

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 ПОВЕЌЕПЛОДНА БРЕМЕНОСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при повеќеплодна бременост.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при повеќеплодна бременост 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 повеќеплодна 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 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. 17-3149/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Повеќеплодна бременост

**Менаџмент на близначка и триплодна
бременост во антенаталниот период**

Објавено: септември 2011 год.

NICE клинички упатства 129
guidance.nice.org.uk/cg129

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон жената	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Упатство	6
1.1 Уврдување на гестациска возраст и хорионцитет	6
1.2 Општа грижа	8
1.3 Фетални компликации	10
1.4 Компликации од страна на мајката	13
1.5 Предвремено породување	13
1.6 Индикации за упатување во центар за фетална медицина на терциерно ниво	14
1.7 Време на породување	14
2. Забелешки за делокругот на упатството	16
3. Имплементација	17
4. Препораки за истражување	18
4.1 Информации и емотивна поддршка	18
4.2 Специјалистичка грижа	18
4.3 Мониторинг за интраутерин застој во растот	19
4.4 Превенција на предвремено породување	20
4.5 Индикации за пренасочување во центар за фетална медицина на терциерно ниво	21
4.6 Планирање на времето на породување	21
5. Други верзии на упатството	23
5.1 Целосно упатство	23
5.2 Информации за јавноста	23
6. Поврзани NICE упатства	24
7. Ажурирање на упатството	25
Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим	26
Група за развој на упатството	26
Национален центар за соработка за здравјето на жената и на детето	26
NICE проектен тим	26
Додаток Б: Панел за рецензија на упатството	27
Додаток В: Алгоритми	28
Додаток Г: Распоред на специјалистички антенатални контроли	29
Додаток Д: Дефиниции и клучни термини	30
За ова упатство	32

Вовед

Инциденцата на повеќеплодните породувања се зголеми во последниве 30 години. Во 2009 година, бројот на повеќеплодни породувања во Англија и во Велс изнесувал 16 на 1000 жени, споредено со 10 на 1000 во 1980 година. Порастот на стапката на повеќеплодни породувања, главно, се должи на зголемената употреба на асистираниите репродуктивни технологии, вклучувајќи ја тука и In vitro фертилизацијата (IVF). Дури 24% од успешните IVF процедури резултираат со повеќеплодна бременост. Во моментов, на повеќеплодните породувања отпаѓаат 3% од бројот на живородените.

Повеќеплодната бременост е асоцирана со зголемен ризик, како за мајката, така и за плодовите. Кај жените со повеќеплодна бременост, зголемен е ризикот од пометнување (абортус), анемија, хипертензивни нарушувања во текот на бременоста, крвавења, оперативно завршување на породувањето и постнатален морбидитет. Генерално, матерналниот морталитет кај повеќеплодната бременост е за 2,5 пати повисок во однос на единечните бремености.

Вкупната стапка на мртвороденост е повисока кај повеќеплодната во однос на единечните бремености: во 2009 година стапката на мртвороденост изнесувала 12,3 на 1000 близначки породувања и 31,1 на 1000 за триплодните и за повеќеплодните породувања со повеќе од три плодови, во споредба со стапката кај единечните бремености која изнесувала 5 на 1000. Ризикот од предвремено породување е исто така значително повисок кај повеќеплодните во однос на единечните бремености, настапува во 50% од близначките бремености (од нив 10% завршуваат пред 32 гестациски недели). Значителното зголемување на стапката на прематуритет кај близначките и триплодните бремености подразбира и зголемување на побарувањата за специјалисти неонатолози.

Ризикот за бебињата делумно зависи од хорионицитетот и амнионицитетот (види Додаток Д). Синдромот на фето-фетална трансфузија, кој најчесто се јавува кај близначките бремености (оттаму и називот синдром на фето-фетална трансфузија) е состојба окарактеризирана со постоење на заедничка постелка и на неа отпаѓаат окулу 20% од мртвородените кај повеќеплодните бремености.

Дополнителен ризик за плодовите претставуваат интраутериниот застој во растот и вродените аномалии. Кај повеќеплодните бремености, 66% од необјаснетите случаи на мртвороденост се поврзани со родилна тежина под десеттата перцентила, споредено со 39% од единечните бремености. Мајорните конгенитални аномалии се за 4,9% почести кај повеќеплодните, во однос на единечните бремености.

Заради зголемениот ризик од компликации, пациентките со повеќеплодна бременост изискуваат почест мониторинг и почест контакт со здравствените работници во текот на бременоста, во споредба со пациентките со единечна бременост, што само по себе се одразува врз ресурсите на здравствениот систем. Сознанието за зголемениот ризик може да има и значително психолошко и економско влијание врз пациентките и нивните семејства, бидејќи може да ја зголеми анксиозноста кај пациентката, а со тоа и потребата за психолошка поддршка.

Упатството тргнува од претпоставката дека здравствените работници ќе го користат фармацевтското упатство за лековите, за да ги информираат пациентките во секој случај поединечно.

Грижа насочена кон жената

Упатството нуди најдобри практични совети за грижа кон жените со близначка и триплодна бременост.

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид потребите и претпочитувањата на пациентката. На жените со близначка и триплодна бременост треба да им се овозможи носење на одлуки кои се однесуваат на грижата и на третманот врз основа на претходно дадена информација, во соработка со здравствениот работник. Доколку пациентката нема капацитет за носење одлуки, здравствениот работник треба да се придржува кон Препораките за советување за согласност на Министерството за здравство¹ и Кодексот за работа кој го придружува Законот за ментална способност².

Добрата комуникација помеѓу здравствениот работник и жената е есенцијална. Таа треба да се базира на пишани информации, базирани на докази, скроени според потребите на пациентката. Третманот, грижата, информациите кои ѝ се пласираат на пациентката, треба да бидат културолошки адаптирани. Исто така, треба да бидат достапни за лицата со посебни потреби, т.е лица со физички, сетилни ограничувања и лица со тешкотии во учењето, како и за лица кои не го зборуваат или не знаат да читаат на македонски јазик³.

¹ Department of Health's advice on consent
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/DH_103643

² code of practice that accompanies the Mental Capacity Act -
<https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>

³ Во оригиналниот текст на упатството, оваат забелешка се однесува на лицата кои не зборуваат или не знаат да читаат на англиски јазик.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како клучни во имплементацијата.

Одредување на гестациска возраст и хорионицитет

- Понудете ѝ на пациентката со близначка и триплодна бременост ултразвучен преглед во првиот триместар кога вредноста на CRL⁴ изнесува помеѓу 45 и 84 мм (приближно во периодот помеѓу 11⁺⁰ до 13⁺⁶ гестациски недели), за проценка на гестациската возраст, одредување на хорионицитет и скрининг за Даунов синдром (во идеални услови, пожелно е да се направат при истиот преглед) ^[1].
- Одредете го хорионицитетот во моментот на поставување на дијагнозата за близначка или триплодна бременост со УЗ, преку одредување на бројот на плацентарни маси, ламбда (λ) или Т - знак и дебелината на мембраната.
- Именувајте ги плодовите (на пример: горен - долен, лев - десен) кај близначка или триплодна бременост и документирајте го податокот во мајчината книшка за да обезбедите конзистентност во понатамошниот тек на бременоста.
- Здравствената мрежа треба да одреди насока на движење на пациентите во менаџментот на близначка или триплодна бременост, со цел да се обезбеди сигурен план за згрижување на секоја пациентка, согласно со хорионицитетот на нејзината бременост.

Специјалистичка грижа

- Клиничката грижа за пациентките со близначка или со триплодна бременост треба да ја спроведува претходно назначен мултидисциплинарен тим кој го сочинуваат:
 - Јадро на тимот, составено од номиниран специјалист – опстетричар.
 - Специјализирана акушерка и ултрасонографер, сите со соодветно знаење и искуство во менаџирањето на близначка и триплодна бременост.
 - Проширен тим за упатување, кој треба да содржи:
 - Професионалец за перинатално ментално здравје.
 - Психотерапевт за здравјето на жената.
 - Специјалист за новороденечка исхрана.
 - Диететичар.

Членовите на проширениот тим треба да имаат искуство и знаење кои се релевантни за близначката и за триплодната бременост.

- Координирајте ја клиничката грижа за пациентките со близначка и триплодна бременост со цел:
 - Да се намали бројот на болнички посети.
 - Да се обезбеди грижа колку што е можно поблизу до домот на жената.
 - Да се обезбеди континуитет во спроведувањето на грижата во рамките на заедницата и помеѓу болниците и локалните служби.
- Јадрото на тимот треба да обезбеди информации и да пружи емотивна поддршка, карактеристична за бременостите со близначка и триплодна бременост уште при првиот контакт со пациентката и да обезбеди перзистентна можност за понатамошни дискусии и советувања кои опфаќаат и:

⁴ CRL - Crown - Rump Length.

- Антенатално и постнатално ментално здравје и благосостојба.
- Антенатална исхрана.
- Ризици, симптоми и знаци на предвременно породување и потенцијалната потреба од кортикостероиди за матурација на феталните бели дробови.
- Веројатното време за породување и можните начини на породување.^[2]
- Доење.
- Родителство.

Мониторинг за интраутерин застој во растот

- Направете проценка за дискордантноста на феталните тежини преку употреба на еден или повеќе биометриски параметри при секој ултразвучен преглед по 20-та гестациска недела. Целта треба да ви биде прегледите да бидат на интервали покуси од 28 дена. Како клинички значаен индикатор за интраутерин застој во растот, кој наметнува потреба од пренасочување кон терциерен центар за фетална медицина, земете ја разликата од 25% или повеќе, во големината на плодовите.

Индикации за упатување кон терциерен центар за фетална медицина

- Обратете се за мислење од центар за фетална медицина на терциерно ниво во случај на:
 - Монохорионска, моноамнионска близначка бременост.
 - Монохорионска, моноамнионска триплодна бременост.
 - Монохорионска, биамнионска триплодна бременост.
 - Бихорионска, биамнионска триплодна бременост.
 - Бременост, комлицирана со што било од следново:
 - Дискордантен фетален раст.
 - Фетална анатомија.
 - Дискордантност со фетална смрт.
 - Синдром на фето-фетална трансфузија.

Време на породување

- Доколку нема компликации, на пациентката понудете ѝ:
 - Кај монохорионска близначка бременост, елективно породување^[2] во периодот по 36⁺⁰ гестациски недели, откако претходно ќе понудите еден курс на антенатална кортикостероидна терапија.
 - Кај бихорионска близначка бременост, елективно породување^[2] по 37⁺⁰ гестациски седмици.
 - Триплодна бременост, елективно породување^[2] по 35⁺⁰ гестациски недели, откако претходно ќе понудите еден курс на антенатална кортикостероидна терапија.

^[1] „Антенатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62) препорачува одредување на гестациската возраст, почнувајќи од 10⁺⁰ гестациски недели. Сепак, целта на оваа препорака е да се сведе на минимум бројот на закажани ултразвучни прегледи кои кај пациентката треба да се направат во кус временски интервал, особено доколку е веќе познато дека се работи за близначка или за триплодна бременост.

^[2] Специфичните препораки за начинот на породување се надвор од обемот на ова упатство.

1. Упатство

Упатството коешто следи е засновано на најдобрите расположиви докази. Целосното упатство⁵ опфаќа детали за методите и за доказите, употребени за развој на упатството.

Упатството треба да се чита во корелација со упатството за „Аntenатална грижа“ NICE клиничко упатство 62. Упатството е сконцентрирано на грижата што треба да им се обезбеди на пациентките со близначка или триплодна бременост, како дополние или надвор од рамките на рутинската антенатална грижа кај единечните бремености. Во табелата 5.8 во целосното упатство ги споредуваат разликите во распоредот на прегледите кај пациентките со единечна и пациентките со повеќеплодна бременост. За одбележување е податокот дека кај голем број на пациентки со близначка или со триплодна бременост, таа ќе биде дијагностицирана по рутински закажаниот преглед. На пациентките во тој момент треба да им се понуди специјалистичка антенатална контрола, како што е назначено во параграфот 1.2.3

1.1 Уврдување на гестациска возраст и хорионицитет

Види Додаток Д за дефинициите и клучните термини кои се користат во ова упатство (вклучувајќи хорионицитет и амнионицитет).

1.1.1 Гестациска возраст

1.1.1.1 Понудете ѝ на пациентката со близначка и со триплодна бременост ултразвучен преглед во првиот триместар кога вредноста на CRL изнесува помеѓу 45 и 84 мм (приближно во периодот помеѓу 11⁺⁰ до 13⁺⁶ гестациски недели), за проценка на гестациската возраст, одредување на хорионицитет и скрининг за Даунов синдром (во идеални услови, пожелно е да се направат при истиот преглед) [3].

1.1.1.2 Користете ги параметрите на најголемиот плод за проценка на гестациската возраст кај близначка или триплодна бременост за да се избегне ризикот од проценка од параметрите на плод со рана патологија во растот.

1.1.2 Хорионицитет

1.1.1.1 Одредете го хорионицитетот во моментот на ултразвучното утврдување на повеќеплодниот карактер на бременоста (близначка или триплодна), преку утврдување на бројот на плацентарните маси, визуелизација на λ (ламбда) или Т-знак и преглед на дебелината на мембраната.

⁵ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13571/56497/56497.pdf>

- 1.1.1.2 Именувајте ги плодовите (на пример: горен-долен, лев-десен) кај близначка или триплодна бременост и документирајте го податокот во мајчината книшка за да обезбедите конзистентност во понатамошниот тек на бременоста.
- 1.1.1.3 Доколку пациентката со близначка или триплодна бременост првпат се јави на преглед во 14⁺⁰ гестациски недели, одредете го хорионицитетот во првата дадена прилика со ултразвучна детерминација на сè долунаведено:
- Број на плацентарни маси.
 - Ламбда (λ) или Т-знак.
 - Дебелина на мембраната.
 - Различен пол на плодовите.
- 1.1.1.4 Доколку во моментот на поставување на дијагнозата за близначка или триплодна бременост не е можно да се одреди хорионицитетот, побарајте второ мислење од поискусен сонографер или препратете ја пациентката кај здравствен работник кој е компетентен во ултразвучното одредување на хорионицитетот, колку што е можно побргу.
- 1.1.1.5 Доколку одредувањето на хорионицитетот е отежнато, дури и по пренасочувањето на пациентката (на пример, пациентката го закажала прегледот доцна во текот на бременоста), бременоста треба да се смета за монохорионска, сè додека не се потврди спротивното.
- 1.1.1.6 Обезбедете редовни тренинг програми за да можат сонограферите да ги одредат ламбда и Т-знакот со поголема прецизност и сигурност. Сонограферите со помало искуство треба да добијат поддршка од поискусните колеги.
- 1.1.1.7 Со тренингот треба да бидат опфатени ултразвучните параметри, потребни за евалуација на пациентките кои прегледот го закажале по 14⁺⁰ гестациски недели и притоа да се потенцира дека ризикот кој е поврзан со близначкиот или со триплодниот карактер на бременоста произлегува од хорионицитетот, а не од зигочитетот.
- 1.1.1.8 Спроведувајте редовно клинички контроли на прецизноста во евалуацијата на хорионицитетот.
- 1.1.1.9 Доколку трансабдоминалниот ултразвучен преглед е отежнат заради ретроверзија на матката или заради висок индекс на телесната тежина⁶ на пациентката, употребете трансвагинален сонограм за одредување на хорионицитетот.
- 1.1.1.10 Не користете тродимензионален ултразвук (3D) за одредување на хорионицитетот.

⁶ Body Mass Index – BMI.

- 1.1.1.11 Здравствената мрежа треба да одреди насока на движење на пациентките во менаџментот на близначката или на триплодната бременост, со цел да се обезбеди сигурен план за згрижување на секоја пациентка, согласно со хорионицитетот на нејзината бременост.

1.2 Општа грижа

1.2.1 Информации и емотивна поддршка

- 1.2.1.1 Со внимание објаснете ѝ ги целите и можниот исход на сите скрининг и дијагностички тестови на секоја пациентка со близначка или со триплодна бременост за да ја намалите нејзината вознемиреност.

1.2.2 Исхрана, стил на живот и диететски суплементи

- 1.2.2.1 На пациентките со близначка или со триплодна бременост дајте им ги истите совети за исхраната, стилот на живот и диететските суплементи, како и на пациентките со единечна бременост [4].
- 1.2.2.2 Обрнете внимание на повисоката инциденца на анемијата кај пациентките со близначка и со триплодна бременост, во споредба со пациентките со единечна бременост.
- 1.2.2.3 Направете крвна слика во периодот од 20^{та}-24^{та} гестациска недела за да ги идентификувате пациентките со близначка или со триплодна бременост кај кои е потребна рана суплементација со железо или фолна киселина и повторете ја во 28^{ма} гестациска недела, како и при рутинската антенатална грижа [5].

1.2.3 Специјалистичка грижа

- 1.2.3.1 Клиничката грижа за пациентките со близначка или со триплодна бременост треба да ја спроведува претходно назначен мултидисциплинарен тим кој го сочинуваат:
- Јадро на тимот, составено од номиниран специјалист – опстетричар.
 - Специјализирана акушерка и ултрасонографер, сите со соодветно знаење и искуство во менаџирањето на близначка и триплодна бременост.
 - Проширен тим за упатување, кој треба да содржи:
 - Професионалец за перинатално ментално здравје.
 - Психотерапевт за здравјето на жената.
 - Специјалист за новороденечка исхрана.
 - Диететичар.

Членовите на проширениот тим треба да имаат искуство и знаење кои се релевантни за близначката и за триплодната бременост.

- 1.2.3.2 Упатувањето до проширеиот тим треба рутински да се спроведува кај пациентки со близначка или триплодна бременост, но треба да се модифицира според потребите на секоја жена.
- 1.2.3.3 Координирајте ја клиничката грижа за пациентките со близначка и триплодна бременост со цел:
- Да се налами бројот на болнички посети.
 - Да се обезбеди грижа колку што е можно поблизу до домот на жената.
 - Да се обезбеди континуитет во спроведувањето на грижата во рамките на заедницата и помеѓу болниците и локалните служби.
- 1.2.3.4 Јадрото на тимот треба да обезбеди информации и да пружи емотивна поддршка, карактеристична за бременостите со близначка и со триплодна бременост уште при првиот контакт со пациентката и да обезбеди перзистентна можност за понатамошни дискусии и советувања кои опфаќаат и:
- Антенатално и постнатално ментално здравје и благосостојба.
 - Антенатална исхрана (види 1.2.2.1).
 - Ризици, симптоми и знаци на предвремено породување и потенцијалната потреба од кортикостероиди за матурација на феталните бели дробови.
 - Веројатното време за породување и можните начини на породување. [6]
 - Доење.
 - Родителство.
- 1.2.3.5 На пациентките со некомплицирани монохорионска, биамнионска близначка бременост понудете им барем девет антенатални контроли со здравствениот професионалец од јадрото на тимот. Барем две од овие контроли треба да бидат со специјалист - опстетричар.
- Комбинирајте ги контролите со УЗ преглед во периодот од 11⁺⁰-13⁺⁶ гестациски недели, кога вредноста на CRL изнесува од 35-84 мм, а потоа во 16^{та}, 18^{та}, 20^{та}, 22^{ра}, 24^{та}, 28^{ма}, 32^{ра} и 34^{та} гестациска недела (види 1.7.1.1) [7].
- 1.2.3.6 На пациентките со некомплицирани бихорионска близначка бременост, понудете им барем осум антенатални контроли кај здравствениот професионалец од јадрото на тимот. Барем две од овие контроли треба да бидат кај специјалист - опстетричар.
- Комбинирајте ги контролите со УЗ преглед во периодот од 11⁺⁰-13⁺⁶ гестациски недели, кога вредноста на CRL изнесува од 35-84 мм, а потоа во 20^{та}, 24^{та}, 28^{ма}, 32^{ра} и 36^{та} гестациска недела (види 1.7.1.1) [7].
- 1.2.3.7 На пациентките со некомплицирани монохорионска триамнионска или бихорионска, триамнионска триплодна бременост понудете им барем 11 антенатални контроли кај здравствениот професионалец од јадрото на тимот. Барем две од овие контроли треба да бидат кај специјалист - опстетричар.
- Комбинирајте ги контролите со УЗ преглед во периодот од 11⁺⁰-13⁺⁶ гестациски недели, кога вредноста на CRL изнесува од 35-84 мм, а потоа во 16^{та}, 18^{та}, 20^{та}, 22^{ра}, 24^{та}, 26^{та}, 28^{ма}, 30^{та}, 32^{ра} и 34^{та} гестациска недела (види 1.7.1.1) [7].

- 1.2.3.8 На пациентките со некомплицирани трихорионска, триамнионска триплодна бременост, понудете им барем 7 антенатални контроли кај здравствениот професионалец од јадрото на тимот. Барем две од овие контроли треба да бидат кај специјалист - опстетричар.
- Комбинирајте ги контролите со УЗ преглед во периодот од 11⁺⁰-13⁺⁶ гестациски недели, кога вредноста на CRL изнесува од 45-84 мм, а потоа во 20^{та}, 24^{та}, 28^{ма}, 32^{ра} и 34^{та} гестациска недела (види 1.7.1.1) [7].
 - Понудете ѝ на пациентката дополнителна контрола во 16^{та} гестациска недела, без ултразвучен преглед.
- 1.2.3.9 На пациентките со близначка или со триплодна бременост, во која два или повеќе од плодовите делат ист амнион, треба да им се препорача индивидуализиран пристап во спроведувањето на грижата, од консултант во центар за фетална медицина на терциерно ниво (види 1.6.1.1).

1.3 Фетални компликации

1.3.1 Информации за скринингот

- 1.3.1.1 Здравствениот работник со искуство во згрижувањето на пациентки со близначка или со триплодна бременост треба да ѝ обезбеди на пациентката информации и советување пред и по секој скрининг тест.
- 1.3.1.2 Информирајте ја пациентката со близначка или со триплодна бременост за комплексноста на одлуките кои можеби ќе треба да ги донесе, зависно од исходот на скрининг тестовите, вклучувајќи ги притоа различните опции, согласно со хорионицитетот на бременоста.

1.3.2 Скрининг за Даунов синдром

- 1.3.2.1 Пред да започнете со скринингот за Даунов синдром, на пациентката со близначка или со триплодна бременост, дајте ѝ ги следниве информации:
- Веројатноста за Даунов синдром е поголема кај близначките и кај триплодните бремености.
 - Различните опции за скрининг [4].
 - Стапката на лажно позитивни резултати на скрининг тестовите, која е повисока кај близначка и триплодна бременост.
 - Веројатноста да ѝ се понуди инвазивна дијагностика е повисока кај близначка и кај триплодна бременост.
 - Опасноста од компликации кај инвазивните дијагностички постапки е поголема.
 - Физичкиот ризик и психолошките импликации, поврзани со селективната фетална редукција од долгорочен и краткорочен аспект.
- 1.3.2.2 Здравствените работници - професионалци кои вршат скрининг за Даунов синдром кај близначка бременост треба:

- Да ја мапираат (обележат) положбата на плодовите.
- Да користат комбиниран скрининг тест (нухална транслуценца, β HCG⁷, PAPP-A⁸) за Даунов синдром во периодот од 11⁺⁰ до 13⁺⁶ гестациски недели или вредност на CRL од 45-84 мм (види 1.1.1.1).
- Ризикот за Даунов синдром кај монохорионските близначки бремености да го пресметуваат по бременост.
- Ризикот за Даунов синдром кај бихорионските близначки бремености да го пресметуваат за секој близнак поединечно.

1.3.2.3 Здравствените работници - професионалци кои вршат скрининг за Даунов синдром кај триплодните бремености треба:

- Да ја мапираат (обележат) положбата на плодовите.
- Да ја користат нухалната транслуценца и возраста на мајката во скринингот за Даунов синдром во периодот од 11⁺⁰ до 13⁺⁶ гестациски недели или вредност на CRL од 45-84 мм (види 1.1.1.1).
- Ризикот за Даунов синдром кај монохорионските триплодни бремености да го пресметуваат по бременост.
- Ризикот за Даунов синдром кај бихорионските и кај трихорионските триплодни бремености да го пресметуваат за секој плод поединечно.

1.3.2.4 Во случаите во кои на пациентката со близначка бременост не може да ѝ се понуди скрининг за Даунов синдром во првиот триместар (на пример, пациентката закажала контрола доцна во бременоста), земете ја во предвид можноста за серумски скрининг во вториот триместар и објаснете ѝ ги на пациентката потенцијалните проблеми, асоцирани со тој скрининг тест. Тие вклучуваат зголемена веројатност за губиток на бременоста заради двојно инвазивниот карактер на тестот со оглед на тоа што ризикот за Даунов синдром не може да се пресмета одделно за секој плод.

1.3.2.5 Не користете серумски скрининг за Даунов синдром во втор триместар кај триплодна бременост.

1.3.2.6 На пациентките со близначка или со триплодна бременост кои имаат зголемен ризик од Даунов синдром (користете ја границата од 1:150, дефинирана од програмата за скрининг на фетални аномалии на Националниот здравствен сервис - FASP^[8]) понудете им пренасочување до специјалист за фетална медицина во терциерен центар за фетална медицина.

1.3.3 Скрининг за структурни аномалии

1.3.3.1 Скринингот за структурни аномалии (како аномалии на срце) понудете им го на пациентките со близначка или со триплодна бременост, како и при рутинската антенатална грижа.

⁷ beta субединица на Хуман хорионски гонадотропин (Human Chorionic Gonadotropin).

⁸ PAPP- A - Pregnancy Associated Plasma Protein A.

- 1.3.3.2 Земете ја во предвид потребата од закажување на ултразвучниот преглед кај близначка и кај триплодна бременост малку подоцна, т.е. при поголема гестациска возраст во однос на единечните бремености и предвидете подолг временски период за изведување на прегледот.
- 1.3.3.3 За ултразвучен скрининг на структурни аномалии кај близначка и кај триплодна бременост обезбедете 45 минути (како што е препорачано од FASP)^[8].
- 1.3.3.4 За ултразвучна проценка на феталниот раст кај близначка и кај триплодна бременост обезбедете 30 минути.

1.3.4 Мониторинг за синдром на фето-фетална трансфузија

- 1.3.4.1 Не правете мониторинг за синдром на фето-фетална трансфузија во првиот триместар.
- 1.3.4.2 Ултразвучниот дијагностички мониторинг за синдром на фето-фетална трансфузија (вклучувајќи и идентификација на пресвиткување на мембраните) започнете го во 16^{та} гестациска недела. Повторувајте го мониторингот на секои две недели до 24^{та} гестациска недела.
- 1.3.4.3 Спроведувајте неделни прегледи кај близначките и кај триплодните бремености за пресвиткување на мембраните или други можни рани знаци на фето-фетална трансфузија (посебно кај бремености со вовлекување на меѓуплодовата амнионска преграда и дискордантност во волуменот на амнионската течност), со цел да се обезбеди навремено интервенирање, доколку е потребно.

1.3.5 Мониторинг за интраутерин застој во растот

- 1.3.5.1 Не користете абдоминална палпација или мерење на растојание фундус-симфиза за предикција на интраутерин застој во растот кај близначка или кај триплодна бременост.
- 1.3.5.2 Направете проценка на дискордантноста во феталниот раст, употребувајќи два или повеќе биометриски параметри при секој ултразвучен преглед, почнувајќи од 20^{та} гестациска недела. Како клинички значаен индикатор за интраутерин застој во растот, кој наметнува потреба од пренасочување кон терциерен центар за фетална медицина, земете ја разликата од 25% или повеќе во големината на плодовите.
- 1.3.5.3 Не користете Doppler сонографија на умбиликалната артерија за мониторинг на интраутериниот застој во растот или проценетата фетална тежина кај близначка или кај триплодна бременост.

1.4 *Компликации од страна на мајката*

1.4.1 **Хипертензија**

- 1.4.1.1 Кај пациентките со близначка или со триплодна бременост, како и при рутинските антенатални контроли, треба да се мери крвниот притисок и да се прави квалитативна проверка на урината за присуство на протеини при секоја антенатална контрола.
- 1.4.1.2 Пациентките со близначка и со триплодна бременост треба да се советваат да земаат 75 mg aspirin^[10] еднаш дневно од 12^{та} гестациска недела до крајот на бременоста, доколку е присутен некој од следниве ризик фактори за хипертензија:
- Прва бременост.
 - Возраст, 40 или повеќе години.
 - Временски интервал од 10 или повеќе години помеѓу две бремености.
 - BMI од 35 kg/m² или повеќе при првата антенатална контрола.
 - Семејна историја за прееклампсија.

1.5 *Предвремено породување*

1.5.1 **Предикција на ризик од предвремено породување**

- 1.5.1.1 Имајте на ум дека пациентките со близначка бременост имаат зголемен ризик за спонтано предвремено породување, доколку имале спонтано предвремено породување во претходната единечна бременост.
- 1.5.1.2 Не го користете феталниот фибронектин самостојно, како единечен предиктор на ризикот од спонтано предвремено породување кај близначка или кај триплодна бременост.
- 1.5.1.3 Не користете системи за домашен мониторинг на утериниот активитет за предикција на ризикот од спонтано предвремено породување кај близначка или кај триплодна бременост.
- 1.5.1.4 Не користете мерење на должината на грлото на матката (самостојно или во комбинација со фетален фибронектин) рутински во предикција на ризикот од спонтано предвремено породување кај близначка или кај триплодна бременост.

1.5.2 **Превенција на предвремено породување**

- 1.5.2.1 Не ги користете следниве интервенции (самостојно или во комбинација) за рутинска превенција на предвремено породување кај близначка или кај триплодна бременост.
- Мирување во домашни услови или во болница.
 - Интрамускулна или интравагинална апликација на прогестерон.
 - Цервикален серклаж.
 - Орална токолиза.

1.5.3 Рутинска администрација на кортикостероиди

- 1.5.3.1 Информирајте ги пациентките со близначка или со триплодна бременост за зголемениот ризик од предвремено породување и ползата од индицирана употреба на кортикостероидите.
- 1.5.3.2 Не давајте рутински единечни или повеќекратни курсеви на кортикостероидна терапија кај близначка или кај триплодна бременост. Информирајте ги пациентките за непостоењето на корист од рутинската администрација на кортикостероиди.

1.6 Индикации за упатување во центар за фетална медицина на терциерно ниво

- 1.6.1.1 Обратете се за мислење во центар за фетална медицина на терциерно ниво во случај на:
- Монохорионска, моноамнионска близначка бременост.
 - Монохорионска, моноамнионска триплодна бременост.
 - Монохорионска, биамнионска триплодна бременост.
 - Бихорионска, биамнионска триплодна бременост.
 - Бременост, комплицирана со што било од следново:
 - Дискордантен фетален раст.
 - Фетална анатомија.
 - Дискордантност со фетална смрт.
 - Синдром на фето-фетална трансфузија.

1.7 Време на породување

- 1.7.1.1 Разговарајте со пациентката со близначка или со триплодна бременост за времето на породување и можните начини за породување^[6] рано во третиот триместар.
- 1.7.1.2 Информирајте ги пациентките со близначка бременост дека речиси 60% од близначките бремености завршуваат со спонтан почеток на породување пред 37⁺⁰ гестациски недели.
- 1.7.1.3 Информирајте ги пациентките со триплодна бременост дека 75% од триплодните бремености резултираат со спонтано започнување на породувањето пред 35⁺⁰ гестациски недели.
- 1.7.1.4 Информирајте ги пациентките со близначка и со триплодна бременост дека како спонтаното, така и елективното предвремено породување се поврзани со зголемен ризик за прием на новороденчињата во единиците за новороденечка интензивна нега.
- 1.7.1.5 Информирајте ги пациентките со некомплицирани монохорионска близначка бременост дека за елективното породување пред по 36⁺⁰ гестациски недели се смета дека не е поврзано со зголемен ризик од сериозен несакан исход и дека

продолжувањето на некомплицираната близначка бременост по 38⁺⁰ гестациски недели го зголемува ризикот од фетална смрт.

- 1.7.1.6 Информирајте ги пациентките со некомплицирана бихорионска близначка бременост дека за елективното породување пред по 37⁺⁰ гестациски недели се смета дека не е поврзано со згоемен ризик од сериозен несакан исход и дека продолжувањето на некомплицираната близначка бременост по 38⁺⁰ гестациски недели го зголемува ризикот од фетална смрт.
- 1.7.1.7 Информирајте ги пациентките со некомплицирана триплодна бременост дека продолжувањето на некомплицираната бременост по 36⁺⁰ гестациски недели го зголемува ризикот од фетална смрт.
- 1.7.1.8 Понудете им на пациентките со некомплицирана:
- Монохорионска близначка бременост, елективно породување ^[6] од 36⁺⁰ гестациски недели, по претходно понуден курс на антенатална кортикостероидна терапија.
 - Бихорионска близначка бременост, елективно породување ^[6] од 37⁺⁰ гестациски недели.
 - Триплодна бременост, елективно породување ^[6] од 35⁺⁰ гестациски недели, по претходно понуден курс на антенатална кортикостероидна терапија.
- 1.7.1.9 На пациентките кои ќе одбијат елективно породување, понудете им неделни контроли кај специјалист - опстетричар. При секоја контрола понудете им ултразвучен преглед, направете проценка на биофизичкиот профил еднаш неделно и евалуација на феталниот раст на секои две недели.

^[3] „Антенатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62) препорачува одредување на гестациската возраст, почнувајќи од 10⁺⁰ гестациски недели. Сепак, целта на оваа препорака е да се сведе на минимум бројот на закажани ултразвучни прегледи кои кај пациентката треба да се направат во кус временски интервал, особено доколку е веќе познато дека се работи за близначка или за триплодна бременост.

^[4] Види „Антенатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62).

^[5] Како дополнение на тестовите за анемија при рутинските антенатални контроли; види „Антенатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62).

^[6] Специфичните препораки за начинот на породување се надвор од обемот на ова упатство.

^[7] Види го Додатокот Г за препораките од 1.2.3.5 до 1.2.3.8 во табеларниот приказ.

^[8] Види во програмата за скрининг на фетални аномалии на Националниот здравствен сервис – FASP.⁹

^[9] Види „Антенатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62) и FASP.

^[10] Во времето на издавањето (септември 2011 год.), овој лек сè уште нема добиено одобрение за пуштање во промет со дадената индикација од властите во Обединетото Кралство Велика Британија. Затоа, треба да се обезбеди писмена информирана согласност [оваа препорака е прифатена од препораката 1.1.2.2 во „Хипертензија во бременоста“ NICE клиничко упатство 107].

⁹ NHS Fetal Anomaly Screening Programme <http://fetalanomaly.screening.nhs.uk/standardsandpolicies>

2. Забелешки за делокругот на упатството

Упатствата на NICE се развиваат во согласност со опсегот кој дефинира што ќе опфати, а што нема да опфати упатството.

Како е развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот колаборативен центар за здравјето на жената и на детето да го развие ова упатство. Центарот назначи Група за развој на упатството (види Додаток А), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките. Независно тело за ревизија на упатството го нагледуваше развојот на упатството (види Додаток Б).

Повеќе информации за начинот на којшто се развиваат NICE клиничките упатства, достапни се на веб страницата на NICE. Достапна е и брошура „Како се развиваат NICE клиничките упатства: преглед за заинтересираните страни, јавноста и НЗС“.

3. Имплементација

NICE изработи и алатки¹⁰ коишто им помагаат на организациите да го имплементираат ова упатство.

¹⁰ <http://guidance.nice.org.uk/CG129/ImplementationAdvice/pdf/English>

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги дава следниве препораки за истражување, засновано на сопствената ревизија на доказите, со цел да се подобрат упатствата на NICE и грижата за пациентите во иднина. Целокупниот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатството се дадени во целосното упатство (види дел 1).

4.1 Информации и емотивна поддршка

Дали дополнителните информации и емотивната поддршка го подобруваат исходот кај близначка и кај триплодна бременост?

Зошто е ова важно

Ревизијата на упатството укажува на недостаток на докази во одредувањето на клиничката важност и причинско-последичната поврзаност на неколку специфични аспекти на давањето на информации и емотивната поддршка кај близначка и триплодна бременост. Доставените докази, главно, се со лош квалитет. Битни прашања кои се наметнуваат во истражувањето се:

- Каков е ефектот на информирањето и емотивната поддршка во подобрувањето на задоволството на мајката и на нејзиното психолошко здравје и во промоцијата на доењето.
- Дали треба да се понудат различни информации и различна поддршка, зависно од хорионицитетот.

Потребни се добро дизајнирани проспективни студии (вклучувајќи и рандомизирани контролирани студии или опсервациски студии, квалитативни истражувања за извлекување на гледиштата и искуствата на пациентките со близначка и со триплодна бременост) за да се добијат информации за упатствата на NICE во иднина.

4.2 Специјалистичка грижа

Дали специјалистичката антенатална грижа кај пациентките со близначка или со триплодна бременост го подобрува исходот за жената и за нејзините бебиња?

Зошто е ова важно

Важните прашања за пациентките со близначка и со триплодна бременост во антенаталниот период се однесуваат на достапноста на грижата (вклучувајќи ја и потребата да се патува до одредена локација за да се добие потребната грижа) и можноста за трансфер во болница во текот на бременоста или при појава на болки. Достапните докази се ограничени, со низок квалитет и потекнуваат од здравствени системи кои се разликуваат од Националниот здравствен сервис¹¹ (посебно кога се во прашање системите во кои акушерките не се вклучени во системот за обезбедување грижа за пациентките). Ниту една од студиите, вклучени во ревизијата на упатството, не се осврнува на директната компарација помеѓу специјалистичката антенатална

¹¹ Се однесува на Националниот здравствен сервис на Велика Британија.

грижа кај близначката и кај триплодната бременост и рутинската антенатална грижа (грижата која се спроведува кај пациентки со единечна бременост).

Иако здравствено економската анализа, спроведена за целите на упатството, ја покажува исплатливоста во рамките на моделот на специјалистичка антенатална грижа, препораките се повеќе одраз на клиничкото искуство на Групата за развој на упатството, отколку на силни докази кои поддржуваат одреден модел на згрижување. Според тоа, потребни се понатамошни анализи за евалуација на клиничкото значење и исплатливоста на различните модели на специјалистичка антенатална грижа, кога се во прашање пациентките со близначка или со триплодна бременост. Тоа се однесува и на евалуацијата на најдобрата мешавина на ресурси и вештини во мултидисциплинарниот систем на антенатална грижа, како и идентификација на најефективните компоненти во рамките на заштитата.

Истражувањето треба да ги утврди улогите на здравствените работници од различен профил (вклучувајќи ги и акушерките, со оглед на тоа што нивната улога не е анализирана во ниту една досегашна студија). Исто така, треба да се истражи матерналниот, перинаталниот и неонаталниот морбидитет и морталитет во релација со различните модели на специјалистичка грижа, како и долгорочниот исход. Исходот за мајката треба да ги вклучи и задоволството од грижата и психолошката благосостојба, бидејќи зголемениот ризик кој произлегува од близначкиот и триплодниот карактер на бременоста може да биде причина за анксиозност на мајката, па дури и депресија. Хорионицитетот на бременоста исто така треба да се земе како фактор којшто влијае врз составот на специјалистичката грижа. Резултатите од едно вакво истражување би можеле да идентификуваат специфичен модел на заштита кој ќе се имплементира во Националниот здравствен сервис, што, пак, би влијаело врз доставувањето и организацијата на услугите (на пример, преку одредување на потреба за дополнителен персонал или обука на постоечкиот персонал, што само по себе има економски импликации).

При изрекувањето на оваа препорака Групата за развој на упатството признава дека се потребни понатамошни истражувања за да се обезбедат податоци, релевантни за актуелниот клинички контекст во Англија и во Велс. Анализата треба да користи рандомизирани и опсервациски студии.

4.3 Мониторинг за интраутерин застој во растот

Каков е образецот на фетален раст кај нормална близначка и триплодна бременост и како треба да се дефинира интраутериниот застој во растот кај близначка и кај триплодна бременост?

Зошто е ова важно

Иако при ревизијата на упатството беа најдени некои студии кои се однесуваат на идентификација на интраутериниот застој во растот кај близначка и кај триплодна бременост, поголемиот дел од постоечките студии се ретроспективни по својот дизајн и, според тоа, со низок квалитет. Нема достапни номограми, базирани на докази, за следење на феталниот раст кај близначка и кај триплодна бременост кои би можеле да се употребат за дијагноза на интраутериниот застој во растот. Доказите за ефикасноста

на тестовите за дијагноза на интраутериниот застој во релација со хорионицитетот на бременоста се ограничени.

Оттаму, се наметнува потребата за голема проспективна кохортна студија за создавање на номограми за фетален раст, специфични за близначка и за триплодна бременост. На тој начин ќе се овозможи дефинирање и дијагноза на клинички сигнификантниот интраутерин застој во растот врз основа на познавање на динамиката на фетаниот раст и неговата траекторија, а не врз основа на проценетата фетална маса и утврдената дискрепанца. Номограмите би овозможиле утврдување на разликите во образецот на раст кај монохорионските, бихорионските и трихорионските бремености, а истражувањата ќе овозможат проценка на клиничкиот исход во асоцијација со одреден образец на раст.

4.4 Превенција на предвремено породување

Кои интервенции се ефикасни во превенција на спонтаното започнување на предвременото породување кај пациентките со близначка и триплодна бременост, особено кај оние со висок ризик од предвремено породување?

Зошто е ова важно

При ревизијата на упатството се разгледуваа неколку интервенции кои се насочени кон превенција на спонтаното започнување на предвременото породување кај пациентките со близначка и со триплодна бременост, вклучувајќи го и цервикалниот серклаг, токолитиците и сексуалната апстиненција. Постоечките докази за ефикасноста на цервикалниот серклаг се со низок квалитет (главно произегуваат од опсервациски студии). Постоечките докази кои се однесуваат на токолитиците се исто така ограничени: постојат докази за ефикасноста на β -миметиците, но не се идентификувани рандомизирани контролирани студии за ефикасноста на ритодринот, магнезиум сулфатот или нифедипинот. Не се најдени докази за ефикасноста на сексуалната апстиненција во превенцијата на предвременото породување.

Понатамошни испитувања во форма на рандомизирани контролирани студии се потребни за евалуација на цервикалниот серклаг, токолитиците со искулчок на β -миметиците и сексуалната апстиненција. Во понатамошните испитувања треба да се стави акцент на пациентките со висок ризик од предвремено породување со близначка и со триплодна бременост. Некои докази наговестуваат дека должината на цервикот под 25 мм во периодот од 18^{та}-24^{та} гестациска недела кај близначката бременост, т.е од 14^{та}-20^{та} гестациска недела кај триплодните бремености или историјата за предвремено породување во претходна единечна бременост, го зголемуваат ризикот од спонтан почеток на предвременото породување кај близначката и кај триплодната бременост. Доказите се лимитирачки по својот квалитет и дополнителните истражувања за проценка на предиктивната вредност на овие фактори ќе дадат дополнителни информации за следните NICE упатства. Сите истражувања на полето на превенцијата на предвременото породување треба да го пријавуваат спонтано започнатото предвремено породување, независно од другите облици на предвремено породување. Исто така, треба посебно да се пријавуваат податоците за близначка и триплодна бременост, зависно од хорионицитетот и за различните гестациски периоди (значи, помалку од 28 недели, од 28^{ма}, а пред полна 32^{ра} недели, од 32^{ра}-37^{ма} недели).

4.5 Индикации за пренасочување во центар за фетална медицина на терциерно ниво

Колкава е инциденцата на монохорионски, монамнионски близначки и триплодни бремености и кои стратегии за клинички менаџмент се најефикасни кај ваквите бремености?

Зошто е ова важно

Монохорионските, моноамнионски близначки бремености се ретки, а истото важи и за триплодните бремености (помалку од 200 жени годишно во Англија и во Велс раѓаат тројки). Во целото упатство, доказите кои се однесуваат на овој тип на повеќеплодни бремености се оскудни, во квалитет и квантитет, со тоа што монохорионскиот, моноамнионскиот карактер на бременоста често се наведуваат како ексклузивен критериум во студиите кои беа ревидирани во рамките на упатството. Монохорионските, моноамнионски и триплодните бремености се карактеризираат со поголема комплексност и носат поголем ризик и за мајката и за плодовите во однос на другите бремености кои се земени во предвид во упатството. Недостатокот на докази за ефективен клинички менаџмент на овие бремености влијаеше врз Групата за развој на упатството да препорача пренасочување или упатување на пациентките со монохорионска моноамнионска близначка бременост и пациентките со комплицирана триплодна бременост (опфаќа монохорионски и бихорионски триплодни бремености), во терциерен центар за фетална медицина.

Понатамошните испитувања на инциденцата на монохорионските, моноамнионски бремености и триплодните бремености со различен хорионцитет би дале информации за понатамошните одредби на Националниот здравствен сервис, бидејќи би засегнале во најефикасните модели за клинички менаџмент на овие бремености. Студиите би можеле да вклучат и национална ревизија на клиничката грижа и исходот кај овие бремености пред и по публикувањето на упатството. Исто така, би го земале во предвид и влијанието на упатувањето (неупатувањето) во терциерен центар за фетална медицина врз перинаталната психолошка и емоционална благосостојба на пациентката и на нејзиниот партнер.

4.6 Планирање на времето на породување

Колкава е инциденцата на перинаталниот и неонаталниот морбидитет и морталитет кај новороденчињата, родени со елективно породување кај близначка и триплодна бременост.

Зошто е ова важно

Постоечките докази кои се однесуваат на перинаталниот и неонаталниот исход во асоцијација со елективното породување кај близначка и триплодна бременост се ограничени по квантитет и квалитет. Доказите укажуваат на конзистентно повисока стапка на фетална смртност (во сите гестациски групи) кај монохорионските, во однос на бихорионските близначки бремености. Не е сигурно дали елективното породување кај монохорионските близначки бремености една недела пред препорачаното во

упатството (а тоа е од 35⁺⁰ гестациски недели па натаму) би ја намалило значително стапката на фетална смртност без притоа значително да се зголеми стапката на несаканите неонатални исходи (на пример, иматуритет на респираторниот систем на новороденото). Истражувањето би можело да се спроведе со национална ревизија на перинаталниот и неонаталниот морбидитет кај елективно родените новороденчиња од близначка или триплодна бременост, земајќи го притоа во предвид хорионцитетот на бременоста и гестациската возраст во моментот на раѓањето. Доколку се обезбедат податоци од повеќе од една студија со примена на метод на мета-регресија би можело прецизно да се определи оптималното време за породување (според гестациската возраст).

5. Други верзии на упатството

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство „Повеќеплодна бременост: менаџмент на близначка и триплодна бременост во антенаталниот период“⁶ содржи детален опис на методите и на доказите, користени во развојот на упатството. Издадено е од Националниот центар за соработка за здравјето на жената и на детето.

5.2 Информации за јавноста

Достапно е резиме за жените и за нивните партнери/негуватели (Информација за јавноста).¹²

Ги охрабруваме службениците на националниот здравствен сервис и невладиниот сектор да го користат текстот од оваа брошура за сопствено информирање во врска со близначката и со триплодната бременост.

¹² <http://publications.nice.org.uk/antenatal-care-for-women-who-are-pregnant-with-twins-or-triplets-ifp129>

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

- Царски рез, NICE клиничко упатство 13 (2011).
- Бременост и сложени социјални фактори¹³, NICE клиничко упатство 110 (2010).
- Хипертензија во бременоста¹⁴, NICE клиничко упатство 107 (2010).
- Индукција на породување¹⁵, NICE клиничко упатство 70 (2008).
- Дијабетес во бременоста¹⁶, NICE клиничко упатство 63 (2008).
- Антенатална грижа¹⁷, NICE клиничко упатство 62 (2008).
- Исхрана на мајка и дете¹⁸, NICE клиничко упатство 11 (2008).
- Антенатално и постнатално мајчино здравје¹⁹, NICE клиничко упатство 45 (2007).
- Лапароскопски серклаж за превенција на рекурентен губиток на бременост заради цервикална слабост²⁰, NICE упатство за интервентна процедура 228 (2007).
- Септостомија со или без амнионредукција за третман на синдром на фето-фетална трансфузија²¹, NICE упатство за интервентна процедура 199 (2006).
- Интраутерина LASER аблација на плацентарните крвни садови во третманот на синдромот на фето-феталната трансфузија²², NICE упатство за интервентна процедура 198 (2006).
- Фертилитет²³, NICE клиничко упатство 156 (2013).

¹³ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13167/50861/50861.pdf>

¹⁴ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50475/50475.pdf>

¹⁵ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41255/41255.pdf>

¹⁶ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11946/41320/41320.pdf>

¹⁷ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>

¹⁸ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11943/40097/40097.pdf>

¹⁹ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11943/40097/40097.pdf>

²⁰ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11336/35859/35859.pdf>

²¹ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11276/31644/31644.pdf>

²² <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11270/31612/31612.pdf>

²³ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14078/62770/62770.pdf>

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат на начин кој ќе овозможи новите препораки да бидат засновани на нови докази. Новите докази се бараат 3 години по објавувањето, а од здравствените работници и од пациентите се бара нивно гледиште; овие информации се користат во донесувањето на одлуката за тоа дали треба да се ажурира целото упатство или дел од упатството. Доколку нови квалитетни докази бидат објавени во скоро време, може да се донесе и одлука за забрзано ажурирање на дел од препораките. Ве молиме, обратете се на нашата веб страница за информација околу ажурирањето на упатството.

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

Група за развој на упатството

(11 членови, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg129).

Национален центар за соработка за здравјето на жената и на детето

(5 членови, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg129).

NICE проектен тим

(6 членови, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg129).

Додаток Б: Панел за рецензија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независно тело кое го надгледува развојот на упатството и презема одговорност во мониторингот на придржувањето кон развојниот процес на NICE упатствата. Групата особено води сметка за адекватно разгледување и осврнување на коментарите од заинтересираните страни. Панелот вклучува членови на следниве проминенции: примарна грижа, секундарна грижа, јавно здравство и индустрија, немедицински лица (5 членови, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg129).

Додаток В: Алгоритми

Клиничките патеки за менаџмент на повеќеплодната бременост се објавени во целосното упатство.

Додаток Г: Распоред на специјалистички антенатални контроли

Тип на бременост (неkomplицирана)	Минимум контакти со јадрото на мултидисциплинарниот тим	Време на контроли + УЗ преглед	Дополнителни прегледи без УЗ преглед
Монохорионски Биамнионски близнаци	9 (вклучително и 2 кај специјалист опстетричар)	Приближно од 11 ⁺⁰ до 13 ⁺⁶ гестациска недела* и во 16 ^{та} , 18 ^{та} , 20 ^{та} , 22 ^{ра} , 24 ^{та} , 28 ^{ма} , 32 ^{ра} и 34 ^{та} гестациска недела	
Бихорионски близнаци	8 (вклучително и 2 кај специјалист опстетричар)	Приближно од 11 ⁺⁰ до 13 ⁺⁶ гестациска недела* и во 20 ^{та} , 24 ^{та} , 28 ^{ма} , 32 ^{ра} и 36 ^{та} гестациска недела	16 ^{та} и 34 ^{та} гестациски недели
Монохорионски триамнионски тројки и Бихорионски биамнионски тројки	11 (вклучително и 2 кај специјалист опстетричар)	Приближно од 11 ⁺⁰ до 13 ⁺⁶ г.с* и во 16 ^{та} , 18 ^{та} , 20 ^{та} , 22 ^{ра} , 24 ^{та} , 26 ^{та} , 28 ^{ма} , 30 ^{та} , 32 ^{ра} и 34 ^{та} гестациска седмица	
Трихорионски триамнионски тројки	7 (вклучително и 2 кај специјалист опстетричар)	Приближно од 11 ⁺⁰ до 13 ⁺⁶ г.с* и во 20 ^{та} , 24 ^{та} , 28 ^{ма} , 32 ^{ра} и 34 ^{та} гестациска недела	16 ^{та} гестациска недела

* Кога должината на CRL изнесува 45-84 мм.

Додаток Д: Дефиниции и клучни термини

Целосниот речник е на располагање во целосното упатство.

Амнионцитет: Број на амниони (внатрешни обвивки) кои ги опкружуваат плодовите кај повеќеплодна бременост. Бременостите со еден амнион (кај кои сите плодови се сместени во заедничка амнионска обвивка) се означуваат како моноамнионски; бременостите со два амниони се биамнионски и бременостите со три амниони се триамнионски (види и табела 1, подолу).

Проценка на биофизичкиот профил: Антенатална ултразвучна евалуација на феталната благосостојба која се базира на феталните движења, феталниот тонус, феталните респирации, волуменот на амнионската течност и карактеристиките на нон-стрес тестот (кардиотокорграфскиот запис).

Хорионцитет: Број на хориони (надворешни) обвивки кои ги опкружуваат плодовите кај повеќеплодна бременост. Доколку постои единствена заедничка обвивка, бременоста се означува како монохорионска, доколку постојат две, тогаш е бихорионска, доколку се три, бременоста е трихорионска. Монохорионските близначки бремености и бихорионските триплодни бремености носат зголемен ризик, заради тоа што плодовите делат заедничка постелка (види и табела 1, подолу).

Синдромот на фето-фетална трансфузија: Синдромот на фето-фетална трансфузија се развива кога постои шантирање на крвта од едниот кон другиот плод. Плодот којшто ја губи крвта се нарекува донор, а оној што ја прима се нарекува реципиент. Синдромот на фето-фетална трансфузија е компликација на монохорионската повеќеплодна бременост која произлегува од присуството на заедничка плацентарна циркулација. Познат е и како синдром на фето-фетална трансфузија кај близначка бременост.

Специјалист опстетричар: Опстетричар со посебен интерес, искуство и познавања од областа на менаџментот на повеќеплодните бремености, кој редовно работи со пациентки со повеќеплодна бременост.

Терциерен центар за фетална медицина: Регионален овластен центар со искуство и експертиза во менаџирањето на комплицирани близначки и триплодни бремености.

Зигочитет: Број на оплодени јајце клетки од кои се развива повеќеплодна бременост. Доколку по оплодувањето настапи поделба на зиготот на два ембриони, бременоста се означува како монозиготна, доколку, пак, двата ембриони се развиваат од две посебно оплодени јајце клетки, бременоста се означува како дизиготна.

Табела 1 Хорионицитет и амнионицитет

ТИПОВИ НА БЛИЗНАЧКА БРЕМЕНОСТ
<p>Бихорионски близнаци: секој од плодовите има посебна постелка.</p> <p>Монохорионски, биамнионски близнаци: Обата плода имаат заедничка постелка, но секој од нив има сопствена амнионска обвивка.</p> <p>Монохорионски, моноамнионски близнаци: Обата плода имаат заедничка постелка и заедничка амнионска обвивка.</p>
ТИПОВИ НА ТРИПЛОДНИ БРЕМЕНОСТИ
<p>Трихорионски тројки: Секој од плодовите има посебна постелка.</p> <p>Бихорионски, триамнионски тројки: Еден од плодовите има посебна постелка, а другите два плода имаат заедничка постелка. Секој од плодовите има сопствена амнионска обвивка.</p> <p>Бихорионски, биамнионски тројки: Еден од плодовите има посебна постелка и посебна амнионска обвивка, а другите два плода делат заедничка постелка и заедничка амнионска обвивка.</p> <p>Монохорионски, триамнионски тројки: Сите три плода делат заедничка постелка, но секој од нив има сопствена амнионска обвивка.</p> <p>Монохорионски, биамнионски тројки: Сите три плода делат заедничка постелка. Еден од плодовите има сопствена амнионска обвивка, додека другите два делат заедничка.</p> <p>Монохорионски, моноамнионски тројки: Сите три плода делат заедничка постелка и егзистираат во единствена амнионска обвивка.</p>

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата кон луѓето со специфични здравствени нарушувања и состојби во рамките на здравствениот систем.

Упатството беше развиено од Националниот центар за соработка за здравјето на жената и на детето. Центарот работеше со група на здравствени професионалци (вклучувајќи и консултанти, општи доктори и сестри), пациенти и негуватели, како и технички персонал кои работеа на разгледување на доказите и изработија нацрт на препораките. Препораките беа финализирани по јавна дебата.

Методите и процесот на развој на NICE клиничкото упатство се опишани во Прирачникот за упатства²⁴.

Издадовме и Информации за јавноста во кои е објаснето ова упатство. На располагање се и информации за начинот на примена на упатството, како и информации за доказите на кои се базира упатството.

Промени од публикувањето:

Октомври, 2012: мали промени.

Јануари, 2012: мали промени.

Ваша одговорност

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Од здравствените професионалци се очекува да се придржуваат кон него при носењето на клиничките одлуки. Сепак, упатството не ја надвладува индивидуалната одговорност на здравствениот работник во донесувањето на одлуките во зависност од околностите кај секој пациент поединечно, во консултација со пациентот, старателот или негувателот, информиран според упатството за карактеристиките на секој лек кој се разгледува како можно средство.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалниот комесар и\или давател на услуги. Комесарот и давателот на услуги се одговорни за спроведувањето на упатството во локални рамки, во рамките на своите должности треба да оневозможат незаконска дискриминација и да го почитуваат промовирањето на еднаквоста на приликите. Ниеден дел од ова упатство не треба да се толкува на начин кој ќе го направи текстот неконзистентен во спроведувањето на овие начела.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2011. Сите права задржани. Материјалите на NICE се со заштитени авторски права и може да се преземат за индивидуално истражување и анализа и може да се репродуцираат за едукативни и

²⁴http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/clinical_guideline_development_methods.jsp

за непрофитабилни цели. Репродкција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без претходна пишана 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 033 7780