

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, 10/15, 61/15 и 154/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АНТЕНАТАЛНА КЛИНИЧКА И СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ГРИЖА – КОНСУЛТАЦИИ, УПАТУВАЊЕ И УПАТСТВА ЗА ТРЕТМАН

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при антенатална клиничка и специјалистичка грижа – консултации, упатување и упатства за третман.

Член 2

Начинот на згрижување при антенатална клиничка и специјалистичка грижа – консултации, упатување и упатства за третман 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 клиничка и специјалистичка грижа – консултации, упатување и упатства за третман 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

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

Бр. 17-10475/1
9 октомври 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АНТЕНАТАЛНА КЛИНИЧКА И СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ГРИЖА – КОНСУЛТАЦИИ, УПАТУВАЊЕ И УПАТСТВА ЗА ТРЕТМАН

МБД Упатство

Последен пат е ажурирано на: 28.3.2014 © Duodecim Medical Publications Ltd

Важно

- Запознајте се со критериумите за упатување, издадени од вашето локално породилиште.
- Во нејасните случаи, консултирајте се со соодветен специјалист (лекар/акушерка), по телефонн или писмено.
- Доколку е можно, избегнувајте да ги упатувате пациентите како итни и закажете го прегледот за пациентот. На тој начин ќе се обезбеди соодветен медицински персонал и опрема, а болничкиот персонал ќе има време да консултира соодветна литература, доколку е тоа потребно.
- Пациентите упатувајте ги како итни случаи доколку состојбата на мајката или на плодот изискуваат итна евалуација или третман. Постојат бројни проблеми при упатувањето на пациентите како итни: времето на чекање во болницата може да е долго, инвестирациите и третманот може да се спроведе во амбулантски услови, упатувањето може да предизвика непотребна загриженост кај пациентката и кредибилитетот на антенаталната клиника може да биде ставен под знак прашање.
- **Види го и упатството:** [Антенатални клиници: грижа и испитувања](#).

Упатување за подготвително планирање на претстојна бременост

- Подготовките за планирање на претстојна бременост во соработка со тим од специјалисти може да биде потребно во случај пациентката да има:
 - Хронична болест која е класифицирана како сериозна или чија прогноза е неразјаснета.
 - Историја на сериозни компликации во текот на претходните бремености, чијшто карактеристики се несоодветно евалуирани во рамките на постнаталните прегледи.
 - Семејна историја за наследно заболување кај децата или можностите за скрининг.
- Доколку е потребно, пациентката треба да се покани во посета на акушерска клиника, институт за генетски иследувања или друга специјализирана установа. Упатството за третман ќе биде скицирано од тимот од примарната здравствена заштита, заедно со болницата.

Diabetes mellitus

- Важно е дијабетот да биде добро регулиран во периодот на концепција, но и во текот на раната бременост, со цел да се намали ризикот од малформации.
- Мајката треба да продискутира за планираната бременост со нејзиниот ординирачки лекар. Кај пациентките на таблетарна терапија, таа треба да се замени

со инсулин, а кај пациентките со дијабет тип 1, дозите на инсулин треба да се зголемат.

- Доколку основната болест на пациентката е обременета со компликации (нефропатија, бубрежна инсуфициенција, тешка ретинопатија, коронарна болест), во предвид треба да се земат дополнителните ризици и, кога е потребно, да се бара консултација со специјалист.

Други хронични заболувања

- Болести коишто бараат проценка на ризикот од бременоста и подготвително планирање на претстојната бременост вклучуваат: сериозно срцево заболување, тешка хипертензија или бубрежна болест, тромбемболиски состојби или тешки автоимуни заболувања.
- Иследувања во фазата на подготвително планирање на претстојна бременост може да бидат потребни и кај некои многу ретки заболувања.

Наследни болести

- Упатување за генетско советување (или кај перинатолог) треба да се земе во предвид доколку пациентката не е целосно запознаена со карактерот на наследното заболување или доколку не се спроведени иследувања за носителскиот статус за дадениот генетски дефект.

Упатување во рана бременост – базирано на медицинската историја

Хронична болест на мајката

- [Види го и упатството: Системски болести и бременост.](#)
- Времето на упатување зависи од сериозноста на заболувањето и од постоечките сознанија и упатства за ефективен третман на состојбата, како и за влијанието на бременоста врз неа.
- Дијабет тип 1 или 2
 - Упатете ја пациентката уште во рана бременост.
 - Целта е да се обезбеди добра регулација во претконцепциската фаза како и во рана бременост.
- Предизпозиција за тромбемболија или историја за венска тромбоза
 - Времето и методот на тромбопрофилакса зависи од следниве фактори: во какви услови и на која локација се манифестирала претходната епизода на венска тромбоза и колку е сериозна предизпозицијата кон тромбемболија, дали е вродена или стекната, според резултатите од лабораториските иследувања.
- Вродена или стекната кардиолошка состојба [1](#)
 - Болести врз коишто бременоста влијае неповолно се: срцеви маани, чии симптоми според NYHA припаѓаат на класа III-IV, Мафранов синдром со дилатација на коренот на аортата, Аисенменгеров синдром и други форми на пулмонална хипертензија.
 - Во текот на бременоста треба да се следи кардиолошкиот статус, како и функционалниот капацитет на мајката. Треба да се направи план на породувањето и да се обезбеди соодветна профилактичка терапија, како на пр.: антикоагуланси, антиаритмици и заштита од ендокардитис.

- Ординирачкиот акушер треба да биде запознат со бременоста и пациентката соодветно да се упати во текот на раната бременост или кон средината на бременоста.
- Реуматоидни и заболувања на сврзното ткиво [2](#)
 - Текот на болеста или нејзиниот третман (медикаментозен) може да се менуваат во текот на бременоста.
 - Болеста може да влијае врз текот на бременоста, особено доколку се присутни антифосфолипидни или ENA (антинуклеарни) антитела.
 - Вообичаено е мајката да се упати за соодветна грижа од перинатолошки тим во текот на раната бременост, освен доколку заболувањето е во изразито блага форма, доколку се претходно спроведени соодветни иследувања и доколку состојбата е без проблеми.
- Хронична хипертензија ([види го упатството: Бременост и крвен притисок](#)).
 - Доколку хипертензијата е тешка или комплицирана, треба да се размисли за упатување на пациентката во текот на раната бременост.
 - Доколку хипертензијата е некомплицирани и не изискува медикаментозна терапија, три рутински антенатални контроли би требало да бидат доволни: на почетокот или на средината од бременоста помеѓу 28-та и 32-та гестациска седмица и при крајот на бременоста.
 - Сепак, доколку крвниот притисок на пациентката значително се зголеми или доколку се појават дополнителни компликации, пациентката треба да се упати кај опстетричар.
- Хронична бубрежна болест
 - Добро контролираната бубрежна болест не изискува повеќе од редовни контроли во рана бременост, на средината од бременоста и на крајот од бременоста. Можните потенцијални ризици опфаќаат развој на суперпонирана прееклампија, влошување на бубрежната болест и нарушување на феталниот раст.
- Коагулопатии
 - Најчеста коагулопатија е фон Вилебрандовата болест. Консултација со специјалист е неопходна за да се процени тежината на состојбата и за да се обезбедат информации кои се однесуваат на породувањето.
- Епилепсија и други невролошки заболувања
 - Како резултат на зголемениот ризик од конгенитални аномалии, треба да се спроведе прецизен скрининг за структурни аномалии и треба да се направи план за третманот и за медикаментозната терапија во текот на бременоста и породувањето. Суплементација со фолна киселина ([инд-А](#))http://www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg_evd/02318, [види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања](#).
- Хронични цревни заболувања
 - Пациентката, во прва рака, треба да се упати кај ординирачкиот лекар. Доколку заболувањето е тешко, манифестно или новооткриено, пациентката треба да се упати и кај перинатолог. Може да се наметне потреба од долготрајна медикаментозна терапија во текот на бременоста. Активното цревно заболување го зголемува ризикот од предвремено породување.
- Белодробни заболувања, на пр. рекурентна астма
 - Пациентката, во прва рака, треба да се упати кај ординирачкиот лекар. Во текот на бременоста, медикаментозната терапија треба да биде соодветна за да обезбеди оптимална нега. Пациентката, во прва рака, треба да се упати кај ординирачкиот лекар за белодробна функција.

- Лековите за третман на астмата не се покажале како штетни во текот на бременоста [3](#).
- Лекувани малигни тумори
 - Структуриран ултразвучен преглед треба да се спроведе од специјалистички тим, особено доколку принципите кои се однесуваат на следењето на бременоста и туморот остануваат нејасни.
- Тироидна дисфункција
 - Благоиот хипотиреоидизам во раната бременост може да биде штетен за феталниот развој, па оттаму, хипотиреоидизмот треба да се корегира во раната бременост [4](#). Потребите од тироксин се зголемуваат за 25–50 µg. Дозата се зголемува за 25 µg на почетокот од бременоста, а потоа според серумските концентрации на TSH, со цел да се одржуваат под 2.5 mU/l [11](#) [12](#).
 - Нелекуваниот хипертиреоидизам може да биде опасен, како за мајката, така и за плодот.
 - Историја за претходно третиран хипертиреоидизам (на пр., Гравесова [Базедова] болест третирана со радио-Јод) исто така наложува упатување за понатамошно следење од специјалист, доколку серумските концентрации на TSH рецепторските антитела се зголемени.
- Психијатриски заболувања [5](#)
 - Доколку бремената жена има сериозно психијатриско заболување, неопходно е да се примени мултидисциплинарен пристап, кој ќе вклучи психијатар, ординирачкиот лекар и принатолог.
 - Овие пациентки често изискуваат сериозен ангажман во текот на бременоста, па прегледите од перинатолог може да бидат од корист, дури и кога бременоста напредува без објективни тешкотии.
- Хронични инфекции, види подолу, „Инфективни болести кај мајката“.

Малформации на гениталниот тракт и миоми на матката

- Потенцијалните ризици вклучуваат зголемен ризик од спонтано пометнување, застој во феталниот раст, предвремено породување, пречки при породувањето или пролонгирано породување.

Претходни бремености со компликации

- Пациентката треба да се упати кај перинатолог во текот на раната фаза од бременоста доколку претходно, т.е до актуелната бременост имала:
 - 3 или повеќе последователни неуспешни бремености (спонтани пометнувања).
 - Предвремено породување (пред 30-та гестациска седмица).
 - Фетална смрт или тешки проблеми во феталниот раст.
 - Рана или тешка прееклампсија.
- Пациентката треба да се упати во подоцнежната фаза од бременоста, што се смета за неопходно, доколку има историја за:
 - Абнормално породување со проблеми во текот на породувањето, на пр., итен царски рез, тешка вакуум екстракција, тешка крвозагуба, несоодветно обезболување или проблеми со новороденото.
 - Други проблеми во поодмината бременост.

Зголемен ризик од фетални малформации или наследно заболување

- [Види го и упатството: Скрининг за фетални хромозомни абнормалности.](#)
- Доколку резултатите од скринингот или другите иследувања упатуваат на зголемен ризик од фетални абнормалности, мајката треба да се упати на консултација со специјалист, особено доколку тоа е нејзина желба.

Злоупотреба на супстанции

- [Види го и упатството: Бремена жена – злоупотребувач на супстанции.](#)
- Доколку во текот на антенаталните контроли или при советувањето се забележи или се појави сомнение дека мајката стада од злоупотреба на супстанции (алкохол, наркотични дроги или употреба на медикаменти за нетераписки цели), потребно е да се упати за понатамошна грижа од специјалистички тим заради:
 - Веројатноста за третман на зависноста и мотивацијата на мајката ќе се зголемат при упатувањето на мајката.
 - Злоупотребата на супстанциите претставува мултидисциплинарен проблем.
 - Болничкиот тим ќе се подготви за проблемите кои може да се појават во текот на породувањето и пуерпериумот, како кај мајката, така и кај новороденото.
- Дефиниции
 - Експериментална злоупотреба; доколку употребувала дроги во одредена фаза од животот.
 - Зависност од дроги, доколку употребувала повеќе од 10 пати.
 - Актуелна зависност од супстанции, доколку се поминати помалку од 12 месеци од редовната употреба или продолжила да ги употребува повремено.
 - Прекумерно консумирање на алкохол: употреба на повеќе од 8 единици алкохол неделно, или тешко епизодно опијанување со повеќе од 5 единици наеднаш (критериуми за бременост).

Советување во случај на нарушувања и абнормалности

Hyperemesis gravidarum (неконтролирано повраќање)

- Понекогаш е тешко да се направи разлика помеѓу блага и тешка форма на повраќање во бременоста. Мајката треба да се упати во болничка установа во случај на кетоза, губиток на телесната тежина (5%, > 2 kg/неделно) или во случај на дехидратација. Исто така, мајката треба да се упати во болничка установа доколку состојбата е пролонгирана или стане таква во случај на кетоза неподнослива за мајката. Во болничката установа, обично се ординираат интравенски течности, со цел да се нормализира балансот на течности.
- Третман на гадењето во антенаталните клиници. [Види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања.](#)

Крвавење кај мајката

- Крвавењето најчесто потекнува од шуплината на матката, но може да биде предизвикано и од инфламација, егзулцеративни промени или тумори на вагината или на цервиксот.

- Крвавењето кај мајката во текот на раната бременост (пред 22-та гестациска седмица), [види го упатството: Крвавење во тек на бременоста \(прв и втор триместар, под 28 недели\)](#), укажува на заканувачки абортус. Сепак, ефективен третман постои. Треба да се предложи одмор. Доколку не е потребно итно упатување на пациентката, како одговор на екстензивна крвозагуба или болка, ултразвучниот преглед ([види го упатството: Ултразвучно скенирање во тек на бременоста](#)) треба да се направи следниот работен ден, со цел да се одредат карактеристиките на бременоста. Крвавењето може да се појави при:
 - Нормална интраутерина бременост.
 - Интраутерина бременост кај која настапија смрт на ембрионот или фетусот (missed abortion).
 - Интраутерина бременост кај која не дошло до развој на ембрионот (blighted ovum, "анембрионална бременост").
 - Абортус во тек (abortus in tractu), кај кој цервикалниот канал е веќе отворен и веќе започнало исфрлањето на концептот. Во овој случај, многу е поверојатно дека, во моментот на прегледот, во шуплината на матката ќе се најдат само ткивни остатоци од неуспешната бременост.
 - Ектопична бременост.
- Крвавењето кај мајката во втората половина од бременоста (по 22-та гестациска седмица) може да потекнува од:
 - Мукозните мембрани на матката, во случај кога цервиксот зрее, матката се контрахира или започнува породувањето.
 - Предлежечка постелка или предвремено одлепување на нормално всадена постелка (placenta praevia или placental abruption).
- Крвта најчесто потекнува од мајката, но може да биде по потекло и од плодот.
- Со оглед на тоа што крвавењето може да биде предзнак на сериозна загрозеност на плодот и со оглед на тоа што можеби постои потреба од преземње на итни мерки за спасување на плодот, мајката мора итно да се упати во специјализирана установа, т.е во акушерска клиника.

Зголемен крвен притисок или прееклампсија

- [Види го и упатството: Бременост и крвен притисок и упатството: Системски болести и бременост.](#)
- Се смета дека крвниот притисок во мирување е абнормално висок, доколку при повторуваните мерења:
 - Систолниот притисок е повисок од 140 mmHg.
 - Дијастолниот притисок е повисок од 90 mmHg.
 - Ситолниот притисок е зголемен за повеќе од 30 mmHg од базалните вредности.
 - Дијастолниот притисок е зголемен за повеќе од 15 mmHg од базалните вредности.
- Протеинуријата се смета за сигнификантна доколку концентрацијата е поголема од 0.3 g/l во 24-часовен примерок (квалитативен тест + или ++).
- Другите симптоми кои одат во прилог на прееклампсија опфаќаат: отоци, болка во горниот дел од stomакот, гадење, главоболка, нарушувања во видот и други невролошки симптоми.
- Асимптоматските пациентки со зголемен крвен притисок или сигнификантна протеинурија, треба да се упатат на консултација кај перинатолог. Упатувањето не

треба да се назначува како итно. Прегледот може да се закаже во текот на една недела од денот на упатувањето.

- Кај пациентките со клинички манифестна состојба или пациентките кај кои протеинуријата е проследена со нагол пораст на крвниот притисок, може да се наметне потреба од итно упатување во акушерска клиника.
- Болката во горниот дел на абдоменот во корелација со пораст на крвниот притисок, колку и да е мала, и/или присуството на протеинурија може да одат во прилог на HELLP синдром (хемолиза, зголемени хепатални ензими, намален број на тромбоцити). Во овој случај, мајката треба итно да биде пренесена во специјализирана болничка установа.

Гестациски дијабет (GDM)

- Скринингот во матичните установи се спроведува врз основа на постоечките ризик фактори и глукоза толеранс тестот (ГТТ).
- ГТТ треба да се направи во периодот помеѓу 24-та и 28-та гестациска седмица.
- ГТТ не е потребен кај:
 - Нулипарии помлади од 25 години со БМИ < 25 kg/m² кои немаат анамнеза за дијабет тип 2 во потесното семејство.
 - Мултипарии постари од 40 години со БМИ < 25 kg/m² и без претходно раѓање на макрозомен плод.
- ГТТ треба да се спроведе уште во периодот помеѓу 12-та и 16-та гестациска седмица, доколку пациентката има:
 - Историја за гестациски дијабет во текот на минатите бремености.
 - PCOS.
 - BMI > 35 kg/m².
 - Глукозурија во рана бременост.
 - Позитивна анамнеза за дијабет тип 2 во поблиското семејство.
 - Е на третман со глукокортикоидна терапија.
- Мајката има гестациски дијабет доколку една или повеќе од вредностите на 75 g оптоварување со глукоза (2 часа) се абнормални, види табела 1.
- Дури и кога резултатите од тестот во рана бременост се нормални, сепак тој треба да се повтори помеѓу 26-та и 28-та гестациска седмица.
- Доколку вредностите на ГТТ се абнормални, треба да се дадат совети за диететскиот режим и да се започне со следење на гликемијата во домашни услови. Упатувањето во специјалистичка установа треба да се базира на резултатите од мониторингот на гликемијата во домашни услови.
- Сепак, феталната макросомија треба секогаш да биде забележана и да се направи и спроведе соодветен план за породувањето.

Табела. Горна граница на вредностите на ГТТ при нормални вредности на гликемијата (mmol/l)

Примерок	0 час	1 час	2 час
Капиларна крв или венска плазма	5.3	10.0	8.6
Капиларна плазма	5.3	11	9.6

Холестаза во бременоста (хепатоза)

- Доколку мајката се жали на чешање, се зема крв за ALT жолчни киселини. Доколку една од овие вредности е зголемена, мајката треба да се упати кај перинатолог.
- Доколку чешањето е тешко и неподнесливо, пациентката треба итно да се упати во болничка установа, без да се чекаат резултатите од лабораториските анализи. Исто така, доколку пациентката со хепатоза се жали на чешање кое се влошува, треба итно да се упати во болничка установа.

Анемија

- На мајката ѝ е потребна консултација со специјалист, доколку:
 - Нејзиниот Hb е < 10.0 g/dl и покрај суплементацијата со железо во период од 3 недели.
 - Нејзиниот Hb е < 9.0 g/dl.

Предвремени контракции или заканувачко предвремено породување

- [Види го и упатството: Закана за предвремено раѓање.](#)
- Предвремените контракции се многу чести. Најголемиот дел од жените кај кои се јавуваат предвремени контракции ќе се породат во термин.
- Евалуација на цервиксот се врши или со бимануелен преглед или со ултразвук, за да се процени ризикот од предвремено породување. Исто така, види Биошоп скор ([види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања](#)).
- Упатете ја мајката во болничка установа итно, доколку:
 - Контракциите се болни и регуларни (траат подолго од 2 часа и се јавуваат на помалку од 10 минути).
 - Контракциите се проследени со крвање, слузав или воденикав исцедок.
 - Контракциите се придружени со изразена болка или чувство на притискање.
 - Честите контракции се здружени со значително созревање на цервиксот, земајќи ја притоа во предвид гестациската возраст.
- Упатувње без итност може да дојде во предвид доколку ризикот од предвремено породување не е актуелен, но потребна е консултација со специјалист за да се разјасни упатството за понатамошен третман; на пр., потребата од токолитична терапија, кортикостероиди за матурација на феталното белодробие или потребата од хоспитализација.
- Откако бременоста ќе наврши полни 34 гестациски седмици, други чекори освен одмор не се препорачуваат; бенефитот од таквите мерки не е утврден. Колку е мајката поблиску до полни 34 гестациски седмици, итноста за упатување на специјалистичка консултација е помала.
- Упатување без итност може да се земе во предвид доколку:
 - Контракциите остануваат чести и покрај примарно спроведените мерки (сериозност на состојбата, одмор, лекување на инфекција).
 - Земајќи ја во предвид гестациската возраст, цервиксот оддава впечаток дека е изразито зрел.

Руптура на мембраните

- Сомнение за или потврдена руптура на мембраните изискува итно упатување во болничка установа.

- Руптурата на мембраните често води до започнување на породувањето. Исто така, може да укажува на постоечка инфекција или да доведе до инфекција.
- Со прскањето на мембраните плацентарната циркулација обично се менува и папочната врвка може да биде компримирана.
- Доколку мајката опишува многу мал губиток на течност или не е сигурна за губитокот на течност и доколку врз основа на прегледот под спекулум и анамнезата, руптурата на мембраните не се смета за веројатна, безбедно е да се чека и состојбата да се мониторира.

Формирање на антитела

- Во многу земји, крвта на мајката се испитува за присуство на антитела кон феталните еритроцити, во националните лаборатории за трансфузиологија. Лабораторијата ќе му укаже на персоналот во антенаталната клиника доколку постои потреба од повторно земање на примерок.
- Присуството на антитела се пријавува, како во антенаталната клиника, така и во соодветното породилиште. Болницата ќе обезбеди адекватно следење и ќе иницира спроведување на соодветен третман, соодветно на упатствата.
 - Персоналот во породилиштето треба да се подготви за соодветно следење на новороденото и за можноста за ев. потреба од трансфузија на крв.
 - Некои од поагресивните антитела кои се формираат кон феталните еритроцити или тромбоцити може да изискуваат специјалистичка процедура која треба да се спроведе во текот на бременоста.
- Сепак, најголемиот број од формираните антитела, се со слаба активност и не бараат интервенции во текот на бременоста.

Абнормален раст на матката или абнормално количество на амнионска течност

- Растот на матката се мери со одредување на растојанието фундус-симфиза (РФС).
- Најчесто, растот на матката кореспондира со дадена референтна крива. Растот на матката кај особено мала или голема жена може, на очиглед, да отстапува од референтната крива.
- Ултразвучен преглед ([види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања](#)) е потребен доколку:
 - РФС отстапува повеќе од 2 cm од референтната крива.
 - РФС отстапува повеќе од 2 cm од кривата, специфична за пациентката.
- Упатувањето за консултација со перинатолог може биде потребно доколку:
 - Количеството на амнионската течност е значително зголемено (единствен најдлабок џеб на амнионска течност со висина над 8 cm).
 - Количеството на амнионската течност е значително намалено (најголем џеб од амнионска течност со висина под 3 cm).
 - Плодот е експоненцијално мал или голем (види подоцна „фетални причини за упатување“).

Начин на породување

- Доколку начинот на породување не е одреден во текот, тоа треба да се направи во последниот месец од бременоста од одговорниот акушерски тим. Дотогаш може да се направи реална проценка, земајќи ги во предвид големината на плодот, презентацијата, зрелоста на цервиксот и други релевантни фактори.

- Доколку пациентката е високо вознемирена или загрижена, во предвид доаѓа и рана консултација, види подолу.
- Упатување со цел да се направи план за породувањето доаѓа во предвид доколку:
 - Пациентката има историја за комплицирано породување.
 - Имала операција на матката.
 - Постои сомнение за тесна карлица.
 - Постои сомнение за фето-пелвична диспропорција.

Пост-терминска бременост

- Првиот преглед за проценка обично се закажува во породилиштето, 10–14 дена откако веројатниот термин за породување поминал, освен во ситуациите во кои постојат други причини за упатување на мајката пред овој рок.
- Мајката треба да биде информирана дека прегледот се закажува само за проценка на состојбата на мајката и на плодот, а не, доколку не е неопходно, за индукција на породувањето.
- Терминот „поминат термин“ не треба да се користи до полна 42-ра гестациска седмица.

Страв од породување

- Персоналот во антенаталните клиници треба да иницира разговор за најчестите причини кои го предизвикуваат стравот. Важно е, за успехот на претстојното породување, сите стравови да бидат препознаени и за нив да се разговара. За препознавање на различните стравови може да се користат специјализирани прашалници.
- Мајката која има изразен страв од породувањето треба да се упати во породилиште барем пред 30-та гестациска седмица, со цел да се разгледаат сите битни прашања.

Повеќеплодна бременост

- Постојат регионални варијации во поглед на системот за упатување распоредот на задачите помеѓу единиците за примарна здравствена заштита и породилиштата.
 - По дијагностицирањето на близначката бременост, треба да се направи проценка на хорионцитетот и амнионцитетот (моноамнионска или монохорионска) на бременоста во раната фаза од бременоста (присуството и дебелината на меѓуплодовата преграда, „ламбда“ знак) [6](#).
 - Штом ќе се дијагностицира моноамнионска или монохорионска бременост, мајката треба да се упати на понатамошна грижа од перинатолошки тим.
 - Во случај на монохорионска близначка бременост, растот на матката може да биде акцелериран во текот на вториот триместар, притоа предизвикувајќи растегнување на матката. Доколку мајката се пожали на такви симптоми, треба итно да се упати во специјалистичка установа, со цел да се дијагностицира и третира евентуален синдром на фето-фетална трансфузија.
 - Кај сите близначки бремености, состојбата на цервиксот и фетелниот раст треба да се следи на правилни временски интервали. Предвременото породување и проблемите кои се однесуваат на растот на обата плода се чести кај близначката бременост. Следењето на близначката бременост најчесто се спроведува од перинатолог.

- Штом ќе се дијагностицира бременост со три плода, мајката треба да се упати за понатамошна грижа од перинатолошки тим.

Абнормално голем плод

- При проценката на големината на плодот, секогаш треба да се земе во предвид големината на мајката.
- Доколку се процени дека плодот е голем, [види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања](#) (проценетата тежина или абдоминалната циркумференција се > 75–90 перцентила) и постои сомнение за фето-пелвична диспропорција, мајката треба да се упати во специјализирана установа доволно рано, се претпочита до 37-38-та гестациска седмица, за изработка на план за породувањето.
- Испитувања на глукозниот метаболизам доаѓаат во предвид доколку плодот не е симетрично голем, особено доколку телото е понапредно.
- Во случај на асиметричен макросомен плод, веројатноста за потреба од интервенција е поголема отколку кај симетрично макросомен плод.

Забавен фетален раст

- Ниските вредности на РФС или вредности кои паѓаат под зададената референтна крива, може да бидат индикативни за забавен фетален раст. Исто така, ултразвучниот преглед, направен во примарната здравствена установа, ([види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања](#)) може да прикаже плод кој е мал за гестациската возраст (SGA плод).
- Абнормалниот раст на плодот може да биде индикативен за структурни или за функционални абнормалности. Плодот кој заостанува во растот, исто така е поподложен на акутна или хронична асфиксија.
- Забавениот фетален раст (проценетата тежина или абдоминална циркумференција < 10–25-та перцентила) е индикатор за понатамошни иследувања (можна инфективна етиологија, хромозомски или структурни малформации или инсуфициенција на постелката) и следење од перинатолог.

Абнормална презентација

- Можноста за надворешната цефалична верзија за плод во карлична презентација или напречна положба, најчесто се разгледува околу 36-та гестациска седмица (**ннд-А**).

Сомнителна или потврдена структурна аномалија на плодот

- Мајката треба да се упати за потврда на дијагнозата и понатамошно следење на состојбата.
- Мајката треба да се упати колку што е можно поскоро, доколку потребната експертиза и релевантните клинички иследувања се достапни во болнички услови.

Абнормална фетална срцева фреквенција

- Перзистентна брадикардија (фетална срцева фреквенција $< 110/\text{min}$) или тахикардија (фетална срцева фреквенција $> 160\text{--}180/\text{min}$) може да укажува на фетална аритмија или други компликации во бременоста [7](#).
- Перзистентен абнормален ритам може да има сериозни хемодинамски последици и таквите пациенти треба итно да се хоспитализираат, дури и кога можностите за спроведување на понатамошни иследувања не се веднаш достапни.
- Кусотрајната (неколку минутна) брадикардија или тахикардија, може да укажува на предиспозиција кон аритмии. Сепак, аритмиите од овој тип, најчесто се само резултат на феталната активност или лежечката положба на мајката. Доколку се смета за неопходно, во предвид доаѓа и закажување на преглед за дополнителни иследувања на структурата и функцијата на феталното срце.
- Повремените фетални екстрасистоли се вообичаени и се јавуваат кај сите плодови. Доколку екстрасистолите се бројни и често се повторуваат, без итноста треба да се размисли за упатување на мајката за иследување на структурата и на функцијата на феталното срце.
- Доколку абнормалната фетална срцева фреквенција е асоцирана со други проблеми, на пр., абнормално мал број на фетални движења, застој во феталниот раст или веќе познати ризици од страна на мајката, контактирајте го периматолошкиот тим којшто е на повик.

Забавување на феталните движења

- Доколку мајката изброи помалку од 10 фетални движења во текот на 1 час, вклучувајќи ги притоа и особено активните периоди од денот, интраутериното фетално страдање или феталениот дистрес е можно.
- Феталните движења треба повторно да се избројат и, доколку не се детектира промена, мајката треба итно да се упати во породилиште за евалуација на состојбата на плодот.

Фетална смрт

- Во случај на сомнение или потврда за фетална смрт, мајката треба итно да се упати во породилиште.

Инфективни болести кај мајката

Herpes simplex

- [Види го и упатството: Генитален херпес.](#)
- Инциденцата на неонаталната инфекција со herpes simplex приближно изнесува 2 на 10000 раѓања. Доколку инфекцијата на мајката е примарна во текот на бременоста, шансите за вертикална трансмисија се 100 пати поголеми, отколку кога инфекцијата е рекурентна. При рекурентна инфекција, антителата обезбедуваат заштита на плодот.
- Тестовите за одредување на вирусната нуклеинска киселина се користат за дијагноза на примарната инфекција.
- Ацикловир (200 mg пет пати на ден во период од пет дена) може да се употреби, особено при примарна инфекција, но и кај рекурентните инфекции, за да се ублажи

симптоматологијата кај мајката и да се обезбеди потенцијална заштита на плодот. Профилактички третман или започнување на терапијата со ацикловир со појавата на симптомите, доаѓа во предвид во одмината бременост. Целта е да се намали активноста на гениталниот херпес во текот на породувањето.

- Кога мајката ќе биде примена во установата за породување, треба да го информира персоналот за појавата на генитален херпес во текот на бременоста.
- Доколку постои сомнение за примарна инфекција или рекурентна инфекција која е особено проблематична, потребно е пациентката да се упати на консултација со перинатолог.

Varicela

- [Види го и упатството: Варичела.](#)
- Ризикот од варичелозна ембриопатија во периодот помеѓу 12-та и 24-та гестациска седмица изнесува 2–3%, а е многу мал во другите фази од бременоста.
- Во пракса, ризикот е непостоечки доколку мајката има прележано варичела, присуството на антитела може да се докаже, а клиничката манифестација е во форма на herpes zoster.
- Доколку серонегативната мајка дојде во контакт со заболувањето пред 24-та гестациска седмица, терапијата со ацикловир (800 mg, 5 пати на ден, во времетраење од 7 дена) треба да се земе во предвид, 7-9 дена по контактот.
- Доколку кај мајката е поставена дијагноза на варичела, пред 24-та гестациска седмица, иследување за евалуација на феталната анатомија треба да се направи по завршувањето на болеста и, во некои случаи, постоењето на фетална инфекција може да се испита со одредување на нуклеинските киселини во амнионската течност.
- Варичелата може да биде сериозно заболување во текот на бременоста. Доколку постои потреба од хоспитализација, мајката треба да се лекува во здравствена установа.
- Доколку мајката дојде во контакт со заболувањето 5 дена пред или 2 дена по породувањето, ризикот од пренесување на заболувањето на новороденото е висок, па треба да се преземат специјални мерки. Консултирајте се со специјалист.

Инфекција со Parvovirus

- [Види го и упатството: Еритема инфекциозум.](#)
- Доколку плодот е инфициран, можна е појава на хепатит или миелосупресија, кои од своја страна, можат да бодат фатални за плодот.
- За дијагноза на парвовирусната инфекција се користи анализа на антителата.
- Доколку анализата за антителата е позитивна, пациентката треба да се упати кај специјалистички тим кој ќе спроведе соодветно следење, со цел да се утврди статусот на феталната инфекција и ќе детектира знаци на анемија.
- Инфекцијата која настанува од 24-та гестациска седмица па натаму, најчесто не предизвикува сериозни проблеми кај плодот.

Токсоплазмоза

- Акутната инфекција со токсоплазма се испитува со анализа на антителата, [види го и упатството: Токсоплазмоза.](#)

- Доколку наодот на антителата е позитивен (позитивни IgM антитела, низок авидитет на IgG антителата), потребно е пациентката да се упати кај специјалистички тим кој ќе спроведе понатамошни иследувања, со цел да се утврди статусот на феталната инфекција и ќе организира лекување за мајката и за плодот.

Хепатитис и ХИВ

- [Види го и упатството: Вирусни хепатитиси и ХИВ инфекција.](#)
- Ново дијагностицираниот хепатитис или ХИВ бара пренасочување на пациентката за специјалистичка грижа.
- Медикаментозниот третман е посебно важен кај пациентките со ХИВ, со цел да се превенира трансмисијата од мајката на плодот **(ннд-А)**.
- Хроничен хепатитис: Кај HBVsAg позитивните мајки, треба да се направат тестови за нуклеинските киселини на вирусот на вирусниот Б хепатитис. Доколку вредностите се $> 2\ 000\ IU/ml$, мајката треба да се упати кај специјалист за да се разгледа потребата од лекување.

Сомнение за листериоза

- [Види го и упатството: Листериоза.](#)
- Можната експозиција на *Listeria monocytogenes* не изискува упатување кај специјалист.
- Клинички изразената листериоза, кај бремените жени се манифестира како септична фебрилна состојба или тежок ентеритис.
- Листериозата и нејзините последици, се најсериозна септична состојба кај бремената жена, но и други бактерии имаат потенцијал да го инфицираат плодот и плодовите обвивки и да доведат до предвремена индукција на породувањето.
- Доколку фебрилноста на мајката е од непозната етиологија, мајката треба итно да се упати во болничка установа за преглед од специјалист, за прецизирање на дијагнозата и одредување на третманот и состојбата на плодот.

Група Б стрептокок (ГБС), *Streptococcus agalactiae*

- За детекција на матерналната колонизација со група Б стрептокок (ГБС), кај сите бремените жени треба да се земе брис за ГБС во периодот помеѓу 35-37-та гестациска седмица **(ннд-В)**, [види го и упатството: Антенатални клиници: грижа и испитувања.](#)

Индикации за итно упатување

- Сомнение за нарушена состојба на плодот
 - Намалени фетални движења (помалку од 10 движења во 1 час, кога плодот е во најактивна состојба).
 - Перзистентна брадикардија или тахикардија.
 - Сомнение за или потврдена фетална смрт.
- Заканувачко (предремено) породување
 - Крвавење кај мајката по 22-та гестациска седмица.
 - Сомнение за руптура на окулу плодовите обвивки.

- Регуларни контракции.
- Изразена абдоминална болка.
- Компликации со крвниот притисок
 - Зголемен крвен притисок, придружен со интензивна главоболка, нарушувања во видот, диспнеа, болка во горниот дел од абдоменот.
 - Зголемен крвен притисок, придружен со намалени или ослабени фетални движења.
 - Значително зголемен крвен притисок ($> 160/105$ mmHg).
 - Зголемен крвен притисок, придружен со изразена протеинурија.
 - Сомнение за HELLP синдром: болка во горниот дел на абдоменот и малаксаност и пораст на крвниот притисок, независно од нивото.
- Тешко, интензивно чешање.
- Тешко гадење.
- Сомнение за венска тромбоза или пулмонална емболија.
- Висока фебрилност.
- Секоја друга состојба при која итните мерки се сметаат за потребни.

Аntenатални клиници: грижа и иследувања – Поврзани извори

Кохранови прегледи

- Администрацијата на 100 μ g (500 IU) анти D имуноглобулин во текот на првата бременост може да го намали ризикот од RhD алоимунизација во текот или непосредно по првата бременост **(ннд-С)**.
- Терапијата со хепарин се покажала како ефективна во намалувањето на ризикот од перинатален морталитет, предвремено породување пред 34-та и 37-та гестациска седмица и родилна тежина на новороденото под 10-та перцентила за гестациската возраст, во споредба со нетретираните жени кои носат ризик од плацентарна дисфункција. Сепак, недостасуваат важни информации кои се однесуваат на сериозниот несакан исход кај новороденото и долгорочните ефекти во детството **(ннд-В)**.
- Третманот на пациентките со нормална тироидна функција, но со позитивни пероксидаза антитела, може да ја зголеми можноста од намалување на опасноста од предвремено породување, но доказите се недоволни **(ннд-Д)**.
- Балансираната енергетско/протеинска суплементација може да го подобри феталниот раст и може да го намали ризикот од фетална смрт во општата популација на бремени жени **(ннд-В)**.
- Обезбедувањето на совети за диететскиот режим и следење на нивото на гликемијата, кај пациентките со хипергликемија во бременоста кои не ги задоволуваат дијагностичките критериуми за ГДМ, се покажува како ефективно во намалувањето на бројот на макрозомни и бебиња кои се големи за гестациската возраст **(ннд-В)**.
- Физичката активност, вежбањето во текот на бременоста, веројатно не се ефикасни во превенцијата на гестацискиот дијабет, но доказите се недоволни **(ннд-Д)**.
- Жените со гестациски дијабет покажуваат зголемен ризик за прееклампсија, царски рез и раѓање на деца кои се макрозомни или големи за гестациската возраст **(ннд-В)**.
- Во текот на бременоста, неадекватната гликозна регулација (гликемија на гладно 6.7 до 8.9 mmol/L) веројатно го зголемува ризикот од прееклампсија, царски рез и макрозомија, во споредба со добрата до умерено добрата гликозна регулација

(гликемија на гладно под или 6.7 mmol/L) кај пациентките со дијабетес тип 1, иако податоците се недоволни **(ннд-D)**.

- Еден тип на диететски режим, веројатно не е поефикасен од друг кај пациентките со гестациски дијабет, кога е во прашање исходот од бременоста, но доказите се недоволни **(ннд-D)**.
- Постојат недоволни докази кои се однесуваат на постапките, насочени кон намалување на прекумерното зголемување на телесната тежина во текот на бременоста. Сепак, советувањето за начинот на однесување, може да биде поефикасно во споредба со стандардните мерки **(ннд-D)**.
- Интрамускулната и интравенската администрација на анти-D имуноглобулинот, е веројатно подеднакво ефикасна во превенцијата на RhD алоимунизацијата во текот на бременоста **(ннд-C)**.
- Цервикалниот серклаж, се чини дека ја намалува инциденцата на предвременото породување, во споредба со експектативниот менаџмент, кај пациентките со ризик за рекурентно предвременно породување, но без статистички сигнификантно намалување на перинаталниот морталитет и неонаталниот морбидитет **(ннд-B)**.
- Царскиот рез веројатно не придонесува кон превенцијата на ананалната инконтиненција, во споредба со вагинално породување, кај пациентките со просечен ризик **(ннд-C)**.
- Интермитентната администрација на железо и фолна киселина веројатно има ист ефект врз исходот кај мајката и новороденото непосредно по породувањето, како и дневниот режим на суплементација кај пациентките без анемија, но е проследена со помалку несакани ефекти **(ннд-C)**.
- Пребиотичката суплементација како додаток на исхраната на новороденото, може со веројатност да превенира екцем, но податоците се ограничени **(ннд-D)**.
- Податоците за суплементација со витамин Д во текот на бременоста се недоволни за споредба со неговата неупотреба **(ннд-D)**.
- Суплементацијата со повеќе компонентни микронутриенти во текот на бременоста во земјите со низок или среден приход, се покажала како ефикасна во намалувањето на бројот на новородени со мала родилна тежина **(ннд-B)**.
- Кај пациентките со зголемен ризик од предвременно породување, прогестеронот може да го намали ризикот од перинатален морталитет, предвременно породување пред 37-та гестациска седмица и родилна тежина на новороденото под 2500 грами, во споредба со плацебо. Сепак, не постојат докази за долгорочните ефекти врз мајката и исходот врз здравјето на новороденото, а потенцијалните ризици побудуваат загриженост **(ннд-C)**.
- Суплементацијата со калциум се покажала како неефикасна во превенцијата на предвременото породување **(ннд-B)**.
- Магнезиум сулфатот е неефикасен во одложувањето на предвременото породување и во превенцијата на предвременото породување **(ннд-A)**.
- Антенаталната терапија со магнезиум сулфат, кај пациентките со ризик од предвременно породување, се чини дека го намалува ризикот од церебрална парализа кај нивното дете **(ннд-B)**.
- Малите количини на кофеин, се чини дека не влијаат врз исходите на бременоста, како што се родилната тежина или предвременото породување, иако доказите се недоволни **(ннд-D)**.
- Доказите за домашните посети во раниот постпартален период се недоволни и резултатите се неуверливи **(ннд-D)**.
- Доказите за телефонската поддршка на бремените жени во текот на бременоста и во постпарталниот период се недоволни **(ннд-D)**.

- Постојат недоволни докази кои се однесуваат на психолошките и едукативните постапки за намалување на консумацијата на алкохол кај бремените жени **(ннд-D)**.
- Локалните кортикостероиди, се чини дека се безбедни во текот на бременоста, но доказите се недоволни **(ннд-D)**.
- Грижата за бремената жена од страна на лиценцирана акушерка, може да биде поефикасна од другите модели за грижа за бремените жени кај популацијата со низок и мешан ризик **(ннд-C)**.
- Постојат недоволни докази дека антенаталната психосоцијална проценка влијае врз исходот по перинаталното ментално здравје **(ннд-D)**.
- Скринингот за инфекции и програмите за лекување на бремените жени може да ги намалат предвременото породување и ниската родилна тежина, но нејасно е на кој делови од скрининг програмите треба да се им се препише ефектот **(ннд-C)**.
- Следењето на активноста на матката во домашни услови се покажало како неефикасно во подобрувањето на новороденчкиот морбидитет и морталитет, во споредба со конвенционалната грижа кај бремените жени со висок ризик од предвременно породување **(ннд-B)**.
- Не постојат доволно докази за да се утврди дали мерењето на растојанието фундус-симфиза (РФС) е ефикасно во откривањето на интраутериниот застој во феталниот раст **(ннд-D)**.
- Употребата на биофизичкиот профил кај високо ризичните бремености можеби не ги намалува перинаталната смртност и нискиот Апгар скор **(ннд-C)**.
- Под претпоставка дека колено-лакотната положба на мајката, во доцната бременост, за корекција на дорзо постериорната положба на плодот, можеби не го подобрува исходот на бременоста, нејзината примена во текот на породувањето може да биде полезна во намалувањето на болките во грбот **(ннд-C)**.
- Дневниот одмор веројатно нема ефект врз ризикот од прееклампсија кај пациентките со нормален крвен притисок, иако постојат ограничени докази од контролирани студии **(ннд-D)**.
- Советите за редукција на внесот на сол во текот на бременоста се покажале како неефикасни во превенирањето на прееклампсијата **(ннд-B)**.
- Суплементацијата со витамин Ц и витамин Е, во споредба со плацебото, не делува во превенирањето на прееклампсијата кај пациентките со ризик и не го намалува ризикот од интраутерин застој во растот или ризикот од смрт кај новороденчињата **(ннд-B)**.
- Рутинската суплементација со витамин Б 6, можеби не обезбедува никакви корисни ефекти врз исходот на бременоста **(ннд-C)**.
- Суплементацијата со N-3 долго верижни полиненасатурирани масни киселини кај ниско ризичните бремености се покажала дека е поврзана со мало зголемување во времетраењето на бременоста, во споредба со плацебо и недавањето на суплементи **(ннд-B)**.
- Урсодоексихоличната киселина (UDCA) може често да го подобри чешањето кај холестазата во текот на бременоста во споредба со плацебо **(ннд-C)**.
- Рутинската хоспитализација за мирување во кревет се покажала како неефикасна кај повеќеплодната бременост **(ннд-B)**.
- Програмите за вежбање, специфични за бременоста, психотерапијата и акупунктурата, како додаток на вообичаената пренатална грижа, може да ги намалат болките во грбот или карлицата повеќе од вообичаената пренатална нега **(ннд-C)**.
- Групната антенатална грижа, веројатно, може да е подеднакво од вообичаената пренатална нега безбедна, како и стандардната грижа еден на еден **(ннд-A)**.

- Групната антенатална едукација за промоција на вагинаалното породување по претходен царски рез веројатно е неефикасна **(ннд-В)**.
- Нема докази ниту за да се потврди, ниту за да се отфрли влијанието на одморот во кревет, во домашни или во болнички услови, за да се превенира предвременото породување кај единечните бремености **(ннд-Д)**.
- Доказите се недоволни за која било интервенција која се користи за третман на варикозните вени и отоците на нозете во текот на бременоста **(ннд-Д)**.
- Доказите се недоволни за да се одреди ефикасноста и безбедноста на терапијата за замена на никотинот при одвикнувањето од пушење во текот на бременоста **(ннд-Д)**.
- Доказите за поддршката на хендикепираните возрасни мајки во домашни услови се недоволни **(ннд-Д)**.
- Доказите за поддршката на хендикепираните малолетни мајки во домашни услови се недоволни **(ннд-Д)**.
- Нема доволно докази за ефикасноста на психолошките интервенции врз бремените жени кои употребуваат недоволни супстанции или врз акушерскиот и исходот по новороденото. Стратегиите за систематска поддршка за одвикнување, веројатно, го подобруваат воздржувањето во програмите за лекување **(ннд-Д)**.
- Когнитивно-бихејвиоралната терапија, како во индивидуални, така и во групни сесии и кусата мотивациска поддршка во индивидуални сесии во амбулантски услови за зависноста од канабис, може да има некакво влијание врз употребата на канабисот **(ннд-С)**.
- Метадонот, бупренорфинот и оралниот бавноделувачки морфиум, се чини дека имаат сличен ефект кај зависноста од опијати кај бремените жени, кога се во прашање исходот по мајката и новороденото, иако доказите се ограничени **(ннд-Д)**.
- Антенаталната антивирусна профилакса, се чини дека ги намалува вiremијата и повторната појава во текот на породувањето, како и потребата од царски рез во случаите на генитален херпес. Нема доволно докази за да се утврди дали антивирусната профилакса ја намалува инциденцата на неонаталниот херпес, иако се чини дека ризикот од неонатална инфекција е низок **(ннд-В)**.
- Локалните препарати, се чини дека се неефикасни во превенирањето на појавата на стрии во текот на бременоста, во споредба со плацебо **(ннд-В)**.
- Интрапарталната антибиотска профилакса за докажана матернална колонизација со група Б стрептокок, го редуцира раниот почеток на болести, предизвикани од група Б стрептокок кај новороденото **(ннд-В)**.
- Нема доволно докази за ефектот на пренаталната едукација во превенцијата на конгениталната токсоплазмоза **(ннд-Д)**.
- Постојат ограничени податоци и недоволно докази за влијанието на општото советување и едукацијата пред бременоста врз исходот за мајката и новороденото **(ннд-Д)**.
- Нема докази дека кај пациентките со железо дефицитна анемија во текот на бременоста, подобрувањето на хематолошките индекси на пациентките се пресликува во клиничко подобрување за нив или за нивните деца. Од друга страна, третманот е поврзан со чести несакани ефекти, како гастроинтестинални тешкотии и лош терапевтски одговор **(ннд-Д)**.
- Рутинската суплементацијата со фолати во текот на бременоста го подобрува нивото на хемоглобинот и состојбата со фолатите, но нема докази за каков било ефект врз исходот од бременоста **(ннд-А)**.
- Рутинската орална суплементација со железо, се чини дека го зголемува нивото на хемоглобинот и во ниско приходните земји го намалува ризикот од мала родилна

тежина, но, се чини дека нема ефект врз клиничкиот исход кај мајката и новороденото, иако постојат многу ограничени докази од контролирани студии, за други влијанија по клиничкиот исход за мајката и за новороденото **(ннд-В)**.

- Акупунктурата, акупресурата или акустимулацијата може да не се ефективни во третманот на гадењето и повраќањето во раната бременост **(ннд-С)**.
- Умствено-телесните вежби (слики) може да бидат ефикасни во справувањето со анксиозноста во текот на бременоста **(ннд-Д)**.

Други сумирани докази

- Неинвазивното одредување на феталната ДНК за Rх генотипизација од примерок од периферната крв на мајката, може да е високо прецизно, особено во првиот триместар **(ннд-С)**.

Клиничко упатство

- Антенатална грижа: Рутинска грижа за здрави бременни жени [\[1\]](#)

Литература

Преглед на клиничката практика

- Niebyl JR. Clinical practice. Nausea and vomiting in pregnancy. N Engl J Med 2010 Oct 14; 363(16): 1544-50.
- Kaaja RJ, Greer IA. Manifestations of chronic disease during pregnancy. JAMA 2005 Dec 7; 294(21): 2751-7.

Автор: Уредниците

ИБ на прилогот: rel00262 (026.002)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Референци

1. Lupton M, Oteng-Ntim E, Ayida G, Steer PJ. Cardiac disease in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002 Apr; 14(2): 137-43.
2. Julkunen H. Pregnancy and lupus nephritis. Scand J Urol Nephrol 2001 Sep; 35(4): 319-27.
3. Jadad AR, Sigouin C, Mohide PT, Levine M, Fuentes M. Risk of congenital malformations associated with treatment of asthma during early pregnancy. Lancet 2000 Jan 8; 355(9198): 119.
4. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N Engl J Med 1999 Aug 19; 341(8): 549-55.
5. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000 Feb; 14(1): 73-87.
6. Dommergues M. Prenatal diagnosis for multiple pregnancies. Curr Opin Obstet Gynecol 2002 Apr; 14(2): 169-75.

7. Tanel RE, Rhodes LA. Fetal and neonatal arrhythmias. Clin Perinatol 2001 Mar; 28(1): 187-207, vii.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Reichelt AJ, Branchtein L, Matos MC, Costa e Forti A, Spichler ER, Pousada JM, Teixeira MM, Yamashita T, Brazilian Gestational Diabetes Study Group. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. Diabetes Care 2001 Jul; 24(7): 1151-5.
9. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2007; 30(Suppl 1): S42-7.
10. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. WHO 2006 [1]
11. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011; 21(10): 1081-125.
12. Garber JR, Cobin RH, Gharib H et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract 2012; 18(6): 988-1028.

Автор: Jukka Uotila

ИБ на прилогот: ebm00554 (026.001)

© Duodecim Medical Publications Ltd

1. МБД Упатства **28.3.2014**, Essential evidence plus, http://www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg_ebm/554
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на **4** години.
3. Предвидено е следно ажурирање до **2018** година.