексуално преносливите инфекции.

Конзумирање на алкохол во текот на бременоста

- Бремената жена и жена што планира бременост треба да се советува да избегнува внес на алкохол во текот на првите три месеци од бременоста ако е можно тоа, затоа што може да биде асоцирано со зголемен ризик од абортус.
- Доколку жената одлучи да конзумира алкохол, треба да се советува да не внесува повеќе од 1 до 2 единици (UK units)⁷ чист алкохол еднаш до двапати неделно (1 единица е еднаква на половина пинта пиво, или една доза [25ml] алкохол. Една мала чаша (125 ml) од вино изнесува 1,5 UK Units алкохол. Покрај тоа што постои несигурност во одредувањето на сигурната граница за внес на алкохол, не постојат докази за оштетување на новороденото при внес на овие количини.
- Жената треба да биде информирана дека пијанството (внес над 5 стандардни пијалаци или 7,5 UK Units во единечна пригода), може да биде штетно за фетусот.

Пушење во текот на бременоста⁸

- При првиот контакт со бремената жена треба да се дискутира за нејзиниот пушачки статус, да се обезбедат информации за ризиците од пушењето и експозиција на чад од цигари. Треба да се забележат ставовите на жената и на партнерот околу прекинот со пушењето.
- Бремената жена треба да биде информирана за специфичните ризици од пушењето (ризик од раѓање бебе со мала родилна тежина и предвремено породување). Треба да се потенцира бенефитот од откажување во кој било стадиум [снп-А].
- Да се понуди индивидуална информација, совет и поддршка за начините на откажување од пушење. Да се разгледа и можноста за посета на жената дома доколку е тешко за неа да ги посетува и користи специјалистичките услуги.
- Да се мониторира пушачкиот статус и да се понуди совет за откажување, поткрепа и охрабрување во текот на бременоста и потоа.
- Да се дискутираат ризиците и бенефитите од никотин-заместителната терапија (НЗТ) со бремените жени кои пушат, особено оние кои не прифаќаат помош од специјализираните здруженија. Ако жената изрази јасна желба за употреба на НЗТ, да се направи професионална проценка при одлуката дали истата ќе се ординира.
- Да се советува жената која користи никотински лепенки да ги отстрани пред спиење. Ова се препораки од NICE technology appraisal guidance 39 за НЗТ и бупропион. Забелешка: Препораките од овој дел подетално се обработени во 'How to stop smoking in pregnancy and following childbirth' (NICE public health guidance 26), достапен на www.nice.org.uk/guidance/PH26

Употреба на канабис во текот на бременоста

- Директниот ефект на канабис врз фетусот не е сигурен, но може да биде опасен. Употребата на канабис е поврзана со пушење цигари за кое е познато дека е штетно, па затоа жените треба да се советуваат да не употребуваат канабис во текот на бременоста [снп-С].

Патување со авион во текот на бременоста

- Бремените жени треба да бидат информирани дека долгите патувања со авион се поврзани со зголемен ризик за венска тромбоза, покрај тоа што не е јасно дали има или нема дополнителен ризик во бременоста. Кај општата популација, употребата на компресивни чорапи е ефикасна во редукција на ризикот [снп-В].

⁷ UK Unit alcohol (една британска единица на алкохол) изнесува 10 ml или 8g ~ ист алкохол

⁸ Препораките во овој дел треба да се поврзат со препораките со други клинички упатства публикувани од NICE во врска со пушењето како јавноздравствен проблем (www.nice.org.uk/PH010). (NICE PH 2008)

Патување со автомобил во тек на бременост

- Бремените жени треба да бидат информирани за правилната употреба на сигурносните ремени (над и под стомакот, не преку него) [снп-В]

Патување во странство во текот на бременоста

- Бремените жени треба да бидат информирани дека доколку планираат патување во странство, треба да дискутираат со избраниот лекар околу начинот на превоз, вакцинирање и патничко осигурување [снп-GPP].

МЕНАЏМЕНТ НА ВООБИЧАЕНИТЕ СИМПТОМИ ВО БРЕМЕНОСТА

Гадење и повраќање во раната бременост

Бремените жени би требало да бидат информирани дека гадењето и повраќањето во бременоста најчесто исчезуваат спонтано меѓу 16. и 20. седмица од бременоста и дека тие не се асоцирани со лош исход на бременоста. Ако бремената жена бара третман, следниве интервенции би биле ефикасни во редуцирање на тегобите [снп-А]:

- нефармаколошки
 - ѓумбир
 - акупресура на Р6 (рачен зглоб)
- фармаколошки
 - антихистаминици

Информациите за сите форми на самопомош и нефармаколошки третман треба да ѝ бидат достапни на бремената жена која има гадење и повраќање [снп-GPP].

Пироза

- На бремените жени со пироза треба да им се дадат совети во врска со животниот стил и модификација на исхраната [снп-GPP].
- Антацидите може да им се понудат на бремените жени кај кои пирозата перзистира и покрај промената на животниот стил и модификација на исхраната [снп-А].

Констипација

- На бремените жени со констипација им се даваат совети во врска со модификација на исхраната, додаток на трици или пченични влакна во исхраната [снп-А].

Хемороиди

- Заради отсуство на податоци за ефикасноста на третманите на хемороиди во текот на бременоста, на бремените жени треба да им се советува модификација на исхраната. Ако клиничките симптоми се проследени со непријатност, може да се ординираат стандардните креми за третман на хемороиди [снп-GPP].

Варикозни вени

- Бремените жени треба да се информираат дека варикозните вени се вообичаена појава во бременоста која не е загрижувачка и дека компресивните чорапи придонесуваат за подобрување на непријатноста, но не ја спречуваат нивната појава [снп-А].

Вагинален флуор

- Бремените жени треба да се информираат дека зголеменото количество на вагинален флуор е вообичаена физиолошка промена во бременоста. Ако тој е асоциран со чешање, печење, непријатен мирис или болка при мокрење, би можело да се работи за инфекција, заради што е потребно да се спроведат испитувања [снп-GPP].

- Еднонеделен третман на локално мачкање со Imidazol е ефективен третман и треба да се размисли за вагинална кандидијазна инфекција кај бремените жени [снп-А].
- Ефективноста и безбедноста на оралната терапија за вагинална кандидијаза во бременоста не се докажани и овие третмани не треба да се нудат [снп-GPP].

Болка во грбот

- Бремените жени треба да се информираат дека вежбите во вода, масажната терапија и групните или индивидуални часови за правилна грижа за 'рбетниот столб би можеле да помогнат во намалување на тегобите во текот на бременоста [снп-А].

КЛИНИЧКИ ИСПИТУВАЊА КАЈ БРЕМЕНАТА ЖЕНА

Мерење на тежината и индексот на телесната маса (ИТМ)

Се мерат тежината и висината на бремената жена при посета на лекарот и се пресметува индексот на телесната маса по следнава формула: тежина (кг)/висина(м)² [снп-В].

- Повторувањата на мерењата зависат од околностите кои влијаат на клиничкиот менаџмент [снп-С].

Преглед на дојките

- Рутински преглед на дојките во текот на антенаталната грижа не се препорачува за промоција на постнаталното доење [снп-А].

Преглед на карлицата

- Рутинскиот антенатален бимануелен преглед точно не може да ја прикаже гестациската старост, ниту, пак, опасноста од предвремено породување или фетопелвична диспропорција. Овој преглед не се препорачува [снп-В].

Генитална мутилација⁹

- Бремените жени кои имале генитална мутилација треба да се евалуираат рано во текот на антенаталната грижа на многу внимателен начин. Антенаталните испитувања ќе овозможат планирање на интрапарталната грижа [снп-С].

Домашно насилство

- Здравствените работници треба да бидат претпазливи на симптомите или знаците на домашно насилство и на бремените жени треба да им се понуди можност да го откријат насилството во средината во која тие се чувствуваат сигурно [снп-Д].

Предикција, детекција и иницијално водење на ментални растројства¹⁰

- Во целата комуникација (вклучувајќи ја првата посета) здравствените работници треба да бараат податоци за евентуална историја на ментални растројства [NICE CG 2007].
- При првиот контакт со бремената жена во антенаталниот и во постнаталниот период, здравствените работници (вклучувајќи ги акушерките, специјалистите гинеколози-акушери, патронажната служба и лекарите по општа практика) треба да постават прашања за:

⁹ Не е карактеристично за популацијата во Република Македонија

¹⁰ Препораките во овој дел се од NICE clinical guideline on antenatal and postnatal mental health (www.nice.org.uk/CG045) [NICE CG 2007].

- мината или сегашна потешка ментална болест, вклучувајќи шизофренија, биполарно растројство, психоза во постнаталниот период или тешка депресија,
- претходен третман од специјалист-психијатар, вклучувајќи и хоспитализација, и
- фамилијарна историја за перинатална ментална болест.

Други специфични предиктори, како што е лош однос со партнерот, не би требало да се користат во рутинското предвидување на развојот на менталното растројство [NICE CG 2007].

- При првата посета на бремената жена кај матичниот гинеколог, при првиот преглед и постнатално (вообичаено 4-6 седмици и 3-4 месеци), здравствените работници (вклучувајќи акушерки, специјалисти гинеколози-акушери, патронажната служба или лекари од општа практика) треба да постават две прашања за да идентификуваат евентуална депресија.
 - Дали во текот на изминатиот месец често сте се чувствувале разочарано, депримирано или безнадежно?
 - Дали во текот на изминатиот месец често сте чувствувале намален интерес или намалено задоволство при извршувањето на вообичаените работи?
Третото прашање би се поставило во случај пациентката потврдно да одговори на претходните две.
 - Има ли нешто што чувствувате дека Ви треба или сакате да Ви биде од помош? [NICE CG 2007].
- По идентификација на веројатно ментално растројство во текот на бременоста или постнаталниот период треба да се спроведе понатамошна евалуација во консултација со колегите, доколку е потребно.
 - Ако здравствените работници или бремената жена се значително загрижени, бремената жена треба да се испрати кај нејзиниот лекар од општа практика.
 - Ако бремената жена има или постои сомнение дека има потешка ментална болест (на пример: биполарно растројство или шизофренија), истата треба да биде испратена кај специјалист-психијатар, а доколку е потребно и кај супспецијалист за перинатална психијатрија. Ова треба да биде дискутирано со бремената жена, а препорачливо е да се консултира и нејзиниот лекар по општа практика.
 - Лекарот по општа практика треба да биде информиран во сите случаи кога се открива актуелно или минато ментално растројство дури и кога не е спроведена понатамошна евалуација на состојбата [NICE CG 2007].

СКРИНИНГ ЗА ХЕМАТОЛОШКИТЕ СОСТОЈБИ

Анемија

- На бремената жена треба да ѝ се понуди скрининг за анемија. Скринингот треба да се направи рано во текот на бременоста (на закажаната посета) и во 28. гестациска седмица кога се прават и други испитувања на крвта. Ова дозволува доволно време за третман на евентуално детектирана анемија [снп-В].
- Нивото на хемоглобин надвор од нормалните вредности за бременост во Велика Британија (се смета 11g/100ml при првиот контакт и 10,5g/100ml во 28. гестациска седмица) треба понатаму да се евалуира и по потреба да се третира со препарати на железо [снп-А].

Одредувања на крвна група и еритроцитни алоантитела

- На бремената жена треба да се советува одредување на крвната група и резус D статусот уште во текот на раната бременост [снп-В].
- Препорачано е рутинска антенатална анти-D профилакса да се спроведе кај сите несензибилизирани бремени жени кои се резус D- негативни.

- Кај бремените жени треба да се спроведе и скрининг за евентуално постоење на атипични еритроцитни алоантитела во раната бременост и истото да се повтори во 28. гестациска седмица, без оглед на нивниот резус D статус [снп-**B**].
- На бремените жени со клинички сигнификантни еритроцитни алоантитела треба да се советува посета на специјалистички центар за евалуација на состојбата и понатамошен антенатален менаџмент [снп-**D**].
- Ако бремената жена е резус D-негативна, треба да се советува тестирање на резус D статусот кај нејзиниот партнер за да се утврди дали е неопходно спроведувањето на анти-D профилакса кај истата [снп-**GPP**].

Скрининг за хемоглинопатии ¹¹

- Претконцепциско советување (поддршка, давање на совет и информации) и тестирање на носителство треба да биде достапно за сите жени кои се идентификувани дека се со повисок ризик од појава на хемоглинопатии користејќи го фамилијарниот прашалник од (www.sickleandthal.org.uk/Documents/F_Origin_Questionnaire.pdf)
- Информации за скринингот за таласемиите и српестата анемија¹², вклучувајќи го и статусот на носителството и последиците од тоа, треба да се дадат на бремената жена при првиот контакт со здравствениот работник (информации во делот за давањето на антенатални информации).
- Скринингот за хемоглинопатиите и српестата анемија треба да се понуди за сите жени во одредено подрачје колку што е можно порано во бременоста (идеално околу 10. гестациска седмица.). Типот на скринингот зависи од преваленцата и може да се спроведе на примарно или на секундарно ниво.
- Онаму каде што преваленцата на српестата анемија е висока (над 1,5 случаи на 10 000 бремености), треба да се понуди лабораториски скрининг (high-performance liquid chromatography) на сите бремени жени за да се идентификуваат носителите на српестата анемија или таласемија.
- Онаму каде што преваленцата на српестата анемија е ниска (фетална преваленца од 1,5 случаи на 10 000 бремености или помалку), на сите бремени жени треба да им се понуди скрининг за хемоглинопатии со користење на Фамилијарниот прашалник¹³
 - Ако прашалникот индицира висок ризик за нарушувања како српеста анемија, треба да се понуди лабораториски скрининг (high-performance liquid chromatography-HPLC).
 - Ако средниот корпускуларен хемоглобин е под 27 пикограми, треба да се понуди лабораториски скрининг (HPLC).
- Ако жената е идентификувана како носител на клинички сигнификантна хемоглинопатија, тогаш таткото на бебето треба да се советува и кај него да се спроведе скрининг без одложување. За повеќе информации во врска со хемоглинопатиите и варијантите, да се консултира националната институција за антенатална и неонатална скрининг-програма¹⁴

СКРИНИНГ ЗА ФЕТАЛНИ АНОМАЛИИ

Скрининг за структурни аномалии

- Ултразвучен скрининг за фетални аномалии треба рутински да се спроведува и тоа вообичаено помеѓу 18/0 и 20/6 гестациска седмица.

¹¹ Во Република Македонија преваленцата на хемоглинопатии-таласемии е многу ниска. Потребни се фармакоекономски анализи на елементите приспособени на наши услови (достапност на HPLC, користење на едноставни тестови итн.) пред да се донесе препорака за универзален скрининг.

¹² Во Република Македонија постои само едно семејство со докажана српеста анемија.

¹³ Не е достапно за РМ

¹⁴ Во Република Македонија референтен центар за хемоглинопатии и дел од наследни заболувања е Македонската академија на науките и уметностите.

- При првиот контакт со здравствениот работник, на жената треба да ѝ бидат дадени информации во врска со целта и импликациите од прегледот за аномалии за да може таа сама да одлучи дали да го направи истиот или не. Целта на прегледот е да се идентификуваат фетални аномалии и да се овозможи:
 - репродуктивен избор (да се продолжи бременоста или да се прекине),
 - подготовка на родителите (за евентуален третман/ неспособност/ палијативна грижа/ прекин на бременоста),
 - породување во специјализиран центар,
 - интраутерина терапија.
- Бремената жена треба да биде информирана за ограниченоста на рутинскиот ултразвучен преглед и дека стапката на детекција варира во зависност од типот на феталната аномалија, индексот на телесната маса на пациентката и позицијата на плодот во матката во моментот кога се изведува прегледот.
- Ако се детектира аномалија во текот на прегледот, бремената жена треба да се информира за значењето на наодите и на тој начин да ѝ се помогне во изборот да ја продолжи бременоста или истата да се прекине.
- Феталната ехокардиографија која вклучува четирикморен пресек на феталното срце и излез на големите крвни садови се препорачуваат како дел од рутинскиот ултразвучен преглед за аномалии.
- Рутински скрининг за срцеви аномалии со употреба на нухална транслуценца не се препорачува.
- Кога се спроведува рутински ултразвучен скрининг за детекција на дефекти на невралната туба, алфа-фетопротеинот не е потребен.
- Се препорачува учество во регионален регистар на конгенитални аномалии.

Скрининг за Даунов синдром

- На сите бремени жени треба да се понуди скрининг за Даунов синдром. Треба да се даде на знаење дека спроведувањето на овој скрининг зависи од нивната одлука.
- Скринингот за Даунов синдром треба да се направи до крајот на првиот триместар (13/6 гестациска седмица), но и подоцна (до 20/0 гестациска седмица за жени кои се јавиле на преглед подоцна во текот на бременоста).
- Комбинираниот тест“ (нухална транслуценца, бета-хуман хорионски гонадотропин, PAPP-A) треба да се понудат во скринингот за Даунов синдром во периодот помеѓу 11/0 и 13/6 гестациска седмица. За бремените жени кои подоцна се јавуваат кај матичен гинеколог клинички најефикасен и финансиски најисплатлив е серумскиот скрининг-тест (triple и quadruple тест) кој се советува помеѓу 15/0 и 20/0 гестациски седмици.
- Кога не е можно да се измери нухална транслуценца, заради неповолна позиција на плодот или висок индекс на телесната маса кај бремената жена, на истата се советува серумски скрининг (triple и quadruple тест) помеѓу 15/0 и 20/0 гестациска седмица.
- Информации за скринингот за Даунов синдром на бремената жена треба да се дадат при првиот контакт со здравствениот работник. Тоа ќе овозможи понатамошна дискусија пред изведување на истиот.
- Специфичните информации треба да содржат:
 - насоки за водење на бременоста, вклучувајќи ги скрин-позитивните и скрин-негативните резултати,
 - одлуки кои треба да се донесат во секоја точка од насоките и нивните консеквенци,
 - фактот дека скринингот не обезбедува дефинитивна дијагноза и целосно објаснување на добиениот резултат, односно степенот на ризик,
 - информација за хорион биопсија и амниоцентеза, и
 - балансиран и точни информации за Дауновиот синдром.
- Ако бремената жена добие позитивен резултат од скринингот за Даунов синдром, во најскоро време треба да ѝ се овозможи средба и разговор со специјализиран кадар од таа област.

- Рутинскиот преглед за аномалии (18/0 до 20/6 гестациска седмица) не треба рутински да се користи за скрининг на Даунов синдром со примена на софт-маркери.
- Присуството на изолиран софт-маркер, со исклучок на зголемен нухален набор, на рутински преглед за аномалии не треба да се користи за прецизирање на *a priori* ризикот за Даунов синдром.
- Присуството на зголемен нухален набор (6mm или повеќе) или, пак, два или повеќе софт-маркери на рутински преглед за аномалии упатуваат на потребата од консултација на супспецијалист за фетална медицина или здравствен работник специјализиран во областа на феталната медицина.

СКРИНИНГ ЗА ИНФЕКЦИИ¹⁵

Асимптоматска бактериурија

- На бремените жени треба да им биде понуден рутински скрининг за асимптоматска бактериурија со култура на материјал добиен од средниот млаз од урина во текот на раната бременост. Идентификацијата и третманот на асимптоматската бактериурија го намалува ризикот за пиелонефрит.

Асимптоматска бактериска вагиноза¹⁶

- Бремените жени не треба да бидат скринирани за бактериска вагиноза, бидејќи доказите сугерираат дека идентификацијата и третманот на асимптоматската бактериска вагиноза не го намалува ризикот од предвремено раѓање и други несакани репродуктивни исходи [снп-А].

Chlamydia trachomatis

- При првата посета на матичниот гинеколог, истиот треба да ја информира бремената жена помлада од 25 години за преваленцата на кламидиска инфекција во возрасната група во која припаѓа таа.
- Скринингот за кламидија нема потреба да биде понуден како дел од рутинската антенатална грижа.

Citomegalovirus

- Достапната евиденција не поддржува рутински скрининг за цитомегаловирус кај бремените жени и тој не треба да се советува [снп-В].

Хепатитис В вирус

- Серолошки скрининг за хепатитис В вирусот треба да се советува на бремените жени. Во случај на инфекција, би можеле да им се понудат ефикасни постнатални интервенции со што ќе се намали ризикот од трансмисија на вирусот од мајката на детето [снп-А]¹⁷.

Хепатитис С вирус

¹⁵ Поради сигнификантната зачестеност на инфекции во бременоста како и конатални инфекции во Република Македонија се препорачува скрининг за инфекции во прв триместар, со земање на стандардни брисеви од вагина и цервикс, вклучително и брис за *Chlamydia*, *Mycoplasma* и *Ureplasma* и повторно во периодот од 34 до 36 гестациска седмица брис од вагина и цервикс. Се препорачува и мерење на рН вредност на вагината, според препораките од Светската асоцијација за перинатална медицина за редукција на прематуритет од 2007 година.

¹⁶ Поради сигнификантната зачестеност на инфекции во бременоста како и конатални инфекции во Република Македонија се препорачува скрининг за бактериска вагиноза во прв триместар

¹⁷ Потребно е да се спроведат кост-беневит анализи за наши услови пред да се донесе препорака за универзален скрининг.

- На бремените жени не треба да им се нуди рутински скрининг за хепатитис С вирусот, бидејќи нема доволно докази кои би ја поддржале неговата клиничка ефикасност и финансиска оправданост [снп-С].

HIV¹⁸

- На бремените жени треба да им се советува скрининг за HIV-инфекција рано во текот на антенаталната грижа, бидејќи соодветни антенатални интервенции можат да ја намалат трансмисијата на HIV- вирусот од мајката на детето [снп-А].
- Во секоја работна единица или оддел треба да има систем на јасни клинички насоки за жени со ваков наод и на тој начин бремените жени кај кои е дијагностицирана HIV-инфекција би биле водени и третирани од страна на соодветни специјалистички тимови[снп-Д].

Рубела

- Скрининг за рубела треба да се понуди рано во текот на антенаталната грижа за да се идентификуваат бремените жени со ризик за можност од стекнување на рубела инфекција и да се овозможи вакцинација во постнаталниот период заради нивна заштита во текот на следните бремености[снп-В].

Група В стрептококи

- На бремените жени нема потреба да им се понуди рутински антенатален скрининг за група В стрептококи, затоа што доказите за неговата клиничка и кост-ефективност се неизвесни [снп-С].

Сифилис¹⁹

- Скрининг за сифилис треба да им се понуди на бремените жени во раната фаза на антенаталната грижа, бидејќи третманот на сифилис придонесува за добар исход на болеста кај мајката и добра состојба на плодот [снп-В].
- Бидејќи сифилисот е многу ретка состојба во нашата популација, и позитивниот резултат не значи секогаш дека жената има сифилис, треба да се воспостават јасни насоки за упатување за водење на бременоста на жена која е позитивна на сифилис [снп-С].

Токсоплазмоза

- Рутински антенатален серолошки скрининг за токсоплазмоза не треба да се советува, бидејќи ризикот од скринингот може да натежни над потенцијалниот бенефит [снп-В].
- Бремените жени треба да бидат информирани за мерките на примарна превенција со цел да се избегне токсоплазмоза:
 - миење на рацете пред манипулирање со храна,
 - темелно миење на овошјето и зеленчукот пред јадење, вклучувајќи ги и свежо подготвените салати,
 - термичка обработка на свежото месо и подготвената смрзната храна,
 - носење на заштитни ракавици и темелно миење на рацете по манипулирање со земја и работа во градина, и
 - избегнување на измет од мачки во нивните легла или во почва[снп-С].

СКРИНИНГ ЗА КЛИНИЧКИ СОСТОЈБИ/ПРОБЛЕМИ

¹⁸ Потребно е да се спроведат кост-бенефит анализи за наши услови пред да се донесе препорака за универзален скрининг.

¹⁹ Потребно е да се спроведат кост-бенефит анализи за наши услови пред да се донесе препорака за универзален скрининг.

Гестациски дијабетес²⁰

Да се следат препораките на IADPSG од 2010- Види Анекс 3

Прееклампсија

- Мерењето на артерискиот крвен притисок и анализа на урината за детекција на протеини треба да се изведува при секоја антенатална посета за скрининг на прееклампсија.
- При првата посета на матичен гинеколог треба да бидат детерминирани следниве ризик-фактори:
 - возраст ≥ 40 години
 - нулипаритет
 - интервал подолг од 10 години од претходната бременост
 - фамилијарна историја за прееклампсија
 - претходна историја за прееклампсија
 - индекс на телесна маса 30 kg/m^2 или повеќе
 - преегзистирачка васкуларна болест, како хипертензија
 - преегзистирачка бубрежна болест
 - мултипна бременост

Почести мерења на крвниот притисок се потребни кај бремени жени кај кои постои некој од горенаведените ризик-фактори.

- Присуство на значителна хипертензија и/или протеинурија треба да го предупреди здравствениот персонал за потреба од зголемен надзор над пациентката.
- Артерискиот крвен притисок треба да се мери како што е наведено подолу:
 - да се отстрани дебелината облека, раката да биде релаксирана и поставена во ниво на срцето,
 - да се користи каф со одговарачка големина,
 - да се инфлатира кафот до 20 до 30mmHg над палпираниот систолен крвен притисок,
 - да се намалува живиниот столб бавно, за 2mmHg на секунда или на секој срцев удар,
 - да се прочита крвниот притисок до најблиску 2mmHg,
 - да се мери дијастолниот притисок како исчезување на слушаниот звук (фаза V).
- Хипертензија при која едно мерење на дијастолниот притисок покажало вредност од 110mmHg или две консекутивни мерења изведени на растојание од најмалку 4 часа покажале вредност 90mmHg и/или значителна протеинурија (1+) бара итен зголемен надзор на пациентката.
- Ако систолниот притисок е над 160mmHg при две консекутивни мерења изведени на растојание од најмалку 4 часа, да се размисли за третман на пациентката.
- Сите бремени жени треба да бидат информирани за неопходноста да побараат итен совет од здравствен работник, ако кај себе забележат симптоми на прееклампсија. Симптомите вклучуваат :
 - силна главоболка,
 - проблеми со видот, како што се замаглен вид или светкање пред очите,
 - силна болка под ребрените лакови,
 - повраќање,
 - неочекувано отекување на лицето, рацете и стапалата.
- Иако има многу публикувани материјали за алтернативни скрининг-методи за прееклампсија, ниеден од нив нема задоволителна сензитивност и специфичност, па затоа не се препорачуваат.
- Интегриран клинички скрининг во периодот од 11-13 гестациска седмица

Преттерминско породување

²⁰ Делот од оригиналното упатството е заменет упатството на IADPSG од 2010 година

- Рутински скрининг за предвременно породување не треба да се спроведува.
- Мерење на должина на цервикален канал со трансвагинален ултразвук во склоп на скринингот за структурни аномалии²¹

Placenta praevia

- Бидејќи најголем дел од ниско поставените постелки, кои се детектираат на рутински скен за аномалии, спонтано се повлекуваат до моментот на породувањето, само на бремената жена кај која постелката се шири преку внатрешното устие на цервиксот треба да ѝ се понуди дополнителен ултразвучен трансабдоминален скен во 32. гестациска седмица. Доколку наодот не е јасен, потребно е да се направи трансвагинален скен.

РАСТ НА ПЛОДОТ И СЛЕДЕЊЕ НА НЕГОВАТА КОНДИЦИЈА

- Растојанието симфиза-фундус треба да се мери и да се забележува при секоја антенатална контрола почнувајќи од 24. гестациска седмица.
- Ултразвучното одредување на феталната големина за суспектни големини за гестациската возраст на неродени бебиња не треба да се спроведува кај нискоризична популација.²²
- Кај бремености со низок ризик не треба да се користи рутински ултразвучен доплер .
- Феталната презентација треба да биде проценета со палпација на абдомен во 36. гестациска седмица или подоцна, кога презентацијата би влијаела на планирање на породувањето. Рутинска проценка на презентацијата не се советува пред 36. гестациска седмица, бидејќи таа не е секогаш точна, а може да биде и непријатна [снп-С].
- Суспектна фетална малпрезентација треба да се потврди со ултразвучен преглед. [снп-GPP]
- Не се советува рутинско броење на движењата на плодот [снп-А].
- Со аускултација на срцето на фетусот може да се одреди дали плодот е жив, но се смета дека нема значајна предиктивна вредност и заради тоа не се препорачува рутинско слушање на феталното срце. Сепак, доколку е на барање на мајката, аускултацијата на феталното срце би можела да влијае позитивно на психичката состојба на мајката [снп-D].
- Доказите не ја поддржуваат рутинската употреба на антенатален електронски мониторинг на отчукувањата на феталното срце (кардиотокографија) за проценка на состојбата на фетусот кај бремени жени со некомплицирани бременост, поради што и не треба да се понуди [снп-А].
- Доказите не ја поддржуваат рутинската употреба на ултразвучен скен после 24. гестациска седмица и затоа нема потреба тој да се спроведува²³ [снп-А]²⁴.

МЕНАЏМЕНТ НА СПЕЦИФИЧНИТЕ КЛИНИЧКИ СОСТОЈБИ

Бременост после 41. гестациска седмица

- Пред формална индукција на породување на бремената жена треба да се советува да ѝ биде понуден вагинален преглед, одлепување на плодовите обвивки (membrane sweeping) [снп-А].
- На бремените жени со некомплицирани бременост треба да им биде понудена индукција на породувањето по навршувањето на 41. гестациска седмица [снп-А].
- Почнувајќи од 42. гестациска седмица, на бремените жени кои одбиваат индукција на породувањето треба да им се советува и да им се понуди зголемен антенатален

²¹ Актуелна препорака за превенција на предвременно породување

²² Според актуелните препораки, се препорачува ултразвучно следење за раст и скрининг и за ИУЗР

²³ Според актуелните препораки, се препорачува ултразвучно следење и трет скрининг за доцен ИУЗР

²⁴ Види Анекс 2

мониторинг, кој се состои од кардиотокографија најмалку двапати неделно и ултразвучна процена на максималниот џеб на околуплодовата вода [снп-GPP].

Карлична презентација во термин

- На сите жени кои имаат некомплицирана единечна бременост во 36. гестациска седмица треба да им се понуди екстерна цефалична верзија. Исклучоците вклучуваат жени кои се во активна фаза на породување и жени со лузна на утерусот или утерината абнормалност, компромитиран фетус, руптурирани мембрани, вагинално крвање и медицински состојби [снп-A].
- Кога не е можно да се закаже посета за надворешна цефалична верзија во 37. гестациска седмица, истата треба да се закаже во 36. гестациска седмица [снп-GPP].

ДОПОЛНИТЕЛНА АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА

Упатствата нудат препораки за основната клиничка грижа за сите бремени жени, но не нудат информации за дополнителната грижа што би им била потребна на некои од бремените жени.

Бремените жени со следниве состојби би барале дополнителна грижа од онаа понудена во овие упатства:

- срцеви заболувања, вклучувајќи хипертензија
- бубрежни заболувања
- ендокрини нарушувања или дијабетес кој бара инсулин
- психички нарушувања (третирано со медикаменти)
- хематолошки нарушувања
- автоимуни заболувања
- епилепсија, која бара антиконвулзивна терапија
- малигни заболувања
- тешка форма на астма
- употреба на наркотици како хероин, кокаин (вклучувајќи крек кокаин) и екстази
- инфекции со HIV или хепатитис В вирус (HBV)
- обезитет (индекс на телесната маса 30kg/m^2 или повеќе при првата посета кај матичниот гинеколог), или потхранетост (ИТМ под 18kg/m^2 на првата посета)
- бремени жени кои би можеле да бидат со зголемен ризик од развој на компликации, како што се: жени над 40 години и постари и жени кои пушат
- жени кои се особено вулнерабилни (на пример, ≤ 18 -годишна возраст) или социјално загрозувани

Жени кои во текот на претходните бремености имале:

- рекурентни спонтани абортуси (три или повеќе консекутивни) или абортус во втор триместар
- предвремено раѓање
- тешка форма на прееклампсија, (H) хемолитична анемија, (EL) покачени хепатални ензими, (LP) и низок број на тромбоцити (HELLP), или еклампсија
- резус изоимунизација или други сигнификантни крвнотипни несовпаѓања
- утерина хирургија, вклучувајќи царски рез, миомектомија или биопсија на конус
- антенатална или постпартална хеморагија во два наврата
- пуерперална психоза
- голем мултипаритет (повеќе од шест бремености)
- раѓање на мртов плод или неонатална смрт
- мал плод за гестациската старост (Small for gestational age-SGA) (под 5 перцентила)
- голем плод за гестациската старост (Large for gestational age-LGA) (над 95 перцентила)
- плод со тежина под 2500g или над 4500g
- плод со конгенитална абнормалност (структурна или хромозомска)

АНТЕНАТАЛНИ ПОСЕТИ КАЈ МАТИЧНИОТ ГИНЕКОЛОГ

Шемата дадена подолу, одредена според целите на секоја антенатална посета, ги презентира и препорачува бројот на антенаталните посети за бремени жени кои се здрави и чии бремености остануваат неkomplицирани во антенаталниот период: 10 посети за нулипари и 7 посети за жени кои веќе раѓале. Овие посети на матичен гинеколог следат по првиот контакт на бремената жена со здравствениот работник кога е утврдена бременоста и следи нејзино вклучување во системот за грижа на мајката. Иницијалниот контакт треба да биде искористен како можност на бремената жена да ѝ се дадат најмногу од информациите кои би ѝ биле потребни во текот на бременоста.²⁵

Прв контакт со здравствен работник

Се даваат информации (потврдени со информации во пишана форма и антенатални часови) и се користи можноста да се продискутираат моментите за кои бремената жена пројавува интерес и, секако, се остава место за поставување на прашања. Темите кои треба да бидат опфатени во разговорот треба да вклучат:

- додаток на фолна киселина,
- хигиена на храната, вклучувајќи совети за намалување на ризикот за алиментарни интоксикации и инфекции,
- совети за стилот на живот, вклучувајќи престанување со пушењето, влијанието на употреба на дроги и алкохол во бременоста, и
- сите антенатални скрининзи, вклучувајќи скрининг за хемоглобинопатии, скрининг за аномалии и Даунов синдром, како и ризици и придобивки од тестовите

Прва закажана посета (идеално во 10. гестациска седмица)

При оваа посета треба да се дадат следниве информации (потврдени со информации во пишана форма и антенатални часови) и се користи можноста да се продискутираат моментите за кои бремената жена пројавува интерес. Темите кои треба да бидат опфатени во разговорот треба да вклучат:

- како се развива плодот во текот на бременоста,
- исхрана и диета, вклучувајќи и додаток на витамин D,
- физички вежби, вклучувајќи вежби за карличното дно,
- антенатален скрининг, вклучувајќи ги ризиците и придобивките од тестовите за скрининг,
- насоки за грижата за бременоста,
- местото на породување (упатство за интрапартална грижа),
- доење, вклучувајќи работилници,
- присуство на антенатални часови, и
- придобивки од мајчинството.

При овој состанок треба:

- да се идентификуваат бремените жени за кои би можело да биде потребна дополнителна грижа и да се планира начинот на грижа за бременоста (види Анекс 1),
- да се провери крвната група и резус D статусот,
- да се советува скрининг за хемоглобинопатии, анемија, еритроцитни антитела, хепатитис B вирус, HIV, чувствителност на вирус на рubeола и сифилис,
- да се советува скрининг за асимптоматска бактериурија,

²⁵ Детали за препораките се наведени во упатството, особено за скрининг за инфекции

- да се информира бремената жена помлада од 25 години за високата преваленца на кламидиска инфекција во нејзината возрастна група,
- да се советува скрининг за Даунов синдром,
- да се советува ран ултразвучен скен за проценка на гестациската старост,
- да се советува ултразвучен скрининг за структурни аномалии,
- да се измери висината, тежината и да се пресмета индексот на телесната маса,
- да се мери артерискиот крвен притисок и да се тестира урината за присуство на протеини,
- да се советува и да се понуди скрининг за гестациски дијабетес и прееклампсија земајќи ги предвид ризик-факторите
- да се советува скрининг за прематуритет²⁶
- да се идентификуваат бремените жени кои имале генитална мутилација,
- да се поставуваат прашања за минати или сегашни тешки форми на ментални заболувања или евентуален психијатриски третман,
- да се прашува за расположението на жената за да се идентификува евентуална депресија, и
- да се прашува за занимањето на бремената жена и да се идентификуваат потенцијалните ризици.

На закажаната посета, за бремените жени кои одлучиле да направат скрининг, се препорачуваат следниве тестови:

- тестови на крвта (за одредување на крвна група, резус D статус и скрининг за хемоглинопатии, анемија, еритроцитни алоантитела, хепатитис В вирус, HIV, осетливост на вирусот на рубеола) идеално пред 10. гестациска седмица;
- тестови на урина (се испитува протеинурија и се прави скрининг за асимптоматска бактериурија);
- ултразвучен скен за одредување на гестациската старост, користејќи:
 - мерење на растојанието теме-тртка меѓу 10/0 и 13/6 гестациски седмици
 - обем на глава, ако растојанието теме-тртка е над 84mm
- Скрининг за Даунов синдром користејќи:
 - "комбиниран тест" меѓу 11/0 и 13/6 гестациски седмици
 - серумски скрининг-тест (triple или quadruple) меѓу 15/0 и 20/0 гестациски седмици доколку е пропуштен комбинираниот скрининг
- ултразвучен скрининг за структурни аномалии, нормално меѓу 18/0 и 20/6 гестациски седмици.

16 гестациска седмица

При посетата во 16. гестациска седмица потребно е:

- да се резимираат, да се дискутираат и да се забележат резултатите од направените скрининг-тестови, повторно да се разгледа планираниот начин на следење на бременоста и да се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа;
- да се идентификуваат случаите каде хемоглобинот е под 11g/ 100ml и да се размисли за ординирање препарати на железо, ако е индицирано;
- да се измери артерискиот крвен притисок и да се направи тест на урината за протеинурија; и
- да ѝ се дадат информации на бремената жена со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и да ѝ се остави простор за поставување прашања, притоа треба да се отвори дискусија за рутинскиот скен за аномалии, да се понудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации.

²⁶ Со цел намалување на стапката на прематуритет во Република Македонија, а согласно актуелните препораки

18 до 20. гестациска седмица

- Во периодот од 18 до 20. гестациска седмица, ако бремената жена избере, треба да се изведе ултразвучен скен за детекција на структурни аномалии. Кај бремените жени кај кои во овој период се детектира постелка, која се протега преку внатрешното цервикално устие, се советува друг скен во 32 гестациска седмица.
- Мерење на должина на цервикален канал со трансвагинален ултразвук.

25. гестациска седмица

Во 25. гестациска седмица се прави иследување кај нулипарите. Притоа се врши:

- мерење на растојанието симфиза-фундус,
- мерење на артерискиот крвен притисок и се прави тест на урина за протеини, и
- се даваат информации со можност да се продискутира за темите кои ја интересираат бремената жена и ѝ се дава можност да поставува прашања. Се нудат вербални информации дополнети со антенатални предавања и пишани информации.

28. гестациска седмица

Следната посета на матичен гинеколог за сите бремени жени треба да биде во 28. гестациска седмица. При оваа посета:

- се советува втор скрининг за анемија и атипични еритроцитни алоантитела,
- се идентификуваат случаите со хемоглобин под 10.5g/100ml и да се размисли за терапија со препарати на железо, ако е индицирано,
- се советува анти-D профилакса кај резус-негативни бремени жени
- се мери артерискиот крвен притисок и се прави тест на урина за протеинурија,
- се мери растојанието симфиза-фундус, и
- се даваат информации на бремената жена со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и ѝ се остава простор за поставување прашања, се нудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации.

31. гестациска седмица

За нулипарите бремени жени потребна е посета кај матичен гинеколог во 31. гестациска седмица при што:

- се мери артерискиот крвен притисок и се прави тест на урина за протеини,
- се мери растојанието симфиза-фундус,
- и ѝ се даваат информации на бремената жена со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и ѝ се остава простор за поставување прашања, се нудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации, и
- се резимираат, се дискутираат и се забележуваат резултатите од направените скрининг-тестови во 28. гестациска седмица, повторно се разгледува планираниот начин на следење на бременоста и се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа.

34. гестациска седмица

Следната посета на гинеколог, која важи за сите бремени жени, е во 34. гестациска седмица. Притоа ѝ се даваат информации на бремената жена (поддржани со информации во пишана форма и антенатални часови) и ѝ се дава можност да се продискутира за теми кои ја интересираат бремената жена и можност да поставува прашања. Треба да се обрне внимание на следниве теми:

- подготовка за породилни болки и породување, вклучувајќи информации за соочување со болките при контракции и болките при породување, и
- препознавање на активно породување.

При оваа посета:

- да се понуди втората доза на анти-D за резус негативните жени,

- се мери артерискиот крвен притисок и се прави тест на урина за протеинурија,
- се мери растојанието симфиза-фундус,
- да ѝ се дадат информации на бремената жена со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и да ѝ се остави простор за поставување прашања, да се понудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации, и
- да се резимираат, да се дискутираат и да се забележат резултатите од направените скрининг-тестови во 28. гестациска седмица, повторно да се разгледа планираниот начин на следење на бременоста и да се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа.

36. гестациска седмица

Сите бремени жени треба да се проследат во 36. гестациска седмица. Притоа им се даваат информации (дополнети со информации во пишана форма и антенатални часови) и им се дава можност да се продискутира за теми кои ги интересираат и можност да поставуваат прашања. Треба да се обрне внимание на следниве теми:

- информации за доење, вклучувајќи ги техниките и практичните вештини кои би придонеле за успешно доење коешто е детално наведено во УНИЦЕФ ‘Baby Friendly Initiative’ (www.babyfriendly.org.uk),
- грижа за новороденото бебе,
- профилакса со витамин К и неонаталните скрининг-тестови,
- постнатална грижа за себе, и
- свесност за "baby blues" и постнаталната депресија.

При оваа посета:

- се мери артерискиот крвен притисок и се прави тест на урина за протеинурија,
- се мери растојанието симфиза-фундус,
- се одредува позицијата на плодот, и
- се нуди надворешна цефалична верзија (види дел за карлична презентација во термин) за жени чиј плод е во карлична презентација.²⁷

38 гестациска седмица

Контролата во 38. гестациска седмица вклучува:

- мерење на артерискиот крвен притисок и правење тест на урина за протеини,
- мерење на растојанието симфиза-фундус, и
- давање на информации на бремената жена, кои вклучуваат менаџмент на пролонгирана бременост²⁸; можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и ѝ се остави простор за поставување прашања, се нудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации.

40 гестациска седмица

Кај нулипарите бремени жени во 40. гестациска седмица треба:

- да им се измери артерискиот крвен притисок и да се прави тест на урина за протеини,
- да им се измери растојанието симфиза-фундус, и
- да им се дадат информации на бремената жена со опции за пролонгирана бременост¹⁸ со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и да ѝ се остави простор за поставување прашања, да се понудат вербални информации дополнети и со антенатални часови и пишани информации.

²⁷ Интервенцијата не се спроведува во РМ

²⁸ Детално обработено во Упатството за индукција на породување

41 гестациска седмица

Бремените жени кои не се породиле до 41. гестациска седмица:

- да се советуваат и да се понуди одлепување на мембраните (membrane sweep)¹⁸,
- да се советуваат и да се понуди индукција на породувањето,
- да им се измери артерискиот крвен притисок и да се прави тест на урина за протеини,
- да им се измери растојанието симфиза-фундус, и
- да им се даваат информации со можност да се продискутираат теми кои ја интересираат жената и се остава простор за поставување прашања.
- Ултразвучна проценка на количина на околуплодова вода
- NST

ОПШТО

Во текот на целиот антенатален период, здравствените работници треба да бидат будни во трагањето по ризик-факторите, знаците или симптомите на одредени состојби кои би можеле негативно да влијаат на здравјето на мајката и плодот, како што е домашно насилство, прееклампсија и дијабетес.

АНЕКС 3

ДИЈАГНОЗА И КЛАСИФИКАЦИЈА НА ХИПЕРГЛИКЕМИЈА ВО БРЕМЕНОСТ

Врз основа на препораките за дијагноза и класификација на хипергликемија во бременост од страна на The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) во март 2010 година се издадени нови упатства за гестациски diabetes mellitus (ГДМ), кои се основа за препораките содржани во ова упатство.

Јасно е дека diabetes mellitus (ДМ) во бременост е ризик за несакан исход кај мајка и фетус, но не е доволно разјаснет ризикот при полесни степени на хипергликемија.

ГДМ е дефиниран како СТЕПЕН НА ГЛИКОЗНА ИНТОЛЕРАНЦИЈА СО ПОЈАВА ИЛИ ПРВО ПРЕПОЗНАВАЊЕ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Според IADPSG дефиницијата за ГДМ вклучува подгрупа со потешка хипергликемија (слична на онаа кај преегзистенцијален ДМ) која бара посебен менаџмент и следење во тек на бременост и по породување.

Целта на НАРО (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) студијата била разјаснување на ризиците за несакани исходи асоцирани со полесен степен на матернална гликозна интолеранција во споредба со оние кај ДМ во бременост.

Во студијата постои континуирана корелација на пораст на матернална хипергликемија со родилна тежина над 90 перцентила, Царски рез, неонатална хипогликемија и вредност на С-пептид од папочна врвца над 90 перцентила.

СПЕЦИФИЧНИ ПРЕПОРАКИ ЗА ИДЕНТИФИКАЦИЈА И ДИЈАГНОЗА НА ХИПЕРГЛИКЕМИСКИ НАРУШУВАЊА ВО БРЕМЕНОСТ

ПРИ ПРВА АНТЕНАТАЛНА КОНТРОЛА, кај сите или само кај високоризичните пациентки (зависно од фреквенцијата на абнормален гликозен метаболизам во популацијата, како и од локалните услови) треба да се направи тест за:

- Утринска гликемија - на гладно (по осумчасовно гладување)
- Хемоглобин А1с, (HbA1c) или
- Рандомизирано одредување на ниво на гликемија во тек на денот

	Нормална вредност	Индикација за 75g ОГТТ (од 24 до 28 г.с.)	Дијагноза гестациски diabetes mellitus (ГДМ)	Дијагноза diabetes mellitus (ДМ)
Утринска гликемија – на гладно	<5,1mmol/L (92 mg/dL)	<5,1mmol/L (92 mg/dL)	≥5,1 mmol/L (92 mg/dL), но <7,0 mmol/L (126 mg/dL)	≥7,0 mmol/L (126 mg/dL) плус потврда*
HbA1c	<6,5%			≥ 6,5%
Рандомиз.-гликемија				≥ 11,1 mmol/L (200 mg/dL) плус потврда**

*Да се повтори уште едно иследување на гликемија на гладно. Добивање на наведената вредност е потврда за дијагноза

**Да се повтори рандомизирано-гликемија. Добивање на наведената вредност е потврда за дијагноза

- По дијагностицирање на ДМ, третманот и следењето треба да бидат идентични како кај пациентки со преегзистенцијален ДМ.

За дијагноза на ГДМ, кај пациентки со вредности за утринска гликемија <5,1mmol/L (92 mg/dL) од 24 до 28 гестациска седмица се изведува 2-часовен тест на оптоварување со 75g гликоза наутро, по гладување во тек на ноќта, кај сите бремени жени кај кои претходно не е дијагностициран ДМ или ГДМ порано во бременоста.

2-часовен ОГТ Тест со 75 g гликоза	
Гликемија	гранични вредности за ГДМ
на гладно	5,1mmol/L (92 mg/dL)
1 час по оптоварување	10,0 mmol/L (180 mg/dL)
2 часа по оптоварување	8,5 mmol/L (153 mg/dL)

- ГДМ се дијагностицира ако една или повеќе вредности се еднакви или поголеми од граничните вредности (назначени во табелата). Вредностите пониски од назначените се дефинираат како нормални.
- Постои заклучок дека не се направени доволно студии за тоа дали постои бенефит од генерализирано тестирање за дијагноза и третман на ГДМ пред вообичаениот период од 24-та до 28-ма гестациска седмица
- Сите жени со дијагноза за ГДМ или ДМ во тек на бременост треба да направат иследување за гликемија по породувањето.
- Не се препорачува одредување на ниво на Хемоглобин А1с за скрининг за ГДМ.

1. **International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care. 2010 Mar;33(3):676-82. PMID: [20190296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20190296/)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827530/?tool=pubmed>**
2. **Guidelines Issued for Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy, March, 2010 <http://www.medscape.com/viewarticle/717717?src=rss>**

**КЛИНИЧКО УПАТСТВО ЗА АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА
- СИНТЕЗА НА ДОКАЗИТЕ -**

Клиничките упатства се систематски развиени искази што им помагаат на здравствените работници и на пациентите во донесувањето на одлуки за соодветен третман во одредени состојби.

Секое упатство е систематски развиено со помош на стандардизирана методологија. Овие препораки не се создадени за да диктираат ексклузивен тек на менаџментот или третманот. Мора да бидат евалуирани во зависност од индивидуалните потреби на пациентот, расположливите ресурси и ограничувањата на институцијата како и варијациите кај локалната популација.

Постои надеж дека овие упатства ќе се инкорпорираат во рутинската практика. Треба да се обрне внимание на областите каде постојат клинички дилеми и во истите се потребни понатамошни истражувања.

Направена е градација на доказите употребувајќи ја долунаведената шема и препораките формулирани на сличен начин со стандардизирана шема на градација.

Ниво на докази

- Ia** Докази добиени од метаанализа на рандомизирани контролирани студии
- Ib** Докази добиени од најмалку една рандомизирана контролирана студија
- IIa** Докази добиени од најмалку една добро дизајнирана контролирана студија без рандомизација
- IIb** Докази добиени од најмалку една (од друг тип) квазиекспериментална студија
- III** Докази добиени од добро дизајнирани неекспериментални дескриптивни студии, како што се компаративни студии, студии со корелација и студии на одредени случаи
- IV** Докази добиени од извештаи или мислења на експертски комитет и/или клинички искуства на респектирани авторитети

Степен на препораки

- A** Директно засновани на **I** ниво на докази
- B** Директно засновани на **II** ниво на докази или екстраполирани препораки од **I** ниво на докази
- C** Директно засновани на **III** ниво на докази или екстраполирани препораки од **I** или **II** ниво на докази
- D** Директно засновани на **IV** ниво на докази или екстраполирани препораки од **I**, **II** или **III** ниво на докази

Препораки базирани на добра клиничка практика (Good practice point - GPP), клиничко искуство на членовите на групата која го изработила клиничкото упатство

Клиничкото упатство за Антенатална грижа развиено од National Institute for Clinical Excellence (NICE) беше избрано поради следните карактеристики:

- Публикувано е во март 2008 година, а направен е преглед во мај 2011 година со одлука за ажурирање во 2014 година
- Дефинирани се целите, потребите и очекувањата
- Јасна е стратегијата на пребарување на литературата
- Сублимирани се сите дотогаш синтетизирани докази
- Експлицитно се презентирани доказите и начинот на нивната синтеза
- Предвиден датум за ажурирање на Упатството (март 2014 година)

- Содржината им дозволува на професионалните асоцијации да направат адаптација соодветно на локалните потреби и состојби

Направени се измени и дополнувања според локалните потреби и состојби, како и според најново презентираниите докази во областа на превентивната медицина - Упатства за предикција, превенција на одредени несакани состојби и нарушувања во тек на бременост

РЕФЕРЕНЦИ

Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman 2008. National Institute for Clinical Excellence, published Guidelines, <http://www.nice.org.uk/guidance/CG62>

Автори:

Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 27 Sussex Place, Regent's Park, London NW1 4RG

2nd edition © 2008 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

1st edition published in 2003

ISBN 978-1-904752-46-2

1. Публикувано во март 2008 година, National Institute for Clinical Excellence, published Guidelines, <http://www.nice.org.uk/guidance/CG62> Направен преглед на оригиналното упатство во мај 2011 година и донесена одлука за следно ажурирање во март 2014 година.
2. Упатството треба да се ажурира на секои две години.
3. Предвидено е следно ажурирање во март 2016 година.