

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 АНТИБИОТИЦИ ПРИ РАНА ПОЈАВА
НА НЕОНАТАЛНА ИНФЕКЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при антибиотици при рана појава на неонатална инфекција.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при антибиотици при рана појава на неонатална инфекција 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 антибиотици при рана појава на неонатална инфекција 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. 17-3135/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Антибиотици при рана појава на неонатална инфекција

Антибиотици за превенција и третман на рана
неонатална инфекција

Објавено: август 2012 год.

NICE клинички упатства 149
guidance.nice.org.uk/cg149

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	2
Поими користени во упатството	3
Клучни приоритети за имплементација	4
Информации и поддршка	4
Фактори на ризик за инфекција и клинички показатели за можна инфекција	4
Интрапарталната примена на антибиотици.....	4
Иследувања пред да се започне антибиотски третман кај бебето	5
Антибиотици при сомневање за инфекција.....	5
Иследувања во текот на антибиотската терапија.....	5
Одлуки 36 часа по започнувањето на антибиотската терапија.....	5
Место на нега.....	5
1. Упатство	6
1.1 Информации и поддршка	6
1.2 Ризик фактори за инфекција и клинички индикатори на можна инфекција	8
1.3. Интрапартална примена на антибиотици	11
1.4 Избегнувајте рутинска примена на антибиотици кај бебето.....	12
1.5 Иследувања пред започнување на антибиотска терапија кај бебето	12
1.6 Антибиотици при суспектна инфекција	13
1.7 Траење на антибиотскиот третман	13
1.8 Тераписко мониторирање на гентамицин.....	15
1.9 Место на нега на бебето	16
2. Забелешки за обемот на упатството	18
3. Имплементација.....	19
4. Препораки за истражување	20
4.1 Скрининг и интрапартална антибиотска профилакса при колонизација со група Б стрептококи	20
4.2 Ризик фактори за појава на рана неонатална инфекција.....	20
4.3 Интрапартална антибиотска профилакса при предвремено породување	21
4.4 Иследувања во текот на антибиотскиот третман	22
4.5 Должина на антибиотскиот третман.....	22
5. Други верзии на ова упатство	23
5.1 Цело упатство.....	23
5.2 NICE патека.....	23
5.3 Информација за јавноста	23
6. Поврзани NICE упатства	24
7. Ажурирање на упатството	25
Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка за здравје на жени и деца, NICE проектен тим.....	26
Група за развој на упатството	26
Национален центар за соработка за здравје на жени и деца (NCC-WCH).....	26
NICE проектен тим.....	26
Во врска со упатството.....	27

Вовед

Рана појава на неонатална бактериска инфекција (инфекција со почеток во рок од 72 часа од раѓањето) е значајна причина за смртност и морбидитет кај новороденчињата. Организации на родители и научната литература укажуваат дека можеби постојат непотребни одложувања во препознавање и лекување на болните бебиња. Покрај тоа, често постои и загриженост за можноста од рана појава на неонатална инфекција. Оваа загриженост значајно влијае врз грижата кон бремените жени и новороденчињата. Постојат широки варијации во справувањето со ризикот од рана појава на неонатална инфекција кај здрави бебиња. Јавниот здравствен сектор треба да има пристап кој:

- Ќе даде приоритет на третманот на болни бебиња.
- Ќе го минимизира влијанието на патеките на справување со здрави жени и бебиња.
- Ќе се залага за рационална употреба на антибиотици за да се избегне развој на отпорност кон нив.

Овие мотиви не се земаат секогаш во предвид од страна на јавниот здравствен сектор, заради што ова упатство е овластено да осигури дека тие ќе бидат опфатени во иднина.

Пет клучни принципи ги поткрепуваат препораките во ова упатство.

- Освен доколку тоа не е опасно, на семејствата треба да им се понуди избор. Упатството вклучува препораки за поддршка на семејствата во правењето избори, преку обезбедување на информации и, каде што е соодветно, нивно успокојување.
- Интрапарталната антибиотска профилакса треба да се администрира навремено кај сите квалификувани жени кои тоа ќе го изберат.
- Бебињата со сомневање за рана појава на неонатална инфекција треба да се третираат колку што е можно побрзо.
- Давање на антибиотик треба да се минимизира кај бебињата кои немаат ран почеток на неонатална инфекција.
- Интегриран систем на клиничката нега е потребен за да се овозможи целосна имплементација на препораките од прирачникот.

Ова упатство ќе претпостави дека лицата кои препишуваат лекови ќе ги користат упатствата за особините на лекот, со цел да ги информираат жените при носењето на одлуките за нив и за нивните новороденчиња.

Таму, каде што во упатството препорачаните дози се засновани на докази кои не стојат во упатствата за употреба на лекот, тоа е нотирано во фуснота кон препораката.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди совети од најдобра пракса за нега на бебињата кои се изложени на ризик од или имаат рана појава на неонатална инфекција (инфекција со почеток во рок од 72 часа од раѓањето).

Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и преференциите на родителите, односно на старателите. Родителите и старателите, чии деца се изложени на ризик или имаат ран почеток на неонатална инфекција, треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки во врска со нивното бебе, како и во врска со сопствената грижа и третман, а во соработка со здравствените професионалци. Ако родителите и старателите немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените работници треба да ги следат: Советот за согласност на Одделението за здравство како и Кодот на пракса кој го придружува Законот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници треба да го следат Советот за согласност од велшката влада.

Ако жената е под 16 години, здравствените работници треба да го следат упатството на Министерството за здравство: Барање на согласност: работа со деца.

Понекогаш, доколку бебето има сериозна болест која укажува на потреба од итно лекување, медицинскиот персонал може да нема време однапред целосно да разговара за она што е вклучено во тој третман. Во итен случај, ако лицето со родителска одговорност не може да се контактира, здравствените работници може да спроведат третман веднаш, ако тоа е во најдобар интерес на бебето.

Добра комуникација помеѓу здравствените работници и родителите или старателите е од суштинско значење. Тоа треба да биде поткрепено со пишани информации, засновани на докази и прилагодени на нивните потреби. Третманот и негата, како и дадените информации во врска со нив, треба да бидат културно соодветни. Тие, исто така, треба да бидат достапни за луѓето со посебни потреби, како што се лица со физичка, ментална попреченост или лица со тешкотии во учењето, како и за луѓе кои не зборуваат или читаат англиски јазик.

Поими користени во упатството

Највисока (максимална) серумска концентрација на гентамицин

Нивото на гентамицин во крвта на бебето кратко време по администрацијата. Примерокот од крвта обично се зема околу 1 час по давање на лекот. Високи концентрации на гентамицин се неопходни за угинување на бактериите.

Тераписки мониторинг

Процес на мерење на концентрацијата на лекот во крвта, за да се избегнат прекумерни нивоа кои би можеле да бидат поврзани со несакани ефекти или да се обезбеди соодветно ниво за постигнување на тераписки ефект.

Најниска (минимална) концентрација на гентамицин

Ниво на гентамицин во крвта на бебето непосредно пред давање на следната доза. Висока минимална концентрација на гентамицин може да биде поврзана со зголемен ризик од несакани ефекти.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритети за имплементација.

Информации и поддршка

- Доколку постои каква било загриженост од рана појава на неонатална инфекција, пред испишување на бебето од родилиште, родителите или старателите треба да се советуваат усно и во писмена форма дека тие треба да побараат медицински совет (на пример, во амбуланта по општа пракса, во служба за итни случаи и сл.), доколку се загрижени дека бебето:
 - Показува абнормално однесување (на пример, непрекинато плаче или слабо реагира).
 - Е невообичаено млитаво.
 - Има тешкотии со хранењето или со толерирање на храна.
 - Има ненормална телесна температура која не се објаснува со фактори од околината (пониска од 36 ° C или повисока од 38 ° C).
 - Има забрзано дишење.
 - Има промена на бојата на кожата.

Фактори на ризик за инфекција и клинички показатели за можна инфекција

- Користете ја следнава рамка, заснована на фактори на ризик и клинички индикатори, вклучувајќи ги и црвените знаменца (види табели 1 и 2), како насока при одлучување за антибиотски третман:
 - Кај бебињата со кое било црвено знаменце или со две или повеќе ризик фактори или клинички индикатори кои не се означени со црвено знаменце (види табели 1 и 2), направете иследувања (види препораки 1.5.1.1-1.5.1.3) започнете антибиотска терапија. Не го одлагајте започнување на третманот, чекајќи ги резултатите од тестовите (види препораки 1.6.1.1-1.6.1.3).
 - Кај бебињата без црвени знаменца и со само еден фактор на ризик или еден клинички индикатор, треба клинички да се процени:
 - Дали е безбедно да не се дадат антибиотици.
 - Дали е потребно да се следат виталните знаци и клиничката состојба на бебето - ако следење е потребно, третманот треба да продолжи за најмалку 12 часа (и тоа 0, 1 и 2 часа, а потоа на 2 часа во рок од 10 часа).
- Ако бебето има потреба за антибиотски третман, тој треба да се даде што е можно поскоро и секогаш рок од 1 час од одлуката да се третираат.

Интрапарталната примена на антибиотици

- За да се спречи појава на рана неонатална инфекција, интрапартална антибиотска профилакса со парентерален бензилпеницилин треба да се понуди кај жените кои имале:
 - Претходно бебе со инвазивна инфекција од стрептококи од групата Б.

- Колонизација, бактериурија или инфекција со стрептококи од групата Б во тековната бременост.

Иследувања пред да се започне антибиотски третман кај бебето

- Треба да се одреди концентрацијата на С-реактивен протеин на почетокот при стартување на антибиотски третман кај бебиња кои имаат ризик фактори за инфекција или клинички показатели за можна инфекција.

Антибиотици при сомневање за инфекција

- Треба да се користи интравенски бензилпеницилин со гентамицин, како прв избор антибиотици за емпириски третман на суспектна инфекција, освен ако според микробиолошкиот надзор постои локална бактериска отпорност што укажува за примена на друг антибиотик.

Иследувања во текот на антибиотската терапија

- Кај бебињата, кај кои се дадени антибиотици заради постоење на ризик фактори за инфекција или клинички показатели за можна инфекција, треба да се одреди концентрацијата на С-реактивниот протеин во рок од 18-24 часа по презентацијата.

Одлуки 36 часа по започнувањето на антибиотската терапија

- Кај бебињата, кој кои се дадени антибиотици заради постоење на ризик фактори на инфекција или клинички показатели за можна инфекција, треба да се разгледа запирање на антибиотците по 36 часа ако:
 - Хемокултурата е негативна.
 - Почетното клиничко сомневање не било силно.
 - Клиничката состојба на бебето се смирува и е без клинички показатели за можна инфекција.
 - Концентрациите и трендот на С-реактивен протеин се убедливи.
- Треба да се разгледа можноста за воспоставување болнички систем кој ќе обезбеди резултат од хемокултура во рок од 36 часа од почетокот на антибиотскиот третман, со цел да се овозможи негово прекинување и испишување на бебето од болница.

Место на нега

- Кога се одлучува каде е најдобро да се негува бебето, треба да се имаат во предвид клиничките потреби на бебето, како и компетентноста, неопходна да се овозможи безбедна и ефикасна нега (на пример, за поставување и нега на интравенски канили).

1. Упатство

Ова упатство е засновано на најдобро достапните докази. Целосниот прирачник содржи детали за методите и за доказите кои се користени за негово изготвување.

Упатството треба да се чита заедно со:

- Царски рез (NICE клиничко упатство 132).
- Бактериски менингитис и менингококна септикемија (NICE клиничко упатство 102).
- Индукција на породување (NICE клиничко упатство 70).
- Антенатална заштита (NICE клиничко упатство 62).
- Интрапартална заштита (NICE клиничко упатство 55).
- Инфекции на уринарен тракт кај деца (NICE клиничко упатство 54).
- Заболувања со покачена температура кај деца (NICE клиничко упатство 47).
- Постнатална заштита (NICE клиничко упатство 37).

Доколку не е поинаку назначено, сите референци за инфекција во упатството се однесуваат на рана појава на неонатална инфекција (што претставува појава на инфекција во рок од 72 часа од раѓањето).

1.1 Информации и поддршка

1.1.1.1 Ако постои клиничка загриженост за можна појава на неонатална инфекција во текот на бременоста или во првите 72 часа по раѓањето (на пример, во врска со ризик фактори [види табела 1] или клинички индикатори [види табела 2]):

- Кажете им на родителите и негувателите на бебето.
- Објаснете ја причината за загриженост (вклучувајќи ја и природата на раната неонатална инфекција).
- Разговарајте за претпочитаните опции за справување (на пример, опсервација, иследувања или антибиотски третман).
- Дајте им време на родителите и на негувателите да ги разгледаат добиените информации и, ако е потребно, понудете идни можности за дискусија.

1.1.1.2 Ако се разгледува давањето на антибиотска терапија, заради клиничката загриженост од можна појава на рана неонатална инфекција, разговарајте за:

- Образложението за третман.
- Ризиците и придобивките во рамки на индивидуалните околности.
- Набљудувања и испитувања кои може да бидат потребни за клиничко водење на бебето (на пример, кога да се запре третманот).
- Изборот на антибиотици и веројатното времетраење на третманот.
- Влијанието, доколку постои, за тоа каде жената или нејзиното бебе ќе бидат згрижени.

1.1.1.3 За да се задржи комуникацијата со жената при породување, чие бебе е со зголемен ризик од инфекција, здравствените работници треба да ја вклучат жената доколку се презема дополнителна услуга или доколку се повика дополнителна експертиза, затоа што постои ризик од инфекција или доколку

се менува планираниот персонал. Дополнителната услуга треба да вклучува ажурирање за присуство на која било инфекција. [Оваа препорака е адаптирана од препораките 1.3.2 од Интрапартална заштита (NICE клинички упатства 55)].

- 1.1.1.4 Уверете ги родителите и старателите дека тие ќе бидат во можност да продолжат да се грижат и да го држат нивното бебе, согласно нивните желби, освен ако бебето не е премногу болно за ова да се овозможи. Ако сериозноста на болеста на бебето значи дека треба да се промени начинот на кој тие се грижат за бебето, разговарајте со нив за тоа.
- 1.1.1.5. Успокојте ги родителите и старателите дека бебето со зголемен ризик од, или со рана појава на неонатална инфекција, најчесто може да продолжи да се дои и дека ќе биде направен секој обид за ова да се олесни. Ако бебето привремено не може да се дои, треба да се даде поддршка на мајката да го испразни мајчиното млеко, ако таа сака да го стори тоа.
- 1.1.1.6 Ако жената имала колонизација со стрептококи од групата Б во претходната бременост, но без инфекција кај бебето, уверете ја дека тоа нема да влијае на управување со породувањето во тековната бременост.
- 1.1.1.7 Понудете им на родителите и на старателите податоци за контакт на организации кои обезбедуваат родителска поддршка, советување, информации и застапување. Тие можат да ги упатат семејствата до други сервиси за помош. [Оваа препорака е адаптирана од препораките 1.5.2 од Бактериски менингитис и менингококна сепса (NICE клинички упатства 102)].
- 1.1.1.8 Доколку постои каква било загриженост од појава на рана неонатална инфекција уште пред раѓањето на бебето, советувајте ги родителите и старателите усно и во писмена форма дека тие треба да побараат медицински совет (на пример, во амбуланта по општа пракса, оддел за итни случаи и сл.), доколку тие се загрижени дека бебето:
- Показува абнормално однесување (на пример, непрекинато плаче или слабо реагира).
 - Е невообичаено млитаво.
 - Има тешкотии со хранењето или со толерирање на храна.
 - Има ненормална телесна температура, која не се објаснува со фактори од околината (пониска од 36 ° C или повисока од 38 ° C).
 - Има забрзано дишење.
 - Има промена на бојата на кожата.
- 1.1.1.9 Кога бебето е отпуштено од болница или родилиште, (или непосредно постнатално во случај на бебиња родени дома), известете ги родителите и старателите и матичниот лекар на бебето, усно и во писмена форма, доколку бебето се смета дека е со зголемен ризик за инфекција.
- 1.1.1.10 Ако бебето е третирано за суспектна или потврдена рана неонатална инфекција:

- Информирајте ги родителите и старателите за потенцијалните долготрајни ефекти на болеста на бебето и за најверојатните начини на оздравување и уверете ги доколку не се очекуваат проблеми.
- Водете сметка за грижите на родителите и на старателите кога се даваат информации и се планира следење.

1.1.1.11 Кога бебе кое имало инфекција од стрептококи од групата Б се отпушта од болница:

- Жената треба да се информира дека ако забременува повторно:
 - Ќе има зголемен ризик од рана појава на неонатална инфекција.
 - Треба да го извести својот тим од родилиште дека претходното бебе имало инфекција стрептококи од групата Б.
 - Ќе се препорачаат антибиотици при породување.
- Треба да се информира и матичниот лекар на жената во писмена форма дека постои ризик од:
 - Повторување на инфекција од стрептококи од групата Б кај бебето.
 - Инфекција од стрептококи од групата Б кај бебињата во идните бремености.

1.1.1.12 Ако жената има колонизација од стрептококи од групата Б во бременоста, но без инфекција кај бебето, треба да се информира дека ако забременува повторно, тоа нема да влијае на водење на породувањето во следната бременост.

1.1.1.13 За секој бебе за кое имало клиничка загриженост од рана појава на неонатална инфекција, треба да се направи план за водење на бебето по испишувањето, притоа земајќи ги во предвид факторите, како што се:

- Степенот на иницијалната клиничка загриженост.
- Присуството на фактори на ризик.
- Грижите на родителите и на негувателите.

1.2 Ризик фактори за инфекција и клинички индикатори на можна инфекција

1.2.1 Препознавање на ризик фактори и клинички индикатори

1.2.1.1 Користете ја табела 1 за да ги идентификувате ризик факторите за рана појава на неонатална инфекција и табела 2 за клиничките индикатори на рана неонатална инфекција.

1.2.1.2 Користете ги табела 1 и 2 да ги идентификувате „црвените знаменца“ (ризик фактори и клинички индикатори кои треба да укажат на висок степен на загриженост за појава на рана неонатална инфекција).

Табела 1. Ризик фактори за рана појава на неонатална инфекција вклучувајќи ги и “црвените знаменца”

Ризик фактор	Црвено знаменце
Инвазивна инфекција од стрептококи група Б кај претходното бебе	
Мајчина колонизација, бактериурија или инфекција од група Б стрептококи во текот на сегашната бременост	
Предвремено пукање на мембрани	
Предвремено раѓање со спонтано породување (пред 37 гестациска недела)	
Суспектна или потврдена руптура на мембрани, подолго од 18 часа кај предвремено раѓање	
Интрапартална температура, повисока од 38°C или потврден или суспектен хориоамнионитис	
Парентерална примена на антибиотици кај жената поради суспектна или конфирмирана инвазивна бактериска инфекција (како септикемија) во текот на кое било време од породувањето или во текот на 24-часовен период пред и раѓањето [Ова не се однесува на интрапартална антибиотска профилакса]	ДА
Суспектна или потврдена инфекција кај друго бебе кога се работи за близначка бременост	ДА

Табела 2. Клинички индикатори за можна рана неонатална инфекција (опсервации и појави кај бебето), вклучувајќи ги и ‘црвените знаменца’

Клинички индикатор	Црвено знаменце
Нарушено однесување или слаба реактивност	
Нарушен мускулен тонус (на пример, млитавост)	
Тешкотии со исхрана (на пример, одбивање храна)	
Нетолеранција на храна, вклучувајќи повраќање, прекумерна гастрична аспирација и абдоминална дистенција	
Нарушена срцева фреквенција (бради или тахикардија)	
Знаци на респираторен дистрес	
Респираторен дистрес кој почнува по повеќе од 4 часа по раѓањето	ДА
Хипоксија (на пример, централна цијаноза или намалена кислородна сатурација)	
Жолтица во текот на 24 часа од раѓањето	
Апнеа	
Знаци на неонатална енцефалопатија	
Конвулзии	ДА
Потреба за кардио-пулмонална ресуститација	
Потреба за механичка вентилација кај предвремено родено бебе	
Потреба за механичка вентилација кај навремено родено бебе	ДА
Одржување на фетална циркулација (перзистентна пулмонална хипертензија)	
Нарушена телесна температура (пониска од 36°C или повисока од 38°C) која не се објаснува со фактори од околината	
Знаци на шок	ДА
Необјаснето опсежно крвавење, тромбоцитопенија или нарушена коагулација (International Normalised Ratio (INR) > 2.0)	
Олигурија која се одржува 24 часа по раѓањето	
Нарушена гликемија (хипо или хипергликемија)	
Метаболна ацидоза (базен дефицит од 10 mmol/litre или повеќе)	
Локални знаци на инфекција (на пример, на око или на кожа)	

1.2.2 Пред породување

- 1.2.2.1 Кај секоја жена пред породувањето, идентификувајте ги и проценете постоење на кој било ризик фактор (види табела 1) за рана појава на ненатална инфекција, а во текот на породувањето мониторирајте и проценете евентуална појава на нови ризик фактори, како, на пример, интрапартален пораст на температурата повеќе 38°C или развој на хориоамнионитис.
- 1.2.2.2 Справете се со предвременно прскање на амнионската мембрана на начин според препораките во Интрапартална нега (NICE клиничко упатство 55).

1.2.3 По породување

- 1.2.3.1 Доколку постои ризик за појава на рана неонатална инфекција (види табела 1) или доколку постојат клинички индикатори за можна појава на рана неонатална инфекција (види табела 2), направете внимателна клиничка проценка без одложување. Прегледајте го материјалот и историјата на бебето, како и направете физикален преглед на бебето, вклучувајќи и проверка на виталните знаци.
- 1.2.3.2 Користите ја следнава рамка, заснована на факторите на ризик и клиничките индикатори, вклучувајќи ги и “црвените знаменца” (види табели 1 и 2), како насока при донесување одлука за антибиотски третман:
- Кај бебињата со постоење на кое било црвено знаменце или со два или повеќе ризик фактори, односно клинички индикатори кои не се означени со црвено знаменце (види табели 1 и 2), направете иследувања (види препораки 1.5.1.1-1.5.1.3) и започнете антибиотска терапија. Да не се одложува третманот во исчекување на резултатите од тестот (види препораки 1.6.1.1-1.6.1.3).
 - Кај бебињата без црвени знаменца или со само еден фактор на ризик или еден клинички индикатор, треба клинички да се процени:
 - Дали е безбедно да не се дадат антибиотици.
 - Дали е потребно да се следат виталните знаци и клиничката состојба на бебето.
 - Ако е потребно следење, тоа да се продолжи за најмалку 12 часа (на 0, 1 и 2 часа, а потоа на интервал од 2 часа во период од 10 часа).
- 1.2.3.3 Кај бебиња кои се мониторираат за можна инфекција:
- Ако клиничката загриженост расте, размислете да се изведат неопходни иследувања (види препораки 1.5.1.1–1.5.1.3) и да се започне антибиотски третман (види препораки 1.6.1.1–1.6.1.3).
 - Доколку во текот на периодот на набљудување не се појави дополнителна загриженост, бебето се испишува од болница, а на родителите и на негувателите им се дава совет за дома (види препорака 1.1.1.8).
- 1.2.3.4 Ако бебето има потреба од антибиотски третман, тој треба да се даде што е можно поскоро и секогаш во рок од 1 час од одлуката да се третира.

- 1.2.3.5 Справувајте се со суспектен бактериски менингитис во согласност со препораките во Бактериски менингитис и менингококна сепса (NICE клинички упатства 102), освен ако бебето веќе добива третман во неонаталната единица.
- 1.2.3.6 Справувајте се со суспектна инфекција на уринарниот тракт во согласност со препораките во Инфекција на уринарниот тракт кај деца (NICE клинички упатства 54).
- 1.2.3.7 Продолжете со рутинска постнатална нега (види Постнатална грижа, NICE клинички упатства 37) за бебиња без фактори на ризик (види табела 1) или клинички показатели за можна инфекција (види табела 2).
- 1.2.3.8 Ако колонизација со група Б стрептокок кај мајката првпат се открива во текот на породувањето, но во рамките на првите 72 часа од раѓањето, прашајте ги лицата директно вклучени во грижата за бебето (на пример, родител, негувател или стручни медицински лица) дали тие имаат какви било грижи, идентификувајте дали постојат евентуалните други фактори на ризик и побарајте клинички показатели на инфекција. Користете ја оваа проценка да одлучите за клиничкиот менаџмент (види препорака 1.2.3.2).

1.3. Интрапартална примена на антибиотици

- 1.3.1.1 Понудете интрапартална антибиотска профилакса со парентерален бензилпеницилин за да се спречи појава на рана неонатална инфекција кај жени кои имале:
- Претходно бебе со инвазивна инфекција од групата Б стрептококи.
 - Колонизација, бактериурија или инфекција со група Б стрептококи во тековната бременост.
- 1.3.1.2 Ако кај жената се одлучи за интрапарталната антибиотска профилакса, првата доза треба да се даде што поскоро и да се продолжи профилакса до раѓањето на бебето.
- 1.3.1.3 Размислете за давање на интрапарталната антибиотска профилакса со парентерален бензилпеницилин за да се спречи почетокот на рана неонатална инфекција кај жените кои предвремено се породуваат кога во кое било време настанало предвремено прскање на мембраната.
- 1.3.1.4 Размислете за интрапартална антибиотска профилакса со парентерален бензилпеницилин за да се спречи почетокот на почетокот на неонатална инфекција кај жените кои предвремено се породуваат доколку постои суспектна или потврдена интрапартална руптура на мембраните која трае повеќе од 18 часа.
- 1.3.1.5 Понудете бензилпеницилин како прв избор за интрапарталната антибиотска профилакса. Ако жената е алергична на пеницилин, понудете клиндамицин, освен ако микробиолошкиот надзор или осетливоста на дадената група Б стрептококи укажуваат на примена на друг антибиотик.

1.4 Избегнувајте рутинска примена на антибиотици кај бебето

1.4.1.1 Не давајте рутински антибиотска терапија кај бебиња кои немаат ризик фактори за инфекција или клинички индикатори или лабораториски докази за можна инфекција.

1.5 Иследувања пред започнување на антибиотска терапија кај бебето

1.5.1.1 При стартување со антибиотска терапија кај бебињата со фактори на ризик за инфекција или клинички показатели за можна инфекција, земете хемокултура пред администрирање на првата доза.

1.5.1.2 Одредете го нивото на С-реактивен протеин иницијално, при стартување на антибиотска терапија кај бебињата со фактори на ризик за инфекција или клинички показатели за можна инфекција.

1.5.1.3 Изведете лумбална пункција за да се испита цереброспиналната течност пред да се започне со антибиотици ако е тоа безбедно за бебето и тоа кога:

- Постои силно клиничко сомневање за инфекција.
- Постојат клинички симптоми или знаци што укажуваат на менингитис.

Ако изведувањето на лумбална пункција значајно го одложи започнувањето со антибиотици, тогаш таа треба да се изврши што е можно поскоро по започнувањето на третманот.

1.5.1.4 Не вршете рутински микроскопско испитување на урина или уринокултура, како дел од испитувањата за појава на рана неонатална инфекција.

1.5.1.5 Не земајте рутински брис од кожа за микроскопски преглед или култура, како дел од испитувањата за рана неонатална инфекција, во отсуство на клинички знаци на локализирана инфекција.

1.5.1.6 Бидете свесни дека иако лесен конјунктивитис со крустички на очните капаци е честа и бенигна појава на гноен исцедок, може да укажува на присуство на сериозна инфекција (на пример, со кламидија или гонокок).

1.5.1.7 Кај бебиња со гноен очен исцедок веднаш земете брис од око за микробиолошки испитувања, кои користат методи со кои може да се открие кламидија и гонокок. Започнете со системска антибиотска терапија за можна гонококна инфекција додека се чекаат микробиолошките резултати.

1.5.1.8 Кај бебиња со клинички знаци на папочна инфекција, како што е гноен исцедок или знаци на периумбиликален целулитис (на пример, црвенило, топлина или оток на кожата), земете хемокултура, со брис за микроскопија и култура и започнете антибиотска терапија со интравенски flucloxacillin и гентамицин (види препорака 1.6.1.3) [1]. Ако микробиолошките резултати укажуваат дека инфекцијата не се должи на грам-негативни причинители, прекинете го гентамицинот.

1.6 Антибиотици при суспектна инфекција

- 1.6.1.1 Користете интравенски бензилпеницилин со гентамицин, како прв избор антибиотици за емпириски третман на суспектна инфекција, освен ако податоците од микробиолошки надзор на локалната бактериска отпорност не укажуваат за примена на други антибиотици.
- 1.6.1.2 Дајте бензилпеницилин во доза од 25 mg / kg на секои 12 часа [2]. Размислете за скратување на дозниот интервал до 8 часа врз основа на клиничката процена (на пример, ако бебето е многу болно).
- 1.6.1.3 Дајте гентамицин во почетна доза од 5 мг / кг [1].
- 1.6.1.4 Ако треба да се даде втора доза на гентамицин (види препорака 1.7.2.1), таа треба да се даде обично 36 часа по првата доза. Интервалот може да се намали врз основа на клиничката проценка, на пример, ако:
- Бебето е тешко болно.
 - Хемокултурата покажува грам-негативни причинители.
- 1.6.1.5 Одлучете за следните гентамицин дози и за интервалите, земајќи ги предвид крвните концентрации на гентамицин (види препораки 1.8.1.1-1.8.2.3).
- 1.6.1.6 Забележете ги времињата на:
- Давање на гентамицин.
 - Земање примероци за терапевтски мониторинг.
- 1.6.1.7 Редовно ревидирајте ја клиничката состојба и резултатите од иследувањата кај бебињата кои примаат антибиотици. Размислете дали да се промени антибиотикот, земајќи ги предвид:
- Клиничката состојба на бебето (на пример, ако нема подобрување).
 - Резултатите од микробиолошките испитувања.
 - Препораките од микробиолог, како и податоците од локалниот надзор за отпорност на бактериите.
- 1.6.1.8 Ако постои микробиолошки доказ за грам-негативна бактериска сепса, додадете и трет антибиотик на режимот со бензилпеницилин и гентамицин кој е активен против грам-негативни бактерии (на пример, цефотаксим). Ако грам-негативната инфекција се потврди, прекинете го давањето на бензилпеницилин.

1.7 Траење на антибиотскиот третман

1.7.1 Истрагите за време на антибиотска терапија

- 1.7.1.1 Кај бебињата кои примаат антибиотици заради постоење на ризик фактори за инфекција или клинички показатели за можна инфекција, треба да се мери концентрацијата на Ц-реактивен протеин 18-24 часа по почетокот.

1.7.1.2 Размислете за изведување на лумбална пункција за да се испита цереброспиналната течност кај бебе кај кое нема направено лумбална пункција на почетокот, а кое прима антибиотици, ако состојбата на бебето го дозволува тоа и ако бебето:

- Има вредност на Ц-реактивен протеин од 10 mg / l или повеќе.
- Има позитивна крвна култура.
- Не одговори задоволително на антибиотската терапија.

1.7.2 Одлуки 36 часа по започнувањето со антибиотска терапија

1.7.2.1 Кај бебињата кои примаат антибиотици заради постоење на ризик фактори за инфекција или клинички показатели за можна инфекција, треба да се размисли за прекин на терапијата по 36 часа ако:

- Хемокултурата е негативна.
- Иницијалната суспекција на инфекција не била силна.
- Клиничката состојба на бебето е добра, без клинички знаци за можна инфекција.
- Вредностите и трендот на Ц-реактивниот протеин одат во прилог.

1.7.2.2 Треба да се разгледа можноста за воспоставување болнички систем кој ќе обезбеди добивање на резултати од хемокултура во рок од 36 часа по започнувањето со антибиотска терапија, за да се олесни навремено прекинувањето на третманот и испишувањето од болница.

1.7.2.3 Здравствени работници со специфично искуство во неонатална инфекција како клинички микробиолог или педијатриски инфектолог треба да бидат достапни секој ден.

1.7.3 Рана неонатална инфекција без менингитис

1.7.3.1 Вообичаено времетраењето на антибиотскиот третман кај бебиња со позитивна хемокултура, како и за оние со негативна крв култура, но кај кои има силен сомнеж за сепса, треба да биде 7 дена. Размислете за продолжување на антибиотска терапија за повеќе од 7 дена, ако:

- Бебето сè уште не е комплетно оздравено.
- Тоа се препорачува врз основа на патоген кој е идентификуван од хемокултура (барајте експертско микробиолошко мислење, ако е потребно).

1.7.3.2 Ако се продолжи давањето на антибиотици подолго од 36 часа и покрај негативните крвни култури, прегледувајте го бебето барем еднаш на секои 24 часа. Во секоја прилика, направете клиничка проценка и размислете дали е соодветно да се запре антибиотскиот третман, земајќи ги предвид:

- Степенот на почетно клиничко сомневање за инфекција.
- Клиничкиот напредок и моменталната состојба на бебето.
- Вредностите и трендот на Ц-реактивниот протеин одат во прилог.

1.7.4 Менингитис (бебиња во неонатални единици)

1.7.4.1 Ако бебето е во неонатална единица и ако се постави сомневање за менингитис, но причинителот е непознат (на пример, бидејќи боењето по Грам на

цереброспинална течност не дава податок), лекувајте го со интравенски amoxicillin и cefotaxime.

- 1.7.4.2 Ако кај бебето со менингитис во неонатална единица како причина е докажан грам-негативен патоген, потврден или преку боење на ликвор по Грам или од култура на ликвор, тогаш прекинете го амоксицилинот и лекувајте само со cefotaxime.
- 1.7.4.3 Ако кај бебето во неонатална единица се покаже дека менингитисот е предизвикан од грам-позитивен причинител, преку боење на ликвор по Грам, тогаш продолжете го третманот со парентерален amoxicillin и cefotaxime додека се чекаат резултати од култура на ликвор и побарајте експертско мислење од микробиолог.
- 1.7.4.4 Ако културата на цереброспиналната течност е позитивна за група Б стрептокок, треба да се размислува за промена на антибиотската терапија со:
- Бензилпеницилин 50 mg/kg на секои 12 часа [2], нормално за најмалку 14 дена.
 - Гентамицин во почетна доза од 5 mg/kg секои 36 часа [1], а следните дози и интервали на давање треба да се прилагодат според клиничката проценка (види препорака 1.6.1.4) и според концентрациите на гентамицин во крвта (види препораки 1.8.1.1-1.8.2.3), доколку е потребно. Гентамицин третманот треба да продолжи 5 дена.
- 1.7.4.5 Ако хемокултурата или културата од цереброспинална течност е позитивна за листерија, треба да се разгледа запирање на цефотаксим и лекување со амоксицилин и гентамицин.
- 1.7.4.6 Ако од култура на цереброспиналната течност се идентификуваат грам-позитивни бактерии, освен група Б стрептокок или листерија, побарајте експертско мислење од микробиолог.

1.7.5 Испитување по антибиотски третман

- 1.7.5.1 По завршување на антибиотскиот третман, треба да се размисли за брзо испитување на бебето од болница, со поддршка на родителите и на негувателите, како и одредување на контакт за понатамошни совети.

1.8 Тераписко мониторирање на гентамицин

1.8.1 Најниска (минимална) концентрација

- 1.8.1.1 Ако треба да се даде втора доза на гентамицин (види препорака 1.6.1.4), тогаш треба да се измери минималната концентрација на гентамицин во крвта непосредно пред давањето на втората доза. Одредете ја оваа концентрација и пред да се даде трета доза на гентамицин.

- 1.8.1.2 Во болницата треба да има лаборатории кои ќе овозможат резултатите од мерењето на гентамицин концентрациите во крвта да бидат на располагање на здравствените работници навремено за да се одлучи за следната доза (на пример, во рок од 30 часа од земањето примероци).
- 1.8.1.3 Размислете за повторување на мерењето на минималната концентрација непосредно пред секоја трета доза на гентамицин или почесто, ако е потребно (на пример, ако постои загриженост околу претходната измерена минимална концентрација или со бубрежната функција).
- 1.8.1.4 Адаптирајте го дозниот интервал на гентамицин, со цел да се постигне минимална концентрација помала од 2 мг/литар. Ако третманот со гентамицин трае повеќе од три дози, минималната концентрација е препорачливо да биде помала од 1 мг/литар.
- 1.8.1.5 Ако не е на располагање мерење на концентрацијата на гентамицин, не ја прекинувајте следната доза на гентамицин, освен ако постои доказ за ренална дисфункција (на пример, покачени вредности на серумски уреа или креатинин или анурија).

1.8.2 Највисока (максимална) серумска концентрација

- 1.8.2.1 Размислете за мерење на највисоката концентрација на гентамицин во крвта кај одредени бебиња, како оние со:
- Едем.
 - Макросомија (родилна тежина повеќе од 4,5 кг).
 - Незадоволителен одговор на третманот.
 - Докажани грам-негативни инфекции.
- 1.8.2.2 Одредете ја највисоката концентрација 1 час по почетокот на инфузијата со гентамицин.
- 1.8.2.3 Ако бебето има грам-негативна или стафилококна инфекција, размислете за зголемувањето на дозата на гентамицин ако максималната концентрација е помала од 8 мг/литар.

1.9 Место на нега на бебето

- 1.9.1.1 Преку клиничка проценка, размислете за доспроведување на третманот со интравенски антибиотици надвор од болница (на пример дома или во акушерска единица) кај бебиња кои се добро и каде нема загриженост околу постоење на адекватна локална поддршка.
- 1.9.1.2 При одлучувањето за соодветното место за грижа на бебето, треба да се земат во предвид клиничките потреби на бебето и компетенции неопходни за да се овозможи безбеден и ефикасен третман (на пример, вметнување и нега на интравенски канили).

-
- [1] Гентамицинон е лиценциран за употреба кај новороденчиња. Упатството за особините на лекот препорачува доза од 4-7 mg/kg/ден, администрирани во една доза. Доказите, разгледани за ова упатство поддржуваат почетна доза од 5 mg/kg секои 36 часа, администрирани во единечна доза.
- [2] Бензилпеницилинот е лиценциран за употреба кај новороденчиња. Упатството за особините на лекот препорачува доза од 50 mg/kg/ден во две поделени дози кај бебиња до 1 недела возраст. Кај бебињата на возраст од 1-4 недели дозата треба да се зголеми до 75 mg/kg/ден во три поделени дози, како што е препорачано во збирниот извештај за особините на лекот.

2. Забелешки за обемот на упатството

NICE упатствата се изготвени во согласност со обемот кој дефинира што сè упатството ќе опфати, а што нема.

Како беше изготвено ова упатство

NICE го назначи Националниот центар за соработка за здравје на жени и деца (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health) да го изготви ова упатство. Центарот одобри работна група за изготвување (види [appendix A](#)), која ги разгледа доказите и ги изготви препораките.

Повеќе информации за тоа како NICE клиничките упатства се изготвени има на веб страницата на NICE. Брошура 'Како NICE клиничките упатства се изготвени: преглед за заинтересираните страни, за јавноста и за јавниот здравствен сектор' ('How NICE clinical guidelines are developed: an overview for stakeholders, the public and the NHS'), четврто издание, издадена 2009 год., е исто така достапна.

3. Имплементација

NICE изготви алатки, со цел да им помогне на организациите да го применат ова упатство.

4. Препораки за истражување

Групата за изготвување на упатството ги даде следниве препораки за истражување, засновани на прегледот на докази, со цел да се подобри NICE упатството и грижата за пациентите во иднина. Комплетниот сет на препораки за истражување на работната група е даден во детали во целиот прирачник (види секција 5).

4.1 Скрининг и интрапартална антибиотска профилакса при колонизација со група Б стрептококи

Која е клиничката и потрошувачката ефикасност од давање на интрапартална профилакса кон група Б стрептококи, следено со рутински антенатален скрининг?

Зошто е ова важно

Антенатална грижа (NICE клинички упатства 62) ја разгледува клиничката и ефективната на трошоците од рутински антенатален скрининг за група Б стрептокок одделно од интрапарталната антибиотска профилакса откако е идентификуван стрептокок од група Б. Ова упатство ја разгледува клиничката и потрошувачката ефективност на интрапарталната антибиотска профилакса одделно од клиничката и потрошувачката ефективност на трошоците на рутинскиот антенатален скрининг, правен со цел да се идентификуваат жени кои се колонизирани со група Б стрептокок.

Потребно е понатамошно истражување за да се оцени клиничката и потрошувачката ефективност од рутински антенатален скрининг за група Б стрептокок во комбинација со интрапарталната антибиотска профилакса кај жените, идентификувани како носители. Истражувањето би можело да биде во форма на здравствено економско моделирање врз основа на објавени студии или нови студии (на пример, рандомизирани контролирани испитувања или опсервациски студии) со споредување на резултатите од различни скрининг и третман стратегии. Истражувањето, исто така, треба да се однесува и на гестациската возраст на која скринингот треба да се прави.

4.2 Ризик фактори за појава на рана неонатална инфекција

Кои ризик фактори за рана појава на неонатална инфекција, клинички знаци и симптоми на инфекција и лабораториски иследувања треба да бидат користени за да се идентификуваат оние бебиња кои треба да примаат антибиотик?

Зошто е ова важно

Доказите, разгледани за ова упатство, вклучуваат неколку модели за бодување на ризик, дизајнирани да се идентификуваат бебиња кои се изложени на ризик од развој на рана неонатална инфекција и кај кои антибиотска терапија треба да биде стартувана. Модели кои вклучуваат фактори на ризик за инфекција кај мајката и кај фетусот, клинички симптоми и знаци на инфекција, како и резултати од лабораториските испитувања (на пример, концентрација на Ц-реактивен протеин) - беа наменети за употреба пред или по раѓањето на бебето. Сепак, моделите беа неоптимални, бидејќи тие не се специфични за рана појава на неонатална инфекција

или беа врз основа на податоците, собрани со метод случај - контрола (кој има тенденција да ја прецени предвидливата точност, бидејќи тој вклучува крајности на спектарот на ризик, но не и потешко да ги класифицира пациентите кои не се очигледно ослободени од инфекција или потврдени дека имаат инфекција) или тие не ја испитуваат предиктивната точност во независни сетови на обука и валидација.

Потребно е понатамошно истражување, особено за да се испита ризикот преку скоринг модели кои вклучат мерења од новите лабораториски испитувања, како што се молекуларна дијагностика (полимераза верижна реакција и 16S пристапи). Идеален дизајн на студија е рандомизирана контролирана студија што ги споредува клиничките исходи на конкретното испитување и иницијалните третман стратегии. Следниот најдобар дизајн на студија ќе биде проспективна кохортна студија за да се утврди предиктивната вредност на стратегијата за иследување или на модел за бодирање на ризик, евалуирани во клинички релевантна група на бебиња која е независна од студиската популација на која е изготвен моделот.

4.3 Интрапартална антибиотска профилакса при предвремено породување

Која е клиничката и ефективност на трошоците од давањето на интрапартална антибиотска профилакса со интравенски бензилпеницилин кај жени кои предвремено се породуваат?

Зошто е ова важно

Во отсуство на недвосмислен доказ за клиничка и ефективност на трошоците на интрапарталната антибиотска профилакса за да се спречи појава на неонатална инфекција кај бебиња од сите жени со предвремено породување, препораката да се разгледа интрапартална антибиотска профилакса за жени со предвремено породување или предвремена руптура на мембраните или со конфирмирана или суспектна руптура на мембраните во траење од 18 часа или подолго беше донесена врз основа на консензус на групата за развој на ова упатство според гледиштата и познавањата на сегашната пракса.

Потребно е понатамошно истражување за да се оцени клиничката и потрошувачката и ефективност од интрапарталната антибиотска профилакса со користење на бензилпеницилин, во споредба со плацебо, кај жени со предвремено породување (вклучувајќи жени со непроменета мембрана и жени со пукната мембрана). Истражувањето треба да биде спроведено преку мултицентрична рандомизирана контролирана студија, вклучувајќи неколку центри во Велика Британија за да се овозможи анализа на подгрупи на податоци. Примарната цел на студијата за оценка на клиничката ефективност на бензилпеницилин треба да биде инциденцата на рана неонатална инфекција од стрептококи од групата Б (инфекција во рок од 72 часа од раѓањето). Споредни цели треба да вклучуваат долгорочни исходи кај бебето. Истражувањето треба да вклучува подгрупни анализи на жените со спонтано предвремено породување со непроменети мембрани и жени со мембрани, кои пукнале пред или за време на родилните трудови.

4.4 Иследувања во текот на антибиотскиот третман

Која е клиничката и ефективност на трошоците од лабораториски иследувања, користени индивидуално или во комбинација, со цел да се исклучи појава на рана неонатална инфекција кај бебиња кои примаат антибиотици заради суспектна инфекција?

Зошто е ова важно

Систематскиот преглед на податоци, направен за ова упатство, укажува дека постојат лимитирани докази, поврзани со иследувањата користени да се донесе одлука за прекин на антибиотскиот третман кај бебиња кои се третираат заради суспектна инфекција. Една студија оценува прокалцитони засновани одлуки за идентификување на бебиња кај кои антибиотска терапија безбедно може да се запре, но користениот пристап бил во рана фаза на развој и студијата не е евалуирана во целост.

Препораките од упатството укажуваат на несигурност околу тестот на дијагностичка точност на лабораториските испитувања кои се користат самостојно или во комбинација и понатамошно истражување кое вклучува доволно студии е потребно за таа да се оцени. Идеален дизајн на студијата ќе биде рандомизирана контролирана студија што ќе споредува клинички резултати, поврзани со поединечното иследување и со стратегиите за прекин на третманот. Следниот најдобар дизајн на студија ќе биде проспективна кохортна студија за да се утврди дијагностичката точност на иследувањата, евалуирана во клинички релевантна група на бебиња. Истражувањето треба да ги испита клиничката ефективност или дијагностичката точност на тестот кај предвремено и рок бебиња одделно.

4.5 Должина на антибиотскиот третман

Која е оптимална должина на третман кај бебиња кои примаат антибиотици за потврдена рана неонатална инфекција?

Зошто е ова важно

Групата за развој на упатството не идентификува никакви докази за изборот на времетраењето на антибиотскиот третман (должина на третманот) кај потврдена рана неонатална инфекција. Во отсуство на докази, Групата за развој ги заснова препораките врз основа на своето познавање на тековната клиничка пракса. Потребно е понатамошно истражување за да се евалуираат различни должини на третман во следниве клинички околности:

- Бебиња со бактериски менингитис од стрептококи од групата Б.
- Бебиња со септикемија од стрептококи од групата Б.
- Бебиња со бактериски менингитис од грам-негативни причинители (како *Escherichia coli* менингитис).
- Бебиња со грам-негативна септикемија.

Истражувањето идеално треба да биде во форма на мултинационална рандомизирана контролирана студија. Примарната цел на студијата треба да биде релапс во рок од 10 дена од прекин на терапијата. Секундарните цели на студијата треба да вклучуваат долгорочен невролошки развој.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Цело упатство

Целото упатство, Антибиотици при рана појава на неонатална инфекција: антибиотици за превенција и третман на рана неонатална инфекција, содржи детали за методите и за доказите, користени да се изготви упатството. Тоа е издадено од страна на Националниот центар за соработка за здравје на жени и деца (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health).

5.2 NICE патека

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE патека.

5.3 Информација за јавноста

NICE изготви информација за јавноста со објаснувања за ова упатство.

Ги охрабруваме сите од јавниот здравствен сектор (NHS) и граѓанските организации да ја користат текстуалната форма на овие информации како дел од нивните материјали за антибиотици при рана неонатална инфекција.

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

- Царски рез (NICE клиничко упатство 132).(2011)
- Бактериски менингитис и менингококна септикемија (NICE клиничко упатство 102).(2010)
- Индукција на породување (NICE клиничко упатство 70).(2008)
- Антенатална заштита (NICE клиничко упатство 62).(2008)
- Интрапартална заштита (NICE клиничко упатство 55).(2007), Ажурирана верзија во тек. Датумот на објавување треба да се потврди.
-
- Инфекции на уринарен тракт кај деца (NICE клиничко упатство 54).(2007)
- Заболувања со покачена температура кај деца (NICE клиничко упатство 47).(2007) Ажурирана верзија во тек. Датумот на објавување очекувано во мај 2013 год.
- Постнатална заштита (NICE клиничко упатство 37). (2006)

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат, со цел препораките да ги вклучат новите важни информации. Нови докази се проверуваат на секои 3 години по публикација, а воедно и здравствени работници и пациенти се прашуваат за нивни мислења, ние ги користиме овие информации да одлучиме дали да се ажурира цело или само дел од упатството. Ако во меѓувреме се објави нов важен доказ, тогаш може да се одлучиме и за побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молиме посетете ја нашата веб страница за повеќе информации околу ажурирање на упатствата.

Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка за здравје на жени и деца, NICE проектен тим

Група за развој на упатството

(12 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 84 guidance.nice.org.uk/cg149).

Национален центар за соработка за здравје на жени и деца (NCC-WCH)

(4 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 84 guidance.nice.org.uk/cg149).

NICE проектен тим

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство 84 guidance.nice.org.uk/cg149).

Во врска со упатството

NICE клинички упатства се препораки за третман и нега на лицата со посебни болести и состојби во здравствениот систем (NHS) во Англија и во Велс.

Прирачникот е изработен од страна на Националниот центар за соработка за здравје кај жени и деца, кој се базира на Кралскиот колеџ за акушери и гинеколози. Овој центар работеше со група здравствени работници (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледаа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавни консултации.

Методите и процесите на изготвување на NICE клиничките упатства се опишани во водичот на упатството.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE патеките. Имаме изготвено информации за јавноста, објаснувајќи го ова упатство. Достапни се исто така и алатки за да ви помогнат да се примени упатството во пракса, како и информации за доказите на кои тоа е засновано.

Промени по публикацијата Октомври 2012: Мали промени.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое се формираше по внимателно разгледување на доказите кои стојат на располагање. Од здравствените работници се очекува да го земат целосно во предвид при остварувањето на нивните клинички проценки и практики. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки, согласно со околностите на пациентот, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот кои се информирани за особените на кои било лекови за кои се размислува да бидат применети.

Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или на давателите на услуги. Членовите на комисијата и давателите на услуги се потсетуваат дека е нивна одговорност за спроведување на препораките, во нивниот локален контекст, како дел од нивните должности за да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднаквост на можностите. Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е несоодветен на усогласеноста со тие должности.

Авторски права

© Национален Институт за здравје и клиничка извонредност, 2010 година. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот може да се преземат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE Контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 003 7780