

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 ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ И**  
**СПОНТАН АБОРТУС**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ектопична бременост и спонтан абортус.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при ектопична бременост и спонтан абортус 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 ектопична бременост и спонтан абортус 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. 17-3126/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

# Ектопична бременост и спонтан абортус

**Дијагноза и иницијален менаџмент во раната фаза  
на ектопична бременост и спонтан абортус**

Објавено: декември 2012 год.

**NICE клинички упатства 154**  
[guidance.nice.org.uk/cg154](http://guidance.nice.org.uk/cg154)

# Содржина

## Вовед 1

<b>Жената во центарот на здравствената нега .....</b>	<b>2</b>
<b>Термини употребени во ова упатство .....</b>	<b>3</b>
<b>Главни приоритети за имплементација.....</b>	<b>4</b>
Поддршка и давање на информација .....	4
Организираны установи за проценка на рана бременост .....	4
Симптоми и знаци на ектопична бременост и иницијална проценка .....	4
Користење на ултразвук за поставување дијагноза.....	5
Утврдување на нивото на хуман хорионски гонадотропин кај жени со бременост со непозната локација.....	5
Експектативен третман.....	5
Хируршки третман .....	5
Изведување на лапароскопија.....	5
Салпингектомија и салпинготомија .....	5
<b>1. Препораки .....</b>	<b>6</b>
Поддршка и давање на информации .....	6
1.2 Организираны установи за проценка на рана бременост.....	7
1.3 Симптоми и знаци на ектопична бременост и иницијална проценка.....	7
1.4 Поставување дијагноза на вијабилна интраутерина бременост и на ектопична бременост.....	9
1.5 Менаџмент на спонтан абортус .....	13
1.6 Третман на ектопична бременост .....	15
1.7 Anti-D rhesus профилакса .....	17
<b>2. Препораки за истражување .....</b>	<b>18</b>
2.1 Установи за проценка на раната бременост .....	18
2.2 Ултразвук за утврдување на вијабилна интраутерина бременост .....	18
2.3 Progesterone/progestogen за заканувачки абортус.....	19
2.4 Менаџмент на спонтаниот абортус .....	20
2.5 Хируршкиот, спореден со медицинскиот третман на ектопична бременост.....	20
<b>3. Други информации .....</b>	<b>21</b>
3.1 Опсегот и начинот на развој на ова упатство.....	21
3.2 Поврзани NICE упатства.....	21
<b>4. Групата за развој на упатството, Националниот колаборативен центар и NICE     проектниот тим .....</b>	<b>23</b>
4.1 Група за развој на упатството.....	23
4.2 Национален колаборативен центар за женско и детско здравје .....	23
4.3 NICE проектен тим .....	23
<b>Во врска со ова упатство .....</b>	<b>24</b>
Јачина на препораките .....	24
Други верзии на ова упатство.....	25
Имплементација.....	25
Вашата одговорност .....	25
Авторски права.....	25
Контакт со NICE.....	25

## Вовед

Ектопичната бременост и спонтаниот абортус имаат негативен ефект врз квалитетот на животот на многу жени. Во просек околу 20% од бременостите се завршуваат како спонтан абортус, а тоа самото по себе е причина за значителен стрес. Загуба на бременоста во рана фаза (ран спонтан абортус) е причина за преку 50,000 хоспитализации годишно во Обединетото Кралство. Стапката на ектопична бременост изнесува 11 на 1000 бремености, со матернален морталитет од 0.2 на 1000 проценети ектопични бремености. Околу две третини од овие смртни исходи се асоцирани со супстандардна нега. Жените кои немаат редовен пристап до медицинска помош (како жени неодамнешни мигранти, азиланти, бегалци или жени кои имаат тешкотии со читање и говорење англиски јазик) се посебно ранливи. Поради тоа, подобрувањето на дијагностицирањето и третманот на загубата на бременост во рана фаза е од витално значење, со цел да се намали инциденцата на придружниот психолошкиот морбидитет и да се избегне непотребниот смртен исход на жени со ектопична бременост.

Во упатството се претпоставува дека лекарите или оние кои препишуваат лекови ќе се користат со упатството на лекот и описот на неговите карактеристики за да донесат соодветна одлука при препишување за секој пациент индивидуално.

Во ова упатство се препорачани некои лекарства за индикации за кои не поседуваат маркетинг авторизација на Обединетото Кралство до датумот на објавување на ова упатство, но само ако постојат добри докази кои ја подржуваат нивната употреба. Оној кој го препишува лекот е должен да следи релевантни професионални упатства, со целосно преземање на одговорност при носењето на одлуките. Пациентите (или оние кои се ополномоштени да даваат согласност во нивно име) мораат да дадат информирана согласност, што ќе биде соодветно документирано. За дополнителни информации, види го *'Добра пракса во препишување на лекарства-упатство за доктори'*, издадено од страна на Советот за Општа Медицина. Онаму каде што се дадени препораки за употреба на лекарства надвор од нивното индикационо подрачје ('off-label use'), овие лекови се означени со фуснота во препораките.

## Жената во центарот на здравствената нега

Ова упатство нуди најдобри совети од секојдневната пракса во врска со грижата за жените со компликации поради рана загуба на бременоста.

Пациентите и здравствените професионалци имаат права и одговорности, како што е утврдено во NHS Устав за Англија-сите NICE упатства е составени за да го рефлектираат токму ова. Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и приоритетите на жените. Жените треба да имаат можност да донесат информирана одлука во врска со нивниот третман и нега, во партнерство со нивниот лекар. Доколку жената нема капацитет за да донесе одлука, здравствените работници треба да ја следат препораката за согласност на Одделот за Здравство како и Кодексот кој е придружен дел на Актот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените професионалци треба да ги следат препораките за согласност на Владата на Велс.

Доколку лицето е под 16 години, здравствениот професионалец треба да ги следи упатствата во Барање на согласност: работа со деца, објавено од Одделот за здравство. На фамилиите или на негувателите треба да им се даде информација и поддршка која им е потребна за да им се помогне на децата или младите лица при носење на одлуки во врска со третманот.

NICE создаде упатства според компоненти од добрите искуства на пациенти во NHS услугите за возрасни. Сите здравствени работници треба да ги следат препораките, дадени во Искуства на пациентите со NHS услугите за возрасни.

## Термини употребени во ова упатство

**Рана бременост.** Бременост во прв триместар-тоа значи, до 13 завршени недели на бременост.

**Експектативен третман.** Пристап кај којшто не се преземаат никакви постапки за третман, со цел да се види дали состојбата ќе се разреши по природен пат.

**Бременост со непозната локација.** Дескриптивен термин кој се користи за да ја класифицира бременоста во случај кога жената има позитивен тест за бременост, но не може да се види бременост со помош на ултразвучен преглед.

## Главни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентифицирани како приоритетни за имплементација.

### *Поддршка и давање на информација*

- За целото времетраење на здравствената грижа за пациентката, потребно е нејзе и (со нејзина согласност) и на нејзиниот партнер да им дадете соодветни информации, базирани на докази и тоа во различни форми. Тука треба да бидат вклучени следниве:
  - Кога и како да се побара помош доколку постоечките симптоми се влошат или се развијат нови симптоми, да се даде контакт телефон за 24-часовен контакт.
  - Што да очекува за време на чекањето за спроведување на ултразвучен преглед.
  - Што да очекува во текот на здравствената грижа и преземените постапки (вклучително и експектативниот третман), како што е потенцијалната должина и јачина на болката и/или крвавењето и можните несакани ефекти. Овие информации треба да се скројат во зависност од грижата што ќе ја добие.
  - Информации во врска со постоперативниот период (за жени кај кои се спроведува хируршки зафат).
  - Што да се очекува во текот на периодот на заздравување - на пример, кога е можно да се отпочне со сексуална активност и/или да се обиде да забремени повторно и што да прави доколку повторно остане бремена. Овие информации треба да бидат скроени во зависност од типот на грижата што ќе ја добие.
  - Информации во врска со веројатното влијание на преземениот третман врз нејзината фертилност.
  - Како да се дојде до советувалишта за поддршка, вклучително и памфлети, веб адреси и телефонски броеви од различни организации за поддршка.
- Обезбедете доволно време за да се продискутираат овие теми со жените во текот на третманот и закажете дополнителни состаноци доколку е потребно дополнително време.

### *Организираны установи за проценка на рана бременост*

- Потребно е организирање на локални здравствени установи, со цел спроведување проценка на раната бременост 7 дена во неделата, за жени со компликации во раната бременост, каде што ќе може да се спроведе ултразвучен преглед и да се донесе одлука за преземање на соодветни мерки.

### *Симптоми и знаци на ектопична бременост и иницијална проценка*

- За време на клиничката проценка на жени во репродуктивна возраст, треба да се биде свесен дека:
  - Може да се бремени и да им се понуди тест за бременост дури и кога симптомите не се специфични.
  - Симптомите и знаците на ектопична бременост може да се слични со симптоми и знаци на други состојби - на пример, гастроинтестинални состојби или инфекции на уринарниот тракт.

- Сите здравствени работници инволвирани во грижата за женското здравје во репродуктивниот период треба да имаат пристап до тестови за бременост.

### ***Користење на ултразвук за поставување дијагноза***

- На жената која се јавила во установата за проценка на раната бременост треба да ѝ се понуди спроведување на трансвагинален ултразвучен преглед за да се идентифицира локацијата на бременоста и за да се утврди постоење на “фетален крај” (fetal pole) т.е. фетус и фетална срцева акција.

### ***Утврдување на нивото на хуман хорионски гонадотропин кај жени со бременост со непозната локација***

- Бидете свесни дека жените со бременост со непозната локација може да имаат ектопична бременост, сè додека прецизно не се утврди локацијата на бременоста.

### ***Експектативен третман***

- Да се спроведе експектативен третман во период од 7-14 дена, како прва линија на избор во стратегијата за третман кај жени со потврдена дијагноза за спонтан абортус. Да се испитаат другите варијанти за третман, освен експектативниот доколку:
  - Жената е со зголемен ризик од хеморагија (на пример, таа е во доцнежен прв триместар).
  - Имала претходен несакан исход и/или трауматично искуство со претходна бременост (на пример, мртвородено, спонтан абортус или антепартално крвавење).
  - Се наоѓа во зголемен ризик од ефектите на хеморагијата (на пример, ако има коагулопатија или доколку не може да прими трансфузија на крв).
  - Постои доказ за постоење на инфекција.

### ***Хируршки третман***

- Таму каде што е соодветно, понудете ѝ на жената со спонтан абортус избор меѓу:
  - Мануелна вакуум аспирација под локална анестезија во амбулантски услови или во клинички услови.
  - Хируршки третман во операциона сала под општа анестезија.

### ***Изведување на лапароскопија***

- Доколку постои индикација за хируршки третман за жени со ектопична бременост, би требало да се спроведе лапароскопски секогаш кога е тоа можно, земајќи ја во предвид состојбата на пациентката и комплексноста на хируршката процедура.

### ***Салпингектомија и салпинготомиија***

- Понудете ѝ на пациентката спроведување на салпингектомија при спроведување на хируршки третман за ектопична бременост, освен ако нема некои други ризик фактори за инфертилитет.



## 1. Препораки

Следново упатство се базира на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детален опис на методите и на доказите, користени за да се развие ова упатство.

### *Поддршка и давање на информации*

- 1.1.1 Однесувајте се кон сите жени со компликации во раната бременост со дигнитет и почит. Бидете свесни дека жената ќе реагира на компликациите или на загубата на бременоста на различен начин. Обезбедете им на сите жени информации и поддршка на мирен начин, имајќи ја во предвид нивната лична состојба и емотивен одговор<sup>[1]</sup>.
- 1.1.2 Здравствените работници кои пружаат здравствена нега на жени со компликации во рана бременост во кои било услови, треба да се свесни дека компликациите во рана бременост може да предизвикаат значителен стрес за жените и за нивните партнери. Здравствените работници кои пружаат здравствена нега на овие пациентки треба да бидат обучени за тоа како да комуницираат сензитивно и на кој начин да ја соопштат лошата вест. Немедицинскиот персонал, како, на пример, персоналот на приемото одделение кои работат во установи кои згрижуваат пациентки со компликации во рана бременост, исто така треба да бидат обучени за соодветна сензитивна комуникација со жените кои имаат компликации во раната бременост.
- 1.1.3 За време на целиот тек на пружање на здравствена грижа, на жената (и со нејзина согласност) на нејзиниот партнер обезбедете им специфични информации, базирани на докази во различни формати. Тука треба да бидат опфатени следниве информации:
- Кога и како да побараат помош доколку се влошат постоечките симптоми или доколку се развијат нови симптоми, заедно со телефонски број достапен 24-часа.
  - Што да очекува за време на чекањето за спроведување на ултразвучен преглед.
  - Што да очекува во текот на спроведувањето на здравствената нега (вклучително и при експектативниот третман), како што е потенцијалното времетраење и интензитетот на болката и/или крвавењето и можните несакани ефекти. Овие информации треба да се скројат според типот на преземените постапки на третман.
  - Информација за постоперативниот тек (за жени со спроведен хируршки третман).
  - Што да очекува во периодот на заздравување - на пример, кога е можно опочнување со сексуална активност и/или да проба да забремени и што да прави доколку повторно забремени. Овие информации треба да се скројат според типот на преземените постапки на третман.
  - Информација за веројатниот ефект на третманот врз фертилноста.
  - Како да се дојде до советувалишта за поддршка, вклучително и памфлети, веб адреси и телефонски броеви од различни организации за поддршка.

- Обезбедете доволно време за да се продискутираат овие теми со жените во текот на третманот и закажете дополнителни состаноци доколку е потребно дополнително време.

1.1.4 По загубата на раната бременост (спонтан абортус), понудете ѝ на жената варијанти за закажување на следење на состојбата кај здравствен работник (доктор) по нејзин избор.

## **1.2 Организирани установи за проценка на рана бременост**

1.2.1 Потребно е организирање на локални здравствени установи, со цел спроведување проценка на раната бременост 7 дена во неделата, за жени со компликации во раната бременост, каде што ќе може да се спроведе ултразвучен преглед и да се донесе одлука за преземање на соодветни мерки.

1.2.2 Установата за проценка на рана бременост треба:

- Да биде посветена на давање услуги, обезбедени од страна на здравствени професионалци (доктори) компетентни да дијагностицираат и да спроведат нега на жени со болка и/или крвање во рана бременост.
- Да понуди ултразвучен преглед и одредување на серумското ниво на хуман хормонски гонадотропин (hCG).
- Да биде екипирана со здравствени работници, обучени за сензитивна комуникација и соопштување на лоша вест.

1.2.3 Установата за проценка на рана бременост треба да ги прифатат само-приемите од жени кои имале рекурентни спонтани абортуси<sup>[2]</sup> или претходна ектопична бременост или моларна бременост. Сите други жени со болка и/или крвање треба да бидат проценети од страна на здравствен работник (коко што е доктор од општа пракса, доктор од хитна помош, акушерка или медицинска сестра) пред да биде префрлена во установа за проценка и третман на рана бременост.

1.2.4 Да се осигури функционалност на системот кој ќе обезбеди жената примена во локалната установа за проценка на рана бременост да се згрижи во период од 24 часа доколку клиничката состојба го дозволува тоа. Доколку ваква услуга не е достапна и клиничките симптоми бараат дополнителна проценка, жената да се префрли до најблиската достапна установа која нуди специјалистичка клиничка проценка и ултразвучен преглед (како, на пример, гинеколошка сала или итна помош со достапност до специјалист гинеколог).

## **1.3 Симптоми и знаци на ектопична бременост и иницијална проценка**

1.3.1 Да се хоспитализираат жените кои се хемодинамски нестабилни или кај кои постои значителна загриженост поради степенот на болка или крвање, директно во единицата за итна помош.

1.3.2 Бидете свесен дека атипична презентација на ектопична бременост е честа.

- 1.3.3 Бидете свесен дека ектопичната бременост може да се презентира со различни симптоми. Дури ако симптомот е неспецифичен, сепак може да биде значаен. Симптомите на ектопична бременост вклучуваат:
- Вообичаени симптоми:
    - Абдоминална или болка во малата карлица.
    - Amenorrhoea или доцнење на менструацијата.
    - Вагинално крвање со или без коагулума.
  - Други придружни симптоми:
    - Осетливост на дојките.
    - Гастроинтестинални симптоми.
    - Вртоглавица, несвестица или синкопа.
    - Болка во рамената.
    - Уринарни симптоми.
    - Passage of tissue.
    - Ректален притисок или болка при дефекација.
- 1.3.4 Бидете свесен дека ектопичната бременост може да се презентира со различни знаци при преглед од страна на професионален здравствен работник (гинеколог). Знаците на ектопична бременост вклучуваат:
- Почести знаци:
    - Осетливост во малата карлица.
    - Осетливост во аднексални ложи.
    - Абдоминална опсетливост.
  - Други знаци:
    - Осетливост при движење на цервиксот.
    - Осетливост при притисок или перитонеални знаци.
    - Бледило.
    - Дистензија на абдоменот.
    - Зголемен утерус.
    - Тахикардија (повеќе од 100 удари во минута) или хипотензија (помалку од 100/60 mmHg).
    - Шок или колапс.
    - Ортостатска хипотензија.
- 1.3.5 За време на клиничка проценка на жени во репродуктивна возраст, бидете свесен дека:
- Може да се брени и понудете им тест за утврдување на бременост, дури и кога симптомите не се специфични.
  - Симптомите и знаците на ектопична бременост може да се слични на симптоми и знаци на други состојби, на пример, гастроинтестинални состојби или инфекции на уринарниот тракт.
- 1.3.6 Сите здравствени работници, инволвирани во грижата за женското здравје во репродуктивниот период, треба да имаат пристап до тестови за бременост.
- 1.3.7 Веднаш да биде примена во установата за проценка на рана бременост (или во дежурна гинеколошка служба доколку нема пристап до установата за проценка на рана бременост) за понатамошна проценка секоја жена со позитивен тест за бременост и со следниве симптоми при преглед:

- Болка и абдоминална осетливост.
- Осетливост во малата карлица.
- Осетливост при движење на цервикс.

1.3.8 Исклучете ја можноста од ектопична бременост, дури и во отсуство на ризик фактори (како што е претходна ектопична бременост), бидејќи околу третина од жените со ектопична бременост ќе немаат некој познат ризик фактор.

1.3.9 Веднаш да биде примена во установата за проценка на рана бременост (или во дежурна гинеколошка служба доколку нема пристап до установата за проценка на рана бременост) секоја жена со крвавење или со други симптоми и знаци за компликации во рана бременост кои имаат:

- Болка.
- Бременост во 6-та гестациска недела или повеќе.
- Бременост со непозната гестација.

Ургентноста на ваквата хоспитализација зависи од клиничката состојба.

1.3.10 Применете експектативен третман за жени со бременост помала од 6 гестациски недели кои крвават, но немаат болка. Посоветувајте ги овие жени:

- Да повторат уринарен тест за бременост по 7-10 дена и да се вратат доколку е позитивен.
- Негативен тест за бременост значи дека настапил спонтан абортус, а да се вратат доколку симптомите продолжат или се влошат.

1.3.11 Секоја жена која ќе се врати со симптоми и знаци на влошување на општата состојба, а што би можело да укажува на ектопична бременост, треба веднаш да биде примена во установата за проценка на рана бременост (или во дежурна гинеколошка служба доколку нема пристап до установата за проценка на рана бременост) за понатамошна проценка. Одлуката за тоа дали ќе биде веднаш интервенирано или во текот на 24 часа ќе зависи од клиничката слика.

1.3.12 Доколку жената биде примена во установата за проценка на рана бременост (или во дежурна гинеколошка служба доколку нема пристап до установата за проценка на рана бременост), треба да ѝ ги објасните причините зошто е хоспитализирана и што да очекува во натамошниот период.

## **1.4 Поставување дијагноза на вијабилна интраутерина бременост и на ектопична бременост**

### **Користење на ултразвукот за дијагностицирање**

1.4.1 Понудете ѝ на жената која е примена во установата за проценка на рана бременост (или во дежурна гинеколошка служба доколку нема пристап до установата за проценка на рана бременост), трансвагинален ултразвучен преглед за да се утврди локацијата на бременоста и дали се развил “фетален крај” (fetal pole), т.е. фетус и срцева акција.

- 1.4.2 Користете трансабдоминален ултразвучен преглед кај жени со зголемен утерус или друга патологија во мала карлица, како миоми или оваријални цисти.
- 1.4.3 Доколку трансвагиналниот ултразвучен преглед е неприфатлив за жената, понудете ѝ трансабдоминален ултразвучен преглед и објаснете ѝ ги ограничувањата на овој метод на преглед.
- 1.4.4 Информирајте ја жената дека поставувањето дијагноза за спонтан абортус со користење на еден ултразвучен преглед не може да биде 100 процентно прецизна ниту да гарантира или да го предвиди понатамошниот тек на состојбата и дека постои мала можност дијагнозата да биде неточна, посебно кај многу мали гестациски недели.
- 1.4.5 Кога се спроведува ултразвучен преглед за да се детерминира вијабилност на интраутерина бременос, прво утврдете постоење на фетална срцева акција. Доколку нема видлива срцева акција, а постои видлив “фетален крај” (fetal pole) т.е. фетус, да се измери растојанието теме-тртка (CRL). Да се мери средниот дијаметар на гестацискиот сакус само доколку не се гледа постоење на “фетален крај” (fetal pole) т.е. фетус.
- 1.4.6 Доколку CRL е помало од 7.0 mm при мерење со вагинална ултразвучна сонда и нема видлива срцева акција, спроведете втор ултразвучен преглед минимум 7 дена по првиот преглед, пред да поставите дијагноза. Можно е да има потреба од дополнителни прегледи пред да се постави крајната дијагноза.
- 1.4.7 Доколку CRL изнесува 7.0 mm или повеќе, при мерење со вагинална ултразвучна сонда и нема видлива срцева акција:
- Побарајте второ мислење за утврдување на вијабилност на бременоста.
  - Изведете втор ултразвучен преглед минимум 7 дена по првиот преглед, пред да поставите дијагноза.
- 1.4.8 Доколку нема видлива срцева акција во услови кога CRL е мерено со трансабдоминална ултразвучна сонда:
- Снимете ја големината на CRL.
  - Спроведете втор ултразвучен преглед минимум 14 дена по првиот преглед, пред да поставите конечна дијагноза.
- 1.4.9 Доколку средниот дијаметар на гестацискиот сакус е помал од 25.0 mm, мерено со трансвагинална ултразвучна сонда и нема видлив “фетален крај” (fetal pole), т.е. фетус, спроведете втор ултразвучен преглед минимум 7 дена по првиот преглед пред да поставите дијагноза. Можно е да има потреба од дополнителни прегледи пред да се постави крајната дијагноза.
- 1.4.10 Доколку средниот дијаметар на гестацискиот сакус изнесува 25.0 mm или повеќе, мерено со трансвагинална ултразвучна сонда и нема видлив “фетален крај” (fetal pole) т.е. фетус:
- Побарајте второ мислење за утврдување на вијабилност на бременоста.
  - Изведете втор ултразвучен преглед минимум 7 дена по првиот преглед, пред да поставите дијагноза.

- 1.4.11 Доколку нема видлив “фетусен крај” (fetal pole) т.е. фетус и средниот дијаметар на гестаискиот сакус е мерен со трансабдоминална ултразвучна сонда:
- Снимете ја големината на CRL.
  - Спроведете втор ултразвучен преглед минимум 14 дена по првиот преглед, пред да поставите конечна дијагноза.
- 1.4.12 Не ја користете гестаиската старост утврдена според првиот ден на последната менструација, со цел да утврдите дали треба да се гледа фетална срцева акција.
- 1.4.13 Информирајте ги жените дека датумот на нивната последна менструација не може да помогне во прецизно утврдување на гестаиската старост поради варијабилноста во менструалниот циклус.
- 1.4.14 Информирајте ги жените што да очекуваат додека чекаат повторен ултразвучен преглед и дека чекањето нема негативни последици врз исходот на бременоста.
- 1.4.15 Дадете им на жените телефонски број за 24-часовен контакт, за да може да зборуваат со некој искусен во пружањето на соодветна здравствена грижа кај жените со компликации во раната бременост, којшто ги разбира нивните потреби и може да даде соодветен совет<sup>[3]</sup>.
- 1.4.16 Доколку поставите дијагноза за комплетен спонтан абортус со помош на ултразвук, а во отсуство на претходен ултразвучен преглед кој ја потврдува интраутерината бременост, секогаш помислете на можноста од постоење ектопична бременост. Советувајте ја оваа пациентка да се врати за понатамошна евалуација доколку симптомите перзистираат.
- 1.4.17 Сите ултразвучни прегледи треба да бидат спроведени и ревидирани од страна на лице со соодветна обука и искуство во дијагностицирањето на ектопична бременост.

### **Мерење на нивото на хуман хорионски гонадотропин кај жени со бременост со непозната локација**

- 1.4.18 Бидете свесни дека жени со бременост со непозната локација треба да се сметаат за пациентки со ектопична бременост, сè додека не се утврди локацијата на бременоста.
- 1.4.19 Не ја користете вредноста на серумскиот hCG за да ја утврдите локацијата на бременоста.
- 1.4.20 Кај жени со бременост со непозната локација, обрнете поголемо внимание на клиничките симптоми отколку на резултатите за нивото на серумскиот hCG и проверете ја состојбата на жената доколку дојде до промена на симптомите, независно од претходните резултати и претходно направената проценка.

- 1.4.21 Користете го утврденото ниво на серумскиот hCG само за проценка на трофобласната пролиферација и за да помогне во утврдување на понатамошните постапки.
- 1.4.22 Спроведете две мерења на серумското ниво на hCG на што е можно поблиско растојание од 48 часа едно од друго (но не порано од тоа), со цел да помогне во одлуката за преземање на понатамошни мерки кај бременостите со непозната локација. Направете дополнителни мерења на нивото на hCG само по направена ревизија од страна на поiskusен колега.
- 1.4.23 Независно од нивото на серумскиот hCG, на жените со непозната локација на бременоста, дајте им пишана информација за тоа што треба да направат доколку забележат некои нови или влошување на постоечките симптоми, вклучително и објаснување како да дојдат до итна медицинска помош во текот на 24 часа на ден. Советувајте ги жените да се вратат во установата доколку се појават нови симптоми или ако постоечките симптоми се влошат.
- 1.4.24 За оние жени со покачување на концентрацијата на серумскиот hCG поголемо од 63% по 48 часа:
- Информирајте ги дека најверојатно се работи за развој на интраутерина бременост (иако можноста од ектопична бременост не може да се исклучи).
  - Понудете спроведување на трансвагинален ултразвучен преглед 7-14 дена подоцна за утврдување на локацијата на бременоста. Договорете поран ултразвучен преглед кај жени со ниво на серумски hCG поголемо од или еднакво на 1500 IU/литар.
  - Доколку се поврди вијабилна интраутерина бременост, понудете ѝ на жената рутинска антенатална грижа<sup>[4]</sup>
  - Доколку не се потврди вијабилна интраутерина бременост, упатете ја за понатамошна клиничка евалуација од страна на искусен гинеколог.
- 1.4.25 Кај жени со намалена концентрација на серумскиот hCG поголемо од 50% по 48 часа:
- Информирајте ја дека веројатно бременоста нема да продолжи, но дека тоа не е потврдено.
  - Обезбедете ѝ усна и пишана информација каде може да побара советувањата за помош и поддршка<sup>[3]</sup>.
  - Кажете ѝ да направи уринарен тест за бременост 14 дена по вториот тест за нивото на серумскиот hCG и објаснете ѝ дека:
    - Ако тестот е негативен, нема потреба од дополнителни иследувања.
    - Ако тестот е позитивен, треба да се јави во рок од 24 часа во установата за проценка на рана бременост за клиничко иследување.
- 1.4.26 За жените со промени на концентрацијата на серумскиот hCG помеѓу 50% намалување и 63 % растење инклузивно, пратете ја за клиничка ревизија во установа за проценка на рана бременост во период од 24 часа.
- 1.4.27 Кај жени со бременост со непозната локација, кога се користат вредностите на серумски hCG за проценка, не користете го нивото на серумскиот прогестерон

како додаток за дијагностицирање на вијабилна интраутерина или екстраутерина бременост.

## 1.5 Менаџмент на спонтан абортус

### Заканувачки абортус

- 1.5.1 Советувајте ги жените со вагинално крвање и со потврдена интраутерина бременост со фетална срцева акција дека:
- Ако крвањеето се влоши или перзистира подолго од 14 дена, треба да се врати за понатамошна проценка.
  - Ако крвањеето сопре, треба да започне или да продолжи со рутински антенатални контроли.

### Експектативен третман

- 1.5.2 Да се спроведе експектативен третман во период од 7-14 дена, како прва линија на избор во стратегијата за третман кај жени со потврдена дијагноза за спонтан абортус. Да се испитаат другите варијанти за третман освен експектативниот доколку:
- Жената е со зголемен ризик од хеморагија (на пример, таа е во доцен прв триместар).
  - Имала претходен несакан исход и/или трауматично искуство со претходна бременост (на пример, мртвородено, спонтан абортус или антепартално крвање).
  - Се наоѓа во зголемен ризик од ефектите на хеморагијата (на пример, ако има коагулопатија или доколку не може да прими трансфузија на крв).
  - Постои доказ за постоење на инфекција.
- 1.5.3 Понудете медицински третман кај жените со потврдена дијагноза за спонтан абортус, доколку експектативниот третман не е прифатлив за жената.
- 1.5.4 Објаснете им на жените што сè вклучува експектативниот третман и дека кај повеќето жени нема да има потреба од дополнителен третман. Обезбедете им на жените усна и пишана информација за понатамошните опции за третман.
- 1.5.5 Дадете им на сите жени кај кои се спроведува експектативен третман поради претечки спонтан абортус усна и пишана информација за тоа што да очекуваат за време на третманот, советувајте ги за справување со болка, каде и кога да побараат итна помош<sup>[3]</sup>.
- 1.5.6 Доколку повлекувањето на крвањеето и болката укажуваат на комплетирање на претечиот абортус во периодот од 7-14 дена, колку што трае експектативниот третман, советувајте ја жената да направи уринарен тест за бременост по 3 недели и да се врати за индивидуална здравствена нега доколку тестот е позитивен.



- 1.5.7 Понудете повторен УЗ (ултразвучен) преглед доколку по периодот на експектативен третман, крвавењето и болката:
- Не започнале (што укажува дека процесот на спонтан абортус не започнал) или перзистираат и/или се засилуваат (што укажува на инкомплетен абортус).
  - Продискутирајте ги сите варијанти на третман (продолжување на експектативниот третман, медицински третман и хируршки третман) со жената за да може да донесе одлука врз основа на добиените информации.
- 1.5.8 Проверете ја состојбата на жените кои избираат продолжување на експектативниот третман на спонтаниот абортус во период од минимум 14 дена по првиот закажан преглед за следење.

### Медицински третман

- 1.5.9 Не ординирајте mifepristone за третман на missed или инкомплетен абортус.
- 1.5.10 Ординирајте вагинален misoprostol за медицински третман на missed или инкомплетен абортус. Оралната администрација е прифатлива алтернатива доколку тоа е поприфатлив начин за пациентката<sup>[5]</sup>.
- 1.5.11 Кај жени со missed абортус, користете единечна доза од 800 микрограми misoprostol<sup>[5]</sup>.
- 1.5.12 Советувајте ја жената дека, доколку крвавењето не започне 24 часа по третманот, треба да го контактира својот матичен доктор за да се одреди понатамошен индивидуализиран третман.
- 1.5.13 Кај жени со инкомплетен абортус користете единечна доза од 600 микрограми misoprostol. (800 микрограми може да се употребат како алтернатива за да се овозможи изедначување на протоколите за третман и за missed и за инкомплетен абортус<sup>[5]</sup>).
- 1.5.14 Ординирајте им аналгетици и антиеметици, по потреба, на сите жени со медицински третман на абортусот.
- 1.5.15 Информирајте ги жените кај кои се спроведува медицински третман на спонтан абортус што да очекуваат во текот на третманот, вклучително и должината и јачината на крвавењето и потенцијалните несакани ефекти од третманот, како болка, diarrhoea и повраќање.
- 1.5.16 Советувајте ги жените да направат уринарен тест за бременост 3 недели по медицинскиот третман на спонтаниот абортус, освен ако имаат влошување на симптомите, во кој случај советувајте ги да се вратат кај докторот, одговорен за спроведување на нивниот медицински третман.

1.5.17 Советувајте ги жените кои ќе имаат позитивен уринарен тест за бременост по 3 недели, да се вратат за повторен преглед од страна на одговорниот доктор за да се елиминира можноста од постоење на моларна или ектопична бременост.

### Хируршки третман

1.5.18 Таму, каде што е клинички оправдано, понудете ѝ на жената со спонтан абортус избор помеѓу:

- Мануелна вакуум аспирација во локална анестезија во амбулантски услови или во клинички услови.
- Хируршки третман во операциона сала во општа анестезија.

1.5.19 Обезбедете им усна и пишана информација на сите жени, кај кои се спроведува хируршки третман на спонтан абортус, во врска со опциите за третман и за тоа што да очекуваат за време и по процедурата<sup>[3]</sup>.

## 1.6 Третман на ектопична бременост

### Хируршки и медицински третман

1.6.1 Информирајте ги сите жени кои имале претходна ектопична бременост, дека можат во кое било време самите да се пријават во установите за проценка на рана бременост при идни бремености, доколку имаат какви и да било грижи околу актуелната бременост.

1.6.2 Обезбедете им на сите жени со ектопична бременост усна и пишана информација во врска со:

- Начинот на кој може да контактираат со соодветен доктор за да добијат постоперативен совет, доколку е потребно.
- Каде и кога да побараат итна помош<sup>[3]</sup>.

1.6.3 Ординирајте системски methotrexate<sup>[6]</sup> како прва линија на третман кај жени кои можат да се вратат за понатамошно следење и кои ги имаат сите наведени знаци и симптоми:

- Немаат значителна болка.
- Неруптурирана ектопична бременост со аднексална маса помала од 35 mm без видлива срцева акција на плодот.
- Ниво на серумскиот hCG помало од 1500 IU/литар.
- Немаат интраутерина бременост (потврдено со ултразвучен преглед).

Извршете хируршки зафат кога терапијата со methotrexate не е прифатлива за пациентката.

1.6.4 Извршете хируршки зафат како терапија од прв избор кај жени кои не можат да се вратат за следење по ординирање на methotrexate или имаат што било од следново:

- Ектопична бременост и значителна болка.
- Ектопична бременост со аднексална маса од 35 mm или поголема.

- Ектопична бременост со присутна фетална срцева акција, видена на ултразвучен преглед.
- Ектопична бременост и ниво на серумски hCG од 5000 IU/литар или повеќе.

1.6.5 Понудете избор помеѓу methotrexate<sup>[6]</sup> или хируршки третман на жени со ектопична бременост кои имаат ниво на серумски hCG од најмалку 1500 IU/литар и помалку од 5000 IU/литар, кои можат да се вратат за следење и кои ги исполнуваат следниве критериуми:

- Немаат значителна болка.
- Неруптурирана ектопична бременост со аднексална маса помала од 35 mm со отсутна срцева акција на фетусот.
- Нема интраутерина бременост (потврдена со ултразвучен преглед).

Советувајте ги жените кои ќе изберат третман со methotrexate дека можноста од понатамошен третман е голема и дека може да има потреба од нивна итна хоспитализација доколку се влоши нивната состојба.

1.6.6 Кај жените со ектопична бременост, кои примиле methotrexate, да се контролира нивото на серумски hCG два пати во првата недела (4 и 7 ден) по третманот, а потоа еднаш неделно до добивање на негативен резултат. Доколку нивото на hCG постигне плато или расте, да се проконтролира состојбата на жената за понатамошен третман.

### **Изведување на лапароскопија**

1.6.7 Кога е индициран хируршки третман за жени со ектопична бременост, треба да се изведе лапароскопски секогаш кога е тоа можно, земајќи ја во предвид состојбата на жената и комплексноста на хируршката процедура.

1.6.8 Хирурзите кои обезбедуваат соодветна здравствена грижа на жените со ектопична бременост треба да се компетентни за изведување на лапароскопски хируршки зафат.

1.6.9 Директорите на институцијата треба да се погрижат опремата за лапароскопска хирургија секогаш да биде подготвена и достапна.

### **Салпингектомија и салпинготомија**

1.6.10 Извршете салпингектомија кај жени при изведување на хируршки зафат поради ектопична бременост, освен ако нема други ризик фактори за инфертилитет.

1.6.11 Земете ја во предвид и салпинготомијата како алтернатива на салпингектомијата кај жени со ризик фактор за инфертилитет, како што е оштетување на контралатералната туба.

1.6.12 Информирајте ги жените со извршена салпинготомија дека кај 1 од 5 жени има потреба од дополнителен третман. Овој третман може да вклучи methotrexate и/или салпингектомија.

- 1.6.13 Кај жените со салпингектомија, направете една контрола на нивото на серумски hCG 7 дена по хируршкиот зафат, а потоа едаш неделно контрола на нивото на серумски hCG до добивање на негативен резултат.
- 1.6.14 Советувајте ги жените кај кои и направена салпингекомија дека треба да направат контролен уринарен тест за бременост по 3 недели од интервенцијата. Советувајте ги да се јават за дополнителни ивентигации доколку тестот е позитивен.

## 1.7 Anti-D rhesus профилакса

- 1.7.1 Да се спроведе anti-D rhesus профилакса во доза од 250 IU (50 микрограми) кај сите Rh негативни жени кај кои е спроведена хируршка процедура за третман на ектопична бременост или спонтан абортус.
- 1.7.2 Да не се спроведува anti-D rhesus профилакса кај жени кои:
- Е спроведен само медицински третман за ектопична бременост или спонтан абортус.
  - Имале заканувачки абортус.
  - Имале комплетен абортус.
  - Имале бременост со непозната локација.
- 1.7.3 Да не се користи Kleihauer-овиот тест за квантифицирање на фето-матерналното крвавење.

[1] За дополнителни упатства за добивање на информации, види во Искуства на пациентите со NHS услугите за возрасни (NICE клиничко упатство 138).

[2] Иако дополнителната нега за жените со рекурентни абортуси не е вклучена во опсегот на ова упатство, Групата за развој на упатства утврдила дека вообичаената клиничка пракса дозволува овие жени сами да се јавуваат и пријавуваат во установите за проценка на рана бременост и посакува ова да остане понатамошна пракса.

[3] Види препорака 1.1.3 за детали за понатамошно информирање .

[4] Види Аntenатална нега (NICE клиничко упатство 62).

[5] Иако употребата за оваа цел е честа во клиничката пракса во Обединетото Кралство, до моментот на публикација (декември 2012 год.), misoprostol немал маркетинг авторизација за употреба за оваа индикација во Обединетото Кралство. Оние кои го препишуваат препаратот треба да ги следат релевантните професионални упатства, да преземат целосна одговорност за одлуките. Информирани согласност треба да биде обезбедена и документирана. За дополнителни информации, види во Добра пракса во препишување на лекарства-упатство за доктори, издадено од страна на Советот за општа медицина.

[6] Иако употребата за оваа цел е честа во клиничката пракса во Обединетото Кралство, до моментот на публикација (декември 2012 год.), methotrexate немал маркетинг авторизација за употреба за оваа индикација во Обединетото Кралство. Оние кои го препишуваат препаратот треба да ги следат релевантните професионални упатства, да преземат целосна одговорност за одлуките. Информирани согласност треба да биде обезбедена и документирана. За дополнителни информации, види во Добра пракса во препишување на лекарства-упатство за доктори, издадено од страна на Советот за општа медицина.

## 2. Препораки за истражување

Групата за разој на упатства (The Guideline Development Group) ги издала следниве препораки за истражување, базирани врз нивното разгледување на докази, за да се подобрат NICE упатствата и грижата за пациентите за во иднина. Комплетниот сет на препораки за истражување е даден во комплетното упатство.

### 2.1 Установи за проценка на раната бременост

Потребно е спроведување на национална евалуација на установите за проценка на раната бременост и услугите кои тие ги пружаат, со цел да се идентификуваат факторите кои влијаат на исходот. Во тие фактори треба да бидат вклучени следниве: дали се спроведува бараната грижа во ваквите установи, составот на персоналот, временскиот опсег на спроведувањето на одредената услуга. Исходите треба да ги вклучат и исходот од самата интервенција, како и исходот поврзан со бременоста. Добиените податоци треба да се искористат за анализа на ефикасноста во однос на трошокот на овие установи за проценка на раната бременост во однос на други модели на здравствена нега.

#### Зошто е ова важно

Првиот извештај за единица за проценка на рана бременост во Англија беше објавен пред повеќе од 20 години и поттикна рапидно развивање на центри за менаџмент на проблемите во рана бременост. Денес постојат околу 150 единици за проценка на раната бременост во Англија и Велс (Здружение на Единици за рана бременост, 2012). Сепак, постојат значителни варијации помеѓу центрите во достапноста до услугата и во степенот на пружената грижа. Како дополнение, има многу малку истражувања за добар квалитет на услугите и во поглед на ефикасноста на овие единици за проценка на раната бременост во поглед на подобрување на физичкото и емоционалното здравје, споредено со услугите пружени надвор од овие единици.

Националната надворешна ревизија на единиците за проценка на рана бременост би требало да помогне во постигнувањето на овој недостаток на информации. Ваквата ревизија треба да биде во содејство со Националната ревизија за царски рез, национална набљудувачка организација за конфигурација на услугите и исходот. Добиените податоци би вклучиле локации на единиците, распределбата на работното време и инволвираност на здравствените работници. Исходот би се состоел во времето на прием, времето на престој, стапката на приеми, времето потребно за третман и искуствата на пациентките. Добивањето на некои од овие информации ќе укаже дека некои единици за рана бременост спроведуваат повеќе формално следење на пациентките од она што го прават, вообичаено, за времетраење на ревизијата. Евалуацијата треба да биде структурирана така што ќе овозможи компарација помеѓу различните модели на здравствена заштита.

### 2.2 Ултразвук за утврдување на вијабилна интраутерина бременост

На кој начин тајмингот и честотата на ултазвучниот преглед влијае врз исходот на компликациите во раната бременост, како и врз искуството на пациентката и неговата исплатливост?

## Зошто е ова важно

Рационалноста во честотата на ултразвучните прегледи, со цел да се подобри дијагностиката и исходот од компликации во рана бременост, се однесува на проблемите поврзани со бременост со непознатао потекло и интраутерина бременост со несигурна вијабилност. Ограничен е бројот на докази кои укажуваат на оптималниот тајминг и честотата на УЗ прегледи во раната бременост, така што бројот на прегледи се организира индивидуално, во согласност со капацитетот на установата која ги спроведува и според медицинските потреби. Некои здравствени работници (доктори) чекаат по 5 дена помеѓу УЗ прегледите, а други пак и по 10 до 14 дена. Овие одлуки се носат врз основа на достапноста за преглед, како и врз основа на клиничките состојби, но посебно фактот што го имаат врз трошоците и врз искуството на жената не е јасно. Литературата сугерира дека сè уште не постои консензус, но постои општа согласност дека за 14 дена дијагнозата би била јасна. За да се утврди најсоодветното време за УЗ преглед, потребна е компарација на ефикасноста на УЗ преглед, направен по 14 дена со прегледот, направен по 7 дена за дијагностицирање на ектопична бременост или вијабилност.

### 2.3 Progesterone/progestogen за заканувачки абортус

Дали progesterone или progestogen-ите се ефективни во третманот на претечки абортус?

#### Зошто е ова важно

Во просек 20% од бременостите се абортираат во првиот триместар, а многу жени ќе имаат крвање и/или болка во раната бременост што нема да предизвика абортус. Во многу земји, жените со крвање и/или болка се третираат со progesterone или progestogen-и за да се намали ризикот од абортус. Доказите за ефикасноста на ваквиот третман не се конклузивни, но податоците од една мета анализа од неколку помали студии укажува дека progestogen-ите се подобри од плацебо. Сепак, постојат теоретски ризици во препишувањето на овие лекови и за голем број доктори ова ќе представува голема промена во секојдневната пракса. Отсуството на цврсти докази го прави ова приоритетна област за истражување.

Потребно е спроведување на голема мултицентрична рандомизирана контролирана студија кај жени, третирани или со progesterone/ progestogen или плацебо. Студијата треба да биде доволно голема, со цел да даде доволно силни докази во детектирање на разлики на долгорочен период и исход. Вклучени во студијата би биле жени со болка и крвање кои имаат спонтан, потврдена, вијабилна, единечна, интраутерина бременост помеѓу 6 и 12 гестациски недели. Progesterone/progestogen или placebo би се давале од моментот кога ќе дојде до крвање, па сè до крајот на 13-та гестациска недела. Примарниата цел и посакуван исход би бил продолжување на бременоста по истекот на првиот триместар. Би се сумирал и бројот на живородени, како и исходот на бременоста, гестациската недела при раѓање, како и присуството на конгенитални аномалии.

## 2.4 Менаџмент на спонтаниот абортус

Дали типот на избраниот третман (експектативен, медицински или хируршки) кај жени со потврден абортус има влијание врз искуството на жената, вклучително и емоционални и психолошки последици?

### Зошто е ова важно

Третманот на абортусот во ОК (Обединетото Кралство) се има променето на многу начини во последниве две децении, посебно во пренасочувањето на третманот од хоспитален тип кон амбулантски или еднодневен болнички третман, како и со воведувањето на медицински и експектативен третман како алтернатива на хируршкиот.

И покрај ваквите промени, постои недостаток во истражувањето на ефектот на овие различни пристапи, од перспектива на самата жена, посебно во делот на психолошкиот и емоционалниот ефект. Абортусот е стресен момент за повеќето жени, а типот на третман, самиот по себе влијае врз потребата на жените за советување, со резултирачки трошок во Националниот здравствен систем. Поради тоа, овој сегмент представува важна област за истражување.

Недостатокот во литературата може да се надолжни преку компаративни студии на жени кои имале различни третмани (експектативен, медицински или хируршки) и во различни клинички установи (на пример, установи за проценка на рана бременост, гинеколошки амбуланти, гинеколошки ургентни одделенија). Собраните податоци може да бидат квантитативни (со користење на соодветни прашалници за психолошка проценка) и квалитативни (фокусирање посебно на искуството на жените со посебниот вид и установа на спроведената нега).

## 2.5 Хируршкиот, спореден со медицинскиот третман на ектопична бременост

Дали типот на интервенцијата (лапароскопски или медицински) кај жени со ектопична бременост влијае врз искуството на жените, вклучително и врз емоционалната и психолошката состојба?

### Зошто е ова важно

Во моментов не поастојат доволно докази кои го објаснуваат психолошкото влијание на различните третмани на ектопичната бременост. Сепак, емотивното влијание на самата состојба може да биде значително, во одредени состојби да води и до посттравматско стресно нарушување. Потребно е спроведување на квалитативна компаративна студија, која би помогнала во донесувањето на постапки за избегнување на оваа состојба. Ова би помогнало во подобрувањето на емоционалното заздравување на жените за краткорочен и долгорочен период, овозможувајќи им на жените и на клиничарите носење на одлуки за оптимален третман, како и во давање на потребната поддршка на жените за време на и по преземениот третман. Тоа би го намалил и трошокот во Националниот здравствен систем за долгорочно советување на афектираните пациентки.

## 3. Други информации

### 3.1 Опсегот и начинот на развој на ова упатство

NICE упатствата се развиваат во согласност со опсегот кој дефинира што ќе биде, а што нема да биде опфатено со упатството.

Опсегот на ова упатство вклучува иницијален третман; евалуација на прецизноста на клиничките показатели кои водат до дијагноза; евалуација на прецизноста и интерпретацијата на биомаркерите и ултразвукот во поставувањето на дијагноза; фармаколошките интервенции за спречување на абортус; евалуација на ефективноста на единиците за проценка на рана бременост; евалуација на различни стратегии на третман за ектопичната бременост и за спонтаниот абортус; емоционална и психолошка поддршка на жените со болка и крвање во рана бременост и оние кои доживеале загуба на рана бременост; спроведување на anti-D rhesus профилакса за жени со абортус и ектопична бременост.

Упатството не го покрива третманот на итни состојби, како акутна шокова состојба и колапс; третманот на други проблеми во првиот триместар кои не се поврзани со болка и крвање, а се последица од абортус или ектопична бременост; тековното следење на бременост по првиот триместар (а тоа значи, 13 комплетни недели или повеќе); и дополнителен третман и грижа, потребна за жените со рекурентни абортуси.

#### Како е развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот колаборативен центар за женско и детско здравје да го развие ова упатство. Центарот основа Група за развој на упатства (види дел 4), која имаше за цел да ги ревидира доказите и да развие препораки.

Методите и процесите за развој на NICE клинички упатства се опишани во Прирачникот за упатства.

### 3.2 Поврзани NICE упатства

Деталите се точни во моментот на објавување (декември 2012 год.). Дополнителни информации се достапни на NICE веб страницата.

#### Објавени

##### Општи

- Искуствата на пациенти со услугите на NHS за возрасни. NICE клиничко упатство 138 (2012).
- Придржување кон лекара. NICE клиничко упатство 76 (2011).

##### Според специфична состојба

- Бременост и комплексни социјални фактори. NICE клиничко упатство 110 (2010).



- Хипертензија во бременост. NICE клиничко упатство 107 (2010).
- Венски тромбемболиозам - редуцирање на ризикот. NICE клиничко упатство 92 (2010).
- Инфекции во хирургијата . NICE клиничко упатство 74 (2008).
- Дијабетес во бременост. NICE клиничко упатство 63 (2008).
- Антенатална грижа. NICE клиничко упатство 62 (2008).
- Рутинска антенатална anti-D профилакса за жени кои се rhesus D негативни. NICE упатство за технолошка проценка 156 (2008).
- Антенатално и постнатално ментално здравје. NICE клиничко упатство 45 (2007). Фертилност. NICE клиничко упатство 11 (2004).

### Во развој

NICE ги развива следниве упатства (деталите достапни преку [NICE веб страницата](#)):

- Фертилност (update). NICE клиничко упатство. Датумот на објавување ќе биде потврден.
- Дијабетес во бременост (update). NICE клиничко упатство. Датумот на објавување ќе биде потврден.

## **4. Групата за развој на упатството, Националниот колаборативен центар и NICE проектниот тим**

### ***4.1 Група за развој на упатството***

(11 членови, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg154](https://guidance.nice.org.uk/cg154))

### ***4.2 Национален колаборативен центар за женско и детско здравје***

(9 членови, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg154](https://guidance.nice.org.uk/cg154))

### ***4.3 NICE проектен тим***

(6 членови, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg154](https://guidance.nice.org.uk/cg154))

## Во врска со ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третман и грижа за луѓето со специфични заболувања и состојби во NHS во Англија и во Велс.

NICE упатствата се равиваат во согласност со опсегот кој дефинира што ќе биде, а што нема да биде опфатено со упатството.

Ова упатство е развиено од страна на National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, чија баз се наоѓа во склоп на Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Колаборативниот центар соработуваше со Групата за развој на упатства, која опфаќа здравствени работници (вклучително и консултанти, лекари од општа пракса, медицински сестри), пациенти, технички персонал, кои ги ревидираа доказите и дадоа првични препораки. Препораките беа финализирани по јавна дебата.

Методите и процесите на развој на NICE клиничките упатства се опишани во Прирачникот за упатства.

### **Јачина на препораките**

Некои препораки може да се дадат со поголема сигурност во однос на други. Групата за развој на упатства ги дава препораките врз основа на балансот помеѓу користа и штетноста на дадена интервенција, земајќи го во предвид квалитетот на доказите. За некои интервенции, Групата за развој на упатства е уверена дека, според информацијата која е дадена на увид, повеќето пациенти би ја избрале дадената интервенција. Текстот, употребен во препораките, дадени во упатството, ја означува сигурноста со која се дадени препораките (јачината на препораките).

За сите препораки, NICE очекува да се развие дискусија со пациентите во врска со ризиците и користа од дадена интервенција и нивните вредности и параметри. Овие дискусии имаат за цел да им помогнат на пациентите да донесат правилна информирана согласност (види во Грижа, насочена кон жената).

### **Интервенции кои мора (не мора) да се применат**

Се користи 'мора' или 'не мора' само доколку постои правна обврска за аплицирање на препораката. Повремено се користи 'мора' (или 'не мора') доколку последиците од неприменувањето на препораките може да бидат сериозни или потецијално животозагрозувачки.

### **Интервенции кои би требало (или не би требало) да се применат - 'јаки' препораки**

Се користи зборот 'понува' (и слични зборови како 'се однесуваат' или 'советува') кога сме сигурни дека, за повеќето од пациентите, интервенцијата ќе биде повеќе корисна отколку штетна и ќе биде рентабилна. Користиме и слични форми на зборови (на пример, 'Не нудете...') кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од корист за пациентите.

### **Интервенции кои би можеле да се применат**

Користиме зборови како 'разгледајте' кога сме убедени дека интервенцијата повеќе е корисна отколку штетна за пациентот и е рентабилна, но и други опции може да бидат

слично корисни. Изборот на интервенијата и изборот дали или не воопшто да има интервенција, веројатно ќе зависи од одлуките на пациентот отколку од силината на препораките, поради што здравствениот работник треба да помине подолго време во разговор и разгледување на варијантите за третман со самиот пациент.

### ***Други верзии на ова упатство***

Целосното упатство, 'Ектопична бременост и спонтан абортус: Дијагноза и иницијален третман во раната фаза на ектопичната бременост и спонтаниот абортус' содржи детали на методите и доказите употребени за развој на ова упатство. Објавен е од страна на National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE Pathway. Составени се информации за јавноста во врска со ова упатство.

### ***Имплементација***

Исто така се достапни Алатки и ресурси за имплементација кои ќе ви помогнат да ги примените упатствата во пракса.

### ***Вашата одговорност***

Ова упатство претставува мислење на NICE, до кое е дојдено по внимателно разгледување на достапните докази. Од здравствените работници се очекува да ги земат целосно во предвид при донесувањето на нивната клиничка одлука. Сепак, упатството не ја ограничува индивидуалната одговорност на здравствениот работник во донесувањето на одлуки, соодветни на дадените околности, за секој пациент индивидуално, во консултација со пациентот и/или со старателот, секако со соодветно информирање добиено од препораките дадени за карактеристиките на секој лек.

Имплементацијата на упатствата претставува одговорност на комисиите и/или на давателите на услуги на локално ниво (ниво на институција). Токму нив ги потсетуваме дека нивна е одговорноста да се имплементира упатството, според локалните услови, во светло на нивните должности да имаат должна почит кон потребата од елиминирање на какви и да било незаконски дискриминации, унапредување на еднаквоста на можностите и поттикнување на добри односи. Ништо во ова упатство не треба да се интерпретира на начин на кој не би биле во согласност со спроведувањето на овие должности.

### ***Авторски права***

© National Institute for Health and Clinical Excellence 2012. Сите права задржани. NICE материјалот со авторски права може да се симне за лични истражувања и студии и може да се репродуцира за едукативни, а не со цел на остварување профит. Без пишана дозвола од NICE, не е дозволено репродуцирање од страна на и за потребите на комерцијални организации.

### ***Контакт со NICE***

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