

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 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
СИСТЕМСКИ БОЛЕСТИ ВО БРЕМЕНОСТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на системските болести во бременост.

Член 2

Начинот на третман на системските болести во бременост е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на системските болести во бременост, по правило согласно ова упатство.

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

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2862/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

СИСТЕМСКИ БОЛЕСТИ ВО БРЕМЕНОСТ

МЗД упатства
21.04.2010

- Основи
- Срцеви и васкуларни болести
- Тромботични компликации
- Метаболни нарушувања
- Невролошки заболувања
- Ренални заболувања
- Ревматски нарушувања
- Психијатриски проблеми
- Бронхијална астма
- Карцином во бременост
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Лошо третирани или нетретирани системски заболувања ја нарушуваат фертилноста; адекватно менаџирање ефективно ја обновува фертилноста.
- Преконцепциско иследување и советување со специјалист за системската болест и гинеколог акушер е основно за проценка на индивидуалните ризици од бременоста и породувањето.
- Системската болест мора да се мониторира внимателно кај високоризични бремености. Добра соработка помеѓу матичниот гинеколог и родилиштето е неопходна.
- Види упатство за употреба на лекови во бременост.

СРЦЕВИ И ВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Срцевиот минутен волумен започнува да расте за време на првиот триместар од бременоста и се зголемува од 30-50%. Тоа значи зголемено циркулаторно оптоварување на срцето. Срцевата фреквенција и ударниот волумен се зголемуваат, а периферниот васкуларен отпор се намалува.
- Способноста на кардиоваскуларниот систем да реагира на физички напор е лимитирана, особено во третиот триместар од бременоста.
- Оската на срцето се хоризонтализира и се придвижува лесно кон лево поради издигнување на дијафрагмата, со што се зголемува тенденцијата за екстрасистоли.
- За време на бременоста утерусот прави опструкција на *vena cava* при лежечка позиција. Со тоа се намалува венското враќање на крвта. Поради тоа, бремената жена треба да биде во лева латерална лежечка позиција при секој преглед или третман кој трае подолго време.

Хипертензија¹

- Види Упатство за бременост и крвен притисок и Упатство за антенатална грижа.

¹ Третман на хипертензија се врши во консултација со интернист-нефролог/кардиолог

- Артерискиот крвен притисок нормално не надминува од 140/90 мм Хг во бременост.
- Хипертензија за време на бременоста е асоцирана со прееклампсија кај 70 % од пациентките и хронична хипертензија кај 30 % од пациентките.
- Инциденцата на хронична хипертензија во Северна Европа е околу 2-4 %. Ризикот од хипертензија се зголемува над 30- та година.
- Ризиците на фетусот се поврзани со хроничната плацентарна инсуфициенција, на пример со новороденчиња мали за гестациска старост и фетална хипоксија. Ризиците за мајката при многу тешка хипертензија се нарушувања во мозочната циркулација, оштетување на срцето и компликации кои резултираат од суперпонираната прееклампсија.
- Лесно или умерено покачување на артерискиот крвен притисок без албуминурија не е индикација за висок ризик. Темелен мониторинг на бременоста во амбулантскиот дел од родилиштата е важен. При појава на албуминурија, пациентката треба да се препрати во болница.
- Повеќето антихипертензивни лекови се корисни за време на бременоста. Од сите бета рецептор адренергични блокатори, лабеталолот е најупотребуван и е лек од избор. Атенололот може да предизвика застој во растот на фетусот. Метопрололот и нифедипин исто така може да се употребуваат.
- АЦЕ инхибиторите треба да се променат со други лекови кога се планира бременост. Тие можат да го зголемат ризикот од фетални малформации. Тие, исто така, го инхибираат нормалниот гестациски развој на васкуларниот систем. АТР блокерите се исто така контраиндицирани.
- Диуретиците не се препорачуваат, бидејќи намалениот плазма волумен е асоциран со хронична хипертензија, особено со прееклампсија.

Срцеви заболувања

- Зголеменото оптоварување во бременоста е најсериозно во врска со притисочното оптоварување, на пример при митрална стеноза, но исто така и при конгенитални срцеви заболувања со хипоксија. Мајките со митрална стеноза имаат зголемен ризик од атријална фибрилација и акутно оштетување во облик на пулмонален едем.
- Мајчиниот ризик за морталитет во случај на Марфанов синдром како и при Ајсенменгеров синдром и кардиомиопатија е околу 50%.
- Ако мајката припаѓа на класа 1 и 2 од NYHA скалата за мерење на физичкиот капацитет или во истата класа од CSS скалата за мерење на интензитетот на градната болка, бременоста не го зголемува ризикот.
- Мајчиниот морталитет при NYHA/CSS класа 3-4 е околу 10 %, особено доколку не била направена целосна проценка на кардиолошкиот статус и медицински менаџмент пред бременоста. Нивото на ризикот е исто и при бременост по преживеан миокарден инфаркт.
- Медицинскиот третман се одредува врз основа на кардиолошкото заболување и состојбата на пациентката.

ТРОМБОТИЧНИ КОМПЛИКАЦИИ²

- Ризикот од повторување на длабока венска тромбоза или пулмонална емболија се зголемува до 40 пати за време на бременоста.
- Основни лабораториски тестови АТЗ, протеин Ц и протеин С, како и АПТТ се потребни за детектирање на лупус антикоагулантен синдром.
- Доколку претходната длабока венска тромбоза или белодробна емболија била асоцирана со дефицит на АТЗ, протеин Ц или протеин С, тромбопрофилактика со ниско молекуларен

² Следење и третман во консултација со специјалист по трансфузиона медицина и/или интернист/хематолог

хепарин треба да се започне веќе од 6-та гестациска недела и да продолжи до 3 месеци по породувањето. АТЗ концентрат е исто така корисен за време на породувањето.

- Доколку претходната тромбоза била асоцирана со дефицит на АТЗ, протеин Ц или притеин С, треба да се започне со тромбопрофилактика од 20-24-та гестациска седмица, а да заврши 6-12 недели по породувањето.
- Лек на избор е ниско молекуларен хепарин еднаш дневно. Мониторирање на третманот не е потребно. По 24-та гестациска недела е потребно дуплирање на дозата, доколку телесната тежина на мајката е над 75 килограми.
- Нефракциониран хепарин супкутано, во доза од 7500-12500 ИЕ исто така може да се употреби, но неговата употреба се намалува. За овој третман е потребен нормален мониторинг. Обата третмани, со нискомолекуларен хепарин и супкутана администарција на хепарин, треба да се стопираат во времето на породувањето, 12 часа пред индукција на породувањето.
- Варфаринот е познат како тератоген агенс. Поради тоа, не се користи во тромбо профилактика во текот на бременоста, освен кај пациентки со вештачки кардијални валвули.
- Види упатство за наследна тромбофилија.

МЕТАБОЛНИ НАРУШУВАЊА³

Дијабетес

- Бременост, комплицирана со инсулин зависен дијабет е една од најзначајните ризични групи во акушерството денес. Поради малиот број на случаи, контролата на дијабетот треба да се врши во универзитетски и во централни болници.
- Дијабетот го зголемува ризикот од малформации, но тие може да се редуцираат со добро регулирање на гликемијата пред концепција. Значајна е соработката помеѓу гинекологот акушер и интернистот во текот на бременоста.
- Внимателно следење во примарна здравствена заштита од првиот триместар продолжува на интервали од 1-2 недели, а краток престој во болница во опстетрички оддел се индицира индивидуално.
- Ризикот за мајката подоцна во бременоста вклучува оштетување на бубрезите, нарушување во гликозниот баланс, влошување на дијабетичната ретинопатија, зголемен ризик за прееклампсија и полихидрамнион. Ризиците за фетусот се малформации, спонтан абортус, предвремена контракција, интраутерина смрт, макросомија со рамена дистокија и Ербова пареза. Проблемите во неонаталната адаптација се зголемени, вклучувајќи хипогликемија, хипокалцемија, хипербилирубинемија и респираторен дистрес синдром.
- Се дава инсулинска терапија со мултипли инјектирања, со цел да се постигне нормогликемија. Ако фреквенцијата на контролни посети е доволно честа (на 1-2 неделни интервали), третманот може да се спроведува во домашни услови во текот на бременоста. Кратки периоди на хоспитализација се планираат индивидуално. Континуирано надгледување се индицира доколку има компликации.
- Не постојат доволно докази за да се направи генерална препорака за употреба на орални антидијабетици (metformin, glibenclamide) во третманот на гестациски дијабетес или дијабет во бременост. За нивна употреба може да се размислува во посебни случаи.
- Доколку е акушерски возможно, се планира вагинално породување во терминот на раѓање. Индикациите за царски рез се опстетрички, како пелвична диспропорција, фетал дистрес во прво родилно време, влошување на прееклампсијата и абнормална фетална презентација. Пролиферативна ретинопатија кај мајката и оштеување на бубрезите се исто така индикации за царски рез.

³ Следење и третман во консултација со соодветен специјалист

Хипотироидизам

- Нетретиран хипотироидизам предизвикува редуциран фертилитет и го зголемува ризикот од губиток на бременоста.
- Дозирањето на тироксинот треба да се зголеми за 25-50 µg за време на бременоста. Дозата се зголемува за 25 µg веднаш по забременувањето, а понатаму се адаптира во зависност од серумската TSH концентрација за да се одржува под 4 mU/l.
- Терапевтско балансирање се одредува пред концепцијата, за време на првата пренатална визита и во 20-24-та и 28-32-та гестациска недела. Лесна форма на хипотироидизам не е опасна за плодот и за мајката. По операција на карцином на тироидната жлезда TSH концентрациите мора да останат недетектибилни.
- Одредени лекови, особено железо, ја нарушуваат апсорпцијата на тироксинот; овие лекови треба да се земаат во различно време.
- По породувањето, терапија за супституцијата треба да се редуцира на ниво кое било пред забременувањето.

Хипертироидизам

- Недијагностициран и нетретиран хипертироидизам може да предизвика спонтан абортус или предвремени контракции/ породување.
- Хипертироидизмот е тешко да се идентификува во бременоста, бидејќи многу симптоми и знаци се слични со промените што настануваат во нормална бременост (тахикардија, анксиозност, периферна вазодилатација, гушавост, лесен егзофталмус).
- Како и кај хипотироидизмот, се врши биохемиски мониторинг плус одредување на нивото на серумски тироидни антитела. Антителата ја минуваат плацентата и го зголемуваат ризикот за хипотироидизам кај новороденчето.
- Најважен третман е со тиреостатик (carbimazole). Биохемиски мониторинг е неопходен, со цел да се одржува нивото на слободен тироксин во серум малку повисоко од нормалното. Во такви случаи, ризикот од гушавост кај фетусот е само 1%.
- Некогаш е потребна парцијална тироидектомија. Третман со радиојод не евозможен.

Обезитет

- Тежина на мајката над 90 кг пред забременување е асоцирана со 4 пати поголем ризик од гестациска хипертензија и 1.5 пати поголем ризик од гестациски дијабетес, споредено со жена која има нормална тежина.
- Обезитетот, исто така, го зголемува ризикот од тромбемболични компликации, особено доколку е потребно мирување во текот на бременоста или пуерпериумот.
- Ризикот за фетална макросомија се зголемува, што е асоцирано со пролонгирано породување, зголемена потреба од царски рез и рамена дистокија.
- Прифатливо зголемување на тежината кај идните мајки не треба да биде повеќе од 4-9 кг. Нагло слабеење во текот на бременоста не се препорачува.

НЕВРОЛОШКИ ЗАБОЛУВАЊА⁴

Епилепсија

- Важна е добра предконцепциска контрола на антиепилептичната терапија.
- Основните принципи на антиепилептичната медикација е монотерапија, ако е возможно. Лековите коишто се користат пред концепцијата обично продолжуваат да се користат и во текот на бременоста.

⁴ Следење и третман во консултација со невролог

- Деца од мајки со епилепсија имаат 1.5- 2 пати повисок ризик од мајорни малформации во однос на другите. Одредена тератогеност е асоцирана со антиепилептичните лекови. На пример, валпроатот е причина за спина бифида во 1% од новородените. Поради хипоксија, генерализиран епилептичен напад е секогаш поопасен за фетусот отколку медикаментозниот третман. Бројните третмани со лекови се асоцирани со зголемен ризик од малформации.
 - Здрав плод ќе ги издржи хипоксичните епизоди, но тие може да бидат животни загрозувачки кај заболени плод.
- Серумските концентрации на фолна киселина и антиепилептичните лекови мора да се мерат месечно во текот на бременоста. Нивоата на лековите се често пониски од вообичаено поради зголемениот плазма волумен. Ризикот од конвулзивен напад се зголемува многу малку поради тоа што е намалена концентрацијата на лекот. Дозата на антиепилептикот треба да се зголеми околу терминот на раѓање, во зависност од зголемувањето на ризикот од напад за време на породувањето.
- Дневното консумирање на фолна киселина особено е важно за време на првиот триместар.
- Вагинално породување е можно. Индикации за царски рез се опстетрички, но инциденцата на оперативно завршување на раѓањето е околу 2 пати поголема во однос на другите. Витамин К е неопходен за новороденчето.
- Доењето е обично возможно. Големи доза на phenemal и diazepam може да предизвикаат сомнолентност кај новороденото, поради високата концентрација во мајчиното млеко.

Мигрена

- Тензиона главоболка е почеста во однос на мигрена во текот на бременоста.
- Честотата на напад на мигрена е највисока за време на првиот и третиот триместар, ретко во вториот триместар.
- Блиску до породувањето, симптомите кои личат на прееклампсија (визуелни нарушувања, висок крвен притисок, главоболка и субдијафрагмална болка) причинуваат диференцијално дијагностички проблеми.
- Инхибитори на синтеза на простагландини и ацетилсалицилна киселина може да се употребуваат за време на првиот триместар, како и prochlorperazine. Дериватите на ерготаминот се забранети.
- Инхибитори на синтеза на простагландин не се употребуваат по 32-та недела од гестација, бидејќи може да дојде до затворање на феталниот ductus arteriosus интраутерино.
- 5HT1 антагонисти (триптани) може да се употребуваат во текот на бременоста и лактацијата во посебни случаи, поради недоволно искуство од нивната употреба.
- Адренергични бета блокатори, како пропранолол може да бидат соодветни во профилакса во сериозни случаи.

Нарушувања на церебралната циркулација

- Ризикот од тромботичен напад се зголемува десет пати за време на бременоста. Бројот на спонтани субарахноидални крвавења е исто така зголемен за време на гестацијата, како и руптура на церебрални ангиоми и аневризми.
- Третманот кај церебрални васкуларни нарушувања не се разликува за време на бременоста, во споредба со жени кои не се бремени. Доколку аневризмата е оперирана, следната бременост не го зголемува ризикот од церебраен напад. Кај пациентки кои не се оперирани, бременоста и породувањето се релативно контраиндицирани поради зголемен ризик. Индикациите за царски рез се опстетрички. Породувањето треба да се организира, така што мајката нема да се напрега и напнува.

РЕНАЛНИ БОЛЕСТИ

- Реналниот крвен проток и гломеруларната филтрација се зголемуваат за 30-50 % за време на гестацијата. Реналната тубуларна функција исто така се менува. Уратната киселина и креатинин клиренсот се зголемуваат, а концентрацијата на серумскиот креатинин се намалува. Нормалното ниво на серумски креатинин е $< 80 \mu\text{mol/l}$. Може да настане одреден степен на хидронефроза или хидроутер, особено на десната страна.
- Доколку хроничната бубрежна болест со покачено ниво на серумски креатинин, висок крвен притисок и протеинурија се развива, тогаш бременоста е ризична. Бременост не се препорачува доколку кај жена која не е бремена, дијастолниот крвен притисок надминува 90 ммХг и концентрацијата на серумскиот креатинин е 120-175 $\mu\text{mol/l}$. Веќе умерено ренално оштетување (креатинин клиренс 30-50 ml/min/1.73 м²) значително ја влошува прогнозата за бременост.
- Во сите случаи, реналната функција, како и акушерската антенатална состојба мора да се опсервира во тесна соработка со специјалист за ренални заболувања.
- Хипертензија и албуминурија настануваат во над 50 % дури и од случаите со полесна форма на бубрежна инсуфициенција, проследено со слаба плацентална функција, застој во растот на фетусот и предвремени контракции/породување.
- Прогнозата за бременоста е значајно афектирана од лупус нефропатијата, мембранозен гломерулонефритис и склеродерма, дури и доколку тестовите за ренална функција се речиси нормални. Во такви случаи, бременоста е релативно контраиндицирана.
- Нетретирана асимптоматска бактериурија е причина за пиелонефритис во околу 40% од случаите. Поради тоа, антибиотски третман со нитрофурантион, цефалоспорини или тесцилан треба да се ординира за време на првиот триместар од бременоста.
- Пациентка со фебрилен пиелонефритис е најдобро да се третира во опстетрички оддел. Антибиотска терапија се започнува парентерално, на пример со цефалоспорини, с'е додека се детектира сензитивноста на уринарната бактерија на антибиотици. Пероралната антибиотска терапија се продолжува во текот на 3 недели. Ризикот од рекурентност е доста висок за време на бременоста и во пуерпериумот. Поради тоа, во овие случаи е потребна долготрајна терапија на одржување во бременоста и пуерпериумот: nitrofurantion 50 мг, cephalixin 250 мг или тесциланам 200 мг навечер.
- Бременост не се препорачува 1-2 години по ренална трансплатација, доколку не постојат проблеми со реналната функција или со имunosупресивната терапија. Потребни се многу чести контроли, започнувајќи пред концепцијата.

РЕВМАТСКИ НАРУШУВАЊА⁵

- Најпроблематични ревматски нарушувања во бременоста се ревматоиден артритис и системски лупус еритематозус, СЛЕ.
- Бременоста го супримира ревматоидниот артритис. 75 % од жените со ревматоиден артритис имаат по малку болка и други симптоми веќе на крајот од првиот триместар, во споредба со пациентки кои не се бремени. По породувањето, симптомите се повторуваат во 90 % од случите и обично се посериозни.
- Ацетил салицилна киселина, инхибитори на простагландини, сулфасалазин и гликокортикоиди се корисни во терапијата. Соли на злато, хидрокси хлорокин, Д-пенициламин, азатиопирине и циклофосфамид не се препорачуваат.
- СЛЕ е секогаш сериозна опасност за бременоста. Можноста за егзацербации е повеќе од 30%. Не се видени подобрувања на оваа болест во текот на бременоста. Прогнозата за мајката и за плодот се лоши, особено во случаи со циркулаторни антитела за фосфолипиди (кардиолипин или лупус антикоагулант антитела) поради зголемен ризик од тромботични нарушувања (артериска тромбоза, фиброзирана плацента, инфаркција на плацента, спонтан абортус, застој во растот на фетусот, интраутерина смрт на плодот) . Ако СЛЕ е во акутна фаза, кои било третмани имаат мало влијание на прогнозата.

⁵ Следење и третман во консултација со специјалист интернист/ревматолог

- Најчесто употребувани модалитети на третман се аспирин во доза од 50(-100) мг дневно или ниско молекуларен хепарин или комбинација од двата. Може да се употреби и орално преднизон 20-40 мг дневно во текот на бременоста. СЛЕ е толку ретка болест, што не постојат доволен број на контролни студии за компарација на различните видови на третмани.

ПСИХИЈАТРИСКИ ПРОБЛЕМИ⁶

- Одредени прсихијатриски лекови, на пример фенотијазините, можат да ја редуцираат можноста за концепција, со зголемување на продукцијата на пролактин. Сексуалните проблеми, асоцирани со емоционални нарушувања, исто така можат да бидат причина за одложено забременување.
- Бременоста, породувањето и постпарталниот период се секогаш периоди на психолошки стрес за жената. Претходни тешки психијатриски нарушувања пред бременоста или за време на претходната бременост, породувањето или пуерпериумот, претставуваат голем ризик во следната гестација и пуерпериум. Ризикот, исто така, се зголемува доколку сопругот е со анамнеза за психопатологија.
- Потребата од медикаментозен третман треба да се ревидира кај бремени жени, со цел да се обезбеди благосостојба на мајката и на детето. Лековите не смеат нагло да се прекинат! Литиумот може да го зголеми ризикот од конгенитални срцеви малформации. Фенотијазините и тиоксантините се сметаат за безбедни. Постои двоумење за употребата на трициклични антидепресиви, бутирофенони и бензодијазепини во првиот триместар од гестацијата.
- Постои сомнителна врска помеѓу конгениталниот расцеп на усна и непце и администрацијата на дериватите на бензодијазепин во првите 40-60 дена од гестацијата. Ризиците не се јасни во подоцна бременост.
- Транквилизери, земени во големи дози блиску до породувањето, го депримираат новороденчето и предизвикуваат сомнолентност и мускулна атонија.
- Употребата на таканаречените првогенерациски антипсихотици (фенотијазини, тиоксантени, халоперидол) е безбедна за време на бременоста.
- Во третманот на депресија, трицикличните антидепресиви амитриптилин и имипрамин се најбезбедни.
 - Ако се употребува блиску до породувањето, нортриптилинот може да предизвика посериозни симптоми - апстиненција кај новороденчето, отколку другите антидепресиви.
 - Исто така, SSRi кои се подолго време во употреба, на пример- ципраamil, може да се користат.
- Прекинување на психофармацевтските лекови кон крајот на бременоста е оправдана само при строги индикации и состојбата треба да биде секогаш индивидуално разгледувана.

БРОНХИЈАЛНА АСТМА⁷

- Преваленцата на астма во бременоста е околу 1%. Состојбата се влошува кај секоја трета жена за време на бременоста, но се подобрува во ист процент на случаи. Бронхијалната астма е минорен проблем при нормален тек на бременоста.
- Употребата на инхалирачки бета-2-агонисти, теофилин, инхалирачки гликокортикоиди, како и кромолин и некои антихистаминици не е познато дека е асоцирана со конгенитални малформации. Понекогаш во кратки периоди се потребни орални кортикостероиди.
- Статус астматикус за време на раѓањето е проблем, поради слабата оксигенација на мајката која може да резултира со фетална хипоксија. Третманот е ист како кај жени кои не се бремени. Ризикот за царски рез е зголемен поради хипоксијата.

⁶ Следење и третман во консултација со специјалист психијатар

⁷ Следење и третман во консултација со специјалист интернист/пулмолог-алерголог

КАРЦИНОМ ВО БРЕМЕНОСТ⁸

- Преваленцата на карцином за време на бременоста е околу 1:1000-2000, слична или пониска, во споредба со жени на иста возраст кои не се бремени.
- Најчестиот тип на карцином за време на бременост е карциномот на дојка, потоа следи леукемија, утерин цервикален, оваријален и интестинален карцином.
- Трансплацентарна трансмисија на малигните клетки е возможна само кај малигниот меланом.
- Сите интервенции (хируршка, радиотерапија и администрација на цитостатици) се опасни за фетусот за време на првиот триместар. Цитотоксичните лекови се особено тератогени за време на органогенезата на фетусот, како и радиотерапијата ако се дава во регија под дијафрагмата. Ризикот за спонтан абортус е исто така зголемен во тоа време.
- Важно е да се третира секој случај индивидуално во соработка со пациентката.
- Исходот се гледа за две години: ако е добра прогнозата, нема знаци и симптоми за рекурентност, а ако е лоша, тие се гледаат.
- По операција на карцином на дојка, треба да се избегнува бременост во следните 2 години (претходни препораки- 5 години). Не постојат докази дали бременоста сама по себе ја влошува прогнозата, сепак прегледот на дојки кај бремени е потежок во однос на пациентки кои не се бремени.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hiilesmaa VK, Bardy A, Teramo K. Obstetric outcome in women with epilepsy. Am J Obstet Gynecol 1985 Jul 1; 152(5):499-504. PubMed

Автор: Seppo Saarikoski

Article ID: ebm00561 (026.015)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 21.04.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2015 година.**

⁸ Следење и третман во консултација со соодветен специјалист-онколог