

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА ТРЕТМАН НА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ ВО ТЕКОТ НА БРЕМЕНОСТ**

#### **Член 1**

Со ова упатство се пропишува третманот на употреба на лекови во текот на бременост.

#### **Член 2**

Начинот на третман на употреба на лекови во текот на бременост е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на употреба на лекови во текот на бременост 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 третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

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

Бр. 07-6541/2

26 ноември 2012 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ ВО ТЕКОТ НА БРЕМЕНОСТ

МЗД Упатство  
30.4.2010

- Основни податоци
- Поврзани извори

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Секој лек што се употребува во текот на бременоста треба да има јасна индикација. Од друга страна, треба да биде препишан секој еден лек што е потребен за мајката.
- Треба да се преферираат лекови со докажан безбедносен профил, поточно оние што веќе се употребувани во текот на бременоста во доволно голем временски период.
- Треба да се употребува најмалата ефективна доза.
- Истите принципи важат и за периодот на лактација.
- Во табела бр.1 се наведени најчестите болести или симптоми и лековите што се најсоодветни за нивен третман во текот на бременоста. Препораките, исто така, се однесуваат за лековите што треба да се употребуваат во текот на лактацијата.

**Табела бр. 1. Лекови во текот на бременоста**

Болест или состојба	Соодветен лек во текот на бременоста	Забелешка
Акни	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локален третман: бензоилпероксид, клиндамицин, азелаична киселина</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мора да се прекине употребата на лекови што содржат изотретиноин најмалку еден месец пред дисконтинуирање на примена на контрацепција.</li> </ul>
Алергија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Примарно препарати за локална употреба (кромогликат, стероиди)</li> <li>• Доколку се потребни системски препарати, лекови од прв избор се антихистаминиците (лево)цетиризин и (десно)лоратадин.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не се препорачуваат лекови што содржат псеудоефедрин.</li> </ul>
Астма	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прв избор: инхалирачки кортикостероиди и кратко-дејствувачки бета2-агонисти.</li> <li>• Претходен добар терапевски одговор на долгодејствувачки бета2-агонисти или леукотриенски рецепторски антагонисти, исто така, налага нивна континуирана употреба во текот на бременоста.</li> <li>• Системски кортикостероиди.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правилното лекување на астмата во тек на бременост е исто така важно за здравјето на фетусот.</li> <li>• Општо земено, исти принципи за лекување на астмата важат и за бремените жени и за оние кои не се бремени.</li> </ul>

Бактериски инфекции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пеницилини, деривати на пеницилин и цефалоспорини</li> <li>• Нитрофурантоин</li> <li>• Клиндамицин</li> <li>• Макролиди (еритромицин, азитромицин и рокситромицин се прв избор)</li> <li>• Метронидазол (примарно локален третман)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Триметоприм и суфа-триметоприм не се лекови од прв избор во текот на првиот триместер од бременоста.</li> <li>• Тетрациклините би требало да се избегнуваат (ризиците се највисоки во вториот и третиот триместер)</li> <li>• Флуорокинолоните би требало да бидат ограничени само за посебни ситуации.</li> </ul>
Габични инфекции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Корисни се антифунгални препарати за локална употреба.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вагиналната кандидијаза примарно се лекува со локални препарати, но еднакратна перорална доза на флуконазол (150 мг) може да се употреби доколку е потребно.</li> <li>• Системските антифунгални лекови треба да се ограничат само за тешки инфекции.</li> </ul>
Антихелминтици	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пирвиниум ембонат</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нема значајна системска апсорпција</li> </ul>
Профилактика на маларија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хлорокин и прогванил се безбедни.</li> <li>• Мефлокин за посебни ситуации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доколку е возможно, би требало да се избегнува патување во ендемски подрачја на маларија.</li> <li>• Треба да се земе предвид резистенцијата на лекови во географското подрачје</li> <li>• Превенцијата на маларија е важна.</li> <li>• Досега постои мало искуство со атовакин.</li> </ul>
Шуга, вошки на глава	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перметрин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Маргинална системска апсорпција</li> </ul>
Кронова болест	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сулфасалазин</li> <li>• 5-аминосалицилна киселина (5-АСА)</li> <li>• Кортикостероиди</li> <li>• Азатиоприн</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ремисијата на болеста е важна во тек на бременост.</li> <li>• Ограничено искуство со инхибитори на ТНФ-алфа, не се препорачуваат</li> <li>• Контраиндицирани: метотрексат, микофенолична киселина, талидомид</li> </ul>
Аналгетици и антипиретици	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Парацетамол е прв избор и е безбеден во текот на целата бременост.</li> <li>• Не-стероидни антиинфламаторни лекови: ибупрофен е прв избор.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прекумерната употреба на НСАИЛ при планирање на бременост може да го намали фертилитетот.</li> <li>• Прекумерната употреба во текот на првиот триместер би можело веројатно да го зголеми ризикот од спонтан абортус.</li> <li>• Повторената употреба на НСАИЛ од 28.гестациска недела понатаму би требало да се избегнува (предвремено затварање на ductus arteriosus; ефекти врз феталната бубрежна функција)</li> <li>• Селективните COX-2 НСАИЛ се контраиндицирани во текот на бременоста.</li> </ul>

Хиполипемиски лекови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Да не се употребуваат во текот на бременост и лактација</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холестирамин би можело да се употребува во селектирани случаи (треба да се обезбеди доволен внес на липосолубилни витамини).</li> <li>• Инхибитори на HMG CoA редуктаза (статици) се контраиндицирани во текот на целата бременост.</li> </ul>
Хипертензија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабеталол, пропранолол, метопролол</li> <li>• Блокатори на калциумовите канали (нифедипин, верапамил) од вториот триместер понатаму</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекови што дејствуваат на системот ренин-ангиотензин се контраиндицирани. Доколку е возможно, би требало да се прекине со употребата на лекот при планирање на бременоста, а најдоцна кога ќе се потврди бременоста.</li> </ul>
Депресија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инхибитори на повторно преземање на серотонин (SSRI)</li> <li>• Трициклични антидепресиви</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кај новороденчето може да предизвикаат симптоми индуцирани од лекот, понекогаш и сериозни</li> <li>• Треба да се провери дозата при крајот на бременоста.</li> <li>• Доколку лекот се употребува при крајот на бременоста, породувањето би требало да се одвива во болница со педијатар на повик</li> <li>• Можниот ризик поврзан со доењето би требало да се земе предвид индивидуално.</li> </ul>
Несоница	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Се преферира нефармаколошко лекување</li> <li>• Оксазепам е лек од прв избор од бензодиазепините.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Би требало да се избегнува редовна употреба на транквилизери или хипнотици</li> </ul>
Мигрена	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НСАИЛ (исто така, види Аналгетици и антипиретици)</li> <li>• Парацетамол+ кодеин</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Од специфичните лекови, постои најголемо искуство со суматриптан. Овој лек може да се употреби доколку нападот на мигрена не се смирува со вообичаените лекови.</li> <li>• Би требало да се избегнува повторна употреба на кодеин.</li> <li>• Дериватите на ерготамин се контраиндицирани</li> </ul>
Печење зад градната коска, диспепсија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неапсорбирачки антациди и сукралфат</li> <li>• Ранитидин</li> <li>• Омепразол, есомепразол</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мисопроствол е контраиндициран</li> </ul>
Гадење и повраќање во бременоста	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пиридоксин</li> <li>• Прохлорперазин</li> <li>• Меклозин</li> <li>• Метоклопрамид</li> <li>• Ѓумбир</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Се преферираат не-фармаколошки третмани.</li> </ul>

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

11.12.2007

### Резиме на докази

- Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин дадени во доцната бременост може да имаат несакани ефекти врз новороденото дете, но за ова тврдење нема докази во квалитетни клинички испитувања (ннд-**D**)<sup>1</sup>.
- Некои селективни инхибитори на повторното преземање на серотонин може да го зголемат ризикот од некои специфични дефекти, но овие дефекти се ретки и апсолутниот ризик е мал (ннд-**C**).

### Литература

1. Keles N. Treatment of allergic rhinitis during pregnancy. Am J Rhinol 2004 Jan-Feb;18(1):23-8 [PubMed](#)
2. Goldsmith LA, Bologna JL, Callen JP, Chen SC, Feldman SR, Lim HW, Lucky AW, Reed BR, Siegfried EC, Thiboutot DM, Wheeland RG, American Academy of Dermatology. American Academy of Dermatology Consensus Conference on the safe and optimal use of isotretinoin: summary and recommendations. J Am Acad Dermatol 2004 Jun;50(6):900-6 [PubMed](#)
3. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. BMJ 2003 Aug 16;327(7411):368 [PubMed](#)
4. Fox AW, Chambers CD, Anderson PO, Diamond ML, Spierings EL. Evidence-based assessment of pregnancy outcome after sumatriptan exposure. Headache 2002 Jan;42(1):8-15 [PubMed](#)
5. Webster WS, Freeman JA. Prescription drugs and pregnancy. Expert Opin Pharmacother 2003 Jun;4(6):949-61 [PubMed](#)
6. Edison RJ, Muenke M. Central nervous system and limb anomalies in case reports of first-trimester statin exposure. N Engl J Med 2004 Apr 8;350(15):1579-82 [PubMed](#)
7. Reprorisk, Drugdex database, Micromedex 3/2007 [1](#)
8. Malm H, Klaukka T, Neuvonen PJ. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. Obstet Gynecol 2005 Dec;106(6):1289-96 [PubMed](#)
9. Kroser J, Srinivasan R. Drug therapy of inflammatory bowel disease in fertile women. Am J Gastroenterol 2006 Dec;101(12 Suppl):S633-9 [PubMed](#)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00159 (026.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автор:

Heli Malm

Претходни автори:

Anne Heikkilä

Article ID: ebm00565 (026.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.4.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**

---

<sup>1</sup> Ннд-ниво на доказ