

Врз основа на член 114-а од Законот за здравствената заштита ("Службен весник на Република Македонија", бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09 и 88/10), министерот за здравство донесе

Упатство за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на антенаталните контроли во бременоста

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на антенаталните контроли во бременоста.

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Антенаталните контроли во бременоста е даден во Прилог 1, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

За секој поединечен случај, по сопствена оценка, докторот може да отстапи од одредбите на ова упатство во секоја фаза од третманот на пациентот, со соодветно образложение за потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот.

Потребата за отстапување и оценката од став 1 на овој член од страна на докторот соодветно се документира во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува две години од денот на неговото влегување во сила.

МИНИСТЕР
д-р Бујар ОСМАНИ

АНТЕНАТАЛНИ ИНФОРМАЦИИ

(ИНФОРМАЦИИ ВО ТЕК НА АНТЕНАТАЛНИОТ ПЕРИОД)

Аntenatalно информациите на бремените жени треба да се даваат според редоследот кој детално е прикажан во **АНЕКС 2**.

Информациите треба да се даваат во форма која е лесно разбирлива и прифатлива за бремените жени, особено за тие со дополнителни потреби, како физичка, сензорна или интелектуална спреченост и за бремените жени кои не го разбираат или читаат локалниот (националниот) јазик.

Информациите може да се дадат и во други форми, како аудиовизуелни или со друга технологија; ова треба да биде поткрепено со пишани информации.

На бремените жени треба да им се понудат информации базирани на докази и поддршка за можноста самата пациентка да донесе одлука за грижата која треба да и се обезбеди. Информациите треба ги да опфатат деталите за тоа кој и каде ќе ја обезбеди грижата.

При секоја antenatalна средба, докторот и акушерката треба да понудат јасни информации и објаснувања и да и овозможат на жената да дискутира и да поставува прашања. [Д]

На бремените жени треба да им се понуди да посетуваат antenatalни часови, вклучувајќи работилници посветени на доењето.

Одлуката на жената треба да се почитува, дури и во случаи кога тоа е спротивно од ставовите на медицинскиот персонал.

Бремената жена треба да биде информирана за целта од скрининг тесовите, пред да бидат изведени. Здравствениот работник треба да биде сигурен дека жената ја разбира информацијата и дека има доволно време да донесе одлука по информирањето. Правото на жената да ја прифати или одбие треба да биде јасно. [Д]

Информациите за antenatalниот скрининг треба да се дадат во околина каде може да се одвива и дискусија; ова може да биде како групна или индивидуална дискусија и треба да се направи пред да се закаже прегледот.

Информациите за состојбата која ќе се скринира при antenatalниот скрининг треба да бидат балансираны и точни.

ПОДГОТОВКА И ОРГАНИЗАЦИЈА НА ГРИЖАТА

КОЈ ОБЕЗБЕДУВА АНТЕНАТАЛНА ГРИЖА?

Аntenatalната грижа треба да биде обезбедена од избраниот специјалист по гинекологија и акушерство со кој жената ќе се чувствува пријатно. Треба да има континуитет во грижата за време на целиот антенатален период [А] според националната легислатива.

Треба да се спроведе систем на јасни насоки, така што бремената жена на која и е потребна дополнителна грижа треба да биде следена и третирана од соодветен специјалистички тим кој може да идентификува проблеми. [А]

КАДЕ ТРЕБА ДА СЕ ОДВИВААТ АНТЕНАТАЛНИТЕ ПРЕГЛЕДИ?

Аntenatalната грижа треба да биде готова и лесно достапна на сите бремени жени и треба да биде креирана според потребите на индивидуалната жена и на локалната заедница. [Ц]

Аntenалните прегледи треба да се спроведуваат во средина која овозможува дискутирање на чувствителни теми како што се домашно насилство, сексуална злоупотреба, психички заболувања и употреба на дрога. [ГПП]

ДОКУМЕНТИРАЊЕ НА ГРИЖАТА

Треба да се користат добро водени бази на податоци (мајчина книшка). [А]

Матерналните служби треба да обезбедат систем со можност пациентката да води сопствени забелешки. [А]

Треба да се развијат у употребуваат стандардизирани, национални бази на податоци, со минимум потребни податоци. Тоа ќе помогне на лекарите да ја обезбедат препорачаната нега базирана на докази. [ГПП]

ФРЕКВЕНЦИЈА НА АНТЕНАТАЛНИ ПРЕГЛЕДИ

Распоредот на антенаталните прегледи треба да се одреди врз база на нивната цел. **Распоред од 10 прегледи е адекватен за нулипара со некомплицирани бременост. Распоред од 7 прегледи е адекватен за мултипара со некомплицирани бременост.** [Б]

Сите жени во рана бременост треба да добијат соодветни пишани информации за бројот, времето и содржината на антенаталните посети, различните можности на грижа, како и можност за дискутирање за распоредот со избраниот доктор. [Д]

Секоја антенатална посета треба да биде планирана со фокусирање на одредени теми. Во почеток на бременоста се потребни подолги средби со цел да се обезбеди

детален опис и дискусија. Кога е можно, во овие средби треба да се инкорпорираат рутински тестови и иследувања за да се минимизира неизвесноста кај жената. [Д]

ОДРЕДУВАЊЕ НА ГЕСТАЦИСКАТА ВОЗРАСТ

На бремените жени треба да им се понуди ран ултразвучен преглед помеѓу 11-та и 13 гестациски недели и 6 дена, за одредување на гестациската возраст и детекција на мултипна бременост. Ова овозможува сигурност за гестациската возраст при следењето и ја редуцира потребата од индукција на раѓање за пролонгирана бременост. [А]

За одредување на гестациска седмица се користи мерење на растојанието теметртка (Crown-rump length - CRL). Ако растојанието е поголемо од 84 милиметри, гестациската седмица ќе се одреди со мерење на обемот на главата. [ГПП]

ХИГИЕНО-ДИЕТЕТСКИ РЕЖИМ

РАБОТА ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени треба да бидат информирани за нивните права и користи. [Ц]

Најголемиот број од нив треба да се уверат дека е безбедно да продолжат со работа во тек на бременост. [Д]

Потребно е да се анализира типот на работа и да се идентификуваат бремените жени кај кои изложеноста на работното место го зголемува ризикот. [ГПП]

ДОДАТОЦИ НА ИСХРАНАТА

Бремените жени (и оние кои планираат бременост во блиска иднина) треба да бидат информирани дека додатен внес на **фолна киселина** пред концепција и во тек на првите 12 недели го редуцира ризикот од раѓање плод со дефекти на невралната туба (како anencephalus или spina bifida). Препорачана доза е 400 микрограми дневно. [А]

Додатно внесување на **железо** не се препорачува рутински кај сите бремени жени. Тоа нема бенефит на мајчиното ниту на здравјето на новороденото и може да има несакани ефекти кај мајката. [А]

Бремените жени треба да бидат информирани дека додатен внес на **витамин А** (над 700 микрограми), може да биде тератоген, па затоа треба да се избегнува. Бремените жени треба да бидат информирани дека црниот дроб и продуктите од него може да содржат високи концентрации на витамин А и затоа конзумирање на овие продукти треба да се избегнува. [Ц]

Сите жени треба да бидат информирани при првиот закажан преглед за значењето на одржувањето на адекватна количина на витамин Д за нивното и за здравјето на фетусот/новороденото во тек на бременост и доење. За да се обезбеди истото, може

да се внесува дневно по 10 микрограми. Особено внимание треба да се обрне на жените со зголемен ризик како што се:

- жени со ограничена експозиција на сонце, како што се оние кои главно не излегуваат од домот или кои остануваат покриени при излегување;
- жени кои практикуваат исхрана сиромашна со витамин Д, како исхрана без масна риба, јајца, месо, маргарин или житарици;
- жени со индекс на телесната маса (body mass index-BMI) над 30 пред бременоста.

ИНФЕКЦИИ ОД ХРАНА /ТРУЕЊА СО ХРАНА

Бремените жени треба да се информираат за начините на редукција на ризикот од листериоза:

- Да се пие само пастеризирано млеко;
- Да не се конзумира меко сирење и сирење добиено од непастеризирано млеко;
- Да не се конзумира паштета од термички необработени продукти, било растителни или животински;
- Да не се конзумираат термички делумно или необработени оброци. [Д]

Бремените жени треба да бидат информирани за начините на редукција на ризикот од инфекција со салмонела:

- Да се избегнува конзумирање на живи или делумно термички обработени јајца или нивни продукти (на пр. мајонез);
- Да се избегнува конзумирање на живо или делумно термички обработено месо, особено живина. [Д]

ОРДИНИРАЊЕ НА ЛЕКОВИ

Некои лекови се сметаат безбедни во тек на бременост. Ординирање на лекови треба да се избегнува колку што е можно и да се лимитира само за состојби во кои бенефитот го надминува ризикот. [Д]

ПРЕПАРАТИ КОИ СЕ ИЗДАВААТ БЕЗ ЛЕКАРСКИ РЕЦЕПТ (OVER-THE-COUNTER – ОТС-ПРЕПАРАТИ)

Бремените жени треба да бидат информирани дека употребата на вакви препарати може да биде безбедна во тек на бременост доколку претходно се консултирале со лекар. Но сепак, треба да се употребуваат колку е можно помалку. [Д]

КОМПЛЕМЕНТАРНА ТЕРАПИЈА

Бремените жени треба да бидат информирани дека неколку типови на комплементарна терапија се покажале безбедни и ефикасни во тек на бременоста (хербални лекови, акупунктура, масажа, хипноза и ароматерапија). Но сепак

жените не треба да сметаат дека таквите типови на терапии се секогаш безбедни и треба да се употребуваат колку е можно помалку. [Д]

ВЕЖБАЊЕ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени треба да бидат информирани дека почнување или продолжување на умерен тип на вежбање во тек на бременоста не е поврзано со несакани исходи. [А]

Бремените жени треба да бидат информирани за потенцијалните опасности на одредени активности во тек на бременост, на пример, контактни спортови, спорт со тежок напор и спортови со ризик од абдоминална траума, паѓање или силен напор на зглобови, како и нуркање кои можат да резултираат со дефекти и декомпресија кај фетусот. [Д]

ПОЛОВ КОНТАКТ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремената жена треба да биде информирана дека половиот контакт во бременост не е поврзан со несакан исход (да се советува употреба на презерватив за заштита од сексуално преносливите инфекции). [Б]

КОНЗУМИРАЊЕ НА АЛКОХОЛ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремената жена и жена што планира бременост треба да се советува да избегнува внес на алкохол во тек на првите три месеци од бременоста ако е тоа можно, затоа што може да биде асоцирано со зголемен ризик од абортус.

Доколку жената одлучи да конзумира алкохол, треба да се советува да не внесува повеќе од 10-20 ml чист алкохол еднаш до два пати неделно. Покрај тоа што постои несигурност во одредувањето на сигурната граница за внес на алкохол, не постојат докази за оштетување на новороденото при внес на овие количини.

Жената треба да биде информирана дека пијанство (внес над 5 стандардни пијалоци или 75 ml во единечна пригода), може да биде штетно за фетусот.

ПУШЕЊЕ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

При првиот контакт со бремената жена треба да се дискутира за нејзиниот пушачки статус, да се обезбедат информации за ризиците од пушењето и експозиција на чад од цигари. Треба да се забележат ставовите на жената и на партнерот околу прекилот со пушење.

Бремената жена треба да биде информирана за специфичните ризици од пушењето (ризик од раѓање бебе со мала родилна тежина и предвремено породување). Треба да се потенцира бенефитот од откажување во било кој стадиум. [А]

Да се понуди индивидуална информација, совет и поддршка за начините на откажување од пушење.

Да се мониторира пушачкиот статус и да се понуди совет за откажување, поткрепа и охрабрување во тек на бременоста и потоа.

Да се дискутираат ризиците и бенефитите од никотин-заместителна терапија.

Да се советува жената која користи никотински лепенки да ги отстрани пред спиење.

УПОТРЕБА НА КАНАБИС ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Директниот ефект на канабис врз фетусот не е сигурен, но може да биде опасен. Употребата на канабис е поврзана со пушење цигари за кое е познато дека е штетно, па затоа жените треба да се советуваат да не употребуваат канабис во тек на бременост. [Ц]

ПАТУВАЊЕ СО АВИОН ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени треба да бидат информирани дека долгите патувања со авион се поврзани со зголемен ризик за венска тромбоза. Кај општата популација, употребата на компресивни чорапи е ефикасна во редукција на ризикот. [Б]

ПАТУВАЊЕ СО АВТОМОБИЛ ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени треба да бидат информирани за правилната употреба на сигурносните ремени (над и под стомакот, не преку него). [Б]

ПАТУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО ВО ТЕК НА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени треба да бидат информирани дека доколку планираат патување во странство, треба да дискутираат со избраниот лекар околу начинот на превоз, вакцинирање и патничко осигурување. [ГПП]

МЕНАЏМЕНТ НА ВООБИЧАЕНИ СИМПТОМИ ВО БРЕМЕНОСТ

ГАДЕЊЕ И ПОВРАЌАЊЕ ВО РАНА БРЕМЕНОСТ

Бремените жени би требало да бидат информирани дека гадењето и повраќање во бременоста најчесто исчезуваат спонтано меѓу 16-та и 20-та седмица од бременоста и дека тие не се асоцирани со лош исход на бременоста. Ако бремената жена бара третман, следниве интервенции би биле ефикасни во редуцирање на тегобите: [А]

- нефармаколошки
 - ѓумбир
 - акупресура на Р6 (рачен зглоб)
- фармаколошки
 - антихистаминици

Информациите за сите форми на самопомош и нефармаколошки третман треба да и бидат достапни на бремената жена која има гадење и повраќање. [ГПП]

ПИРОЗА

На бремените жени со пироза треба да им се дадат совети во врска со животниот стил и модификација на исхраната. [ГПП]

Антацидите може да им се понудат на бремените жени кај кои пирозата перзистира и покрај промената на животниот стил и модификација на исхраната. [А]

КОНСТИПАЦИЈА

На бремените жени со констипација им се даваат совети во врска со модификација на исхраната, додаток на трици или пченични влакна во исхраната. [А]

ХЕМОРОИДИ

Заради отсуство на податоци за ефикасноста на третманите на хемороиди во тек на бременоста, на бремените жени треба да им се советува модификација на исхраната. Ако клиничките симптоми се проследени со нелагодност, може да се ординираат стандардните креми за третман на хемороиди. [ГПП]

ВАРИКОЗНИ ВЕНИ

Бремените жени треба да се информираат дека варикозните вени се вообичаена појава во бременоста која не е загрижувачка и дека компресивните чорапи придонесуваат за подобрување на нелагодноста, но не ја спречуваат нивната појава. [А]

ВАГИНАЛЕН ФЛУОР

Бремените жени треба да се информираат дека вагиналниот флуор е вообичаена физиолошка промена во бременоста. Ако тој е асоциран со чешање, печење, непријатен мирис или болка при мокрење, би можело да се работи за инфекција, заради што е потребно да се спроведат иследувања. [ГПП]

Ефективноста и безбедноста на **оралната терапија** за вагинална кандидијаза во бременост не се докажани и овие третмани не треба да се нудат. [ГПП]

БОЛКА ВО ГРБОТ

Бремените жени треба да се информираат дека вежби во вода, масажна терапија и групни или индивидуални часови за правилна грижа за 'рбетниот столб би можеле да помогнат во намалување на тегобите во тек на бременоста. [А]

КЛИНИЧКО ИСЛЕДУВАЊЕ-ПРЕГЛЕД КАЈ БРЕМЕНА ЖЕНА

МЕРЕЊЕ НА ТЕЖИНАТА И ИНДЕКСОТ НА ТЕЛЕСНАТА МАСА (BODY MASS INDEX-BMI)

Се мерат тежината и висината на бремената жена и се пресметува body mass index-от по следнава формула: **тежина (kg)/висина(m)²**. [Б]

ПРЕГЛЕД НА ДОЈКИТЕ

Рутински преглед на дојките во тек на антенаталната грижа не се препорачува за промоција на постнаталното доење. [А]

ПРЕГЛЕД НА КАРЛИЦАТА

Рутинскиот антенатален карличен преглед точно не може да ја прикаже гестациската возраст, ниту пак ризикот од предвремено породување или кефалопелвична диспропорција. Овој преглед не се препорачува. [Б]

ГЕНИТАЛНА МУТИЛАЦИЈА

Бремените жени кои имале генитална мутилација треба да се евалуираат рано во тек на антенаталната грижа. Антенаталните испитувања ќе овозможат планирање на интрапарталната грижа. [Ц]

ДОМАШНО НАСИЛСТВО

Здравствените работници треба да бидат претпазливи на симптомите или знаците на домашно насилство и на бремените жени треба да им се понуди можност да го откријат насилството во средина во која тие се чувствуваат сигурно. [Д]

ПРЕДИКЦИЈА, ДЕТЕКЦИЈА И ИНИЦИЈАЛНО ВОДЕЊЕ НА МЕНТАЛНИ РАСТРОЈСТВА

Во целата комуникација (вклучувајќи ја првата посета) здравствените работници треба да бараат податоци за евентуална историја на ментални растројства.

При првиот контакт со бремената жена во антенаталниот и во постнаталниот период, здравствените работници (вклучувајќи ги акушерките, специјалистите гинеколози-акушери, патронажната служба и лекарите по општа пракса) треба да постават прашања за:

- мината или сегашна потешка ментална болест вклучувајќи шизофренија, биполарно растројство, психоза во постнаталниот период или тешка депресија
- претходен третман од специјалист психијатар, вклучувајќи и хоспитализација
- фамилијарна историја за перинатална ментална болест.

Други специфични предиктори, како што е лош однос со партнерот, не би требало да се користат во рутинското предвидување на развој на ментално растројство.

При првата посета на бремената жена кај матичниот гинеколог, при првиот преглед и постнатално (вообичаено 4-6 недели и 3-4 месеци), здравствените работници (вклучувајќи акушерки, специјалисти гинеколози-акушери, патронажната служба или лекарите од општа пракса) треба да постават две прашања за да идентификуваат евентуална депресија

- Дали во тек на изминатиот месец често сте се чувствувале разочарано, депримирано или безнадежно?
- Дали во тек на изминатиот месец често сте чувствувале намален интерес или намалено задоволство при извршувањето на вообичаените работи?

Третото прашање би се поставило во случај пациентката потврдно да одговори на претходните две.

- Има ли нешто што чувствувате дека Ви треба или сакате да Ви биде од помош?

По идентификација на веројатно ментално растројство во тек на бременоста или постнаталниот период треба да се спроведе понатамошна евалуација во консултација со психијатар доколку е потребно.

- Ако здравствените работници или бремената жена се значително загрижени, бремената жена треба да се испрати кај нејзиниот лекар од општа пракса.
- Ако бремената жена има или постои сомнение дека има потешка ментална болест (на пр. биполарно растројство или шизофренија), истата треба да биде испратена кај специјалист психијатар, а доколку е потребно и кај субспецијалист за перинатална психијатрија. Ова треба да биде дискутирано со бремената жена, а препорачливо е да се консултира и нејзиниот лекар по општа пракса.
- Лекарот по општа пракса треба да биде информиран во сите случаи кога се открива актуелно или минато ментално растројство дури и кога не е спроведена понатамошна евалуација на состојбата.

СКРИНИНГ ЗА ХЕМАТОЛОШКИ СОСТОЈБИ

АНЕМИЈА

На бремената жена треба да и биде понуден скрининг за анемија. Скринингот треба да се направи рано во тек на бременоста (на закажаната посета) и во 28 гестациска седмица кога се прават и други испитувања на крвта. Ова дозволува доволно време за третман на евентуално детектирана анемија. [Б]

Ниво на хемоглобин надвор од нормалните вредности за бременост се смета **11 g/100 ml при првиот контакт и 10,5 g/100 ml во 28 гестациска седмица**, треба да биде евалуирано понатаму и бара примена на препарати на железо. [А]

ОДРЕДУВАЊА НА КРВНА ГРУПА И ЕРИТРОЦИТНИ АЛОАНТИТЕЛА

На бремената жена треба да и се советува одредување на крвната група и резус Д статусот уште во тек на раната бременост. [Б]

Препорачано е рутинска антенатална анти-Д профилакса да се спроведе кај сите несензибилизирани бремени жени кои се резус Д - негативни.

Кај бремените жени треба да се спроведе и скрининг за евентуално постоење на атипични еритроцитни алоантитела во раната бременост и истото да се повтори во 28-та гестациска седмица, без оглед на нивниот резус Д статус. [Б]

На бремените жени со клинички сигнификантни еритроцитни алоантитела треба да им се советува посета на специјалистички центар за евалуација на состојбата и понатамошен антенатален менаџмент. [Д]

Ако бремената жена е резус Д - негативна, треба да се советува тестирање на резус Д статусот кај нејзиниот партнер за да се утврди дали е неопходно спроведувањето на анти - Д профилакса кај истата. [ГПП]

СКРИНИНГ ЗА ХЕМОГЛОБИНОПАТИИ

Претконцепциско советување (подршка, давање на совет и информации) и тестирање на носителство треба да биде достапно за сите жени кои се идентификувани дека се со повисок ризик од појава на хемоглобинопатии.

Информации за скринингот за српеста анемија и таласемиите, вклучувајќи го и статусот на носителството и последиците од тоа, треба да се дадат на бремената жена при првиот контакт со здравствениот работник.

Скринингот за српеста анемија и таласемии треба да се понуди за сите жени во одредено подрачје рано колку што е можно во бременост (идеално околу 10-та г.н.). Типот на скринингот зависи од преваленцата и може да се спроведе на примарна или на секундарно ниво.

Таму каде преваленца на српеста анемија е висока (фетална преваленца над 1,5 случаи на 10000 бремености) лабораторискиот скрининг (high-performance liquid chromatography) треба да се понуди на сите бремени жени за идентификација на носителите на српеста анемија и/или таласемија.

Таму каде преваленца на српеста анемија е ниска (фетална преваленца до 1,5 случаи на 10000 бремености) треба да се понуди скрининг кој се базира на прашалник (www.sickleandthal.org.uk/Documents/F_Origin_Questionnaire.pdf)

Ако прашалникот покажува висок ризик за српеста анемија, треба да се понудат лабораториски скрининг (high-performance liquid chromatography).

Ако корпускуларниот хемоглобин е под 27 pg треба да се понуди лабораториски скрининг (high-performance liquid shromatography).

Ако се идентификува жената како носител на клинички сигнификантна хемоглобинопатија, тогаш се нуди советување и соодветен навремен скрининг на таткото.

СКРИНИНГ ЗА ФЕТАЛНИ АНОМАЛИИ

СКРИНИНГ ЗА СТРУКТУРНИ АНОМАЛИИ

Ултразвучен скрининг за фетални аномалии треба рутински да се спроведува и тоа вообичаено помеѓу 20-та г.с. и 22-ра г.с.

При првиот контакт со здравствениот работник, на жената треба да и бидат дадени информации во врска со целта и последиците од прегледот за аномалии за да може таа сама да одлучи дали да го направи истиот или не. Целта на прегледот е да се идентификуваат фетални аномалии и да се овозможи:

- репродуктивен избор (да се продолжи бременоста или да се прекине)
- подготовка на родителите (за евентуален третман/ неспособност/ палијативна грижа/ прекин на бременоста)
- породување во специјализиран центар
- интраутерина терапија.

Бремената жена треба да биде информирана за ограниченоста на рутинскиот ултразвучен преглед и дека стапката на детекција варира во зависност од типот на фетална аномалија, body mass index-от на пациентката и позицијата на плодот in utero во моментот кога се изведува прегледот.

Ако се детектира аномалија во тек на прегледот, бремената жена треба да се информира за значењето на наодите и на тој начин да и се помогне во изборот да ја продолжи бременоста или истата да се прекине.

Феталната ехокардиографија која вклучува четирикоморен пресек на феталното срце и големите крвни садови се препорачува како дел од рутинскиот ултразвучен преглед за аномалии.

Рутински скрининг за срцеви аномалии со употреба на нухална транслуценца не се препорачува.

Кога се спроведува рутински ултразвучен скрининг за детекција на дефекти на невралната туба, одредување на нивото на алфа-фетопротеинот не е потребно.

Се препорачува учество во регионален регистер на конгенитални аномалии.

СКРИНИНГ ЗА ДАУНОВ СИНДРОМ

На сите бремени жени треба да им се понуди скрининг за Даунов синдром. Треба да им се даде на знаење дека спроведувањето на овој скрининг зависи од нивната одлука.

Скринингот за Даун синдромот треба да се направи до крајот на првиот триместар (13,6 гестациски седмици), но и подоцна (до 20-та гестациска седмица за жени кои се јавиле на преглед подоцна во текот на бременоста).

“Комбинираниот тест” (нухална транслуценца, слободен бета-хуман хорионски гонадотропин (free β HCG), протеин А асоциран со бременоста (PAPP-A)) треба да се понудат во скринингот за Даун синдром во периодот помеѓу 11/0 г.с. и 13/6 г.с. За бремените жени кои подоцна се јавуваат кај матичен гинеколог клинички најефикасен и финансиски најисплатлив е серумскиот скрининг тест (triple и quadruple тест) кој се советува помеѓу 15-та г.с. и 20-та г.с.

Кога не е можно да се измери нухална транслуценца, заради неповолна позиција на плодот или висок body mass index кај бремената жена, на истата и се советува серумски скрининг (triple и quadruple тест) помеѓу 15-та г.с. и 20-та г.с.

Информации за скринингот за Даунов синдром на бремената жена треба да и се даде при првиот контакт со здравствениот работник. Тоа ќе овозможи понатамошна дискусија.

Специфичните информации треба да содржат:

- клинички план на водење, вклучувајќи ги скрин позитивните и скрин негативните резултати
- одлуките кои треба да се донесат во секоја точка од процедурата и нивните консеквенци
- фактот дека скринингот не обезбедува дефинитивна дијагноза и целосно објаснување за процентот на ризик при изведување на скрининг испитувањата
- информација за хорион биопсија и амниоцентеза
- балансирани и точни информации за синдромот.

Ако бремената жена добие позитивен резултат од скринингот за Даун синдром, во најскоро време треба да и биде овозможена средба и разговор со специјализиран кадар од таа област.

Рутинскиот преглед за аномалии (20-та г.с. до 22-ра г.с.) не треба рутински да се користи за скрининг на Даун синдром со примена на софт маркери.

Присуството на изолиран софт маркер, со исклучок на зголемена нухална транслуценца, на рутински преглед за аномалии не треба а priori да се користи за проценка на ризикот за Даун синдром.

Присуството на зголемена нухална транслуценца ($\geq 6\text{mm}$) или пак два или повеќе софт маркери на рутински преглед за аномалии упатуваат на потребата од консултација на субспецијалист за фетална медицина или здравствен работник специјализиран во областа на феталната медицина.

СКРИНИНГ ЗА ИНФЕКЦИИ

Во првиот триместар треба да биде понуден рутински скрининг за уреаплазма-микоплазма, *Chlamydia trachomatis* како и скрининг за генитални инфекции (микробиолошки преглед, брис од вагина и брис од цервикс).

АСИМПТОМАТСКА БАКТЕРИУРИЈА

На бремените жени треба да им биде понуден рутински скрининг за асимптоматска бактериурија на култура на материјал добиен од средниот млаз од урина во тек на рана бременост. Идентификацијата и третманот на асимптоматската бактериурија го намалува ризикот за пиелонефрит.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС

Достапната евиденција не поддржува рутински скрининг за cytomegalovirus кај бремените жени и тој не треба да се советува. [Б]

HEPATITIS B - ВИРУС

Серолошки скрининг за hepatitis B вирусот треба да им се советува на бремените жени. Во случај на инфекција, би можеле да им се понудат ефикасни постнатални интервенции со што ќе се намали ризикот од трансмисија на вирусот од мајката на детето. [А]

HEPATITIS C - ВИРУС

На бремените жени не треба да им се нуди рутински скрининг за hepatitis C вирусот, бидејќи нема доволно докази кои би ја поддржале неговата клиничка ефикасност и финансиска оправданост. [Ц]

HIV-СТАТУС/ИНФЕКЦИЈА

На бремените жени треба да им се советува скрининг за ХИВ-статус/инфекција рано во тек на антенаталната грижа, бидејќи соодветни антенатални интервенции можат да ја намалат трансмисијата на ХИВ вирусот од мајката на детето. [А]

Во секоја работна единица или оддел треба да има систем на јасен клинички пат за жени со ваков наод и на тој начин бремените жени кај кои е дијагностицирана ХИВ инфекција би биле водени и третирани од страна на соодветни специјалистички тимови. [Д]

РУБЕОЛА

Скрининг за рубеола треба да се понуди рано во тек на антенаталната грижа за да се идентифицираат бремените жени со ризик за можност од стекнување на рубеола инфекција и да се овозможи вакцинација во постнаталниот период заради нивна заштита во тек на следните бремености. [Б]

ГРУПА Б СТРЕПТОКОК (ГБС)

На бремените жени треба да им се понуди рутински антенатален скрининг за ГБС во 34-35-та г.с.

ТОКСОПЛАЗМОЗА

Рутински антенатален серолошки скрининг за токсоплазмоза не треба да се советува, бидејќи ризикот од скринингот може да натежни над потенцијалниот бенефит. [Б]

Бремените жени треба да бидат информирани за мерките на примарна превенција со цел да се избегне токсоплазмоза:

- миене на рацете пред манипулирање со храна
- темелно миене на овошјето и зеленчукот пред јадење, вклучувајќи ги и свежо припремените салати
- термичка обработка на свежото месо и припремената смрзната храна
- носење на заштитни ракавици и темелно миене на рацете после манипулирање со земја и работа во градина
- избегнување на измет од мачки во нивните легла или во почва. [Ц]

СКРИНИНГ ЗА КЛИНИЧКИ СОСТОЈБИ/ПРОБЛЕМИ

ГЕСТАЦИСКИ ДИЈАБЕТ – Види Упатство за хипергликемија во бременост

ПРЕЕКЛАМПСИЈА - Види и Упатство за хипертензивни заболувања во бременост

Мерењето на артерискиот крвниот притисок и анализа на урината за детекција на протеини треба да се изведува при секоја антенатална посета.

При првата посета на матичен гинеколог треба да бидат детерминирани следниве ризик фактори:

- возраст ≥ 40
- нулипаритет
- интервал подолг од 10 години после претходната бременост
- фамилијарна историја за прееклампсија
- претходна историја за прееклампсија
- индекс на телесна маса (ВМТ) 30 kg/m^2 или повеќе
- преегзистирачка васкуларна болест, како хипертензија
- преегзистирачка бубрежна болест
- мултипна бременост. [Ц]

Почести мерења на крвниот притисок се потребни кај бремени жени кај кои постои некој од горенаведените ризик фактори

Присуство на значителна хипертензија и/или протеинурија треба да го предупреди здравствениот персонал и бара зголемен надзор над пациентката.

Стандардизирана опрема, техника и услови за мерење на крвниот притисок треба да бидат користени од страна на целиот персонал кога се мери крвен притисок во антенаталниот период, со цел да може да се прават валидни споредби. [Ц]

Артерискиот крвен притисок треба да се мери како што е наведено подолу:

- да се отстрани дебелината облека, да се осигура опуштеноста на раката и истата да се постави во ниво на срцето
- да се користи манжетна со одговарачка големина
- да се инфлатира манжетната до 20-30mmHg над палпираниот систолен тон
- да се намалува живиниот столб бавно, до 2mmHg на секунда или 2 mmHg на секој срцев удар
- да се прочита крвниот притисок до најблиску 2mmHg
- да се мери дијастолниот притисок како исчезување на слушаниот звук.

Хипертензија при која едно мерење на дијастолниот притисок покажало притисок 110 mmHg или две консекутивни мерења изведени на растојание од најмалку 4 часа дале вредност 90 mmHg изолирано и/или значителна протеинурија (1+) бара итен зголемен надзор на пациентката.

Ако систолниот притисок е над 160 mmHg при две консекутивни мерења изведени на растојание од најмалку 4 часа, потребен е третман на пациентката.

Сите бременни жени треба да бидат информирани за неопходноста да побараат итен совет од здравствен работник, ако препознаат кај себе симптоми на прееклампсија. Симптомите вклучуваат:

- силна главоболка
- проблеми со видот, како што се замаглен вид или светкање пред очите
- силна болка точно под ребрените лакови
- повраќање
- изненадно отекување на лицето, рацете и стопалата. [Д]

Иако има многу публикувани материјали за алтернативни скрининг методи за прееклампсија, ниеден од нив нема задоволителна сензитивност и специфичност, па затоа не се препорачуваат.

ПРЕДВРЕМЕНО ПОРОДУВАЊЕ - Види упатство за превенција на предвременно породување.

PLACENTA PRAEVIA

Бидејќи најголем дел од ниско поставените постелки кои се детектираат на рутински скен за аномалии спонтано се повлекуват повисоко до моментот на породување, само кај бремената жена кај која постелката го препокрива внатрешното устие на цервиксот треба да се понуди дополнителен трансабдоминален скен во 32 гестациска седмица (ако прегледот тешко се изведува, може да се направи и трансвагинален ултразвучен преглед).

РАСТ И КОНДИЦИЈА НА ПЛОДОТ

Растојанието симфиза- фундус треба да се мери и да се забележува при секоја антенатална контрола почнувајќи од 24-та гестациска седмица.

Феталната презентација треба да биде проценета во 36-та гестациска седмица или подоцна, кога презентацијата би влијаела на планирање на породувањето. Рутинска проценка на презентацијата не се советува пред 36-та гестациска седмица. [Ц]

Не се советува рутинско броење на движењата на плодот. [А]

Доказите не ја поддржуваат рутинската употреба на антенатален електронски мониторинг на отчукувањата на феталното срце (кардиотокографија) за проценка на состојбата на фетусот кај бремени жени со некомплицирани бременост, па заради тоа кардиотокографијата не се советува. [А]

МЕНАЏМЕНТ НА СПЕЦИФИЧНИТЕ КЛИНИЧКИ СОСТОЈБИ

БРЕМЕНОСТ ПОСЛЕ 41-ВА ГЕСТАЦИСКА СЕДМИЦА

Пред формална индукција на породување на бремената жена треба да и биде советуван вагинален преглед за дигитално одлепување на плодовите обвивки од околината на внатрешното маткино устие. [А]

На бремените жени со некомплицирани бременост треба да им се советува индукција на породувањето после навршени 41 гестациски седмици. [А]

Во почетокот на 42 гестациска седмица на бремените жени кои одбиваат индукција на породувањето треба да им се советува зголемен антенатален мониторинг, кој се состои од кардиотокографија најмалку два пати неделно и ултразвучна проценка на максималниот џеб на околуплодова вода. [ГПП]

АНЕКС 1

Упатствата нудат препораки за основната клиничка грижа за сите бремени жени, но не нуди информации за дополнителната грижа што би им била потребна на некои од бремените жени.

Бремените жени со следниве состојби би барале грижа дополнителна од таа понудена во овие упатства:

- срцеви болести, вклучувајќи хипертензија
- бубрежни болести
- ендокрини пореметувања или дијабет кој бара инсулин
- психички пореметувања (третитани со медикаменти)
- хематолошки пореметувања
- автоимуни болести
- епилепсија која бара антиконвулзивна терапија
- малигни болести
- тешка форма на астма
- наркотици како што се хероин, кокаин (вклучувајќи крек кокаин) и екстази
- инфекции со ХИВ или хепатитис Б вирус (ХБВ)
- обезитет (body mass index 30 кг/м² или повеќе при првата посета кај матичниот гинеколог), или потхранетост (body mass index под 18 kg/m² на првата посета)
- бремени жени кои би можеле да бидат со зголемен ризик од развој на компликации, како што се: жени над 40 години и постари, и жени кои пушат
- жени кои се особено вулнерабилни (на пр. жени на 19 годишна возраст или помлади) или такви кои се социјално загрозувани

Жени кои во тек на претходните бремености имаат позитивна анамнеза за:

- рекурентни спонтани абортуси (три или повеќе консекутивни) или абортус во втор триместар
- предвремено породување
- тешка форма на прееклампсија, (H) хемолитична анемија, (EL) покачени хепатални ензими, (LP) низок број на тромбоцити (HELLP) или еклампсија
- резус изоимунизација или други значајни крвнотипни несовпаѓања
- утерина хирургија, вклучувајќи царски рез, миомектомија или конус-биопсија
- антенатална или постпартална хеморагија
- пуерперална психоза
- голем мултипаритет (повеќе од шест бремености)
- раѓање на мртов плод или неонатална смрт
- мал плод за гестациската возраст (SGA) (под 5-та перцентила)
- голем плод за гестациската возраст (LGA) (над 95-та перцентила)
- плод со тежина под 2500g или над 4500g
- плод со конгенитална аномалија (структурна или хромозомска).

АНЕКС 2

Аntenatalни посети кај матичен гинеколог

Шемата дадена подолу, одредена според целите на секоја antenatalна посета, ги презентира и препорачува бројот на antenatalните посети за бремени жени кои се здрави и чии бремености остануваат некомплицирани во antenatalниот период: **10 посети за нулипари и 7 за жени кои веќе раѓале**. Овие посети на матичен гинеколог следат по првиот контакт на бремената жена со здравствениот работник кога е утврдена бременоста и следи нејзино вклучување во системот за грижа на мајката. Иницијалниот контакт треба да биде искористен како можност на бремената жена да и се дадат најмногу од информациите кои би и биле потребни во текот на бременоста. (поопширно погоре-во делот за antenatalна информации)

Прв контакт со здравствен работник

Се даваат информации (потврдени со информации во пишана форма и antenatalни часови) и се користи можноста да се продискутираат моментите за кои бремената жена пројавува интерес и секако се остава место за поставување на прашања. Темите кои треба да бидат опфатени во разговорот треба да вклучат:

- додаток на фолна киселина
- хигиена на храната, вклучувајќи совети за намалување на ризикот за алиментарни интоксикации и инфекции
- совети за стилот на живот, вклучувајќи престанок на пушењето, употребата на халуциногени супстанции и алкохол
- сите antenatalни скрининзи, вклучувајќи ризици и придобивки од тестовите за скрининг.

Прва закажана посета (идеално во 10-та гестациска седмица)

При оваа посета треба да се дадат следниве информации (потврдени со информации во пишана форма и antenatalни часови) и се користи приликата да се продискутираат моментите за кои бремената жена пројавува интерес. (поопширно во делот за antenatalни информации). Темите кои треба да бидат опфатени во разговорот треба да вклучат:

- развој на плодот во тек на бременоста
- исхрана и диета, вклучувајќи и додаток на витамин Д
- физички вежби, вклучувајќи вежби за карличното дно
- antenatalен скрининг, вклучувајќи ги ризиците и придобивките од тестовите за скрининг
- текот на грижата за бременоста
- местото на породување
- доење, вклучувајќи работилници
- присуство на antenatalни часови
- придобивки од мајчинството.

При овој состанок треба:

- да се идентификуваат бремените жени за кои би можело да биде потребна дополнителна грижа и да се планира начинот на грижа за бременоста
- да се провери крвната група и резус Д статусот
- да се советува скрининг за хемоглобинопатии, анемија, еритроцитни антитела, хепатитис Б вирус, ХИВ, осетливост на вирус на рубеола и сифилис
- да се советува скрининг за асимптоматска бактериурија
- да се информира бремената жена за потреба од микробиолошки тестови за скрининг на генитални инфекции
- да се информира бремената жена помлада од 25 години за високата преваленца на хламидиска инфекција во нејзината возрасна група
- да се советува скрининг за Даун синдром
- да се советува ран ултразвучен скен за проценка на гестациската возраст
- да се советува ултразвучен скрининг за структурни аномалии
- да се измери висината, тежината и да се пресмета body mass index
- се мери артерискиот крвен притисок и се тестира урината за присуство на протеини
- се советува скрининг за гестациски дијабет и прееклампсија земајќи ги во предвид ризик факторите
- се идентификуваат бремените жени кои имале генитална мутилација
- се поставуваат прашања за минати или сегашни тешки форми на ментални заболувања или евентуален психијатриски третман
- се прашува за расположението на жената за да се идентификува евентуална депресија
- се прашува за занимањето на бремената жена и се идентификуваат потенцијалните ризици

На закажаната посета, за бремените жени кои одлучиле да направат скрининг, се препорачуваат следниве тестови:

- тестови на крвта (за одредување на крвна група, резус Д статус и скрининг за хемоглобинопатии, анемија, еритроцитни алоантитела, хепатитис Б вирус, ХИВ, осетливост на вирусот на рубеола и сифилис) идеално пред 10-та гестациска седмица
- тестови на урина (се испитува протеинурија и се прави скрининг за асимптоматска бактериурија)
- ултразвучен скен за одредување на гестациската возраст, користејќи:
 - мерење на растојанието теме-тртка меѓу 10/0 и 13/6 гестациски седмици
 - обем на глава, ако растојанието теме-тртка е над 84mm
- скрининг за Даун синдром користејќи:
 - комбиниран тест меѓу 11/0 и 13/6 гестациски седмици
 - скрининг тест (triple или quadruple) меѓу 15 и 20 гестациски седмици

- брисеви за микробиолошко иследување (брис од вагина, брис од цервикс, брис за *Chlamydia trachomatis*, брис за микоплазма-уреаплазма)
- ултразвучен скрининг за структурни аномалии, нормално меѓу 20-та и 22-ра гестациска седмица.

16-та гестациска седмица

При посетата во 16-та гестациска седмица потребно е:

- да се резимираат, дискутираат и забележат резултатите од направените скрининг тестови, повторно да се разгледа планираниот начин на следење на бременоста и да се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа
- да се идентификуваат случаите каде хемоглобинот е под 11g/100 ml и да се ординира терапија со препарати на железо, ако е потребно
- да се измери артерискиот крвен притисок и да се направи тест на урината за протеини
- да и се дадат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и да и се остави простор за поставување прашања, при тоа треба да се отвори дискусија за рутинскиот скен за аномалии, да се понудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации

20-та до 22-ра гестациска седмица

Во периодот од 20-та до 22-ра гестациска седмица, ако бремената жена избере, треба да се изведе ултразвучен скен за детекција на структурни аномалии. Кај бремените жени кај кои во овој период се детектира постелка која се протега преку внатрешното цервикално устие се советува друг скен во 32-ра гестациска седмица.

25-та гестациска седмица

Во 25-та гестациска седмица се прави иследување кај нулипарите. При тоа се врши:

- мерење на растојанието симфиза-фундус
- мерење на артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се даваат информации со можност да се продискутира за темите кои ја интересираат бремената жена и и се дава можност да поставува прашања. Се нудат вербални информации дополнети со антенатални предавања и пишани информации.

28-ма гестациска седмица

Следната посета на матичен гинеколог за сите бремени жени треба да биде во 28-ма гестациска седмица. При оваа посета:

- се советува втор скрининг за анемија и атипични еритроцитни алоантитела

- да се идентификуваат случаите со хемоглобин под 10,5g/100 ml и се ординира терапија со препарати на железо, ако е потребно
- се советува анти-Д профилакса кај резус-негативни бремени жени
- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојанието симфиза-фундус
- и се даваат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и и се остава простор за поставување прашања, се нудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации

31-ва гестациска седмица

За нулипарите бремени жени потребна е посета кај матичен гинеколог во 31-ва гестациска седмица при што:

- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојанието симфиза - фундус
- и се даваат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и и се остава простор за поставување прашања, се нудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации
- се резимираат, дискутираат и забележуваат резултатите од направените скрининг тестови во 28-ма гестациска седмица, повторно се разгледува планираниот начин на следење на бременоста и се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа.

34-та гестациска седмица

Во 34-та гестациска седмица е следната посета на гинеколог која важи за сите бремени жени. При тоа и се даваат информации на бремената жена (поддржани со информации во пишана форма и антенатални часови) и при тоа и се дава можност да се продискутира за теми кои ја интересираат и можност да поставува прашања. Треба да се обрне внимание на следниве теми:

- подготовка за породилни болки и породување, вклучувајќи информации за соочување со болките при контракции и болките при породување
- препознавање на активно породување

При оваа посета:

- да се понуди втората доза на анти-Д за резус негативните жени
- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојание симфиза-фундус
- да и се дадат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и да и се остави простор за поставување прашања, да се понудат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации

- да се резимираат, дискутираат и забележат резултатите од направените скрининг тестови во 28-ма гестациска седмица, повторно да се разгледа планираниот начин на следење на бременоста и да се идентификуваат бремените жени на кои им треба дополнителна грижа.

36-та гестациска седмица

Сите бремени жени треба да се проследат во 36-та гестациска седмица. При тоа им се даваат информации (дополонети со информации во пишана форма и антенатални часови) и при тоа им се дава можност да се продискутира за теми кои ги интересираат и можност да поставуваат прашања. Треба да се обрне внимание на следниве теми:

- информации за доење, вклучувајќи ги техниките и практичните вештини кои би придонеле за успешно доење кое што е детално наведено во УНИЦЕФ ‘Baby Friendly Initiative’ (www.babyfriendly.org.uk)
- грижа за новороденото бебе
- профилактика со витамин К и неонаталните скрининг тестови
- постнатална грижа за себе
- свесност за постанаталната депресија и тага

При оваа посета:

- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојание симфиза-фундус
- се одредува позицијата на плодот
- се зема брис за микробиолошко испитување за ГБС

38-ма гестациска седмица

Контролата во 38-ма гестациска седмица вклучува:

- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојанието симфиза-фундус
- и се даваат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и и се остава простор за поставување прашања, се понудуваат вербални информации дополнети со антенатални часови и пишани информации.

40-та гестациска седмица

Кај нулипарите бремени жени во 40-та гестациска седмица треба:

- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојание симфиза-фундус
- да и се дадат информации на бремената жена со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и да и се остави

простор за поставување прашања, да се понудат вербални информации дополнети и со антенатални часови и пишани информации.

41-ва гестациска седмица

Бремените жени кои не се породиле до 41-ва гестациска седмица:

- треба да се советува одлепување на амнионските обвивки од околината на внатрешното устие на грлото на матката
- треба да се советува индукција на породување
- се мери артериски крвен притисок и се прави тест на урина за протеини
- се мери растојание симфиза-фундус
- на бремената жена и се даваат информации со можност да се продискутираат моментите кои ја интересираат жената и се остава простор за поставување прашања.

ОПШТО

Во тек на целиот антенатален период, здравствените работници треба да бидат будни во трагањето по ризик факторите, знаците или симптомите на одредени состојби кои би можеле негативно да влијаат на здравјето на мајката и плодот, како што е домашно насилство, прееклампсија и дијабет.

АНЕКС 3

УЛТРАЗВУЧНИОТ преглед во тек на проценката на гестациската возраст при раниот ултразвучен скен треба да содржи:

- Биометрија
- Облик, големина и пресек на глава (cavum septi pellucidi, cerebellum, мозочни комори - до 10 mm)
- Лонгитудинален пресек на рбетен столб
- Пресек на абдомен на ниво на желудник
- Пресек на абдомен на ниво на бубрези и умбиликус, пресек на бубрези со бубрежен пиелон (до 5 mm)
- Напречен пресек на граден кош на ниво на срце со 2 комори и 2 предкомори (четирикоморен пресек)
- Горни и долни екстремитети, по три коски, стапало и шака, но не и број на прсти.

Ако рутинскиот ултразвучен скен открие некакви отстапувања, жената треба да биде упатена на повисоко ниво на грижа.

АНЕКС 4

ТАБЕЛА ЗА ВАКЦИНАЦИЈА НА БРЕМЕНИ ЖЕНИ

Вакцина	Употреба во бременост	Коментар
BCG a	Не	
Колера	Не	Безбедноста не е докажана
Хепатитис А	Да, да се администрира, ако е индицирано	Безбедноста не е докажана
Хепатитис Б	Да, да се администрира, ако е индицирано	
Influenzae	Да, да се администрира, ако е индицирано	Во одредени околности, да се консултира лекар
Јапонско енцефалит **	Не	
Сипаница *	Не ***	
Менингококна болест	Да, да се администрира, ако е индицирано	Само при значителен ризик од инфекција
Parotitis *	Не ***	
Polyomyelitis (орална)	Да, да се администрира, ако е индицирано	
Инактивирана вакцина против poliomyelitis	Да, да се администрира, ако е индицирано	Нормално да се избегнува
Rabies	Да, да се администрира, ако е индицирано	
Рубеола *	Не ***	
Ди Те (Дифтерија, Тетанус)	Да, да се администрира, ако е индицирано	
Typhoid Ty2 *		Безбедноста не е докажана
Morbilli	Не	
Varicella *	Не	
Жолта треска a	Да, да се администрира, ако е индицирано	Да се избегнува при отсуство на висок ризик

* Жива вакцина да се избегнува во тек на бременост

** Спротивно на СЗО, постојат извештаи кои известуваат дека вакцината е контра индицирана во бременост, но и такви според кои вакцината може да се администрира во бременост.

*** Бременоста треба да се одложи за 3 месеци после апликација на вакцината.

Извор на информации: World Health Organization. Special groups. In: Martinez L, editor. International Travel and Health. Geneva: World Health Organization; 2002