КЛИНИЧКИ ВОДИЧ ЗА АНТЕНАТАЛНУ ЗАШТИТУ

Бањалука, 2021.

РИЈЕЧ РЕЦЕНЗЕНТА

Припремање и објављивање оваквих књига, докумената и водича представља значајан посао за здравствени систем. Овакве књиге треба да испуне озбиљне критеријуме будући да имају вишеструку намјену. Извјесна стручна сазнања треба приближити ширем кругу људи. То није нимало лак задатак јер је потребно избјећи упрошћавање до баналности, с једне стране, као и високо стручну терминологију, која чини текст неразумљивим за необавијештеног читаоца, с друге стране. Потребно је уздићи се до једноставности како би књига била разумљива онима којима је превасходно намијењена: медицинским радницима, медицинским сестрама, докторима медицине, специјалистима, докторима породичне медицине, специјалистима ургентне медицине, менаџерима у здравству и креаторима политика у области јавног здравља те, прије свега, пацијентима и њиховим породицама.

Наведено је да је „Клинички водич за антенаталну заштиту“ настао на основу адаптираних Препорука Одјељења за здравље аустралијске владе. Базиран је на актуелним препорукама које су засноване на научним доказима, мишљењима стручњака из наведене области и консензусу струке, као и мишљењима пацијената и осталих кључних заинтересованих страна. У Републици Српској-Федерацији Босне и Херцеговине, клинички водичи су савјетодавног карактера, па су стога флексибилни и обухватају већину нових научних и клиничких сазнања која су примјенљива у здравственом систему. Иначе, Клиничке водиче израдили су мултидисциплинарни тимови здравствених радника у сарадњи с осталим актерима, уз активно учешће и подједнаку заступљеност свих заинтересованих страна.

Конкретно, Клинички водич за антенаталну заштиту базира се на антенаталној њези здравих трудница, односно трудница код којих нису идентификована претходно постојећа стања и које нису у већем ризику од компликација као што је нпр. вишеплодна трудноћа.

Антенатална заштита подразумијева заштиту коју жена прима од почетка трудноће до порођаја и која помаже у осигурању здравих исхода и за жену и новорођенче. Та заштита подразумијева циљане прегледе који су прилагођени индивидуалном стању сваке труднице како би се осигурао нормалан ток трудноће, порођај и период након порођаја те омогућило рано откривање и збрињавање компликација, откривање хроничних стања која могу утицати на мајку и дијете те индивидуално савјетовање и едукација трудница. Раним откривањем и правилном селекцијом угрожених трудноћа те интензивним надзором труднице и плода доприноси се да се сваки плод развија према свом максималном генетичком потенцијалу.

Пружање услуга антенаталне заштите подразумијева доступну и квалитетну заштиту сексуалног и репродуктивног здравља која је заснована на доказима, било да се ради о обезбјеђењу доступне и квалитетне заштите за труднице и породиље или превенцији сексуално преносивих болести

и сличним стањима. Здравствена заштита сексуалног и репродуктивног здравља у Републици Српској организована је кроз три нивоа здравствене заштите: на примарном нивоу преко тимова породичне медицине и специјалистичких амбуланти гинекологије и акушерства, а на секундарном и терцијарном нивоу путем специјалистичких амбуланти гинекологије и акушерства, болничких одјељења и клиника за гинекологију и акушерство.

Посебно значајан сегмент здравствене заштите у домену сексуалног и репродуктивног здравља јесте редовно прикупљање и анализа података који служе за унапређивање система постојећих и развијање нових услуга. У праћењу сексуалног и репродуктивног здравља становништва у Републици Српској, поред редовног прикупљања и обраде података који се односе на виталну и осталу рутинску статистику, значајно мјесто заузимају и различита популациона истраживања. Прикупљање података је централизовано, а најзначајнију улогу у том процесу имају Јавна здравствена установа Институт за Јавно здравство Републике Српске и Републички завод за статистику.

Свјетска здравствена организација (WHO) 1998. године предложила је сет принципа перинаталне његе који подржавају заштиту, промоцију и подршку потребну за дјелотворну антенаталну и постнаталну његу. Ти принципи су саставни дио овога Водича и наведени су у Табели А1: принципи перинаталне његе.

Веома је значајно то што је њега усмјерена на трудницу базирана првенствено на индивидуалним потребама труднице те њеним очекивањима и тежњама, да препознаје њено право на самоодређење у погледу избора, контроле и континуитета његе, и да се бави њеним социјалним, емоционалним, физичким, психолошким, духовним и културним потребама и очекивањима. Поред тога, ова њега потврђује да трудница и њено нерођено дијете не могу постојати независно од њеног социјалног и емоционалног окружења, те је и ово разматрање укључено у процјену здравствене заштите, али и њено пружање. Суштина је да индивидуални приступ њези треба понудити у сваком тренутку, а не само у рутинској пракси. Досадашње, као и будуће навођење одређених фактора изван је обима/подручја антенаталне његе, а њихово узимање у обзир приликом планирања антенаталне његе довешће до потпунијег разумијевања ситуације у којој се налази трудница, али и окружења у којем ће новорођенче расти. Културолошка сигурност ставља трудницу у средиште његе идентификовањем њених потреба и успостављањем партнерства изграђеног на повјерењу. Културолошка сигурност заснива се на основним људским правима на поштовање, достојанство, оснаживање, сигурност и аутономију. Концепт „културолошке сигурности“ произлази из приступа који културу укључује у шири структурни оквир, фокусирајући се на друштвени положај да би се објаснио здравствени статус, а не на „вриједности, вјеровања и традиције“ одређене групе. Овај приступ узима у обзир динамичку природу културе и разноликост унутар група, избјегава стереотипе и идентификује потребе појединца који прима његу.

Трудницама треба пружити информације засноване на доказима и охрабрити их да учествују у доношењу одлука у вези с његом.

Трудницама и њиховим породицама треба помоћи да се припреме за трудноћу, порођај и родитељство.

Укључивање очева/брачних односно ванбрачних супружника омогућиће им да учествују у одлучивању и буду информисани о начину његе и факторима околине који могу утицати на здравље плода током трудноће (нпр. пасивно пушење мајке). Укључивање очева/брачних односно ванбрачних супружника у антенаталну његу може омогућити рану интервенцију (нпр. подршка породици) у породицама које имају трудницу с тешким менталним поремећајима, као и када су у питању адолесценткиње, труднице у руралним и удаљеним срединама и друга специфична стања.

Водич обухвата многе значајне аспекте антенаталне заштите: када почети с антенаталним посјетама, планирање распореда антенаталних посјета, садржај прве антенаталне посјете те планирање накнадних антенаталних посјета и специфичних активности. Структурно антенатално образовање које одговара појединцу може помоћи трудницама да буду информисане о трудноћи, порођају и родитељству. Психолошка припрема за родитељство може имати користи за ментално здравље родитеља, развој родитељства и развој дјеце. Много је значајних ствари и потенцијалних проблема и компликација које се могу превенирати квалитетно планираном антенаталном заштитом.

Када је у питању планирање дојења, трудницама треба пружити релевантне информације и подршку. Све то позитивно утиче на започињање и трајање дојења, уз све здравствене користи како за мајку тако и за новорођенче. Неопходна је и едукација трудница о значају исхране и физичке активности. Током трудноће препоручује се здрава исхрана, а узимање различитих намирница посебно је значајно у току трудноће и дојења. Додаци исхрани, витамини и гвожђе препоручују се по потреби, а никако рутински.

То су изузетно важни фактори антенаталне заштите којима треба посветити значајну пажњу, како је већ речено о исхрани, тежини и индексу тјелесне масе, крвном притиску, физичким активностима, одустајању од штетних навика као што су пушење и конзумирање алкохола, те савјетовања о узимању лијекова и њиховој евентуалној штетности. Треба водити рачуна о оралном здрављу, сексуалним активностима у току трудноће, путовањима.

Посебно треба водити рачуна о гестацијској старости, развоју плода и анатомији, ултразвучним прегледима, те понудити и предложити скрининг од 18. до 21. седмице трудноће како би се процијенио развој и анатомија плода.

Није мали број, како познатих, тако и непознатих узрока који доводе до прије времененог порођаја.

Труднице код којих су утврђени фактори ризика треба контролисати на прегледима и путем чешћих савјетовања.

Доступни су брисеви и тестови којима је могуће утврдити присуство многих микроорганизама и вируса те хромосомских аномалија, као и функционисање штитне жлијезде.

Овим клиничким водичем антенаталне заштите обухваћен је велики број фактора који утичу, а често и детерминишу трудноћу, јер можемо рећи, без претјеривања, да су трудноћа и порођај велика мистерија Природе. И поред свих великих напредака и достигнућа, за здраво дијете потребан је велики труд, напор, а често и одрицање од неких лоших навика. Потребно је бити у функцији трудноће, радити и живјети у складу с тим стањем. Стање трудноће је специфично и карактерисано појачаном функцијом свих органских система, па се стога то стање некада звало и ДРУГО СТАЊЕ. Самим тим, организам је изложен далеко већем напору. У трудноћи организам је изложен много већим поремећајима и обољењима која су својствена само стању трудноће. Због тога је неопходно да се превасходно трудница, али и њена породица, придржавају одређеног режима и да поштују одређена начела која нису само хигијенско-дијететска. То су начела која почивају и утврђују се на најширој основи човјековог живота, а то подразумијева цјелокупну баштину људског умног и културног развитка. Хигијена не подразумијева само одржавање чистоће тијела и простора у коме живи трудница; она подразумијева и менталну хигијену, једно далекосежније поспремање, умивање свога духа, његовање укупног менталног склопа. Хигијена је здрав смијех и радост, благост и кроткост, умна и културна његованост. Све те вриједности добро су означене и апострофиране и у овом Водичу, и не треба ниједног тренутка посумњати у значај свега поменутог, јер све је то нужно да се донесе и роди здраво дијете. Стога, поштоване труднице, овај водич и јесте превасходно намијењен вама, и зато захтијевајте и тражите од својих најближих да се и они ускладе с вашим стањем. Нека се активно укључе, одричући се лоших навика и предрасуда, јер здраво потомство се не подразумијева, оно се стиче најсуптилнијом људском активношћу, а то подразумијева човјекову најплеменитију и најпрофињенију снагу.

Надамо се да је овај Водич обухватио најзначајније елементе и разјаснио велики број чинилаца који утичу на саму трудноћу и плод, стављајући стање трудноће и порођаја у широке индивидуалне оквире, укључујући и одговорност и значај социјалног учешћа.

На самом крају очекујем и искрено се надам да ће овај Водич бити од користи свима који га буду користили, стручним тимовима, а свакако и трудницама, да боље разумију одређене аспекте трудноће и да то стање (трудноће и порођаја) не схвате и не доживе као напор и мучење, већ као велику радост те најпотпунији и најдубљи облик постојања – ЖЕНЕ-МАЈКЕ.

Проф. др Ненад В. Бабић
специјалиста гинеколог-акушер

Бања Лука: 9. децембар 2020.

ПРЕДГОВОР

Поштоване колеге, здравствени радници,

у клиничком водичу који је пред вама садржане су смјернице и начин њихове примјене у пракси, израђене с циљем унапређивања и очувања здравља трудница и обезбјеђивања здравог почетка живота.

Као што знамо, антенатална заштита је она заштита коју жена прима од почетка трудноће до порођаја и која помаже у осигурању здравих исхода и за жену и за новорођенче. Улога система здравствене заштите је да становништву обезбиједи доступну и квалитетну здравствену заштиту која је заснована на доказима. Одлучивши се за адаптацију Аустралијског клиничког водича за антенаталну заштиту, аутори су настојали да стандардизују добру клиничку праксу и унаприједе квалитет и безбједност здравствене заштите трудница и новорођенчади.

Све жене би требало да су обухваћене здравственом заштитом у вези с планирањем породице, која почиње и прије трудноће, како би се осигурао нормалан ток трудноће, порођај и период након порођаја. Важно је омогућити рано откривање и збрињавање компликација, откривање хроничних стања која могу утицати на мајку и дијете те индивидуално савјетовање и едукацију труднице, како би се перинатални морталитет (смрт нерођеног дјетета и смрт новорођенчета до 6. дана живота) и морбидитет свели на најмању могућу мјеру.

Заштита и њега труднице треба да буде свеобухватна и усмјерена на друштвене, емоционалне, физичке, психолошке, духовне и културне потребе и очекивања.

Желим да се захвалим свима који су учествовали у изради овог водича, а посебно Канцеларији УНФПА у Босни и Херцеговини, која је препознала важност и потребу за израду водича за антенаталну заштиту те пружила техничку подршку при његовој адаптацији.

Такође, желим да охрабрим све здравствене раднике, будуће кориснике водича, да га примјењују у свом свакодневном раду.

Министар здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске
Ален Шеранић, др мед.

САДРЖАЈ

УВОД ... 22
Методологија израде ... 23
Резултати ... 26
ДЕФИНИЦИЈА АНТЕНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ ... 26
ПРУЖАЊЕ УСЛУГА АНТЕНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ ... 26

ДИО А: ОПТИМИЗАЦИЈА ЊЕГЕ У ТРУДНОЋИ ... 28
1. Принципи његе ... 28
2. Пружање његе усмјерене на труднице ... 29
2.1 Разумијевање контекста трудноће ... 29
2.2 Културолошка сигурност у антенаталној њези ... 30
2.3 Пружање информација и подршке трудницама у доношењу одлука ... 31
2.4 Укључивање породице ... 32
3. Њега трудница с тешким менталним поремећајима ... 33
3.1 Утицај тешких менталних поремећаја у трудноћи ... 33
3.2 Планирање антенаталне његе за труднице с тешким менталним поремећајима ... 35
4. Остале групе становништва са специфичним потребама збрињавања ... 36
4.1 Адолесценткиње ... 36
4.2 Труднице у руралним и удаљеним срединама ... 37

ДИО Б: СРЖ ПРАКСИ У ЊЕЗИ ТРУДНОЋЕ ... 38
5. Пружање услуга његе у трудноћи ... 38
5.1 Приступ антенаталној њези ... 38
6. Антенаталне посјете ... 40
6.1 Број и вријеме антенаталних посјета ... 40
6.2 Планирање распореда антенаталних посјета с трудницама ... 42
6.3 Садржај прве антенаталне посјете ... 43
6.4 Планирање накнадних антенаталних посјета ... 49
7. Припрема за трудноћу, порођај и родитељство ... 53
7.1 Увод ... 53
7.2 Разговор у вези с антенаталном едукацијом ... 54
7.3 Сажетак: антенатално образовање ... 58
8. Припрема за дојење ... 58
8.1 Увод ... 58
8.2 Промоција дојења у антенаталној фази ... 61

8.3 Дискусија у вези са дојењем ... 63
8.4 Сажетак: дојење ... 64

ДИО Ц: РАЗМАТРАЊЕ НАЧИНА ЖИВОТА ... 65
9. Исхрана и физичка активност ... 65
9.1 Увод 65
9.2 Дискусија о исхрани ... 67
9.3 Додаци исхрани ... 71
9.4 Дискусија око физичке активности ... 75
9.5 Сажетак: исхрана и физичка активност ... 76
10. Пушење ... 78
10.1 Увод ... 78
10.2 Процјена пушачког статуса ... 79
10.3 Интервенције које могу помоћи трудници у доношењу одлуке о престанку пушења ... 80
10.4 Надгледање и превенција рецидива ... 82
10.5 Разматрања унутар одређених група становништва ... 83
10.6 Сажетак: пушење ... 83
11. Алкохол ... 85
11.1 Увод ... 85
11.2 Савјетовање о конзумирању алкохола у трудноћи ... 86
11.3 Сажетак: савјетовање трудница вези с алкохолом ... 87
12. Лијекови ... 87
12.1 Лијекови на рецепт ... 87
12.2 Лијекови без рецепта ... 88
12.3 Биљни лијекови ... 89
12.4 Давање савјета о лијековима ... 90
12.5 Сажетак: Савјетовање трудница о употреби лијекова у трудноћи ... 90
13. Употреба супстанци ... 91
13.1 Увод ... 91
13.2 Процјена употребе психоактивних супстанци ... 92
13.3 Расправа о употреби супстанци ... 93
13.4 Сажетак: Употреба супстанци ... 94
14. Орално здравље ... 95
14.1 Увод ... 95
14.2 Давање савјета о оралном здрављу ... 96
14.3 Сажетак: Савјетовање трудница у вези с њиховим оралним здрављем ... 97
15. Сексуална активност ... 98
15.1 Увод ... 98
15.2 Дискусија у вези са сексуалном активности ... 98

15.3 Сажетак: Сексуална активност ... 99
16. Путовање ... 100
16.1 Увод ... 100
16.2 Савјетовање о путовањима за вријеме трудноће ... 100
16.3 Сажетак: Путовање ... 105

ДИО Д: КЛИНИЧКЕ ПРОЦЈЕНЕ ... 106
17. Тежина и индекс тјелесне масе ... 106
17.1 Увод ... 106
17.2 Процјена BMI и добијање на тежини ... 109
17.3 Сажетак: Мјерење тјелесне тежине и BMI ... 113
18. Гестацијска старост ... 114
18.1 Процјена гестацијске старости ... 114
18.2 Друга разматрања у процјени гестацијске старости ... 117
18.3 Сажетак: Процјена или потврда гестацијске старости ... 118
19. Развој плода и анатомија ... 119
19.1 Увод ... 119
19.2 Понуда процјене развоја и анатомије плода ... 119
19.3 Друга разматрања ... 121
19.4 Савјетовање о процјени развоја и анатомије плода ... 122
19.5 Сажетак: Фетални развој и анатомија ... 123
20. Застој у расту плода и процјена стања плода ... 124
20.1 Заостај у расту плода ... 124
20.2 Покрети плода ... 127
20.3 Процјена откуцаја срца плода ... 129
20.4 Сажетак: Застој у расту плода ... 131
21. Ризик од пријевременог порођаја ... 132
21.1 Увод ... 132
21.2 Идентификовање жена с повећаним ризиком од пријевременог порођаја ... 133
21.3 Откривање и превенција ... 135
21.4 Савјетовање о ризику од пријевременог порођаја ... 138
21.5 Сажетак: Ризик од пријевременог порођаја ... 139
22. Крвни притисак ... 140
22.1 Увод ... 140
22.2 Мјерење крвног притиска ... 141
22.3 Сажетак: Крвни притисак ... 143
23. Протеинурија ... 143
23.1 Увод ... 143
23.2 Тестирање на протеинурију ... 144
23.3 Одговор на резултате тестирања ... 146

23.4 Сажетак: Тестирање на протеинурију 146
24. Ризик од прееклампсије 147
24.1 Увод 147
24.2 Процјена ризика од прееклампсије 148

ДИО Е: ИСПИТИВАЊЕ/СКРИНИНГ СОЦИЈАЛНОГ И ЕМОЦИОНАЛНОГ СТАТУСА 154
25. Скрининг на депресивне и анксиозне поремећаје 154
25.1 Увод 154
25.3 Преглед на анксиозност 155
25.4 Сажетак: Депресија и анксиозност 156
26. Процјена психосоцијалних фактора који утичу на ментално здравље 156
26.1 Увод 156
26.2 Психосоцијална процјена 157
26.3 Остала разматрања психосоцијалног скрининга 158
26.4 Сажетак: Психосоцијална процјена 158
27. Насиље у породици 161
27.1 Увод 161
27.2 Процјена за насиље у породици 162
27.3 Савјетовање и одговор на насиље у породици 165
27.4 Сажетак: Процјена за насиље у породици 167

ДИО Ф: РУТИНСКИ ТЕСТОВИ У ТРУДНОЋИ 169
28. Анемија 170
28.1 Увод 170
28.2 Испитивање анемије 171
28.3 Лијечење анемије узроковане недостатком гвожђа 171
28.4 Савјетовање о анемији 173
28.5 Сажетак: Анемија 175
29. Поремећаји хемоглобина 176
29.1 Увод 176
29.2 Тестирање на поремећаје хемоглобина 177
29.3 Додатна испитивања 178
29.4 Савјетовање о поремећајима хемоглобина 179
29.5 Сажетак: Поремећаји хемоглобина 179
30. Хипергликемија 180
30.1 Увод 180
30.2 Процјена ризика од дијабетеса 182
30.3 Тестирање на хипергликемију 183
30.4 Савјетовање о дијабетесу у трудноћи (гестацијски дијабетес, дијабетес типа 1 или типа 2) 187
30.5 Сажетак: Дијабетес у трудноћи 188

31. Вирус хумане имунодефицијенције ... 189
31.1 Увод ... 189
31.2 Тестирање на ХИВ инфекцију у трудноћи ... 189
31.3 Савјетовања прије и послије тестирања ... 191
31.4 Сажетак: Тестирање на ХИВ ... 192
32. Хепатитис Б ... 193
32.1 Увод ... 193
32.2 Тестирање на инфекцију хепатитисом Б у трудноћи ... 194
32.3 Сажетак: Тестирање на хепатитис Б ... 195
33. Хепатитис Ц ... 196
33.1 Увод ... 196
33.2 Тестирање на хепатитис Ц инфекцију у трудноћи ... 197
33.3 Сажетак: Тестирање на хепатитис Ц ... 199
34. Сифилис ... 200
34.1 Увод ... 200
34.2 Тестирање на сифилис ... 200
34.3 Брига о трудницама с позитивним резултатима теста на сифилис ... 202
34.4 Лијечење трудница с потврђеним сифилисом ... 202
34.5 Управљање у ванредним ситуацијама ... 203
34.6 Сажетак: Тестирање на сифилис ... 205
35. Рубеола ... 205
35.1 Увод ... 205
35.2 Испитивање имунолошког статуса на рубеолу ... 206
35.3 Сажетак: Тестирање на рубеолу ... 207
36. Асимптоматска бактериурија ... 208
36.1 Увод ... 208
36.2 Тестирање на асимптоматску бактериурију ... 208
36.3 Сажетак: Тестирање на асимптоматску бактериурију ... 211
37. Стрептокок групе Б (Group B Streptococcus, GBS) ... 211
37.1 Увод ... 211
37.2 Превенција инфекције новорођенчади стерптококом групе Б ... 213
37.3 Савјетовање о стрептококу групе Б ... 215
37.4 Сажетак: Стрептокок групе Б ... 216

ДИО Г: ЦИЉАНА ТЕСТИРАЊА ТРУДНИЦА ... 217
38. Хламидија ... 217
38.1 Увод ... 217
38.2 Тестирање на хламидију ... 218
38.3 Рутинско у односу на циљано тестирање ... 220
38.4 Терапија хламидијалне инфекције ... 221

38.5 Сажетак: Хламидија ... 221
39. Гонореја ... 222
39.1 Увод ... 222
39.2 Тестирање на гонореју ... 222
39.3 Савјетовање о гонореји ... 225
39.4 Сажетак: Гонореја ... 226
40. Трихомонијаза ... 227
40.1 Увод ... 227
40.2 Тестирање на трихомонијазу ... 228
40.3 Савјетовање о трихомонијази ... 230
40.4 Сажетак: Трихомонијаза ... 231
41. Токсоплазмоза ... 232
41.1 Увод ... 232
41.2 Тестирање на токсоплазмозу ... 233
41.3 Савјетовање о токсоплазмози ... 235
41.4 Сажетак: Токсоплазмоза ... 235
42. Цитомегаловирус ... 236
42.1 Увод ... 236
42.2 Савјетовање о смањењу ризика цитомегаловирусне инфекције ... 238
42.3 Тестирање на цитомегаловирус ... 239
42.4 Сажетак: Цитомегаловирус ... 240
43. Асимптоматска бактеријска вагиноза ... 241
43.1 Увод ... 241
43.2 Тестирање на асимптоматску бактеријску вагинозу ... 242
43.3 Сажетак: Бактеријска вагиноза ... 244
44. Дисфункција штитне жлијезде ... 245
44.1 Увод ... 245
44.2 Тестирање функције штитне жлијезде ... 246
46.3 Савјетовалиште – дисфункција штитна жлијезде ... 249
44.4 Сажетак: Тиреоидна дисфункција ... 250
45. Статус витамина Д ... 251
45.1 Увод ... 251
45.2 Статус витамина Д у трудноћи ... 252
45.3 Сажетак: Статус витамина Д ... 254
46. Хумани папилома вирус (ХПВ) ... 255
46.1 Увод ... 255
46.2 Тестирање на хумани папилома вирус ... 255
46.3 Сажетак: Абнормалности цервикса ... 257

ДИО X: ХРОМОЗОМСКЕ АНОМАЛИЈЕ ПЛОДА ... 258
47. Хромозомске абнормалности ... 258
47.1 Хромозомске абнормалности у Аустралији ... 258
48. Статистички тестови ... 259
48.1 Доступност тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода ... 259
48.2 Прецизност тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода ... 260
48.3 Савјетовање о тестовима ... 263
48.4 Поступак с пацијенткињама чији налази упућују на велику вјероватноћу хромозомских аномалија плода ... 264
49. Дијагностички тестови ... 265
49.1 Вријеме извођења дијагностичких тестова ... 265
49.2 Савјетовање – дијагностички тестови ... 266
49.3 Тумачење резултата теста ... 266
50. Други аспекти тестирања на хромозомске аномалије плода ... 268
50.1 Доступност и прихватљивост тестирања ... 268
50.2 Едукација здравствених радника ... 268
50.3 Акредитација доктора медицине - специјалиста гинекологије и акушерства са едукацијом из УЗВ дијагностике ... 269
50.4 Сертификација ... 269
50.5 Сажетак: Тестирање на хромозомске аномалије ... 270

ДИО И: УОБИЧАЈЕНИ СИМПТОМИ У ТОКУ ТРУДНОЋЕ ... 271
51. Мучнина и повраћање ... 271
51.1 Увод ... 271
51.2 Терапијске опције за мучнину и повраћање у току трудноће ... 273
51.3 Сажетак: Мучнина и повраћање ... 275
52. Констипација (затвор, нередовна столица) ... 276
52.1 Увод ... 276
52.2 Препоруке за смањење тегоба опстипације ... 277
52.3 Сажетак: Констипација ... 278
53. Жгаравица (Heartburn) ... 279
53.1 Увод ... 279
53.2 Савјетовање – жгаравица ... 279
53.3 Сажетак: Жгаравица ... 281
54. Хемороиди ... 282
54.1 Увод ... 282
54.2 Савјетовање о хемороидима ... 283
54.3 Сажетак: Хемороиди ... 284
55. Проширене вене ... 284
55.1 Увод ... 284

55.2 Савјетовање о проширеним венама 285
55.3 Сажетак: Проширене вене 286
56. Бол у карличном појасу 287
56.1 Увод 287
56.2 Савјетовање о пелвичној боли у трудноћи 288
56.3 Сажетак: Бол у карличном појасу 289
57. Синдром карпалног тунела 290
57.1 Увод 290
57.2 Савјетовалиште – синдром карпалног тунела 291
57.3 Сажетак: Синдром карпалног тунела 292

ДИО J: КЛИНИЧКИ НАДЗОР У КАСНОЈ ТРУДНОЋИ 293
58. Презентација (став) плода 293
58.1 Увод 293
58.2 Палпација абдомена трудница 294
58.3 Карлична презентација (презентација затком) 295
58.4 Спољашњи окрет 296
58.5 Савјетовање о презентацији плода 298
58.6 Сажетак: Презентација плода 299
59. Пролонгирана/Посттерминска трудноћа 300
59.1 Увод 300
59.2 Могућности надзора у посттерминској трудноћи 301
59.3 Надзор пацијенткиња с пролонгираном трудноћом 303
59.4 Савјетовање о посттерминској трудноћи 303
59.5 Сажетак: Пролонгирана трудноћа 304

СКРАЋЕНИЦЕ

25-OHD – 25-хидроксивитамин Д
AAS – Инструмент за процјену злостављања
ACOG – Амерички колеџ опстетричара и гинеколога
ADA – Америчка асоцијација за дијабетес
ADIPS– Удружење за дијабетес у трудноћи Аустралије
AGREE – Инструмент за процјену водича за истраживање и евалуацију
AHMC – Аустралијска национална стратегија дојења
AIDS (АИДС) – Синдром стечене имунодефицијенције
ALPHA (АЛПХА) – Антенатална психосоцијална процјена здравља
ANRK (АНРК) – Упитник антенаталног ризика
ARBD – Аномалије повезане с конзумирањем алкохола у трудноћи
ARND – Неуроразвојни поремећаји повезани с конзумирањем алкохола у трудноћи
BMI (БМИ)– Индекс тјелесне масе
BPD (БПД) – Бипаријетални пречник главице плода
CBT – Когнитивна терапија понашања
cfDNA – Слободнећелијска ДНК
CMACE – Центар за мајку и дијете
CMV – Цитомегаловирус
CPP-ACP – Казеин фосфопептид-аморфни калцијум-фосфат
CRL – Дужина тјеме – тртица плода
DHCS – Одјељење за здравство и заједницу
EIA – Ензимски имунолошки тест
EPDS (ЕПДС) – Единбуршка скала за постнаталну процјену депресије
FAS – Фетални алкохолни синдром
FASD – Фетални алкохолни спектар поремећаја
GBS – Стрептокок групе Б
HAPO – Хипергликемија и лоши исходи трудноће (студија)
HARK – Инструмент за процјену насиља у породици
HC – Обим главице плода
HCG– Хумани хорионски гонадотропин
HITS – Инструмент за процјену насиља у породици
HIV (ХИВ) – Вирус хумане имунодефицијенције
HPV – Хумани папилома вирус
I.J. (И.Ј.) – Интернационалне јединице
IADPSG – Асоцијација група за испитивање дијабетеса и трудноће
IOM – Амерички институт за медицину
IOM – Институт за медицину (САД)

IUGR – Застој у расту плода
IVF – Вантјелесна оплодња
LMP – Посљедњи менструални циклус
MCH – Просјечна количина хемоглобина у еритроцитима
MCV – Просјечан волумен еритроцита
MDMA – Метилендиоксиметамфетамин
NAAT – Тест амплификације нуклеинскекиселине
NHMRC – Водич за храњење дојенчади
NHMRC – Национални програм за скрининг промјена на грлићу материце (Аустралија)
NICE – Национални институт за изврсност у здравственој њези
NIPT – Неинвазивни пренатални тест
NRT – Никотинска надомјесна терапија
PAPP-A – Плазма протеин трудноће А
PCR – Ланчана реакција полимеразе (врста лабораторијских тестова)
PRK (ПРК) – Упитник за процјену ризика трудноће
RACGP (РАЦГП) – Аустралијски колеџ љекара опште праксе
RANZCOG – Краљевски колеџ гинеколога и опстетричара Аустралије и Новог Зеланда
RCOG – Краљевски колеџ гинеколога и опстетричара (Велика Британија)
RCT (РЦТ) – Рандомизована контролисана студија
RPR – Брза реакција плазме
SOGC – Удружење опстетричара и гинеколога Канаде
SUDI(СУДИ) – Неочекивана смрт новорођенчета
TSH –Тиреостимулишући хормон
USAID – Америчка агенција за међународни развој
UZ (УЗ) – Ултразвук
WAST – Инструмент за откривање злостављања жена
WHO – Свјетска здравствена организација (СЗО)

АНТЕНАТАЛНА ЗАШТИТА У ТРУДНОЋИ

Примарни циљ овог водича је унапређење здравља и искустава трудница у антенаталној заштити кроз промоцију досљедности пружене његе засноване на доказима, стандардизацију добре клиничке праксе те побољшање исхода по мајку и плод како у краткорочном, тако и у дугорочном периоду, што би на крају резултирало смањењем перинаталног морбидитета и/или морталитета. Овај документ је превасходно намијењен докторима медицине - специјалистима гинекологије и акушерства, медицинским сестрама/техничарима гинеколошко – акушерског смјера, докторима медицине - специјалистима породичне медицине, докторима медицине - специјалистима ургентне медицине, менаџерима у здравству и креаторима политика у области јавног здравља, нарочито у срединама с оскудним ресурсима, али и трудницама/мајкама и њиховим породицама. Документ је намијењен и здравственим радницима задуженим за израду протокола и здравствених политика у области репродуктивног здравља.

УВОД

Клинички водич за антенаталну заштиту настао је на основу адаптираних Препорука Одјељења за здравље аустралијске владе. Почива на актуелним препорукама заснованим на научним доказима, мишљењима стручњака из предметне области и консензусу струке, као и мишљењима пацијената и осталих кључних заинтересованих страна. У Републици Српској/Федерацији Босне и Херцеговине, клинички водичи су савјетодавног карактера те су, као такви, флексибилни и обухватају већину нових научних и клиничких достигнућа која се реално могу примијенити у здравственом систему. Израда водича треба да постане одржив процес у здравственом систему, при чему је, наравно, потребно узети у обзир ограничене ресурсе. Клиничке водиче израдили су мултидисциплинарни тимови здравствених радника и осталих актера у сарадњи, уз активно учешће и подједнаку заступљеност свих заинтересованих страна.

Клинички водич за антенаталну заштиту базира се на антенаталној њези здравих трудница, односно трудница код којих нису идентификована претходно постојећа стања и које нису у већем ризику од компликација као што је нпр. вишеплодна трудноћа.

Клинички водич за антенаталну заштиту ***не укључује:***

- информације прије зачећа или у вези с постнаталном његом
- савјете у вези с клиничким менаџментом жена и новорођенчади када се утврде ризици

тестирањем или клиничком процјеном (с изузетком сифилиса, гдје је препорука за лијечење укључена због тренутног избијања, смрти као посљедица урођеног сифилиса и повећања преваленце на националном нивоу)
- расправу о одређеним темама уколико је пракса већ успостављена (нпр. испитивање крвне групе) или уколико се иста није сматрала приоритетом за укључивање у овај Водич, а савјети су дати од стране других организација (нпр. исцједак из роднице, бол у леђима).

МЕТОДОЛОГИЈА ИЗРАДЕ

Током процеса утврђивања водича који би били најпогоднији за адаптацију, Група за адаптацију водича („Група“) Босне и Херцеговине радила је у неколико фаза. Један од кључних корака био је утврђивање питања из домена клиничке праксе и здравствене политике, на која би изабрани водичи дали одговоре. Ова клиничка питања морала су бити релевантна за задату тему – антенатална заштита. Чланови Групе су утврдили 43 клиничка питања из домена антенаталне заштите, а подијељена су у девет кључних група:

1. дефиниција
2. циљ водича
3. намјена водича
4. савјетовање
5. надзор у току трудноће
6. надзор плода
7. надзор (36 – 40 седмица)
8. надзор након 40. седмице
9. надзор послије 41. седмице

Након подјеле питања у групе, услиједила је анализа сљедећих 5 водича:

- Америчка агенција за међународни развој (USAID). Национални водич за антенаталну његу (2018)
- Министарство здравља Републике Србије. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити - Здравствена заштита жена у току трудноће (2005)
- Национални институт за изврсност у здравственој њези (*NICE*). Антенатална заштита – рутинска њега за здравље труднице, (2008) неке препоруке су ажуриране између 2010. и 2019. год.
- Влада Аустралије, Одјељење за здравство. Клиничке практичне смјернице: Њега у трудноћи, (2019)

- Препоруке Свјетске здравствене организације у вези с антенаталном заштитом за позитивно искуство у трудноћи, (2016)

Водиче је анализирала петочлана група с циљем да се утврди да ли и у којој мјери могу дати одговор на питања из наведених група. Анализом је утврђено да 3 водича задовољавају постављени критеријум и да их је неопходно анализирати помоћу методологије *„AGREE II“*. То су сљедећи водичи: Министарство здравља Републике Србије. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити - Здравствена заштита жена у току трудноће (2005); Национални институт за изврсност у здравственој њези (*NICE*). Антенатална заштита – рутинска њега за здравље труднице, (2008) и Влада Аустралије, Одјељење за здравство. Клиничке практичне смјернице: Њега у трудноћи, (2019)

Оцјена квалитета методологије коришћене у изради изабраних клиничких водича била је други неопходни корак у избору водича који би у највећој мјери задовољили домаће потребе и интересе. Прецизност методологије мјерена је алатом *AGREE II*, валидним и поузданим инструментом за процјену водича. Инструмент *AGREE II* представља детаљну анализу водича према 23 критеријума, који су груписани у шест области:

1. предмет и сврха (3 критеријума),
2. укљученост актера (3 критеријума),
3. прецизност израде (8 критеријума),
4. јаснoћа изношења материје (3 критеријума),
5. могућност примјене (4 критеријума), и
6. издавачка независност (2 критеријума).

У области ***предмет и сврха*** процјењује се да ли су у водичу дефинисани општи циљ израде водича, клиничка питања и циљна популација.

Укљученост актера значи степен у којем водич одражава мишљење корисника којима је намијењен. У водичу треба јасно дефинисати циљне кориснике и навести ставове и приоритете циљне популације (нпр. пацијената, јавности). У групи за израду водича треба да се нађу сви релевантни представници струке који су битни за предметну област.

У сљедећој области процјењује се ***прецизност израде водича***, што укључује анализу систематских метода у претраживању литературе, транспарентност процеса прикупљања доказа и утврђивања експлицитне везе између препорука и доказа. Исто тако, разматра се да ли ће, прије објављивања, водич проћи рецензију независних стручњака у овој области и да ли је ажурирање смјерница документовано.

У четвртој области испитује се ***јаснoћа изношења материје*** којом се водич бави. Препоруке морају бити конкретне, недвосмислене и лако препознатљиве. Различите могућности

санирања одређеног здравственог проблема треба да буду јасно приказане.

У области ***могућности примјене*** анализира се да ли се водич бави подстицајима и препрекама у примјени те да ли садржи савјете и/или инструменте за практичну примјену препорука. Анализирају се потенцијалне импликације препорука на ресурсе и да ли водич садржи критеријуме за праћење и/или ревизију истих.

На основу критеријума за ***област издавачка независност***, анализира се транспарентност тијела која финансирају израду водича и евентуално постојање сукоба интереса чланова групе за адаптацију водича.

У складу с методологијом *AGREE II,* сваки критеријум оцијењен је на скали од 1 (уопште се не слажем) до 7 (у потпуности се слажем). Оцјењивачи су такође образложили оцјене за сваки критеријум понаособ и дали укупну оцјену водича и коначан став, тј. навели да ли водич препоручују у цијелости, уз измјене или га не препоручују.

Три оцјењивача анализирала су све изабране водиче за антенаталну заштиту. Непосредно прије процеса оцјењивања сви оцјењивачи су савладали примјену инструмента *AGREE II*. Уз помоћ инструмента *AGREE II* сваки оцјењивач засебно је оцијенио сва три водича. Највећом оцјеном оцијењене су Препоруке Владе Аустралије, Одјељење за здравство. Клиничке практичне смјернице: Њега у трудноћи и Националног института за изврсност у здравственој њези (*NICE*). Антенатална заштита – рутинска њега за здравље труднице. Сва три оцјењивача препоручила су усвајање и примјену водича Владе Аустралије, Одјељење за здравство. Клиничке практичне смјернице: Њега у трудноћи. Током поступка оцјењивања оцјењивачи нису међусобно комуницирали, а анонимне резултате су заједнички разматрали. Тиме је завршен избор водича.

Сљедећи корак је била оцјена 60 препорука у складу са оцјеном и 113 препорука у вези с консензусом и примјеном у пракси из водича Владе Аустралије, Одјељење за здравство. Клиничке практичне смјернице: Њега у трудноћи. За једногласно дефинисање препорука коришћена је техника *DELFI*. Према овој техници, панел стручњака из области гинекологије (тј. три члана радне групе) оцијенио је 60 препорука из *ACOG* водича, које су им биле достављене у табели; свака препорука оцијењена је понаособ на скали LIKERT од 1 до 9 (1 – 4: не слажем се с препоруком; 5: суздржан; 6 – 9: слажем се с препоруком). Табела с препорукама достављена је у електронској форми, а попуњена табела је враћена администратору. Имена чланова групе су била кодирана, чиме је обезбијеђена анонимност. Након сваког завршеног круга бодовања стручњаци би добили резултате у облику статистичке заступљености одговора групе. Процес је понављан у три круга. Након сваког круга, администратор би разврстао резултате, унио их у табелу с LIKERT скалом и поново доставио стручњацима. Циљ је био сузити распон одговора и постићи максималну усаглашеност. Стручњаци су, у сваком тренутку, могли да промијене

своје мишљење о претходно усаглашеним ставовима. Након трећег круга, 60 препорука у складу с консензусом је сведено на 1 препоруку (4 препоруке су одмах након другог круга избачене), односно 113 препорука у вези с примјеном у пракси је сведено на 5 препорука које су стручњаци различито бодовали (у распону: не слажем се – слажем се). Метод *DELPHI* сматра се исцрпљеним када стручњаци усагласе ставове или када се до коначног става дође консензусом.

РЕЗУЛТАТИ

Усвојено је 56 препорука и 98 препорука у складу с примјеном у пракси и са консензусом, које су приказане кроз текст у одговарајућим поглављима. За сваку препоруку, квалитет доказног материјала оцијењен је као: изразито слаб, слаб, солидан или висок. Класа препорука из оригиналног документа оцјењивана је према квалитету доказног материјала и других фактора (нпр. вриједности и приоритети учесника, магнитуда ефекта, однос користи и штете, ресурси те могућност примјене препорука) те су, као такве, препоруке преузете и уврштене у овај водич.

ДЕФИНИЦИЈА АНТЕНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Антенатална заштита је она заштита коју жена прима од почетка трудноће до порођаја и која помаже у осигурању здравих исхода трудноће и за жену и за новорођенче. Антенатална заштита подразумијева циљане прегледе који су прилагођени индивидуалном стању сваке труднице како би се осигурао нормалан ток трудноће, порођај и период након порођаја те омогућило рано откривање и збрињавање компликација, откривање хроничних стања која могу утицати на мајку и дијете те индивидуално савјетовање и едукација трудница. Раним откривањем и правилном селекцијом угрожених трудноћа те интензивним надзором труднице и плода доприноси се да се сваки плод развијапрема свом максималном генетском потенцијалу.

ПРУЖАЊЕ УСЛУГА АНТЕНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Улога система здравствене заштите је да обезбиједи доступну и квалитетну заштиту сексуалног и репродуктивног здравља, која је заснована на доказима, било да се ради о обезбјеђивању доступне и квалитетне здравствене заштите за труднице и породиље, превенцији полно преносивих инфекција и слично. Здравствена заштита сексуалног и репродуктивног здравља у Републици Српској је организована кроз три нивоа здравствене заштите: на нивоу примарне

здравствене заштите у оквиру тимова породичне медицине и специјалистичких амбуланти гинекологије и акушерства, а на нивоу секундарне и терцијарне здравствене заштите у виду специјалистичких амбуланти гинекологије и акушерства, болничких одјељења или клиника за гинекологију и акушерство.

Значајан сегмент здравствене заштите у области сексуалног и репродуктивног здравља је редовно прикупљање и анализа података који служе за унапређивање система постојећих и развијање нових услуга. У праћењу сексуалног и репродуктивног здравља становништва у Републици Српској, поред редовног прикупљања и обраде података који се односе на виталну и осталу рутинску статистику, значајно мјесто заузимају различита популациона истраживања. Прикупљање података је централизовано, а најзначајнију улогу у том процесу имају Јавна здравствена установа Институт за јавно здравство Републике Српске и Републички завод за статистику.

ДИО А:
ОПТИМИЗАЦИЈА ЊЕГЕ У ТРУДНОЋИ

1. Принципи његе

Године 1998. Свјетска здравствена организација (WHO) предложила је сет принципа перинаталне његе (WHO 1998) који подржавају заштиту, промоцију и подршку потребну за дјелотворну антенаталну и постнаталну његу. Ти су принципи наведени у табели А1.

Табела А1: WHO принципи перинаталне његе

Њега за труднице с уредном трудноћом и порођајем треба да промовише нормалне репродуктивне процесе и трудницама својствене способности
Трудноћу и порођај треба посматрати као природни процес у животу, а трудницама треба осигурати основну његу с минималним бројем интервенција
Њега треба да буде базирана на употреби одговарајуће технологије
Софистицирана или комплексна технологија не смије да се примјењује када су једноставније процедуре довољне
Њега треба да буде заснована на доказима
Његу треба подржати најбољим доступним истраживањима и рандомизованим контролисаним испитивањима гдје је то могуће и одговарајуће
Њега треба да буде локална
Њега треба да буде доступна што је могуће ближе кући у којој трудница живи и заснована на дјелотворном систему упућивања од примарног до терцијарног нивоа здравствене заштите
Њега треба да буде мултидисциплинарна
Дјелотворна њега може укључивати доприносе широког спектра здравствених радника, укључујући медицинске сестре/техничаре гинеколошко-акушерског смјера, докторе медицине – специјалисте породичне медицине, докторе медицине –специјалисте гинекологије и акушерства, докторе медицине – специјалисте педијатрије, супспецијалисте неонатологије, медицинске сестре/техничаре
Њега треба да буде холистичка

Њега треба да укључује разматрање интелектуалних, емоционалних, социјалних и културолошких потреба трудница, њихове новорођенчади и породица, а не само њихову потребу за физичком његом
Њега треба да буде усмјерена на трудницу
Фокус његе треба да буде задовољење потреба труднице и њеног новорођенчета. Свака трудница би требало да договори на који начин би били укључени њен партнер и њој битни чланови породице или пријатељи. Њега треба да буде прилагођена посебним потребама које трудница може да има
Њега треба да буде културолошки прилагођена и културолошки сигурна
Њега треба да размотри и омогући културолошке варијације приликом испуњења ових очекивања
Њега треба трудницама да пружи информације и подршку како би оне могле доносити праве одлуке
Трудницама треба пружити информације засноване на доказима које ће им омогућити доношење одлука о њези. То би требало урадити на начин који труднице сматрају прихватљивим и разумљивим
Њега треба да поштује приватност, достојанство и повјерљивост трудница
Све труднице имају право да буду лијечене с поштовањем и достојанством и треба да имају право на приватност и на повјерљивост њихових здравствених информација током лијечења

2. Пружање његе усмјерене на труднице

Њега усмјерена на трудницу базирана је првенствено на индивидуалним потребама труднице, њеним очекивањима и тежњама; препознаје њено право на самоодређивање у погледу избора, контроле и континуитета његе; и бави се њеним социјалним, емоционалним, физичким, психолошким, духовним и културолошким потребама и очекивањима. Такође, ова њега потврђује да трудница и њено нерођено дијете не могу постојати независно од њеног социјалног и емоционалног окружења те је и ово разматрање укључено у процјену здравствене заштите, али и пружање исте.

2.1 Разумијевање контекста труднице

Индивидуални приступ њези треба понудити у сваком тренутку, а не само у рутинској пракси. Пружање његе мора бити флексибилно, пријатељско и неугрожавајуће, чинећи је доступном свим трудницама, укључујући и младе труднице. Свака трудница има право на антенаталну његу која узима у обзир њен социјални и емоционални положај. Искуство трудноће, посебно у раним фазама, разликује се за сваку трудницу. Стабилност у остваривању веза и друштвено

окружење утиче на њено искуство. Поред тога, ако трудноћа није планирана или је посљедица сексуалног напада, трудница може осјетити несигурност у вези с тим да ли ће наставити с трудноћом или не.

Иако је навођење свих ових фактора изван обима/подручја антенаталне његе, њихово узимање у обзир приликом планирања антенаталне његе довешће до потпунијег разумијевања ситуације у којој се налази трудница, али и окружења у којем ће новорођенче расти. На тај начин могуће је раније интервенисати, што ће довести до смањења било каквог ризика за трудницу и њено новорођенче. Такође, у сарадњи с трудницом требало би размотрити усмјеравање на неке друге услуге (нпр. становање, социјалне услуге).

2.2 Културолошка сигурност у антенаталној њези

Културолошка сигурност ставља трудницу у средиште његе идентификовањем њених потреба и успостављањем партнерства изграђеног на повјерењу. Културолошка сигурност заснива се на основним људским правима на поштовање, достојанство, оснаживање, сигурност и аутономију. Концепт „културолошке сигурности“ долази из приступа који културу укључује у шири структурни оквир, фокусирајући се на друштвени положај да би се објаснио здравствени статус, а не на „вриједности, вјеровања и традиције“ одређене групе. Овај приступ узима у обзир динамичку природу културе и разноликост унутар група, избјегава стереотипе и идентификује потребе појединца који прима његу.

Културолошку сигурност дефинише појединац који његује здравствену заштиту. Гради се на концептима културолошке свијести (уважавајући културне, друштвене и историјске разлике и рефлектујући се на властиту културу, пристрасност и склоност ка стереотипу) и културолошкој осјетљивости (признавање разлика и истраживање самопостојања). На примјер, ако трудница преферира да је прегледа докторица медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, препознавање те потребе је културолошки освијештено, планирање његе узимајући у обзир потребу труднице је културолошки осјетљиво, а обезбјеђење да трудница не буде прегледана од стране доктора медицине – специјалисте гинекологије и акушерства је културолошки сигурно. Уградња ових ставова у рутинску његу може допринијети културолошки одговорној услузи.

Стратегије за обезбјеђивање културолошки сигурне његе укључују оптимизацију комуникације (нпр. укључењем преводиоца), изградњу здравих односа, прихватање културолошких склоности труднице те рефлексију и анализу утицаја односа моћи и историје на здравље појединаца. Важно је такође признати да интеракција између „културе“ здравственог радника и културе труднице (без обзира на етничку припадност) може резултирати неравнотежом моћи.

Труднице из рањивих и маргинализованих група могу се осјећати беспомоћно у здравственим установама. То се може ријешити на начин да се води пажња о:

- стварима које представљају симбол моћи (нпр. униформа, стетоскоп) и начину на који је просторија уређена (нпр. избјегавање сједења иза стола)
- позиционирању: сјести поред, а не насупрот мирне или стидљиве труднице и њене породице
- показивању искреног поштовања према трудници: већа је вјероватноћа да ће трудница осјећати повјерење, рећи више о свом искуству и лакше прихватити савјет.

2.3 Пружање информација и подршке трудницама у доношењу одлука

Трудницама треба пружити информације засноване на доказима и охрабрити их да учествују у доношењу одлука у вези с његом.

У било којој здравственој интеракцији, трудница има право да:

- одлучи који третман прихвата или не прихвата
- добије лако разумљива објашњења на свом матерњем језику о проблемима специфичним за њено здравље, о било којим предложеним третманима или поступцима и резултатима свих извршених тестова
- има приступ свим здравственим подацима везаним за њу и њено новорођенче
- буде лијечена с поштовањем и достојанством, да зна да је њена медицинска документација повјерљива и да ће се њена приватност поштовати.

Здравствени радници и труднице треба да комуницирају и сарађују као тим. Допринос труднице (и њене породице уколико она тако изабере) важан је дио овог процеса. Досљедност информација, посебно ако то пружају различити професионалци, врло је важна.

Избор или пристанак би требало да буде континуирани процес разговора између труднице и здравствених радника који су укључени у њену његу. Фактори који могу помоћи трудницама у доношењу одлука укључују сљедеће:

- утврђивање колико претходног знања има трудница
- постављање отворених питања и преслушавање одговора
- коришћење вербалних и невербалних знакова
- појашњење информација које је пружила трудница

- појашњење информација које су дате трудници
- пружање лако разумљивог усменог објашњења и писаних или аудио-визуелних информација на језику који трудница преферира (ако је доступно)
- према потреби, коришћење овлаштених преводиоца да се осигура ефикасна комуникација.

Труднице имају право да одбију његу или савјет ако желе или да повуку пристанак у било којем тренутку, као и право да се њихови избори поштују. Важно је да се ниво пружања његе због тога не мијења.

2.3.1 Документовање расправа и одлука

Документовање расправа и одлука треба да садржи јасне и конзистентне записе о:

- информацијама које се пружају трудници и наговјештај да је исте трудница разумјела,
- информисаном пристанку, свјесности и одговорности за доношење одлука,
- разумијевању ризика од стране труднице и њеној одговорности за сопствени избор и одлуке о њези, посебно ако су те одлуке у сукобу с професионалним савјетима (у таквим околностима мора бити јасно документовано да је трудница свјесна и да је прихватила одређени ниво ризика).

2.4 Укључивање породице

Трудницама и њиховим породицама треба помоћи да се припреме за трудноћу, порођај и родитељство. Очеви имају сопствене потребе као појединци, а не само као брачни односно ванбрачни супружници или подршка својим брачним односно ванбрачним супружницама.

Њега фокусирана на труднице обухвата потребе новорођенчета, породице, брачног, односно ванбрачног супружника и заједнице, на начин како их је трудница идентификовала. Сваку трудницу треба питати кога би она жељела да буде укључен у њену његу; неке труднице желе да буде укључен само њихов брачни односно ванбрачни супружник, док друге можда желе да укључе ширу породици или друштво у цјелини. Мањи број трудница може имати ограничену контролу над члановима породице који су укључени у антенаталну његу или на друштвено окружење у којем новорођенче одраста (нпр. изложеност пасивном пушењу или насиљу у породици).

Укључивање очева/брачних односно ванбрачних супружника омогућиће им да учествују у одлучивању и буду информисани о начину његе и факторима околине који могу утицати на здравље плода током трудноће (нпр. пасивно пушење мајке) као и након рођења (нпр. заразне болести попут великог кашља). Укључивање очева/брачних односно ванбрачних супружника у антенаталну његу може омогућити рану интервенцију (нпр. подршка породици) у породицама.

3. Њега трудница с тешким менталним поремећајима

3.1 Утицај тешких менталних поремећаја у трудноћи

Сметње у менталном здрављу често су повезане са слабијим функционисањем труднице, а посебно се доводи у питање способност труднице да се брине о новорођенчету као и стварање сигурне везе мајка – новорођенче, што се опет може повезати с лошијим социјалним и когнитивним исходима у понашању дјетета.

3.1.1 Биполарни поремећаји и шизофренија

Биполарни поремећај карактерише интензивна и трајна промјена расположења, обично између епизода депресије и маније. Шизофренија је сложено стање мождане функције са широким варијацијама у симптомима и знацима болести, али и у току болести. Преваленца шизофреније и биполарног поремећаја у општој популацији износи око 1 на 100. Лица са шизофренијом или биполарним поремећајем (у општој популацији) често имају и друге сметње у менталном здрављу, укључујући депресију и анксиозне поремећаје.

Труднице с биполарним поремећајем или шизофренијом имају већу вјероватноћу да доживе компликације у трудноћи (прееклампсија, гестацијски дијабетес) у односу на труднице с уредном трудноћом, док жене с биполарним поремећајем често могу имати и гестацијску хипертензију, антепартално крварење, озбиљни застој у расту плода (<2 – <3перцентиле) (иако се то може довести у везу с пушењем) и неонатални морбидитет.

3.1.2 Гранични поремећај личности

Гранични поремећај личности карактеришу: емоционална дисрегулација (слабо модулирани емоционални одговори); напори за превазилажење страха од напуштања; интензивне и нестабилне везе; бављење импулсивним активностима (нпр. употреба супстанци); разговор о самоповређивању или самоповређивање и/или самоубилачко понашање; непримјерено, интензивно испољавање бијеса или потешкоће у контроли бијеса и пролазне параноидне идеје повезане са стресом или тешки дисоцијативни симптоми. Труднице које имају гранични поремећај личности често су у дјетињству доживјеле сексуално, физичко или емоционално злостављање или занемаривање. Процијењена преваленца међу трудницама у доби од 25 година је 2,7%.

За труднице с граничним поремећајем личности утврђено је да су под повећаним ризиком од гестацијског дијабетеса, пријевремене руптуре плодових овоја, хориоамнионитиса, венске тромбоемболије, царског реза и пријевременог порођаја. Често се осјећају нелагодно када их се додирне, доживљавају порођај као нешто трауматично и захтијевају завршетак порођаја прије термина, коморбидитет са злоупотребом супстанци је уобичајен, а стопе упућивања на специјалистичке педијатријске прегледе су високе. Континуитет његоватеља (исто лице или мала група људи) вјероватно ће бити од помоћи трудницама с овим стањем.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Када је ријеч о трудницама с граничним поремећајем личности које су често биле изложене сложеној трауми, њега заснована на информацијама у вези с траумом и специфична помоћ за здравствене раднике у суочавању с изазовним понашањима представља приоритет.

Дијагнозу„гранични поремећај личности“ треба користити с опрезом јер често има негативне конотације (посебно за здравствене раднике) и може бити повезана са значајном стигмом. Упркос томе, важно је идентификовати труднице с таквим стањем јер ће њима, њиховим породицама и здравственим радницима бити потребна додатна средства и подршка током антенаталног периода али и касније.

3.2 Планирање антенаталне његе за труднице с тешким менталним поремећајима

Иако су труднице с дијагностикиваним тешким менталним поремећајима и прије трудноће биле под контролом доктора медицине – специјалисте породичне медицине и/или доктора медицине – специјалисте психијатрије, ипак се посебна пажња мора дати планирању њихове антенаталне његе због сложености ових стања и значајних изазова за здравствене раднике у примарној здравственој заштити који су укључени у њихово лијечење.

Приликом планирања антенаталне његе код трудница с тешким менталним поремећајима, потребно је обезбиједити да здравствени радници који су укључени у њихову његу размотре сложеност ових стања и изазове живљења с њима. Ако су доступне, препоручљиво је и укључивање специјалних перинаталних служби за ментално здравље.

Кључна разматрања у пружању антенаталне његе код трудница с тешким менталним поремећајима укључују:

- праћење раних знакова рецидива, посебно зато што се узимање лијекова често прекида прије или током трудноће,
- едукацију о исхрани и престанку пушења, употреби супстанци и уносу алкохола у трудноћи,
- праћење прекомјерног повећања килограма и гестацијског дијабетеса код трудница које узимају антипсихотике, уз разматрање упућивања одговарајућем здравственом стручњаку уколико се утврди прекомјерно повећавање килограма и
- упућивање на планирање мултидисциплинарне његе довољно рано у трудноћи (поготово ако је трудноћа непланирана) с циљем изградње повјерљивог односа и развоја сигурне мреже за мајку, новорођенче и брачног односно ванбрачног супружника.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Када је ријеч о трудницама са шизофренијом, биполарним поремећајем или граничним поремећајем личности, неопходан је мултидисциплинарни тимски приступ њези у антенаталном периоду с јасном комуникацијом, планирањем напредне његе, писаним планом и континуитетом његе у различитим клиничким окружењима.

Када је то могуће, здравствени радници који пружају његу у антенаталном периоду требало би да приступе обуци како би побољшали своје разумијевање његе када је ријеч о трудницама са шизофренијом, биполарним поремећајем и граничним поремећајем личности.

4. Остале групе становништва са специфичним потребама збрињавања

4.1 Адолесценткиње

Иако је код порођаја тинејџерки уочен већи ризик од лошег порођајног исхода попут ниже порођајне тежине, исход наведеног је више повезан са социјалним околностима у којима су се те младе жененашле него с њиховим годинама.

Већа је вјероватноћа да ће адолесценткиње потражити антенаталну његу касније у трудноћи. У 2014. години 47% адолесценткиња у доби од 20 година затражило је антенаталну његу прије 14. седмице трудноће, у поређењу са 66% жена у доби између 30 и 34 године. Лошијим резултатима доприносе висок ниво социјалних недостатака, већа учесталост породичног насиља, виша стопа пушења у трудноћи, недостатак социјалне помоћи и нижи социоекономски и образовни статус тих трудница. Адолесценткиње још увијек имају своје развојне потребе које би требало рјешавати заједно с потребама везаним уз трудноћу. Без обзира да ли је трудноћа планирана, непланирана или нежељена, потреба пријављивања сексуалне активности код адолесценткиња у ризику такође се узима у разматрање.

4.1.1 Побољшање перинаталних исхода за адолесценткиње и њихову новорођенчад

У контексту све већег препознавања потребе младих за услугама које су сензибилизоване ка њиховом јединственом стадијуму биолошке, когнитивне и психосоцијалне транзиције у свијет одраслих, Свјетска здравствена организација утврдила је да услуге прилагођене младима морају бити праведне, приступачне, прихватљиве, примјерене, свеобухватне, ефективне и ефикасне (WHO 2002). Кључне тачке бриге о младима укључују (WHO 2002):

- здравствене раднике и помоћно особље који не осуђују и обзирни су,који поступају са сваком младом особом с једнаком пажњом и поштовањем и који су компетентни, мотивисани и имају добру подршку
- здравствене установе које имају угодан амбијент, одговарајуће радно вријеме, нуде приватност и избјегавају стигму и које за циљ имају кратко вријеме чекања и (по потреби) брзо упућивање на виши ниво.

4.2 Труднице у руралним и удаљеним срединама

Иако је опште прихваћено да би труднице требало да имају приступ сигурној матерналној њези у складу с њиховим процијењеним нивоом ризика и што је могуће ближе мјесту гдје живе, могућности које су доступне трудницама разликују се у зависности од мјеста у којем живе.

Трудницама које живе у руралним, удаљеним или врло удаљеним срединама може бити отежан приступ одговарајућој антенаталној здравственој заштити због удаљености и ограничене доступности услуга. Од њих ће се можда тражити да се породе изван својих заједница, што може довести до додатних финансијских трошкова, недостатка практичне и емоционалне подршке, изолације, недостатка интегрисане његе између система, неприкладне или културолошки непоуздане здравствене заштите и привременог одвајања од старије дјеце.

Стопе неонаталне смрти значајно су веће код трудница које живе у руралним подручјима, а стопа феталне смрти већа је код трудница које живе у удаљеним подручјима. Породице из сеоских и удаљених средина такође доживљавају веће стопе смртности мајки. На примјер, стопа директне смрти мајки је висока у руралним и удаљеним срединама (8% директне смрти мајке на локацијама у којима живи 3% становништва) и пропорционално висока у спољним регионалним срединама.

4.2.1 Обезбеђивање интегрисане његе у руралним и удаљеним срединама

У руралним и удаљеним срединама, његу у великој мјери пружају локални здравствени радници: медицинске сестре/техничари гинеколошко-акушерског смјера, медицинске сестре/техничари, доктори медицине – специјалисти породичне медицине. Важно је да ови здравствени радници, уколико затреба, имају могућност да добију савјете и/или подршку од стране доктора медицине, специјалисте гинекологије и акушерства или других специјалиста. Савремени приступи који укључују телемедицину, линије за подршку и интернетске услуге постају све доступнији, што је од велике важности поготово за руралне и удаљене средине. Такође је важно да здравствени радници из ових средина укључе и породицу и заједницу гдјегод је то могуће и да испитају све могућности за покретање нових програма унутар заједнице, односно да испитају постојеће програме за унапређење могућности за његу труднице у својој средини.

ДИО Б:
СРЖ ПРАКСИ У ЊЕЗИ ТРУДНОЋЕ

5. Пружање услуга његе у трудноћи

Различите труднице имају различите потребе у вези с трудноћом и порођајем и захтијевају приступ одговарајућим нивоима његе. Ниво његе одређује да ли је трудница на правом мјесту, у право вријеме, с правим здравственим радником, за своје клиничке потребе. Модели његе би требало, колико је то могуће, да пруже широк спектар могућности приступу његе, али истовремено и да ускладе квалитет услуге с клиничким потребама.

5.1 Приступ антенаталној њези

Високо обучени, квалификовани и ефикасни тим здравствених радника који пружају услуге трудницама на примарном нивоу и који заједнички раде на ефикаснијој примјени све оскуднијих вјештина представљају кључ за развој и одржавање квалитетних услуга трудницама на примарном нивоу.

5.1.1 Заједничка пракса

Да би услуге које се пружају трудницама остале унутар колаборативних и консултативних оквира, морају се што више ускладити с потребама, склоностима и очекивањима истих. Медицинске сестре/техничари гинеколошко-акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти гинекологије и акушерства и доктори медицине – специјалисти породичне медицине дају значајан допринос заједничком приступу антенаталној њези. У пружању услуга трудницама, сарадња је динамичан процес олакшавања комуникације, повјерења и путева који здравственим радницима омогућавају пружање сигурне његе фокусиране на труднице. Заједнички приступ њези трудница омогућава да и оне буду активне учеснице у планирању своје његе. Овај приступ укључује јасно дефинисане улоге и одговорности за све који су укључени у његу трудница, посебно за лице које трудница види као своју координаторицу за његу.

Сарадња такође укључује и рад унутар успостављених клиничких мрежа и система како би се олакшало правовремено упућивање и пребацивање у одговарајуће службе, када је то потребно. Мреже сарадње унутар ових система од пресудне су важности за омогућавање приступа сигурним, ефикасним и квалитетним услугама.

5.1.2 Континуитет његе и даваоца услуга

Користи од континуитета његе медицинских сестара/техничара гинеколошко-акушерског смјера приликом пружања услуга трудницама добро су документоване. Континуитет његе је уобичајено постављено питање у дискусијама и обухвата подијељена мишљења свих професионалаца укључених у његу трудница у вези с путевима пружања његе, а све у циљу смањења дијељења његе између више давалаца услуга и давања конфликтних савјета. О континуитету даваоца услуга говоримо када здравствени радник којег трудница познаје пружа сву његу трудници. Овај континуитет такође омогућава развој бољег и квалитетнијег односа између њих.

Фактори који могу побољшати континуитет његе укључују:

- размјену информација (нпр. документовањем свих процјена): то смањује потребу да трудница више пута „исприча своју причу“,
- заједнички рад на развоју планова управљања: то осигурава да се они ускладе с локално доступним ресурсима,
- развој веза и мрежа и
- усвајање приступа њези који су се показали као успјешни у локалној средини.

5.1.3 Пружање антенаталне његе трудницама са сложеним социјалним потребама

За труднице са сложеним социјалним потребама њега се може пружити у партнерству с другим агенцијама, укључујући оне које пружају услуге чувања дјеце, услуге подршке трудницама које конзумирају дроге и алкохол, услуге подршке трудним адолесценткињама, те са центрима за заштиту менталног здравља и/или тимовима за спречавање насиља у породици.

5.1.4 Антенаталне групе

Модел антенаталног образовања и подршке гдје су потребе труднице на првом мјесту (у смислу да буде обухваћено оно што оне желе знати, а не оно што здравствени професионалци одлуче да би оне требало да знају) може трудницама пружити прилику да уче једне од других и да изграде сопствену мрежу подршке. Труднице могу лакше научити и усвојити знања слушајући приче или искуства других трудница.

Антенаталне групе могу пружити одрживу алтернативу пружању антенаталне његе оним здравственим установама које имају значајну потражњу за пружањем антенаталне његе али ограничене ресурсе за пружање истих. Антенаталне групе се такође могу користити за испуњавање потреба одређених група трудница, као што су адолесценткиње, труднице са специфичним културним и језичким поријеклом,избјеглице и труднице које су доживјеле неки облик социјалне изолације. Међутим, смјернице о антенаталној њези (WHO 2016) утврдиле су да су потребна додатна истраживања о користима антенаталних група.

6. Антенаталне посјете

Свака антенатална посјета треба да буде направљена у складу с одређеним садржајем који је заснован на потребама труднице. Укључивање процјена и тестова у посјете минимализује непријатности за трудницу.

Док су антенаталне посјете добро успостављене као средство за побољшање перинаталних исхода, број и вријеме посјета су мање проучавани (*NICE* 2008). Систематски прегледи и опсервационе студије настоје доказати повезаност између броја антенаталних посјета и/или гестацијске старости при првој антенаталној посјети с исходима трудноће иако постоје многе разлике у социодемографским и ризичним профилима трудница којима је пружена антенатална њега, а који могу утицати на исте.

6.1 Број и вријеме антенаталних посјета

Cochrane преглед који је обухватио студије у земљама с високим, средњим и ниским приходима није нашао снажне доказе о разликама у броју превремено рођене новорођенчади или новорођенчади с ниском тјелесном тежином између група које су имале редукован број

антенаталних посјета (осам посјета у земљама с високим приходима и мање од пет посјета у земљама с ниским приходима) у поређењу са стандардном његом. Међутим, било је неких доказа да се у земљама с ниским и средњим приходима перинатални морталитет може повећати услијед смањења броја антенаталних посјета. Број индукованих порођаја и царских резова био је сличан код трудница које су имале мањи број антенаталних посјета у поређењу са стандардном његом.

Докази о приоритетима труднице у вези с бројем антенаталних посјета указују на сљедеће:

- за неку трудницу период између посјета се сматрао предугим када је број посјета био мањи од оног који се стандардно пружа,
- већа је вјероватноћа да је трудница која је била задовољна смањеним бројем антенаталних посјета имала његоватеља који ју је и слушао и подстицао да поставља питања у односу на трудницу која није била задовољна смањеним бројем посјета,
- да је трудница старија од 35 година која је претходно већ била трудна, мањег степена образовања или је имала више од два дјетета, предност давала мањем броју посјета, док је трудница млађа од 25 година која је претходно имала лош исход трудноће указивала на предност већег броја посјета у односу на стандардни распоред.

ПРЕПОРУКА 1
Одредите распоред антенаталних посјета на основу потребе труднице. За прву трудноћу без компликација, распоред од десет посјета треба да буде адекватан. За наредне некомпликоване трудноће, распоред од седам посјета треба да буде адекватан.

6.1.1 Временски период почетка антенаталне неге

NICE водич сугерише да се прва антенатална посјета треба заказати трудници прије 10. седмице трудноће због великих потреба за информацијама у раној трудноћи. То такође даје могућност да се уради одређени тестови који су најефикаснији у раној трудноћи (нпр. процјена гестацијске старости, тестирање на хромозомске аномалије).

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
При првом контакту с трудницом договорите прву антенаталну посјету, што захтијева дуг састанак и требало би да се деси у првих 10 седмица.

6.1.2 Економска разматрања

NICE водич је пронашао неупитне доказе у вези с економичношћу смањеног броја антенаталних посјета. Већина постојећих истраживања у развијеним земљама заснива се на истраживањима која су укључивала труднице које су при првом контакту оцијењене с ниским степеном ризика од лоших перинаталних исхода. Доступни докази открили су да:

- пружање рутинске антенаталне његе кроз пет посјета у поређењу с осам посјета није имало утицај на перинаталне исходе и исходе по мајку и зато је било исплативије.
- смањени трошкови повезани са шест или седам посјета у поређењу с тринаест посјета били су удружени с повећаним бројем новорођенчади којој је била потребна посебна или интензивна њега, иако су задовољство мајки и психолошки исходи били лошији код трудница које су имале мањи број посјета.
- иако је просјечан број антенаталних посјета био мањи у Француској него у Енглеској и Велсу у периоду од 1970–1980, није било разлике у исходима трудноћа, што указује на то да би мањи број посјета био исплативији ако се узму у обзир само ови исходи.
- није било значајне разлике у трошковима код трудница које су антенаталну његу добиле од различитих давалаца антенаталне његе.

6.2 Планирање распореда антенаталних посјета с трудницама

Први или сљедећи рани контакт с трудницом пружа могућност да се процијени одговарајући број посјета у складу с њеном трудноћом. Разматрања укључују:

- било која стања која могу утицати на трудноћу или здравствено, социјално и емоционално благостање труднице
- да ли је ријеч о првој или сљедећој трудноћи
- приоритете труднице у вези с пружањем антенаталне његе.

Овај контакт треба искористити како би се трудницама пружило што више информација које су им потребне у раној трудноћи. То укључује објашњења и информације,у писаном или неком другом облику,о доступним различитим врстама његе за труднице и о ономе што свака опција подразумијева. Подаци о свакој опцији његе треба да садрже:

- ко ће бити примарни његоватељ или његоватељи и како ће се бринути о трудници (један на један, као тим и сл.)
- број, вријеме и садржај антенаталних посјета

- мјесто порођаја и рођење
- постнатална њега и подршка.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
На почетку трудноће пружите трудницама информације о броју, времену и садржају антенаталних посјета повезаних с различитим могућностима његе и могућности да разговарају о истом у усменом или писаном облику.

6.3. Садржај прве антенаталне посјете

Први контакт с трудницом у антенаталном периоду може бити када она посјети доктора медицине, специјалисту гинекологије и акушерства на примарном нивоу ради потврде трудноће. Трудница ће тада или започети с антенаталном његом на примарном нивоу или ће бити упућена на виши референтни ниво. Труднице које имају намјеру да се породе у болници заказаће посјету у болници. То ће им можда бити прва посјета у болници уколико им се услуга антенаталне његе буде пружала у болници или касније у трудноћи ако антенаталну његу буду примале у приватној здравственој установи.

Прва антенатална посјета би требало да буде дужа од већине каснијих посјета због обима информација које је потребно размијенити у раној трудноћи. У случају недостатка времена током прве антенаталне посјете, може се уговорити друга посјета која ће покрити активности „прве посјете“ или се исте могу укључити у његу како трудноћа напредује. Трудница би требало барем једном током трудноће да сама дође на преглед, посебно током прве антенаталне посјете, јер присуство њеног партнера може бити препрека приликом откривања породичног насиља или других аспеката њене личне историје. Потреба да се разговара о многим дијагностичким процедурама и тестовима који се нуде трудницама у првом тромјесечју доприноси дужини прве посјете. Важно је објаснити да ниједна дијагностичка процедура или тест нису обавезни и да трудница има право да доноси одлуке на основу добијених информација.

Можда ће бити потребно додатно вријеме код прве антенаталне посјете оних трудница које имају:

- *ограничено искуство у вези са здравственим системом или ограничено разумијевање процеса здравствене заштите:* потребно је јасно појашњење разлога за антенаталне посјете, потребе за тестовима и скринингом, као и употребе технологије,
- *ограничено разумијевање језика:* требало би укључити преводиоце и узети у обзир вријеме за тумачење,

- *оштећење слуха:* за олакшавање комуникације треба користити знаковни језик,
- *прошла искуства која утичу на њихово повјерење у власт или здравствене раднике:* за стицање потребног самопоуздања и повјерења можда ће бити потребно поновно увјеравање и појашњење о пруженој њези као и сарадња с другим службама,
- *психосоцијалне околности* које могу значити да им је потребна интензивнија психосоцијална подршка (нпр. труднице млађе животне доби, труднице из вулнерабилне групе); или
- остали услови који обично захтијевају додатну његу (види Табелу Б1).

Табела Б1: Садржај прве антенаталне посјете

Њега орјентисана на трудницу
Тражите ставове и мишљења труднице
Постављајте отворена питања и пружите прилику за дискусију и постављање питања
Понудите усмене информације поткријепљене информација у писаном облику или у неком другом облику (о темама као што су исхрана и стил живота, доступне услуге у трудноћи, бенефиције за породиље, скрининг и тестови, дојење)
Расправите о укључености партнера/породице у антенаталној њези, користећи родно неутралан језик док се не утврди пол партнера
Пружите емоционалну подршку и емпатију
Расправите о свим трошковима који би могли бити повезани с антенаталном његом
Узмите свеобухватну анамнезу
Тренутна трудноћа (планирана, непланирана, жели наставити или прекинути трудноћу)
Медицинска анамнеза (лијекови, породична анамнеза (висок крвни притисак, дијабетес, генетска обољења), брисеви грлића материце, имунизација, операција дојке)
Акушерска (претходно искуство с трудноћом и порођајем)
Искуства с храњењем новорођенчета
Прехрана и физичка активност
Злоупотреба пушења, алкохола и других супстанци

Очекивања, укљученост партнера/породице, културна и духовна питања, забринутост, знање, трудноћа, порођај, дојење и могућности храњења новорођенчета
Фактори који могу утицати на трудноћу или порођај (нпр. осакаћивање/резање женских гениталија)
Психосоцијални фактори који утичу на емоционално здравље и добробит труднице
Мрежа подршке и потреба за информацијама
Клиничка процјена
Разговарајте о датуму зачећа и посљедње менструације и понудите УЗВ преглед за процјену гестацијске старости (урадити између 8. и 14. седмице трудноће)
Измјерите висину и тежину и израчунајте индекс тјелесне масе те дајте савјет у вези с уредним добијањем на тежини
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију
Одгодите аускултацију срца плода до иза 12. седмице трудноће ако користите *Doppler* и до 28. седмице гестације ако користите *Doppler* или *Pinard* стетоскоп
Процијените ризик од прееклампсије и савјетујте трудницу под ризиком да ниске дозе аспирина од 12. седмице трудноће могу бити од користи у превенцији прееклампсије
Процијените ризик од пријевременог порођаја и пружите савјет о ризико факторима и заштитним факторима
Поставите питања о психосоцијалним факторима који утичу на ментално здравље
Испитивање здравља мајки
Провјерите крвну групу и Rh фактор, комплетну крвну слику и концентрацију хемоглобина и размислите о тестирању феритина у срединама гдје је преваленца анемије с недостатком гвожђа велика
Процијените ризик од дијабетеса и понудите тестирање трудницама с ризико факторима
Препоручите тестирање на ХИВ, хепатитис Б, хепатитис Ц, рубеолу, сифилис и асимптоматску бактериурију
Понудите тестирање на гоноreју трудницама с идентификованим ризико факторима
Понудите тестирање на хламидију свим трудницама млађим од 25 година

У подручјима с великом преваленцом полно преносивих инфекцијаразмотрите могућност да свим трудницама понудите тестирање на хламидију и гоноreју
Понудите тестирање на трихомонијазу трудницама које имају симптоме
Понудите тестирање на цитомегаловирус трудницама које имају чест контакт с великим бројем врло мале дјеце
Понудите тестирање функције штитне жлијезде трудницама које имају симптоме или висок ризик од дисфункције штитне жлијезде
Понудите тестирање на недостатак витамина Д само ако постоје посебне индикације
Понудите тестирање на хромозомске аномалије
Понудите скрининг грлића материце трудницама које нису имале исти у препорученом периоду
Савјетујте труднице о мјерама за избјегавање токсоплазмозе или цитомегаловирусне инфекције
Процјена
Процијењени термин порођаја/гестацијска старост
Ризико фактори: физички, социјални, емоционални
Потреба за упућивањем на виши референтни ниво
Потреба за даљњом истрагом/лијечењем/превентивном његом
Акције
Савјети о опцијама за пружање антенаталне његе и мјесту рођења
Препорука за виши референтни ниво ако је потребно
Додатна испитивања по потреби
Општи савјет (узимајући у обзир партнера/породицу): симптоми трудноће, додаци, пушење, исхрана, алкохол, физичка активност, употреба супстанци, посјете стоматологу
Ако је потребно, приступ савјетовању и прекид трудноће (ако је то у складу са законским прописима)
Превентивне интервенције: фолати, јод и други по потреби (нпр. додатак гвожђа)
Специфичне вакцинације укључујући грип и пертусис

Труднице са стањима која су наведена у табели Б2 обично захтијевају додатну његу која није детаљно обрађена у овом водичу.

Табела Б2: Труднице које захтијевају додатну његу

Постојећи услови
Прекомјерна тјелесна тежина или потхрањеност
Кардио-васкуларне болести (нпр. хипертензија, реуматска болест срца)
Остала стања (нпр. болест бубрега; дијабетес типа 1 или типа 2; обољења штитне жлијезде, хематолошка или аутоимуна обољења; епилепсија; малигнитет; тешка астма; ХИВ, хепатитис Б или хепатитис Ц)
Сметње у менталном здрављу
Инвалидитет
Осакаћивање/резање женских гениталија
Искуства у претходним трудноћама
Прекид трудноће
Више од два побачаја
Пријевремени порођај
Преeклампсија или еклампсија
Резус инкомпатибилија или друга значајна антитијела крвне групе
Операција материце (нпр. царски рез)
Антенатално или постпартално крварење
Постпорођајна психоза
Четири или више порођаја
Мртворођеност или неонатална смрт
Гестацијски дијабетес

Мало (хипотрофично) или велико (хипертрофично) новорођенче у односу на гестацијску старост
Новорођенче с конгениталним аномалијама (структурне или хромозомске)
Претходне велике операције
Операције на срцу (укључујући корекцију урођених аномалија)
Гастроинтестиналне (нпр. ресекција црijева)
Баријатријске (гастрични бајпас, *Lap banding* – постављање подесивог желучаног прстена)
Гинеколошке (нпр. миомектомија, конус биопсија, ексцизија/конизација зоне трансформације грлића омчицом [*LLETZ*])
Животна разматрања
Историја злоупотребе алкохола
Употреба рекреативних дрога као што су марихуана, хероин, кокаин (укључујући крек кокаин), амфетамин(нпр. „лед“) и екстази
Психосоцијални фактори
Сметње у развоју или друга врста инвалидности
Рањивост или недостатак социјалне подршке
Претходно искуство насиља или социјална дислокација

6.4 Планирање накнадних антенаталних посјета

Утврђивање обрасца посјета и активности које се предузимају при свакој посјети захтијева флексибилност. Његу треба планирати заједно с трудницом на основу потреба утврђених процјенама, с фокусом на континуитет његе кад год је то могуће. Планирање такође треба да узме у обзир учешће брачног односно ванбрачног супружника/породице. У случају да су труднице касније започеле с антеналаним посјетама, биће потребни додатни посјети како би се надокнадило пропуштено вријеме, односно пружиле информације и процјене које се обично пружају раније у трудноћи.

При свим посјетама треба пружити прилику трудници да подијели своја очекивања и искуства, као и да размотри сва питања и/или проблеме који су се појавили од њене задње посјете, укључујући психосоцијалну подршку и питања менталног здравља. Трудницама би се такође требале понудити информације о аспектима здравља у трудноћи и раном родитељству (нпр. исхрана, алкохол, пушење, ублажавање симптома трудноће ако се исти појаве, дојење, смањење ризика од изненадне и неочекиване смрти у дојеначкој доби [СУДИ]). Повјерење труднице у њену способност да изнесе трудноћу, породи се и брине се о новорођенчету треба подржавати током антенаталне његе. Поред тога, и антенатално образовање би требало да јој пружи подршку у припреми на промјене у животу и њеном односу са брачним односно ванбрачним супружником и разумијевању физичких и емоционалних потреба новорођенчета. Потребе труднице треба да диктирају врсту информација и подршке која ће се истој пружити (нпр. док ће многе труднице имати користи од писаних информација, понекад су погоднији други облици информација попут оних у аудио или видео формату). Поред тога, трудница би требало да разговор усмјерава на питања која су њој битна за боље разумијевање проблема.

Табела Б3 приказује одговарајуће фазе гестације за скрининг, тестове и клиничке процјене, иако увијек на уму треба имати и флексибилност. Различите труднице ће имати потребу за различитим аспектима његе у различито вријеме. Ако било која процјена или тестови утврде потребу за праћењем, могу бити потребне додатне посјете.

Табела 3: Додатне специфичне активности у накнадним антенаталним посјетама

16 – 19 седмица
Прегледајте, разговарајте и забиљежите резултате свих урађених тестова
Преиспитајте планирани образац његе трудноће и утврдите да ли је потребна додатна њега или упутница на виши референтни ниво
Процијените раст плода
Понудите скенирање плода у периоду између 18. и 20. седмице трудноће
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
20 – 27 седмица
Процијените раст плода
Разговарајте о покретима плода: вријеме, нормални обрасци итд.
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације прееклампсије (нпр. високи крвни притисак)
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
Испитајте хипергликемију између 24. и 28. седмице гестације
Поновите тест испитивања феритина ако су у првом триместру нивои идентификовани као ниски
28. седмица
Процијените раст плода
Разговарајте о покретима плода
Испитајте анемију, крвну групу и Rh фактор
Препоручите одређивање *anti-D* антитијела резус негативним трудницама
Измјерите крвни притисак

Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације прееклампсије (нпр. висок крвни притисак)
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
Урадите тест на хипергликемију ако то већ није рађено
29 – 34 седмице
Процијените раст плода
Разговарајте о покретима плода
Прегледајте, расправите и забиљежите резултате тестова урађених током 28. седмице
Преиспитајте планирани образац његе у трудноћи и идентификујте оне труднице којима је потребна додатна њега, организујте упућивање на виши ниво ако је то потребно
Пружите информације уз могућност разговора и постављања питања у вези с припремом за порођај као и о самом порођају, укључујући план порођаја, препознавање стварних трудова и позитивно управљање болом код уредног порођаја (ово би требало урадити раније уколико трудница живи у удаљеним подручјима)
Расправите о дојењу (нпр. стављање новорођенчета мајци на груди одмах по рођењу, рано храњење, смјештај мајке и новорођенчета у исту собу, потенцирати искључиво дојење, храњење на захтјев, подршка партнера); разговарајте о другим видовима храњења новорођенчета уколико мајка одлучи да не доји
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације прееклампсије (нпр. висок крвни притисак)
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
Понудите да поново урадите УЗВ преглед у 32. седмици трудницама код којих је постељица прелазила преко унутрашњег материчног ушћа у периоду између 18. и 20. недјеље гестације, када је рађен ултразвучни преглед
Препоручите другу дозу *anti-D* антитијела резус негативним трудницама у 34. седмици.

35 – 37 седмица
Процијените раст плода
Разговарајте о покретима плода
Дајте информације, укључујући његу о новорођенчету, смањење ризика од изненадне и неочекиване смрти у новорођенчади (СУДИ), скрининг тестове за новорођенчад и профилаксу витамином К, доступност психосоцијалне подршке у постналталном периоду, укључујући здравствене услуге за мајке и новорођенчад и психосоцијалну подршку, уз могућност дискусије и постављања питања
Процијените предњачећи дио плода палпацијом трбуха од 36. седмице и УЗВ прегледом потврдите било какву сумњу у нађено
Код трудница код којих се при прегледу утврди да не предњачи глава плода, разговарајте о другим опцијама предњачећег дијела плода, укључујући и опцију када предњачи задак па се говори о карличном порођају
Понудите тестирање на стрептокок групе Б ако је ријеч о организационој политици да се рутински тестирају све труднице
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације или ризико факторе за прееклампсију (нпр. висок крвни притисак)
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
38 – 40 седмица
Процијените раст плода
Пружите све потребне информације, укључујући и информације у вези су редном дужином трајања трудноће и почетком порођаја, с могућношћу да се разговара о било чему што код труднице изазива страх или бригу, и постављајте питања
Разговарајте о покретима плода, узимајући у обзир и потребу за брзим контактом с доктором медицине, специјалистом гинекологије и акушерства, уколико постоје било какве недоумице због смањеног броја покрета или због одсутности покрета плода
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације или ризико факторе за прееклампсију (нпр. висок крвни притисак)

Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности
Труднице које нису родиле до 41. седмице
Пружите информације, укључујући и разговор о могућностима за завршетак пренесене трудноће – индукција порођаја(нпр. љуштење мембране), уз прилику за дискусију и постављање питања
Разговарајте о покретима плода, узимајући у обзир и потребу за брзим контактом с доктором медицине, специјалистом гинекологије и акушерства, уколико постоје било какве недоумице због смањеног броја покрета или због одсутности покрета плода
Измјерите крвни притисак
Урадите тест на протеинурију код трудница које имају клиничке индикације или ризико факторе за прееклампсију (нпр. висок крвни притисак)
Понудите трудницама да им измјерите тјелесну тежину, подстакните их да саме контролишу своју тјелесну тежину и разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности

7. Припрема за трудноћу, порођај и родитељство

Структурно антенатално образовање које одговара појединцу може помоћи трудницама да буду информисане о трудноћи, порођају и родитељству. Психолошка припрема за родитељство може имати користи за ментално здравље родитеља, развој родитељства и развој деце.

7.1 Увод

Структурно образовање за припрему порођаја и родитељства настало је тако што су традиционални методи размјене информација временом пропадали. Многи даваоци услуга здравствене заштите за мајке, укључујући здравствене установе, болнице, приватне агенције и добротворне организације, као и удружења опстетричара и удружења бабица, пружају антенатално образовање за будуће родитеље. Антенатално образовање може се пружати појединачно или у групама (нпр. часови за труднице, радионице за парове).

Антенатални образовни програми имају низ циљева укључујући:

- утицај на здравствено понашање
- припрему трудница и њихових партнера за порођај, узимајући у обзир и изградњу самопоуздања трудница у њихову способност да роде
- припрему трудница на бол приликом порођаја и подршку рађању без олакшања болова
- разговоре о дојењу
- учвршћивање односа мајке и плода
- припрему за родитељство (нпр. промјене у односима, физичке и емоционалне потребе новорођенчета, уравнотежење потреба новорођенчета и потреба друге дјеце) и промоцију самопоузданог родитељства
- развој мрежа социјалне подршке
- допринос смањењу перинаталног морбидитета и смртности.

Антенатални образовни програми обично покривају низ тема и могу укључивати:

- физичко благостање (исхрана, физичка активност, пушење, алкохол, орално здравље)
- емоционално благостање и ментално здравље током трудноће и након рођења новорођенчета (прилагођавање промјенама, очекивања, вјештина борбе, знање када потражити помоћ)
- трудови (фазе трудова, положаји, дисање и опуштање, подршка, олакшавање бола)
- порођај (нормалан порођај, асистирани порођај, царски рез, епизиотомија)
- опције за труднице с компликацијама у претходној трудноћи или порођају
- дојење (контакт кожа на кожу, предности раног дојења, везаност, дојење као физиолошка норма)
- рано родитељство (нормално понашање новорођенчета, одмор, сигурност спавања, имунизација, везаност за новорођенче)
- начини налажења подршке и изградње мрежа у заједници након што се роди новорођенче.

Такође су доступни антенатални програми за парове који имају за циљ да побољшају однос између партнера и однос између родитеља и дјетета.

7.2 Разговор у вези с антенаталном едукацијом

Докази о антенаталном образовању су хетерогени, с резултатима мјереним укључујући искуство рођења и родитељства, постнатално ментално здравље и искуство антенаталног образовања.

7.2.1 Знање и здравствена понашања

Cochrane прегледом је утврђено да труднице стичу знање из антенаталног образовања, али да је ефекат тог знања на порођај или родитељство и даље непознат. Проспективна кохортна студија је показала да је 74% мајки (које су то постале по први пут) сматрало да им је антенатално образовање помогло да се припреме за порођај, али само 40% их је сматрало да им је то исто образовање помогло да се припреме за родитељство.

Докази ниског нивоа указују да антенатална едукација може побољшати здравствено понашање током трудноће (нпр. исхрана, физичка активност) као и у раном родитељству (нпр. спречавање изненадне неочекиване смрти у новорођенчади [СУДИ]).

7.2.2 Порођајно искуство и исходи

Студије нису утврдиле статистички значајну разлику у порођајном искуству између трудница које су учествовале у антенаталним образовним програмима и оних које нису учествовале. Студије о специфичним исходима открile су сљедеће.

- **Начин порођаја*:*** Постоје различити докази о утицају антенаталног образовања на начин порођаја. Чини се да антенатално образовање нема неког значајнијег утицаја на начин порођаја код трудница уопште или код трудница с претходним царским резом. Специфично образовање о техникама опуштања није утицало на начин порођаја. Укључивање компоненте ризика од индукције у антенаталном образовању смањило је стопу немедицински изазване индукције.
- **Бол:** Једно истраживање је открило да су труднице које су учествовале у антенаталном образовању имале нижи ниво бола током порођаја, односно труднице које су учествовале имале су мању потребу за епидуралном аналгезијом, већу потребу за аналгезијом или уопште није било разлике у потреби за епидуралном аналгезијом или за олакшањем боли.
- **Самодијагноза порођаја*:*** Труднице које су се едуковале о самодијагностиковању порођајних болова имале су већи степен исправне самодијагнозе од трудница које то нису учиниле.

Иако изгледа да антенатално образовање не утиче на цјелокупно порођајно искуство и исходе, постоје неки докази да оно смањује анксиозност због порођаја и повећава употребу стратегија суочавања и укључивања партнера.

ПРЕПОРУКА 2
Пружите савјет родитељима да су антенатални образовни програми ефикасни у пружању информација о трудноћи, порођају и родитељству, али не утичу на начин порођаја

7.2.3 Психолошка припрема за родитељство

Студије о укључивању психолошке припреме за родитељство у антенаталну његу варирају у обухваћеном садржају. Студије су откриле да су у 6.седмици након порођаја:

- породиље с депресијом у антенаталном периоду које су учествовале у антенаталној едукативној групи усмјерене на вјештине суочавања, препознавања невоље и тражења помоћи имале смањен ризик од накнадне постнаталне депресије
- породиље које су учествовале у антенаталним сесијама с фокусом на вјештине суочавања, когнитивно реструктурирање, рјешавање проблема и вјештине доношења одлука имале смањене симптоме депресије у поређењу с породиљама у контролној групи, а ефекат је трајао 6 мјесеци
- породиље које су учествовале у антенаталној интерперсоналној психотерапији имале мање симптома и веће задовољство у везама у односу на породиље које су стекле само антенатално образовање
- антенатално образовање о психосоцијалним питањима повезано с родитељством имало је позитиван утицај на расположење код породиља које су антенатално имале низак степен самопоштовања (али не и оне које су антенатално имале средњи или висок степен самопоштовања), а брачни односно ванбрачни супружници су били знатно више свјесни улоге жене/мајке у родитељству.

ПРЕПРОУКА 3
Укључите психолошку припрему за родитељство као дио антенаталне његе имајући у виду да наведена припрема позитивно дјелује на ментално здравље породиље у постналталном периоду.

7.2.4 Искуство родитеља у вези с антенаталним образовањем

Родитељи су били изразито задовољни антенаталним образовањем као припремом за порођај. Самохране, младе мајке с нижим степеном образовања, које живе у малом граду или пуше наставу су доживјеле као мање корисну. Учесници мушког пола оцијенили су позитивним укључивање свих мушкараца у све сесије антенаталног образовања.

Студије које су истраживале приоритете родитеља у вези с антенаталним образовањем открили су да се вреднују сљедећи фактори:

- *стил образовања:* информације које пружа здравствени радник лично, а не давање информација путем телефона или електронске поште
- *разговор:* родитељи цијене да буду охрабрени да постављају питања, траже појашњења и одговоре у вези са стварима које су њима битне
- *друштвено умрежавање:* један од главних циљева антенаталног образовања је пружање помоћи трудницама у развоју мрежа социјалне подршке
- *величина групе:* мале вршњачке групе подстичу учеснице да се међусобно упознају и подржавају, док веће групе теже успостављају контакт
- *вјежбе вјештина:* родитељи цијене учење на основу стеченог искуства с пуно могућности вјежбања практичних вјештина
- *садржај:* родитељи су изразили жељу да се кроз антенатално образовање укључи више информација о психопрофилакси током порођаја, психолошкој њези те припреми за родитељство и дојење
- *вријеме едукације:* образовање је корисно у раној трудноћи када су потребе за информацијама велике, с тим да би требало укључити и дио који се нуди постнатално.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Помагање родитељима да пронађу програм антенаталног образовања који одговара њиховом стилу учења, језику и степену писмености може побољшати прихватање информација.

7.3 Сажетак: Антенатално образовање

Када: При раној антенаталној посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, остали здравствени радници

- **Разговарајте о предностима антенаталног образовања:** Објасните да антенатално образовање, иако вјероватно неће промијенити начин порођаја, може помоћи трудницама да се припреме за порођај. Такође је добра прилика да се успостави вршњачка мрежа и развију вјештине за прилагођавање родитељству
- **Укључите партнера и/или породицу:** Разговарајте о предностима тога да партнер и/или други члан породице похађа антенатално образовање с трудницом
- **Пружите информације:** Подржите антенатално образовање тако што ћете труднице питати о свим темама о којима би жељеле да добију додатне информације и предложити им или им обезбиједити одговарајуће ресурсе (нпр. писани материјали погодни за ниво писмености труднице, аудио или видео, односно web извори)
- **Користите холистички приступ:** Дајте информације о локално доступним програмима антенаталног образовања и помозите трудницама да изаберу програм који њима одговара. Дајте будућим родитељима брошуре/приручнике који се односе на емоционално здравље и добробит током трудноће и раног родитељства.

8. Припрема за дојење

Помагање трудницама да планирају дојење пружањем информација и потребне подршке може имати позитиван утицај на започињање и трајање дојења, уз све здравствене користи како за мајку тако и за новорођенче.

8.1 Увод

У Аустралији, Аустралијска национална стратегија дојења 2010–2015 (*AHMC* 2009) (ревидирана стратегија је у фази израде) и Водич за храњење дојенчади (*NHMRC* 2012) пружају смјернице о подршци дојењу на нивоу примарне здравствене заштите, болнице и на нивоу државе.

8.1.1 Здравствене користи од дојења

Велики број аустралијских одбора и међународних доказа показују да је дојење од велике користи за дојенчад и мајке (*AHMC* 2009).

- *Дојенче:* Дојење има низ предности за развој дојенчета, укључујући побољшање оштрине вида, психомоторни развој и когнитивни развој. Дојена дојенчад имају смањен ризик од низа озбиљних болести и стања као што су гастроентеритис, респираторне болести, отитис, алергија и изненадна неочекивана смрт у дојеначкој доби (*SUDI*). Такође је мања вјероватноћа да ће касније у животу развити хроничну болест.
- *Мајке:* Дојење поспјешује бржи опоравак мајке од порођаја и враћање на тежину прије трудноће и одлагање повратка менструације. Мајке које су дојиле смањиле су ризик од рака дојке и јајника у каснијем животу (*NHMRC* 2011)
- *Повезаност мајке и дојенчета:* Дојење може помоћи везивању и привржености између мајки и новорођенчади (*NHMRC* 2011).

Искључиво дојење (без чврстих састојака или течности осим људског млијека, витамина и лијекова) током 6 мјесеци има неколико предности у односу на дојење током 3 до 4 мјесеца, што укључује и смањени ризик од гастроинтестиналних и респираторних инфекција. Нису документовани штетни ефекти на раст дојенчета код искључивог дојења током 6 мјесеци, али је примијећен смањен ниво гвожђа код дојенчади у земљама у развоју.

8.1.2 Фактори који утичу на успостављање дојења

Водич за храњење дојенчади идентификује низ фактора који утичу на успостављање дојења (*NHMRC* 2012):

- царски рез
- раздвајање мајке и новорођенчета/дојенчета (нпр. спавање у одвојеним собама)
- рана употреба флашица или дуда варалица
- давање додатне хране (вода, глукоза или млијеко у виду формула за новорођенчад) када нема медицинских разлога за то.

Болнице – пријатељи беба, чији је циљ да подрже успјешни почетак и одржавање дојења, подстичу мајке да започну дојење у року од сат времена након порођаја и дају им савјете за одржавање дојења.

8.1.3 Фактори који утичу на доношење одлуке о дојењу

Фактори околине и друштвена разматрања утичу на мајчину посвећеност и способност да настави дојити (*AHMC* 2009). Фактори који негативно утичу на започињање и наставак дојења су:

- *физички*: гојазност мајке, дијабетес код мајке, мала порођајна тежина новорођенчета или недоношче, рођење близанаца, урођене аномалије, испуцале брадавице, раздвајање мајке и бебе након порођаја доводи до кашњења лактације (нпр. сљедећи царски рез)
- *психолошки*: недостатак повјерења у дојење, лични имиџ, депресија и анксиозност
- *социјални*: однос мајке (нпр. недостатак намјере да се дои), знање и став партнера и породице, обичаји и традиције заједнице, културолошки став о дојењу, изолација од породице или заједнице, проблеми у вези, перцепција јавности, повратак на посао
- *животна средина*: пренапученост у кућном окружењу, недостатак могућности за дојење на јавним мјестима, запосленост и радно окружење који не подржавају дојење.

Планирани приступ и континуитет његе и подршке током трудноће, порођаја и раног родитељства могу осигурати да мајке добију прилику за образовањем, потребне савјете и одговарајућу подршку за наставак дојења у складу с њиховим потребама.

Обољења мајки и дојење

Водич за храњење дојенчади (*NHMRC* 2012) савјетује да:

- мајке које су ХИВ позитивне треба да избјегавају дојење ако је замјенска прехрана прихватљива, изводљива, приступачна, одржива и безбједна
- мајке с хепатитисом Б или хепатитисом Ц могу дојити без ризика преношења на дојенче.

Дуван, алкохол и дроге

Водич за храњење дојенчади (*NHMRC* 2012) савјетује да:

- дојење остаје најбољи избор, чак и ако мајка и даље пуши
- неконзумирање алкохола најсигурнија је опција за мајке које доје
- дроге треба избјегавати током дојења (стручни савјет је потребан индивидуално).

8.2 Промоција дојења у антенаталној фази

Циљеви промоције дојења у антенаталној фази су (*AHMC* 2009):

- пружити могућност трудницама и њиховим породицама да науче о предностима дојења
- охрабрити труднице и омогућити им да донесу одлуку о дојењу засновану на датим информацијама
- охрабрити породице и удружења да цијене предности дојења.

Здравствени професионалци имају обавезу да прво промовишу дојење, али да и индивидуално едукују родитеље о замјенском храњењу тамо гдје је то потребно.

8.2.1 Утицај на започињање и трајање дојења

Систематски прегледи показали су да промоција дојења у антенаталној фази може бити ефикасна у повећању стопе започињања и трајања дојења, посебно међу групама мајки с ниским стопама дојења. Комбинација антенаталних и постнаталних интервенција повећава стопу започињања и трајање дојења.

ПРЕПОРУКА 4
Рутински понудите едукацију о дојењу као саставни дио антенаталне његе.

8.2.2 Модели његе

Студије које оцјењују интервенције промоције дојења откриле су да:

- су стопе започињања дојења значајно побољшане интервенцијама у антенаталној фази, укључујући подршку од стране здравствених професионалаца, вршњачку подршку/ савјетовање и едукативне сесије за очеве
- је трајање искључивог дојења побољшано групном едукацијом о дојењу у антенаталном периоду и здравственом подршком пруженој у антенаталној фази и кућним посјетама не само у антенаталном, већ и у постналталном периоду
- је трајање „било каквог дојења“ побољшано групном едукацијом о дојењу у антенаталном периоду, подршком здравствених радника у антенаталном периоду и вршњачком подршком и кућним посјетама не само у антенаталном, већ и у постналталном периоду

- је комбиновано групно образовање о дојењу у антенаталном и постнаталном периоду и вршњачко савјетовање адолесценткиња позитивно утицало на трајање дојења

Иако интервенције вршњачке подршке повећавају стопу наставка дојења у земљама с ниским или средњим приходом, а посебно стопу искључивог дојења, изгледа да ефекат није тако снажан у земљама с високим приходом. Едукативни материјали који су били доступни трудницама у антенаталном периоду били су ефикасни у комбинацији са савјетовањем, али не као самостална интервенција. Комбинација метода образовања и подршке је ефикаснија од само једног метода. Колаборативни приступ у промоцији дојења који укључује локалне здравствене раднике може бити ефикаснији од стручног приступа дојењу.

Не постоје докази који би подржали прегледе дојки у антенаталном периоду као средство за промоцију дојења.

8.3 Дискусија у вези са дојењем

Дискусија о дојењу важан је дио антенаталне његе. Као припремна фаза за дојење, циљ је омогућити трудницама да стекну знање и посвећеност те да успоставе или консолидују мреже подршке у смислу удружења (*AHMC* 2009). Посвећеност дојењу укључује гледање на то као на биолошку и социјалну норму за храњење дојенчади и мале дјеце. Мјера у којој се мајка обавезује на дојење може утицати на трајање дојења.

Дискусија о дојењу треба да укључи партнере и да обухвати:

- здравствене користи дојења за дојенче (нпр. нижи ризик од инфекције) и мајку (нпр. бољи опоравак од порођаја и враћање тежине прије трудноће, смањен ризик од карцинома дојки у предменопаузи)
- ранија искуства у дојењу и било какву забринутост у вези с тим
- како брачни односно ванбрачни супружници могу подржати мајку да доји и бити укључени у друге аспекте његе дојенчади (нпр. купање, мијењање пелена)
- значај непрекинутог контакта коже на кожу при рођењу и у раном дојењу, укључујући предности колострума за дојенче
- препоруку искључивог дојења током 6 мјесеци и да дојење траје годину дана или онолико дуго колико мајка и дијете желе
- важност добре повезаности, стављања на дојку и дојења на захтјев
- индикацију да је дојенче спремно за сисање и да прима довољно млијека
- потребу избјегавања бочица и дуда варалица уколико је дојење успостављено
- да нема потребе за водом: мајчино млијеко је довољна храна и пиће у првих 6 мјесеци

- значај здраве исхране и додавања јода током дојења
- када потражити савјет (нпр. иако није неуобичајено да на почетку постоји нелагода приликом дојења, у случају појаве боли треба потражити савјет о стављању дојенчета на дојку)
- доступност подршке за дојење у локалној заједници (нпр. подршка вршњака, савјетница за дојење).

Мајке могу да одлуче да не доје из различитих разлога (нпр. анксиозност, употреба лијекова), стога се у разговору с њом а у вези са овим проблемом треба приступити са пажњом. Одлука мајке да не доји треба да се испоштује и да буде подржана од здравственог радника и/или других чланова мултидисциплинарног тима (*NHMRC* 2012).

Неки центри охрабрују мајке да издајају и складиште колострум прије порођаја, како би се он могао обезбиједити новорођенчету ако је потребно (нпр. ако мајка користи инсулинску терапију због дијабетеса). Иако су користи раног колострума добро документоване (*NHMRC* 2012), користи од издајања у антенаталној фази тек треба да се поткријепе. Међутим, чини се да није штетно код трудница с дијабетесом код којих је ризик од компликација низак.

8.4 Сажетак: Дојење

Када: Приликом свих антенаталних посјета
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, савјетник за успостављање лактације, вршњачки савјетник дојења, дијететичар

- **Разговарајте о томе зашто је дојење важно одмах након порођаја**: Важно је дати свеобухватне информације о здравственим користима за новорођенче и мајку. Објасните да је искључиво дојење биолошки и нутритивно одговарајуће за раст током 6 мјесеци и подразумијева да дојенче прима само мајчино млијеко (тј. никакве друге течности или чврсту храну осим витамина или лијекова ако је тако назначено).
- **Пружите практичне савјете**: Дајте информације о подршци за правовремену помоћ код потешкоћа с дојењем у локалној заједници (нпр. постналне посјете кући, савјетници за дојење, удружење за дојење, вршњачка подршка)
- **Укључите брачног односно ванбрачног супружника или породицу**: Расправите о важности подршке мајци како би се омогућило дојење
- **Пружите информације**: Дајте брошуре/приручнике у вези с дојењем који одговарају мајци. Информације треба да буду доступне на матерњем језику. Све информације треба да буду без реклама у вези са замјенским млијеком, бочицама и дудама варалицама.
- **Користите холистички приступ**: Када разговарате о дојењу, немојте претпостављати да мајка зна како да доји. Ојачајте њен позитиван став према дојењу и прилагодите савјете и подршку мајчиним индивидуалним потребама, узимајући у обзир и њено културолошко поријекло. Будите свјесни различитих вјеровања и културолошких ставова те исте истражите заједно с трудницом. Расправите о рјешењима потенцијалних потешкоћа (нпр. потреба да се мајка врати на посао).
- **Забиљежите дискусију**: Забиљежите намјере мајке у вези с дојењем у њен картон. Употреба контролне листе може омогућити здравственим радницима да се осигурају у вези с разговором који су обавили с трудницом око њених намјера везаних за дојење.

ДИО Ц:
РАЗМАТРАЊЕ НАЧИНА ЖИВОТА

9. Исхрана и физичка активност

Конзумирање великог броја храњивих намирница током трудноће важно је како би се осигурало да су задовољене нутритивне потребе мајке и новорођенчета. У неким ситуацијама може бити препоручљиво додавање одређених витамина или минерала. Генерално гледано, редовна физичка активност ниског до умјереног интензитета која се спроводи у трудноћи је сигурна и има подједнаке користи и за мајку и за новорођенче.

9.1 Увод

9.1.1 Исхрана

Исхрана прије и током трудноће игра виталну улогу у расту и развоју плода. Иако се повећавају потребе за неким храњивим материјама (нпр. гвожђе, фолна киселина), основни принципи здраве исхране остају исти.

Ризици повезани с исхраном током трудноће

- *Прекомјерна и недовољна исхрана:* Недовољно добијање на тежини током трудноће повећава ризик од рођења новорођенчета мале тјелесне тежине. Прекомјерни добитак на тежини током трудноће повећава ризик од развоја гестацијског дијабетеса и развоја хипертрофичног плода. Такође је повезан с повећаним ризиком од гојазности и метаболичког синдрома код мајки и новорођенчади касније у животу.
- *Сигурна храна:* Како је имунолошки систем у трудноћи слабији, труднице су подложније болестима које се преносе храном попут листериозе, која се може пренијети на плод и може проузроковати побачај, пријевремени порођај или мртворођеност. Изложеност плода високим нивоима живе (нпр. ако мајка конзумира одређене врсте рибе) може проузроковати застој у развоју плода.

Приступ здравој храни

- *Географски положај:* Смањена доступност храњивих намирница (попут свјежег воћа и поврћа, интегралног хљеба и млијечних производа с мањим удјелом масти) представља честу појаву у удаљеним подручјима и руралним срединама Аустралије. Поред тога, цијена храњивих намирница у овим подручјима је већа за више од 30% него у већим градовима, што може утицати на избор хране (*NHMRC* 2000; *NT DHCS* 2007)
- *Социоекономски статус:* У неким градским срединама људи с нижим социоекономским статусом имају мањи приступ супермаркетима и већи приступ продавницама брзе хране у односу на оне с већим социоекономским статусом. Супермаркети углавном нуде шири спектар прехрамбених намирница, као и свјежу сирову храну.

9.1.2 Физичка активност

Физичка активност се може дефинисати као било који покрет тијела који укључује употребу једне или више група скелетних мишића и који убрзава рад срца. Физичка активност укључује спорт, вјежбе и рекреативне активности и повремене активности које се обављају током дана (нпр. шетња до продавница, пењање уз степенице).

Фактори који утичу на ниво физичке активности

Труднице неће обављати физичку активност из различитих разлога, укључујући и:

- перцепцију да физичка активност може наштетити плоду
- ограничен приступ објектима (нпр. базенима, теретанама) или инфраструктури (нпр. пјешачким стазама), нарочито у појединим руралним областима
- ограничен приступ групним активностима и/или објектима посебно за труднице
- трошкове похађања активности
- перцепцију да физичка активност представља губљење времена и новца
- ограничено вријеме за физичку активност због других обавеза (нпр. брига о другој дјеци, рад)
- перцепцију личне сигурности на јавним мјестима.

9.2 Дискусија о исхрани

9.2.1 Здрава исхрана током трудноће и дојења

Конзумирање различитих хранљивих намирница посебно је важно током трудноће и дојења.

- *Поврће, махунарке/пасуљ и воће:* Конзумирање поврћа и воћа прије и током трудноће има велики утицај на здравствене резултате код трудница и новорођенчади.
- *Житарице од цијелог зрна:* Храна од интегралних житарица представља драгоцјен извор гвожђа, цинка и влакана.
- *Немасно месо и перад, риба, јаја, тофу, орашасти плодови, сјеменке и махунарке/пасуљ:* Немасно црвено месо и пилетина су добар извор протеина, гвожђа и цинка. Конзумирање рибе током трудноће вјероватно ће имати низ здравствених користи за труднице и новорођенчад, али би требало конзумирати рибу која садржи мање живе. Орашасти плодови, сјеменке и махунарке/пасуљ представљају важну храну за људе који изаберу вегетаријански или вегански начин исхране и оброке без меса јер могу пружити алтернативни извор хранљивих састојака. За неколико хранљивих састојака, укључујући гвожђе, калцијум и витамин Б12, животињска храна представља високо биорасположив извор и потребно је водити рачуна о разним алтернативама ако се та храна искључи.
- *Млијеко, јогурт и сир и/или њихове алтернативе:* Млијеко, јогурт и сир или њихове алтернативе добри су извори калцијума. Током трудноће препоручује се млијеко, јогурт и сир са смањеним удјелом масти.
- *Вода:* Труднице имају повећану потребу за водом због ширења простора ванћелијске течности и потреба плода и амнионске течности.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Током трудноће и дојења важно је узимати препоручени број дневних оброка из пет група намирница и пити веће количине воде.

Табела Ц2: Препоручени дневни унос оброка током трудноће

Група намирница	Појединачни оброк	Трудноћа		Дојење	
		<19 год.	19 – 50 год.	<19 год.	19 – 50 год.
Поврће различитих врста/ боја и махунарке/пасуљ	½ шоље куваног зеленог или наранџастог поврћа; ½ шоље махунарки; 1 шоља сировог зеленог лиснатог поврћа; 1 мали кромпир; ½ шоље слатког кукуруза; 1 средњи парадајз	5	5	5 ½	7 ½
Воће	1 јабука; 1 банана; 2 шљиве; 4 сухе кајсије	2	2	2	2
Житарице од цијелог зрна, углавном интегралне житарице и/ или производи од житарица богатих влакнима као што су хљеб, пахуљице, пиринач, тјестенина, резанци, палента, кускус, зоб, киноа и јечам	1 кришка хљеба; ½ шоље куваног пиринча, тјестенине или резаната; ½ шоље каше; 2/3 шоље пахуљица од пшеничних житарица; ¼ шоље муслија; 3 кришке тоста; 1 колач од мрвица или мафин	8	8 ½	8 ½	9
Немасно месо и перад, риба, јаја, тофу, ораси и сјеменке и махунарке/ пасуљ	65 g куваног немасног црвеног меса; 80 g куване пилетине; 100 g куваног филета од рибе; 2 велика јајета; 1 шоља куваног сочива или пасуљ из конзерве; 170 g тофуа; 30 g маслаца од орашастих плодова, сјеменки, кикирикија или бадема или друге пасте од орашастих плодова или сјеменки	3 ½	3 ½	2 ½	2 ½

Млијеко, јогурт, сир и/или њихове алтернативе (углавном са смањеним удјелом масти)	1 шоља млијека; 200 g јогурта; 40 g тврдог сира; 1 шоља сојиног млијека/ другог пића од житарица с додатком калцијума	3 ½	2 ½	4	2 ½
Приближан број додатних оброка из пет група намирница или дискрециони избор		0 – 3	0 – 2 ½	0 – 3	0 – 3

Табела Ц3: Практични савјети у вези схрањивим намирницама у току трудноће

Група намирница	Група намирница
Поврће, махунарке/ пасуљ и воће	• Многетруднице треба да повећају унос поврћа, махунарки/пасуља и воћа • Због ризика од листериозе, претходно припремљено или упаковано резано воће или поврће треба скувати. Унапријед припремљено поврће за салату (нпр. са салатних барова) треба избјегавати
Житарице од цијелог зрна	• Препоручује се додавање фолата прије прављења хљеба у првом тромјесечју те јода током трудноће и дојења
Немасно месо и перад, риба, јаја, тофу, ораси и сјеменке и махунарке/ пасуљ	• За вријеме трудноће треба избјегавати сирово или недовољно термички обрађено месо, сушено месо и паштете и месне намазе због ризика од листериозе • Посебну пажњу треба посветити приликом конзумирања неких врста рибе (сом) због потенцијално већег садржаја живе • Храну која садржи сирова јаја треба избјегавати због ризика од салмонеле • Орашасте плодове треба избјегавати само ако жена има алергију на њих
Млијеко, јогурт, сир и/или њихове алтернативе (углавном са смањеним удјелом масти)	• Треба избјегавати непастеризоване млијечне производе и мекани, полумеки и површински зрели сир због ризика од листериозе • Жене које избјегавају млијечне производе треба да конзумирају алтернативне производе обогаћене калцијумом
Вода	• Потреба за текућином је 750–1000 mL дневно

Храна коју би требало конзумирати у ограниченим количинама

- *Храна која садржи засићене масноће, додатак соли, додатак шећера:* Унос ове хране треба да буде ограничен генерално, али и током трудноће. Додатне енергетске потребе у трудноћи требало би да буду задовољене конзумирањем додатних оброка из пет група намирница, а не брзом храном
- *Алкохол:* Неконзумирање алкохола најсигурнија је опција током трудноће (види поглавље 1).

Начин исхране мајке и алергија код новорођенчета

Начин исхране током трудноће и дојења не утиче на ризик од појаве астме, екцема или других симптома алергије код новорођенчади.

Кофеин

Нема довољно доказа који би потврдили или оповргнули ефикасност избјегавања кофеина на порођајну тежину или друге исходе трудноће. Аустралијско Министарство за здравље и старење предлаже ограничење уноса током трудноће на око три шољице кафе или шест шољица чаја дневно (нпр. 300 mg кофеина). Такође би требало ограничити унос осталих кофеинских пића (нпр. кока-кола, енергетска пића, зелени чај).

ПРЕПОРУКА 5
Увјерите труднице да је мало вјероватно да мале до умјерене количине кофеина могу наштетити трудноћи.

Препоручљиво добијање на тежини

Препоручљиво добијање на тежини током трудноће важно је за оптимизацију здравствених резултата (краткорочних и дугорочних) за дојенчад и мајку (*NHMRC* 2013). Израчунавање индекса тјелесне масе (*BMI*) при првој антенаталној посјети (види Поглавље 19) омогућава давање адекватних савјета о исхрани у раној трудноћи јер просјечно добијање на тежини зависи од *BMI* прије трудноће.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Додатни оброци из пет група храњивих намирница могу допринијети здравом добијању на тјелесној тежини код трудница које су потхрањене.

Ограничавање додатних оброка из пет група храњивих намирница и избјегавање брзе хране може ограничити прекомјерно добијање на тјелесној тежини код трудница с прекомјерном тјелесном тежином или код гојазних трудница. Дијете за мршављење се не препоручују током трудноће.

9.3 Додаци исхрани

Постоје многи докази који подржавају узимање фолне киселине прије зачећа и у првом триместру трудноће као и узимање јода прије зачећа, током трудноће и дојења. Додатак гвожђа може спријечити недостатак овог елемента код трудница с ограниченим уносом гвожђа у исхрани. Додатак витамина Б12 може бити потребан уколико трудница користи вегетаријанску или веганску исхрану. Додатак витамина Д може да буде од користи код трудница с нивоом витамина Д нижим од 50 nmol/L. Други додаци исхрани нису од користи уколико нема утврђеног недостатка.

9.3.1 Витамини

Фолна киселина

Надокнада фолне киселине спречава појаву дефекта неуралне цијеви код плода. Ограничени избор хране и већи трошкови у руралним срединама могу допринијети нижем нивоу уноса фолата и већој преваленци дефекта неуралне цијеви код плода. Труднице које узимају лијекове који су антагонисти фолата (нпр. карбамазепин, ламотригин) треба подстицати да узимају високе дозе фолатних додатака прије зачећа и током првог тромјесечја.

ПРЕПОРУКА 6
Информишите труднице да додатак фолне киселине исхрани, 12 седмица прије зачећа и током првих 12 седмица трудноће, смањује ризик од рођења новорођенчета с дефектом неуралне цијеви и препоручите дозу од 500 микрограма дневно.

Остали витамини

Нема довољно доказа о надокнади витамина Ц, А, Е и Б6 током трудноће који би показали да ли су они корисни. Међутим, надокнада је повезана са:

- пријевременим порођајем (500–1000 mg витамина Ц дневно)
- перинаталном смрти и пријевременом руптуром плодових овојака (1000 mg витамина Ц и 400 IU витамина Е дневно)
- урођеним малформацијама (витамин А)

Нема довољно доказа о утицају других комбинација витамина на исход трудноће.

ПРЕПОРУКА 7
Савјетујте труднице да надокнада витаминима А, Ц или Е нема користи у трудноћи и може да нанесе штету.

9.3.2 Минерали

Јод

Повећана активност штитне жлијезде током трудноће повећава потребе за јодом. Ако је унос јода недовољан прије трудноће, залихе могу бити слабе и неадекватне за подршку развоју плода у каснијим фазама трудноће. Мањак јода посебно забрињава током трудноће јер абнормална функција штитне жлијезде код труднице има негативан утицај на нервни систем плода и повећава ризик од смртности новорођенчади. Нежељени ефекти на рани развој мозга и нервног система су углавном неповратни и могу имати озбиљне посљедице на менталне способности у каснијем животу (*WHO* 2005–09).

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Савјетујте трудницама да узимају додатак јода од 150 микрограма сваки дан. Труднице с постојећим обољењем штитне жлијезде треба да потраже савјет од свог доктора медицине –специјалисте гинекологије и акушерства прије него што узму додатак.

Гвожђе

Потребе за гвожђем повећава се током трудноће, а његов недовољан унос односно недовољна апсорпција или губитак крви (нпр. због гастроинтестиналних паразита) може за резултат имати недостатак гвожђа или анемију.

Не постоје докази да ће код здравих трудница користи од лијечења благе анемије услијед недостатка гвожђа у трудноћи надмашити штетне ефекте повезане с њима.

ПРЕПОРУКА 8
Не нудите рутински додатак гвожђа трудницама током трудноће.

Свакодневно узимање гвожђа током трудноће смањује ризик од настанка анемије услијед недовољног уноса или апсорпције гвожђа те мале порођајне тежине новорођенчета, али је зато повезано с нежељеним дејствима (затвор, мучнина, повраћање, пролив и повећан ризик од високе концентрације хемоглобина у термину). Ова нежељена дејства треба упоредити с ризиком од недостатка гвожђа. Наизмјенично узимање гвожђа и фолне киселине производи сличне исходе код мајке и новорођенчета и повезано је с неколико нежељених дејстава.

ПРЕПОРУКА 9
Савјетујте трудницама с ниским уносом гвожђа у исхрани да је повремена надокнада једнако дјелотворна као и свакодневна надокнада у спречавању анемије услијед недостатка гвожђа, и повезана је са мање нежељених дејстава.

Храна богата гвожђем може помоћи трудницама да одржавају ниво гвожђа у крви. Апсорпцију гвожђа помаже витамин Ц, а ограничавају је чај и кафа. У срединама гдје храна богата гвожђем није доступна (нпр. због географског положаја или социоекономских фактора), труднице могу бити изложене високом ризику од недостатка гвожђа. Ниво феритина треба провјерити и размотрити надокнаду ако су залихе гвожђа ниске или ако су нормалне, али је вјероватно да ће се смањити услијед недовољног уноса гвожђа храном.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Труднице изложене ризику од недостатка гвожђа због ограничене надокнаде гвожђа могу имати користи од практичних савјета о повећању уноса хране богате гвожђем.

Остали минерали

- *Калцијум*: Иако је надокнада калцијума корисна у смањењу ризика од прееклампсије ако је унос калцијума у храни низак (види Поглавље 24), чини се да надокнада калцијума нема користи у спречавању пријевременог порођаја или код мале порођајне тежине новорођенчета.
- *Магнезијум*: Нема довољно доказа који би показали да ли је надокнада магнезијумом током трудноће корисна.
- *Цинк*: Иако су неке студије показале користи од надокнаде цинка код трудница у срединама с високом стопом перинаталне смртности, ове резултате не би требало узимати као универзалне за све средине.

9.3.3 Други додаци исхрани

- *Микронутријенти*: Иако микронутријенти побољшавају нутритивни статус трудница и смањују стопу малог новорођенчета за гестацијску старост – хипотрофно новорођенчеи могућност рађања новорођенчета с малом порођајном тежином, још увијек је потребно наћи више доказа да би се разумјело које групе трудница могу имати користи од ових додатака.
- *Омега-3 масне киселине*: Иако се појављују докази о користима који су повезани с додатком омега-3 масних киселина током трудноће (нпр. смањени ризик од раног пријевременог порођаја), користи од рутинске надокнаде нису познате.
- *Пробиотици*: Иако постоје докази о предностима пробиотика у комбинацији са савјетовањем око исхране током трудноће (нпр. побољшана контрола глукозе у крви), опет се може рећи да користи од рутинске надокнаде нису познате.
- *Мултивитамини*: Опсервациона студија показала је повезаност између ризика од пријевременог порођаја и свакодневног узимања мултивитамина и минерала у трећем тромјесечју од стране трудница за које се не зна са сигурношћу да ли имају недостатак ових нутријената.

9.4 Дискусија око физичке активности

Систематске студије и рандомизоване контролне студије открише су да редовна физичка активност током трудноће:

- чини се да побољшава (или одржава) физичку кондицију
- побољшава квалитет живота и перцепцију о здравственом стању труднице
- може смањити симптоме депресије
- може да спријечи уринарну инконтиненцију (тренинг мишића карличног пода).

Калкулација *BMI* при првој антенаталној посјети (види Поглавље 17) омогућава да се одговарајући савјети о физичкој активности дају у раној трудноћи. О подршци управљању тјелесном тежином говори се у Одјељку 17.2.4. Нема довољно доказа за поуздане закључке о утицају физичке активности на:

- исходе за мајку и плод
- превенцију гестацијског дијабетеса или нетолеранције на глукозу у трудноћи или побољшање толеранције на глукозу код трудница с гестацијским дијабетесом или
- превенцију прееклампсије и њених компликација.

Рандомизоване контролне студије које су проучавале специфичне врсте физичке активности током трудноће открише су сљедеће:

- посебно дизајнирани програми вјежбања су спријечили бол у карличном појасу и смањили озбиљност болова у леђима
- јога је смањила перципирани стрес, побољшала квалитет живота и побољшала међуљудске односе, а труднице су пријавиле мање боли током порођаја.

Сигурност умјерене физичке активности током трудноће подржана је бројним рандомизованим контролним студијама:

- ходање, разгибавање зглобова и лагане вјежбе отпорности(три сесије по 35 минута седмично у другом и трећем тромјесечју) нису утицале на срчани ритам плода, анемију мајке, начин порођаја, гестацијску старост при рођењу или величину новорођенчета или на укупно здравствено стање новорођенчета
- аеробна плесна вјежба није била повезана са смањеном тежином новорођенчета, пријевременим порођајем или благостањем новорођенчета
- собни бициклизам (до пет сесија по 40 минута седмично од 20. седмице гестације) био је повезан с нормализацијом порођајне тежине

- аеробик у води (три сесије по 50 минута седмично од 16. до 20. седмице гестације) није био повезан ни са каквим промјенама у грађи тијела труднице, начином порођаја, пријевременим порођајем, благостањем новорођенчета или тежином.

ПРЕПОРУКА 10
Савјетујте труднице да су физичке активности ниског до умјереног интензитета током трудноће повезане с низом здравствених користи и нису повезане са штетним исходима.

Труднице би требало да избјегавају физичке активности које укључују ризик од повреде трбуха, пада или прекомјерног стреса у зглобовима, као што су атлетика, одбојка, кошарка, рукомет, борилачки спортови и спортови с рекетом (*NICE* 2008). Такође се препоручује да не роне јер је ризик од урођених оштећења већи код оних који то чине, а постоји и озбиљан ризик од болести декомпресије плода.

9.5 Сажетак: Исхрана и физичка активност

Исхрана

Када: Приликом свих антенаталних посјета
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, дијететичар, нутриционista

- **Процијените ниво исхране:** Питајте трудницу о њеним прехрамбеним навикама
- **Дајте савјет:** Објасните предности здраве исхране за мајку и новорођенче. Наведите примјере намирница из пет група намирница, количину порција за сваку групу и препоручени дневни унос. Разговарајте о храни која је богата гвожђем (нпр. месо, морски плодови и перад), дијеталним факторима који помажу или ограничавају апсорпцију те о суплементацији гвожђем ако трудница има низак унос у исхрани
- **Разговарајте с трудницом о уносу суплемената:** Објасните да се неки суплементи (фолна киселина, јод) препоручују свим женама током трудноће, док други (витамини А, Ц и Е) нису од користи и могу бити штетни, те да гвожђе треба надокнадити само ако се утврди недостатак
- **Узмите у обзир упућивање на виши ниво:** Може се размотрити упућивање дијететичару уколико постоји забринутост због квалитета уноса храњивих састојака, трудница жели информације у вези с исхраном како за себе тако и за своју породицу, клиничка

процјена потврђује да је трудница потхрањена или претила или постоје други фактори који изазивају забринутост (нпр. дијабетес, гастроинтестинални поремећаји)
- **Користите холистички приступ:** Размислите о доступности намирница које одговарају културним потребама и преференцијама трудница и приступачности суплемената.

Физичка активност

Када: Приликом свих антенаталних посјета
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, физиотерапеут, проф. физичке културе

- **Процијените ниво активности:** Питајте труднице о њиховом тренутном нивоу физичке активности, укључујући количину времена проведеног у активности и интензитет активности
- **Пружите савјет:** Објасните предности редовне физичке активности. Наведите примјере активности које су довољног интензитета за постизање здравствене користи (нпр. брзо ходање, пливање, вожња бициклом). Савјетујте трудницама да разговарају о својим плановима са здравственим радником прије него што започну или наставе програм физичких активности
- **Пружите информације:** Пружите информације о могућностима за физичку активност које пружа локална заједница (нпр. групе за ходање, клубови пливања, часови јоге). Савјетујте трудницама да избјегавају вјежбање током врућина и да пију пуно воде када су физички активне
- **Користите холистички приступ:** Помозите трудницама да идентификују начине физичке активности који су у складу с њиховим културолошким увјерењима и праксама (нпр. активности које могу обављати код куће).

10. Пушење

Здравствени радници имају важну улогу у савјетовању трудница о ризицима повезаним с пушењем у трудноћи, процјени пушачког статуса приликом првог контакта с трудницом и савјетовању о прекиду или смањењу пушења при сваком наредном контакту.

Утицаји пушења на здравље појединца добро су документовани. Пушење у трудноћи је ризико фактор за компликације и повезано је с ниском порођајном тежином, пријевременим порођајем, застојем у расту плода и перинаталном смрћу. Иако се преваленца пушења у трудноћи смањује у земљама с високим приходом, током посљедње деценије тај пад није досљедан у свим секторима друштва.

10.1 Увод

10.1.1 Ризико фактори повезани с пушењем у трудноћи

Докази високог нивоа идентификовани у *NICE* водичу указују на значајну повезаност између пушења у трудноћи и негативних исхода. То укључује:

- *урођене мане* укључујући расцјеп усне и непца
- *ефекте на трудноћу* укључујући перинатални морталитет, абрупцију постељице, преијевремену руптуру плодних овоја, ектопичну трудноћу, предњачећу постељицу, пријевремени порођај и побачај
- *ефекте на новорођенче*, првенствено смањену порођајну тежину (новорођенчад рођена од мајки које пуше су за 175 – 200 g лакша од новорођенчади чије мајке не пуше), застој у расту плода, мртворођење, смртност плода и дојенчади и синдром изненадне смрти новорођенчета
- иако студије *о дугорочним ефекатима* извјештавају о контрадикторним резултатима, постоје докази о повезаности између ниске порођајне тежине и коронарне болести, дијабетеса типа 2 и гојазности у одраслом добу.

Пасивно пушење током трудноће такође може бити повезано с повећаним ризиком од ниске порођајне тежине или пријевременог порођаја.

10.2 Процјена пушачког статуса

Док многе труднице које пуше спонтано престају прије прве антенаталне посјете, значајан проценат њих ће ипак наставити да пуше током цијеле трудноће, али и послије ње. Већина трудница није свјесна свих ризика повезаних с пушењем у трудноћи, а некима је једноставно тешко да престану. Важно је труднице на самом почетку трудноће питати о њиховом пушачком статусу и о томе да ли други у домаћинству пуше.

Труднице се могу осјећати кривим или стигматизованим од стране околине уколико пуше током трудноће, што може резултирати ускраћивањем информација или недовољним пружањем информација о пушењу. Питања о пушењу треба да буду формулисана на начин да не буду осуђивачка или да се радије прикупе помоћу писаног упитника, а не усмено, на примјер коришћењем питања с вишеструким избором, како је доље наведено.

„Која од сљедећих изјава најбоље описује Ваш пушачки статус?

- Сада пушим свакодневно, отприлике исто као и прије него што сам сазнала да сам трудна
- Сада пушим свакодневно, али смањила сам откад сам сазнала да сам трудна
- Пушим с времена на вријеме
- Престала сам пушити откад сам сазнала да сам трудна
- Не пушим отприлике од тренутка када сам сазнала да сам трудна и тренутно не пушим.“

Ресурси који вам могу помоћи приликом процјене пушачког статуса доступни су даље у тексту (видјети Одјељак 10.6).

ПРЕПОРУКА 11
При првој антенаталној посјети:

- **процијените пушачки статус трудница и изложеност пасивном пушењу**
- **пружите трудници и њеном брачном односно ванбрачном супружнику информације о ризицима по плод повезаним с пушењем труднице и/или пасивним пушењем**
- **ако трудница пуши, нагласите предности престанка пушења у трудноћи и разговарајте о евентуалним забринутостима које она или њена породица могу имати у вези с престанком пушења.**

10.3 Интервенције које могу помоћи трудници у доношењу одлуке о престанку пушења

Трудноћа је вријеме када труднице које пуше могу бити пријемчивије за престанак пушења и постоје многе интервенције којима се може пружити подршка трудницама у њиховом настојању да престану с том штетном навиком. У овом одјељку дат је сажет преглед доказа о интервенцијама које могу помоћи приликом престанка пушења у трудноћи. Расправа о начинима подршке људима да одустану од пушења укључена је у посебан водич за престанак пушења (види Одјељак 10.6).

10.3.1 Ефикасност интервенција

Постоје снажни докази засновани на систематским прегледима и рандомизованим контролисаним испитивањима да интервенције које могу помоћи трудници у доношењу одлуке о престанку пушења смањују стопу пушења у трудница. *Cochrane* студија, која је највећа студија о овој теми до сада, закључила је да интервенције:

- побољшавају стопу престанка пушења за 6%
- смањују стопу ниске порођајне тежине и пријевременог порођаја и повећавају средњу вриједност порођајне тежине за 53,91 g.

Од свих проучених интервенција, когнитивне интервенције у понашању (укључујући образовне стратегије и мотивационо интервјуисање) биле су по дејству сличне уопштеним интервенцијама. Подстицаји су повећали ефикасност интервенција, док употреба теорије „фаза промјене“ или пружање повратне информације трудници (нпр. здравствени статус плода) није повећала ефикасност интервенција. Иако је никотинска надомјесна терапија (*NRT*) била једнако ефикасна као и когнитивна терапија понашања (*CBT*), нема јасних доказа о њеној сигурности током трудноће.

Остале недавне студије су у складу са *Cochrane* студијом. Додатни налази укључују да:

- је корисна телефонска подршка у комбинацији са сесијама лицем у лице
- је пружање информација (нпр. код ултразвучних прегледа) од значаја
- на престанак пушења може утицати забринутост због дебљања.

10.3.2 Исплативост интервенција

Економском анализом која је спроведена за потребе израде овог Водича утврђено је да интервенције за престанак пушења код трудница, али и код шире популације, могу бити исплативе и са здравственог становишта и из друштвене перспективе. *CBT* и *NRT* имају исти ефекат на године сачуваног живота, али трошкови за здравствени систем користећи *NRT* су нижи. Међутим, *NRT* није прикладна опција за труднице које пуше мање од 10 или 15 цигарета дневно теби код тих трудница *CBT* вјероватно била успјешнија. Такође, трошкови трудница које пуше били би већи уколико би се користила *NRT*. Ако би здравствени систем покрио укупне трошкове лијечења, *CBT* би била исплативија опција.

ПРЕПОРУКА 12
Препоручите трудницама које пуше интервенције које им могу помоћи у доношењу одлуке о престанку пушења, попут когнитивне терапије понашања (*CBT*).

10.3.3 Подршка престанку пушења

Антенатална њега је прилика да се трудницама пруже информације о интервенцијама које су идентификоване као ефикасне (види горе), локално су доступне путем телефона или интернета, а погодне су за животну доб, ниво образовања, интелектуалне способности, капацитет језика и/или културне факторе и мотивацију. Давање информација у писменом или другом облику може да оснажи овај савјет.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
При свакој антенаталној посјети пружите трудницама које пуше лични савјет о томе како престати пушити и информације о доступним услугама за подршку одвикавању од пушења, укључујући детаље о томе када, гдје и како може да им приступи.

10.3.4 Фармаколошка терапија

Велика кохортна студија која је испитивала утицај *NRT* производа на порођајну тежину није утврдила нуспојаву на порођајну тежину уколико није коришћено више од једне врсте *NRT* производа. Чини се да је *NRT* ефикасна у смањењу пушења код трудница са зависношћу од

никотина. Прописивање *NRT*-а или друге фармаколошке терапије захтијева разматрање ризика од лијечења у односу на користи код трудница која не пуши. Ако је *NRT* прописан, трудницама треба скренути пажњу да пушење током употребе *NRT* доводи до високог нивоа никотина.

ПРЕПОРУКА 13
Ако трудница и након што су истражене све могућности, изрази јасну жељу за примјеном *NRT*-а, разговарајте с њом о ризицима и користима.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Ако се *NRT* користи током трудноће, повремена употреба метода за одвикавање (жвакаћа гума, пастиле, инхалатор и таблете) представља преферирану опцију у односу на континуирану употребу метода за одвикавање (никотински фластери, никотинске жваке).

10.3.5 Смањивање пушења ако престанак преношења није могућ

Трудница које нису у стању да престану с пушењем током трудноће често смање број цигарета на дневној основи. Овај поступак може смањити концентрацију никотина и пружити одређену мјеру заштите за плод, с тим да је смањење од 50% повезано с повећањем тјелесне масе за 92 g. Међутим, највећи здравствени бенефит за трудницу и плод су да она у потпуности престане с пушењем.

10.4 Надгледање и превенција рецидива

Чак и тамо гдје су трудница мотивисане да престану с пушењем у трудноћи, може се десити да било касније у трудноћи или послије порођаја поново почну са пушењем. Здравствени радници би требало да подстичу трудница да преиспитају своје одлуке о поновном започињању с пушењем и да наставе пратити све трудница које су недавно поново почеле с пушењем. Пушење брачног односно ванбрачног супружника је у корелацији с релапсом, па би могло бити веома корисно уколико би стратегија подршке престанка пушења обухватила и њеног брачног односно ванбрачног супружника.

При свакој посјети честитајте трудници што је одустала, поново сагледајте разлоге за престанак пушења, подржите је у њеној намјери да одустане од пушења и охрабрите имиџ непушача.

Поразговарајте о неким моментима који могу бити ризични за релапс односно поновни почетак пушења, као што су касна трудноћа, постпартални период и престанак дојења. Подсјетите трудницу на корисне ресурсе и изворе подршке (*PACGP* 2007). Наставите с давањем савјета трудницама које покушавају умањити изложеност пасивном пушењу.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Пушачки статус треба надгледати, а савјете за престанак пушења, охрабривање и подршку давати током трудноће.

10.5 Разматрања унутар одређених група становништва

10.5.1 Адолесценткиње

Пушење је један од низа ризико фактора у понашању адолесцената. Адолесценткиње које су трудне и пуше могу бити изложени и другим ризико факторима у понашању који угрожавају њихово здравље и здравље плода (нпр. конзумирање алкохола). Врло мало студија је истраживало ефикасност интервенција за престанак пушења намијењених младима, а ниједна није обухватила трудноћу и пушење у овој старосној групи. То је вјероватно стога што интервенције усмјерене на младе треба да се разликују од оних које су развијене за одрасле с обзиром на разлике у начину живота и ставовима о пушењу и одвикавању. Програми за престанак пушења који комбинују различите приступе као што су припрема младих за одвикавање, подршка промјенама понашања и јачање мотивације показали су се као обећавајући. *NRT* се још није показала успјешном код адолесцената.

10.6 Сажетак: Пушење

Процјена пушачког статуса

Када: При првом контакту са свим трудницама и код сваког наредног контаката с трудницама које пуше или су недавно престале да пуше
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о ризику за трудноћу**: Објасните да пушење током трудноће може довести до превременог порођаја те да постоје други озбиљни ризици за трудноћу који могу бити опасни за мајку или плод
- **Разговарајте о ризицима по плод**: Разговарајте о повећаном ризику да по порођају новорођенче има ниску порођајну тежину. Објасните да то не значи само да ће новорођенче бити мало. Познато је да ниска порођајна тежина доприноси и развоју коронарне болести, дијабетеса типа 2 и гојазности у одраслој доби.
- **Користите неосуђујући приступ**: Труднице се могу осјећати непријатно када кажу здравственом раднику да пуше. Оне такође могу навести нетачну информацију о броју цигарета које дневно конзумирају или одговорити на начин који у ствари не квантификује ниво пушења (нпр. „пола пакета дневно“, „у друштву“). Важна порука коју треба послатије да ако трудница пуши, престанак пушења је најсигурнија опција.
- **Затражите информације о пасивном пушењу**: Труднице које су изложене пасивном пушењу због других пушача који се налазе у њиховој средини имају већу вјероватноћу да роде новорођенчад ниске порођајне тежине или да дође до превременог порођаја. Објасните да непушачко окружење даје лицима и млађе и старије животне доби најбољу шансу да буду здрави.

Подршка женама да престану или смање пушење

Када: При сваком сљедећем антенаталном контакту с трудницом која пуши или је недавно престала да пуши

- **Будите свјесни програма за престанак пушења који су доступни у локалној заједници**: Пружите трудницама савјет о доступним програмима за престанак пушења у локалној заједници. У зависности од локације, то може укључивати групе за подршку у заједници или групе за подршку на регионалном или државном нивоу.
- **Доношење одлука на основу добијених информација**: Помозите свакој трудници да изабере опцију за престанак пушења која одговара њеним потребама. На примјер, *NRT* би био неприкладан за трудницу која није зависна од никотина или пуши само кад је у друштву.
- **Наставите надзор**: Иако су многе труднице способне да престану пушити по сазнању да су трудне, неке од њих ипак наставе да пуше током цијеле трудноће па чак и након порођаја. Због тога је корисно наставити с надзором пушачког статуса труднице или пасивног пушења и у складу с тим понудити савјет везано за одвикавање или смањење изложености пасивном пушењу у кругу породице.

11. Алкохол

Конзумирање алкохола повећава ризик од повреда у краткорочном периоду и хроничних болести у дугорочном периоду. Конзумирање алкохола у трудноћи може имати значајан утицај на развој плода.

11.1 Увод

11.1.1 Ризици повезани са конзумирањем алкохола у трудноћи

- Унос већих количина алкохола и/или учестало конзумирање алкохола у трудноћи повећава ризик од побачаја, мртворођености и пријевременог порођаја.
- Имајући у виду чињеницу да алкохол пролази кроз плаценту, концентрација алкохола у крви труднице може бити готово једнака концентрацији алкохола код плода. Изложеност плода алкохолу може за резултат имати низ нежељених појава, које се заједно називају фетални алкохолни спектар поремећаја (*FASD*). Од свих појава, највише је описан фетални алкохолни синдром (*FAS*) и то код плода *in utero* након изложености великој количини алкохола као резултат хроничног алкохолизма труднице или повремене употребе алкохола код труднице. Ова дјеца имају карактеристичне абнормалности лица (а често и низ других урођених аномалија), успорен раст и абнормалну функцију или структуру централног нервног система. Дијагноза можда није видљива при рођењу. Међутим, немају ни сва дјеца која су изложена алкохолу током трудноће нежељене појаве или бар не у истој мјери. Изгледа да *FAS* зависи од других фактора, укључујући: вријеме уноса алкохола у односу на стадијум развоја плода; образац уноса и количина конзумираног алкохола (доза и учесталост); и ризико фактори у вези са социјалним понашањем (старост труднице/године конзумирања алкохола, нижи социоекономски статус, раса, генетске разлике, употреба разних дрога).
- Бројне урођене аномалије повезане с конзумирањем алкохола у трудноћи (*ARBD*) и неуроразвојни поремећаји повезани с конзумирањем алкохола у трудноћи (*ARND*) такође су описани након излагања алкохолу у трудноћи и могу се укључити у *FAS*, под заједничким појмом *FASD*. Иако дјеца с *ARND*-ом немају урођене мане, она имају значајне развојне, бихевиоралне и когнитивне проблеме сличне онима код дјеце са *FAS*-ом.
- Лица са *FASD*-ом имају доживотне проблеме, укључујући тешкоће у учењу и поремећаје у учењу, повећану стопу сметњи у менталном здрављу, проблеме с дрогама и алкохолом и проблеме са законом.

- Нуспојаве изложености плода алкохолу дешавају се током трудноће (укључујући и вријеме прије потврђивања трудноће), при чему је плод био најосјетљивији на структурна оштећења током прве три до шест седмица трудноће. Ефекти такође варирају у зависности од дозе алкохола и обрасца конзумирања. Најозбиљнији од негативних исхода трудноће јавља се када труднице често конзумирају велике количине алкохола.

11.2 Савјетовање о конзумирању алкохола у трудноћи

Иако постоје увјерљиви докази који повезују хронични или испрекидани унос алкохола с високим нивоом штетности, укључујући негативне исходе трудноће и *FASD*, остаје неизвјесност о потенцијалној штети за плод ако трудница пије мале количине алкохола током трудноће. Важно је да све жене у репродуктивној доби буду свјесне, и то прије него што узму у разматрање могућност да остану трудне, како несигурности тако и потенцијалних ризика од повреда како би могле донијети одлуку о конзумирању алкохола у трудноћи засновану на добијеним информацијама. Здравствени радници треба да истакну сљедеће:

- ризик је већи код великог уноса алкохола, укључујући епизодну интоксикацију (пиће)
- изгледа да је ризик низак при уносу малих количина алкохола
- немогуће је утврдити на који начин ће индивидуалне карактеристике трудноће и плода модификовати ризик

Високе стопе конзумирања алкохола код аустралијских жена, укључујући труднице, и високе стопе непланиране трудноће указују на то да ће, без обзира на препоруке, многи плодови бити нехотице изложени алкохолу. Процјена жена које су конзумирале алкохол прије него што су сазнале да су трудне треба да укључи процјену о томе колико је конзумирано алкохола и у којој фази трудноће. Треба уложити напоре да се не изазове непотребна анксиозност за изоловане епизоде пијења. Жене које су пиле алкохол прије него што су сазнале да су трудне или током трудноће треба да буду увјерене да је ризик за плод вјероватно низак ако су пиле мање количине алкохола. Труднице које су и даље забринуте треба да потраже помоћ доктора медицине. Здравствени радници који нису сигурни како да савјетују труднице које траже информације о потенцијалним штетностима везаним за алкохол требало би да потраже стручне савјете од специјалистичких медицинских служби.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Савјетовати труднице или жене које планирају трудноћу да је неконзумирање алкохола најсигурнија опција јер конзумирање алкохола код трудница може негативно утицати на плод у развоју.

11.3 Сажетак: Савјетовање у свези с алкохолом

Када: При првој антенаталној посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Расправите о конзумирању алкохола током трудноће**: Објасните да је неконзумирање алкохола најсигурнија опција, а ризик од штете за плод је највећи када је унос алкохола чешћи и у већим количинама. Међутим, степен ризика по плод зависи од карактеристика труднице и плода и тешко га је предвидјети.
- **Помозите женама које су пиле прије него што су сазнале да су трудне**: Савјетујте овим женама да је ризик од штетности за плод вјероватно низак ако је жена конзумирала само мале количине алкохола прије него што је сазнала да је трудна или током трудноће.
- **Користите холистички приступ**: Уколико постоји забринутост због ефеката које конзумирање алкохола може имати на саму трудноћу, требало би потражити медицински савјет доктора медицине – специјалисте. Трудницама код којих се установи да нису у могућности да смање унос алкохола биће потребно пружити подршку и лијечење, те могућност упућивања на виши ниво гдје би им биле пружене услуге одвикавања од алкохола.

12. Лијекови

12.1 Лијекови на рецепт

Прописивање лијекова током трудноће укључује балансирање између користи за трудницу и потенцијалне односно могуће штете по плод. Само мали број лијекова је доказано безбједан за узимање у трудноћи, а одређени број лијекова за које се у почетку мислило да су безбједни у трудноћи, касније су повучени. Општи принципи подразумијевају прописивање само познатих и тестираних лијекова у најмањим могућим дозама и то само када корист за трудницу надмашује ризик по плод.

Управа за терапијска средства је извршила категоризацију лијекова који се чешће користе у Аустралији, узимајући у обзир познате штетне ефекте на плод у развоју као што су урођене мане, нежељени фармаколошки ефекти у вријеме термина порођаја, као и здравствене проблеме у будућности (видјети Табелу Ц4).

Табела Ц4: Категоризација лијекова од стране Управе за терапијска средства

А Посматрани су лијекови које је узимао велики број трудница и жена у репродуктивној доби без икаквог доказаног повећања у учесталости појаве малформација или других директних или индиректних штетних посљедица по плод.
Б1 Посматрани су лијекови које је узимао само ограничен број трудница и жена у репродуктивној доби, без повећања у учесталости појаве малформација или других директних или индиректних штетних посљедица по плод. Испитивања на животињама нису показала доказе повећаног негативног утицаја по плод.
Б2 Посматрани су лијекови које је узимао само ограничен број трудница и жена у репродуктивној доби, без повећања у учесталости појаве малформација или других директних или индиректних штетних посљедица по плод. Студије на животињама су неадекватне или недостају, али расположиви подаци не показују доказе о повећаном негативном утицају по плод.
Б3 Посматрани су лијекови које је узимао само ограничен број трудница и жена у репродуктивној доби, без повећања у учесталости појаве малформација или других директних или индиректних штетних посљедица по плод. Студије на животињама показале су доказ појачаног негативног утицаја по плод, али њихов значај сматра се несигурним код људи.
Ц Лијекови који због својих фармаколошких дејстава изазивају или се сумња да изазивају штетне посљедице по људски плод или новорођенче, а да не изазивају малформације. Ове посљедице могу бити реверзибилне. За додатне детаље треба консултовати пратеће текстове.
Д Лијекови који изазивају, сумња се да изазивају или се може очекивати да ће изазвати повећану учесталост малформација код људског плода или неповратну штету. Ови лијекови такође могу имати штетна фармаколошка дејства. За додатне детаље треба консултовати пратеће текстове.
Х Лијекови који имају тако висок ризик да изазову трајно оштећење плода да их не треба користити у трудноћи или када постоји могућност да је жена трудна.

12.2 Лијекови без рецепта

С обзиром на то да је само за неке лијекове утврђено да су безбједни за узимање током трудноће, општи принцип употребе је да се користи што мање лијекова. Међутим, лијекови без рецепта могу бити корисни за ублажавање симптома трудноће као што су мучнина и повраћање (види поглавље 51), жгаравица (види поглавље 53), затвор (види поглавље 52) и хемороиди (види поглавље 54).

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Савјетујте труднице да употреба лијекова на рецепт и без рецепта треба да буде ограничена на околности када корист превазилази ризик јер је само за неколико лијекова утврђено да су безбједни за употребу у трудноћи.

Управа за терапијска средства је установила да су лијекови из категорије А безбједни у трудноћи.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Здравствени радници би требало да потраже савјет доктора медицине – специјалисте гинекологије и акушерства из здравствене установе терцијарног нивоа, за труднице које су током трудноће биле изложене лијековима из категорије Д или Х.

12.3 Биљни лијекови

Употреба комплементарних терапија (укључујући биљне лијекове) све је чешћа појава у Аустралији. Труднице могу одлучити да их користе као подршку очувања свог здравља, јер се сматрају „безбједном“ алтернативом фармаколошким терапијама или зато што су дио традиционалне праксе у трудноћи. Међутим, недостају докази о безбједности употребе комплементарних лијекова током трудноће, а за неке се сигурно зна да штетно дјелују у првом тромјесечју. Мало је доказа из рандомизованих студија којима се подржава корист или сигурност биљних лијекова (препарати добијени из биљака), па чак иако су активни састојци проучавани у испитивањима, додаци могу да садрже и друге састојке с непознатим ефектима. Студије су идентификовале нуспојаве повезане с неким европским и кинеским биљним лијековима.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
За неке биљне приправке утврђено је да су безбједни и ефикасни током трудноће. Биљне лијекове треба избјегавати у првом тромјесечју.

12.4 Давање савјета о лијековима

Уколико су добро информисани, здравствени радници могу бити подршка трудницама приликом безбједне употребе лијекова, али исто тако могу дати савјете о мјестима/ службама гдје могу пронаћи додатне информације о безбједној употреби лијекова у трудноћи.

12.5 Сажетак: Савјетовање трудница о употреби лијекова у трудноћи

Када: При антенаталним посјетама
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, фармацеут

- Расправите о употреби лијекова са трудницом: Објасните да, иако многи лијекови нису безбједни у трудноћи, ипак могу бити потребни у неким ситуацијама (нпр. за лијечење високог крвног притиска, епилепсије, депресије) или за ублажавање неких симптома трудноће. Савјетујте труднице да кажу фармацеуту да су трудне приликом куповине лијекова без рецепта.
- Расправите о ризицима и предностима: Уколико прописујете лијекове, објасните трудници све ризике по плод и предности лијечења за њу како би она могла донијети одлуку о лијечењу засновану на добијеним информацијама.

13. Употреба супстанци

Антенатална њега пружа могућност да се трудницама поставе питања о употреби супстанци. Распитивање на неосуђујући начин може помоћи трудницама у откривању и омогућавању приступа додатној подршци и њези, укључујући услуге менталног здравља и оне које се тичу дрога и алкохола.

13.1 Увод

Употреба супстанци у трудноћи важно је питање у антенаталној њези. Употреба дувана и алкохола је уобичајена (о њима се говори у Поглављима 11 и 1), али је употреба илегалних супстанци и злоупотреба лијекова који се издају на рецепт такође важна. Истовремена употреба неколико супстанци и удружени проблеми менталног здравља такође су уобичајени.

Супстанце које се разматрају у овом поглављу укључују канабис (марихуана), метилендиоксиметамфетамин (*MDMA* или екстази), мет/амфетамин (укључујући прах/таблете [*speed*] и кристале [кристални мет или лед]), кокаин и опиоиде (укључујући хероин) и злоупотребу лијекова. Нису идентификоване информације релевантне за диетиламид лизергичне киселине (*LSD*).

13.1.1 Ризици повезани с употребом супстанци у трудноћи

Систематски прегледи опсервационих студија су идентификовали сљедеће ризике по мајку и перинаталне ризике повезане с употребом супстанци.

- ***Употреба марихуане у трудноћи***: Један преглед установио је повезаност с повећаним ризиком од ниске порођајне тежине и пријевременог порођаја, али када су прикупљени подаци прилагођени подацима у вези с дуваном и другим удруженим факторима, није било статистички значајне разлике. Други преглед који се није прилагодио удруженим факторима установио је пораст ризика од ниске порођајне тежине и анемије мајке.
- ***Употреба амфетамина у трудноћи***: Идентификовано је значајно повећање неприлагођеног ризика од пријевременог порођаја, ниске порођајне тежине и малог плода за гестацијску старост, а средња вриједност порођајне тежине била је знатно нижа.
- ***Употреба кокаина у трудноћи***: Постојала је повезаност са знатно већим ризиком од

пријевременог порођаја, ниске порођајне тежинеи малог плода за гестацијску старост, као и ниже гестацијске старости по рођењу и смањене порођајне тежине.
- ***Зависност од опиоида у трудноћи***: Једном анализом неуробихевиоралних дункција дјеце интраутерино изложене опиоидима (просјечне старости 14,1 мјесец) је утврђено да нема сигнификантне разлике у односу на дјецу која нису била изложена опиоидима.

Кохортна студија је открила да су порођаји повезани са злоупотребом опијата од стране трудница или зависности трудница од опијата у поређењу с онима без злоупотребе опијата или зависности од опијата били повезани с повећаним изгледима од смрти труднице током хоспитализација; срчаним застојем, интраутериним застојем у расту плода, абрупцијом плаценте, дужином боравка> 7 дана, пријевременим порођајем, олигохидрамнионом, трансфузијом, мртворођеношћу, пријевременом руптуром плодових овоја и царским резом. Нису идентификоване студије које су истраживале исходе повезане с употребом кристалног метамфетамина, *LSD*-а или екстазија у трудноћи.

13.2 Процјена употребе психоактивних супстанци

Свјетска здравствена организација (СЗО) препоручује скрининг на употребу супстанци у трудноћи (СЗО 2014). Периодични скрининг на употребу супстанци у трудноћи такође се препоручује у Канади (*SOGC* 2011). У Аустралији, смјернице које су развијене на националном нивоу и ревидиране од стране *New South Wales Health* (*NSW Health* 2014) препоручују скрининг на употребу супстанци у раној трудноћи. Истиче се важност успостављања ефикасног односа с трудницом, заснованог на поштовању и неосуђујућим ставовима, укључивању труднице у адекватну антенаталну његу кроз тај однос те одржавању континуитета његе и његоватеља током трудноће и постнаталног периода.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
У раној трудноћи процијените употребу недозвољених супстанци и злоупотребу лијекова од стране труднице и пружите јој савјет о удруженим штетним ефектима као посљедици истих.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Постављање питања у вези с употребом супстанци приликом сљедећих посјета од изузетне је важности будући да ће неке труднице највјероватније пружити осјетљиве информације тек након што се успостави повјерљив однос.

13.2.1 Упућивање и интервенција

Аустралијски водич (*NSW Health* 2014) препоручује да ће труднице са значајном употребом проблематичних супстанци имати користи од упућивања на виши ниво, и то на специјалистичку процјену употребе лијекова и алкохола (заједно с упућивањем доктору медицине – специјалисти гинекологије и акушерства), именовања сталног и континуираног руководиоца случаја и тима за његу који ће користити ефикасне комуникационе системе те посебног лијечења због употребе супстанци, које може укључивати савјетовање, фармакотерапију и стратегију за спречавање рецидива.

Психосоцијалне интервенције

Когнитивна бихевиорална терапија у поређењу с кратким савјетима за труднице које користе проблематичне супстанце није имала јасан ефекат на ризик од ниске порођајне тежине, пријевременог порођаја или употребе супстанци од стране мајки (нема значајне разлике на порођају или 3 мјесеца након порођаја) (СЗО 2014).

Фармаколошке интервенције

Cochran-ова студија која је укључивала труднице са зависношћу од опиоида није пронашла довољно значајне разлике између метадона и бупренорфина или морфија са спорим отпуштањем да би се могао извести закључак о томе да ли је један третман бољи од другог за све релевантне исходе. Док се метадон чини супериорним у погледу задржавања трудница на лијечењу, чини се да бупренорфини доводи до мање тешког синдрома неонаталне апстиненције.

13.3 Расправа о употреби супстанци

Расправе с трудницама које су идентификоване као кориснице недозвољених супстанци или злоупотребљавају лијекове могу обухватати сљедеће теме:

- штетни ефекти повезани с употребом супстанци и користи од смањења или прекида њихове употребе
- доступност локалних служби за подршку, укључујући услуге менталног здравља и лијечења зависности од дрога и алкохола
- за труднице зависне од опиоида, користи и штетни ефекти метадона у поређењу с бупренорфином или оралним морфином са спорим отпуштањем.

13.4 Сажетак: Употреба супстанци

Када: У раној трудноћи и при свакој сљедећој посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Објасните сврху испитивања у вези с употребом супстанци**: Објасните да је испитивање у вези с употребом супстанци рутински дио антенаталне његе и да има за циљ да идентификује труднице којима би била потребна помоћ.
- **Користите холистички приступ**: Уколико трудница призна да користи недозвољене супстанце или злоупотребљава лијекове (нпр. прописане опиоиде попут кодеина, оксикодона, морфија), требало би размотрити могућност укључивања интервенција које би трудници пружиле помоћ и сталну подршку. Емоционално благостање труднице те њену безбједност и безбједност дјеце о којима она брине треба процијенити и пријавити и/или упутити на друге службе (нпр. службе у локалној заједници, прихватилишта, полицију) по потреби или одмах.
- **Сазнајте информације о локално доступним установама за подршку**: Доступност установа за подршку трудницама које користе недозвољене супстанце или злоупотребљавају лијекове зависи од локације.
- **Уложите расправу у медицински картон**: У медицински картон уложите све доказе о коришћењу супстанци, дате препоруке и све информације које трудница пружи. Ако се користи евиденција о трудницама, информације укључене у њу треба да буду ограничене, а детаљнија евиденција би требало да се води у здравственој служби.
- **Потражите подршку**: У зависности од ваших вјештина и искуства у разговору с трудницама о коришћењу супстанци и пружању помоћи истима, потражите савјет и подршку кроз програме обуке, клинички надзор, менторство и/или линије за помоћ.
- **Будите свјесни релевантне легислативе**: Свака држава има захтјеве о пријављивању потенцијалне штете од употребе супстанци код нерођеног дјетета, како је то уређено њиховим законодавством.

14. Орално здравље

Лијечење пародонталне болести побољшава добробит жене и сигурно је у трудноћи.

14.1 Увод

Орално здравље односи се на здравље ткива у устима, укључујући слузницу, везивно ткиво, мишиће, кости, зубе и пародонталне структуре или десни (гингиве). Сама трудноћа нема негативан утицај на орално здравље, али може повећати ризик од денталних проблема (нпр. често повраћање може повећати киселост у устима и допринијети настанку каријеса). Такође, високи ниво хормона повећава доток крви у десни и може изазвати упалу и крварење (гингивитис). У недостатку локалног накупљања плака, здраве десни неће показати промјене током трудноће, али ризик од периодонтитиса (упале и уништавања потпорног ткива зуба) се повећава.

Мјере за спречавање каријеса и пародонталне болести укључују редовно четкање и прање зуба и редовне прегледе зуба, уз чишћење и лијечење зуба по потреби.

14.1.1 Преваленца пародонталне болести у трудноћи

Мултицентрично рандомизовано испитивање (н=3,563) открило је преваленцу пародонталне болести од 50% током трудноће. Учесталост пародонталне болести повезана је с нижим нивоима образовања и социоекономским статусом.

14.1.2 Ризик повезан с пародонталном болести у трудноћи

Наведена је повезаност између пародонталне болести и пријевременог порођаја и мале порођајне тежине. Међутим, недавно спроведено кохортно истраживање (н=876) није открило повезаност између пародонталне болести и неповољних исхода трудноће, док су мета-анализе опсервационих студија откриле да лијечење пародонтопатије није довело до смањења стопе пријевременог порођаја. Контролисана испитивања лијечења пародонтитиса током трудноће открила су сљедеће:

- да је дошло до побољшана пародонталне болести, али без значајних промјена у стопама пријевременог порођаја, мале порођајне тежинеили застоја у расту плода,
- да нема значајног смањења ризика од пријевременог порођаја, иако лијечење може заштитити од мале порођајне тежине,
- да нема значајних разлика између трудница које су биле на лијечењу током или послије трудноће у погледу пријевременог порођаја, порођајне тежине или преeклампсије,
- да је дошло до смањења инциденце каријеса међу дјецом чије су мајке током трудноће добијале савјете за орално здравље.

14.2 Давање савјета о оралном здрављу

Добро орално здравље и контрола оралних болести важни су за здравље и квалитет живота труднице и имају потенцијал за смањење преноса патогених бактерија с мајке на дијете. Стоматолошко лијечење се може сигурно обезбиједити у било које вријеме током трудноће ако стоматолог има сазнања о трудноћи.

Аустралијско истраживање жена које су недавно родиле открило је да је већина трудница имала нека сазнања о оралном здрављу и здрављу зуба, али је само мали проценат знао за пародонталну болест. Недостатак знања о оралном и денталном здрављу снажно је повезан с нижим образовањем и нижим социоекономским статусом. Преко половине испитаница није посјећивало стоматолога у претходних 12 мјесеци, а само 30% их је посјетило стоматолога током задње трудноће.

14.2.1 Мучнина и повраћање

Мучнина и повраћање могу да утичу на орално здравље:

- често конзумирање грицкалица и безалкохолних пића/газираних пића и жудња за одређеном храном (често слатком) могу повећати ризик од каријеса,
- прекомјерно повраћање доводи зубе у додир с јаком желудачном киселином,
- понављани рефлукс и повраћање могу оштетити зубну глеђ и повећати ризик од пропадања.

Мјере за смањење утицаја мучнине и повраћања на орално здравље укључују:

- испирање уста раствором соде бикарбоне након повраћања, избјегавање прања зуба непосредно након повраћања јер се ефекат ерозије може повећати прањем већ деминерализоване површине зуба,
- коришћење флуорисане воде за испирање уста и пасте за зубе,
- једење мањих количина нутритивне, али антикариогене хране (грицкалице богате протеинима) током дана,
- жвакање жвакаћих гума без шећера (посебно жвакаћих гума које садрже ксилитол или казеин фосфопептид-аморфни калцијум-фосфат [*CPP-ACP*]) након оброка или пића с високим удјелом шећера или газираних пића.

ПРЕПОРУКА 14
При првом антенаталном посјету савјетујте трудницама да обаве преглед и, уколико је потребно лијечење зуба, јер је добро орално здравље важно за здравље труднице и лијечење се може безбједно спровести током трудноће.

14.3 Сажетак: Савјетовање трудница у вези с њиховим оралним здрављем

Када: При антенаталној посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Разговарајте с трудницом о њеном оралном здрављу**: Објасните да трудноћа није узрок денталних проблема, али може довести до њих. Савјетује трудници да је потребно да

уради преглед зуба и да каже стоматологу да је трудна
- **Дајте савјет трудници која има мучнину и повраћање у вези с њеним оралним здрављем**: Објасните да повраћање излаже зубе желудачној киселини и дајте савјете како да смањи утицај киселине на зубе (види горе)

15. Сексуална активност

Труднице и њихови партнери могу се питати о сигурности сексуалне активности током трудноће. Постоји врло мало доказа о штетности по трудницу у вези са сексуалном активношћу.

15.1 Увод

Учесталост сексуалне активности у трудноћи увелико варира, с тенденцијом опадања како трудноћа напредује, посебно током трећег тромјесечја. Фактори који доприносе смањеној сексуалној активности укључују мучнину, страх од побачаја, страх од повреде плода, недостатак интересовања, нелагодност, физичку неспретност, страх од пукнућа плодових овоја, страх од инфекције и умор.

Као што постоји забринутост за сигуран секс током трудноће, труднице се могу питати и о сексуалној активности као природном начину подстицања порођаја.

15.2 Дискусија у вези са сексуалном активности

Већина доступних доказа потиче из опсервационих студија и ослања се на податке који су резултат прикупљених односно пријављених информација од стране самих испитаница. Поред тога, студије теже испитивању било какве сексуалне активности у трудноћи, тако да се не може знати ефекат честог практиковања сексуалне активности на трудноћу. Такође, докази су недосљедни када се говори о ефектима сексуалне активности на дужину трудноће.

Ограничени расположиви докази говоре да у трудноћи ниског ризика:

- постоји мали ризик од појаве нежељених догађаја због сексуалне активности током трудноће

- сексуална активност вјероватно неће бити повезана с пријевременим порођајем.

Све у свему, мало је доказа који би подржали теорију да сексуална активност има било какав ефекат на подстицање порођаја. Једно проспективно кохортно истраживање открило је да је сексуална активност у термину порођаја била повезана с ранијим почетком порођаја и смањеном потребом за индукцијом порођаја у 41. седмици; међутим, друге сличне студије су пријавиле да или није било разлике или је дошло до смањења стопе спонтаног порођаја прије датума планираног термина индукције порођаја.

Иако не постоје докази који би сугерисали јасну корист од ограничене сексуалне активности код трудница које су у ризику од пријевременог порођаја (нпр. претходни спонтани пријевремени порођај) или антепарталног крварења због предњачеће плаценте, ипак би се овим трудницама требало препоручити да се уздрже од сексуалне активности.

ПРЕПОРУКА 15
Савјетујте труднице без компликација да није познато да ли је сигурна сексуална активност у трудноћи повезана с нежељеним догађајима.

15.3 Сажетак: Сексуална активност

Када: Трудница пита о сексуалној активности
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Разговарајте с трудницом о свакој забринутости**: Објасните да се жеља за сексом обично смањује како трудноћа напредује као и након порођаја, а код већине жена се временом постепено враћа
- **Будите увјерљиви**: Увјерите труднице да сексуални односи вјероватно неће наштетити трудноћи или повећати ризик од пријевременог порођаја
- **Користите холистички приступ**: Објасните да је одлука да ли ће бити сексуално активна током трудноће само њена и да има право да не пристане на секс. Такође објасните да рођење и родитељство могу имати утицај на сексуални живот брачних односно ванбрачних супружника.

16. Путовање

Дискусија о ризицима повезаним с путовањима током трудноће омогућава трудницама да донесу информисане одлуке и предузму мјере за побољшање сопствене безбједности.

16.1 Увод

Студије су доказале ограничено знање трудница о факторима повезаним с путовањима током трудноће, укључујући исправну употребу сигурносних појасева и ризике повезане с путовањем у иностранство.

16.1.1 Ризици повезани с путовањем у трудноћи

- ***Вожња аутомобилом***: Тешке и лакше повреде као посљедица саобраћајних несрећа повезане су са штетним исходима по мајку и плод и с већим ризиком од неповољних исхода уколико до порођаја дође након пријема труднице због саобраћајне несреће. Исходи по мајку и плод су још више неповољни уколико трудница није имала сигурносни појас током саобраћајне несреће. Чини се да активирање ваздушног јастука нема неповољан утицај на исходе по мајку или плод.
- ***Путовања авионом на дуже релације***: Комерцијални летови су обично безбједни за труднице, а учестало путовање авионом током трудноће (нпр. чланови посаде) чини се да не повећава ризик од неповољних исхода. Међутим, путовање авионом у 34.–37. седмици трудноће повезано је с повећаним ризиком од пријевременог порођаја. За венску тромбозу, која је повезана с путовањима авионом на дуже релације код опште популације, постоји већа вјероватноћа да ће се појавити у трудноћи.
- ***Прекоморска путовања***: Изложеност инфекцији повећава се с путовањем у одређена подручја. Тако нпр. труднице ће се заразити маларијом лакше него жене које нису трудне. Маларија током трудноће повезана је са спонтаним побачајем, пријевременим порођајем, ниском порођајном тежином, мртворођењем, урођеном инфекцијом и смрћу мајке.

16.2 Савјетовање о путовањима за вријеме трудноће

Иако су доступни докази о путовању у трудноћи из студија ниског нивоа и различити су, ови докази углавном подржавају препоруке *NICE*-а.

16.2.1 Путовања аутом

Докази високог нивоа из опште популације подржавају употребу сигурносних појасева. Међутим, студије које су биле базиране на испитивању знања трудница и сагласности с употребом сигурносних појасева те савјетовању здравствених радника о употреби сигурносних појасева у трудноћи открили су недостатак знања, сагласности и датих савјета. Информације пружене трудницама могу унаприједити исправну употребу сигурносних појасева.

Повјерљива истрага о смртности мајки у Уједињеном Краљевству пружа сљедеће савјете о правилној употреби сигурносних појасева у трудноћи:

- ременове треба поставити изнад и испод трбуха, а не преко њега
- користите сигурносне појасеве у три тачке са ременом који је постављен што је могуће ниже испод трбуха, лежећи преко бедара с дијагоналним ременом преко рамена који лежи између груди.
- подесите појас тако да буде што удобније постављен.

ПРЕПОРУКА 16
Обавијестите трудницу о правилној употреби сигурносних појасева, тј. о сигурносним појасевима у три тачке „изнад и испод трбуха, а не преко њега“.

16.2.2 Прекоморска путовања

Прекоморска путовања постају све чешћа у трудноћи, међутим труднице нису увијек адекватно припремљене у погледу савјета о путовању и осигурања. Морбидитет повезан с путовањем може се избјећи одлагањем путовања након порођаја, али то у неким ситуацијама није изводљиво због жеље чланова породице или ванредних ситуација. Важно је саопштити трудници ризике повезане с путовањима током трудноће и обавијестити је о корисним превентивним интервенцијама.

Путовање авионом на дуже релације

Политике комерцијалних авио-компанија у вези с путовањима трудница варирају, при чему већина ограничава путовање авионом након 36. седмице трудноће због повезаних ризика. Неке авио-компаније од трудница захтијевају да са собом носе писмо свог породичног доктора у коме се наводи предвиђени термин порода, појединачна или вишеструка трудноћа, изостанак компликација и потврда да трудница може безбједно поднијети дужину планираног лета.

Истраживање о знању трудница везано за ризике путовања авионом током трудноће дошло је до закључка да је само једна трећина анкетираних трудница тражила савјет у вези с путовањем, а једна четвртина уопште није била свјесна ризика од настанка венске тромбозе. Савјети о настанку венске тромбозе које пружају здравствени радници такође варирају (у распону од једноставних превентивних мјера до употребе аспирина или хепарина).

Превентивне мјере за смањење ризика од венске тромбозе укључују (*ACOG* 2009):

- коришћење чарапа за подршку и периодично кретање доњих екстремитета
- избјегавање рестриктивне одјеће
- повремено устајање и шетња
- одржавање хидратације (нпр. пијење пуно воде, избјегавање кофеина и неузимање алкохола)

ПРЕПОРУКА 17
Обавијестите трудницу да је путовање авионом на дуже релације повезано с повећаним ризиком од венске тромбозе и плућне емболије, мада није јасно да ли постоји додатни ризик током трудноће.

Вакцинације

Неке од вакцина које се препоручују у случају прекоморских путовања су контраиндиковане у трудноћи. *NICE* водич (*NICE* 2008) савјетује сљедеће:

- да се мртве или инактивиране вакцине, токсоиди и полисахариди могу давати током трудноће, као и орална полио вакцина
- да је давање живих вакцина углавном контраиндиковано због претежно теоретских ризика по плод
- да у трудноћи треба избјегавати вакцине против морбила, заушњака, рубеоле, жуте грознице и *BCG* вакцину.

За сваку трудницу треба испитати ризике и користи од специфичних вакцина и потражити савјет породичног доктора у случају путовања.

Путно осигурање

Трудницама треба савјетовати да упореде различите полисе осигурања и да пажљиво читају клаузуле о искључењу.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Труднице треба савјетовати да са својим доктором медицине – специјалистом гинекологије и акушерства разговарају о авио-превозу, вакцинацији и путном осигурању ако планирају да путују у иностранство.

Путовање у ендемична подручја маларије

Због ризика повезаних с маларијом код труднице и потенцијалним нуспојавама повезаним с превентивним лијековима, најсигурнија опција је да труднице избјегавају путовање у ендемична подручја маларије током цијеле трудноће. Када се путовање не може одложити, трудници треба пружити савјет о превентивним мјерама и свим ризицима који су с њима повезани.

Важна превентивна мјера коју треба предузети јесте предострожност против убода комараца. Показало се да мреже за кревет третиране инсектицидима смањују ниво маларије у општој популацији и нежељене исходе по трудницу. Остале мјере за спречавање од убода комараца укључују:

- ношење одјеће која је претходно третирана инсектицидом
- ношење одјеће с дугим рукавима када сте на отвореном увече и ноћу
- редовно наношење средства против инсеката на изложену кожу.

Ове мјере имају додатну предност и у заштити од других инфекција које преносе комарце, попут денга грознице, јапанског енцефалитиса и жуте грознице.

ПРЕПОРУКА 18
Уколико труднице не могу одложити путовање у ендемична подручја маларије, савјетујте им да користе мреже за кревет претходно третиране инсектицидом.

Лијекови за превенцију маларије смањују преваленцу антенаталних паразитарних инфекција и инфекција постељице код трудница, без обзира на број претходних трудноћа. Такође, код трудница које очекују прво или друго дијете ови лијекови имају позитивне ефекте на порођајну тежину и могу умањити ризик од перинаталне смрти.

Употреба превентивне медицине зависи од нивоа ризика (нпр. одредиште путовања, сезона, дужина боравка).

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Послије првог триместа, мефлоквин се даје у превенцији маларије. Ни маларон ни доксициклин се не препоручују за профилаксу у било ком периоду трудноће. Хлороквин (или хидроксихлороквин) плус прогуанил је сигуран, али мање ефикасан, па се ријетко користи. За подручја гдје је само Plasmodium vivax ендемичан, могу се користити хлорокин или хидроксихлорокин.

Ризике и користи одређених анти-маларијских лекова треба испитати за сваку трудницу.

16.3 Сажетак: Путовање

Када: Рано у антенаталној њези и када трудница тражи савјет у вези с путовањем
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства, доктор медицине – специјалиста инфектологије

- **Разговарајте о употреби сигурносних појасева**: Објасните да употреба сигурносног појаса неће нашкодити плоду и побољшаће исходе у случају да се догоди саобраћајна незгода. Опишите како правилно причврстити сигурносни појас
- **Разговарајте о путовању авионом**: Уколико трудница планира да путује авионом на дуже релације током трудноће, о томе би требало да разговара са здравственим радником и да се распита код појединих авио-компанија и путничких осигуравајућих кућа како би могла процијенити да ли је планирано путовање могуће. Уколико је трудница одлучила да путује, пружите јојсавјет у вези са смањењем ризика од венске тромбозе
- **Разговарајте о превенцији инфекције током путовања**: Објасните да вакцинација потребна у случају путовања у нека одредишта може бити контраиндикована током трудноће. Пружите савјет о превенцији маларије трудницама које нису у могућности одложити путовање у ендемична подручја маларије
- **Користите холистички приступ**: Трудницама које планирају да путују помозите да приступе одговарајућим услугама (нпр. доктор медицине – специјалиста инфектологије). Савјетујте им да приликом путовања са собом понесу антенатални картон

ДИО Д:
КЛИНИЧКЕ ПРОЦЈЕНЕ

Нуди се низ клиничких процјена да би се промовисало и побољшало физичко и емоционално благостање труднице и плода током трудноће. Ово поглавље говори о процјенама које се нуде свим трудницама током трудноће. Препоруке се заснивају на доказима о тачности процјена у предвиђању компликација у трудноћи и ефикасности интервенција код смањења симптома.

17. Тежина и индекс тјелесне масе

Индекс тјелесне масе (прије трудноће или при првој антенаталној посјети) и пораст телесне тежине у току трудноће представљају важне одреднице здравља труднице и плода.

17.1 Увод

Свјетска преваленца гојазности драматично је порасла у посљедњих неколико деценија, а Аустралија је међу земљама с највећом преваленцом. Постоји добро документован повећани ризик од компликација код трудница које су претиле или гојазне током трудноће. Супротно томе, недовољно повећање тјелесне масе током трудноће такође може утицати на здравље плода.

17.1.1 Израчунавање и тумачење *BMI*

Индекс тјелесне масе (*BMI*) је однос тјелесне тежине и висине који се обично користи за класификацију потхрањености, прекомјерне тежине и гојазности код одраслих. Израчунава се дијељењем тежине с квадратом висине у метрима: тежина (kg)/висина (m^2). *WHO* класификација *BMI* дата је у Табели Д2.

Табела Д2: Класификација потхрањености, прекомјерне тежине и гојазности код одраслих у складу са *BMI* класификацијом

***BMI* (kg/m²)**	**Класификација**
<18,50	Потхрањеност
18,5 – 24,9	Нормална тежина
25,0 – 29,9	Прекомјерна тежина
≥ 30,0	Гојазност

17.1.2 Ризици повезани са ниским или високим *BMI*

- **Потхрањеност**: низак *BMI* повезан је с повећаним ризиком од пријевременог порођаја, малом новорођенчади за гестацијску старост и ниском порођајном тежином.
- **Прекомјерна тежина**: *BMI* >25 је повезан с мртворођењем, урођеним аномалијама, дефектима нервне цијеви, пријевременим порођајем, ниском порођајном тежином, великом новорођенчади за гестацијску старост, гестацијском хипертензијом, прееклампсијом, гестацијским дијабетесом, постпарталним крварењем и депресивним поремећајима.
- **Гојазност**: *BMI* ≥30 је такође повезан с горе наведеним исходима и немогућношћу започињања дојења, постпорођајним задржавањем тежине и повећаном стопом царског реза.

17.1.3 Тежина добијена за вријеме трудноће

Иако је *BMI* прије трудноће или у раној трудноћи независно повезан с исходима трудноће, тежина која је добијена током трудноће такође је фактор који доприноси исходима. Амерички институт за медицину (*IOM*) даје смјернице о повећању тјелесне тежине у трудноћи на основу *BMI* прије трудноће (види Табелу Д3).

Табела Д3: IOM препоруке за повећање тежине у трудноћи

Прије трудноће *BMI* (kg/m²)	Препоручени добитак на тежини	Стопе повећања тјелесне тежине у 2. и 3. тромјесечју (kg/седмично)
< 18,50	12,5 – 18,0	0,51 (0,44 – 0,58)
18,5 – 24,9	11,5 – 16,0	0,42 (0,35 – 0,50)
25,0 – 29,9	7,0 – 11,5	0,28 (0,23 – 0,33)
≥ 30,0	5,0 – 9,0	0,22 (0,17 – 0,27)

Напомена: Препоруке *IOM*-а засноване су на консензусу и написане су 2009. Од тада су се накупили докази о потреби прилагођавања препорука за повећање тјелесне тежине појединачно код жена са *BMI* ≥40; потребна су даљња истраживања примјенљивости *IOM* препорука код ових жена. Такође треба напоменути да су препоручени распони повећања тјелесне тежине само индикативни и дају предложена ограничења, а не конкретне циљеве.

Недавним систематским прегледом 23 студије из САД, Европе и Азије утврђено је да је 47% трудница током трудноће добило више на тежини, док је 23% добило мање на тежини од препоручених вриједности. У аустралијској студији 36% трудница добило је на тежини према смјерницама, 26% је добило неадекватну тежину, а 38% је добило вишак килограма. Међу трудницама с прекомјерном тјелесном тежином, 56% је добило на тежини која премашује смјернице *IOM*-а у поређењу с 30% оних које су почеле с нормалном тежином (П <0,001).

17.1.4 Ризици повезани с ниским или високим повећањем тјелесне тежине током трудноће

Недавним систематским прегледом установљено је сљедеће:

- да је пораст гестацијске тежине испод препорука био повезан с већим ризиком за рађање новорођенчади мале за гестацијску старост; није било јасне разлике у ризику од царског реза,
- да је пораст гестацијске тежине изнад препорука био повезан с већим ризиком од велике новорођенчади за гестацијску старост, макросомије и царског реза.

Пораст гестацијске тежине изнад препорука такође је повезан с хипертензијом и прееклампсијом. Прекомјерно повећање гестацијске тежине код трудница које су претиле повезано је с неонаталним метаболичким поремећајима. Дебљање прије и током трудноће не само да утиче на тренутну трудноћу, већ може допринијети и будућем задржавању килограма.

17.2 Процјена *BMI* и добијање на тежини

Рутинско мјерење висине и тежине трудница и израчунавање *BMI* у раном антенаталном контакту препоручује се на Новом Зеланду (*NZ MoH* 2014), у Великој Британији (*NICE* ажурирано 2016), Сједињеним Државама (*ACOG* 2013) и Аустралији (*RANZCOG* 2017).

Подстицање самоконтроле тежине препоручује се на Новом Зеланду (*NZ MoH* 2014), док *NICE* смјернице препоручују ограничавање понављаног вагања до мјере када би исто вјероватно могло утицати на клиничко управљање (*NICE* ажурирано 2016). У Канади су развијене карте за праћење добијања на тежини за различите класификације тежине (*HealthCanada* 2010).

Смјернице за управљање гојазношћу у трудноћи развијене су у Аустралији (*RANZCOG* 2017), Великој Британији (*CMACE* & *RCOG* 2010) и Канади (*SOGC* 2010). Ове смјернице су досљедне у препоруци да се труднице које су претиле обавјештавају о ризицима повезаним с гојазношћу у трудноћи.

17.2.1 Мјерење висине и тежине и израчунавање *BMI*

Рутинско мјерење тежине и висине труднице и израчунавање *BMI* при првом антенаталном контакту омогућава идентификовање трудница којима је потребна додатна њега током трудноће. Када постоје тачни подаци о *BMI* труднице прије трудноће, они могу представљати добру информативну подлогу за утврђивање гестацијског добијања на тежини. Имајте на уму да *BMI* може бити мање тачан за процјену нормалне тежине у одређеним групама због варијација у мишићној маси и масном ткиву (нпр. однос између мишићне масе и масног ткива је нижи од класификације СЗО која се препоручује трудницама азијског поријекла, а виши однос се препоручује трудницама с пацифичких острва)

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Измјерите тежину и висину труднице при првој антенаталној посјети и израчунајте њен индекс тјелесне масе (*BMI*) како бисте је информисали о повећању тежине у току гестације.

Пружите трудници савјет о прикладном добијању на тјелесној тежини током трудноће у односу на *BMI* прије трудноће (ако је забиљежен) или њеном *BMI* при првој антенаталној посјети.

17.2.2 Дискусија о тежини и добијању на тјелесној тежини код трудница

Труднице чији је *BMI* испод или изнад нормалног распона вјероватно ће захтијевати додатну његу током трудноће. Код трудница с повишеним *BMI* може доћи до наговјештаја додатне његе током трудноће (нпр. потенцијал за слабу ултразвучну визуализацију) и порођаја (нпр. потреба да се порођај одвија у већем центру, потешкоће с надзором плода). Треба објаснити релевантне ризике повезане са *BMI* труднице и дати јој прилику да разговара о томе и како их може свести на минимум.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Усвајање респектабилног, позитивног и подржавајућег приступа и пружање информација о здравој исхрани и физичкој активности у одговарајућем облику може помоћи разговору о управљању тјелесном тежином. Здравствени радници би кроз свој образовни систем требало да добију и усвојеову врстуинформација.

17.2.3 Недавни докази о рутинском праћењу тјелесне тежине

Није идентификован ниједан систематски преглед праћења килаже. Недавни аустралијски *RCT* је више дао на значају редовном вагању приликом антенаталних посјета заједно с пружањем савјета о добијању на тјелесној тежини у односу на уобичајену његу. Студија није утврдила јасну разлику у добијању на тјелесној тежини, пропорцији трудница које су добиле више на тежини у односу на препоручени распон *IOM* или секундарне исходе. Унутар подгрупе трудница које су пружиле повратне информације, 73% је исказало задовољство рутинским вагањем.

Пилот-студија је комбиновала редовно вагање од стране гинеколошко-акушерске сестре и савјет о добијању на тјелесној тежини које је забиљежено самовагањем трудница између антенаталних посјета. У поређењу с уобичајеном његом, није било јасне разлике у проценту трудница које су током трудноће добиле вишак килограма или у односу на резултате депресије и анксиозности. Повратне информације у подгрупи учесница показале су подршку рутинском вагању међу учесницима и бабицама.

Када су та два испитивања обједињена, није било јасне разлике између прекомјерне гестацијске тежине и седмичног добијања у тјелесној тежини. Квалитет доказа био је низак за оба исхода. У два испитивања није било индикације да ли се прекомјерно гестацијско повећање у тјелесној тежини или средња вриједност гестацијског добијања на тјелесној тежини разликује код трудница нормалне тежине на почетку трудноће у поређењу с трудницама које су имале прекомјерну тјелесну тежину или су биле претиле.

Треће истраживање (из Аустралије) је показало да је, у поређењу с уобичајеном његом, самовагање заједно с пружањем савјета о добијању на тјелесној тежини довело до смањења добијања на тјелесној тежини код трудница које су имале прекомјерну тјелесну тежину, али не и код трудница које су имале нормалну тјелесну тежину или су биле претиле прије трудноће. У сваком случају, интервенција није имала утицај на прекомјерно добијање на тјелесној тежини.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Приликом сваке антенаталне посјете пружите трудницама могућност да се изважу и подстакните их на самопраћење тјелесне тежине.

17.2.4 Подржавање управљања тјелесном тежином

Недавна мета-анализа појединачних података о пацијентима из 36 RCT-а открила је да интервенције на основу исхране и физичке активности током трудноће смањују добитак гестацијске масе и смањују изгледе за царски рез. Није било доказа да се ефекти разликују у подгрупама жена (тј. вјероватно је да ће жене свих група *BMI* имати користи од одређених савјета о исхрани и физичкој активности за управљање тежином).

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Приликом сваке трудноће са свим трудницама разговарајте о промјени тјелесне тежине, исхрани и нивоу физичке активности.

17.2.5 Специфичне процјене ризика потребне за потхрањене труднице или труднице с прекомјерном тјелесном тежином, односно претиле труднице

Високи *BMI* током трудноће указује на потребу праћења раста фетуса (*RCOG* 2014), гестацијског дијабетеса и хипертензивних поремећаја, конгениталних аномалија и оштећења неуронске цијеви. Индивидуална процјена ризика од потенцијалних компликација током порођаја, укључујући и ризик од анестезије, такође може бити потребна трудницама са *BMI* ≥40.

17.2.6 Друга разматрања

- Могућност субоптималне визуелизације на ултразвуку за труднице с повишеним *BMI* (одлагање ултразвука до трудноће од 20. до 22. седмице за труднице са *BMI* ≥30 може дати боље резултате, али их треба уравнотежити с могућношћу одлагања дијагнозе структурних аномалија).
- Антенатална консултација с анестезиологом како би се утврдиле евентуалне потешкоће с венским приступом, регионалном или општом анестезијом за труднице са *BMI* ≥40.
- Додатна подршка за започињање дојења за труднице са *BMI* нижим или вишим од физиолошког распона.
- За труднице с високим *BMI*, стални савјети у вези с исхраном послије порођаја од стране одговарајућег здравственог радника у циљу смањења и одржавања тјелесне тежине.

17.3 Сажетак: Мјерење тјелесне тежине и *BMI*

Када: При првој антенаталној посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Објасните сврху процјене тјелесне тежине и повећања тјелесне тежине током трудноће**: Разговарајте с трудницама чији је *BMI* изван нормалног распона о ризицима повезаним с тјелесном тежином труднице која је испод или изнад нормалног распона прије, током трудноће и између трудноћа
- **Укључите жене у дискусије о повећању тјелесне тежине**: Понудите трудницама прилику да се изважу и да разговарају о свом повећању тјелесне тежине од посљедње антенаталне посјете. Користите препоруке *IOM*-а како бисте пружили савјет трудницама о ризицима неадекватног или прекомјерног повећања тјелесне тежине, без обзира на *BMI*. Пружите савјет у вези с исхраном и начином живота на основу аустралијских смјерница о исхрани и физичкој активности
- **Користите холистички приступ**: Пружите трудницама културолошки одговарајуће савјете о предностима здраве исхране и редовне физичке активности.
- **Размислите и о упућивању на виши ниво**: Труднице које добијају на тјелесној тежини која је испод или изнад препорука за гестацијско добијање на тјелесној тежини могу имати користи од упућивања на виши ниво ради добијања савјета о исхрани и начину живота (нпр. од нутриционисте/дијететичара).

18. Гестацијска старост

Ултразвучни преглед у првом тромјесечју омогућава тачну процјену гестацијске старости, а такође идентификује и омогућава одговарајућу његу труднице с вишеструком трудноћом.

18.1 Процјена гестацијске старости

Методи које се користе за процјену гестацијске старости укључују познати датум овулације, датум посљедње менструације (*LMP*) и дијагностички ултразвук. Дијагностички ултразвук је софистицирана електронска технологија која користи импулсе звука високе фреквенције за производњу слике. Ово снимање омогућава мјерење плода и процјену гестацијске старости.

18.1.1 Тачност и ефикасност

NICE водич је размотрио дијагностичку вриједност и ефикасност метода скрининга у утврђивању гестацијске старости. Идентификоване студије су укључиле *Cochrane*-ов преглед, четири *RCT*-а и бројне опсервационе студије.

Налази су били сљедећи:

- **Тачност скрининг тестова**: Докази указују на то да је ултразвук тачнији показатељ гестацијске старости од *LMP*. Ако је доступан само *LMP*, процијењени датум рођења треба израчунати као први дан LMP плус 282 дана. Процијењени датум рођења на основу *LMP*-а подложан је значајној грешци и на њега ће утицати старост труднице, број претходних трудноћа, *BMI* и пушење.
- **Употребљена мјерења**: Мјерење раздаљине тјеме – тртица (*CRL*) требало би да се користи у првом тромјесечју за процјену гестацијске старости. *CRL*> 90 mm је непоуздан за процјену гестацијске старости у другом тромјесечјупа би,умјесто тога, приликом утврђивања процијењеног датума рођења у другом триместру требало користити мјерење обима главе (*HC*), које се чини поузданијим методом од бипаријеталног пречника (*BPD*).

Ови налази су у великој мјери подржани сљедећим студијама нижег нивоа, као што слиједи:

- Мала компаративна студија сугерисала је да волумен главе и трупа плода (*HT*) може бити тачнији од *CRL* за процјену гестацијске старости, вјероватно услијед флексије главе плода која утиче на мјерење *CRL*.
- Аустралијска проспективна кохортна студија пронашла је да су предвиђена мјерења *CRL*-а била боља од предвиђених мјерења *BPD*.
- Ретроспективна компаративна студија пронашла је да су процјене гестацијске старости засноване на ултразвуку тачније од процјене гестацијске старости засноване на *LMP*.
- Проспективна кохортна студија пронашла је да је *LMP* сврстала више порођаја као пост термине него *УЗВ* преглед (4,0% у односу на 0,7%), с већом разликом међу младим трудницама, црнкињама и латиноамериканкама, трудницама неоптималне тјелесне тежине и мајкама новорођенчади с малом порођајном тежином.
- Ретроспективна студија показала је да процјена гестацијске старости на основу *CRL*-а није конзистентна, при чему се саопштена старост за један *CRL* разликовала до 10 дана. Ово наглашава потребу да се осигура да се референтне криве и стандарди досљедно примјењују.
- Проспективна студија пресјека закључила је да се значајне етничке разлике између мајки нису одразиле на биометрију плода у другом тромјесечју. Резултати подржавају препоруку да се ултразвук у здравственој заштити може користити за процјену гестацијске старости код различитих популација с малим ризиком грешака због етничке варијације.

Cochrane-ов преглед који је упоредио селективну и рутинску употребу ултразвука у трудноћи, закључио је да ултразвук побољшава рано откривање вишеплодних трудноћа.

18.1.2 Вријеме процјене

Систематски преглед који је спроведен за потребе израде ових смјерница идентификовао је једну проспективну кохортну студију која је испитивала најбоље вријеме за спровођење процјене гестацијске старости. Студија је открила да што се раније уради ултразвучна процјена у трудноћи (најбоље између 10. и 12. седмице), тачније је предвиђање датума рођења. Резултати показују да послије 24. седмице трудноће поуздани *LMP* даје боље процјене.

ПРЕПОРУКА 19
Трудницама које нису сигурне у датум зачећа пружите информације и понудите ултразвучни преглед између 8. седмице 0 дана и 13. седмице 6 дана како би се утврдила гестацијска старост, открили вишеплодне трудноће и тачно вријеме скрининга аномалија плода.

ПРЕПОРУКА 20
Да бисте одредили гестацијску старост, користите мјерење раздаљине тјеме – тртица (CRL). Ако је CRL изнад 84 mm, процијените гестацијску старост помоћу обима главе.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Временски оквир за ултразвучну процјену гестацијске старости преклапа се с оним за процјену дебљине нухалне транслуценције као дијела испитивања хромозомских аномалија плода (од 11. седмице до 13. седмице 6 дана), што неким трудницама може омогућити оба испитивања у једном скенирању. До тога би требало доћи само ако је трудницама дато објашњење сврхе и импликација тестова и уколико су дале информисани пристанак на оба испитивања.

18.1.3 Израчунавање процијењеног термина порођаја

На способност вјероватног термина током којих може доћи до порођаја утичу правилност и дужина менструалног циклуса жене, без обзира да ли је познат датум овулације и вријеме било какве ултразвучне процјене. Прецизнија процјена очекиваног термина порођаја се може направити коришћењем сљедећих критеријума:

- ако је *LMP* био сигуран и менструација редовна, упоредите процјену *LMP* с процјеном ултразвука:
  - **УЗВ преглед урађен између 6. и 13. седмице трудноће**: ако се два датума разликују за 5 или мање дана, користите процјену на основу LMP; ако се датуми разликују више од 5 дана, користите ултразвучну процјену,
  - **УЗВ преглед обављен између 13. и 24. седмице трудноће**: ако се два датума разликују за 10 или мање дана, користите процјену *LMP*; ако се датуми разликују више од 10 дана, користите ултразвучну процјену
- ако је УЗВ преглед урађен између 6. и 24. седмице трудноће и *LMP* није сигуран или је менструација била нередовна, користите ултразвучну процјену
- ако је *LMP* био сигуран и менструација је била редовна и није урађен ултразвук између 6. и 24. седмице трудноће, користите процјенуна основу *LMP*.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Утврђени термин порођаја не треба мијењати без савјета другог здравственог радника који има велико искуство у антенаталној њези.

18.2 Друга разматрања у процјени гестацијске старости

18.2.1 Сигурност

NICE водич не расправља о безбједности ултразвука, а преглед литературе спроведен за потребе овог водича идентификовао је само једну перспективну опсервациону студију. Студија је открила занемарив пораст температуре у жаришту ултразвучних таласа. Нису утврђене студије које би процијениле психолошку штету за мајку, ризик од предијагностиковања предњачеће плаценте или њихов допринос анксиозности.

18.2.2. Исплативост

Анализа посљедице трошкова у вези с препоруком рутинског ултразвучног прегледа за процјену гестацијске старости у првом тромјесечју предузета је за потребе израде ових смјерница (види посебан документ о економским анализама). Анализа је имала за циљ да уравнотежи трошкове додатних скенирања у односу на уштеде које су посљедица:

- оптимизовања времена и резултата скрининга серума мајке и на тај начин смањење броја спроведених дијагностичких тестова (биопсија хориона и амниоцентезе)
- смањење стопе индукције (што заузврат може смањити стопу царског реза).

Анализа је била ограничена недостатком података о спроведеним ултразвучним прегледима који су плаћени од стране трудница и онима који су спроведени у болницама и стога су могли да утврде само посљедице *Medicare* трошкова. Ограничења у подацима такође су значила да се анализа морала ослањати на читав низ претпоставки и на литературу, што је у неким областима недосљедно. Иако неке студије нису открile значајну разлику у брзини индукције између трудница које су имале УЗВ преглед у првом тромјесечју и трудница које су имале УЗВ преглед и у првом и у другом тромјесечју, друге студије су открile везу између смањене стопе индукције порођаја и скрининга у првом триместру.

18.2.3 Ко треба да спроведе процјену?

За извођење ултразвука може се обучити низ здравствених радника, укључујући докторе медицине – специјалисте породичне медицине. Поред одговарајуће обуке и акредитације, важно је да број пацијената буде довољан за одржавање вјештина.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Процјену гестацијске старости УЗВ прегледом треба да обавља само особа која је прошла одређенуобуку. Понављане процјене УЗВ прегледом треба користити само када су клинички индиковане.

18.2.4 Питања приступа руралним и удаљеним подручјима

У удаљеним подручјима трудницама може бити тешко да дођу на ултразвучни преглед у раној трудноћи због: ограничене доступности потребне опреме, здравствени радници не нуде ултразвучни преглед, недостатка акредитованих и обучених професионалаца у неким областима и трошкова путовања ради процјене. Требало би да здравствени радници осигурају да сви подаци које су узели буду свеобухватни и детаљни, обраћајући пажњу на сталну процјену раста и добробити плода.

18.3 Сажетак: Процјена или потврда гестацијске старости

Када: При првој антенаталној посјети
Ко: Медицинска сестра/техничар гинеколошко-акушерског смјера, доктор медицине – специјалиста породичне медицине, доктор медицине – специјалиста гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о сврси ултразвучног прегледа**: Објасните да је предвиђено да се процијени гестацијска старост плода (када датум зачећа није познат) како би се омогућило да се у одговарајуће вријеме спроведу и други прегледи за које се трудница одлучи
- **Ако се трудница одлучи за ултразвучни преглед, договорите исти или је упутите на виши ниво**: Било да радите ултразвук или дајете упутницу за виши ниво, осигурајте да се ултразвук уради између 8. седмице 0 дана и 13. седмице 6 дана трудноће.

19. Развој плода и анатомија

Ултразвучни преглед између 18. и 20. седмице гестације омогућава процјену развоја и анатомије плода. Такође се користи за процјену гестацијске старости када то није процијењено у првом тромјесечју.

19.1 Увод

Дијагностички ултразвук је софистицирана електронска технологија која користи импулсе звука високе фреквенције за производњу слике. Ово снимање може омогућити мјерење плода, процјену гестацијске старости и идентификацију структурних аномалија. Процјена гестацијске старости и тестирање на хромозомске аномалије у првом тромјесечју размотрени су у Поглављу 18. У овом се одјељку говори о другом тромјесечном скенирању како би се процијенио развој и анатомија плода те положај постељице. Ова процјена је такође позната и као испитивање морфологије.

19.2 Понуда процјене развоја и анатомије плода

19.2.1 Тачност и ефикасност ултразвучне процјене развоја и анатомије плода

- **Гестацијска старост**: Иако је процјена гестацијске старости помоћу ултразвучног прегледа тачнија у првом триместру, неке труднице можда неће имати приступ ултразвучном прегледу до задњих мјесеци трудноће. Гестацијска старост се може успјешно процјенити и у другом триместру.
- **Структурне аномалије**: Ултразвук се користи у другом тромјесечју за откривање аномалија срца, бубрежног тракта и пупчане артерије, оштећења неуронске цијеви и аномалија које су резултат излагања алкохолу. Стопа детекције структурних аномалија углавном је већа у другом него у првом триместру.
- **„Soft“ маркери**: Иако је комбинација нухалне дебљине и биохемијских маркера у првом тромјесечју ефикаснија у идентификовању хромозомских аномалија (види дио X), неки маркери (нпр. ехогена цријева, кратка бутна кост, кратка надлактица, задебљани нухални набор, одсутна носна кост) идентификовани у другом триместру ултразвучним прегледом чешће се јављају код плода с хромозомским аномалијама. Комбинација маркера је тачнија од самог једног маркера; на примјер, само 5% плодова

с идентификованим хромозомским аномалијама имало је ехогена цријева као једини налаз.
- **Плацента**: Ултразвучни преглед у другом триместру ефикасно идентификује мјесто инсерције плаценте, однос према унутрашњем материчном ушћу, дужину плаценте (што може помоћи у идентификацији ризика од рађања малог новорођенчета за гестацијску старост) и предњачеће плаценте (која може измигрирати код жена са [61%] и без [90%] претходног царског реза).
- **Врста ултразвука**: Тачна процјена се може извршити употребом стандардне 2D ултрасонографије. Процјена се може обавити брже помоћу 3D ултрасонографије.

19.2.2 Вријеме ултразвучне процјене развоја плода и анатомије

Препоручени временски интервал ултразвучног скенирања варира у међународним смјерницама, али је углавном у распону од 18. до 20. седмице будући да:

- осјетљивост у откривању структурних аномалија расте након 18. седмице трудноће и
- откривање структурних аномалија прије 20. седмице трудноће даје трудницама могућност прекида трудноће, уколико је то дозвољено према законским прописима.

Ултразвук се може користити за процјену гестацијске старости до 24. седмице гестације и за откривање аномалија током трудноће.

ПРЕПОРУКА 21
Понудите трудницама ултразвучни скрининг између 18. и 20. седмице трудноће како би се процијенио развој и анатомија плода.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Вријеме ултразвучног прегледа ће се водити на основу појединачне ситуације (нпр. код трудница које су претиле видљивост се може побољшати с гестацијском старости).

Нема користи од понављаних процјена ултразвучних прегледа ако нису клинички индиковане. Понављани тестови могу повећати трошкове за труднице, бити непогодни и имати потенцијал за повећање анксиозности (нпр. кроз лажно позитивне резултате). Поред тога, неке труднице наилазе на ограничења у приступу јер ова технологија није доступна у свим срединама.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Понављана процјена ултразвучног прегледа може бити погодна за одређене индикације, али не би требало да се користи за рутинско праћење.

19.3 Друга разматрања

19.3.1 Користи и штете

Cochrane-овим прегледом је утврђен смањени број индукција за „продужену трудноћу“ и готово никаква разлика у порођајној тежини, величини за гестацијску старост, Апгар скору и стопи пријема на неонаталну интензивну његу између плодова који су били изложени ултразвучним таласима приликом ултразвучног прегледа у раним данима трудноће (прије 24. седмице) и плодова који нису били изложени ултразвучним таласима приликом ултразвучног прегледа у раним данима трудноће. Није било значајних разлика у расту и развоју плода, оштрини вида или слуха код дјеце у доби од 8 до 9 година. Праћењем у 15. – 16. години није утврђен значајни утицај на укупни школски учинак.

Нису идентификоване студије које би процијениле психолошку корист или штету за мајку. Труднице можда нису у потпуности информисане о сврси рутинског ултразвучног прегледа и могу бити узнемирене или нису увјерене у његову сврховитост.Поред тога, нема ни довољно доказакоји би подржали било висок било низак ниво повратне информације током ултразвучног прегледа у оквиру систематског прегледа,а у циљу смањења анксиозности код труднице и промјене њезиног здравственог понашања (пушење, употреба алкохола).

19.3.2 Ко треба да спроведе процјену?

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Процјену ултразвучног прегледа треба да обављају само здравствени радници с одговарајућом обуком и квалификацијама, у одговарајућем обиму (нпр. дијагностички или у сврху његе).

19.3.3 Приступ ултразвуку

Трошкови ултразвука могу појединим трудницама ограничити приступ ултразвуку, нарочито ако услуге ултразвука које покрива здравствено осигурање нису у њиховој близини. У удаљеним мјестима трудницама може бити отежан приступ ултразвучном прегледу због ограничене доступности одговарајуће опреме, недостатка едукованих професионалаца за поједину област и трошкова превоза.

19.3.4 Исплативост

Приликом израде овог водича, извршена је економска анализа којом је утврђено да је скрининг за урођене аномалије у времену од 18. до 20. седмице умјерено исплатив, без стварања значајних ризика, али и без значајне користи. Ово искључује позитивну психолошку вриједност информација добијених ултразвуком (које могу бити повезане с побољшањем стања плода) и користи од откривања проблема с постељицом и потврђивањем гестацијске старости, што овај преглед чини прилично конзервативним.

19.4 Савјетовање о процјени развоја и анатомије плода

Ултразвук не желе да раде све труднице, а поједине труднице можда не разумију сврху ултразвучног прегледа или мисле да је предложен из разлога што с трудноћом нешто није у реду.

Приликом дискусије о ултразвучном прегледу важно је објаснити:

- да је одлука труднице да ли ће се радити ултразвук
- гдје су доступне услуге ултразвука ако се трудница одлучи за преглед
- да ултразвук не открива све аномалије плода и мајке
- све трошкове за трудницуи временски оквир за добијање резултата
- све могућности ако се открију неке аномалије (неки родитељи можда не желе ултразвук ако нема промјене у исходима порођаја).

19.5 Сажетак: Фетални развој и анатомија

Када: Између 18. и 20. седмице
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко-акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине – специјалисти гинекологије и акушерства смјера

- **Разговарајте о сврси ултразвука**: Објасните да се ултразвучни преглед предлаже свим трудницама како би се прегледала анатомија и раст плода, а може се користити и за одређивање гестацијске старости ако то већ није учињено
- **Ако се трудница одлучи на ултразвук, закажите преглед или је упутите на исти**: Када упућујете трудницу на ултразвучни преглед, важно је напоменути да се исти уради прије 20. седмице трудноће
- **Користите холистички приступ**: Савјетујте трудницу како бисте јој помоглида добије услугу(нпр. приступ услугама које покрива обавезно здравствено осигурање). Трудници којој је потребан превоз како би дошла до услуге потребно је објаснити да на вријеме планира и организује превоз
- **Закажите контролни преглед**: Трудница треба бити информисана о налазу ултразвучног прегледа, који треба бити документован у трудничком картону. Ако се прегледом утврди постојање аномалије или сумње на аномалију, понудите трудници савјетовање и континуирану подршку здравствених професионалаца

20. Застој у расту плода и процјена стања плода

Антенатални прегледи пружају прилику за процјену раста плода, аускултацију срчаних тонова плода (иако се тиме не може предвидјети исход трудноће) и подстичу трудницу да буде свјесна нормалног обрасца покрета плода.

20.1 Застој у расту плода

Праћење раста плода има за циљ да идентификује мален плод у односу на гестацијску старост, који има повећан ризик од придружених морбидитета и смртности.

20.1.1 Увод

Фактори ризика за мален плод у односу на гестацијску старост

Главни фактори ризика (OR>2,0) за мален плод или новорођенче у односу на гестацијску старост укључује (*RCOG* 2014):

- Дијабетес мајке с васкуларним обољењем, обољења бубрега, хронична хипертензија или антифосфолипидни синдром,
- Претходно мало новорођенче у односу на гестацијску старост или мртворођено дијете,
- Енергично дневно вјежбање (које доводи до губитка даха),
- Доб мајке > 40 година,
- PAPP-A < 0,4 MoM,
- Употреба кокаина у трудноћи,
- Пушење 11 или више цигарета дневно током трудноће,
- У мајчиној или очевој анамнези документован мален раст у односу на гестацијску старост при рођењу представља значајан фактор ризика, али то често није могуће утврдити.

Остали фактори ризика укључују (*RCOG* 2014):

- Исхрана мајке (мањи унос воћа прије трудноће),
- Жене које нису рађале,
- Једноплодна трудноћа добијена вантјелесном оплодњом (*in vitro fertilisation – IVF*),

- *BMI* ≥ 30,
- Пушење до 10 цигарета дневно,
- Историја прееклампсије,
- Размак између трудноћа < 6 мјесеци или ≥ 60 мјесеци.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
У раној трудноћи процијените труднице с фактором ризика за мален плод/новорођенче у односу на гестацијску старост.

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Када код труднице идентификујете ризике за мален плод/новорођенче у односу на гестацијску старост, савјетујте је о факторима ризика који се могу модификовати.

Упутите труднице са присутним бар једним из групе фактора ризика или с више осталих фактора ризика, у вези с маленим плодом/новорођенчетом у односу на гестацијску старост, на ултразвучни преглед ради процјене биометрије плода у периоду од 28. до 30. и 34. до 36. седмице гестације.

20.1.2 Заштитни и превентивни фактори

Узимање високог зеленолиснатог поврћа прије трудноће доказно је као протективни фактор (*RCOG* 2014). Узимање ниске дозе аспирина код жена с ризиком прееклампсије највјероватније ће смањити интраутерини раст за 10% (без обзира да ли је узиман прије или послије 16. седмице).

20.1.3 Процјена раста плода

Абдоминална палпација

Докази ниског нивоа од кохортних студија и студија контроле случајева проведених код популације ниског ризика константно су приказивале да је абдоминална палпација ограничене поузданости у откривању маленог новорођенчета у односу на гестацијску старост (осјетљивост 19 – 21%, специфичност 98%) и веома мале величине новорођенчета у односу на гестацијску старост(<2,3%, осјетљивости28%). У популацијама с мјешовитим факторима ризика, осјетљивост

се повећава на 32 – 44%. За популацију с високим факторима ризика осјетљивост се повећава за 37% на малено новорођенче у односу на гестацијску старост и 53% за веома малу величину новорођенчета у односу на гестацијску старост (доказ ниског квалитета).

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Не процјењујте раст плода само на основу абдоминалне палпације.

Мјерење висине фундуса

Систематски преглед указује на велику варијацију поузданости/тачности мјерења висине фундуса у односу на малену новорођенчад у односу на гестацијску старост. Иако су раније студије приказивале осјетљивост 56 – 86% и специфичности 80 – 93% за висину фундуса и рођење малене новорођенчади у односу на гестацијску старост, велика студија указује да висина фундуса мање може предвидјети осјетљивост од 27% и специфичност од 88%. Гојазност мајке, абнормални положај плода, велике фиброидне творевине, вишак амнионске течности и ангажованост главице плода доприносе ограниченој прецизности мјерења висине фундуса. Висина фундуса је повезана са значајним варијацијама унутар и између прегледа, а серијска мјерења могу побољшати предиктивну тачност.

Мјерење висине фундуса и његов утицај на перинатални исход нису поуздани. Систематичним прегледом литературе нађено је само једно истраживање које је показало да мјерење висине фундуса не побољшава ниједан измјерени перинатални исход.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
На сваком антенаталном прегледу од 24 седмице мјерите висину фундуса у центиметрима.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Упутити трудницу на виши ниво здравствене заштите након 24 седмице гестације с висином фундуса ≥3cm мањим од очекиваног; једном измјерена висина фундуса која се налази испод 10%или код серијског мјерења, указује на успорен или статичан раст укрштањем процената за ултразвучно мјерење величине плода.

Трудницу код које је мјерење висине фундуса неодговарајуће (на примјер: *BMI*>35, велике фиброидне творевине, вишак амнионске течности) упутити на процјену величине плода ултразвучним прегледом.

Прилагођени графикони

Графикони за висину фундуса су прилагођени за приказ карактеристика мајке (нпр. висина мајке, тежина). Како нити једно рандомизовано клиничко истраживање није упоредило прилагођене и неприлагођене графиконе висине фундуса, недостају докази о њиховој ефективности у побољшању исхода као што је перинатални морбидитет/смртност (*RCOG* 2014).

20.2 Покрети плода

Процјена покрета плода је распрострањени метод који се користи за праћење стања плода и најчешће се спроводи путем субјективне процјене мајке. Бројање покрета плода је формалнији метод за мјерење покрета плода. У Аустралији и Великој Британији (*NICE* 2008; *RCOG* 2011) препоручује се перцепција мајки умјесто формалног бројања покрета плода. Према процјенама мајки, смањено покретање плода се јавља у 5 – 15% трудноћа у трећем тромјесечју.

20.2.1 Увод

Ризици повезани са смањеним покретима плода

Мртворођењима често претходи перцепција смањених покрета плода од стране мајке. Смањени покрети плода су повезани с другим неповољним перинаталним исходима као што су: инвалидност због поремећаја у развоју нервног система, инфекција, фето-матернално крварење, компликације пупчане врпце, мала порођајна тежина и застој раста плода. Смањени покрети плода код неких трудница могу бити повезани с дисфункцијом или недовољношћу постељице, што може довести до заостајања у расту плода и/или мртворођености.

20.2.2 Информације о покретима плода

Показало се да антенатална едукација о праћењу покрета плода скраћује вријеме мајчине перцепције од појаве смањених покрета плода до тражења помоћи од стране здравствених професионалаца.

Смањење броја мртворођенчади је повезано с повећаном свијешћу о смањеним покретима плода код трудница и код здравствених радника у истраживању које је обухватило укупну

популацију као и труднице са смањеним покретима плода.

Међутим, многе труднице не добијају одговарајуће информације о покретима плода. Недавно истраживање показало је да се више од једне трећине трудница у доби од 34 седмице трудноће или касније није сјећало да су од свог здравственог радника добиле информације о покретима плода. Друго истраживање је показало да информације које пружају медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера нису увијек биле у складу с водичима заснованим на доказима. Труднице су више жељеле да су им дате, што је могуће више, информације о покретима плода, а здравствене професионалце су навеле као поуздан извор информација.

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
У раној трудноћи пружите трудници усмену и писану информацију о нормалним покретима плода. Информација мора да садржи опис различитих образаца покрета током развоја плода, нормалних циклуса будности/спавања и фактора који могу да измјене перцепцију мајке о покретима плода.

Трудницу која је забринута због смањених покрета плода савјетовати да се одмах јави здравственом професионалцу.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Нагласите важност свијести мајке о покретима плода при сваком антенаталном прегледу.

20.2.3 Праћење покрета плода

Прегледом *Cochrane* литературе процијењен је утицај формалног бројања и биљежења покрета плода (нпр. употреба графикона за биљежење покрета плода) на перинаталну смртност, тежи морбидитет, анксиозност и задовољство мајке, интервенцију у трудноћи и друге неповољне исходе трудноће. Преглед није нашао довољно доказа за коришћење у пракси. Конкретно, нити једно истраживање није упоредило бројање покрета плода с небројањем покрета плода. Само двије студије су упоредиле рутинске покрете плода са стандардном антенаталном његом. Индиректни докази из великог кластера-*RCT* сугеришу да је више беба с ризиком од смрти идентификовано у рутинској групи за праћење плода, али то се није односило на смањену перинаталну смртност.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Не савјетовати употребу графикона за биљежење покрета плода као дио рутинске антенаталне његе.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Забринутост мајке због смањеног осјећаја покрета плода је изнад било какве дефиниције смањених покрета плода на основу бројања покрета плода.

20.2.4 Савјетовање у вези с покретима плода

Информације које се дају трудници треба да садрже сљедеће:

- већина трудница осјети покрете плода до 20. седмице трудноће и, иако покрети плода највиши интензитет обично достижу с 32 седмице гестације, учесталост покрета плода се не смањује у касном трећем тромјесечју,
- обрасци покрета се мијењају како се плод развија а циклуси будности/спавања и други фактори (нпр. тежина мајке и положај постељице) могу модификовати перцепцију покрета плода код мајке,
- свакодневно, више пута трудница треба да осјети покрете плода и то је добар начин да „провјери“ бебу,
- већина трудница (отприлике 70%) које примијете једну епизоду смањеног покрета плода имаће нормалан исход трудноће,
- ако трудница наводи да слабије осјети покрете плода, може се предузети низ тестова за процјену стања плода.

20.3 Процјена откуцаја срца плода

Аускултација срца плода традиционално представља саставни дио стандардне антенаталне процјене.

20.3.1 Аускултација

У Уједињеном Краљевству се не препоручује рутинска аускултација откуцаја срца плода. Иако успјешно откривање откуцаја срца плода потврђује да је плод виталан, то не гарантује да ће се трудноћа наставити без компликација и мало је вјероватно да ће пружити детаљне информације о ритму откуцаја срца плода, као што су успоравање или промјенљивост.

Осјетљивост аускултације доплером у откривању откуцаја срца плода је 80% у 12 седмици + 1 дан гестације и 90% након 13 седмица. Покушаји аускултације срца плода прије тог времена могу бити неуспјешни и могу довести до анксиозности мајке и додатних испитивања (нпр. ултразвуком) код трудноћа које нису компликоване. Мало је вјероватно да ће се ритам срца плода чути прије 28. седмице уколико се користи *Pinard* стетоскоп. Иако нема доказа о психолошким користима аускултације за мајку, она може бити угодна, смањити анксиозност и повећати везу мајке и плода.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Ако се врши аускултација срчаног ритма плода, може се користити Doppler од 12. седмице, а *Doppler* или *Pinard* стетоскоп од 28. седмице.

20.3.2 Кардиотокографија

Електронско праћење срчаног ритма плода се не препоручује као рутински дио антенаталне његе у Уједињеном Краљевству или Канади. Једном Cochrane анализом нису пронађени јасни докази који би подржали употребу кардиотокографије код трудница с ниским ризиком од компликација. Ниво анксиозности код трудница које пролазе рутинску кардиотокографију је повећан. Чини се да на ову реакцију утиче перцепција покрета плода током испитивања и примјетнија је код трудница с компликацијама трудноће.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Не препоручује се рутински електронски надзор срчаног ритма плода (кардиотокографија) за процјену плода код трудница с некомпликованом трудноћом.

20.4 Сажетак: Застој у расту плода

Када: При свим антенаталним прегледима
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о расту плода**: У раној трудноћи свим трудницама пружити одговарајуће писане информације о мјерењу раста плода и прилику да разговарају о процедури са здравственим професионалцем
- **Користити досљедан приступ процјени**: Када мјерите висину фундуса, користите нееластичну траку с бројевима окренутим према доље тако да мјерење буде објективно. Измјерите од промјенљиве тачке (фундуса) и наставите до фиксне тачке (*simphisis pubis*) или обрнуто. Обавите и документујте мјерења на досљедан начин
- **Користити холистички приступ**: Палпација абдомена омогућава повезаност здравственог радника и мајке и плода

Покрети плода

Када: При свим антенаталним прегледима од 20. седмице
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о обрасцима покрета плода**: Нагласити важност свјесности труднице о обрасцима покрета плода и факторима који могу утицати на њену перцепцију покрета
- **Савјетовати рано јављање здравственим радницима**: Труднице са смањењем покрета плода треба да се јаве истог дана, а не да чекају наредни дан
- **Користити холистички приступ**: Подржите пружене информације одговарајућим ресурсима (нпр. писменим материјалима погодним за ниво писмености труднице, аудио или видео записима) и детаљним информацијамао томе коме би трудница требало да се обрати ако примијети смањене покрете плода

Срчани ритам плода

Када: При антенаталним прегледима између 12. и 26. седмице гестације
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о срчаном ритму плода**: Објасните да слушање срца плода уопште не пружа никакву информацију о здрављу плода те да су други тестови (као што је ултразвук) поузданији за утврђивање било каквих проблема с трудноћом
- **Користите холистички приступ**: Поједине труднице се умире кад чују откуцаје срца плода

21. Ризик од превременог порођаја

Иако постоје многи познати и непознати узроци превременог порођаја, труднице код којих је утврђено присуство фактора ризика могу имати користи од савјета о факторима ризика и протективним факторима.

21.1 Увод

Превремени порођај је дефинисан као порођај прије потпуне 37. седмице трудноће. Поткатегорије превременог порођаја заснивају се на достигнутој гестацијској доби у моменту порођаја: рани превремени (<34 седмице), веома превремени (28 до <32 седмице) и изузетно превремени (<28 седмица). Овај дио се бави спонтаним превременим порођајем, за разлику од планираног превременог порођаја.

21.1.1 Ризици повезани с превременим порођајем

Превремени порођај је повезан с перинаталном смртношћу, дугорочним неуролошким инвалидитетом (укључујући церебралну парализу), пријемом на неонаталну интензивну његу, тешким обољењима у првим седмицама живота, продуженим боравком у болници након рођења, поновним пријемом у болницу у првој години живота и повећаним ризиком од хроничних болести плућа. Превремени порођај може имати озбиљан емотивни утицај на породицу.

21.2 Идентификовање жена с повећаним ризиком од пријевременог порођаја

Низ ризичних и заштитних фактора утичу на вјероватноћу пријевременог порођаја. Иако се многи фактори ризика не могу модификовати током тренутне трудноће, рјешавање промјењивих фактора ризика може умањити ризик од пријевременог порођаја. Такође ваља напоменути да многе труднице које су имале пријевремени порођај нису имале присутне факторе ризика.

21.2.1 Значајни фактори ризика

Постоји значајна повезаност између пријевременог порођаја и:

- Социјалних потреба и нижег нивоа образовања мајке,
- претходног пријевременог порођаја (апсолутна стопа рецидива код жена с једноплодном трудноћом и раног пријевременог једноплодног порођаја),
- постојећи (p=0,002) или гестацијски дијабетес,
- тренутне урогениталне инфекције: нпр. хламидија, бактеријска вагиноза,
- конзумирања алкохола, на начин дозне реакције,
- пушења при првом антенаталном прегледу и активног пушења током трудноће, с додатним повећаним ризиком међу трудницама које пуше више од десет цигарета дневно у односу на оне које пуше 1 – 9 цигарета дневно.

21.2.2 Остали фактори ризика

Систематични прегледи рандомизованих клиничких студија (*RCT*) указују да:

- су труднице прекомјерне тежине и гојазне особе које су практиковале аеробне вјежбе 30 до 60 минута три до седам пута седмично имале нижи ризик од пријевременог порођаја <37. седмице у поређењу с контролним групама,
- нема јасне разлике у ризику од пријевременог порођаја<37. седмице с лијечењем пародонталног обољења; доказ ниског квалитета.

Систематични прегледи опсервационих студија показују сљедеће везе с пријевременим порођајем:

- *тјелесна тежина*: ризик је повећан код жена које су гојазне и које су добијале на тежини више од препорука IOM-а,
- *емоционално здравље и благостање*: повећани ризик повезан је са: слабом социјалном подршком у поређењу с јаком социјалном подршком; стресом, нелијеченом депресијоми анксиозности, али не и с мајчинским особинама личности,
- *изложеност антидепресивима*: ризик је повећан код трудница које су биле изложене антидепресивима током трудноће у поређењу с трудницама с депресијом, али без изложености антидепресивима, и ризик је значајно повећан с изложеношћу у трећем тромјесечју, али не и у првом тромјесечју,
- *фактори животне средине*: повећани ризик повезан је са: високом температуром животне средине, посебно с топлотним ударом, излагањем пасивном пушењу на било ком мјесту или код куће; ризик повезан с излагањем ситним честицама био је нејасан због значајне хетерогености између студија,
- *постојећа стања*: ризик од пријевременог порођаја је повећан код жена с хепатитисом Ц, хуманим папилома вирусом, хипотиреозом и хипертиреозом, али не и с хепатитисом Б,
- *фактори животних стилова*: инциденца пријевременог порођаја била је слична међу трудницама с нормалним *BMI* које су се бавиле аеробним вјежбањем током трудноће и контролном групом; ризик је повећан код трудница с нивоом витамина Д у серуму нижим од 50 nmol/L и није постојала јасна или статистички значајна веза између пријевременог порођаја и рада у смјенама, употребе мултивитамина или вакцинације против грипе током трудноће,
- *анамнеза гинеколошких интервенција*: ризик је повећан код трудница с позитивном анамнезом дилатације и киретаже (у даљњем тексту: *D&C*) или вишеструком *D&C* код хируршки индукованих прекида трудноће; хируршки управљаних побачаја, поступака електро-хируршке ексцизије у поређењу са женама које нису имале цервикалну дисплазију, али не и у поређењу с онима које су имале дисплазију грлића материце, али без цервикалне ексцизије, ранији третман цервикалне интраепиталне неоплазије или током трудноће.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Кад се код труднице утврди да постоји ризик од пријевременог порођаја на основу присуства фактора ризика, дати савјет о промјењивим факторима ризика.

21.3 Откривање и превенција

21.3.1 Мјерење дужине грлића материце

Мјерење дужине грлића материце је област у развоју. Тренутно постоји неусаглашеност око идентификације високог ризика и прецизности мјерења, посебно код трансабдоминалног мјерења дужине грлића материце.

Фактори повезани са скраћеном дужином грлића материце

Фактори повезани с повећаним ризиком од скраћене дужине грлића материце (у даљњем тексту: цервикс) у средњем тромјесечју укључују:

- претходни спонтани или изазвани пријевремени порођај
- претходни поступак ексцизије цервикса

Студије су биле конзистентне у проналажењу значајне повезаности између скраћеног цервикса и висине мајке или вантјелесно потпомогнуте оплодње. Докази који повезују дужину цервикса и тежину мајке или године мајке били су противрјечни.

Прецизност трансвагиналног мјерења дужине цервикса

Мјерење дужине цервикса ултразвуком од 18. до 20. седмице гестације,коришћењем прага од 25 mm, може да предвиди пријевремени порођај, али је тачније у комбинацији с процјеном релевантних фактора мајке (нпр. примипара, рани пријевремени порођаји). Нису утврђени докази о штетностима повезаним с мјерењем дужине цервикса.

Прецизност трансабдоминалног мјерења дужине цервикса

Иако се трансабдоминално мјерење дужине цервикса користи прије трансвагиналног ултразвука, цервикс можда неће бити адекватно визуелно приказан овим методом код чак 60% трудница. Докази о трансабдоминалном ултразвуку су недосљедни у погледу гестацијске старости, а универзални трансвагинални ултразвук је исплативији од коришћења иницијалног трансабдоминалног мјерења.

Вријеме трансвагиналног мјерења дужине цервикса код трудница с високим ризиком од пријевременог порођаја

Докази из опсервационих студија указују да мјерење дужине цервиксаприје 20. седмице гестације може да предвиди скраћење цервикса и ризик од раног пријевременог порођаја код трудница с високим ризиком од пријевременог порођаја. Међутим, дужина цервикса >25 mm не спречава пријевремени порођај код ових трудница, а 16% до 21% њих има пријевремени порођај прије 37. седмице.

Примјена универзалног трансвагиналног мјерења дужине цервикса

Студије у Сједињеним Државама и Уједињеном Краљевству указују на то да је универзално мјерење цервикса исплативо када труднице с кратким цервиксом (≤25 mm) у доби од 18. до 25. седмице примају вагинални прогестерон.

Трансвагинално мјерење дужине цервикса не скраћује вријеме ултразвучног прегледа, а ставови у вези с нелагодношћу или стидом нису се разликовали код трудница које нису биле подвргнуте мјерењу дужине цервикса трансвагинално или трансабдоминално. Питања приступа ултразвучним услугама (нпр. због удаљене локације или језичких баријера) и доступности обучених здравствених професионалаца такође могу ограничити доступност мјерења дужине цервикса.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Ако се дужинагрлића материце код труднице мјери ултразвуком од 18. до 20. седмице и износи <25 mm, проценити остале факторе ризика за пријевремени порођај и потражити савјет стручњака ако је ризик од пријевременог порођаја висок.

21.3.2 Холистичке превентивне стратегије

Систематични преглед литературе која је оцијенила холистичке моделе његе и њихов утицај на пријевремени порођај указао је на сљедеће:

- значајан ефекат је у смањењу ризика од пријевременог порођаја код трудница које примају његу од стране бабица у поређењу с другим моделима његе породиља и њихове дјеце,
- нема значајне разлике између:
    - трудница које имају групну антенаталну његу у поређењу с онима којима је пружена стандардна њега
    - трудница с ниским ризиком које су имале мање антенаталних прегледа,
    - трудница које су имале подршку путем телефона током трудноће у поређењу с трудницама које су имале рутинску његу или другу подршку,
    - трудницама које користе технике опуштања у току пријевременог порођаја у поређењу - с онима које не користе технике опуштања.

21.3.3 Лијечење прогестероном трудница са скраћеном дужином цервикса

Систематичним прегледом литературе анализирана је ефикасност прогестерона у поређењу с плацебом код трудница са скраћеним цервиксом (без других фактора ризика за пријевремени порођај или прерани почетак порођаја).Откривено је да су пријевремени порођаји <34. седмице, <37. седмице и неонатална смртност смањени код свих трудница.

Када су одвојено анализиране студије специфичне за вагинални третман прогестероном код трудница са скраћеним цервиксом, постојали су статистички значајни ефекти на пријевремено рођење <35 седмица, пријевремени порођај <34 седмице, пријевремени порођај <28 седмица и респираторни дистрес синдром. Дефиниције скраћене дужине цервикса су се кретале од 10 – 20 mm до ≤30 mm. Лијечење је започето од 20. до 24. седмице гестације и настављено је до 34. – 37. седмице.

Није било статистички значајних ефеката на пријевремени порођај повезан с интрамускуларним давањем прогестерона у поређењу с плацебом код жена са скраћеном дужином цервикса.

21.4 Савјетовање о ризику од пријевременог порођаја

Када је ризик од пријевременог порођаја повећан, потребно је обратити пажњу на промјењиве факторе ризика. У разговору с трудницама с ризиком од пријевременог порођаја може се указати на предности:

- пружања социјалне и емотивне подршке,
- престанка пушења и избјегавања излагања пасивном пушењу,
- престанка конзумирања алкохола током трудноће,
- коришћења тестова на урогениталне инфекције, и
- редовног вјежбања, посебно ако постоји вишак килограма или гојазност.

Труднице се савјетују да се ризик не смањује додавањем витамина Ц или Е или пробиотика.

Прегледом *Cochrane* литературе нису нађени докази који би подржавали или одбацивали одмарање ради спречавања пријевременог порођаја. Накнадна кохортна студија утврдила је да је код трудница с високим ризиком од пријевременог порођаја ограничење активности повезано с повећаним ризиком пријевременог порођаја.

21.5 Сажетак: Ризик од пријевременог порођаја

Када: Кад трудница има идентификоване факторе ризика за пријевремени пород
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о животним стиловима повезаним с пријевременим порођајем**: Објаснити да пушење током трудноће повећава вјероватноћу пријевременог порођаја, а узрокује и друге озбиљне ризике за трудноћу. Објаснити да је неконзумирање алкохола током трудноће најсигурнија опција. Понудити тестирање на урогениталне инфекције ако трудница има факторе ризика за пријевремени порођај. Ако су резултати позитивни, размислите о савјетовању, тражењу контакта, тестирању партнера и лијечењу и поновите тестирање
- **Разговарати о заштитним факторима**: Објаснити да умјерена физичка активност током трудноће има низ здравствених користи, нарочито за труднице које имају вишак килограма или су гојазне.
- **Користити холистички приступ**: Пружити информације о релевантним подршкама у заједници (нпр. програми за престанак пушења, услуге за одвикавање од дрога и алкохола, групе за физичку активност). Размислити да ли трудница може бити изложена повећаном ризику ако је недавно стигла из земље с великом учесталошћу пријевременог порођаја. Обезбиједити социјалну и емоционалну подршку и континуирану његу.

22. Крвни притисак

Мјерење крвног притиска при првом антенаталном прегледу има за циљ да идентификује трудницу с хроничном хипертензијом (високим крвним притиском), која може бити повезана с постојећим бубрежним обољењем. Након 20 седмица, појава високог крвног притиска и/или протеинурија могу указивати на прееклампсију.

22.1 Увод

Здраву трудноћу карактерише пад крвног притиска који се може примијетити у првом тромјесечју, обично достижући најнижу тачку у другом тромјесечју и подижући се на нивое прије зачећа пред крај трећег тромјесечја. Хипертензивни поремећаји током трудноће укључују:

- хроничну хипертензију: систолни крвни притисак ≥140 mmHg и/или ≥90 mm дијастолни крвни притисак потврђени прије трудноће или прије 20 пуних седмица гестације, без поузданог узрока (есенцијална хипертензија), повезану са секундарним узроком попут постојећег обољења бубрега (секундарна хипертензија) или повезану с мјерењем у здравственој установи (хипертензија бијелог мантила),
- гестацијску хипертензију: нова почетна хипертензија (дефинисана као систолни крвни притисак ≥140 mmHg и/или дијастолни ≥90 mm) након 20 седмица трудноће, без икаквих знакова прееклампсије код мајке и плода, праћена враћањем крвног притиска у нормалу у року од 3 мјесеца након порођаја,
- прееклампсију: поремећај више органа који карактерише хипертензија и укључивање једног или више других органских система и/или плода с повишеним крвним притиском након 20. недјеље гестације као првом манифестацијом, и протеинуријом као додатним симптомом (мада иста није потребна за постављање клиничке дијагнозе) .
- суперпонирану прееклампсију: развој једног или више системских симптома прееклампсије послије 20. гестацијске седмице код труднице с хроничном хипертензијом.

22.1.1 Учесталост високог крвног притиска

- Значајан број трудноћа (0,2 – 5%) компликован је постојећом хипертензијом,
- Прееклампсија у другој половини трудноће јавља се код око 22% трудница с хроничном хипертензијом.

22.1.2 Ризици повезани с повишеним крвним притиском током трудноће

Труднице с хроничном хипертензијом изложене су већем ризику од компликација у трудноћи као што су абрупција постељице, прикривена прееклампсија, губитак плода, превремени порођај, мала порођајна тежина новорођенчета, перинатална смрт и гестацијски дијабетес. Остали фактори ризика за прееклампсију размотрени су у Поглављу Прееклампсија.

22.2 Мјерење крвног притиска

Рутинско мјерење крвног притиска код трудница при првом антенаталном прегледу и током трудноће препоручује се у Уједињеном Краљевству и Канади. Овај савјет указује на важност откривања ризика од прееклампсије како би се омогућило праћење и превентивно лијечење. Свака трудница која има нову хипертензију након 20. гестацијске седмице треба да се испита на знаке и симптоме прееклампсије.

ПРЕПОРУКА 22
Мјерити крвни притисак труднице при првом антенаталном прегледу како би се идентификовао постојећи повишен крвни притисак.

22.2.1 Мјерење крвног притиска

Крвни притисак треба измјерити на сљедећи начин :

- на десној руци труднице уклонити уску одјећу и осигурати да је рука опуштена и ослоњена на нивоу срца,
- користити манжетну одговарајуће величине (нпр. велику манжетну ако је обим руке >33 cm и манжетну за бедро ако је >42 cm),
- надувати манжетну до 20 – 30 mmHg изнад палпираног систолног крвног притиска,
- полако спуштати притисак, за 2 mmHg у секунди или по ритму,
- очитати крвни притисак до најближих 2 mmHg,
- измјерити дијастолни крвни притисак кад нестане звукова

Труднице с једним очитавањем дијастолног крвног притиска од 110 mmHg или више, или с два узастопна очитања од 90 mmHg или више у најмање 4 сата размака и/или значајном

протеинуријом (1+), захтијевају појачан надзор и лијечење. Трудница са систолним крвним притиском једнаким или већим од 140 mmHg током два узастопна очитавања у размаку од најмање 4 сата, захтијевају даљњу процјену и треба размотрити лијечење.

Аутоматски мјерачи крвног притиска

Иако живина сфигмоманометрија остаје златни стандард за мјерење крвног притиска, због еколошких и безбједносних проблема њена употреба опада те се у општој популацији с хипертензијом све више користе аутоматски мјерачи. Неколико студија је упоредило ове мјераче са сфигмоманометријом код трудница. Иако аутоматски мјерачи крвног притиска могу дати средње вриједности крвног притиска сличне онима које су добијене сфигмоманометријом, постоји широка интра-индивидуална грешка и њихова прецизност може бити додатно компромитована код трудница с прееклампсијом.

Потенцијалне грешке аутоматских мјерача могу се надокнадити упоређивањем података о крвном притиску с рутинским живиним сфигмоманометром.

Приликом коришћења аутоматског мјерача треба:

- редовно калибрисати све мјераче са живиним сфигмоманометрима,
- када трудница користи аутоматски мјерач крвног притиска у кући, потребно је провјеравати аутоматске мјераче са живиним сфигмоманометрима како би се осигурала тачност очитавања.

Хипертензија „бијелог мантила“

Хипертензија „бијелог мантила“се јавља у раној трудноћи истом учесталошћу као и код жена које нису трудне. Проспективна студија открила је да је 32% трудница у раној трудноћи којима је дијагностикована почетна есенцијална хипертензија имало хипертензију „бијелог мантила“. Половина ових трудница је задржала ову појаву током трудноће и имала је добре исходе трудноће, 40% је развило (бенигне) гестацијске хипертензије и такође имало добре исходе у трудноћи, а 8% је развило протеинуричну прееклампсију, што је знатно мање него код жена с потврђеном есенцијалном хипертензијом (22%).

Труднице с постојећом хипертензијом

Кад су у питању труднице које пију терапију за хипертензију која је постојала прије трудноће, требало би прегледати лијекове које користе како би се осигурала њихова безбједност у трудноћи.

22.3 Сажетак: Крвни притисак

Када: При првом антенаталном прегледу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства медицине

- **Објаснити ризике повезане с високим крвним притиском у трудноћи**: Разговарајте о важности идентификације високог крвног притиска у раној трудноћи
- **Понудити савјет о здравим стиловима живота**: Истакните трудницама које имају повишен крвни притисак током трудноће предности непушења, одржавања здраве тјелесне тежине, редовне физичке активности и здраве исхране
- **Договорити третман или упутити на више нивое здравствене заштите уколико је потребно**: Труднице с хроничном хипертензијом треба тестирати како би се искључила хипертензија „бијелог мантила“ или обољење бубрега и потреба за додатним третманом.

23. Протеинурија

Откривање протеинурије не предвиђа прееклампсију, али може довести до откривања и лијечења бубрежних обољења или инфекције мокраћних путева.

23.1 Увод

Висок ниво протеина у урину (протеинурија) може бити узрокован низом стања. Протеинурија у првом тромјесечју може указати на прикривено обољење бубрега или присуство инфекције мокраћних путева. Послије 20. седмице гестације протеинурија је повезана са прееклампсијом.

23.1.1 Ризици у вези с протеинуријом у трудноћи

- Протеинурија код трудница снажно је повезана с пријевременим порођајем
- Хронична болест бубрега у трудноћи повезана је с преeклампсијом, пријевременим порођајем, маленом величином плода у односу на гестацијску старост и перинаталном смрћу.

23.2 Тестирање на протеинурију

23.2.1 Тачност тестова за откривање протеинурије

Тестирање 24-часовног урина се сматра „златним стандардом“ за тестирање на протеинурију код трудница, иако је трудницама често непријатно да 24 часа прикупљају урин. Тест се често користи као референтна тачка када се процјењује тачност других тестова као што су визуелна провјера трака за урин, аутоматски анализатор урина, двочасовни и 12-часовни тестови, тачан омјер протеина и креатинина или омјер микроалбумина и креатинина.

Студије које евалуирају остале типове тестова су показале сљедеће:

- **тестна трака**: је непоуздана у предвиђању значајне протеинурије и има високу учесталост лажно позитивних резултата.
- **двочасовне и 12-часовне колекције**: повезане су с 24-часовним колекцијама за квантификацију протеинурије, при чему ће 12-часовна колекција имати већу осјетљивост (89% према 86%), специфичност (93% према 82%) и позитивну предиктивну вриједност (84% према 77%) те ниже лажно позитивне (12% према 18%) и лажно негативне (11% према 14%) стопе од двочасовног прикупљања урина.
- **Омјер протеина и креатинина**: је бољи скрининг тест од аутоматске анализе мокраће помоћу тестне траке у откривању значајне протеинурије, може бити користан за искључење клинички значајне протеинурије и има предност што су резултати одмах доступни.

23.2.2 Аутоматска анализа тестних трака

Због видљиво значајних грешака приликом анализе урина тестним тракама, *RCOG*-ова истраживачка група препоручила је употребу аутоматских читача тестних трака. Ово може значајно побољшати лажно позитивне и лажно негативне стопе. Почетни резултат протеина од 1 или више треба да се потврди 24-часовним мјерењима протеина у урину или путем омјера протеин: креатинин.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Рутински понудити тестирање на протеинурију при првом антенаталном прегледу, без обзира на стадијум трудноће.

ПРЕПОРУКА 23
За тестирање користити аутоматски анализатор, ако је доступан, јер су визуелни преглед и тестне траке урина најмање прецизан метод за откривање праве протеинурије.

23.2.3 Поновљено тестирање

Поновљено тестирање на протеинурију има малу или никакву корист у откривању прееклампсије и треба га ограничити на труднице с другим факторима ризика као што су постојећи или новодијагностиковани високи крвни притисак и нова или већ постојећа обољења бубрега.

23.3 Тумачење добијених резултата тестирања

Налаз од 300 mg/24 часа или више, или омјер протеина и креатинина од 30 mg/mmol креатинина сматра се значајним. Међутим, сугерисано је да праг протеинурије од 500 mg/24 часа указује на вјероватноћу негативног исхода.

- Трудницама с резултатима испитивања урина који нису у границама нормале (укључујући присуство леукоцита, нитрита или крви) требало би да се узорак средњег млаза урина пошаље на микроскопски преглед, уринокултуру и тест осјетљивости. Ако је резултат асимптоматска бактериурија, треба је лијечити на одговарајући начин.
- Труднице код којих је при првом антенаталном прегледу утврђена права протеинурија и/или хематурија могу имати скривено обољење бубрега, што би требало испитати.

23.4 Сажетак: Тестирање на протеинурију

Када: При првом антенаталном прегледу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Објаснити ризике у вези с протеинуријом у трудноћи**: Разговарати о важности идентификације обољења бубрега или уринарне инфекције у раној трудноћи
- **Договорити третман или упутити на више нивое здравствене заштите уколико је потребно**: Код труднице с протеинуријом биће потребно додатно тестирање како би се искључила уринарна инфекција или обољење бубрега и пратило стање због прееклампсије.

24. Ризик од прееклампсије

Идентификација трудница с факторима ризика и/или с клиничким знаковима за прееклампсију омогућава правовремено пружање савјета о превенцији и симптомима који могу указивати на потребу за додатном његом. Антенатална њега пружа могућност да се разговара о дугорочним превентивним стратегијама с трудницама код којих се развија прееклампсија. Видјети Клинички водич за хипертензивне поремећаје у трудноћи.

24.1 Увод

24.1.1 Карактеристике прееклампсије

У прееклампсији, хипертензија је праћена једним или више сљедећих симптома:

- ослабљена функција бубрега или јетре,
- хематолошке промјене ,
- неуролошки симптоми (упорна главобоља, поремећаји вида, мождани удар, конвулзије),
- плућни едем,
- застој у расту плода и/или
- абрупција постељице.

Прееклампсија је прогресивни поремећај који се погоршава напредовањем трудноће. Порођај је дефинитивни третман прееклампсије који доводи до излијечења углавном током неколико дана, али понекад је потребно и много дуже. Одлуке о лијечењу (нпр. индукција /царски рез или наставак трудноће) темеље се на факторима мајке и плода (нпр. гестацијска старост).

24.1.2 Ризици повезани с прееклампсијом

- Прееклампсија повезана је с озбиљним морбидитетима мајки и, врло ријетко, са смрћу
- Труднице с компликованом прееклампсијом имају већу вјероватноћу да ће имати царски рез, мртворођење или неонаталну смрт.
- Неонаталне компликације, повезане с прееклампсијом,које су добијене у великој дуготрајној студији биле су:мален плод у односу на гестацијску старост, ниски Апгар скорови, синдром акутног респираторног дистреса и постпорођајна неонатална

хипогликемија.
- Жене које су имале прееклампсију имају дугорочно повећан ризик од хроничне хипертензије, исхемијске болести срца, цереброваскуларних обољења, бубрежних обољења, дијабетес мелитуса, тромбоемболије, хипотиреозе и ослабљене меморије.

24.2 Процјена ризика од прееклампсије

Процјена ризика да ли ће трудници бити потребна додатна њега (нпр. чешћи антенатални прегледи) заснива се на присуству фактора ризика и на клиничким симптомима прееклампсије.

24.2.1 Идентификација трудница с факторима ризика за прееклампсију

Фактори с утврђеном повезаношћу с високим ризиком од прееклампсије укључују (доказ ниског до високог квалитета):

- позитивну анамнезу прееклампсије (доказ високог квалитета)
- хроничну хипертензију (доказ високог квалитета)
- постојећи дијабетес (доказ умјереног квалитета)
- аутоимуне болести као што су системски еритематозни лупус или антифосфолипидни синдром (доказ умјереног квалитета)
- примипара (доказ ниског квалитета)
- *BMI* >30 (доказ ниског квалитета)
- постојеће обољење бубрега (доказ ниског квалитета).

Остали фактори који су повезани с повећаним ризиком од прееклампсије су породична анамнеза прееклампсије (нпр. код мајке и сестара) и повећање нивоа глукозе код труднице

ПРЕПОРУКА 24
У раној трудноћи испитати све труднице на клиничке факторе ризика за прееклампсију.

Налази из систематичних прегледа литературе пружили су информације о повезаности са сљедећим додатним факторима:

- кардио-васкуларни фактори: трудница с прееклампсијом имале су виши ниво укупног холестерола, non-*HDL*-а и триглицерида у трећем тромјесечју, ниже нивое *HDL*-а у трећем тромјесечју те већу вјероватноћу за суженост артеријских крвних судова него жене без прееклампсије,
- индекс тјелесне масе: постојала је јасна повезаност између прекомјерне тјелесне тежине, гојазности и тешке гојазности и ризика од прееклампсије,
- ментално здравље: постојале су значајне повезаности између прееклампсије и менталног стреса, стреса на послу, анксиозности или депресије и самосталних симптома депресије,
- крвне групе: крвна група АБ у односу на крвну групу која није АБ повећава ризик код укупног броја жена и код прворотки ња,
- биомедицински потпомогнута вантјелесна оплодња: за разлику од горе наведених налаза о учесталости, систематични преглед литературе указује да је ризик повећан код жена које су примале ооците донора или сперматозоиде донора,
- имунолошки фактори: ниво гама интерферона је био већи код жена с прееклампсијом него у контролној групи,
- ниво микронутријената: нивои витамина Ц и Е били су нижи код жена с прееклампсијом него у контролним групама, али нису били нижи у анализи нивоа благих и тежих подтипова; ризик је био нижи код жена с нивоом витамина Д >50 nmol/l према <50 nmol/l; а ниво бакра је био већи и ниво цинка и селена су били нижи код жена с прееклампсијом него код контролних група,
- гинеколошки и акушерски фактори: није постојала значајна повезаност између ризика од прееклампсије и пола плода или интервала између трудноћа 2 – 4 у односу <2 године или 2 – 4 у односу >2 године али је ризик већи након узорковања хорионских чупица у поређењу с амниоцентезом,
- пародонтална болест: док су прегледи опсервационих студија показали утицај на ризик, преглед *RCT*-а није нашао значајан ефекат. Недавни *Cochrane* преглед литературе није нашао јасан ефекат лијечења пародонталне болести на ризик од прееклампсије.

Пушење и изложеност угљен-моноксиду из животне средине смањују ризик од прееклампсије, али су повезани с другим негативним посљедицама по здравље. Није било довољно доказа да се процијени веза између прееклампсије и рада у смјенама.

24.2.2 Превентивне мјере

Превентивно лијечење аспирином у малим дозама код трудница с високим ризиком и додавање калцијума код трудница с ниским уносом калцијума препоручује се у Великој Британији, Канади и Аустралији и од стране СЗО.

Калцијум

Постоје снажни докази да је додавање калцијума исхрани корисно за труднице у ризику од прееклампсије ако је унос калцијума у храни низак. СЗО дефинише низак унос калцијума у храни као <900 mg дневно, а референтне вриједности Аустралије и Новог Зеланда препоручују унос од 1000 mg дневно код трудница, 1300 mg ако су млађе од 18 година.

ПРЕПОРУКА 25
Трудницама с високим ризиком од развоја прееклампсије препоручити додавање калцијума у исхрани уколико га не уносе довољно храном.

ПРИМЈЕР У ПРАКСИ
Ако трудница уноси мање калцијума храном, препоручити јој да повећа унос хране богате калцијумом.

Ефикасност аспирина у превенцији прееклампсије

Систематичним прегледима литературе и метаанализама откривено је да:

- аспирин у малим дозама (дефинисаним као <75 mg/дан) има умјерене користи када се користи за превенцију прееклампсије; веће дозе (>75 mg/дан) могу бити ефикасније, али се такође могу повећати штетни ефекти;
- дошло је до смањења ризика код трудница с високим ризиком (тј. с претходном прееклампсијом), али не и код оних с малим ризиком уз употребу аспирина у малим дозама (дефинисано као 40 – 160 mg/дан);
- ефекат аспирина у малим дозама (дефинисан као 50 – 150 mg/дан) био је значајан само за прееклампсију пред порођај.

ПРЕПОРУКА 26
Савјетовати труднице с умјерено високим ризиком од прееклампсије да узимање аспирина у малим дозама од ране трудноће може бити корисно у превенцији прееклампсије.

Витамини

Нема довољно доказа да се ризик од прееклампсије смањује додатком витамина Б2 или витамина Ц и Е. Метаанализа је открила повезаност између суплементације витамином Ц (1000 mg) и Е (400 ИУ) код жена у ризику од прееклампсије и неких штетних ефеката: гестацијске хипертензије и пријевременог пуцања плодових овоја.

ПРЕПОРУКА 27
Савјетовати труднице да витамин Ц и Е нису корисни у превенцији прееклампсије.

Физичка активност

Систематичним прегледом литературе откривен је тренд заштитног ефекта код рекреативне физичке активности током трудноће у студијама контроле случаја, али не у кохортним студијама. Физичка активност током трудноће има опште здравствене користи.

Унос соли

Смањењем уноса соли мало је вјероватно да ће се умањити ризик од прееклампсије. Међутим, избјегавање хране с додатком соли има и друге здравствене користі.

24.2.3 Идентификација жена с клиничким симптомима прееклампсије

У Великој Британији се препоручује рутинско мјерење крвног притиска и тестирање на протеинурију сваке труднице. Међутим, рутинско тестирање на протеинурију не препоручује се у Сједињеним Државама или Аустралији.

- *Хипертензија*: Трудницу с новонасталом хипертензијом (дефинисаном као систолни крвни притисак ≥140 mmHg и/или дијастолни ≥90 mmHg) која настаје у трудноћи након

20. недјеље гестације треба испитати на знакове и симптоме прееклампсије.
- *Протеинурија*: Рутинско тестирање на протеинурију није корисно за предвиђање прееклампсије и треба га ограничити на труднице с повишеним крвним притиском или наглим дебљањем. Протеинурија не би требало да се сматра обавезном у постављању дијагнозе прееклампсије.

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Рутински мјерити крвни притисак да би се идентификовала новонастала хипертензија. Препоручити тестирање на протеинурију приликом сваке посјете ако трудница има факторе ризика или клиничке индикације за прееклампсију, нарочито повишен крвни притисак.

Ако је могуће, труднице с клиничким симптомима прееклампсије (хипертензија, протеинурија, застој у расту плода) треба упутити на специјалистичку процјену и лијечење.

24.2.4 Предикција прееклампсије

Предвиђање које ће труднице развити прееклампсију јесте област која се брзо мијења. Коришћен је низ мјера за даљње предвиђање ризика од прееклампсије, укључујући биофизичке (нпр. просјечан артеријски притисак, проток крви у утериним артеријама и биохемијске маркере (нпр. протеин плаценте плацента-А [*PAPP*-А], слободни бета-хумани хорион гонадотропин [*β-hCG*],хормон раста плаценте [*PIGF*] и растворљиви фмс-слични тирозин киназа-1 [*sFlt1*]: у односу на *PlGF*), оба појединачно и у комбинацији с карактеристикама мајке. Однос [*sFlt1*]: *PlGF* показао је високу осјетљивост и специфичност за процјену вјероватноће прееклампсије у року од 4 седмице током 19. – 25.седмице, 26. – 31.седмицеи 24. – 36. седмице.

Иако је јасно да су карактеристике мајки у комбинацији с биохемијским и биофизичким маркерима осјетљивије у предвиђању прееклампсије него саме карактеристике мајки, тренутно нема довољно доказа који би подржали препоруку за било који одређени приступ. Постојећи алгоритми су ефикаснији у процјени вјероватноће за развој прееклампсије у раном почетку трудноће (која има врло малу учесталост), имају ниску осјетљивост у предвиђању прееклампсије каснијег почетка и имају лажно позитивну стопу од 5 – 10%. У систематичном прегледу литературе је уочено да поузданост и валидност модела могу бити ограничени методолошким недостацима, а екстерна студија валидације показала је ниже перформансе него што је пријављено. Анализом исплативост скрининга и дијагностиковања прееклампсије утврђено је да ће рутинска употреба биомаркера бити изводљива само када се тачност значајно повећа.

24.3 Савјетовање о ризику од прееклампсије

Важно је да се трудницама у раној трудноћи дају информације о симптомима прееклампсије.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Дајте трудницама информације о хитности потраживања савјета од здравственог радника у случају да доживе: главобољу, поремећаје вида (као што су замагљивање или свјетлаци пред очима), бол у епигастрију (тик испод ребара), повраћање и/или нагло отицање лица, руке или ноге.

24.4 Сажетак: Прееклампсија

Када: У раној трудноћи
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о факторима ризика за прееклампсију у раној трудноћи**: Објаснити да се вјероватноћа прееклампсије повећава ако трудница има одређене факторе ризика
- **Разговарати о прегледу на прееклампсију**: Објаснити да трудница која има висок крвни притисак и/или протеинурију захтијева додатну његу током наставка трудноће
- **Разговарати о симптомима прееклампсије са женама с високим ризиком**: Објаснити да је важно да се, уколико се симптоми појаве, одмах потражи савјет доктора медицине.
- **Користити холистички приступ**: Питати труднице изложене ризику од прееклампсије колико оброка хране богате калцијумом поједу сваки дан (погледати Поглавље 9). Разговарати о повољним културолошки погодним стратегијама за повећање уноса калцијума. Савјетовати труднице које развију прееклампсију о потреби за сталним надзором због повећаног ризика од развоја хипертензије.
- **Документовање и праћење**: Забиљежити факторе ризика и резултате мјерења крвног притиска и тестирања на протеинурију у антенаталној евиденцији пацијенткиње. Даљња испитивања могу бити оправдана ако се при накнадним прегледима утврди пораст крвног притиска или нова протеинурија.

ДИО Е: ИСПИТИВАЊЕ/СКРИНИНГ СОЦИЈАЛНОГ И ЕМОЦИОНАЛНОГ СТАТУСА

25. Скрининг на депресивне и анксиозне поремећаје[1]

Прецизна идентификација трудница које имају симптоме депресије и анксиозности омогућава упућивање одговарајућим здравственим професионалцима ради професионалне процјене менталног здравља и одговарајућег праћења стања.

25.1 Увод

Депресивни поремећаји у антенаталном периоду симптоматски су једнаки онима у осталим периодима и крећу се од благих до тешких. Анксиозни поремећаји у ово вријеме укључују генерализовани анксиозни поремећај, опсесивно-компулзивни поремећај, панични поремећај, социјалну фобију, специфичну фобију и пост-трауматски стресни поремећај и често се пријављују као подједнако распрострањени као и депресивни поремећаји у овом.

25.1.1 Учесталост депресивних и анксиозних поремећаја

Многе студије су пријавиле учесталост антенаталне депресије у четворогодишњем периоду од једне у десет жена. Превладавају примарни анксиозни поремећаји и њихова коморбидност с депресијом је врло велика. Забиљежена је стопа учесталости анксиозног поремећаја од једне у пет трудница у трећем тромјесечју трудноће. Депресија може настати у трудноћи или прије трудноће.

У великом америчком истраживању у подгрупи жена процјењиваних 6 седмица након порођаја, двије од пет епизода депресије почеле су постнатално, једна од три током трудноће, а једна

1 Информације у овом поглављу темеље се на *Austin M-P, Highet N* и Стручној радној групи (2017) Ментално здравље у перинаталном периоду: Аустралијски клинички водич. Мелбурн: Центар изврсности за перинаталниперијод.Одобрен од стране *NHMRC*.

од четири прије трудноће. Аустралијске студије су утврдиле трајност симптома депресије мајке након порођаја у првој години живота, при чему је више мајки пријавило депресивне симптоме 4 године након праћења него у првих 12 мјесеци након порођаја, симптоми који су трајали од трудноће до 4 године послије порођаја били су присутни код једне од једанаест жена, а симптоми који су се задржали од прве године до 6 – 7 година након порођаја код једне од шест жена.

25.1.2 Утицај депресивних и анксиозних поремећаја

Акушерске компликације код жена с депресијом (независно од употребе антидепресива) благо су повећале ризик од пријевременог порођаја, мале порођајне тежине, гестацијске хипертензије и перинаталне смрти. Анксиозни поремећаји током трудноће могу имати негативан утицај на акушерске, феталне и перинаталне исходе, укључујући: више симптома трудноће (мучнина и повраћање); више медицинских прегледа; повећану конзумацију алкохола или дувана или повећање нездравих прехрамбених навика; преeклампсију и пријевремени порођај; и постнаталну депресију и поремећаје расположења. Висок ниво анксиозности мајке током трудноће повезан је с повећаном изложеношћу плода кортизолу мајке и ризику од неповољних неуроразвојних исхода.

25.3 Преглед на анксиозност

Докази о скринингу анксиозности се разликују у погледу карактеристика студије и искоришћених граничних вриједности и чврсти закључци се не могу извести.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Будите свјесни да је анксиозни поремећај врло чест у перинаталном периоду и треба га узети у обзир при широј клиничкој процјени.

25.4 Сажетак: Депресија и анксиозност

Када: Што је прије могуће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Успоставити протокол за упућивање**: Идентификовати одговарајуће здравствене раднике који су на располагању за пружање даљње његе и за помоћ ако постоји забринутост за безбједност трудница или плода. Идентификовати друге стручњаке од којих можете потражити савјет, клинички надзор или подршку у вези са заштитом менталног здравља у антенаталном периоду
- **Тражити пристанак на третман**: Објасните сврху прегледа за депресију и анксиозност и нагласите да је то дио уобичајене његе, а резултати ће, углавном, остати повјерљиви
- **Утврдити ниво потребан за подршку**: Приликом доношења основне одлуке о упућивању на клиничку процјену трудница треба имати на уму да неће све трудница које имају оцјену 13 или више имати користи од упућивања и да се ниски или високи резултати могу одражавати и на друге
- **Размислити о безбједности**: Ако постоји забринутост за ментално здравље и безбједност трудница, обратите се центрима за заштиту менталног здравља

26. Процјена психосоцијалних фактора који утичу на ментално здравље[2]

Психосоцијална процјена омогућава идентификацију околности (прошлих и садашњих) које утичу на ментално здравље трудница. Број и врста идентификованих фактора утичу на врсту његе.

26.1 Увод

Искуство трудноће и родитељства разликује се за сваку жену и на исте утиче стабилност везе и друштвене мреже. Иако је највећи фактор ризика за развој перинаталног неповољног стања менталног здравља претходна историја поремећаја менталног здравља, присуство

2 Информације у овом поглављу темеље се на *Austin M-P, Highet N* и Стручној радној групи (2017) Ментално здравље у перинаталном периоду: Аустралијски клинички водич. Мелбурн: Центар изврсности за перинатални период. Australian *Clinical Practice Guideline* одобрен од стране *NHMRC*.

психосоцијалних фактора ризика може бити повезано с већим ризиком од појаве, релапса или погоршања стања менталног здравља. Труднице које се осјећају изоловано било удаљеношћу, било културолошки или обоје, имају већу вјероватноћу да ће развити стресна стања или неповољна стања менталног здравља у перинаталном периоду. Вјероватноћа је такође већа за труднице које су доживјеле животне стресоре (нпр. породичне проблеме, губитак, породично насиље или инвалидитет) или вишеструку трауму.

26.2 Психосоцијална процјена

Психосоцијална процјена се може спровести у оквиру узимања анамнезе пацијенткиње и/или употребе структурираног инструмента за психосоцијалну процјену. Различити приступи могу се користити у складу с околностима,самопоуздањем и вјештинама здравствених радника, као и временским ограничењима. Структурирани упитници су корисни у пружању свеобухватног, временски ефикасног прегледа стања труднице, посебно када здравствени радник нема искуства у предузимању детаљне психосоцијалне процјене као дијела шире клиничке процјене.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Проценити психосоцијалне факторе ризика што је прије могуће у трудноћи.

26.2.1 Инструменти за психосоцијалну процјену

Инструменти за идентификацију психосоцијалних фактора ризика у антенаталном периоду за које постоје умјерено до високо квалитетни докази укључују Упитник антенаталног ризика (АНРК) (вдијети: Прилог 1.), Антенаталну психосоцијалну процјенуздравља (АЛПХА) (видјети: Прилог 2.) и Упитник за процјену ризика трудноће (ПРК) (видјети: Прилог 3.). Евалуацијом наведених инструмената и њиховог техничког учинка и прихватљивости утврђено је сљедеће:

- АНРК има прихватљиве техничке перформансе у идентификовању трудница с повећаним ризиком од депресије или анксиозног поремећајаи има позитиван утицај на стопе даљњег упућивања за процјену менталног здравља (умјерен квалитет). Једноставност коришћења и прихватљивости међу трудницама је велика
- Супротно томе, АЛПХА има ограничена психометријска својства, умјерено је прихватљива за кориснике и ефикасна је у идентификовању насиља у породиците има „висок ниво психосоцијалне забринутости“ за здравље са стране здравственог професионалца,

али нема адекватан капацитет за идентификацију трудница с повећаним ризиком од постнаталне депресије (умјерени квалитет)
- ПРК има прихватљива психометријска својства и ефикасан је у предвиђању случајева постнаталне депресије и анксиозности (умјерени квалитет), али се сматра превише дугим за рутинску употребу у области јавног здравља.

26.2.2 Коришћење АНРК

АНРК је структурирани упитник с 13 ставки који остварује укупни резултат психосоцијалног ризика (кумулативни ризик) и идентификује специфичне факторе који независно доводе трудницу у већи психосоцијални ризик (позитивна анамнеза за трауме или значајно погоршано ментално здравље). Обухвата однос труднице с партнером, социјалну подршку, недавне стресне животне догађаје, анксиозност или перфекционизам, историју (и лијечење) депресије или других стања у вези с менталним здрављем, искуство злостављања као дјетета или одраслог лица и квалитет односа с мајком у дјетињству. Препоручује се оцјена/скор од 23 или више, али трудснице са значајном историјом стања менталног здравља или историјом злостављања изложене су повећаном ризику од лоших психосоцијалних исхода, без обзира на укупан АНРК резултат.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИМА
Уколико користите инструмент за процјену психосоцијалних фактора ризика, користите АНРК.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Извршите психосоцијалну процјену заједно с инструментом који приказује тренутне симптоме депресије/анксиозности (нпр. ЕПДС)

26.3 Остала разматрања психосоцијалног скрининга

Клинички користан инструмент за психосоцијалну процјену треба да буде кратак и да покрива кључне области ризика, али он не може бити у потпуности свеобухватан и требало би га користити за „започињање разговора“.

26.3.1 Даљње истраживање и тумачење психосоцијалне процјене

Психосоцијалне ризичне ставке које је трудница одобрила потребно је даље истражити и документовати. Резултати евалуације морају се пренијети трудници, а затим (уз консултацију с њом) спровести на упућивање или праћење. То ће се зависити од доступности протокола за упућивање.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Осигурати да здравствени радници прођу обуку о важности психосоцијалне процјене и коришћењу инструмента за психосоцијалну процјену. Осигурати да постоје јасне смјернице у вези с употребом и тумачењем инструмената/интервјуа за психосоцијалну процјену у смислу прага за упућивање на психосоцијалну његу и/или сталног праћења.

26.3.2 Едукација о психосоцијалним факторима ризика

С обзиром на потенцијални утицај који психосоцијални фактори ризика могу имати на ментално здравље труднице, важно је да се свим трудницама пруже информације о природи различитих фактора ризика који могу повећати вјероватноћу да дође до неповољног стања менталног здравља. Заузврат, ово пружа прилику да се идентификује подршка (заштитни фактори) који ће помоћи у превенцији неповољног стања менталног здравља и/или подићи свијест о важности раног препознавања симптома ради лакшег откривања и интервенције.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Разговарати с трудницом о могућем утицају психосоцијалних фактора ризика на њено ментално здравље и пружити информације о доступној помоћи.

26.4 Сажетак: Психосоцијална процјена

Када: Што је прије могуће у трудноћи
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Пружити информацију**: Објасните да трудноћа може бити изазовна и да неки животни фактори чине вјероватнијим да ће трудница доживјети симптоме депресије или анксиозности.
- **Тражити информирани пристанак**: Објасните да је испитивање психосоцијалних фактора дио уобичајене његе током трудноће и замолите трудницу на пристанак.
- **Понудити подршку**: Ако трудница има психосоцијалне факторе ризика, питајте да ли жели помоћ у вези с било којим проблемима.

27. Насиље у породици

Антенаталном његом пружа се могућност да се труднице испитају о изложености насиљу. Постављање питања може помоћи трудницама да здравственим радницима открију своја искуства с насиљем и омогуће приступ додатној подршци и њези, укључујући подршку у заједници те правну и полицијску подршку.

27.1 Увод

Насиље у породици може укључивати партнере, браћу и сестре, родитеље, дјецу и људе који су на други начин повезани. То укључује насиље у многим породичним контекстима, укључујући насиље истополног партнера, насиље младих над родитељима или браћом и сестрама, злостављање старијих особа и насиље од стране његоватеља у кућном окружењу над онима за које су одговорни. Такође се назива кућним насиљем. Интимно партнерско насиље укључује свако понашање унутар интимне везе које наноси физичку, психолошку или сексуалну повреду онима у вези, укључујући физичку агресију, психичко злостављање, присилни однос и друге облике сексуалне присиле те различита понашања контроле.

У контексту овог водича, насиље у породици се користи као општи израз, а интимно партнерско насиље се помиње када је то прецизирано у студијама.

27.1.1 Ризици повезани с насиљем у трудноћи

Насиље у трудноћи представља значајан ризик за жене. Ризик да буде жртва покушаја/довршеног убиства троструко је већи код жена које су биле злостављане током трудноће него међу онима које то нису.

Интимно партнерско насиље је повезано са штетним репродуктивним исходима, укључујући вишеструке непланиране трудноће и/или прекиде и одложену бригу о трудноћи. Жене које током трудноће доживе интимно партнерско насиље имају 4 пута већу вјероватноћу да пријаве симптоме депресије и 10 пута већу вјероватноћу да ће пријавити симптоме анксиозности током трудноће. Ови симптоми често остају и у постнаталном периоду и утичу на способност жене да изгради сигурну повезаност с новорођенчетом.

Жене које су доживјеле насиље током трудноће изложене су повећаном ризику од побачаја,пријевременог порођаја и рођења новорођенчади с малом порођајном тежином. Жене које су током трудноће претрпјеле физички напад такође имају већи ризик од абрупције постељице, царског реза, крварења и инфекције него труднице без историје напада. Поред тога, насиље прије трудноће главни је независни фактор ризика за хипертензију, едеме, вагинално крварење, проблеме с постељицом, јаку мучнину и повраћање, дехидрацију, дијабетес, инфекцију бубрега и/или инфекцију мокраћних путева, као и пријевремену руптуру плодових овоја.

27.2 Процјена за насиље у породици

Водичи из Новог Зеланда и Сједињених Америчких Држава препоручују рутинско испитивање о интимном партнерском насиљу међу женама у генеративном периоду. Међутим, водичи у Канади и Уједињеном Краљевству не препоручују рутинско испитивање о насиљу у породици.

Иако се приступи скринингу знатно разликују, постоје и нека уобичајена питања која се користе у свим инструментима. Питања која се најчешће користе наведена су у табели Е2.

Табела Е2: Питања која се користе у процјени насиља у породици

Да ли Вас је икад/у последњих годину дана партнер/бивши партнер ударио, ошамарио или повриједио на било који начин? Да ли Вас је (у прошлој години) Ваш партнер/неко у Вашој породици/домаћинству гурнуо, ударио или на неки други начин повриједио?
Да ли се (икада) плашите свог партнера/бившег партнера/члана породице/домаћинства?
Да ли Вас је (у прошлој години) Ваш партнер/бивши партнер/члан Ваше породице/домаћинства (често) изневјерио, понизио или покушао да контролише шта смијете или не смијете да урадите?
Да ли Вам је Ваш партнер/бивши партнер у прошлој години пријетио да ће Вас повриједити (на било који начин)?
Да ли желите помоћ у вези с наведеним?
Да ли се осјећате сигурним када дођете кући а након одласка одавде?

Преглед потврђених инструмената за скрининг који су тестирани у здравственим установама и коришћени у антенаталном периоду (било дјелимично или у потпуности) утврдио је да се

инструменти коришћени за повреду, напад, пријетњу, вриску (*HITS*) и понижавање, плашење, силовање, ударац (*HARK*) сматрају потенцијално корисним за препоруку за националну употребу у антенаталном контексту. Оба се препоручују за рутински скрининг жена у генеративном периоду од стране Радне групе за превентивне службе Сједињених Америчких Држава и покривају бројне области насиља у породици. Међутим, систематичним прегледом десет инструмената за скрининг утврђено је да три (Инструмент за откривање злостављања жена (*Women Abuse Screen Tool – WAST*), Оквир за процјену злостављања (*Abuse Assessment Screen – AAS*) и *HARK* имају снажна психометријска својства, али да су потребна даљња испитивања и валидације, нарочито у вези с културом и родном осјетљивошћу).

27.2.1 Ефективност/ефикасност скрининга

Прегледом литературе *Cochrane* пронађено је да је прегледом од стране здравствених радника повећана идентификација жена које су доживјеле интимно партнерско насиље, али без јасног ефекта на повећање препорука.Скрининг у личном присуству („лицем у лице“) није био ефикаснији у смислу откривања интимног партнерског насиља од писаних/рачунарских техника. Други систематични преглед литературе такође је открио да скрининг у личном присуству није ефикаснији од скрининга заснованог на рачунару нити од писаног скрининга који се обавља самостално (с извјесним преклапањем укључених студија).

27.2.2 Прихватљивост за жене

Студије су откриле да жене углавном подржавају рутинско испитивање:

- да је прихватљиво да их се пита,
- насиље у породици је сматрано важном облашћу за испитивање,
- труднице би биле спремне да разговарају на тему насиља у породици

Међутим, труднице нису увијек спремне да одмах открију насиље у породици. Разлози за непријављивање насиља укључују то да насиље не схватају довољно озбиљно, страх од тога да ће починилац сазнати и осјећај нелагодности пред здравственим радником. Корисност од прегледа карактерише повјерење у здравственог радника, препознавање насиља, поштовање те релевантне препоруке и директна питања и забринутост (дефинисано као показивање интереса и става који не осуђује). Вишеструке процјене насиља у породици током трудноће повећавају пријављивање.

С обзиром на то да труднице треба испитивати у вези с насиљем у породици без присуства партнера, потребно је развити стратегије како би и партнер могао бити укључен у остале области процјене када се спроводи процјена за психосоцијалне факторе ризика који утичу на ментално здравље.

ПРЕПОРУКА 28
Објаснити свим трудницама да је постављање питања о насиљу у породици рутински дио антенаталне његе и распитајте се о изложености сваке жене насиљу у породици.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Питати о насиљу у породици само када сте сами с трудницом, користећи одређена питања или инструмент који се локално користи.

27.2.3 Прихватљивост за здравствене раднике

Иако многи здравствени радници сматрају да је скрининг важан, поједини се нерадо распитују о насиљу у породици. Фактори који повећавају вјероватноћу здравствених радника да испитају труднице о насиљу су: жене које су претходно тестиране, терапеутски однос са женом, знање о претходном злостављању, препознавање прикривених знакова са сценаријским питањима, интердисциплинарна сарадња и приступ ресурсима те упућивање.

27.2.4 Ограничења за скрининг

Недостатак едукације је најчешће препозната баријера за скрининг. Остала препозната ограничења:

- варијације у времену и начину на који се врши скрининг,
- недостатак вршњачке подршке, самопоуздања, повјерења или континуитета његе,
- присуство партнера,
- женина неспремност на откривање,
- временска ограничења,
- културолошки табуи,
- став здравствених радника о насиљу,
- забринутост за приватност и повјерљивост,

- неизвјесност у погледу могућности управљања случајевима насиља и упућивања,
- потреба за реедукацијом, подршка запослених и клинички водич.

СЗО препоручује да сви здравствени радници буду едуковани за реаговање на прву линију одговора на насиље у породици. Кораци су: слушајте, вјерујте, распитајте се о потребама, потврдите искуство лица, осигурајте безбједност и пружите сталну подршку.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Проводити и подстицати редовне и понављане едукације здравствених радника јер програми едукације унапређују повјерење и компетентност у препознавању и бризи о женама које су изложене насиљу у породици.

Подршка здравствених установа здравственим радницима укључује омогућавање редовног усавршавања, подршку и информисање, пружање приватности приликом прегледа, документовање, политике и протоколе, осигурање квалитета и финансирање.

27.2.5 Интервенције

Нема довољно доказа за процјену ефикасности интервенција у вези са насиљем у породици и исходима трудноће. Међутим, кратке интервенције заговарања (пружање информација и подршке за приступ ресурсима заједнице, укључујући правне, полицијске, стамбене и финансијске услуге) могу пружити извјесне краткотрајне користи за ментално здравље и смањити физичко насиље. Кућне посјете даваоца његе у заједници такође могу да смање епизоде физичког злостављања.

27.3 Савјетовање и одговор на насиље у породици

Савјетовање о насиљу у породици захтијева комуникацију између здравственог радника и труднице. Трудница која је изложена злостављању можда неће одговорити први пут на ту тему, али се може ослободити касније, приликом сљедеће посјете,кад стекне довољно повјерења у здравственог радника. За здравствене раднике је важно да се распитају о насиљу у породици на осјетљив начин, поштујући приватност и узимајући у обзир сложеност потребе жене.Ако трудница открије да доживљава насиље у породици, потребно је хитно реаговање, а безбједност труднице треба бити примарна брига.

Табела Е3: Кључна разматрања у расправи и реаговању на насиље у породици

Распитати се о насиљу у породици кад сте насамо с трудницом
Објаснити трудници да ће одговори бити повјерљиви (у складу с прописима)
Активно слушати шта трудница говори
Не кривити нити осуђивати трудницу ни њеног партнера
Информисати трудницу да није сама, да постоје и друге труднице које доживљавају насиље у породици
Потврдити да је трудница направила важан корак тиме што разговара о својим искуствима
Истакнути да је насиље у породици против закона
Увјерити трудницу да не треба да криви саму себе
Увјерити трудницу да је одлука о разговору о насиљу у породици основни корак ка побољшању њене сигурности
Помоћи трудници да процијени своју безбједност и безбједност дјеце о којима брине
Разговарати о опцијама за сигуран привремени смјештај ако је потребан и ако је доступан (нпр. сигурна кућа, породица или пријатељи, болница)
Охрабрити трудницу да приступи специјалистичким службама за подршку (нпр. центри за социјални рад, центру за за заштиту менталног здравља)
Информисати трудницу о њеном законском праву на заштиту и пружити информације о услугама правне подршке
Обавијестити трудницу да откривање насиља у породици може захтијевати даљње разговоре и могуће извјештавање у вези с питањима заштите дјеце
Бити свјестан сигурне/безбједне подршке која се може користити за заштиту труднице и своју личну заштиту, уколико је то потребно.
Документовати одговоре труднице (осигуравајући да се евиденције чувају повјерљиво)
Извјештавати о било ком инциденту насиља у складу с прописима

Здравствени радници с ограниченим искуством у одговору на насиље у породици могу унаприједити практична знања на сљедећи начин:

- тражењем обуке и подршке (нпр. клиничка супервизија) гдје је могуће
- планирањем реакције на откривање насиља, укључујући разматрање безбједности, повјерљивости, осјетљивости и информисане подршке
- упознавањем са специјализованим савјетовалиштима, центрима и службама за социјални рад у вези са стамбеним збрињавањем и услугама правне подршке у локалном подручју.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Бити свјестан подршке у породици и у заједници, као и служби које се могу позвати за хитна и стања која трају

27.4 Сажетак: Процјена за насиље у породици

Када: Што је прије могуће и при сваком сљедећем антенаталном прегледу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о процјени насиља у породици**: Објаснити да је испитивање о насиљу у породици рутински дио антенаталне његе и да има за циљ идентификовати труднице које желе помоћ. Објаснити да је то повјерљив процес и пружити трудници могућности да у приватности разговара о насиљу у породици (нпр. без присуства партнера)
- **Користити холистички приступ**: Ако трудница потврди да трпи насиље у породици, размислити о укључивању савјетовања и сталној подршци. Треба процијенити сигурност труднице и дјеце о којима брине и по потреби је упутити на друге службе (нпр. полицију, сигурну кућу, услуге у заједници)
- **Сазнати о доступним услугама подршке за труднице**:Доступност услуга подршке за жене које трпе насиље у породици зависи од локације.
- **Документовање разговора**: Документовати у медицинској евиденцији све доказе о повредама, лијечењу повреда, упућивању на друге службе и било каквим информацијама које су пружене. Ако се користе евиденције о трудницама, информације укључене у њих треба да буду ограничене, а детаљније евиденције морају се чувати у здравственој установи.

- **Потражити подршку**: У зависности од ваших вјештина и искуства у разговору о насиљу у породици с трудницама и помоћи њима уколико доживе насиље у породици, потражите савјет и подршку кроз програме обуке, клиничку супервизију, менторство и/или линије за помоћ.
- **Бити свјестан релевантних прописа**: Свака држава и територија има захтјеве у вези с пријављивањем насиља у складу са својим прописима

ДИО Ф:
РУТИНСКИ ТЕСТОВИ У ТРУДНОЋИ

Разматрања прије тестирања

Прије обављања тестова, неопходно је:

- информисати труднице да је њихов избор да раде тест
- обезбиједити да труднице буду у стању да дају информисани пристанак: усмени разговор треба да обухвати разлоге тестирања, штете и користи, одговарајуће третмане и подршку одговарајућим ресурсима (нпр. писаним материјалима, аудио или видео записима),потребно је уложити напоре како би труднице разумјеле информације које су им дате
- дати трудницама прилику да постављају питања у вези с тестовима и третманима
- увјерити труднице да резултати испитивања остају повјерљиви (осим ако се стање мора пријавити, у ком случају им се дају информације о поступку пријављивања)
- да разговор о сагласности документују здравствени радници који су укључени у рад
- понудити трудницама које одбију тестирање могућност да разговарају о евентуалним недоумицама без присиљавања да поново размотре тестирање
- да постоје процеси праћења жена с позитивним резултатом теста, њихове новорођенчади и, у неким ситуацијама, партнера

Разговору о тестирању треба приступити с опрезом, посебно када постоји могућност да тестирање код мајке подстакне анксиозност или ако је тестирање на полно преносиву инфекцију.

Разматрања након позитивног резултата теста

- **Психосоцијална подршка**: Дијагноза стања које може утицати на трудноћу и/или здравље новорођенчета може бити узнемирујуће, посебно ако нема интервенција које могу промијенити исходе. Трудницама треба пружити информације о доступним подршкама и помоћи им да приступе њима.
- **Упућивање на другу специјалистичку његу**: За нека стања, као што су поремећаји хемоглобина и дисфункција штитне жлијезде, биће потребно укључивање специјалиста других грана медицине.
- **Полно преносиве инфекције**: Ако је идентификована полно преносива инфекција,

постоји повећан ризик од других полно преносивих инфекција. Тестирање и лијечење полно преносивих инфекција и проналажење контаката има корист за јавно здравље јер се смањује пренос партнерима.
- **Крвно преносиве инфекције**: Вјероватно ће бити потребна посебна подршка трудницама које користе интравенску терапију.
- **Пријављивање**: Морају се поштовати прописи у вези с пријављивањем заразних болести.

28. Анемија

Антенатална њега пружа прилику за идентификацију трудница с могућом анемијом. Ако се дијагностикује анемија, може се савјетовати суплементација недостатних хранљивих састојака (најчешће гвожђа) тамо гдје је то потребно.

28.1 Увод

Анемија представља стање смањене концентрације хемоглобина или броја црвених крвних зрнаца, што резултира смањеним капацитетом крви да преноси кисеоник. Током трудноће, критеријуми СЗО за просјечну минималну концентрацију хемоглобина код здравих трудница су 110 mg/dl у првој половини трудноће и 105 mg/dl у другој. Мањак гвожђа је најчешћи узрок анемије у трудноћи широм свијета, али и други недостаци могу изазвати анемију:

- **недостатак гвожђа**: потреба за гвожђем током трудноће је повећана и недовољан унос или апсорпција гвожђа (нпр. исхрана сиромашна гвожђем и/или богата намирницама које смањују апсорпцију гвожђа) или губитак крви (нпр. због гастроинтестиналних паразита) могу довести до микроцитне анемије.
- **недостатак фолата**: током трудноће повећава се и потреба за фолатима, а неадекватни унос храном, дуготрајно повраћање или ослабљена апсорпција (нпр. услијед операција бајпаса у желуцу или гастроинтестиналних стања) могу резултирати макроцитном анемијом
- **недостатак витамина $Б_{12}$**: продужени неадекватни унос (нпр. ограничена исхрана или вегетаријанска исхрана) или ослабљена апсорпција (нпр. због операције бајпаса желуца, пернициозне анемије или гастроинтестиналних стања) могу резултирати макроцитном анемијом.
- **хемоглобинопатије**: укључују анемију српастих ћелија и таласемију (видјети поглавље 29).

Симптоми анемије укључују општу слабост и умор, али прагови концентрације хемоглобина код којих се ови симптоми јављају у трудноћи нису познати.

28.1.1 Учесталост недостатка гвожђа, фолата и витамина $Б_{12}$ током трудноће

Процјене говоре да једна четвртина свјетског становништва има анемију.

- учесталост анемије с недостатком гвожђа током трудноће углавном је ниска (<20%) у развијеним земљама и већа (35 – 75%) у земљама у развоју (Африка, Азија, Јужна Америка) и подручјима неповољне друштвено-економске ситуације,
- недостатак витамина $Б_{12}$ уобичајен је у већини земаља у развоју.

Превенција недостатка гвожђа (укључивањем хране богате гвожђем у исхрану и/или додатака гвожђа) разматрано је у одговарајућем одјељку.

28.1.2 Ризици повезани с недостатком гвожђа, фолата и витамина $Б_{12}$ током трудноће

Тешка анемија с недостатком гвожђа (концентрација хемоглобина <70 mg/dl) може изазвати срчани застој и смањити толеранцију на губитак крви током порођаја. Нејасно је да ли је блага до умјерена анемија повезана с лошим исходима. Мањак фолата или витамина $Б_{12}$ током трудноће повезан је с оштећењем неуралне цијеви плода.

28.2 Испитивање анемије

У Уједињеном Краљевству и у Аустралији препоручује се рутинско тестирање комплетне крвне слике у раној трудноћи и након 28 седмица. Почетна концентрација хемоглобина обично се процјењује у контексту комплетне крвне слике.

28.2.1 Процјена концентрације хемоглобина

Током трудноће, маса црвених ћелија мајке и волумен плазме се повећавају и концентрација хемоглобина се смањује. Стога се хемоглобин провјерава у односу на референтне вриједности које се односе на гестацију.

Табела Ф2: Процјена концентрације хемоглобина током трудноће

Гестацијска старост	Минимум концентрације хемоглобина
0 – 20 недјеља	110 mg/dl
20+ недјеља	105 mg/dl

Извор: СЗО (1993)

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
У раној трудноћи (на првом прегледу) и у 28. седмици трудноће трудници рутински понудите тестирање концентрације хемоглобина.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
У подручјима у којима је велика учесталост анемије с недостатком гвожђа, размотрите тестирање феритина при првом антенаталном прегледу.

28.2.2 Додатна испитивања

Концентрација хемоглобина није довољно осјетљива да би била једино средство за дијагнозу анемије. Дијагностички тестови укључују:

- комплетну крвну слику (уколико није урађена),
- серумски феритин, који је најосјетљивији појединачни тест за откривање адекватних залиха гвожђа (90% осјетљивости при пресјеку од 30 µg/l),
- специфични тестови на фолат и витамин $Б_{12}$, ако је просјечна запремина еритроцита висока.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Потребно је додатно испитивање трудница с ниском концентрацијом хемоглобина током гестације. Понављено тестирање у 36. седмици такође може бити потребно женама које имају симптоме или факторе ризика за анемију или живе у или су дошли из подручја високе учесталости анемије.

28.3 Лијечење анемије узроковане недостатком гвожђа

28.3.1 Ефикасност и сигурност третмана за анемију узроковану недостатком гвожђа

Докази о лијечењу анемије узроковане недостатком гвожђа обухватају веома широк спектар додатака, доза и начина примјене који су усмјерени на промјене у концентрацији хемоглобина код трудница.

- Додатак гвожђа побољшава концентрацију хемоглобина код трудница, али недостају докази о свеукупним предностима лијечења благе анемије с недостатком гвожђа у трудноћи.
- Орално унесено гвожђе може да изазове гастроинтестиналне штетне ефекте (нпр. мучнину, затвор). Интрамускуларно или интравенозно унесено гвожђе је ефикасније од орално унесеног гвожђа, али може имати штетне ефекте (венска тромбоза и алергијске реакције код интравенског уноса и бол, промјену боје и алергијске реакције код интрамускуларног уноса).

ПРЕПОРУКА 29
Савјетовати додатак гвожђа трудницама за које је утврђено да имају анемију узроковану недостатком гвожђа.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Орални унос гвожђа остаје прва линија лијечења за анемију узроковану недостатком гвожђа која је идентификована у антенаталном периоду. Интравенозни унос гвожђа треба понудити трудницама које не реагују на орално унесено гвожђе или нису у стању да се придржавају терапије. У неким ситуацијама, интрамускуларни унос гвожђа може дати здравствени радник уколико није могуће дати интравенски.

28.3.2 Доза суплементације

Недавне студије пружају доказе високог квалитета с додатком мањих доза гвожђа. Додаци ниских доза гвожђа (нпр. 20 mg) или ријеђе узимање изгледа да је ефикасније у лијечењу анемије у трудноћи и с мање гастроинтестиналних нуспојава у поређењу с високим дозама (нпр. 80 mg) или свакодневним уносом.

ПРЕПОРУКА 30
Савјетовати трудницама с анемијом узрокованом недостатком гвожђа да је додатак гвожђа у малим дозама једнако ефикасан као и велика доза, али с мање нуспојава.

28.3.3 Остала разматрања

У подручјима високе учесталости треба узети у разматрање и третман на паразите.

28.4 Савјетовање о анемији

Када је концентрација хемоглобина ниска, разматрање укључује:

- док је анемија у трудноћи најчешће узрокована недостатком гвожђа, недостатак фолата или витамина $Б_{12}$ такође резултира анемијом и потребни су додатни тестови да би се утврдио узрок.
- ако је утврђен недостатак, додатак прехрани одговарајућих храњивих материјама може да поправи недостатак
- додаци прехрани могу се комбиновати с храном богатом релевантним храњивим материјама
  - храна богата гвожђем укључује месо, плодове мора и перад; укључујући воће или поврће богато витамином Ц у сваком оброку те ограничавање чаја и кафе између оброка
  - храна богата фолатима укључује обогаћени хљеб и житарице, суви пасуљ и грашак, тамнозелено поврће и цитрусно воће и сок.
  - храна која садржи витамин $Б_{12}$ укључује месо, јаја, млијеко и сир.

28.5 Сажетак: Анемија

Када: У раној трудноћи и 28.седмици гестације
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о разлозима за тестирање на анемију**: Објасните да анемија изазива умор и да може имати друге ефекте на трудноћу.
- **Објаснити узроке анемије**: Анемија узрокована недостатком гвожђа је уобичајена током трудноће. Други узроци анемије могу бити повезани с подручјима гдје су недостаци фолата или витамина $Б_{12}$ уобичајени.
- **Користити холистички приступ**: Размотрити доступност намирница богатих гвожђем у складу са културолошким праксама и преференцијама. Труднице које треба да узимају суплементе због недостатка гвожђа испитати да ли је то културолошки прикладно и предложити трудницама, уколико имају затвор, јефтиније начине како да повећају унос влакана и течности.
- **Размислити о упућивању**: Ако постоји забринутост због квалитета уноса гвожђа у исхрани или ако би жена жељела информације о исхрани за себе и своју породицу, размислите о упућивању дијететичару.
- **Документовање и праћење**: Када се трудница тестира на анемију, рећи јој резултате и забиљежити их у антенаталној евиденцији. Успоставити систем путем којег ће се трудницама с анемијом узрокованом недостатком гвожђа током трудноће давати информације о суплементацији гвожђем, а труднице се континуирано пратити, укључујући и даљња испитивања ако се анемија не ријеши након трудноће

29. Поремећаји хемоглобина

Иако је идентификација родитеља који су носиоци гена за поремећај синтезе хемоглобина прије зачећа пожељна, разговор о тестирању и вези са статусом носилаца у раној трудноћи омогућава трудницама и њиховим партнерима да донесу информисану одлуку.

29.1 Увод

Мутација гена који носе информацију за синтезу хемоглобина може резултирати ниском или одсутном продукцијом нормалног зрелог хемоглобина (таласемије) или промјенама у структури протеина хемоглобина (варијанте хемоглобина, као што је болест српастих ћелија).

Када наслиједе мутиране гене за синтезу хемоглобина од оба родитеља, новорођенчад могу добити обољење или сада и они могу бити преносиоци мутација на генима за синтезу хемоглобина. Врло је мало вјероватно да ће новорођенче бити погођено када је само један родитељ преносилац генске мутације за синтезу хемоглобина, али новорођенче може бити преносилац.

29.1.1 Учесталост поремећаја хемоглобина

- Глобално се сваке године рађа више од 330 000 захваћене дјеце (83% с поремећајем српастих ћелија и 17% с таласемијом), око 7% трудница су носиоци мутираних гена за синтезу хемоглобина, а преко 1% парова је у ризику.
- Ризик да будете преносилац гена за хемоглобинопатије варира у зависности од етничке припадности.
  - алфа таласемија је најприсутнија међу људима кинеског и југоисточног азијског поријекла, али се јавља у многим другим етничким групама, укључујући људе из земаља јужне Европе, Блиског Истока, индијског потконтинента, Пакистана, Африке, острва Тихог океана и Новог Зеланда.
  - бета таласемија преовлађује међу људима са Блиског Истока, из јужне Европе, индијског потконтинента, централне и југоисточне Азије и Африке
  - болест српастих ћелија је присутна код многих популација, укључујући људе из Африке, Блиског Истока, јужне Европе, Индије, Пакистана, Јужне Америке и Кариба.

29.1.2 Ризици повезани с поремећајем хемоглобина

- Таласемије се разликују по тежини клиничке слике у зависности од броја оштећених гена за синтезу глобина. Симптоми се крећу од благе анемије до тешке анемије која захтијева трансфузију крви током цијелог живота. Новорођенче с алфа таласемијом, ако се роди живо, обично не преживи дуго након рођења.
- Анемију српастих ћелија карактерише хронична анемија, бол у костима и грудима, оштећење органа, успорен раст и развој, понављане инфекције и болно отицање руку и ногу.

29.2 Тестирање на поремећаје хемоглобина

29.2.1 Тестирање

RANZCOG препоручује да се код свих трудница тестира просјечни волумен еритроцита (*MCV*) и просјечни хемоглобин у еритроциту (*MCH*). Мала студија је открила да MCV има осјетљивост од 92,9% и специфичност 83,9% за тестирање на таласемију. Тестирање помоћу *MCV* и *MCH* идентификоваће неке, али не све носиоце промјене гена алфа и бета глобина. Треба напоменути да неке промјене гена бета глобина (нпр. својства српастих ћелија) доводе до нормалних индекса еритроцита, а детекција се ослања на електрофорезу хемоглобина.

29.2.2 Штетности и користи тестирања

Наративни прегледи литературе показују да се тестирањем трудница с повећаним ризиком да буду преносиоци поремећаја хемоглобина могу идентификовати парови који су преносиоци и имају 25% ризика од трудноће са значајним генетским поремећајем за који је могућа антенатална дијагноза. Нису утврђене штетности повезане с тестирањем. Једно истраживање је открило да добро информисање о поремећајима хемоглобина може умањити анксиозност код трудница које су накнадно идентификоване као преносиоци. Наративни прегледи литературе указују да би идеално вријеме за тестирање на поремећаје хемоглобина било прије трудноће. Ако то није могуће, тестирање треба обавити што раније у трудноћи. Студије су открile да се жене тестирају у раној трудноћи када је тестирање понуђено у примарној њези (нпр. као дио прегледа за потврду трудноће).

29.2.4 Исплативост тестирања

Студије су откриле да је антенатално тестирање у популацији с великом учесталошћу поремећаја хемоглобина исплативо. Иако тестирање на прегледу за потврду трудноће може захтијевати додатна средства, повећава се број трудница тестираних до 10. седмице гестације. Студије исплативости подржавају тестирање очева након што је жена идентификована као преносилац поремећаја хемоглобина, а не на потврђивању трудноће.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Што је раније могуће у трудноћи, рутински понудити информације о поремећајима хемоглобина и понудити тестирање (комплетна крвна слика).

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Размислити о понуди испитивања феритина и електрофорезе хемоглобина као дијела иницијалног тестирања трудницама из високо ризичних популација.

29.3 Додатна испитивања

Додатна испитивања се препоручују трудницама које:

- имају *MCV* ≤80 fl и/или *MCH* ≤27 pg
- имају породичну историју анемије, таласемије или друге ненормалне варијанте хемоглобина

Релевантни тестови укључују:

- испитивање феритина како би се искључила анемија узрокована недостатком гвожђа
- електрофореза или течна хроматографија под високим притиском за идентификацију варијанти хемоглобина (индекси еритроцита могу бити нормални код носилаца за неке поремећаје хемоглобина)

Даљње студије (нпр. ДНК анализа) могу се спровести за коначно разјашњење стања носилаца. Дијагноза захваћеног плода ради се биопсијом хорионских ресица, обично у првом тромјесечју. Мала студија је открила да ултразвучни маркери (највиша систолна брзина протока крви и

средњој церебралној артерији у комбинацији с кардиоторакалним односом плода) имају прихватљиву предиктивну вриједност у дијагностици алфа таласемије.

29.4 Савјетовање о поремећајима хемоглобина

Пружање трудницама довољно информација о поремећајима хемоглобина омогућава информисани избор у вези с испитивањем. Прије тестирања потребно је разговарати с трудницом у вези с избором на тестирање на поремећаје хемоглобина и о сљедећем:

- људи могу бити преносиоци поремећаја хемоглобина а да немају никакве или имају благе симптоме
- ако је само један родитељ преносилац, мало је вјероватно да ће новорођенче обољети, али може бити преносилац
- ако су оба родитеља преносиоци поремећаја хемоглобина, постоји шанса да ће новорођенче обољети
- постоје посљедице за здравље захваћеног новорођенчета.

29.5 Сажетак: Поремећаји хемоглобина

Када: При првом антенаталном прегледу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о разлозима тестирања на поремећаје хемоглобина**: Објаснити да када оба родитеља носиоци мутације гена за синтезу хемоглобина преносе поремећаје хемоглобина, новорођенче може бити захваћено (шансе су 1 од 4) с могућим озбиљним последицама.
- **Понудити тестирање очевима**: Ако је трудница идентификована као носилац значајног поремећаја хемоглобина, тестирање треба препоручити и оцу. Од предлагања тестирања користи могу имати и остали чланови породице.
- **Користити холистички приступ**: Организовати савјетовање за родитеље када су обоје идентификовани као преносиоци поремећаја хемоглобина.
- **Документовање и праћење**: Осигурати да се труднице благовремено информишу о резултатима извршених тестова. Успоставити систем путем којег ће труднице које су идентификоване као носиоци поремећаја хемоглобина добијати сталну подршку

30. Хипергликемија

Препознавање ризика или присуства хипергликемије у трудноћи омогућава женама рано тестирање ако су присутни фактори ризика те савјетовање о начину живота, образовање, праћење глукозе у крви и одговарајући третман ако се утврди дијабетес.

30.1 Увод

Хипергликемија (повишен ниво глукозе у крви) у трудноћи је овдје дефинисана као постојећи дијабетес типа 1, постојећи дијабетес типа 2 (било да је раније дијагностикован или дијагностикован током трудноће) и гестацијски дијабетес (развија се током трудноће). Гестацијски дијабетес се може појавити у наредним трудноћама, а жене које развију гестацијски дијабетес изложене су високом ризику за развој дијабетеса типа 2 у каснијој животној доби. Овај одјељак се не бави његом жена код којих је дијабетес типа 1 или типа 2 дијагностикован прије трудноће јер водич покрива антенаталну његу здравих трудница (тј. оних које нису идентификовале постојећа стања). За жене с дијагностикованим дијабетесом типа 1 или типа 2 препоручује се савјетовање прије зачећа.

30.1.1 Учесталост хипергликемије у трудноћи

Учесталост хипергликемије у трудноћи варира у зависности од карактеристика популације која се тестира и дијагностичких критеријума који се користе. Популационе студије процјењују учесталост у распону од 1% до 50%. Учесталост хипергликемије у трудноћи повећавала се током посљедњих деценија паралелно с повећањем стопе гојазности (*BMI*>30 kg/m^2) и дијабетеса типа 2, а очекује се да ће се овај тренд наставити.

У 2013. стопе познатог већ постојећег дијабетеса биле су:

- најниже међу трудницама млађим од 20 година (0,4%), а највише међу трудницама старијим од 40 година
- ниже код нероткиња (1,0%) него код вишероткиња (тј. 1,9% за жене које су родиле 4 дјеце)

30.1.2 Ризици повезани а дијабетесом у трудноћи

Кохортне студије су откриле независну везу између хипергликемије током трудноће и штетних исхода за мајку и новорођенче. Најопсежнија од ових студија, студија о хипергликемији и нежељеним исходима трудноће, показала је континуитет ризика високог нивоа глукозе код мајке због неповољних исхода трудноће, укључујући прееклампсију, царски рез, порођајну трауму, велику тежину при породу (>90%) и проценат тјелесне масти као и привременог порођаја (*HAPO* 2008). Дјеца с великом порођајном тежином имају већи ризик од компликације при рођењу (нпр. дистоција рамена), од жутице и дугорочних посљедица, укључујући дјечију прекомјерну тежину и метаболичке факторе који могу повећати ризик од дијабетеса типа 2 и кардио-васкуларних обољења. Иако је хипергликемија основни маркер дијабетеса у трудноћи, хипертензија и дислипидемија повезане с дијабетесом такође доприносе ризику од негативних исхода.

30.2 Процјена ризика од дијабетеса

30.2.1 Препознавање трудница у ризику од дијабетеса

Фактори ризика за недијагностиковани дијабетес типа 2 слични су онима за гестацијски дијабетес. Постоји значајан низ доказа који подржавају независну повезаност између повећаног ризика од гестацијског дијабетеса и сљедећих фактора:

- **Године**: Ризик се повећава са старошћу мајке.
- **Тежина**: Ризик расте с повећаним *BMI* или процентом тјелесне масти. Прагови *BMI* за повећан ризик варирају у зависности од етничке припадности (тј. нижи су међу азијским женама). Прекомјерно дебљање у раној трудноћи такође доприноси ризику.
- **Синдром полицистичних јајника**: Промјене метаболизма глукозе повезане са синдромом полицистичних јајника доводе до повећаног ризика од гестацијског дијабетеса.
- **Ранија опстетричка анамнеза**: Ризик је повећан код жена с претходним гестацијским дијабетесом, претходним новорођенчетом с великом порођајном тежином или с претходним губитком трудноће, укључујући спонтани побачај и необјашњиво мртворођење.
- **Породична анамнеза**: Породична анамнеза дијабетеса, посебно породична анамнеза мајки или дијабетес типа 2 код рођака првог колена, повећава ризик од развоја гестацијског дијабетеса.

Недавни систематични преглед литературе имао је сличне налазе и примијећено је да интеракције између фактора ризика, прије него било који појединачни фактор ризика, предиспонирају жену за гестацијски дијабетес.

ПРЕПОРУКА 31
У првом триместру процијените ризик труднице од хипергликемије, укључујући: њену доб, индекс тјелесне масе, претходни гестацијски дијабетес или дијете с великом порођајном тежином, породичну анамнезу, дијабетес, присуство синдрома полицистичних јајника.

30.2.2 Начин живота у превенцији гестацијског дијабетеса

- **Физичка активност**: Прегледом *Cochrane* литературе закључено је да програми вјежбања немају јасан утицај на спречавање гестацијског дијабетеса код здравих трудница. *RCT* је утврдио да физичка активност не смањује ризик здравих трудница код којих се развија гестацијски дијабетес, већ смањује тежину труднице и ризик од царског реза и рођења новорођенчета с великом тјелесном тежином.
- **Исхрана**: Систематичним прегледом *RCT*-а установљено је да исхрана намирницама ниског гликемијског индекса умањује ризик од рађања новорођенчета с великом порођајном тежином, да је било какво савјетовање о исхрани ефикасно у смањењу инциденце гестацијског дијабетеса у поређењу са стандардном његом и да је савјетовање о исхрани с пробиотицима било ефикасније у смањењу инциденце гестацијског дијабетеса него само савјетовање о исхрани. *RCT* је открио да исхрана намирницама ниског гликемијског индекса током трудноће не смањује ризик од рађања новорођенчета с високом тјелесном тежином код трудница изложених гестацијском дијабетесу, већ има повољан утицај на прираст у тежини труднице и интолеранцију глукозе.
- **Комбинација исхране и физичке активности**: *RCT* о ефектима савјета о исхрани и физичкој активности у спречавању гестацијског дијабетеса имају неконзистентне резултате. У неким студијама комбинација интервенција није смањила ризик од гестацијског дијабетеса код трудница с високим ризиком, али је резултирала мањим повећањем тјелесне тежине код трудница високог ризика и здравих трудница. Друга истраживања открила су да комбиноване интервенције смањују ризик од гестацијског дијабетеса и дебљања код трудница с прекомјерном тежином или гојазних трудница и инциденце новорођенчади с великом порођајном тежином код жена с високим ризиком.
- **Планови менаџмента**: Аустралијска студија извијестила је да план управљања у четири

корака (укључујући континуитет његоватеља, мјерење тјелесне тежине приликом сваког прегледа, кратку интервенцију нутриционисте и управљање клиничком психологијом), чији је циљ да се смањи добијање на тежини код гојазних трудница, смањује учесталост гестацијског дијабетеса и дебљање труднице.

ПРЕПОРУКА 33
Савјетовати трудницама да физичка активност и здрава исхрана током трудноће помажу у смањењу прекомјерног повећања тјелесне тежине, али чини се да директно не смањују ризик од дијабетеса у трудноћи.

30.3 Тестирање на хипергликемију

Међу тренутним смјерницама не постоји договор о томе да ли тестирање на хипергликемију треба понудити свим трудницама или само трудницама с факторима ризика. Међутим, велики број међународних смјерница препоручује универзално тестирање на гестацијски дијабетес током трудноће у 24. – 28. седмици.

Одлука да ли ће се тестирати све труднице или само оне с факторима ризика зависи од претходне учесталости поремећаја метаболизма глукозе у популацији и локалних околности. Смјернице СЗО препуштају локалним здравственим доносиоцима одлука да прецизирају покривеност тестирањем у складу с локалним оптерећењем, ресурсима и приоритетима. Било да је тестирање универзално или се врши на основу присуства фактора ризика, важно је да се организациони протоколи досљедно прате и да се резултати ревидирају.

У техничком извештају из Уједињеног Краљевства закључено је да је тестирање на хипергликемију у трудноћи корисно због трошкова надзора трудноћа компликованих дијабетесом. Аустралијска студија сугерисала је да лијечење благог гестацијског дијабетеса подразумијева додатне трошкове болницама и трудницама, али резултира смањењем перинаталне смртности и озбиљних перинаталних компликација.

Овај водич препоручује двостепени приступ тестирању, код трудница које су изложене ризику хипергликемије тестирање у раној трудноћи и трудницама које нису дио ове групе тестирање касније у периоду од 24. – 28. седмице гестације.

30.3.1 Рано тестирање на хипергликемију

Откривање и лијечење недијагностикованог дијабетеса типа 1 или типа 2 у раној трудноћи може смањити тренутну и дугорочну штету за новорођенче и позитивно утицати на здравље мајке. Из тих разлога се препоручује да се жене које имају факторе ризика за дијабетес типа 2 тестирају на хипергликемију при првом антенаталном прегледу.

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Када трудница има факторе ризика за хипергликемију у првом тромјесечју, погодни тестови су гликолизирани хемоглобин (HbA1c) или мјерење глукозе у крви наташте.

Предложени прагови за идентификацију хипергликемије у раној трудноћи дати су у Табели Ф3.

Табела Ф3: Предложени прагови за гликолизирани хемоглобин и глукозу у крви наташте како би се идентификовала хипергликемија у раној трудноћи

Тест	Референтне вриједности
HbA1c	5,9 %
Глукоза у крви наташте	6,1 do 6,9 mmol/l

30.3.2 Тестирање на гестацијски дијабетес

Недостатак договореног златног стандарда за дијагностиковање хипергликемије ствара изазове за процјену тачности тестова, упоређивање између њих и успостављање јасних прагова. Тренутно не постоји универзално прихваћен режим испитивања или дијагностике. Преглед *Cochrane* литературе је довео до закључка да, иако је гестацијски дијабетес вјероватније открити када се тестирају све труднице, ефекти накнадног управљања здравственим исходима нису јасни. Велико ретроспективно кохортно истраживање закључило је да ће селективним тестирањем трећина случајева остати недијагностикована. Како је стање распрострањено, асимптоматско и постоје користи од лијечења, генерално се препоручује универзално тестирање. Међутим, тренутно су предности лијечења ране хипергликемије у трудноћи несигурне. Међународне смјернице за консензус препоручују мјерење глукозе у плазми наташте или глукозе у плазми 1 и 2 часа након уношења 75 g глукозе за тестирање на гестацијски дијабетес. *HbA1c* се не препоручује као тест за гестацијски дијабетес због недовољне осјетљивости.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Између 24. и 28. седмице гестације савјетовати тестирање на хипергликемију свим трудницама које претходно нису тестиране у тренутној трудноћи. Савјетовати поновљено тестирање женама које су тестиране у раној трудноћи због фактора ризика и које су имале нормалан резултат на почетном тесту.

30.3.3 Дијагностички прагови

Оптималан дијагностички праг за дијабетес у трудноћи је неизвјестан и тешко га је утврдити на основу расположивих доказа. Након прегледа налаза *HAPO* студије, *IADPSG* је дефинисао дијагностичке вриједности на основу коефицијента 1,75 за неповољне неонаталне исходе (погледати Табелу Ф4). Ови критеријуми користе приступ у тестирању на гестацијски дијабетес у једном кораку и усвојили су га СЗО и Америчка Асоцијација за дијабетес. Посљедње *ADIPS* смјернице о дијагнози гестацијског дијабетеса такође укључују ове критеријуме.

Табле Ф4: СЗО/*IADPSG* критеријуми за дијагнозу дијабетеса у трудноћи

За постављање дијагнозе дијабетес у трудноћи треба да испуни један или више сљедећих критеријума

Глукоза у плазми наташте	≥ 7,0 mmol/l (126 mg/dl)
Глукоза у плазми након 2 часа	≥11,1 mmol/l (200 mg/dl) након оралног уноса 75 g глукозе
Насумична глукоза у плазми	≥11,1 mmol/l (200 mg/dl) у присуству симптома дијабетеса

Гестацијски дијабетес: треба да испуни један или више сљедећих критеријума у било ком времену за вријеме трудноће

Глукоза у плазми наташте	5,1 – 6,9 mmol/l (92 – 125 mg/dl)
Глукоза у плазми након 1 часа	≥10,0 mmol/l (180 mg/dl) након оралног уноса 75 g глукозе
Глукоза у плазми након 2 часа	8,5 – 11,0 mmol/l (153 – 199 mg/dl) након оралног уноса 75 g глукозе

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Користити тестове и критеријуме Свјетске здравствене организације/Међународне асоцијације за дијабетес и трудноћу да бисте дијагностиковали дијабетес у трудноћи и гестацијски дијабетес.

Критеријуми СЗО за дијагностиковање постојећег дијабетеса заснивају се на ризику од развоја микроваскуларних компликација, претежно ретинопатије. Нема података за процјену дијагностичке тачности постојећих дијагностичких критеријума за дијабетес ако се користи у трудноћи код нелијечених трудница. СЗО оцјењује квалитет доказа који подржавају критеријуме за дијагнозу гестацијског дијабетеса као врло низак. Критеријуми се не заснивају на дијагностичкој тачности јер не постоји референтни тест за дефинисање статуса обољења.

Систематичним прегледом литературе пронађени су докази који подржавају позитивну повезаност између повећања глукозе у плазми на тестовима толеранције на глукозу од 75 g или 100 g и велике тјелесне тежине на порођају и примарног царског реза, али јасни прагови за повећани ризик нису утврђени. Други систематични преглед показао је да је ризик од ових нежељених догађаја био сличан између СЗО/*IADPSG* и некадашњих критеријума СЗО.

Кохортне студије су откриле да су труднице класификоване да имају гестацијски дијабетес по критеријумима СЗО/*IADPSG*, али не и по ранијим критеријумима, имале значајно повећан ризик од царског реза и хипертензивних компликација те имале новорођенчад с великом порођајном тежином. Међутим, нити један *RCT* није упоредио исходе управљања пратећи дијагнозе према два критеријума.

Иако није објављена потпуна анализа исплативости, двије студије које су моделирале исплативост критеријума СЗО/*IADPSG* закључиле су да ће они бити исплативи само ако откривање гестацијског дијабетеса смањи стопу накнадног развоја дијабетеса типа 2 или ако стопа царског реза буде смањена.

Признато је да коришћење критеријума СЗО/*IADPSG* може потенцијално повећати број дијагностификованих случајева гестацијског дијабетеса с утицајем на ресурсе. Међутим, израчунавања учесталости у популацији могу да се повећају или смање с промјенама за оба критеријума тестирања и уноса, као и промјенама у демографској популацији.

Пораст броја дијагноза такође има посљедице за труднице. Гестацијски дијабетес јавља се у континуитету с различитим потенцијалним праговним тачкама. Ризик од обиљежавања труднице с гестацијским дијабетесом мора се одмјерити у односу на било какве потенцијалне користи за трудницу и дијете, посебно ако је савјет о начину живота вјероватно прва опција лијечења.

30.4 Савјетовање о дијабетесу у трудноћи (гестацијски дијабетес, дијабетес типа 1 или типа 2)

Прије тестирања, из разлога доношења информисане одлуке труднице о тестирању на дијабетес, треба да се разговара о сљедећем:

- неоткривени и неконтролисани дијабетес током трудноће је повезан с ризиком за трудницу (нпр. висок крвни притисак, прееклампсија) и дијете, краткорочним (нпр. мртворођење, прерано рођење, велика тежина при порођају, урођене аномалије, компликације при порођају) и дугорочним (дјечија претилост и развој дијабетеса)
- дијагноза дијабетеса у трудноћи може довести до појачаног праћења и интервенција током трудноће и порођаја (нпр. индуковани порођај, царски рез)

Уколико је дијабетес дијагностикован у трудноћи, разговор треба да укључи сљедеће ставке:

- улогу исхране, физичке активности и тјелесне тежине у управљању дијабетесом
- улогу инзулина и оралних хипогликемијских лијекова у управљању дијабетесом (тј. ако исхрана и физичка активност не контролишу ниво глукозе у крви)
- важност праћења и контроле нивоа глукозе у крви током трудноће, порођаја, рођења и раног храњења новорођенчета како би се смањила вјероватноћа да ће новорођенче имати низак ниво глукозе у крви након рођења и повезане ризике
- могућност да новорођенче има низак ниво глукозе у крви током периода након рођења, што може захтијевати пријем на неонатално одјељење интензивне његе
- ризик да новорођенче у будућности развије гојазност, срчана обољења и/или дијабетес
- повећани ризик жене за развој дијабетеса типа 2 и важност редовног процјењивања толеранције на глукозу и одржавање здраве тјелесне тежине
- предности дојења у смањењу ризика да жена у будућности развије дијабетес типа 2
- да ли жена разумије информације које су јој дате.

30.5 Сажетак: Дијабетес у трудноћи

Када: Процијените ризик од недијагностикованог дијабетеса или предијабетеса при првом антенаталном прегледу и понудите тестирање трудницама с факторима ризика. У периоду од 24. до 28. седмице гестације понудите тестирање трудницама које већ нису тестиране и поново тестирајте труднице с факторима ризика с претходном нормалним нивоом глукозе у крви
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, дијететичар, едукатор за дијабетес, акредитовани тренер за физичку активност

- **Разговарати о разлозима за тестирање нивоа глукозе у крви**: Објаснити да дијабетес у трудноћи може имати утицаја на трудноћу и дијете, а рана идентификација и предузимање корака за што раније управљање повишеном глукозом у крви могу умањити ризик од ових утицаја.
- **Користити холистички приступ**: Пружити трудницама практичне савјете о здравој исхрани и физичкој активности узимајући у обзир доступност хране и начине физичке активности који су примјерени трудници. Размислити о програму промоције здравља како бисте побољшали разумијевање ефеката дијабетеса у трудноћи и важност образаца здравог начина живота
- **Размислити о упућивању**: Када је то могуће, труднице којима је дијагностикован постојећи дијабетес треба упутити на специјалистичку процјену (од стране ендокринолога) и на едукацију о исхрани, праћењу и лијечењу (нпр. мултидисциплинарном тиму који укључује акредитованог нутриционисту, едукатора о дијабетесу, доктора медицине специјалисту ендокринологије, доктора медицине специјалисту гинекологије и акушерства). Тамо гдје нису доступни здравствени стручњаци, од користи могу бити други извори информација (нпр. писане информације, видео или аудио ресурси, телекомуникацијске услуге
- **Документовање и праћење**: Када се трудници тестира глукоза у крви, рећи јој резултате и забиљежити их у антенаталној евиденцији. Имати успостављен систем путем којег жене којима је дијагностициран дијабетес добијају непрестано праћење, укључујући даљње тестирање нивоа глукозе у крви након трудноће

31. Вирус хумане имунодефицијенције

Тестирање на ХИВ у трудноћи омогућава да се предузму мјере за смањење ризика од преноса са мајке на дијете и да се трудници понуди лијечење и психосоцијална подршка.

31.1 Увод

Вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ) је инфекција која је у почетку асимптоматска, али укључује постепено компромитовање имунолошких функција, што на крају води до синдрома стечене имунодефицијенције (*AIDS*). Вријеме између ХИВ инфекције и развоја *AIDS*-а варира од неколико мјесеци до 17 година код нелијечених пацијената. Недијагностикована ХИВ инфекција током трудноће има озбиљне посљедице на здравље труднице и њеног дјетета. Рана дијагноза ХИВ-а може умањити ризик преношења са мајке на дијете и брзину напредовања болести код мајке.

31.1.1 Ризици повезани с ХИВ инфекцијом у трудноћи

Глобално гледано, већина дјеце с ХИВ-ом стиче инфекцију путем преноса са мајке на дијете током трудноће, током порођаја или дојења. Оптерећење мајке вирусом је снажна независна одредница ризика преноса.

31.2 Тестирање на ХИВ инфекцију у трудноћи

Универзално тестирање на ХИВ у трудноћи препоручује се у Великој Британији, Сједињеним Државама и Канади. Ове политике се заснивају на доступности тачних дијагностичких тестова и ефикасности антиретровирусног лијечења у спречавању преношења са мајке на дијете. Они такође одражавају чињеницу да би тестирање засновано на факторима ризика пропустило знатан дио трудница с ХИВ-ом.

31.2.1 Дијагностичка тачност тестова

Тестови за дијагнозу ХИВ-а на трудницама укључују:

- стандардне тестове: ензимски имунолошки тест (*EIA*) и *Western blot* тестови су високо (>99%) осјетљиви и специфични,
- брзи тестови на ХИВ, који имају сличну тачност и дају резултате у року од неколико сати без потребе за повратном посјетом.

Осјетљивост и специфичности различитих комерцијалних анализа ХИВ-а могу се наћи на линку: *Therapeutic Goods Administration website (www.tga.gov.au).*

31.2.2 Интервенције за превенцију преноса са мајке на дијете

Прегледом *Cochrane* литературе о ефикасности интервенција у спречавању преношења са мајке на дијете откривено јесљедеће:

- кратки циклуси одређених антиретровирусних лијекова су ефикасни и нису краткорочно повезани с било каквом забринутошћу у вези са сигурношћу лијекова,
- планирани царски рез ефикасан је код трудница с ХИВ-ом које не узимају антиретровирусне лијекове или узимају само зидовудин,
- додатак витамина А није ефикасан у спречавању преношења,
- нема доказа о ефекту дезинфекције вагине,
- потпуно избјегавање дојења је ефикасно у спречавању преношења вируса ХИВ-а са мајке на дијета,
- ако се започне дојење, ефикасна је комбинација искључивог дојења током првих неколико мјесеци живота и проширене антиретровирусне профилаксе за новорођенче.

Проспективне кохортне студије и мета-анализе нису открили значајну повезаност између антиретровирусног третмана и интраутериног застоја у расту плода, урођених аномалија или превременог порођаја. Изгледа да су препоручене интервенције прихватљиве за труднице и да су повезане са стопама преноса са мајке на дијете од 1% до 2% .

ПРЕПОРУКА 33
Рутински понудити тестирање на ХИВ при првом антенаталном прегледу јер су доступне ефикасне интервенције за смањење ризика преноса са мајке на дијете.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Систем јасних упутстава осигурава да труднице којима је дијагностикована ХИВ инфекција надзиру и лијече одговарајући специјалистички тимови.

31.3 Савјетовања прије и послије тестирања

Савјетовање прије и послије тестирања су саставни дио тестирања на ХИВ.

31.3.1 Разматрања прије тестирања

Водич о ХИВ тестирању аустралијског Министарства за здравље и старење препоручује да:

- антенатално тестирање се врши само уз информисани пристанак труднице,
- све труднице које размишљају о трудноћи или траже антенаталну његу морају бити свјесне предности дијагностификовања и лијечења инфекције ХИВ-ом, као и стратегије превенције доступне и мајци и беби,
- труднице добијају материјале (у писаном и другом облику) у којима су изложени тестови који ће им бити понуђени у антенаталном периоду и објашњава се поступак тестирања.

Труднице које су највише изложене ризику од ХИВ-а могу одбити тестирање или можда неће приступити тестирању и доступним интервенцијама. Трудницама које одбијају тестирање треба дати прилику да разговарају о било каквим проблемима.

31.3.2 Разматрања након тестирања

- Труднице које прихватају тестирање могу осјетити анксиозност док чекају на почетни резултат теста или док чекају резултате поновљеног тестирања.
- Неочекивано откривање ХИВ-а може резултирати стресом, што се погоршава у контексту трудноће. Здравствени радници који дају резултате теста требало би да најбоље процијене када одлучују о најприкладнијем начину за достављање резултата теста.

31.4 Сажетак: Тестирање на ХИВ

Када: Рано у антенаталној њези
Ко:Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о тестирању на ХИВ**: Објашњење је важно да се открије да ли трудница има ХИВ због ризика преноса на дијете. Тестирање такође даје жени прилику да добије одговарајуће третмане
- **Документовање и праћење**: Забиљежити резултате тестирања на ХИВ у медицинској евиденцији труднице и успоставити систем праћења путем којег ће труднице с ХИВ-ом имати приступ савјетовању како би разговарале о резултатима испитивања и доступним интервенцијама за спречавање преношења током трудноће
- **Користити холистички приступ**: Ако се установи да трудница има ХИВ, потребан је специјалистички савјет о лијечењу. Остала разматрања укључују психосоцијалну подршку, проналажење контаката, тестирање партнера, тестирање на друге полнопреносиве инфекције и континуирано праћење

32. Хепатитис Б

Тестирање у трудноћи омогућава да се планира вакцинација новорођенчета ако се утврди да мајка има хепатитис Б.

32.1 Увод

Вирус хепатитиса Б је глобална акутна и хронична заразна болест која изазива озбиљно обољење јетре. Вирус има период инкубације од 6 седмица до 6 мјесеци и излучује се у разним тјелесним течностима, укључујући крв, пљувачку, вагиналну течност и мајчино млијеко. Ове течности могу бити веома заразне. Одрасли који имају хепатитис Б могу бити без симптома. Након инфекције, неки људи не елиминишу вирус; они постају преносиоци и могу заразити друге људе.

32.1.2 Ризици повезани с хепатитисом Б у трудноћи

Пренос са мајке на дијете често се догађа интраутерино и транспланцетарно или излагањем крви, односно тјелесним течности које су контаминиране крвљу за вријеме порођаја, те у перипарталном периоду.Процјењује се да до перинаталног преноса овог вируса долази у 35 – 50% случајева када је мајка носилац вируса.

Ризик од перинаталног преноса повезан је са статусом антигена хепатитиса Б код мајке (*HbeAg*). Ако жена има и површински антиген хепатитиса (*HbsAg*) и *HbeAg* позитиван, 70 – 90% њене дјеце ће развити хепатитис Б. Ако је мајка позитивна на *HbsAg*, али не на *HbeAg*, ризик се смањује.

Процијењено је да људи који су хронични носиоци *HbsAg* имају 22 пута већу вјероватноћу да умру од хепатоцелуларног карцинома или цирозе него они који нису преносиоци.

32.2 Тестирање на инфекцију хепатитисом Б у трудноћи

Испитивање свих трудница на хепатитис Б препоручује се у Уједињеном Краљевству и у Сједињеним Државама. Аустралијски приручник за имунизацију, иако даје препоруке о вакцинацији, а не тестирању, напомиње да рутинско антенатално тестирање на хепатитис Б омогућава спровођење одговарајућих мјера за спречавање развоја хроничне инфекције код новорођенчади. Налази опсервационих студија о селективном испитивању указују на потребу тестирања свих трудница:

- тестирањем трудница користећи само факторе ризика за идентификацију трудница с „високим ризиком“ за *HbsAg* остало би недијагностиковано око половине свих трудница са *HbsAg* инфекцијом,
- трудницама којима је понуђен преглед на хепатитис Б у трудноћи у 18. седмици недостаје трећина жена које су у ризику од хепатитиса Б и које нису идентификоване селективним тестирањем,
- универзално тестирање резултирало је процјеном откривања трудница које су преносиле хепатитис Б сваке године а које не би биле откривене селективним тестирањем.

Недавни систематични преглед није нашао нове доказе о користима и штетама тестирања на инфекцију хепатитисом Б код трудница.

ПРЕПОРУКА 34
Рутински понудити и препоручити тестирање на вирус хепатитиса Б при првом антенаталном прегледу јер ефикасна постнатална интервенција може умањити ризик од преноса са мајке на дијете.

32.2.1 Метод испитивања

Тестирање узорака крви је прихваћени стандард за антенаталну детекцију вируса хепатитиса Б и састоји се од фаза испитивања на *HbsAg* и потврдног испитивања с новим узорком након позитивног налаза.

32.2.2 Остала разматрања

- Пренос вируса хепатитиса Б са мајке на дијете се спријечи у отприлике 95% случајева давањем вакцине и имуноглобулина против хепатитиса Б дјетету по рођењу.
- За труднице с високим вирусним оптерећењем (>log 7 IU/ml) потребно је размотрити консултацију с хепатологом или специјалистом за хепатитис Б и антивирусно лијечење труднице у трећем тромјесечју.

32.3 Сажетак: Тестирање на хепатитис Б

Када: У раној антенаталној њези
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о тестирању на хепатитис Б**: Објаснити да је важно да откријете да ли жена има или је преносилац хепатитис Б вируса због ризика за плод.
- **Документовање и праћење**: Забиљежити резултате испитивања на хепатитис Б у медицинској евиденцији труднице и успоставити систем праћења тако да дјеца жена за које је откривено да имају хепатитис Б буду вакцинисана на дан рођења.
- **Користите холистички приступ**: Ако се установи да трудница има хепатитис Б или је носилац вируса хепатитиса Б, друга разматрања укључују савјетовање, проналажење контаката, тестирање партнера, тестирање на друге полно преносиве инфекције и континуирано праћење.

33. Хепатитис Ц

Иако тренутно не постоји начин да се спријечи преношење хепатитиса Ц са мајке на дијете, идентификовање жена које имају хепатитис Ц током трудноће значи да се могу избјећи интервенције које повећавају ризик од преноса на бебу и започну ефикасни третмани након рођења или престанка дојења.

33.1 Увод

Хепатитис Ц је вирус који се преноси крвљу и који је један од главних узрока цирозе јетре, хепатоцелуларног карцинома и затајења јетре. Перинатални пренос је главни извор хепатитиса Ц код аустралијске дјеце. Дјецу с хепатитисом Ц углавном рађају мајке које су користиле наркотике, имале инвазивне процедуре или имале тетоваже.

33.1.1 Ризици повезани с хепатитисом Ц у трудноћи

Најјаснији и најозбиљнији ризик повезан с хепатитисом Ц мајке у трудноћи је преношење инфекције на плод. Постоји неколико фактора који утичу на ризик од преноса са мајке на дијете:

- процјењује се да је ризик преноса 5,8% код трудница код којих су утврђена антитијела или РНК вирус,
- највећа пријављена стопа преноса јавља се код новорођенчади мајки које су и хепатитис Ц и ХИВ позитивне, са стопама од чак 36% ,
- ризик од преноса се повећава с већим бројем вирусних копија (партикула) вируса хепатитиса Ц мајке,
- ризик се повећава инвазивним поступцима у трудноћи (нпр. узорковање крви поглавине плода или интерни електронски надзор откуцаја срца плода путем електрода апликованих на поглавину плода) и епизиотомијом,
- на пренос, чини се, не утиче начин порођаја или гестацијска старост на рођењу,
- дуготрајно цурење плодове воде може повећати ризик од преношења, међутим то би могло бити повезано с оптерећењем мајке вирусом и дужином руптуре водењака ,
- амниоцентеза код трудница инфицираних хепатитисом Ц не чини се да значајно повећава ризик од вертикалног преноса, али је врло мало студија правилно одговорило на ову могућност

- не постоје докази да је дојење повезано с повећаним ризиком преношења хепатитиса Ц на новорођенче, осим ако нема рагада и/или крварења брадавица.

33.2 Тестирање на хепатитис Ц инфекцију у трудноћи

У свијету се не препоручује рутинско тестирање трудница на хепатитис Ц.

33.2.1 Циљано насупрот универзалном тестирању

Студије су углавном биле конзистентне у откривању да је серопозитивност хепатитиса Ц повезана са сљедећим факторима ризика:

- ињекционо убризгавање дрога,
- примање трансфузије крви или трансплантација органа,
- анамнеза тетовирања или пирсинга,
- употреба кокаина интраназално,
- лишење слободе

Додатни налази су:

- само фактори високог ризика (изложеност интравенској употреби лијекова или крви особе која је позитивна на хепатитис Ц) значајно су повезани с тестирањем позитивних на антитијела на хепатитис Ц,
- старост, анамнеза претходне трудноће и запосленост у здравству били су додатни аспекти за разматрање.

Међутим, студије су процијениле да, у поређењу с универзалним тестирањем, циљано тестирање неће успјети да идентификује 2,5 до 2,7% серопозитивних жена.

33.2.2 Клиничка корисност испитивања

Клиничка корисност испитивања хепатитиса Ц у трудноћи је ограничена недостатком ефикасних опција лијечења како би се избјегло преношење са мајке на плод током трудноће или порођаја. Међутим, постале су доступне нове опције лијечења (директно дејство антивирусних лијекова)

за особе које живе са хепатитисом Ц. Иако за ове третмане није доказано да су сигурни у трудноћи или током дојења, трудница којима је дијагностикован хепатитис Ц током трудноће могу започети такав куративни третман по завршетку дојења (или одмах након порођаја ако новорођенче није дојено), чиме се смањује ризик од значајних обољења јетре и ризик од перинаталне инфекције за наредне трудноће.Поред тога, познавање статуса хепатитиса Ц код трудница значи да интервенције могу повећати ризик од преноса са мајке на дијете (узорковање крви власишта плода, интерни електронски надзор откуцаја срца плода путем електроде поглавине, епизиотомија).

33.2.3 Трошкови тестирања

Истраживање спроведено у Сједињеним Америчким Државама је открило да универзално тестирање није исплативо са или без елективног/планираног царског реза. Међутим, студија у Уједињеном Краљевству је открила да је антенатално тестирање и постнатално лијечење изводљиво и ефикасно по прихватљивој цијени.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Препоручује се тестирање на хепатитис Ц при првом антенаталном прегледу.

33.2.4 Планиране инвазивне процедуре

Препоручује се тестирање трудница које ће имати планирани инвазивни поступак, због ризика од преношења хепатитиса Ц на плод.

ПРИМЈЕР У ПРАКСИ
Трудницама које претходно нису тестиране и које имају планиран инвазивни поступак (нпр. узорковање хорионских чупица) препоручите тестирање на хепатитис Ц прије поступка.

33.2.5 Процес тестирања

Ако је иницијални тест на антитијела хепатитиса Ц позитиван, потврдни тест на рибонуклеинске киселине РНА хепатитиса Ц омогућава процјену потенцијалних утицаја и повезаних ризика за трудницу и плод.

33.2.6 Остала разматрања

Трудницу с дијагнозом хепатитиса Ц треба упутити специјалисти за заразне болести или хепатологу, као и у групу за подршку у вези с хепатитисом ради информација и савјета у току трудноће (*ASHM* 2015). То ће олакшати пружање тачних информација, савјетовање и повезивање за даљње праћење и лијечење након порођаја, ако то жели.

33.3 Сажетак: Тестирање на хепатитис Ц

Када: За вријеме антенаталног периода
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о тестирању на хепатитис Ц**: Објасните да се интервенције које повећавају ризик од преношења могу избјећи ако се хепатитис Ц препозна током трудноће и да се ефикасно лијечење може започети након трудноће/дојења
- **Документовање и праћење**: Ако се уради тестирање на хепатитис Ц, забиљежити резултате у медицинској евиденцији труднице и савјетовати трудницу о њеном резултату. Успоставити систем путем којег ће труднице чији је тест позитиван бити едуковане о даљњем преношењу (нпр. члановима породице) и сталној подршци, а њихова дјеца ће се пратити након рођења
- **Користити холистички приступ**: Ако се установи да трудница има хепатитис Ц, можда ће јој бити потребни савјети стручњака за лијечење, у зависности од тежине обољења и стручности здравственог радника. Остала разматрања укључују савјетовање и праћење.

34. Сифилис

Тестирање на сифилис у трудноћи има за циљ да открије труднице које имају инфекцију како би могле да се лијече и да спријече преношење на њихову дјецу.

34.1 Увод

Сифилис је инфекција која се преноси полним путем, узрокована трепонемом палидум (*Treponema pallidum*). У трудноћи сифилис може довести до спонтаног побачаја или мртворођености или узроковати урођену инфекцију сифилисом. Сифилис у трудноћи се може сигурно лијечити антибиотицима, који могу да спријече ове компликације.

34.1.1 Ризици повезани са сифилисом у трудноћи

Нелијечени сифилис током трудноће повезан је са мртворођењем и губитком плода, прије времененим порођајем, неонаталном смрћу, малом тежином при порођају и урођеним сифилисом. Рано лијечење сифилиса мајке побољшава исходе за дијете.Дијете с урођеним сифилисом може бити тешко захваћено при рођењу (с хепатомегалијом, асцитесом, хидропсом, феталном анемијом) или чешће, може бити без знакова инфекције. Ако се дијагноза тада не постави, код дијетета ће се касније развити неспецифичне тегобе (ринитис, слабо напредовање, упала плућа), скоро увијек у року од 3 мјесеца од рођења. Новорођенчад с тешким обољењем имају лошију прогнозу.

34.2 Тестирање на сифилис

Постоје двије главне класификације серолошких испитивања на сифилис (*T. pallidum*) које се врше у медицинским лабораторијима за тестирање :

- Тестови на сифилис, који откривају специфична антитијела на *Treponemu pallidum*– најчешће коришћени тестови укључују *EIA* и тестове аглутинације честица (нпр. аглутинација честица *T. pallidum* [*TPHA*]
- Не-трепонемални тестови, који откривају неспецифична антитијела и изводе се ручно – тест који се најчешће користи је брза реакција плазме (*RPR*).

Код особа с претходно лијеченим сифилисом, јер тест трепонемалних реакција остаје реактиван доживотно, понекад се користи само *RPR* за откривање поновне инфекције или успјеха лијечења. Због интралабораторијске и интерлабораторијске варијације, када особа има промењиве резултате не-трепонемалних антитијела, тренутни узорак треба тестирати паралелно с претходним узорцима.

34.2.1 Универзално тестирање

С обзиром на тежину исхода повезаних са сифилисом током трудноће и доступност ефикасног лијечења, препоручује се рутинско тестирање на сифилис при првом антенаталном прегледу.

ПРЕПОРУКА 35
Рутински препоручите тестирање на сифилис при првом антенаталном прегледу.

34.2.2 Поновити тестирање код трудница с високим ризиком од инфекције или поновне инфекције

Студије у Сједињеним Америчким Државама показале су да универзално тестирање у трећем тромјесечју није исплативо када је учесталост мала. Међутим, тестирање и лијечење почетком трећег тромјесечја спријечило је 78% случајева урођеног сифилиса у подручју врло високе преваленце. Тестирање у додатним временским интервалима препоручује се у подручјима која су под сталним избијањем сифилиса.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Препоручити поновљено тестирање рано у трећем тромјесечју (28–32 седмица) и за вријеме порођаја за труднице с високим ризиком од инфекције или поновне инфекције.

Ова препорука пружа минималне временске интервале за тестирање трудница с високим ризиком од инфекције или поновне инфекције. Распоред тестирања може се проширити на основу локалних потреба. Праћење промјена ризика такође је важно за труднице с високим ризиком од инфекције или поновне инфекције.

34.3 Брига о трудницама с позитивним резултатима теста на сифилис

Сви случајеви сифилиса у трудноћи захтијевају консултацију са здравственим професионалцем који има стручност у том подручју. Труднице с инфекцијом сифилиса морају бити обавијештене о инфективној природи стања, чак и у одсуству видљивих лезија или симптома, и посавјетоване да се уздрже од сексуалне активности 5 дана након лијечења или док симптоми не престану, 5 дана након лијечења партнера или док симптоми у потпуности не престану (шта год да је дуже). Ризик поновне инфекције је повећан и потребно је разговарати о могућим знаковима и симптомима нове инфекције сифилисом. Треба нагласити важност праћења и поновног серолошког испитивања на сифилис за праћење одговора на лијечење и откривање поновне инфекције и трудницама помоћи да приступе овом праћењу (нпр. путем система позива). Трудницу треба обавијестити да ће вјероватно и послије успјешног лијечења наставити да има позитивне тестове на трепонему.

Проналажење и третман контаката партнера (труднице) су од пресудне важности за минимализовање могућности поновне инфекције јер то представља посебну пријетњу за нерођено дијете. Тамо гдје је то могуће, интервју треба да води лице које трудница и њен партнер познају и у кога имају повјерење. Контакти треба да се третирају без чекања на серолошке резултате.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Потражити савјет стручњака за сексуално здравље или заразне болести у вези с његом трудница чији је тест позитиван и њихових партнера. Осигурати проналажење контаката (укључујући и тестирање и лијечење идентификованих контаката).

34.4 Лијечење трудница с потврђеним сифилисом

Систематични преглед литературе је утврдио да:

- лијечење сифилиса у трудноћи с најмање 1,8 g (2,4 MU) бензатин пеницилина интрамускуларно, као једна доза, смањује учесталост урођеног сифилиса за 97%, мртворођеност до 82 %, пријевремени пород за 64% и смрт новорођенчади за 80%,
- стопе неповољних исхода биле су веће код трудница које су биле лијечене у трећем тромјесечју у односу на оне лијечене у првом или другом тромјесечју, иако је постојала значајна хетерогеност за остале исходе који нису урођени од сифилиса,
- на основу ризика од нежељених реакција на бензатин пеницилин у општој популацији, ризик од лијечења код трудница вјероватно је низак.

Проматране опсервације у окружењима врло високе преваленце биле су конзистентне у томе да је третман у првом тромјесечју био ефикаснији од третмана у трећем тромјесечју.

ПРЕПОРУКА 36
Трудницама с недавно потврђеном инфекцијом сифилиса препоручити интрамускуларну дозу од 1,8 g (која се даје у двије инјекције од 900 mg) бензатин пеницилина што је прије могуће, осигуравајући да се труднице подвргну лијечењу најмање 30 дана прије процијењеног датума порођаја како би се осигурало адекватно лијечење прије порођаја.

Како се лијечење сифилиса разликује у зависности од његовог трајања, препоручљиво је потражити стручни савјет и договорити се да трудницу поново видимо током једне седмице, јер ће бити потребно даљње лијечење.

Због високог ризика преношења са мајке на дијете током трудноће потребна је посебна пажња да се спроведе накнадна серологија ради праћења одговора на лијечење. Даљњи детаљи о праћењу и лијечењу сифилиса у трудноћи и постнатално, укључујући лијечење жена које су алергичне на пеницилин, и за урођени сифилис, могу се погледати у *Syphilis CDNA National Guidelines for Public Health Units Version 1.1 (www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-syphilis.htm)*

34.5 Управљање у ванредним ситуацијама

Овај одјељак заснован је на смјерницама *CDNA* (*CDNA* 2018). Локална упутства о распореду испитивања и лијечењу треба потражити у областима које су погођене епидемијом. У областима погођеним непрестаним избијањем сифилиса препоручује се серолошко тестирање сифилиса пет пута у току трудноће код жена у ризику од инфекције или поновне инфекције унутар подручја избијања: приликом првог прегледа, поново у 28. седмици, у 36. седмици, на порођају и 6 седмица послије порођаја.

С обзиром на то да локалне смјернице у тим областима могу препоручити различита или додатна времена за тестирање, препоручљиво је потражити препоруке у локалној заједници. У подручјима гдје се користе тестови, треба извршити серолошку потврду тренутне инфекције или стадијума. Жене би требало преиспитати приликом сваког антенаталног прегледана симптоме сифилиса и/или промјене фактора ризика, а на основу клиничке индикације требало би размотрити додатна испитивања изван рутинских интервала прегледа. Жене с ризиком од неадекватне антенаталне његе треба прегледати опортунистички, изван одређеног интервала,

кад год је то потребно, кад год се јаве на преглед.

Жене које имају симптоме заразног сифилиса треба лијечити при првом прегледу. Жене с инфективним сифилисом који је серолошки дијагностикован треба лијечити што је прије могуће (у идеалном случају у року од два дана) од постављања дијагнозе. Проналажење контаката мора се одмах започети и пружити подршка како би се осигурало да тренутни и претходни контакти добију третман. Жене које су именоване у контакту сифилиса такође би требало лијечити у вријеме почетног прегледа, без чекања на серолошке резултате. Обавјештење о потврђеном или вјероватном заразном сифилису код трудница представља хитан приоритет за јавно здравље.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
У подручјима која се сматрају ендемским подручјима за сифилис препоручити тестирање при првом антенаталном прегледу, у 28. и 36. седмици, у вријеме порођаја и 6 седмица након порођаја. У подручјима која су погођена појавом епидемије третирати жене што је прије могуће, без чекања на потврдно тестирање.

34.6 Сажетак: Тестирање на сифилис

Када: Рано у антенаталној њези или 5 пута обавезно у подручјима у којима се јавила епидемија
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, доктори медицине - специјалисти инфектологије

- **Разговарати о разлозима за тестирање на сифилис**: Објасните да је важно да откријете да ли трудница има сифилис због ефеката које инфекција може имати на трудноћу и плод
- **Пратити промјене ризика**: Разговарајте о потенцијалним симптомима и промјенама фактора ризика при свим антенаталним прегледима, посебно у подручјима у којима постоји епидемија
- **Документовање и праћење**: Забиљежити резултате испитивања на сифилис у медицинској евиденцији труднице, укључујући то да ли је сифилис недавно дијагностикован или је претходно лијечен. Имати успостављен систем праћења путем којег ће жене с потврђеним сифилисом бити правовремено примљене на лијечење или упућивање. Сваки позитиван резултат тестирања треба пријавити институту за јавно здравство.
- **Користити холистички приступ**: Ако се установи да је жена заражена сифилисом, важна разматрања укључују савјетовање, проналажење контаката, тестирање партнера, тестирање на друге полно преносиве инфекције (ако то већ није учињено) ипраћење.

35. Рубеола

Сврха тестирања на рубеолу у трудноћи није да се утврди тренутна инфекција труднице. Умјесто тога, циљ је идентификовати пацијенткиње које немају развијен имунитет на рубеолу, како би се могле вакцинисати након порођаја, да би плодови у будућим трудноћама били заштићени од инфекције рубеолом и њених посљедица.

35.1 Увод

Рубеола је обично блага болест која спонтано пролази. Ријетке су компликације болести. Међутим, ако се инфекција догоди током првог триместра трудноће, може утицати на трудноћу и довести до развоја синдрома конгениталне рубеоле. Превенција конгениталне рубеоле

зависи од одржавања високог нивоа имунитета на рубеолу у општој популацији. Не постоји третман који би спријечио или смањио пренос рубеоле с мајке на плод након што је откривена инфекција у трудноћи. Вакцинација против рубеоле у трудноћи је контраиндикована.

35.1.1 Ризици повезани с инфекцијом рубеолом у току трудноће

Инфекција мајке рубеолом може довести до спонтаног побачаја, инфекције фетуса, мртворођености или застоја у расту плода. Конгенитална инфекција је вјероватнија ако до инфекције мајке дође у првих 16 седмица трудноће, с конгениталним рубеола синдромом код свих заражених фетуса прије 11 седмица трудноће, а код 35% заражених у периоду од 13 до 16 седмица трудноће. Уколикодо инфекције дође након 16 седмица трудноће, ризик од оштећења фетуса је занемарљив.Обиљежја конгениталног рубеола синдрома подразумијевају срчане мане, глувоћу, оштећења ока, тромбоцитопеничну пурпуру, хемолитичку анемију, увећану јетру и слезину те менингитис и енцефалитис. Пнеумонија, дијабетес, дисфункција штитне жлијезде и прогресивни паненцефалитис су касне манифестације синдрома.

35.2 Испитивање имунолошког статуса на рубеолу

NICE смјернице су ревидирањем доказа о тестирању на рубеолу у току трудноће утврдиле сљедеће:

- тестови за испитивање имунитета на рубеолу су високо осјетљиви и специфични
- високе стопе конгениталног рубеола синдрома међу новорођенчади мајки које су имале симптоме рубеола инфекције у првих 12 – 16 седмица трудноће
- нема повезаности између конгениталне инфекције и ненамјерне вакцинације у трудноћи

Недостатак повезаности између ненамјерне вакцинације у току трудноће и конгениталног рубеола синдрома поткријепљен је и у каснијим проспективним кохортним студијама.

ПРЕПОРУКА 37
Препоручити тестирање имунолошког статуса на рубеолу при првој пренаталној посјети како би се открили пацијенткиње с ризиком за инфекцију рубеола вирусом те омогућила вакцинација након порођаја и заштитили плодови у наредним трудноћама.

ПРЕПОРУКА 38
Информисати пацијенткиње које су вакцинисане против рубеоле прије него што су сазнале да су трудне да је мало вјероватно да ће вакцина имати посљедице на плод.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Трудницама за које је утврђено да немају развијен имунитет на рубеолу треба савјетовати да избјегавају контакт с особама које имају симптоме специфичне за инфекцију овим вирусом.

35.3 Сажетак: Тестирање на рубеолу

Када: У раној трудноћи
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о имунитету на рубеолу**: Објасните пацијенткињама да је важно испитати њихов имунолошки статусна рубеолу због утицаја који инфекција може имати на трудноћу и плод
- **Документовање и надзор**: Забиљежите резултате тестирања на рубеолу у медицинску документацију пацијенткиње. Препоручује се направити систем праћења како би се пацијенткињама које немају претходни имунитет на рубеолу понудила вакцинација након порођаја. Може се десити да неке пацијенткиње не развију имунитет ни након понављаних вакцина.
- **Холистички приступ**: Уколико се установи да пацијенткиња нема развијен претходни имунитет на рубеолу, информишите је о симптомима и начину преношења рубеоле, како би избјегла контакт с овим вирусом у највећој могућој мјери. Савјетујте вакцинацију и чланова породице који немају развијен имунитет на рубеолу.
- **Пријавити ненамјерну вакцинацију**: Пријавите ненамјерну вакцинацију MMP-ом (или MMPB-ом) надлежној служби за имунизацију како би се омогућило праћење и прикупљање података о штетним догађајима након имунизације овом вакцином током трудноће.

36. Асимптоматска бактериурија

Тестирање на асимптоматску бактериуридју у трудноћи омогућује правовремено лијечење како би се смањио ризик од прогресије инфекције у пијелонефритис

36.1 Увод

Асимптоматска бактериурија подразумијева перзистентну бактеријску колонизацију уринарног тракта (обично бактеријом *Escherichia coli*), без појаве симптома инфекције. Често се сусреће у трудноћи.

36.1.1 Ризици повезани с асимптоматском бактеријуријом у трудноћи

Док је асимптоматска бактериурија код пацијенткиња које нису трудне обично безазлена, она у трудноћи повећава вјероватноћу да се развије пијелонефритис, с инциденцом од око 30%.Такође, уочена је повезаност асимптоматске бактериурије с малом порођајном тежином плода и прије времени порођајем. Међутим, иако је смањење инциденце прије времени порођаја и застоја у расту плода у складу с разумијевањем улоге инфекције у компликацијама трудноће, могућ је утицај и других фактора или утицај социоекономског статуса труднице. Прије времени порођај се повезује с асимптоматском бактериуријом само у случају да се развије у пијелонефритис.

36.2 Тестирање на асимптоматску бактериуридју

Рутинско тестирање на асимптоматску бактериуридју у трудноћи препоручује се у Великој Британији,Сједињеним Америчким Државама, Канади и Шкотској, на основу ефикасности лијечења и смањења ризика за развој пијелонефритиса.

36.2.1 Предности тестирања

Показало се да тестирање на асимптоматску бактериуријy смањује број трудница код којих се развија пијелонефритис са 23,2 на 1000 трудница без испитивања, на 16,2 на 1000 трудницау случају тестирања тракицама и 11,2 на 1000 трудница код тестирања уринокултуром. За оба испитивања (тракице и уринокултура) утврђено је да су исплативи у односу на нетестирање.

36.2.2 Ефикасност лијечења асимптоматске бактериурије

Једном *Cochrane* анализом је утврђено да је антибиотска терапија ефикаснија за лијечење асимптоматске бактериурије у поређењу с плацебом и режимом без терапије. Инциденца пијелонефритиса се смањује за 75%.

ПРЕПОРУКА 39
Свим трудницама се препоручује тестирање на асимптоматску бактериуријy у раној трудноћи јер је третман ефикасан и смањује ризик за развој пијелонефритиса.

36.2.3 Методи тестирања

Уринокултура средњег млаза урина сматра се златним стандардом за дијагнозу асимптоматске бактериурије у трудноћи. Штапићи за анализу нитрита у урину могу бити корисни у искључењу асимптоматске бактериурије, али нису поуздани за постављање дијагнозе. Једна мета-анализа и мали број рандомизованих контролисаних студија показали су високу специфичност (89 – 100%), али ниску осјетљивост (33 – 98%), са средњом вриједношћу од око 50%. Студије нижег степена имале су сличне резултате.

ПРЕПОРУКА 40
Препоручује се уринокултура кад год је то могуће јер је то најпрецизнији метод за откривање асимптоматске бактериурије.

36.2.4 Вријеме тестирања

У литератури не постоји сагласност око оптималног времена и учесталости тестирања на асимптоматску бактериурију. Међутим, у једној проспективној студији показано је да се једним микробиолошким тестирањем урина између 12 и 16 седмица гестације идентификује око 80% пацијенткиња код којих би се касније у току трудноће развила асимптоматска бактериурија.

36.2.5 Тестирање у руралним и удаљеним срединама

Због потешкоћа у транспорту узорака у лабораторије, тестови тракицама најчешће се користе у удаљеним подручјима како би се „искључила“ асимптоматска бактериурија, а узорци урина жена чији су резултати теста с тракицама позитивни потом се шаљу у микробиолошку лабораторију ради потврде инфекције. Иако је уринокултура метод избора, показало се да је овај поступак економски исплатив.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Уколико је приступ микробиолошким лабораторијама ограничен, тестови тракицама се могу користити за искључивање дијагнозе асимптоматске бактериуријe, док се позитивни резултати тестирања тракицама потврђују уринокултуром. Адекватно складиштење тест-тракица битно је за прецизност ових испитивања.

36.2.6 Понављање тестирања

Иако већина водича препоручује једну уринокултуру при првој пренаталној посјети, двије проспективе студије закључиле су да урин треба микробиолошки анализирати у сваком триместру трудноће како би се побољшала стопа откривања асимптоматске бактериурије.

36.3 Сажетак: Тестирање на асимптоматску бактериуридју

Када: У току ране трудноће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарати о тестирању на асимптоматску бактериуридју**: Објасните пацијенткињи да препознавање инфекције уринарног тракта омогућује лијечење антибиотицима те смањује ризик од компликација
- **Документовање и надзор**: Потребно је забиљежити резултате тестирања у медицинску документацију пацијенткиње те планирати даљњи надзори одговарајуће лијечење у случају позитивних налаза.

37. Стрептокок групе Б (Group B Streptococcus, GBS)

Идентификовањем пацијенткиња које имају ризик да им се новорођенче инфицира стрептококом групе Б омогућава се давање терапије у току порођаја у циљу превенције трансмисије бактеријске инфекције на новорођенче.

37.1 Увод

Стрептокок групе Б је бактерија која може колонизирати људе свих старосних група без симптома. Уобичајено може се наћи у гастроинтестиналном тракту, вагини и уретри. Бактерије се могу пренијети с мајке на дијете током порођаја и довести до инфекције у току прве седмице живота (рани облик инфекције). Касна појава инфекције може се развити до трећег мјесеца живота. Превенција је усмјеренана рану форму инфекције која је најчешћи узрок озбиљних инфекција новорођенчади.

37.1.1 Учесталост инфекције

- **Матернална колонизација**: Систематске анализе процјењују стопе колонизације мајки у Европи у распону од 6,5% до 36%, при чему једна трећина студија наводи да је стопа већа од 20%. Студије нижег квалитета у Европи и другим регионима потврђују сличне стопе. Аустралијске студије утврдиле су стопе колонизације у распону од 20% до 24%.
- **Инфекција стрептококом групе Б код новорођенчади**: Инциденца неонаталне инфекције стрептококом групе Б креће се од 0,2/1000 живорођених до 1,71/1000 живорођених.
- **Фактори ризика**: Фактори ризика за рани почетак инфекције стрептококом групе Б новорођенчета укључују колонизацију мајке током трудноће, претходно дијете с инфекцијом стрептококом групе Б, пријевремени порођај, дуготрајно цурење плодне воде и повишену температуру мајке у току порођаја. Постоје докази ниског нивоа значаја да колонизација стрептококом групе Б у претходној трудноћи може бити фактор ризика за поновну реколонизацију у наредној трудноћи, али та повезаност није пронађена у свим студијама. Не сматра се да инфекција ХИВ-ом повећава ризик од колонизације.

37.1.2 Ризици повезани с колонизацијом стрептококом групе Б током трудноће

- Позитиван налаз уринокултуре на Стрептокок групе Б може бити фактор ризика за пријевремени порођај, пријевремену руптуру плодових овоја, повишену температуру у току порођаја и хориоамнионитис.
- Стрептококом групе Б може бити инфициран плод и прије порођаја те се може повећати ризик од пријевременог порођаја и оперативног завршавања трудноће. Код новорођенчади инфекција се обично манифестује као респираторна инфекција, генерализована сепса или менингитис у току прве седмице након рођења. Популационе студије у Сједињеним Америчким Државама су утврдиле да је неонатална смрт исход у око 5% случајева инфициране новорођенчади.

37.2 Превенција инфекције новорођенчади стерптококом групе Б

Интравенском примјеном антибиотика у току порођаја спречава се рана појава инфекције стрептококом групе Б новорођенчади чије су мајке колонизоване овом бактеријом прије порођаја. Превентивни приступ подразумијева да се препоручи терапија свим пацијенткињама с претходним дјететом с инфекцијом стрептококом групе Б те пацијенткињама код којих:

- је рутинским вагинално-ректалним брисевима доказана колонизација овом бактеријом: препоручује се у Сједињеним Америчким Државама или
- су присутни фактори ризика за пренос током порођаја (пријевремени порођај, тјелесна температура мајке >38°C, руптура плодових овоја >18 сати): препоручује се у Уједињеном Краљевству. У Аустралији се тренутно користе рутинска антенатална испитивања и приступи лијечењу на основу присутних фактора ризика.

37.2.1 Предности и мане превентивних приступа

Иако не постоје докази високе поузданости о предностима превенције преношења стрептокока групе Б, проспективне и ретроспективне студије показале су смањење инциденце стрептокока групе Б код новорођенчади и у случају рутинског антенаталног тестирања и код тестирања на основу ризика.

У анкетним студијама су утврђена ограничења повезана с рутинским антенаталним испитивањима, укључујући недостатак предиктивне вриједности да ће позитиван налаз на стрептокок групе Б довести до инфекције новорођенчета, као и могућности лажно негативног резултата и анксиозности мајке због резултата.

Оба превентивна приступа повећавају изложеност мајке и дјетета антибиотицима, уз могуће штетне ефекте (нпр. алергијске реакције, повећање резистенције на антибиотике). Међутим, анафилакса након лијечења пеницилинским антибиотицима је ријетка (4/10000–4/100000 пацијенткиња без познате алергије), те се тај ризик може оправдати смањеном учесталошћу сепсе новорођенчади након увођења антибиотске терапије.

ПРЕПОРУКА 41
Понудите пацијенткињама или рутинско антенатално тестирање на стрептокок групе Б или превентивну антибиотску терапију у случајевима с присутним факторима ризика.

37.2.2 Економска исплативост

У Уједињеном Краљевству доступни модели економске оправданости не подржавају увођење рутинских антенаталних испитивања на стерптокок групе Б. Једна француска студија је показала да је *PCR* тестирање на стрептокок групе Б у току порођаја економски исплативије од рутинског тестирања у току трудноће.

37.2.3 Вријеме пренаталног тестирања

Једна систематска анализа је показала да тестирање у касној трудноћи има високу предиктивну вриједност за процјену ризика инфекције у току порођаја.Ти докази су потврђени и другим мањим студијама.

ПРЕПОРУКА 42
Уколико препоручујете пренатално тестирање на стрептокок групе Б, препоручите га у периоду између 35. и 37. седмице гестације.

37.2.4 Врста тестирања

Степен детекције стрептокока групе Б је виши уколико се узима комбиновани вагинално-ректални брис, с осјетљивошћу од 84%, у поређењу са 58% када се узима само вагинални брис и 71% уколико се узима само брис ректума. Неки докази сугеришу да вагинално-перианални брисеви могу бити замјена вагинално-ректалним брисевима, јер је бактеријска флора слична, а узимање брисева је мање нелагодно за пацијенткињу.
Показано је да се слични резултати микробиолошке обраде добијају када пацијенткиња сама себи узима вагинално-ректалне брисеве као и када их узимају здравствени радници, чак и без потребе за детаљнијим информацијама о методама узорковања.

ПРЕПОРУКА 43
Охрабрите пацијенткиње да саме узимају вагинално-ректалне брисеве за микробиолошку обраду на стрептокок групе Б и понудите им информације како то да ураде.

37.2.5 Организациона пракса

Проспективне студије које су процјењивале ефекте увођења рутинског антенаталног тестирања открише су да, иако је тестирање опсежно и успјешно усвојено, инфекција стрептококом групе Б се и даље јавља и то због лажно негативних налаза, потом због одступања од протокола или пропуштеног испитивања. Ово указује на важност досљедног праћења организационих протокола и ревизије резултата.

37.3 Савјетовање о стрептококу групе Б

Разговор о стрептококу групе Б треба почети око 35.седмице трудноће како би пацијенткиња добила информације о превентивној терапији прије порођаја. Вријеме тестирања такође треба планирати у периоду између 35 и 37 седмица гестације. Циљеви разговора с пацијенткињом обухватају пружање сљедећих информација:

- Стрептокок групе Б је дио нормалне бактеријске флоре људског организма и свако може бити колонизован овом бактеријом без симптома.
- Стрептокок групе Б се преноси на новорођенче у току порођаја у 1 – 2 на 1000 живорођене дјеце и може изазвати озбиљну инфекцију новорођенчета.
- Терапија интравенским антибиотицима у току порођаја смањује ризик преношења инфекције на новорођенче.
- Пацијенткињи може бити препоручено да остане у болници најмање 24 сата након порођаја како би новорођенче било под надзором.

37.4 Сажетак: Стрептокок групе Б

Када: Око 35. седмице гестације
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Објасните пацијенткињи значај превенције**: Објасните да се терапија у току порођаја препоручује пацијенткињама које имају лабораторијски доказано присуство стрептокок групе Б, потом пацијенткињама чија су претходна новорођенчад имала инфекцију овом бактеријом и/или имају повећан ризик за трансмисију у току порођаја.
- **Уколико се предлаже тестирање, информишите пацијенткињу**: Објасните како се тест изводи, осим ако пацијенткиња не жели да брис узима здравствени радник, понудите јој узимање узорака код куће или у здравственој установи. За пацијенткиње које су изабрале да саме узимају узорак, обезбиједите јасно објашњење извођење поступка (нпр. слика или шема).
- **Холистички приступ**: Објасните пацијенткињи значај позитивног резултата теста на стрептокок групе Б (нпр. уколико пацијенткиња не буде у могућности да се порађа у околностима у којима је планирала или уколико се не стигне ординирати терапија због брзог порођаја).
- **Документовање и надзор**: Уколико се спроводи пренатално тестирање, саопштите резултате пацијенткињи и нотирајте их у њену медицинску документацију. Уведите праксу да пацијенткињама чији су тестови позитивни или им је претходно новорођенче имало инфекцију стрептококом групе Б, након порођаја објасните колико је значајно да се информација пренесе медицинским радницима који раде у породилишту.

ДИО Г:
ЦИЉАНА ТЕСТИРАЊА ТРУДНИЦА

Овај дио говори о препорукама о томе које анализе треба понудити пацијенткињама код којих су присутни фактори ризика. Препоруке су засноване на доказима о дијагностичкој вриједности доступних тестова, ефикасности поступака за спречавање преноса инфекције с мајке на дијете или других утицаја на плод, као и доступности појединих терапијских опција. За инфекције које подлијежу пријављивању (хламидија, гонореја) дијагнозе је потребно пријавити епидемиолошкој служби за надзор болести које се пријављују. То омогућава анализу статистичких трендова у датој регији и група у ризику, иако квалитет података варира за различита стања. Иако подаци о учесталости неког стања нису доступни, свако поглавље обухвата кратак дио о савјетовалишту, које има за циљ да здравственим радницима укаже на вјероватноћу да су пацијенткиње у њиховој заједници погођене.

38. Хламидија

Антенатална заштита пружа могућност тестирања пацијенткињама које припадају групама с високом учесталошћу хламидијалне инфекције.

38.1 Увод

Ову инфекцију узрокује бактерија *Chlamydia trachomatis*. Инфекција овом бактеријом је асимптоматска у око 70% случајева. Код жена, хламидија иницијално инфицира грлић материце и уретру, евентуално се могу појавити патолошки вагинални исцједак и тегобе с мокрењем. Уколико се не лијечи, инфекција може захватити јајоводе, изазвати пелвичну инфламаторну болест и прираслице. Код трудница, хламидија може оштетити плод прије порођаја или довести до постнаталних инфекција новорођенчета.

38.1.1 Учесталост хламидијалне инфекције

Међу инфекцијама које подлијежу пријављивању, хламидија је најчешћа полно преносива болест у Аустралији.Стопа појављивања је била релативно стабилна између 2011. и 2015. године те се повећала за 13% између 2015. и 2017. године. Учесталост јебила виша код жена него код мушкараца свих старосних доби (441,8 према 349,9 на 100.000 у 2017. години).

Старосна дистрибуција

У женској популацији, у старосној доби 15 – 19 година смањује се учесталост појављивања ове инфекције (од 2.302, 0 у 2011.години, на 1.772,8 на 100.000 у 2017. години), у доби 20 – 24 године инциденца остаје релативно иста (2.226,7 у 2011. и 2.346 у 2017.), док у доби 25 – 29 година инциденца расте (са 927,8 у 2011. години на 1.111,4 на 100.000 у 2017. години).

38.1.2 Ризици удружени с хламидијалном инфекцијом у току трудноће

Анализом кохортних студија утврђено је да је инфекција хламидијом у току трудноће повезана с повећаним ризиком од пријевременог порођаја, мале порођајне тежине плода и перинаталне смртности. Није било јасних доказа о повећаном ризику од пријевремене руптуре плодових овоја, побачаја или постпорођајног ендометритиса.

38.2 Тестирање на хламидију

Аустралијски водичи за полно преносиве болести препоручују *NAAT* тест (*nucleic acid amplification testing*) првог јутарњег урина, ендоцервикалног, вагиналног или аноректалног бриса (уколико је пацијенткиња имала анални сексуални односе или симптоме у аноректалној регији) (*ASHA* 2018).

38.2.1 Поузданост дијагностичких тестова

Нема студија новијег датума које су експлицитно упоређивале различите дијагностичке тестове с референтним тестом за тестирање трудница. Студије које су рађене су утврдиле да:

- Сензитивност и специфичност за откривање хламидијеиз узорака урина у поређењу с ендоцервикалним брисом је била 96,5% и 100%, а позитивна и негативна предиктивна вриједност је била 100% и 99,8% .
- Студије које не обрађују искључиво труднице, добијеним резултатима у групи пацијенткиња које су трудне ипак указују на користи тестирања и лијечења пацијенткиња у току антенаталне заштите.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
За тестирање на хламидију у току трудноће, у обзир долази тестирање првог јутарњег урина или самостално узоркованих вагиналних брисева.

38.2.2 Доступност ефикасне терапије

Једна кохортна студија је указала да је у групи трудница доби до 20 година код којих је дијагностикована и лијечена хламидијална инфекција прије 20.седмице гестације мањи ризик од превременог порођаја у односу на пацијенткиње код којих је инфекција дијагностикована након 20. седмице гестације, али та разлика није потврђена код трудница других животних доби.

38.2.3 Економска исплативост

Једна аустралијска студија економске оправданости открила је да је, са становишта владе Аустралије, тестирање на хламидију свих трудница доби од 16 до 25 година исплативије у поређењу са селективним тестирањем или нетестирањем, посебно ако се узме у обзир повећање преваленце хламидијалне инфекције (студија процјењује да је преваленца 3%; у 2016.години преваленца је била 1,9% међу пацијенткињама доби 15 до 19 година; 2,4% у групи 20 до 24 године и 1,1% међу пацијенткињама доби 24 до 29 година).

Међународне студије економске исплативости су утврдиле да:

- Универзално пренатално тестирање на хламидију је било економски оправдано у Холандији (процијењена преваленца у укупној популацији 3,9%), уз могућност уштеда уколико се тестирање усмјери само на труднице млађе од 30 година.
- Економска оправданост универзалног тестирања у трудноћи у Сједињеним Америчким Државама зависи од преваленце хламидије – када је преваленца била изнад 16,9%, било је економски оправдано; уз преваленцу од 8%, трошкови су били 124,65 милиона USD (19,34 USD по појединцу); а с преваленцом од 6,7%, трошкови тестирања били су 249,08 милиона USD (38,65 USD по појединцу).

38.3 Рутинско у односу на циљано тестирање

Нема студија новијег датума које пореде исходе универзалног антенаталног тестирања у поређењу с циљаним тестирањем или нетестирањем. Међутим, докази упућују да је корисно тестирање младих Аустралијанки при првој пренаталној контроли на основу:

- Високе преваленце хламидије код младих људи у Аустралији и повећања броја пријављених случајева у популацији жена животне доби од 25 до 29 година,
- Рана терапија смањује ризик од пријевременог порођаја,
- Економски је оправдано пренатално тестирање трудница животне доби од 16 до 25 година,
- Уједначеност препорука у националним водичима (нпр. *ASHA* 2018; *RACGP* 2016).

У подручјима високе преваленце може бити потребно понављано тестирање.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Свим трудницама млађим од 30 година понудити тестирање на хламидију при првој пренаталној контроли

38.4 Терапија хламидијалне инфекције

Препоручена терапија за хламидијалну инфекцију у трудноћи је Азитромицин 1 грам п.о. унидоза. Такође, препоручује се тестирање на друге полно преносиве болести трудница код којих је доказана хламидија.

38.5 Сажетак: Хламидија

Када: при првом прегледу трудница млађих од 30 година
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Савјетовалиште**: Објасните пацијенткињама повезаност инфекције хламидијом с пријевременим порођајем и малом порођајном тежином плода те да су тестови за детекцију доступни и да се инфекција успјешно лијечи антибиотицима
- **Користите холистички приступ**: Уколико је пацијенткињи тест на хламидију позитиван, у обзир долазе савјетовање, утврђивање сексуалних контаката, тестирање партнера, тестирање на друге полно преносиве болести и надзор. Сваки позитиван тест треба бити пријављен у епидемиолошку службу.

39. Гонореја

Гонореја је полно преносива болест која може довести до компликација у трудноћи. Пренатална њега пружа могућност тестирања пацијенткиња из ризичних група.

39.1 Увод

Гонореја је полно преносива болест коју изазива бактерија *Neisseria gonorrhoeae*. Може бити асимптоматска или се могу јавити промјене као што су абнормални вагинални исцједак, бол у карлици и/или отежано мокрење. Жене с нелијеченом инфекцијом гонорејом могу имати тешка стања (нпр. пелвична упална болест, хроничну бол у малој карлици). Инфекција гонорејом у трудноћи може проузроковати неповољне акушерске и неонаталне исходе. Постоје докази да тестови могу открити инфекцију гонорејом и да су антибиотици ефикасни у њеном лијечењу.

39.1.1 Ризици удружени с гонорејом у трудноћи

Нелијечена гонореја може довести до неповољних акушерских исхода, укључујући ектопичну трудноћу, септични спонтани побачај, хориоамнионитис, прије времену руптуру плодових овоја, прије времени порођај и постпарталне инфекције.

Neisseria gonorrhoeae се може пренијети из гениталног тракта мајке на новорођенче у вријеме порођаја, а спорадично, код дуготрајног отицања плодне воде, може се пренијети на плод и прије рођења. Уобичајена манифестација неонаталне инфекције је конјуктивитис (*ophthalmia neonatorum*) који почиње у првим данима живота и, ако се не лијечи, може довести до сљепила. Ризик преношења са заражене мајке на плодје између 30% и 47%.

39.2 Тестирање на гонорејy

Док је у Канади препоручено тестирати све труднице, бројна удружења у САД препоручују тестирање само трудница код којих су присутни фактори ризика. RACGP (The Royal Australian College of General Practitioners) препоручује тестирање само трудница за које се утврди да имају присутне факторе ризика. Преваленца гонореје варира од региона до региона. Веома је важно да здравствени радници имају увид у статистичке податке о полно преносивим болестима у својој заједници те да на основу њих направе сопствене протоколе.

39.2.1 Дијагностичка вриједност тестова

Док је у Канади препоручено тестирати све труднице, бројна удружења у САД препоручују тестирање само трудница код којих су присутни фактори ризика. *RACGP* препоручује тестирање само трудница за које се утврди да имају присутне факторе ризика. Преваленца гонореје варира од региона до региона. Веома је важно да здравствени радници имају увид у статистичке податке о полно преносивим болестима у својој заједници те да на основу њих направе сопствене протоколе.

39.2.1 Дијагностичка вриједност тестова

У Аустралији се микробиолошка тестирања за откривање *N. gonorrhoeae* све више замјењују *NAAT* тестом (*nucleic acid amplification test*), посебно у удаљеним подручјима. Овим тестовима се могу испитати вагинални брисеви које узоркујесама пацијенткиња, урин и ендоцервикални брисеви. Осјетљивост и специфичност у детекцији инфекције на основу вагиналних брисева приближно је иста када узорак за обраду узима сама пацијенткиња (96,1%; 99,3%) у односу на резултате када их узимају здравствени радници (96,2%; 99,3%), при чему се на тај начин дијагностикује исти број инфекција као ендоцервикалним брисевима, а више него тестирањем првог јутарњег урина.Ови тестови се континуирано осавремењују и лабораторијски водичи о њиховој употреби и тумачењу добијених резултата развијају се с тежњом да се смањи ниво лажно позитивних резултата повезаних с неким тестовима.Гдје год је то могуће, позитивне резултате треба потврдити микробиолошким тестирањем с антибиограмом те искључити лажно позитивне резултате, посебно код пацијенткиња које су у групи с ниским ризиком.

У САД-у и Канади тестирање се препоручује у првом триместру, а тестирање у другом и трећем триместру (Канада) или само трећем триместру (САД) код пацијенткињакоје и даље имају присутне факторе ризика или им се по први пут утврђују фактори ризика.

39.2.2 Недостаци и предности тестирања

Постоје докази да тестирање и сљедствено лијечење трудница с високим ризиком од гонореје могу спријечити компликације повезане с гонококном инфекцијом у току трудноће. Потенцијални недостаци тестирања укључују лажно позитивне резултате, тјескобу и непотребну употребу антибиотика. Нема довољно доказа који би могли квантификовати значај ових недостатака, али је вјероватно дасе они надмашују користима тестирања пацијенткиња

с повећаним ризиком.

Не постоје докази о исплативости испитивања на гонореју у трудноћи.

39.2.3 Ефикасност терапије

Циљ терапије гонореје у току трудноће је да се излијечи ова инфекција и спријечи инфекција новорођенчета, постпартална сепса мајке и трансмисија на партнера. У једној анализи сви тестирани антибиотици (пеницилински антибиотици, спектиномицин, цефтриаксон) су показали висок ниво терапијске ефикасности, са стопом излијечења између 89% и 97%. Међутим, терапијски ефекти на друге посљедице, као што је офталмија новорођенчета, нису испитивани и могу варирати међу појединим антибиотицима.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Није потребно тестирати све труднице на гонореју. Тестирање треба понудити трудницама које имају присутне факторе ризика за ову инфекцију, као и онима које живе или долазе из подручја с високом преваленцом ове инфекције.

39.3 Савјетовање о гонореји

Разговор с пацијенткињом би требало обавити прије тестирања како би њена одлука о тестирању била донесена на основу релевантних података, а тај разговор треба да информише пацијенткињу о сљедећем:

- Могуће је да постоји инфекција гонорејом без симптома
- Фактори ризика за полно преносиве болести
- Могућност лажно позитивног налаза
- Гонореја узрокује проблеме у трудноћи као што су спонтани побачај, пријевремени порођај и инфекција новорођенчета
- Терапија може спријечити компликације трудноће удружене с инфекцијом
- Тестирање и терапија партнера су препоручљиви уколико се докаже инфекција, а пар се треба уздржавати од сексуалних односа све док терапија не буде у потпуности завршена и док се симптоми и знаци инфекције потпуно не повуку
- Може бити потребно тестирање и на друге полно преносиве болести
- Тестирање се може поновити седам дана након терапије уколико симптоми перзистирају
- Понављање тестирања може бити потребно уколико фактори ризика за инфекцију перзистирају.

39.4 Сажетак: Гонореја

Када: Уколико су код пацијенткиње присутни фактори ризика за инфекцију гонорејом, уколико живи у подручју високе учесталости ове инфекције или долази из подручја с високом учесталошћу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о разлозима за тестирање**: Објасните пацијенткињи да је важно открити инфекцију гонорејом уколико постоји јер се терапијом могу спријечити лоши акушерски исходи трудноће по мајку и плод.
- **Холистички приступ**: Уколико се утврди да пацијенткиња има инфекцију гонорејом, потребно је размотрити сљедеће кораке, као што су савјетовање, утврђивање свих сексуалних партнера и њихово тестирање, потом тестирање на друге полно преносиве болести, као и даљи надзор.
- **Документовање и надзор**: Уколико је пацијенткиња тестирана на гонореју, саопштите јој резултате тестова и убиљежите их у њену медицинску документацију. Потребно је успоставити систем даљњег надзора како би се спровела терапија и/или додатне консултације. Размотрите поновно тестирање за пацијенткиње код којих перзистирају фактори ризика за ову инфекцију.

40. Трихомонијаза

Откривање узрока вагинитиса омогућава пацијенткињи да донесе одлуку о терапији у току трудноће.

40.1 Увод

Трихомонијаза је полно преносива болест коју узрокује *Trichomonas vaginalis*, паразит из групе протозоа. Око 70% пацијенткиња с овом инфекцијом има асимптоматску форму болести. Уколико су симптоми присутни, они подразумијевају жуто-зеленкаст секрет непријатног мириса, са знацима иритације вулве. Трихомонијаза је повезана с инфертилитетом, пелвичном инфламаторном болешћу и олакшаном трансмисијом ХИВ вируса.

40.1.1 Учесталост трихомонијазе у трудноћи

Трихомонијаза је најчешћа изљечива полно преносива болест у свијету, с преваленцом од око 8,1% женске популације.Учесталост варира у односу на године старости, као и међу појединим регионима.

- *Аустралија*: Нема поузданих података о учесталости трихомонијазе у Аустралији, а ова инфекција не подлијеже пријављивању у епидемиолошке службе.
- *Географска дистрибуција*: Учесталост се процјењује на 3 – 3,7% женске популације у САД, 0,3 – 6% у Јужној Америци, 5,5 – 8,5% у Азији и 5,4 – 17,6% у Африци.
- *Фактори ризика*: већи број сексуалних партнера, претходне полно преносиве болести, некоришћење баријерних средстава за контрацепцију, запослење у сексуалној индустрији, интравенска употреба наркотика, конзумирање дувана, нижи социоекономски статус, боравак у затвору.

40.1.2 Ризици удружени с трихомонијазом у трудноћи

- *Ризици у трудноћи:* Трихомонијаза у трудноћи може бити повезана с превременим порођајем и малом порођајном тежином.
- *Ризици за новорођенче:* Трихомонијаза мајке је удружена са гениталним и респираторним инфекцијама новорођенчета.

40.2 Тестирање на трихомонијазу

У САД тестирање на трихомонијазу у трудноћи се препоручује само за труднице које имају симптоме. У Аустралији и Уједињеном Краљевству до сада нису постојале званичне препоруке о тестирању на трихомонијазу у току трудноће.

40.2.1 Узимање узорака

Мале студије ниског нивоа поузданости су закључиле да:

- Брисеви које пацијенткиња сама узима су у доброј корелацији с онима које узимају здравствени радници једноставно се изводе
- Самостално узимање узорака тампоном је прихватљиво за пацијенткиње, једноставно се уводи у праксу и погодно је и за удаљена подручја јер није потребан хладни транспортни ланац.

40.2.2 Поузданост дијагностичких тестова

Тестирање на трихомонијазу у Аустралији се највише ради употребом *PCR* метода, који је замијенио микробиолошка тестирања због веће осјетљивости и бржег добијања резултата.

- *PCR* тестирање вагиналних брисева има високу осјетљивост (96 – 100%) и специфичност (97 – 100%). Мале студије су утврдиле да PCR тестирање узорка са тампона има високу осјетљивост (94 – 100%). *PCR* тестирање узорака урина има мању осјетљивост и специфичност (76,7% и 97%).

- Микробиолошко тестирање вагиналних брисева има осјетљивост 63,0 – 98,2% и специфичност 99,4 – 100%. Ова врста тестирања захтијева инкубатор и посебне медијуме, а некада је потребно до седам дана за добијање резултата.
- Иако се трихомонијаза повремено утврђујеи при папа тестирању, овај метод није адекватан као једини метод за постављање дијагнозе због своје ниске осјетљивости (60,7–72,1%) и дугог чекања на добијање резултата.

40.2.3 Предности и недостаци тестирања

Иако су поуздани дијагностички тестови доступни, користи тестирања су ограничене због нејасних ефеката терапије у току трудноће. Предности дијагностиковања и терапије трихомонијазе у трудноћи су смањивање тегоба, смањење ризика од даљње трансмисије инфективног агенса и превенција гениталне и респираторне инфекције новорођенчета. Потенцијални недостаци тестирања подразумијевају добијање лажно позитивних налаза и нуспојаве повезане с терапијом (погледати даљњи текст).

ПРЕПОРУКА 44
Тестирање на трихомонијазу треба понудити трудницама које имају симптоме, док се асимптоматским пацијенткињама тестирање не препоручује.

40.2.4 Доступност сигурне и ефикасне терапије за трихомонијазу

Метронидазол и тинидазол се користе за терапију трихомонијазе. Агенција за лијекове класификује метронидазол у Б2 групу за употребу у трудноћи, а тинидазол у Б3.
На основу малог броја доступних доказа, метронидазол је ефикасан против овог паразита у око 90% случајева и ефикаснији је уколико се и партнери лијече. Међутим, то не смањује ризик од пријевременог порођаја или мале порођајне тежине новорођенчета код асимптоматских пацијенткиња, а чак може повећати ризик од пријевременог порођаја.

Студије о ефектима терапије код симптоматске трихомонијазе су такође ограничене, а докази су неусаглашени. Неке указују на повећану инциденцу пријевременог порођаја, док друге не откривају повезаност с пријевременим порођајем. На резултате може утицати начин процјене гестацијске старости, као и вријеме постављања дијагнозе. Због нејасноће доказа о утицају на пријевремени порођај, терапија асимптоматске трихомонијазе у трудноћи се не

препоручује, али се може размотрити након 37. седмице гестације. Терапија за пацијенткиње са симптоматском трихомонијазом захтијева разматрање користи и потенцијалних ризика код сваке појединачне пацијенткиње.

40.2.5 Понављање тестирања

Због велике вјероватноће реинфекције код пацијенткиња с трихомонијазом, поновно тестирање се савјетује 3 мјесеца након терапије, иако овакав приступ није евалуиран.

40.3 Савјетовање о трихомонијази

Разговор с пацијенткињом, како би она донијела одлуку на основу поузданих података, треба обавити прије тестирања, а неопходне информације које јој треба понудити су:

- Трихомонијаза је полно преносива болест и већина пацијената нема симптоме инфекције
- Трихомонијаза је удружена с повећаним ризиком за пријевремени порођај и малу порођајну тежину новорођенчета, а може узроковати и инфекцију новорођенчета.
- Терапија трихомонијазе смањује тегобе, смањује ризик трансмисије, а може и превенирати инфекцију новорођенчета, али не смањује вјероватноћу пријевременог порођаја.
- Препоручује се тестирање и терапија партнера уколико се докаже инфекција, а пар се треба уздржавати од сексуалних односа док се терапија не заврши и симптоми инфекције у потпуности повуку.
- Може бити потребно тестирањена друге полно преносиве болести.

40.4 Сажетак: Трихомонијаза

Када: Када пацијенткиња има симптоме или знаке вагинитиса
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о разлозима за тестирање на трихомонијазу**: Објасните пацијенткињи да је тестирање неопходно како би се утврдио узрок симптома вагинитиса.
- **Холистички приступ**: Уколико се пацијенткињи дијагностикује трихомонијаза, треба размотрити савјетовање, утврђивање свих сексуалних партнера те њихово тестирање и лијечење, и потом тестирање на друге полно преносиве болести
- **Документовање и надзор**: Уколико је пацијенткиња тестирана на трихомонијазу, саопштите јој резултате тестова и убиљежите их у њену медицинску документацију. Потребно је документовати одлуке пацијенткиње о спровођењу терапије трихомонијазе, а пацијенткињама чији су тестови позитивни обезбиједити даљњи надзор и потребне информације

41. Токсоплазмоза

Постоје ограничени докази о тестирању на токсоплазмозу у току трудноће. Како се инфекција може пренијети на плод у току трудноће, важно је савјетовање пацијенткиња о томе како да избјегну изворе заразе.

41.1 Увод

Токсоплазмоза, коју узрокује *Toxoplasma gondii*, уобичајено пролази спонтано и асимптоматски. Симптоми, када се појављују, обично су оток лимфних чворова, бол у мишићима и повишена тјелесна температура. Уколико се зарази трудница која претходно није имала контакт с овим паразитом, инфекција може прећи и на плод. Вјероватноћа примоинфекције у току трудноће зависи од учесталости токсоплазмозе у окружењу у ком пацијенткиња живи:

- *Подручја мале учесталости*: вјероватноћа да се пацијенткиња зарази у току трудноће је мала, али уколико до инфекције дође, вјероватно се ради о примоинфекцији;
- *Подручја високе учесталости*: примоинфекција у току трудноће је мало вјероватна, због претходне изложености паразиту.

До инфекције токсоплазмозом може доћи:

- Једењем свјежег или недовољно термички обрађеног меса
- Неадекватном хигијеном руку након руковања свјежим месом или у току баштенских послова
- Контактом с мачијим изметом (директно или индиректно) или
- Преко контаминираног свјежег воћа или поврћа.

41.1.1 Учесталост

У Аустралији, примарна инфекција токсоплазмозом у току трудноће је ријетка, иако се процјењује да између 60% и 80% Аустралијанаца нема развијен имунитет на овај паразит.

- *Географска распрострањеност*: Учесталост имунизације на овај паразит је висока у Јужној Америци, дијеловима источне и централне Европе, на Блиском истоку, дијеловима југоисточне Азије и у Африци. Постоји тренд смањења колективног имунитета на овај паразит у многим европским земљама, као и у САД.
- *Конгенитална токсоплазмоза*: Учесталост конгениталне токсоплазмозе је у опсегу од 0,03/1000 живорођених у Енглеској и Велсудо 0,3/1000 живорођених у југоисточном Бразилу.

41.1.2 Ризици повезани с токсоплазмозом у трудноћи

Трансмисија агенса са мајке на плод је у опсегу од 11,3% до 18,5%. Ризик трансмисије расте с напредовањем гестације (од 5% у 12. седмици до 80% у препарталном периоду). Међутим, плодови заражени у раној трудноћи имају већи ризик за развој конгениталних аномалија. Конгенитална токсоплазмоза је повезана с мртворођеношћу, интракранијалним аномалијама и/или поремећајима развоја, оштећењем очију и оштећењем слуха. У једној проспективној кохортној студији, плодови с конгениталним синдромом токсоплазмозе су инфицирани у раној гестацији, али није утврђена сигнификантна повезаност ове инфекције с малом порођајном тежином новорођенчади.

41.2 Тестирање на токсоплазмозу

Доступни докази о користима тестирања на токсоплазмозу за труднице и новорођенчад ограничени су и на основу њих се не могу извести закључци. Рутинско тестирање на токсоплазмозу у току трудноће се не препоручује у Уједињеном Краљевству.

41.2.1 Дијагностичка поузданост текстова

Тестови на токсоплазмозу у трудноћи имају за циљ да се утврди да ли је инфекција новонастала или преегзистентна. Студије су упоређивале вриједност тестова на *IgG* и *IgM* антитијела те авидитет *IgG* антитијела. Међу студијама је велика хетерогеност те се на основу њих тешко може поредити поузданост појединих тестова у односу на друге. Студије о процјени идеалног времена за тестирање су ограничене и на основу њих се не могу доносити закључци. Нису утврђени ни докази о економској оправданости тестирања на токсоплазмозу у току трудноће.

41.2.2 Предности и недостаци тестирања

Није утврђен ниједан високо поуздан доказ о предностима или недостацима тестирања на токсоплазмозу у току трудноће. Прегледне анализе су утврдиле присуство психолошких посљедица тестирања, укључујући и стрепњу у случају лажно позитивних вриједности, као и неизвјесност повезану с прогнозом за плод с пренаталном дијагнозом конгениталне токсоплазмозе.

ПРЕПОРУКА 45
Рутинско тестирање свих трудница на токсоплазмозу се не препоручује.

41.2.3 Доступност сигурне и ефикасне терапије

У терапији токсоплазмозе користе се спирамицин и сулфонамиди с циљем смањења трансмисије инфективног агенса са мајке на плод те превенирања тешке клиничке форме феталне инфекције.

Једна систематска анализа је утврдила неувјерљиве доказе о повезаности ране терапије мајке са смањењем ризика за конгениталну токсоплазмозу. Друга анализа закључује да иако је урађен велики број студија, још увијек се са сигурношћу не може тврдити да ли терапија труднице с токсоплазмозом смањује трансмисију *T. gondii на* плод.

Иако су неке студије указале да дјеца чије су мајке примиле терапију у току трудноће имају мање симптома, тренутна испитивања нису довољна да би се могло закључити да ли могућекористи надмашују потенцијалну штетност терапије за плод.

41.3 Савјетовање о токсоплазмози

Постоје докази који упућују да пацијенткиње имају низак ниво знања о ризицима повезаним с инфекцијом *T. gondii* у трудноћи те да се адекватном едукацијом пацијенткиња може смањити ризик за конгениталну токсоплазмозу.

ПРЕПОРУКА 46
Савјетујте труднице о мјерама превенције инфекције токсоплазмозом, као што су:

- **Прање руку прије руковања храном**
- **Темељно прање свог воћа и поврћа прије јела, укључујући и свјеже салате**
- **Термичку обраду меса и готових замрзнутих јела**
- **Употреба рукавица и детаљно прање руку након руковања земљом**
- **Избјегавање мачијег измета**

41.4 Сажетак: Токсоплазмоза

Када: У току ране трудноће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Савјетовалиште**: Објасните пацијенткињама да примоинфекција *T. gondii* у току трудноће може довести до трансмисије инфекције на плод те да је јако важно предузети све кораке како не би дошло до инфекције.
- **Холистички приступ**: Пацијенткиње које живе у подручјима ниске учесталости токсоплазмозе имају висок ризик запримо инфекцију уколико путују у подручје високе учесталости токсоплазмозе.
- **Документовање и надзор**: Уколико је трудница тестирана на токсоплазмозу, саопштите јој резултате тестирања и упишите их у њену медицинску документацију. Успоставите праксу да пацијенткиње које су се по први пут заразиле токсоплазмозом у току трудноће имају даљњи надзор и потребне информације.

42. Цитомегаловирус

Цитомегаловирус је најчешћи узрочник инфекције и други најчешћи узрочник урођених малформација плода у Аустралији. Међутим, не постоји довољно доказа који подупиру свеобухватно тестирање трудница на цитомегаловирус. Како се цитомегаловирус може пренијети са мајке на плод и довести до тешких оштећења, тренутно је фокус на савјетовању пацијенткиња о хигијенским мјерама које помажу смањењу ризика од инфекције у току трудноће.

42.1 Увод

Цитомегаловирус припада породици херпес вируса који се преносе пљувачком, урином или секретима гениталног тракта. Већина људи који се заразе у току живота имају минималне симптоме или су у потпуности без симптома инфекције. Вирус остаје у латентном стању у домаћину након примарне инфекције. Може поново постати активан, посебно у случају компромитованог имунитета, укључујући и трудноћу. Урођена инфекција цитомегаловирусом (инфекција новорођенчета присутна на рођењу) је најчешћи инфективни узрочник оштећења новорођенчади у развијеним земљама.

42.1.1 Статистички подаци

Трансмисија

До вертикалне трансмисије (преношење инфекције са мајке на плод) може доћи преко постељице, резултујући конгениталном инфекцијом плода. Трансмисија инфекције са мајке на плод је вјероватнија у случају примоинфекције у току трудноће (30 – 35%) него као посљедица реактивације вируса или реинфекције (1 – 2%). Међутим, реактивација и реинфекција у току трудноће представљају већи проблем због веће учесталости преегзистентне инфекције код жена репродуктивне доби те честе реактивације и реинфекције у току трудноће.

Конгенитална инфекција

Учесталост инфекције цитомегаловирусом на рођењу у развијеним земљама се процјењује на 0,64%, од којих су око 10% симптоматске на рођењу, а у исто толико случајева се развијају симптоми до 5. године живота.

Фактори ризика за трансмисију

Инфекција цитомегаловирусом је честа у општој популацији; серопозитивност код одраслих жена се процјењује на 40% до 90%, с највишом стопом у популацији нижег социоекономског статуса. До трансмисије вируса долази преко тјелесних течности, укључујући пљувачку и урин. Трансмисија је могућа и преко предмета контаминираних тјелесним течностима (нпр. преко флаше за пиће, чаше, луткица). Дјеца која се заразе у првих пар година живота могу излучивати вирус урином или пљувачком годинама, континуирано или повремено. Због тога се вирус лако шири у околностима гдје борави већи број дјеце предшколског узраста. То значи да је повећан ризик за серонегативне труднице које имају мало дијете или раде у вртићима.

42.1.2 Ризици удружени с инфекцијом цитомегаловирусом у току трудноће

Неповољни утицаји на плод подразумијевају касни спонтани побачај, мртворођеност, хидропс фетуса и застој у расту плода. Око 10% плодова који су интраутерино заражени ће имати симптоме на рођењу (осип, микроцефалија, хепатоспленомегалија), а они имају висок ризик за каснији развој сензонеуралног губитка слуха (35%) или когнитивних оштећења (до 60%), као и за друге неуроразвојне поремећаје (епилепсија, церебрална парализа) или смрт (4%). Новорођенчад с цитомегаловирусном инфекцијом која се рађају без симптома („асимптоматски конгенитални цитомегаловирусни синдром“) имају ризик за каснији развој симптома, посебно оштећење слуха (5 – 15%) и могуће неуроразвојне абнормалности. Најбољи исходи се очекују за асимптоматску новорођенчад без оштећења слуха. У развијеним државама цитомегаловирусна инфекција је узрок око 20% конгениталних оштећења слуха. Ризик за неповољне исходе и/или дуготрајне секвеле је највиши код новорођенчади чије су мајке у току прве половине трудноће имале примоинфекцију (око 10%), иако неповољни исходи могу бити и код плодова чије су мајке имале реинфекцију/реактивацију инфекције у току трудноће.

42.2 Савјетовање о смањењу ризика цитомегаловирусне инфекције

Свијест о ризицима цитомегаловирусне инфекције у трудноћи је ниска међу трудницама у Аустралији, али и међу здравственим радницима. Знање о цитомегаловирусним инфекцијама има једна од шест жена које су трудне или намјеравају да се остваре у мајчинству, а само један од десет здравствених радника разговара с пацијенткињама о могућностима спречавања инфекције овим вирусом. Превентивним мјерама (хигијенске мјере и начин понашања) смањује се ризик инфекције мајке током трудноће. Стратегије које подразумијевају да се пацијенткињама понуде информације о конгениталној цитомегаловирусној инфекцији чиме се побољшава њихово знање, прихватљиво је са аспекта пацијенткиња и не доводи до њихове сигнификантне анксиозности. Пацијенткињама треба дати савјет о превентивним мјерама без обзира на њихов серолошки статус. Пацијенткиње које знају да немају имунитет на цитомегаловирус с већом ће вјероватноћом прихватити превентивне мјере и придржавати их се.

Хигијенске мјере и промјене навика потребне за спречавање цитомегаловирусне инфекције у току трудноће

Немојте дијелити храну, пиће и посуђе с малом дјецом
Немојте стављати у уста дјечије луткице/дуде
Избјегавајте контакт с пљувачком када љубите дјецу
Темељно перите руке сапуном и водом у трајању 15 – 20 секунди, посебно након мијењања пелена, храњења мале дјеце те након дувања носа мале дјеце или брисања пљувачке
Друге мјере предострожности које се могу размотрити, али је мање вјероватно да ће довести до смањења учесталости ове инфекције су чишћење играчака, површина које могу бити контаминиране мокраћом или пљувачком дјеце, не треба користити дјечију четкицу за зубе и сл.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Препоручите свим трудницама хигијенске мјере ради смањења ризика за инфекцију цитомегаловирусом, укључујући избјегавање контакта с пљувачком и урином мале дјеце те прање руку након сваке изложености.

42.3 Тестирање на цитомегаловирус

42.3.1 Дијагностичка поузданост тестова на цитомегаловирус

До 50% инфекција цитомегаловирусом у трудноћи има неспецифичне клиничке манифестације, а већина остаје недијагностикована, сем уколико се ураде специфични тестови. Комбинација специфичних серолошких тестова на цитомегаловирус, специфична антитијела (*IgM*, *IgG* и авидитет *IgG* антитијела), омогућују разликовање примарне и секундарне инфекције и прецизније одређивање времена инфекције.

42.3.2 Универзално у односу на циљано тестирање

Према препорукама Међународне групе за конгениталне инфекције цитомегаловирусом, не препоручује се тестирање свих трудница на примарну инфекцију овим вирусом. Донесен је консензус да серолошке тестове на цитомегаловирус (цитомегаловирус-специфична антитијела *IgG*, *IgM* и авидитет *IgG* антитијела) треба понудити пацијенткињама код којих се развија болест, обично повишена температура, малаксалост, главобоља, који се не могу објаснити другом специфичном инфекцијом, или када имиџинг методи (УЗВ, МР) укажу на могућу инфекцију цитомегаловирусом.

42.3.3 Предности и недостаци тестирања трудница

Тестирањем мајке ради утврђивања примарне инфекције цитомегаловирусом у току трудноће омогућује се рана идентификација инфициране новорођенчади. Неке земље раде свеобухватна тестирања трудница. Међутим, код опсежних тестирања намеће се неколико недоумица: потешкоће у постављању тачне дијагнозе, недостатак ефикасне терапије за спречавање трансмисије инфективног агенса са мајке на плод, конгенитална инфекција је могућа и након реинфекције или реактивације претходне инфекције, изазови при давању прогнозе у сваком појединачном случају. Стогасе код асимптоматских пацијенткиња не препоручује универзално тестирање.

Закључци о економској оправданости тестирања на цитомегаловирус тренутно су ограничени због недовољно доказа о ефикасности терапије на превенцију конгениталне инфекције овим вирусом.

ПРЕПОРУКЕ ЗАСНОВАНЕ НА КОНСЕНЗУСУ
Понудите тестирање на цитомегаловирус пацијенткињама које су у честом контакту с малом дјецом (нпр. васпитачице), користећи серолошко тестирање (само цитомегаловирус специфична *IgG*)

Понудите пацијенткињама тестирање на цитомегаловирус уколико имају симптоме специфичне за ову инфекцију, а не одговарају другим специфичним инфекцијама, или уколико налази ултразвучног испитивања указују на инфекцију фетуса.

42.3.4 Надзор над пацијенткињама које имају позитиван налаз

Хиперимуни глобулини на цитомегаловирус, као и интравенска терапија имуноглобулинима, не доводе до сигнификантног смањења ризика за конгениталну инфекцију. Докази о антивирусним лијековима у профилактичке или терапијске сврхе код трудница су ограничени те се на основу њих не могу доносити закључци. С обзиром на одсуство ефикасне терапије, препоручује се консултација с експертима, укључујући и процјену новорођенчета након рођења.

42.4 Сажетак: Цитомегаловирус

Када: У раној трудноћи
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте о трансмисији цитомегаловируса**: Објасните пацијенткињи да инфекција цитомегаловирусом у току трудноће може довести до ширења инфекције на плод и да је код дјеце рођене с овом инфекцијом повећан ризик оштећења слуха и успореног психомоторног развоја.
- **Холистички приступ**: Објасните пацијенткињи да су избјегавање контакта с пљувачком мале дјеце и често прање руку најважније мјере у спречавању инфекције овим вирусом и да су посебно важне након контакта с предметима контаминираним урином и пљувачком.
- **Документовање и надзор**: Уколико је пацијенткиња тестирана на цитомегаловирус, саопштите јој резултате и убиљежите их у њену медицинску документацију. Уколико је налаз сумњив на скорашњу инфекцију, препоручите пацијенткињи консултацију с докторима медицине - специјалистима инфектологије.

43. Асимптоматска бактеријска вагиноза

Како дијагностиковање и терапија асимптоматских бактеријских вагиноза не мијења ризик од пријевременог порођаја и других компликација у трудноћи, рутинско тестирање у трудноћи се не препоручује.

43.1 Увод

Бактеријска вагиноза настаје због релативног недостатка *Lactobacillus spp*.у вагини и релативног вишка анаеробних бактерија. Овакав однос бактерија доводи до смањења нормалне киселости у вагини. Бактеријска вагиноза је асимптоматска у 50% трудница, али може дати и појачан секрет, обично сивкасте боје, с мирисом на покварену рибу.

43.1.1 Асимптоматска вагиноза у току трудноће

- Неколико великих проспективних, лонгитудиналних студија је утврдило да је учесталост бактеријске вагинозе у опсегу 9 – 23%. Једна студија у централној Аустралији је утврдила да је учесталост 26 – 36% међу пацијенткињама које долазе на прегледе у гинеколошке амбуланте (годишњи контролни прегледи или због извјесне симптоматологије, али не због трудноће).
- Фактори ризика: Бактеријска вагиноза у трудноћи је чешћа код трудница нижег социо-економског статуса и пацијенткиња које су у претходним трудноћама имале дјецу ниске порођајне тежине.

43.1.2 Ризици удружени сасимптоматском вагинозом у току трудноће

Бактеријска вагиноза је повезана с повећаним ризиком за пријевремени порођај. Анализе студија случаја и кохортних студија су показале да пацијенткиње с бактеријском вагинозом имају 1,85 пута већу вјероватноћу пријевременог порођаја него пацијенткиње без бактеријске вагинозе. Повећан је ризик за пријевремени порођај код пацијенткиња с бактеријском вагинозом дијагностикованом у раној трудноћи, чак и ако вагиноза спонтано прође у даљњем току трудноће.

43.2 Тестирање на асимптоматску бактеријску вагинозу

Рутинско тестирање свих трудница на асимптоматску бактеријску вагинозу се не препоручује у Уједињеном Краљевству (*NICE* 2008), САД (*USPSTF* 2008) и Канади (*SOGC* 2008). Једна систематска анализа је утврдила сљедеће:

- Нема студија које анализирају неповољне ефекте тестирања трудница на асимптоматску бактеријску вагинозу
- Нема јасне користи за свеукупну популацију од тестирања и терапије асимптоматске бактеријске вагинозе у току трудноће
- Иако подгрупа трудница с високим ризиком може имати користи од тестирања и терапије асимптоматске бактеријске вагинозе, значајан број пацијенткиња неће имати користи, или чак може имати штету.

43.2.1 Дијагноза бактеријске вагинозе

Бактеријска вагиноза се дијагностикује на неки од сљедећих начина:

- Амселови критеријуми (риједак, бјеличасто сиви секрет, pH већи од 4,5, ослобађа се мирис на покварену рибу након додавања базне течности, присуство „*clue*“ ћелија на директном микроскопском прегледу) или
- Нугентови критеријуми – бојење размаза вагиналног бриса по Граму ради утврђивања односа бактеријских типова на основу морфологије, при чему скор виши од шест упућује на бактеријску вагинозу. Овај поступакима високу сензитивност и специфичност, не варира у зависности од мјеста у вагини са ког се узима узорак, а има већу сензитивност од стандардне клиничке дијагнозе и комерцијалних тестова.

Други тестови, као што су *QuickVue Advanced pH* и Амински тест, нису потврђени као поуздани за откривање асимптоматске вагинозе у току трудноће.

43.2.2 Ефекти терапије на ризике удружене с бактеријском вагинозом

Иако су антибиотици ефикасни у лијечењу бактеријске вагинозе, терапија не смањује ризик за пријевремени порођај, малу порођајну тежину или пријевремену руптуру плодових овоја код пацијенткиња с ниским ризиком за пријевремени порођај. Једна *Cochrane* анализаје утврдила сљедеће:

- Нема статистички значајног смањења ризика за пријевремени порођај у групи гдје је спроведена терапија у односу на групу гдје једат плацебо или није давана терапија,
- Нема доказа о утицају на порођај прије 34 седмице гестацијеи порођај прије 32 седмице гестације. Нема разлике у учесталости мале порођајне тежине новорођенчади,
- Нема смањења ризика за пријевремену руптуру плодових овоја,
- Могуће је смањење ризика за пријевремени порођај уколико се терапија ординира прије 20 седмица гестације.

Код пацијенткиња с претходним пријевременим порођајем терапија не утиче на ризик за наредни пријевремени порођај. Међутим, двије мале студије су показале смањење ризика за пријевремену руптуру плодових овоја и малу порођајну тежину новорођенчади. Иако нема доказа да би тестирање и терапија свих трудница на бактеријску вагинозу у току пренаталног периода имало пресудан утицај на стопу пријевременог порођаја, постоје докази да би терапија у раној трудноћи могла имати бољу ефикасност.

ПРЕПОРУКА 47
Не препоручује се рутинско тестирање свих трудница на бактеријску вагинозу.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Рана терапија (прије 20 седмица гестације) доказане бактеријске вагинозе може имати користи за пацијенткиње с претходним пријевременим порођајем.

43.3 Сажетак: Бактеријска вагиноза

Када: У току пренаталног периода
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Документовање и надзор:** Уколико је трудница тестирана, убиљежити резултате тестирања у њену медицинску документацију. Пацијенткињама које имају позитиван налаз потребно је дати информације о терапијским опцијама

44. Дисфункција штитне жлијезде

44.1 Увод

Дисфункција штитне жлијезде у трудноћи је често посљедица преегзистентног стања, али се може и по први пут развити у току трудноће. Тиреоидна дисфункција подразумијева и појачану и смањену активност штитне жлијезде.

- *Хипертиреоидизам,* стање у ком је ниво хормона штитне жлијезде повишен, најчешће у виду *Grawes*-ове болести, аутоимуног поремећаја, али може настати и због изложености превисоким дозама јодида. Симптоми подразумијевају губитак у тежини, неподношење топлоте и повишен артеријски притисак. Обично се дијагностикује и лијечи прије трудноће.
- *Хипотиреоидизам* подразумијева недостатак хормона штитне жлијезде, који може бити манифестан (са симптомима као што су зимогрожљивост, гојазност и сува кожа), или може имати субклиничку форму с благим симптома или без њих, али с дисбалансом хормона штитне жлијезде. Најчешћи узрок хипотиреозе је ендемски дефицит јодида. Аутоимуне болести штитне жлијезде (нпр. Хашимото тиреоидитис) су најчешћи узрок хипотиреозе, уколико је унос јода адекватан. Детекција антитиреоидних антитијела (на тиреоидну пероксидазу или тиреоглобулин) потврђује аутоимуну етиологију хипотиреоидизма, а код еутиреоидних пацијенткиња може указивати на повишен ризик за развој тиреоидне дисфункције.

44.1.1 Учесталост

- Тиреоидна дисфункција је други најчешћи ендокринолошки поремећај (након дијабетес мелитуса) који погађа жене репродуктивне доби.
- Учесталост хипертиреоидизма у трудноћи је у опсегу 0,1 – 0,4%.
- Студије у популацијама с релативним суфицитом јодида процјењују да је учесталост манифестног хипотиреоидизма 0,3 – 0,5%, а за субклиничку форму 3 – 5%. Претпоставља се да је учесталост већа у подручјима с дефицитом јодида.
- Аустралијска национална студија о здрављу становништва (*ABS* 2014) је утврдила да је у 2011. – 2012. години ниво јодида био релативно низак код жена које се остварују у мајчинству.
- Према Глобалној бази података СЗО, утврђен је умјерени дефицит јодида у неким афричким земљама (Алжир, Чад, Сенегал), Авганистану, Бјелорусији и Вијетнаму.

Високи нивои јодида у урину повезани с високим ризиком за јодом индуковани хипертиреоидизам или аутоимуне болести штитне жлијезде утврђени су у Бразилу, Чилеу, Еквадору, Либерији и Уганди.
- Антитиреоидна антитијела су присутна код 5 – 15% жена у годинама када остварују потомство.

44.1.2 Ризици удружени с тиреоидном дисфункцијом у току трудноће

Манифестни хипотиреоидизам и хипертиреоидизам су повезани с низом лоших акушерских исхода по мајку (спонтани побачај, прееклампсија, абрупција постељице, пријевремени порођај и постпартално крварење) и по плод (мала порођајна тежина, чешћи респираторни дистрес након рођења и ослабљене когнитивне функције). Студије су сада усмјерене на испитивање потенцијалних утицаја субклиничких форми тиреоидне дисфункције и аутоимуних болести. Систематским анализама је утврђено да је субклиничка хипотиреоза у трудноћи повезана с чешћом појавом прееклампсије и вишом стопом перинаталног морталитета, а да су позитивна антитиреоидна антитијела повезана с чешћим спонтаним побачајима и пријевременим порођајем. Једна мета-анализа кохортних студија је имала сличне закључке за спонтане побачаје, а друга за пријевремени порођај.

44.2 Тестирање функције штитне жлијезде

Рутинско тестирање функције штитне жлијезде код свих трудница не препоручује се у Аустралији (*RANZCOG* 2015), нити у САД (*ACOG* 2015), док се у водичима за пренаталну његу у Уједињеном Краљевству не прецизира (*NICE updated* 2016).

44.2.1 Предности и ограничења за тестирање функције штитне жлијезде у току трудноће

Више доказа и испитивања је потребно да се процијене предности и недостаци различитих приступа у процјени функције штитне жлијезде у трудноћи и њеног утицаја на акушерске исходе трудноће по мајку и плод. Скорашња *Cochrane* студија је утврдила да:

- У поређењу с појединачним тестирањем, универзално тестирање свих трудница повећава број дијагностикованих случајева и степен спроведене терапије (умјерен до висок ниво поузданости доказа), али не постоји јасна разлика у документованим

исходима трудноћа (прееклампсија, пријевремени порођај, спонтани побачај, смрт фетуса или неонатуса) (умјерен до висок ниво поузданости доказа).
- У поређењу с нетестирањем, свеобухватно тестирање свих трудница повећава степен дијагностике и спроведене терапије, али није било јасне разлике у неуросензорним оштећењима новорођенчади, која се процјењују у дјечијој доби (IQ <85 са 3 године), а други параметри нису документовани.

Неке студије су указале да је ризик од спонтаног побачаја био нижи а ризик за царски рез виши у тестираној групи него у контролној (докази ниског квалитета).Није било сигнификантне разлике међу групама за ризик од пријевременог порођаја (докази веома ниског квалитета).

44.2.2 Идентификација пацијенткиња а високим ризиком за дисфункцију штитне жлијезде

Иако је ово поље медицине у развоју, Америчко удружење за штитну жлијезду процјењује да су пацијенткиње које имају неки од сљедећих симптома у високом ризику за болест штитне жлијезде:

- Позитивна анамнеза за тиреоидну дисфункцију,
- Симптоме или знаке тиреоидне дисфункције,
- Присуство „чворова“ у штитној жлијезди
- Потврђено присуство антитиреоидних антитијела.

Други фактори ризика за болести штитне жлијезде обухватају:

- старост >30 година
- дијабетес мелитус тип 1 или друго аутоимуно обољење
- позитивна анамнеза за спонтани побачај, пријевремени порођај или инфертилитет
- претходно зрачење главе или врата или претходна операција на штитној жлијезди
- позитивна породична анамнеза на аутоимуне болести штитне жлијезде или друге дисфункције тиреоидне жлијезде
- *BMI* ≥40 kg/m^2
- Употреба амјодарона, литијума или администрација јодног контраста ради радиолошких снимања у блиској прошлости
- Двије или више претходних трудноћа
- Уколико живе у подручју умјереног или израженог дефицита јодида.

Процјена фактора ризика је потребна при првој пренаталној посјети. Међутим, дисфункција штитне жлијезде се може развити и касније у току трудноће.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Препоручите тестирање функције штитне жлијезде трудницама које имају присутне факторе ризика за развој тиреоидне дисфункције.

44.2.3 Вријеме тестирања

Докази које данас имамо о времену када треба тестирати функцију штитне жлијезде у трудноћи нису усаглашени. Једна студија је утврдила да се тестирањем у првом триместру откривају углавном мала одступања у нивоу *TSH*, који није предиктор лоших акушерских исхода, док је друга студија утврдила да је тестирање у другом и трећем триместру имало ограничене користи. Међутим, у случајевима гдје је тестирање функције штитне жлијезде индиковано, треба га спровести што раније у трудноћи, након 6 седмица гестације, јер је пацијенткињама с манифестним хипотиреоидизмом са *TSH* >10 неопходно што прије увести терапију како би се избјегли неповољни утицаји на плод.

44.2.4 Тумачење налаза тестова за провјеру функције штитне жлијезде

Функција штитне жлијезде се у старту процјењује на основу налаза *TSH*, с одређивањем нивоа тироксина у серуму мајке уколико је *TSH* повишен или снижен. Дијагноза тиреоидне дисфункције је отежана чињеницом да се референтне вриједности *TSH* у трудноћи разликују од вриједности које важе за пацијенткиње које нису трудне.Употребом референтних вриједности које важе за општу популацију за тумачење налаза трудница долази се до неадекватних закључака у процјени тиреоидне функције трудница. Нивои *TSH* варирају с гестацијском старошћу, а такође су различити у једноплодним и вишеплодним трудноћама. Неопходно је да се користе референтне вриједности за трудноћу које узимају у обзир гестацијску старости број плодова. Такође, вриједности *TSH* и слободног тироксина варирају у зависности од лабораторијског метода који се користи.

44.2.5 Ефикасност и сигурност терапије

Пацијенткињама које имају преегзистентно обољење штитне жлијезде, нивои хормона се одређују у току трудноће и ординира се терапија како би се одржало еутироидно стање. Такође, контрола нивоа хормона и прилагођавање терапије су потребни и у случајевима у којима се дисфункција штитне жлијезде открије по први пут у току трудноће.

44.2.6 Економске анализе

Анализа економске исплативости рутинског тестирања функције штитне жлијезде код свих трудница урађенаје 2014. године. Добијени подаци нису били довољни да потврде да терапија смањује неповољне опстетричке и неонаталне исходе. Неопходна су додатна испитивања како би се могли донијети закључци.

44.3 Савјетовалиште – дисфункција штитна жлијезде

Разговарајте с пацијенткињом о тестирању функције штитне жлијезде, при чему треба упутити пацијенткињу да:

- штитна жлијезда може бити захваћена аутоимуним поремећајима или оштећена због неадекватног уноса јодида исхраном
- позитивна породична анамнеза је фактор ризика који се узима у обзир
- и смањена и појачана функција штитне жлијезде може довести до компликација у трудноћи и оштећења плода.

Иако симптоми појачане функције штитне жлијезде могу бити и уобичајени симптоми у току физиолошке трудноће (нпр. неподношење топлоте), а хипотиреоза може бити без симптома, важно је да се тестира функција штитне жлијезде код пацијенткиња које имају симптоме или висок ризик за дисфункцију овог органа (нпр.уколико су се преселиле из подручја с високом преваленцом дефицита јодида).

Уколико се дијагностикује тиреоидна дисфункција, неопходна је консултација с ендокринологом.

44.4 Сажетак: Тиреоидна дисфункција

Када: Уколико трудница има симптоме тиреоидне дисфункције или присутне факторе ризика за њу
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте с пацијенткињом о разлозима за тестирање функције штитне жлијезде**: Објасните пацијенткињи да је важно провјерити ниво хормона штитне жлијезде због утицаја који они могу имати на трудноћу и плод.
- **Користите референтне вриједности које важе за трудноћу**: Уколико тумачите налазе тестирања функције штитне жлијезде, користите референтне вриједности које важе за трудноћу, у складу с методом који се користи у лабораторији, а узима у обзир гестацијску старост и број плодова.
- **Користите холистички приступ**: Иако се због фортификације хљеба јодидима у Аустралији претпоставља да би пацијенткиње у трудноћу требале улазити с адекватним нивоом јода, суплементација јодом (150 микрограма дневно) се препоручује у току трудноће и дојења. Пацијенткиње које су се доселиле у Аустралију могу имати снижене или повишене вриједности јодида, у зависности од земље из које воде поријекло.
- **Документација и надзор**: Уколико је тестирана функција штитне жлијезде, саопштите пацијенткињи резултате и убиљежите их у њену медицинску документацију. Такође, убиљежите да ли је тиреоидна дисфункција новооткривена или је претходно лијечена. Потребно је успоставити систем надзора који ће омогућити правовремене консултације и увођење терапије када је то потребно.

45. Статус витамина Д

Ограничени су докази који подупиру испитивање статуса витамина Д код свих трудница, а користи и штетност употребе витамина Д у току трудноће су још увијек неразјашњени.

45.1 Увод

Витамин Д је есенцијалан за развој костију код дјеце и здравље костију одраслих. Регулише апсорпцију и метаболизам калцијума и фосфата. Ствара се у кожи (90%) под утицајем сунчеве свјетлости или се уноси исхраном (10%), нарочито конзумирањем млијечних производа, јаја и рибе. Референтне вриједности за витамин Д варирају. У аустралијским струковним организацијама ниво нижи од 50 nmol/L сматра се субоптималним.

45.1.1 Статус витамина Д и акушерски исходи трудноће

Скорашње студије су испитивале повезаност између статуса витамина Д труднице и акушерских исхода трудноће. Добијени докази су уопштено мале поузданости и веома су хетерогени (нпр. дефиниција о оптималном нивоу витамина Д у серуму, вријеме тестирања), а закључци су неусаглашени.

- **Гестацијски дијабетес и глукозна толеранција**: Једна кохортна студија указује да пацијенткиње с нивоом витамина Д испод 25nmol/L имају повећан ризик од оболијевања од гестацијског дијабетеса, док у другој студији није нађена јасна повезаност. Једна студија указује да су у поређењу с пацијенткињама с нивоом витамина Д вишим од 74 nmol/L у раној трудноћи, пацијенткиње с витамином Д нижим од 50 nmol/L (p=0,008) или 50 – 74 nmol/L (p=0,005) имале повећан ризик за развој гестацијског дијабетеса. Друга студија је указала да је повећање материналног нивоа витамина Д повезано са смањењем нивоа шећера у крви наташте (p=0,012).
- **Прееклампсија**: Докази су веома усаглашени да не постоји повезаност између серумског нивоа витамина Д и ризика заразвој прееклампсије, како у кохортним студијама, тако и у студијама случаја.
- **Превремени порођај**: Није доказана сигнификантна повезаност између нивоа витамина Д и превременог порођаја у кохортној (p=0,09) нити у студији случаја

(p=0,11).

- ***„Small for gestational age“***: Учесталост плодова малих за гестацијску старост у кохортним студијама била је приближна за пацијенткиње с витамином Д испод и изнад 20 nmol/L, али је стопа била повећана код оних чији је витамин Д био испод 29,9 nmol/L или испод 25 nmol/L.
- **Порођајна тежина**: Једна кохортна студија и студије случајева су утврдиле да не постоји повезаност између материналног нивоа витамина Д у првом триместру и тежине новорођенчета на рођењу. Друга кохортна студија је утврдила повезаност између материналног нивоа витамина Д испод 29,9nmol/l и мале порођајне тежине новорођенчета.
- **Макрозомија плода**: Једна кохортна студија је утврдила да је ниво материналног витамина Д испод 50 nmol/L повезана с повећаним ризиком за макрозомију плода (обим абдомена изнад 90 перцентила, p=0,041), али без наглог пораста тежине (p=0,11). Друге кохортне студије су утврдиле повезаност између материналног нивоа витамина Д испод 29,9 nmol/L и убрзаног раста плода или ризика од гојазности у доби од 1 године (p=0,03), али не и са 4 године (p=0,721).

45.2 Статус витамина Д у трудноћи

Тренутна пракса у Аустралији, Новом Зеланду и САД указује да тестирање треба да буде размотрено код пацијенткиња које имају висок ризик за субоптималне вриједности витамина Д у серуму, а да се суплементација савјетује трудницама са нивоом витамина Д испод 50nmol/L. Пракса у Аустралији и Новом Зеланду такође предлаже да се размотри увођење дневне дозе од 400 И.Ј. трудницама које имају присутне факторе ризика (без тестирања). У Уједињеном Краљевству се препоручује да се свим трудницама од почетка трудноће савјетује суплементација са 400 И.Ј. дневно.

45.2.1 Детерминанте статуса витамина Д у трудноћи

Иако су дефиниције коришћене у појединачним студијама варирале, докази су били усаглашени да су ниже вриједности нивоа витамина Д у трудноћи повезане са:

- Тамнијим типом коже
- Повећаним индексом тјелесне масе (*BMI*)
- Годишњим добима.

45.2.2 Предности и недостаци суплементације витамином Д у току трудноће

Клиничка корист тестирања статуса витамина Д је поуздана уколико имамо доказе о користи суплементације. Иако су многе студије испитивале суплементацију витамином Д са или без суплементације калцијумом у поређењу с плацебом или групом трудница без суплементације, докази о користи и штети суплементације остали су неразјашњени.

- **Серумски нивои витамина Д**: Студије су биле уједначене у доказима да суплементација витамином Д повећава ниво серумског витамина Д код трудницаи новорођенчади. Међутим, једна *Cochrane* анализа је утврдила да је клинички значај повишења серумског нивоа витамина Д у трудноћи и даље нејасан.
- **Материнални исходи**: Докази једне *Cochrane* анализе сугеришу да је смањен ризик за развој прееклампсије и гестацијског дијабетеса међу пацијенткињама које су користиле суплементацију витамином Д у поређењу с онима које су примале плацебо или нису добијале суплементацију, мада резултати нису били статистички значајни. Међу пацијенткињама које су добијале суплементацију витамином Д и калцијумом утврђен је снижен ризик за прееклампсију,као и за гестацијски дијабетес.
- **Акушерски исходи**: Једна *Cochrane* анализа је утврдила да је ризик за превремени порођај снижен код пацијенткиња које су добијале витамин Д у поређењу с онима које су добијале плацебо или нису добијале ништа, али и да је повећан код пацијенткиња које су добијале витамин Д и калцијум, док је једна каснија рандомизована кохортна студија показала да суплементација витамином Д и калцијумом нема сигнификантног утицаја на дужину гестације(p=0,37).

Једна *Cochrane* анализа је утврдила снижен ризик за малу порођајну тежину плода код пацијенткиња које су добијале суплементацију витамином Д у односу на оне без те суплементације, могуће повећање дужине новорођенчетаи обима главице, а утврђено је да нема јасне разлике у стопи царских резова, мртворођености или неонаталној смртности. Друга систематска анализа је утврдила да су докази о повезаности материналног нивоа витамина Д и тежине новорођенчета ограничени.

Једна касније спроведена рандомизована кохортна студија је утврдила да не постоји јасна разлика у порођајној тежини (p=0,88), дужини (p=0,94), обиму главице (p=0,13) или начину порођаја (p=0.,26) међу новорођенчади пацијенткиња које су добијале суплементацију витамином Д и калцијумом у односу на оне чије мајке нису добијале суплементацију.

- **Новорођенче**: Једна систематска анализа је утврдила да су докази који упућују на повезаност нивоа витамина Д код мајке и коштане масе новорођенчета ограничени због начина на који су рађена испитивањате стога што код процјена нивоа калцијума

постоји ризик пристрасности. Рандомизоване кохортне студије су утврдиле да није било сигнификантне разлике у минералном саставу костију новорођенчади мајки које нису добијале суплементацију у односу на оне које су добијале суплементацију само витамином Д (p=0,21) или и калцијумом (p=0,63).

- **Дозирање витамина Д**: Студије су биле усаглашене у тврдњи да ниво витамина Д расте с повећањем дозе (докази ниског квалитета).Студије које су упоређивале дневне дозе од 1000 – 1200 са 2000 И.Ј. утврдиле су да нема статистички значајне разлике у тежини новорођенчади (p=0,8) нити неповољних ефеката (p=0,5). Једна студија је поредећи дневне дозе од 4000 са 2000 И.Ј. утврдила да нема јасне разлике у ризику за развој хипертензивних поремећаја у трудноћи, гестацијски дијабетес, нити пријевремени порођај међу групама. Нежељени ефекти нису пријављивани.

ПРЕПОРУКА 48
Не препоручује се рутинско тестирање статуса витамина Д код свих трудница у одсуству специфичних индикација.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Уколико се врши тестирање, суплементација витамином Д се препоручује само уколико је серумски ниво витамина Д нижи од 50 nmol/L.

45.3 Сажетак: Статус витамина Д

Када: у току трудноће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, дипломирани фармацеут

- **Користите холистички приступ**: Дајте пацијенткињи препоруке о ризицима и користима излагања сунчевој свјетлости и о изворима витамина Д у појединим намирницама (млијечни производи, јаја и риба), узимајући у обзир културолошке разлике.
- **Документовање и надзор**: Уколико је код труднице тестиран статус витамина Д, убиљежите податке у њену медицинску документацију. Обезбиједите адекватан надзор како би се пацијенткињама код којих је утврђен дефицит овог витамина обезбиједило даљње праћење и суплементација.

46. Хумани папилома вирус (ХПВ)

Тестирање на хумани папилома вирус има зациљ да се идентификују пацијенткиње које могу имати цервикалне абнормалности и захтијевају додатне дијагностичке тестове.

46.1 Увод

Карцином грлића материце се може спријечити. Ћелије епитела грлића материце показују промјене или „абнормалности“ (атипију) прије прогресије у карцином, за шта је потребно око 15 година. Већина *low-grade* абнормалности регредира без терапије. *High-grade* абнормалности се могу појавити након перзистентне инфекције хуманим папилома вирусом, полнопреносивом болести која обично не даје симптоме и спонтано пролази за просјечно 2 године. Код малог броја пацијенткиња перзистентна инфекција високоризичним типовима ХПВ вируса може довести до развоја карцинома. ХПВ 16 и 18 су високоризични типови овог вируса који су утврђени у 70 – 80% случајева карцинома грлића материце у Аустралији. Програм вакцинације против ХПВ типова 16 и 18 (као и 6 и 11, који имају мањи онкогени потенцијал, али су повезани са 90% гениталних брадавица) представљен је у Аустралији 2007. године.

46.2 Тестирање на хумани папилома вирус

Према тренутно важећим препорукама у Аустралији, жене треба да се тестирају сваких 5 година.

Табела Ф6: Препоруке програма за скрининг промјена на грлићу материце

Ко: Све пацијенткиње које су ступиле у сексуалне односе, укључујући и оне које су примиле вакцину против ХПВ
Шта: Тестирање на ХПВ вирус цервикалних брисева и *liquid-based* цитологија за позитивне узорке
Када: Почети са 25 година, или 1 – 2 године након ступања у сексуалне односе
Колико често: Сваких 5 година уколико није детектован ХПВ

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Понудите пацијенткињама скрининг на промјене грлића материце како је наведено у препорукама Националног скрининг програма.

46.2.1 Поступак у случају присуства цервикалних абнормалности

Постоји неколико студија које описују прогресију *low-grade* абнормалности у карцином у току трудноће, али се чини да се то јако ријетко дешава. *NHMRC* препоручује сљедеће поступке у току трудноће:

- Пацијенткиње које имају *low-grade* промјене треба да понављају брис на 12 мјесеци
- Пацијенткињекоје имају *high-grade* промјене треба упутити на консултативни преглед код колпоскопичара с искуством у процјени грлића материце у току трудноће.

46.3 Сажетак: Абнормалности цервикса

Када: У току ране трудноће, уколико пацијенткиња није радила скрининг у препорученом временском периоду
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте с пацијенткињом о разлозима за тестирање на ХПВ**: Објасните пацијенткињи да је тестирање сваких 5 година препоручено свим сексуално активним женама како би се открила евентуална ХПВ инфекција јер перзистентна инфекција овим вирусом може довести до цервикалних абнормалности.
- **Савјетовалиште за пацијенткиње с позитивним налазом**: Објасните пацијенткињи да позитиван налаз тестирања не значи обољење.
- **Холистички приступ**: Дајте савјет пацијенткињама како најлакше да дођу до препоручених и потребних процедура. Објасните им да је укључивање у скрининг регистар повјерљиво и аутоматско (сем уколико пацијенткиња захтијева другачије) и да из регистра шаљу подсјетникепацијенткињама када је вријеме за наредно тестирање.
- **Документовање и даљње консултације**: Уколико је пацијенткиња тестирана, саопштите јој резултате тестирања и убиљежите их у њену медицинску документацију. Налазе такођеубиљежитеу Национални регистар и обезбиједите даљњи надзор уколико је потребно.

ДИО X:
ХРОМОЗОМСКЕ АНОМАЛИЈЕ ПЛОДА

Доступни су тестови који пацијенткињама које се одлуче за то омогућују да утврде да ли постоји повишен ризик да плод има хромозомске абнормалности. На основу ових тестова могу се доносити одлуке о потреби за дијагностичким тестовима. Доношење одлука у свим фазама овог процеса захтијева активан ангажман с пацијенткињама, њиховим партнерима и члановима породице.

47. Хромозомске абнормалности

Хромозомске абнормалности плода које су обухваћене пренаталним тестирањем:

- **тризомија 21 (Даунов синдром), најчешће стање с хромозомским абнормалностима, које се карактерише препознатљивим цртама лица, неадекватним развојем интелектуалних способности те аномалијама срца и/или црijева.**
- **тризомија 18 (Едвардсов синдром) и тризомија 13 (Патау синдром), који се карактеришу препознатљивим цртама лица, тешким интелектуалним инвалидитетом и другим физичким оштећењима.**

47.1 Хромозомске абнормалности у Аустралији

Национална служба за перинаталну статистику посљедњи пут је извјештавала о урођеним аномалијама у Аустралији у периоду 2002. – 2003. Тризомија 21 је најчешће пријављена хромозомска абнормалност при рођењу (1,11 на 1000 новорођених), а пријављен је и висок проценат (60%) интраутериних смрти и прекида трудноћа у којима је плод имао ову хромозомску аномалију. Када су у анализу укључени случајеви прекинутих трудноћа, процијењена стопа је била 2,63 на 1000 трудноћа. Тризомије 18 и 13 повезане су с великим бројем интраутериних смрти плодова или прекида трудноћа. Сва стања су била чешћа код жена старијих од 40 година. Новији подаци из државе Викторија о антенаталном дијагностиковању хромозомских аномалија засновани на резултатима амниоцентезе и биопсије хорионских чупица у периоду 2013. – 2015. дају процијењену стопу откривања тризомије 21 од 2,6 на 1000 рођених (1 од 380). Учесталост антенатално постављених дијагноза тризомије 18 и 13 биле су 0,5 (1 на 2000)

и 0,3 на 1000 рођених (1 на 3333). Стопе тризомија 21, 18 и 13 пријављене су као 1,4, 0,5 и 0,1 у Квинсленду у 2010. години. Подаци Новог Јужног Велса из 2010.године дају стопе на 1000 новорођених (тј. без укључених прекида трудноћа) од 0,5 за тризомију 21 и 0,1 за тризомије 18 и 13. У Новом Јужном Велсу број пријављених прекида трудноће повезаних с хромозомским аномалијама порастао је са 246 у 2004. на 323 у 2009. години.

48. Статистички тестови

48.1 Доступност тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода

Развијен је низ биохемијских тестова и ултрасонографских техника којима се значајно повећава успјешност идентификације плодова с великом вјероватноћом хромозомских аномалија, као што су тризомија 21 (Даунов синдром), тризомија 18 (Едвардсов синдром) и тризомија 13 (Патау синдром).

Избор теста врши се на основу гестацијске старости. Неопходно је детаљно информисање пацијенткиње прије и након тестирања, при чему се у обзир узимају и жеље пацијенткиње, доступност појединих тестова, трошкови, као и искуство ултрасонографичара.

Тренутна пракса у Аустралији ја да се тестирање на хромозомске аномалије ради у првом триместру. Комбиновани тест првог триместра обухвата:

- ултразвучно мјерење нухалне транслуценције фетуса између 11 и 13+6 седмица гестације(када је дужина тјеме – тртица (*CRL*) плода 45 – 84 mm),
- Вриједности хормона *PAPP-A* (*pregnancy-associated placental protein-A*) и слободног *βHCG* (*free beta-human chorionic gonadotrophin*) у крви мајке између 9 и 13+6 седмица гестације.

Једна новија могућност подразумијева тестирање ванћелијске дезоксирибонуклеинске киселине (*cfDNA*, енгл. *Cell free DNA*), а такође се сматра неинвазивним пренаталним тестирањем (*NIPT, НИПТ*). Може се користити за детекцију хромозомских аномалија плода од 10. седмице гестације. Тест подразумијева секвенцирање ДНК фрагмената у материнском серуму, мапирање сваке секвенце ДНК у одговарајући геном и сабирање фрагмената који долазе са сваког хромозома. Уколико плод има тризомију, у серуму мајке ће бити већи број фрагмената него што се очекује.

- НИПТ тест се користи као првостепени тест, потом као другостепени (пацијенткињама које имају висок ризик за хромозомске аномалије плода на комбинованом тесту првог триместра треба понудити *cfDNA* тест или дијагностичке тестове) или као контингентни модел тестирања (када се код пацијенткиња с умјереним ризиком за хромозомске аномалије плода при комбинованом тесту првог триместра понуди НИПТ, а потом се онима чији је налаз и овог теста високо суспектан понуде дијагностички тестови).
- Евалуацијом имплементације контингентног модела тестирања у националним скрининг програмима утврђено је да се на овај начин побољшава успјешност самих програма.
- Употреба *cfDNK* теста као прва линија избора адекватнаје за пацијенткиње с инфекцијама, гдје се инвазивним процедурама може повећати ризик трансмисије инфективног агенса са мајке на плод.

У каснијој трудноћи (14 до 20 седмица), за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода обично се користе трипл тест (одређивање вриједности алфа фетопротеина, слободне *βHCG* (или укупне *HCG*) и неконјугованог естриола у серуму мајке), или квадрипл тест (који такође обухвата и инхибин А). Како се *cfDNK* тест може радити у било које доба гестације почевши од 10. седмице, треба га размотрити у току савјетовања с пацијенткињама које су пропустиле комбиновани скрининг тест првог триместра.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
У току првог триместра, свим пацијенткињама/паровима је потребно дати информације о сврси тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода и импликацијама које резултати теста имају на даљњи ток и надзор трудноће, како би им се омогућило да доносе информисане одлуке на основу поузданих података.

48.2 Прецизност тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода

У Уједињеном Краљевству (*NICE* 2008), САД (*ACOG* 2007) и Аустралији (*RANZCOG* 2015) се препоручује да се свим трудницама, без обзира на године старости, у првом триместру понуде тестови за процјену вјероватноће да плод има абнормалности хромозома.

48.2.1 Комбиновани тест првог триместра

Комбиновани тест првог триместра идентификује факторе за које је познато да су удружени с хромозомским аномалијама плода,а који су међусобно неповезани.

Вјероватноћа хромозомских и других аномалија плода, као и интраутерина и постнатална смрт плодова, повећава се с повећањем дебљине нухалне транслуценције. Повољни исходи трудноће су утврђени у 92% плодова који су имали нухалну транслуценцију до 3,4mm (95 перцентила) у поређењу са 18% оних који су имали нухалну транслуценцију ≥6,5mm.У неким случајевима, ултрасонографска процјена у првом триместру је тешка или чак немогућа (висок *BMI* пацијенткиње, положај плода). Комбиновањем процијењене нухалне транслуценције и вриједности хормона повећава се предиктивна вриједност теста. Скорашњи докази о сензитивности комбинованог теста су показали сљедеће:

- Систематском анализом (65 студија) је утврђен степен детекције 91,9% за тризомију 18 (стопа лажно позитивних налаза 3,5%), 83,1% за тризомију 13 (стопа лажно позитивних налаза 4,4%), а 70,1% за монозомију X (стопа лажно позитивних налаза 5,4%).
- Кохортним студијама је утврђена стопа детекције од:
  - 92,2% за тризомију 21 (стопа лажно позитивних налаза 8,0%)
  - 91,3% за тризомију 21; 97,1% за тризомију 18; 92,3% за тризомију 13; 80% за анеуплоидије полних хромозома и 87% за атипичне анеуплоидије
  - 87% за тризомију 21; 91,8% за тризомије 13 и 18; 86,0% за монозомију X; 8,1% за друге анеуплоидије полних хромозома, 89,3% за триплоидије и13,0% за друге високоризичне исходе трудноће.

Укупна стопа инвазивних процедура је била 59 на 1000 тестираних трудноћа. Како се дебљина нухалне транслуценције повећава с гестацијскомстарошћу, а степен детекције из серума зависи и од старости труднице, ови фактори се укључују у алгоритме за процјену. Укључивањем година труднице у калкулацију, било појединачно или у комбинацији с резултатима анализираних серумских параметара, повећава се вјероватноћа детекције хромозомских аномалија. Серумски параметри који се анализирају су такође зависни од гестацијске старости, тежине пацијенткиње, етничке припадности, конзумирања дувана, да ли је трудноћа настала *IVF* поступком, паритета и евентуално присутног дијабетеса код труднице. Рачуна се основни ризик за сваки појединачни случај, а потом се он укључује у алгоритам за калкулацију укупног ризика, заједно с дебљином нухалне транслуценције, као и старошћу мајке. Позитивна анамнеза за присуство тризомије 21 у претходним трудноћама повећава вјероватноћу позитивног резултата теста за тризомију 21.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Уколико пацијенткиња одлучи да ради комбиновани тест (дебљина нухалне транслуценције, слободни β-HCG, PAPP-A), потребно је организовати да се крв мајке за биохемијске анализе узме од 9.до 13+6 седмица гестације, а ултразвучни преглед је потребно урадити између 11 и 13+6 седмица гестације.

48.2.2 НИПТ тестирање (*cfDNA*, енгл. *Cell free DNA*)

cfDNA тестирање има виши степен детекције честих тризомија него комбиновани тест првог триместра: релативни ризик детекције 1,13 (1,08 до 1,18) за тризомију 21 и 1,22 (1,18 до 1,26) за тризомије 18 и 13. Након овог теста је индиковано мање инвазивних процедура (10 на 1000 тестираних пацијенткиња) те је ниво побачаја повезаних с тим интервенцијама нижи. Међутим, *cfDNA* тестирањем се може пропустити да се детектује нека од мање честих хромозомских аномалија: релативни ризик за детекцију 0,23 (0,16 до 0,33) за анеуплоидије полних хромозома и 0,01 (0 до 0,04) за атипичне анеуплоидије уколико се циљано не укључе у спектар анализирања при *cfDNA* тестирању. Такође, трошкови увртавања *cfDNA* теста за тризомију 21 као прве линије избора у аустралијску праксу тренутно би били виши него за комбиновани скрининг првог триместра (трошкови везани за тестирање на друге хромозомске аномалије још увијек нису испитивани у Аустралији). Међутим, уколико се користи као прва линија избора у индикованим случајевима, може бити економски исплативији од комбинованог теста првог триместра.

Будући да је тест *cfDNA* доступан у Аустралији, здравствени радници треба да буду упознати с њим:

- Тест се може изводити од 10. седмице гестације
- Тест није дијагностички; позитиван резултат захтијева потврду инвазивним процедурама
- Дијагноза феталних анатомских или генетских аномалија може бити одложена или пропуштена уколико са 11 – 13 седмица гестације није урађен ултразвучни преглед у комбинацији са *cfDNA* тестом
- Иако је ниво лажно позитивних налаза нижи него за комбиновани тест првог триместра, могући су и лажно позитивни и лажно негативни налази
- Мала фракција феталне ДНК у циркулацији мајке, која је честа код пацијенткиња чији је *BMI* >30 kg/m^2, може дати резултат неподесан за тумачење; у зависности од времена тестирања, ово може значити да је пацијенткиња пропустила период гестације када се ради комбиновани скрининг тест првог триместра
- У ријетким околностима, при тестирању се може посумњати на нека од стања мајке и плода која нису била циљ тестирања

- Тест тренутно нијепокривен здравственим осигурањем; трошкови за пацијенткињу су $400 – $500, у зависности од локације.

48.3 Савјетовање о тестовима

При првој пренаталној контроли или што раније у току трудноће пацијенткињу треба упознати с доступношћу тестова за процјену вјероватноће хромозомских аномалија плода те јој треба дати препоруке у писменој форми или на неки други адекватан начин (нпр.ДВД, видео). Информисање пацијенткиња на адекватан начин је веома важно због комплексности овог питања и важности доношења одлука на основу исправних и потпуних информација.

У току савјетовања о тестирању, како би пацијенткиња донијела адекватну одлуку, важно је у разговору користити термине „вјероватноћа“ или „шанса“, прије него „ризик“, те им објаснити:

- Пацијенткиња/пар одлучују да ли се тестирање спроводи
- За које хромозомске аномалије је доступно тестирање и разлике између појединих аномалија
- Различите начине тестирања (нпр. комбиновани тест првог триместра, *cfDNA* као прва или друга линија тестирања или у селектованим случајевима и предности и недостатке сваког теста.
- Начине тестирања, одлукекоје се доносе и све консеквенце које оне носе
- Потребу запроцјеном гестацијске старости да би се тестови радили у адекватно вријеме
- Резултати тестова говоре о вјероватноћи за постојање хромозомских аномалија плода, али се њима не поставља дефинитивна дијагноза
- Сензитивност, специфичност, утицај старости пацијенткиње на резултате, потом потпуно објашњење добијеног налаза (нпр. висока вјероватноћа/ниска вјероватноћа, 1 од 10, 1 од 300, 1 од 1000)
- Даљње поступке за пацијенткиње чији резултату тестова упућују на висок ризикза хромозомске аномалије плода, укључујући информације о биопсији хорионских чупица и амниоцентези
- Задебљана нухална транслуценција уз нормалан кариотип може указивати на друге аномалије, које могу бити анатомске (нпр.дијафрагмалнахернија, срчане мане) или генетске (нпр. *Smith-Lemli-Opitz syndrome, Noonan syndrome*)
- Фактори који повећавају вјероватноћу хромозомских аномалија (старост мајке, позитивна породична анамнеза за хромозомске аномалије)
- Гдје и како се тестови изводе, уколико пацијенткиња одлучи да их ради
- Доступност помагала за одлучивање (нпр. *Ottawa Decision Framework*)
- Трошкове које сноси пацијенткиња и очекивано вријеме добијања резултата.

Пацијенткиње могу да одлуче да не раде тестове или да одмах раде инвазивне дијагностичке процедуре (нпр. због тежње да добију дефинитивну информацију и/или због неповјерења у сензитивност доступних тестова). Избор који пацијенткиња и њен партнер направе у вези с тестирањем не би требало да има утицај на даљње пружање здравствене његе.

ПРИМЈЕНА У ПРАКСИ
Понудите информације о хромозомским аномалијама и статистичким тестовима на пацијенткињама разумљив и прихватљив начин.

48.4 Поступак с пацијенткињама чији налази упућују на велику вјероватноћу хромозомских аномалија плода

Након добијања резултата који сугеришу да је велика вјероватноћа да плод има хромозомске аномалије важно је размотрити упућивање пацијенткиње код доктора медицине - специјалисте у области генетике који се баве овом проблематиком (нпр.у генетско савјетовалиште). Пренатална њега пацијенткиња које имају велику вјероватноћу хромозомских аномалија плода треба да се пружа с пуно подршке и поштовања према одлукама које оне доносе у даљњем току трудноће.

49. Дијагностички тестови

У односу на гестацијску старост одлучује се и о избору дијагностичких тестова. Ови тестови су инвазивни и повезани су с повећањем ризика за спонтани побачај за 1%. Међутим, скорашње студије сугеришу да додатни ризик нијесигнификантан и да зависи од вјештине и искуства особе која изводи тест.
Дијагностички тестови се заснивају на анализи хромозома из ћелија добијених:

- Биопсијом хорионских чупица (ткиво чупица хорионског ткива [дио плаценте]): тестирање се изводи након 11 седмица гестације
- Амниоцентезом (узоркују се ћелије феталне коже из амнионске течности): тестирање се изводи након 15 седмица гестације.

49.1 Вријеме извођења дијагностичких тестова

Постоји доказ високог квалитета из једне *Cochrane* анализе и сљедствено грандомизованог испитивања (n=3.775) да амниоцентеза прије 15 седмица гестације повећава ризик за спонтани побачај. Трансабдоминална биопсија хорионских чупица јеметод избора за дијагностику феталних хромозомских аномалија прије 14 седмица трудноће. Неке пацијенткиње немају могућност биопсије хорионских чупица (нпр.уколико није изводљиво урадити тест до 14 седмица гестације или због положаја постељице), а неке могу изабрати да сачекају амниоцентезу након 15 седмица гестације.

ПРЕПОРУКА 49
Уколико пацијенткиња одлучи да ради дијагностички тест за хромозомске аномалије, избор треба донијети на основу гестације (биопсија хорионских чупица прије 14 седмица гестације, а амниоцентеза након 15 седмица гестације) и преференције пацијенткиње/пара.

49.2 Савјетовање – дијагностички тестови

Да би пацијенткиња могла да да информисани пристанак за извођење дијагностичког теста, важно је објаснити јој:

- доступне тестове, гестацијску старост у којој се они изводе, ток саме процедуре и ризике које она носи
- могућност да процедура неће бити успјешна или да резултат не описује у потпуности стање фетуса
- могућност постојања других аномалија плода које се не утврђују овим тестовима
- временски оквир задобијање резултата теста и планирање даљњих одлука уколико је потребно
- размотрити опције за случај да се добије позитиван резултат теста (нпр. наставак трудноће или прекид трудноће у случајевима када је то дозвољено према важећим законским прописима), потребу за додатном здравственом његом уколико се трудноћа наставља (нпр. надзор труднице и новорођенчета) и опције за усвајање и алтернативне могућности
- здравствене и развојне потенцијале дјеце рођене с хромозомским аномалијама и дуготрајан утицај оваквих околности на саму пацијенткињу и њену породицу
- утицај лажно позитивних и лажно негативних резултата тестова на пацијенткињу и њену породицу (нпр. код пацијенткиња које су добиле лажно позитивне резултате може перзистирати анксиозност)
- трошкове које сноси пацијенткиња.

49.3 Тумачење резултата теста

Када пацијенткиња ради дијагностички тест и утврди се присуство хромозомске аномалије плода, у што краћем року је треба упутити на консултације у референтну установу. Пожељно би било да се консултације обаве с опстетричарем, бабицом с искуством у савјетовању о генетским аномалијама те с клиничким генетичарем. Тумачење дијагностичких тестова треба радити пажљиво, а најбоље је да то раде искусни практичари како би се омогућила адекватна комуникација с пацијенткињама.Веома је важно да се избјегну негативни коментари о стању које је дијагностиковано код плода те да пацијенткиња не осјећа притисак при доношењу одлуке. Пацијенткињи треба понудити адекватне информације о дијагностикованом стању плода, као и о организацијама које се баве подршком особама с тим стањем. Неке пацијенткиње у моменту добијања резултата теста нису у стању да прихвате и разумију све информације те је у тим случајевима потребно поновити сусрет с пацијенткињом. У току савјетовања треба

водити рачуна о осјетљивости одлука које пацијенткиња доноси, поштовати сваку одлуку и оставити довољно времена за доношење одлука. Уколико пацијенткиња добије уредан налаз дијагностичких тестова, треба јој пружити информације да ипак постоји могућност хромозомских аномалија плода јер сензитивност тестова није 100%.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Пацијенткињама код којих је дијагностичким тестовима утврђено присуство хромозомских аномалија плода препоручите консултације у здравственој установи трећег референтног система у што краћем року.

НАПОМЕНА
Пацијенткиње чији су резултати статистичких тестова указивали на висок ризик, а резултати дијагностичких тестова уредни, потребно је упутити на додатне претраге у здравствену установу трећег референтног система због веће вјероватноће других аномалија плода.

50. Други аспекти тестирања на хромозомске аномалије плода

50.1 Доступност и прихватљивост тестирања

Доступност различитих тестова, пракса и прихватање од стране пацијенткиња варирају по регионима. Свеукупно, у 2007. – 2008. ултразвучна процјена нухалне транслуценције је рађенакод око 50% трудница. Студије у Викторији и Квинсленду су показале бољу прихватљивост тестирања у градским подручјима и приватној здравственој пракси, а нижу стопу детекције Дауновог синдрома у сеоским подручјима и јавним здравственим установама. Лошији приступ тестирању у сеоским подручјима може узроковати недостатак превоза, лошија подршка, нижи приходи и увјерења пацијенткиња. Међутим, показано је да ниже стопе прихватања тестирања међу пацијенткињама нижег социоекономског статуса указују више на нижи ниво доношења информисаних одлука него на увјерења пацијенткиња.

НАПОМЕНА
Препоручите свим пацијенткињама тестирање на хромозомске аномалије плода у адекватној гестацијској старости.

50.2 Едукација здравствених радника

Здравственим радницима који раде с трудницама потребна је континуирана едукација о тестовима скринига на хромозомске аномалије и информисаност о доступним тестовима. То подразумијева едукацију о:

- стањима за која постоји тестирање, преживљавање пацијената с тим дијагнозама, животне потешкоће с којима се сусрећу породице обољелих, као и они сами, као и подршка заједнице доступна породицама и самим оболелима
- саопштавање „изазовних вијести“ прије него „лоших вести“, уз однос поштовања према пацијентима с хромозомским аномалијама.

50.3 Акредитација доктора медицине - специјалиста гинекологије и акушерства са едукацијом из УЗВ дијагностике

Способност адекватног мјерења нухалне транслуценције зависи од адекватне обуке и придржавања стандарда праксе како би се постигла уједначеност резултата међу различитим докторима медицине - специјалистима гинекологије и акушерства са едукацијом из УЗВ дијагностике.

50.4 Сертификација

Све лабораторије које се баве тестирањем морају бити сертификоване.Потребно је спроводити спољне и унутрашње контроле квалитета.

50.5 Сажетак: Тестирање на хромозомске аномалије

Када: При првој пренаталној контроли
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Објасните процедуре тестирања на хромозомске аномалије плода**: Објасните сврху тестирања, на који начин се изводе тестови, стања која се могу открити доступним тестовима те да је избор пацијенткиње да ли ће се неки тест радити или не.
- **Вријеме тестирања**: За пацијенткиње које су одлучиле да раде комбиновани тест првог триместра планирајте контроле тако да се тест уради прије 13+6 седмица трудноће. Уколико пацијенткиња одлучи да ради *cfDNA* тест, он се може радити од 10. седмице трудноће надаље. Пацијенткињама које су пропустиле даураде комбиновани тест првог триместра, а нису у могућности да ураде *cfDNA* тест, препоручује се урадити скрининг тестове другог триместра (који подразумијевају одређивање алфа-фето протеина, неконјугованог естриола, слободног бета *HCG* и инхибина А у серуму мајке).
- **Препоручите пацијенткињама чији резултати тестова указују на висок ризик хромозомских аномалија плода консултације с љекарима специјализованим за ову област**: Ово може помоћи пацијенткињи да боље размотри све могућности и донесе информисану одлукуо даљњим дијагностичким тестовима. Уколико и дијагностички тестови укажу на хромозомске аномалије плода, у што краћем року пацијенткињу треба упутити у референтну установу ради савјетовања.
- **Распитајте се о доступним опцијама у локалној заједници**: Доступност лабораторија за тестирање и организација за подршку пацијентима варира у зависности од локације. Распитајте се о локалним групама за подршку и савјетовалиштима.

ДИО И:
УОБИЧАЈЕНИ СИМПТОМИ У ТОКУ ТРУДНОЋЕ

У току трудноће чести су бројни симптоми. Иако ова стања не дјелују негативно на трудноћу, могу бити узнемирујућа или довести до слабости труднице, а пацијенткиње могу затражити савјет како би смањиле тегобе. Препоруке су засноване на доказима о ефикасности појединих поступака у смањењу тегоба.

51. Мучнина и повраћање

Мучнина и повраћање су чести симптоми у току трудноће, посебно у првом триместру, с различитим интензитетом међу трудницама. Ради смањења ових тегоба може се користити низ фармаколошких и нефармаколошких поступака. Пацијенткиње ове поступке могу сматрати корисним, иако су докази о њиховој ефикасности несигурни.

51.1 Увод

Мучнина и повраћање у трудноћи се рангирају од благе нелагоде до значајног морбидитета. Симптоми обично почињу између 4.и 9. седмице трудноће. Мучнину и повраћање због других стања (нпр.гастроинтестиналних, метаболичких, неуролошких или генитоуринарних) треба увијек искључити, нарочито код пацијенткиња код којих се ове тегобе јављају по први пут након 10. седмице гестације. Најтежи облик мучнине и повраћања у трудноћи је *Hyperemesis gravidarum*, под којим се сматра неуобичајено јако повраћање у раној трудноћи, које води у дехидратацију и кетонуријy, који су таквог интензитета да захтијевају хоспитализацију и интравенску надокнаду течности. Узрок мучнине и повраћања у трудноћи је непознат, али су узроци вјероватно вишеструки. Пораст нивоа хуманог хорионског гонадотропина у трудноћи се сматра значајним; међутим, докази о његовој удружености с мучнином и повраћањем нису сигурни.

51.1.1 Мучнина и повраћање у трудноћи

- **Учесталост**: Мучнина је најчешћи симптом од стране гастроинтестиналног тракта у трудноћи, који се јавља код 80 – 85% трудница у току првог триместра, удружено с повраћањем у око 52% случајева. Гађење (или нагон на повраћање, без експулзије желудачног садржаја) се описује као посебан симптом који се све више прати одвојено од мучнине и повраћања.
- **Вријеме јављања тегоба**: Већина трудница наводи да се мучнина и повраћање појављују у првих 8 седмица од посљедње менструације (94%), при чему се код трећине пацијенткиња (34%) ови симптоми појављују око 4 седмице од посљедњег менструалног крварења. Код већине пацијенткиња (87 – 91%) симптоми се повуку до 16 – 20 седмица гестације. Иако се мучнина и повраћање често наводе као „јутарњи“ проблем, само 11 – 18% пацијенткиња наводи да ове тегобе има искључиво ујутру.
- **Hyperemesis gravidarum**: Ово стање је много ријеђе и појављује се код око 0,3 – 1,5% трудница. Симптоми обично почињу између 5. и 10. седмице, а повлаче се до 20. седмица гестације. Међутим, до 10% пацијенткиња има повраћање током цијеле трудноће. Учесталост хоспитализација се смањује од 8. седмице гестације.

51.1.2 Утицај мучнине и повраћања на трудноћу

Иако су узнемирујући и доводе до малаксалости неких пацијенткиња, мучнина и повраћање немају негативан утицај на исходе трудноће. Систематским анализама студија утврђен је снижен ризик од спонтаног побачаја код пацијенткиња које су имале мучнину и повраћање теконтрадикторни подаци о смањеном ризику перинатални морталитет. Ниједна студија није утврдила везу између мучнине и повраћања у трудноћи и тератогености. Међутим, без обзира на чињеницу да немају негативних утицаја на акушерске исходе трудноће, мучнина и повраћање имају велики утицај на квалитет живота трудница. Двије студије су указале на неповољан утицај ових симптома на свакодневне активности пацијенткиња, односе с другима, употребу здравствене службе те одсуство са посла.

51.2 Терапијске опције за мучнину и повраћање у току трудноће

Систематска анализа студија, спроведена за потребе израде овог водича, утврдила је чињенице које су у складу с *NICE* водичима. Студија највишег квалитета, једна *Cochrane* анализа обрадила је 27 истраживања употребе појединих процедура укључујући акупунктуру, акустимулацију, употребу ђумбира, употребу витамина Б6 и неколико лијекова против мучнине.

Систематске анализе студија о овој теми су компликоване због хетерогености студија, као и због ограничених доказа о акушерским исходима трудноћа.

Доступни докази указују на сљедеће:

- **Ђумбир**: Иако мале рандомизоване студије указују на смањење интензитета мучнине и повраћања уз употребу производа од ђумбира (сируп или капсуле), постоје ограничени и неусаглашени докази о њиховој ефикасности, мада је доказано да их пацијенткиње перципирају као корисне. Доза до 250 mg четири пута дневно се показала безбједном.
- **Акупресура, акустимулација и акупунктура**: Иако докази неких систематских прегледа рандомизованих кохортних студија подупиру коришћење П6 акупресуре и указују на то да је тај поступак безбједан у току трудноће, докази о ефикасности П6 акупресуре, акупресуре ушне шкољке и акустимулације тачке П6 неконзистентни су и ограничени, а указују и на то да нема сигнификантне користи од ових поступака, као и од акупунктуре (П6 нити традиционалне).
- **Пиридоксин (витамин Б6)**: Постоје ограничени докази који подупиру употребу пиридоксина у трудноћи, а постоји забринутост због могуће токсичности у високим дозама.
- **Антихистаминици**: Једна мета-анализа 12 рандомизованих кохортних студија које упоређују употребу антихистаминика ± пиридоксин с плацебом утврдила је сигнификантно смањење мучнине у групи пацијенткиња која је примала терапију
- Једна систематска анализа трирандомизоване кохортне студије је утврдила да **фенотиазини** смањују мучнину или повраћање, када се упоређују с плацебом, иако су груписани различити фенотиазини, а једна студија је анализиралапацијенткиње након првог триместра. Већина доказа указује на то да нема повезаности између употребе фенотиазина у току трудноће с појавом оштећења новорођенчади.
- **Друге фармаколошке терапије**: Антиеметички лијекови имају своје мјесто у терапији код јако изражених тегоба, као и неиздрживе мучнине и повраћања код *Hyperemesis gravidarum*, прије него ради смањења тегоба код благих и средње изражених симптома.

Тренутно није могуће препоручити неки терапијски поступак за мучнину и повраћање у раној трудноћи који би био ефикасан и сигуран. Како се ови симптоми обично спонтано повлаче до

16/20. седмице гестације, без неповољног утицаја на трудноћу, ординирање лијекова у првом триместру обично није индиковано, сем уколико су симптоми јако изражени.

НАПОМЕНА
Пацијенткињама код којих се у току трудноће јаве мучнина и повраћање треба објаснити да, иако дјелују узнемирујуће, ове тегобе се обично спонтано повлаче између 16.и 20. седмице гестације те да нису повезане с лошим акушерским исходима трудноће.

51.2.1 Прекид терапије препаратима гвожђа

Суплементација препаратима гвожђа може бити отежавајући фактор код симптома мучнине и повраћања. Систематска анализа спроведена за потребе овог водича утврдила је једну проспективну кохортну студију у којој је 63 од 91 трудница с јако израженим тегобама потврдило побољшање симптома након прекида суплементације витаминским комплексима који садрже гвожђе. Уколико се мултивитамински препарати искључују, препоручује се да остане суплементација фолатима и јодидима.

НАПОМЕНА
Прекидање суплементације с витаминским препаратима за труднице који садрже гвожђе, док трају симптоми мучнине и повраћања, може допринијети побољшању симптома.

51.2.2 Орално здравље

Мучнина и повраћање могу имати утицај на орално здравље те пацијенткињама треба дати савјет како да минимализују тај утицај.

51.3 Сажетак: Мучнина и повраћање

Када: При првом и сваком сљедећем контакту с пацијенткињама које наводе да имају тегобе (мучнину и/или повраћање)
Ко:Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, нутриционисти, магистри фармације

- **Објасните пацијенткињама да мучнина и повраћање немају неповољан утицај на трудноћу**: Објасните пацијенткињама да су мучнина и повраћање у трудноћи чести, нису увијек само у јутарњим сатима те да обично пролазе до 16. седмица гестације.
- **Предложите промјене навика**: Објасните да мучнина и повраћање утичу на квалитет живота и предложите поступке за смањење тегоба, укључујући узимање доста течности, узимање мањих и чешћих оброка, одмарање те избјегавање масне и љуте хране. Избјегавање витаминско-минералних комплекса који садрже гвожђе док трају мучнина и повраћање може бити од помоћи.
- **Савјетовање о нефармаколошким и фармаколошким терапијским опцијама**: Уколико пацијенткиња жели терапију за мучнину и повраћање, предлажу се опције које су сигурне, а први избор је нефармаколошки приступ. О сигурности и ефикасностиантиеметика треба разговарати с пацијенткињама које имају израженије тегобе, а желе да користе терапију.

52. Констипација (затвор, нередовна столица)

Констипација је чест симптом у трудноћи, посебно у првом триместру. Савјетовање о повећању заступљености влакана у исхрани и адекватној употреби лаксатива може помоћи пацијенткињи у терапији констипације и смањењу ризика од поновног јављања.

52.1 Увод

Констипација подразумијева успорење пасаже цријевног садржаја, удружено с болном дефекацијом и осјећајем нелагоде у абдомену. Повишене вриједности прогестерона у трудноћи могу узроковати успорење мотилитета гастроинтестиналног тракта и продужити вријеме транзита цријевног садржаја.Недовољан унос влакана у исхрани може допринијети развоју констипације у току трудноће, као и у сваком другом периоду живота.Суплементација препаратима гвожђа, честа у току трудноће, такође доприноси развоју констипације. Констипација се дефинише по критеријумима *RIM II*: присуство најмање два симптома у најмање једној од четири дефекације: напрезање,кврга ва или тврда столица, осјећај непотпуног пражњења, ручна помоћ ради олакшавања дефекације и мање од три дефекације седмично.

52.1.1 Учесталост констипације у трудноћи

Констипација је честа тегоба у току трудноће, која има тежњу смањења учесталости с напредовањем трудноће. Једна студија случаја је утврдила да 39% трудница има симптоме констипације са 14 седмица гестације, 30% са 28 седмица гестације, а 20% са 36 седмица гестације; ова студија може довести до погрешне процјене јер је рутинска суплементација препаратима гвожђа препоручивана свим трудницама у Уједињеном Краљевству у вријеме када је студија рађена. Касније студије су утврдиле да се констипација јавља код око 25% трудница:

- једна проспективна студија је утврдила учесталост од 24%, 26% и 16% у првом, другом и трећем триместру. У мултиваријабилној лонгитудиналној анализи, суплементација гвожђем и појава констипације прије трудноће били су удружени с констипацијом у току трудноће.
- једна корелациона студија је утврдила стопе учесталости од 29,6%, 19% и 21.8% у

првом, другом и трећем триместру трудноће. Иста студија је утврдила учесталост употребе лаксатива у току трудноће од 11% и 13,5% запрви, други и трећи триместар.

52.2 Препоруке за смањење тегоба опстипације

Прва линија избора за констипацију је повећање заступљености хранљивих влакана у исхрани и повећан унос течности. Унос хранљивих влакана се може побољшати уношењем житарица цијелог зрна, воћа и поврћа, или суплементацијом влакнима пшенице или мекиња. У случајевима гдје овакве мјере не доведу до побољшања, лаксативи (стимулатори перисталтике, осмотски или они који повећавају запремину цријевног садржаја) могу краткотрајно бити од помоћи, мада они могу имати нежељене реакције као што су абдоминални бол и дијареја.

52.2.1 Ефикасност терапије

Докази су усаглашени у *NICE* водичима и систематској анализи рађеној за потребе израде овог водича.

- **Повећање уноса течности**: иако на ову тему не постоје рандомизоване кохортне студије, постоје одређени докази који упућују на то да навике у исхрани као што је унос воде могу имати важну улогу у спречавању настанка констипације, као и у побољшању постојећих тегоба с радом цријева у току и након трудноће.Иако нема чврстих доказа за то, повећан унос течности треба препоручити као једну од првих мјера у случајевима констипације у трудноћи. Ова мјера није скупа, доступна је иима и неколико других користи за труднице.
- **Суплементација хранљивим влакнима**: Докази једне *Cochrane* анализе засноване на двије рандомизоване кохортне студије подупиру употребу суплементације влакнима као сигуран начин рјешавања констипације у току трудноће. Утврђено је да се на овај начин повећава учесталост дефекације, постиже се размекшање столице, ана основу доступних података се чини да нема нежељених ефеката.
- **Лаксативи**: Иста *Cochrane* анализа утврдила је да у случајевима гдје суплементација влакнима није довела до олакшања тегоба, стимулантни лаксативи имају бољи ефекат него они који повећавају волумен столице (*Peto OR* 0,30; 95% *CI* 0,14 – 0,61), мада су стимулативни лаксативи повезани са сигнификантно чешћом појавом абдоминалног бола и дијареје. Прелиминарни докази упућују на то да су осмотски лаксативи (нпр. полиетилен гликол) ефикасни и добро се подносе у току трудноће, али тренутно није доступно довољно доказа о потенцијалном утицају на плод .

ПРЕПОРУКА 50
Информишите пацијенткиње које имају констипацију о повољном ефекту повећања уноса хранљивих влакана у исхрани и суплементације влакнима пшенице или мекиња.

ПРЕПОРУКА 51
Пацијенткиње које се одлуче да узимају лаксативе посавјетујте да су они који стимулишу перисталтику ефикаснији него они који повећавају волумен столице, али могу имати нежељена дејства као што су дијареја и абдоминални бол.

52.3 Сажетак: Констипација

Када: При првом и сваком наредном контакту с пацијенткињама које наводе да имају констипацију.
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, нутриционисте, магистри фармације

- **Савјет о уносу течности**: Уношење више течности има неколико користи и може допринијети побољшању тегоба повезаних с констипацијом. Вода је добар извор течности јер побољшава хидратацију без додатне енергије. Друга пића као што су млијеко и воћни сокови имају више нутријената. Унос течности које садрже шећере треба избјегавати
- **Савјет о уношењу хранљивих влакана**: Пацијенткињама препоручите разнолику исхрану која садржи различито поврће, воће, житарице и хљеб с цијелим зрнима, љешнике, сјеменке и легуминозе. Суплементација влакнима пшенице или мекиња је сигурна и ефикасна у току трудноће те доводи до смањења тегоба. Суплементе треба уносити помало и с већим количинама воде
- **Савјет о употреби лаксатива**: Лаксативи се могу користити ради смањења тегоба, али се не смију користити дуготрајно. Лаксативи који повећавају волумен столице имају мање нежељених ефеката него лаксативи који стимулишу перисталтику цријева.

53. Жгаравица (Heartburn)

Жгаравица је чест симптом у току трудноће. Већина пацијенткиња може да ублажи тегобе промјенама навика у исхрани. Код пацијенткиња с перзистентним или тежим симптомима може се размотрити и увођење терапије.

53.1 Увод

Жгаравица (*heartburn*) је веома честа у току трудноће. Иако се сматра уобичајеним пратиоцем трудноће, симптоми жгаравице могу бити чести и узнемирујући за пацијенткињу. Жгаравица је посљедица гастро-езофагеалног рефлукса (*GERB*), у ком се дио желудачног садржаја враћа у једњак, узрокујући нелагоду и осјећај жарења иза грудне кости и/или непријатан мирис из уста. Регургитација киселог желудачног садржаја може досегнути и до фаринкса, дајући кисео или горак укус у устима. Иако тачан разлог честе жгаравице у току трудноће није разјашњен, сматра се да улогу могу имати хормони који утичу на антирефлуксне баријере у доњем дијелуједнаака и желуцу. Када симптоми перзистирају, испитивањима треба трагати за другим узроцима (нпр. карцином желуца, инфекција бактеријом *Helicobacter pylori*). Некада јепотребан третман након порођаја.

53.1.1 Учесталост

- Процјењује се да се жгаравица јавља у око 30 – 50% трудноћа, с инциденцом до 80% у неким групама. Симптоми постају све јачи и све чешћи с напредовањем трудноће.
- Код старијих пацијенткиња и оних којима је ово друга или виша трудноћа, чешће се јављају тегобе са жгаравицом.

53.2 Савјетовање – жгаравица

Жгаравица није удружена с лошим акушерским исходима те је терапија усмјерена само на смањење тегоба пацијенткиње. Постоје ограничени докази о ефикасности и сигурности доступне терапије. Уопштено, први избор је савјет о адекватној исхрани и понашању како би се смањила секреција желудачне киселине, као и да би се избјегао рефлукс повезан с промјенама положаја тијела.

53.2.1 Животне навике

Неке од студија препоручују промјене животних навика код блажих симптома, које подразумијевају:

- Уздржавање од алкохола, дувана и лијекова који могу погоршати симптоме (нпр. антихолинергици, блокатори калцијумских канала)
- Препоручују се мањи и чешћи оброци
- Избјегавати лежање 2 – 3 сата након јела
- Узглавље од 10 – 15cm.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Трудницама које имају благе симптоме жгаравице дајте савјет о промјени животних навика и избјегавању хране и пића која им изазивају тегобе.

53.2.2 Медикаменти

За олакшавање перзистентне тегобе или тегобе јачег интензитета код пацијенткиња може се користити читав низ лијекова који утичу на физиолошке процесе (нпр.антациди, антагонисти хистаминских H2 рецептора, инхибитори протонске пумпе).Докази о сигурности употребе лијекова за жгаравицу у току трудноће су ограничени. Доступни докази из студија ниске поузданости оупотреби антацида, инхибитора протонске пумпе и X2 блокатора за жгаравицу у току трудноће упућују на то данема разлога за забринутост за штетне посљедице по мајку или плод:

- Антациди се чине сигурним у трудноћи и могу бити прва линија избора терапије јер промптно дјелују на олакшање тегоба пацијенткиње; препарати који садрже калцијум су адекватнији избор од оних који садрже алуминијум.
- Употреба инхибитора протонске пумпе није повезана с повећаним ризиком за појаву већих конгениталних оштећења плода, спонтани побачај, пријевремени порођај, перинатални морталитет или морбидитет.
- Употреба X2 блокатора у трудноћи није повезана с повећаним ризиком од спонтаног побачаја, пријевременог порођаја или застоја у расту плода.

Једна мала студија је утврдила да употреба акупунктуре у трудноћи може смањити симптоме жгаравице.

ПРЕПОРУКА 52
Информишите пацијенткиње које имају перзистентне тегобе о терапијским опцијама.

53.3 Сажетак: Жгаравица

Када: Када пацијенткиња осјети тегобе са жгаравицом
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Савјети**: Информишите пацијенткиње да узроци жгаравице варирају међу појединцима и да избјегавање хране и пића који им узрокују жгаравицу може смањити тегобе. Спавање на лијевој страни, уздигнуто узглавље и избјегавање лежања након оброка могу смањити тегобе. Информишите пацијенткињу да тегобе пролазе након трудноће, али се могу јавити и у наредним трудноћама.
- **Разговарајте о терапијским могућностима**: Препоручите пацијенткињи да треба размотрити употребу лијекова уколико симптоми перзистирају или постану израженији.
- **Користите холистички приступ**: Помозите пацијенткињи да препозна која врста хране или пића јој може изазвати жгаравицу те да користи доступне замјене за те намирнице. Узмите у обзир и трошкове у случају да прописујете лијекове за жгаравицу.

54. Хемороиди

Симптоми од стране хемороида су чести у току трудноће, посебно у току другог и трећег триместра. Савјети о регулисању пробаве могу спријечити или минимализовати проблеме с хемороидима у трудноћи. Препарати за спољну употребу се могу користити за смањење тегоба.

54.1 Увод

Хемороиди подразумијевају повећане, отечене вене око аналног отвора које карактерише аноректално крварење, болови у току пражњења дебелог цријева те бол и свраб аналне регије. Иако механизам настанка хемороида није у потпуности разјашњен, сматра се да су хемороиди резултат пролапса аналних јастучића, који имају важну улогу у одржавању континенције. Нередовно пражњење дебелог цријева је најважнији преципитирајући фактор за појаву хемороида. Трудноћа такође доприноси појављивању или егзацербацији хемороида због повећаног притиска у ректалним венама узрокованог смањењем повратка венске крви услијед компресије крвних судова повећаним утерусом.

54.1.1 Инциденца хемороида у трудноћи

- Хемороиди који су и претходно постојали могу се први пут манифестовати у току трудноће. Ова симптоматологија се обично јавља у току другог и трећег триместра и након порођаја.
- Иако процјене варирају, сматра се да се проблеми с хемороидима јављају код 25 – 35% трудница. Једна студија је утврдила да 8% трудница има тромбозу спољне хемороидалне вене у посљедња три мјесеца гестације.

54.1.2 Дијагноза

Бол у току пражњења дебелог цријева те крварење и свраб аналне регије чести су и први знаци и симптоми хемороида. Дијагноза се поставља прегледом ануса и аналног канала, обично инспекцијом. Такође се користе дигиторектални преглед и ендоскопија (сигмоидоскопија и колоноскопија). Важно је искључити друге узроке крварења.

54.2 Савјетовање о хемороидима

54.2.1 Ефикасност терапије

Терапија у току трудноће има за циљ да смањи симптоме и бол. Већина студија о ефикасности терапије за хемороиде рађена је на пацијентима који нису трудни. С обзиром на свеукупни недостатак доказа, у клиничким анализама постоји консензус да се препоручује конзервативни третман у смислу регулације пробаве, промјене навика у исхрани, већег уноса влакана те конзумирања намирница које размекшавају столицу. Лијекови за локалну употребу с аналгетским и антиинфламаторним ефектом доводе до краткотрајног побољшања симптома. Не постоје докази да су креме за локалну употребу ефикасне и сигурне у трудноћи, међутим, с обзиром на то да се користе мале дозе и да је мала апсорпција, мала је вјероватноћа да ће оне негативно утицати на плод када се користе у трећем триместру трудноће. Иако се у тежим случајевима може размотрити могућност хируршког уклањања хемороида, операција обично није адекватно рјешење за труднице јер се симптоми од стране хемороида обично спонтано повлаче након порођаја.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Едукујте пацијенткиње које имају проблеме с хемороидима о значају дијетних влакана у исхрани и узимању адекватне количине течности. Уколико симптоми и даље перзистирају, препоручити трудницама употребу доступних крема за хемороиде.

54.3 Сажетак: Хемороиди

Када: Када пацијенткиње имају преегзистентне хемороиде или се симптоми по први пут јаве у току трудноће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Савјетовалиште**: Савјетујте пацијенткиње да је регулисање редовног пражњења дебелог црijева најбољи начин да се спријече проблеми с хемороидима у трудноћи
- **Терапијске опције**:Препоручите пацијенткињама креме за хемороиде ради олакшавања симптома
- **Користите холистички приступ**: Распитајте се о културолошки прихватљивим, јефтиним начинима за пацијенткиње да повећају унос влакана.Нагласите пацијенткињама које узимају повећане количине храњивих влакана да је важан адекватан унос течности

55. Проширене вене

Проширене вене су чест здравствени проблем у општој популацији, али и у трудноћи. Иако нема довољно доказа који подржавају било коју од специфичних терапијских опција за проширене вене у трудноћи, компресивне чарапе могу бити од користи у смањењу симптома.

55.1 Увод

Проширене вене настају због накупљања крви у површинским венама као резултат неадекватне функције венских зализака, који нормално спречавају ретроградни ток крви у венама ногу. Могу се уочити као плаве, отечене вене у заткољеној јами, наткољеницама и вулви, а могу изазвати свраб и бол. Стопала и глежњеви такође могу бити отечени. Код 70 – 80% пацијенткиња које имају ове тегобе симптоми се појављују већ у току првог триместра гестације. Доказано је да позитивна породична анамнеза варикозних вена, велики број порођаја и старија животна доб трудница представљају факторе ризика за настајање варикозних вена.

55.1.1 Фактори који утичу на појаву проширених вена у трудноћи

- Повећан волумен течности у раној трудноћи праћен растом плода и прирастом у тежини, повишен интраабдоминални притисак, повећана количина течности у венама, с потенцијалом да повишен венски притисак води у валвуларну инсуфицијенцију и развој варикозитета.
- Варирање хормона у раној трудноћи има јак утицај на развој варикозних вена.

55.2 Савјетовање о проширеним венама

Нема довољно доказа о лијековима за проширене вене који су ефикасни и сигурни за употребу у току трудноће. Доступне систематске анализе су засноване на малим рандомизованим кохортним студијама с високим ризиком пристрасности. Докази који постоје за варикозитете вулве веома су ограничени те се не могу користити за доношење препорука. С обзиром на свеобухватни недостатак доказа, у клиничким прегледима постоји консензус да препоруке пацијенткињи треба да буду засноване на објашњавању здравственог проблема, конзервативном приступу и смањењу симптома. Утврђено је да избјегавање дуготрајног стајања, употреба компресивних чарапа и елевација доњих екстремитета доводе до смањења тегоба у општој популацији.

55.2.1 Терапијске опције за проширене вене

- **Компресивне чарапе**: Једна мала рандомизована кохортна студија о превенцији проширених вена у току трудноће је утврдила да се компресивним чарапама не спречава настанак нити побољшава стање већ постојећих проширених вена, али се смањују симптоми (бол у ногама, нелагода, грчеви).
- **Хируршка терапија**: Хируршке технике укључујући стрипинг и лигатуре, аблацију или склеротерапију, могу се користити ради уклањања варикозних вена код људи с константним симптомима. Како се симптоми проширених вена обично спонтано повлаче након порођаја, хируршка терапија се ријетко разматра као опција у току трудноће.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Објасните пацијенткињама да су проширене вене честе у току трудноће, могу бити различитог степена изражености, обично не утичу на акушерске исходе трудноће, као и да се обично спонтано повлаче након порођаја. Компресивне чарапе могу бити корисне уколико се адекватно употребљавају.

55.3 Сажетак: Проширене вене

Када: Уколико је пацијенткиња имала проширене вене прије трудноће или се по први пут појављују симптоми
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Савјетовалиште**: Објасните пацијенткињама да су проширене вене честе у току трудноће, посебно у другој и наредним трудноћама, као и у вишеплодним трудноћама
- **Разговарајте о терапијским опцијама**: Објасните пацијенткињи да на смањење симптома може утицати елевација доњих екстремитета те избјегавање дуготрајног стајања.
- **Холистички приступ**: Пацијенткиње често не спомену да имају проширене вене те ово стање може проћи недијагностиковано. Како би се повећала стопа детекције овог стања у току трудноће, питајте пацијенткиње да ли имају осјећај свраба или нелагоде у доњим екстремитетима.

56. Бол у карличном појасу

Израженост овог симптома у току трудноће (дисфункција пубичне симфизе) варира. Препоруке треба да имају за циљ ублажавање бола.

56.1 Увод

Бол у карличном појасу се описује као низ симптома и знакова нелагоде и бола у карлици и доњем дијелу леђа (лумбосакрално), обухватајући и бол мишића и костију, који зрачи у горње дијелове бутина и перинеум. Симптоми се јављају због олабављења лигамената мале карлице и повећане покретљивости зглобова у трудноћи.Симптоми варирају од благе нелагоде до озбиљне и ограничавајуће боли која може онемогућити кретање. Други узроци бола у карличном појасу (нпр. уринарна инфекција, пријевремени порођај) треба да буду искључени. Ова симптоматологија се обично спонтано повлачи након порођаја,мада се симптоми могу поновити у наредним трудноћама.

56.1.1 Учесталост у трудноћи

Стварна учесталост бола у карличном појасу у току трудноће је непозната, а процјене на основу спроведених студија ниског квалитета су контрадикторне, у опсегу од 4% до 84%. Велика варијабилност се може објаснити различитим факторима као што су одсуство прецизне дефиниције и дијагностичких критеријума те разликама у дизајну студија и селекцији пацијенткиња које се обрађују у појединим студијама.

- Утврђено је да је бол у карличном појасу чешћи у касној трудноћи и код трудница већег *BMI*.
- Тренутно нема доказа о инциденци бола у карличном појасу у специфичним подгрупама пацијенткиња.

56.1.2 Фактори који утичу на појаву бола у карличном појасу

Докази упућују на сљедеће:

- Пелвична бол се чешће јавља код трудница које су и преконцепционо имале овакве тегобе или суимале повредулеђа и/или мале карлице.
- Фактори ризика за појаву ових тегоба обухватају: већи број претходних трудноћа; физички напоран посао; висок *BMI*; емоционалну нестабилност; конзумирање цигарета.

Докази о годинама као фактору ризика за појасну пелвичну бол у трудноћи су неусаглашени.

56.2 Савјетовање о пелвичној боли у трудноћи

Према *NICE* водичу (2008), недовољно је доказа на основу којих би се могле формулисати препоруке за клиничку праксу. Докази су ограничене вриједности због хетерогености и ниског квалитета студија и неусклађености њихових закључака.

Систематски прегледи о терапијским опцијама за труднице с појасним болом у карличном појасу утврдилису доказе ниског нивоа поузданости:

- Пацијенткиње које су подвргнуте акупунктури или физикалној терапији имале су мање болове у јутарњим и вечерњим сатима него пацијенткињекоје нису подвргнуте наведеним поступцима, при чему се акупунктура показала ефикаснијом у смањењу тегоба које се јављају увече
- Акупунктура се показала ефикаснијом од стандардне медикаментозне терапије, физикалне терапије и вјежби за ојачавање мускулатуре
- Вјежбе, појасеви за растерећење карлице и акупунктура доводе до побољшања
- Физичка активност у току трудноће може смањити појасну бол у малој карлици.

Рандомизоване кохортне студије су утврдиле побољшање при мултимодалном приступу (масажа, вјежбе за ојачавање мускулатуре, едукација пацијената), а да нема побољшања уколико се примјењују само вјежбе.

Докази ниске поузданости упућују на то да је акупунктура ефикасан поступак. Нису документоване никакве теже нежељене реакције (пријављиване су блаже нежељене реакције, нпр. подливи и бол на мјесту инсерције игли, потом крварење, хематоми и губитак свијести).

ПРЕПОРУКА 53
Савјетујте пацијенткиње које имају симптоме појасног пелвичног бола да вјежбе специфичне за трудноћу, физикална терапија, акупунктура или употреба појасева могу довести до смањења интензитета бола.

56.2.2 Савјети

Постоји консензус на основу доказа ниске поузданости о савјетовању пацијенткиња о смањењу тегоба. Ови савјети обухватају сљедеће:

- Обувати обућу с ниским потпетицама
- Затражити препоруке физиотерапеута о вјежбама и правилном држању тијела
- Смањити активности које нису неопходне, а оптерећују кичмени стуб (нпр. пењање степеницама, дуготрајно стајање и ходање)
- Избјегавати стајање на једној нози (нпр. облачити се сједећи)
- Избјегавати покрете који подразумијевају абдукцију у зглобу кука (нпр. улазак/излазак из кола или каде, чучањ)
- Гријати болна мјеста

56.3 Сажетак: Бол у карличном појасу

Када: Кад се јави бол у карличном појасу у току трудноће
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, дипломирани медицинари – физиотерапеути, физиотерапеутски техничари

- **Савјетовалиште**: Увјерите пацијенткињу да бол у карличном појасу не утиче на трудноћу и здравље њеног плода и да ће тегобе вјероватно нестати након порођаја. Препоручите јој поступке које може предузети ради смањења тегоба
- **Холистички приступ**: Размотрите с пацијенткињом потенцијалне препреке на које може наићи како би успјела смањити тегобе (нпр. радно окружење, навике везане за физичку активност, трошкови додатних здравствених услуга)

57. Синдром карпалног тунела

Синдром карпалног тунела је често стање током трудноће, посебно у трећем триместру. Мало је доступних доказа који иду у прилог терапијским поступцима у току трудноће, а симптоми се обично спонтано повлаче након порођаја.

57.1 Увод

Синдром карпалног тунела настаје због компресије нерва (*nervus medianus*) у карпалном тунелу. Карактеришуга симптоми као што су осјећај трнаца, пецкања, укоченост и отоци шаке, који могу довести до оштећења сензорне и моторичке функције.

57.1.1 Учесталост у трудноћи

Због разлика у дијагностичким поступцима међу студијама (нпр. неурофизиолошка потврда, клиничка дијагноза, на основу симптома пацијената), постоји велика варијабилност у процјенама учесталости појаве синдрома карпалног тунела у току трудноће; процјене варирају од 2% до 72%.

57.1.2 Фактори који утичу на синдром карпалног тунела

- У општој популацији, синдром карпалног тунела се чешће јавља код људи чија занимања подразумијевају репетитивне покрете руком, тежак рад или вибрације.
- У трудноћи, вјероватни узрок синдрома карпалног тунела јесу хормонске промјенеи оток.
- Синдром карпалног тунела се најчешће јавља у трећем триместру.
- Преегзистентни или гестацијски дијабетес мелитус могу допринијети генерализованом успорењу нервне проводљивости, али се оштећење проводљивости *nervus medianus*-а може јавити и код трудница које немају дијабетес.

57.2 Савјетовалиште – синдром карпалног тунела

57.2.1 Ефикасност терапије

Докази о поступцима за лијечење синдрома карпалног тунела у трудноћи ограничени су на мале студије случаја које су утврдиле смањење симптома удружено с ноћном имобилизацијом шаке (стављање шаке у удлагу) или употребом кортикостероидних инјекција (дексаметазон). Физичка активност, избјегавање одређених покрета или екстремне флексије и екстензије зглобова, као и избјегавање изложености вибрацијама предложени су као додаци имобилизацији, али нема доказа да су ти поступци ефикасни за синдром карпалног тунела. Иако се синдром карпалног тунела обично повлачи спонтано након порођаја, трајање симптома је документовано у више од 50% случајева након 1 године, а у око 30% случајева 3 године након порођаја.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Информишите пацијенткиње код којих се у току трудноће јави синдром карпалног тунела да су докази који подупиру имобилизацију и кортикостероидну терапију ограничени те да се симптоми обично спонтано повлаче након порођаја.

57.3 Сажетак: Синдром карпалног тунела

Када: Уколико трудница има симптоме синдрома карпалног тунела
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства, дипломирани медицинари – физиотерапеути, физиотерапеутски техничари, дипломирани медицинар радне терапије или дипломирадни радни терапеут

- **Савјетовалиште**: објасните пацијенткињи да је синдром карпалног тунела чест у трудноћи због повећаног задржавања течности у току трудноће и да се након порођаја може спонтано повући.
- **Разговарајте о терапијским опцијама**: Објасните да нема довољно доказа о терапијским процедурама за синдром карпалног тунела у току трудноће и препоручите избјегавање покрета који могу довести до погоршања тегоба (нпр. употреба лонгете да зглоб буде у опруженом положају у току ноћи).
- **Размотрите опције за консултативне прегледе**: Пацијенткиње које имају перзистентне тегобе јачег интензитета треба упутити на специјалистичку обраду.
- **Холистички приступ**: Пацијенткињама које у свом раду имају репетитивне покрете или вибрације предложите чешће паузе или привремену промјену радног мјеста, уколико је то могуће

ДИО J:
КЛИНИЧКИ НАДЗОР У КАСНОЈ ТРУДНОЋИ

Овај одјељак обрађује доказе о опцијама надзора у касној трудноћи. У овој доби гестације пренаталне контроле постају чешће и обухватају и планирање и припреме за порођај. Неке ситуације захтијевају додатна разматрања те пацијенткињама треба дати додатне савјете и информације како бисмо им помогли да буду упућене и донесу адекватне одлуке о поступцима. На примјер, утврђивање презентације плода (нпр. задак) са 35 седмица гестације омогућује правовремено информисање, планирање и консултацију на вишем нивоу здравствене заштите, уколико је потребно. У случају пацијенткиња чија је трудноћа посттерминска, продужавање трудноће подразумијева доношење комплекснијих одлука, а ризици за плод расту.

Препоруке су засноване на доказима за поступке који имају за циљ да смање потребу за непотребним индукцијама порођаја или непланираним царским резовима. Одлуке се доносе на основу процјена предности и потенцијалних ризика, увијек узимајући у обзир и пацијенткињине жеље. Уколико постоји висок ризик од лоших акушерских исхода, препоручљива је консултација са специјалистом (нпр. опстетричарем, неонатологом, педијатром).

58. Презентација (став) плода

Утврђивање презентације плода и разговор о могућим опцијама с пацијенткињама код којих се утврди неправилна презентација плода у касној трудноћи омогућује правовремено и информисано планирање порођаја.

58.1 Увод

Презентација (став) плода подразумијева дио плода који се налази на улазу у малу карлицу мајке. Положај (*situs*) плода се одређује на основу односа између лонгитудиналне осовине плода и лонгитудиналне осовине мајке (уздужни, попречни и коси положај плода). Већина плодова се поставља тако да предњачи потиљак главице (потиљачна презентација). Мање повољне ситуације су када предњачи лице или чело, задак, стопала или ноге (ножна презентација). Код плодова који су у попречном положају, могу предњачити леђа или рамена, рукице или ногице, или пупчана врпца. У косом положају, уобичајено нема палпабилног предњачећег

дијела плода. Овај положај је обично транзиторан у току окретања плода. Став плода се може утврдити палпацијом стомака мајке, а потврђује се ултразвуком уколико постоји било каква недоумица.

58.1.1 Став плода у току порођаја

Међу пацијенткињама које су се порађале у Аустралији 2010. године најчешћи је био потиљачни став (94,4%). Задак је предњачио у 3,9% случајева, лице или чело у 0,2%, а рамени и компликовани ставови су утврђени у 0,7% случајева.

58.2 Палпација абдомена трудница

Абдоминална палпација је поуздана за утврђивање презентације плода, нарочито ако је изводи искусан здравствени радник. У Аустралији се препоручује да сви здравствени радници који су укључени у пренаталну његу буду обучени за утврђивање предњачећег дијела плода палпацијом абдомена трудница. Иако је тешко квантификовати позитивне ефекте абдоминалне палпације, с овим поступком нису повезани никакви ризици, а представља и начин зближавања с мајком и плодом. Процјена презентације палпацијом абдомена прије 36. седмице гестације није увијек поуздана.

ПРЕПОРУКА 54
Потребно је палпацијом абдомена трудница проценити предњачећи дио плода са 36 седмица гестације или касније, у случајевима када презентација може имати утицај на планирање порођаја.

Уколико постоји било каква сумња око предњачећег дијела плода, треба урадити ултразвучни преглед. Ултразвуком се такође могу искључити аномалије плода, ниско усађена постељица, хиперекстензија главице плода, као и присуство пупчане врпце око врата плода (*RANZCOG* 2009).

НАПОМЕНА
Сумња на неправилну презентацију плода након 36 седмица гестације треба да буде потврђена ултразвучним прегледом.

58.3 Карлична презентација (презентација затком)

Карлична презентација је честа у средњем триместру, са смањењем учесталости у трудноћама које се приближавају термину. Окретом плода (нпр. спољашњим окретом) смањује се број плодова који су у термину у карличној презентацији, чиме се побољшавају шансе за вагинални порођај. Оптималан начин порођаја пацијенткиња чији је плод у карличној презентацији предмет је многих контроверзи. Пратећи иницијалне податке добијене у студији о терминским порођајима с карличном презентацијом плода, која је утврдила мање неповољних акушерских исхода код планираних порођаја царским резом него код планираних порођаја вагиналним путем, овакве трудноће се данас обично завршавају царским резом. Проценат вагиналних порођаја код једноплодних трудноћа у којима плод предњачи затком је пао са 23,1% у 1991. на 4,0% у 2010. години.Међутим, неколико студија је показало да правилним избором критеријума и укључивањем искусних здравствених радника вагинални порођај затком може бити успјешан у 49 – 83% случајева, с процентом морбидитета једнаким као код порођаја царским резом те већим процентом успјеха међу мултипарама.

Подаци о акушерским исходима трудноћа у којима плод предњачи затком су неусаглашени:

- *Ризици за плод*: Неке кохортне студије су утврдиле да нема статистички значајне разлике у морталитету и морбидитету неонатуса код вагиналног порођаја у односу на царски рез, док су друге утврдиле више стопе морбидитета након вагиналног порођаја;једна студија је утврдила виши ризик за неонатални морталитет за плодове 1000 – 1500 g након вагиналног порођаја, док није било статистички значајне разлике код неонатуса веће порођајнетежине. Једна студија је утврдила да је ризик за неповољне акушерске исходе виши код вагиналног порођаја у случају плодова чија је порођајна тежина била испод 10. перцентиле за гестацијску старост, као и код плодова гестације мање од 39 седмица. Систематским прегледом кохортних студија утврђено је да је ризик за развој дисплазије кукова код новорођенчета мањи након царског реза него након вагиналног порођаја.Веома је важно напоменути да је проспективном студијом која се односила на терминске порођаје затком утврђено да се ризици за смрт новорођенчета и успореног раста и развоја дјеце (који се процјењује с двије године) не разликују у односу на начин завршавања трудноће.
- *Ризици за мајку*: Неке студије су утврдиле нижу стопу материнског морбидитета након вагиналног порођаја, док су друге утврдиле нижи ризик за компликације код мајке након царског реза.

Идентификација презентације затком око 36. седмице гестације омогућује правовремено савјетовање с пацијенткињом о спољашњем окрету и упућивање у здравствену установу трећег референтног нивоа, уколико је то потребно (нпр. консултација с докторима медицине - специјалистима гинекологије и акушерства који су високоспецијализовани).

58.4 Спољашњи окрет

Пацијенткињама треба понудити спољашњи окрет када је то у складу с клиничким подацима, препоручује се у Уједињеном Краљевству (*RCOG* 2010), САД (*ACOG* 2006) и Аустралији (*RANZCOG* 2009).

58.4.1 Успјешност окрета

Документована стопа успјеха спољашњег окрета је у опсегу 36,7 – 72,3%. Спонтани окрет се дешава у 3 – 14% случајева након 36. седмице гестације.

58.4.2 Предности и ризици

Успјешан спољашњи окрет смањује стопу царског реза, с вагиналним порођајем након окрета у 71 – 84% случајева. Спољашњи окрет је сигурна процедура уколико се изводи у условима гдје се у случају потребе може извести хитни царски рез. Према једној систематској анализи, најчешће пријављиване компликације спољашњег окрета билесу: транзиторне промјене на кардиотокографском запису (5,7%), перзистентни патолошки кардиотокограм (0,37%), вагинално крварење (0,47%) и абрупција постељице (0,12%). Царски рез је урађен у 0,43% случајева, а перинатални морталитет је био 0,16%. Мање студије су утврдиле да због кратког трајања процедуре већина пацијенткиња добро толерише умјерени бол који се јавља у току спољашњег окрета те да већина трудница ову интервенцију оцјењује као позитивно искуство, без обзира да ли је успјешна (94%) или неуспјешна (71%).

58.4.3 Фактори који утичу на успјешност спољашњег окрета

Фактори који погодују успјеху спољашњег окрета су постериорна локализација постељице, комплетна презентација затком, *AFI* >10, неучвршћен предњачећи дио плода, тјелесна тежина мајке <65 kg и тањи миометриум на ултразвучном прегледу. Спољашњи окрет је успјешнији код мултипара (57 – 78%) него код примипара (27 – 53%) те уколико је здравствени радник који изводи окрет искусан. Окрет са 34 – 35 седмица гестације у односу на окрет са ≥37 седмица гестације повећава вјероватноћу окрета, али не смањује ниво царских резова. Доказано је да употреба токолитика ради олакшања процедуре повећава стопу успјешности те смањује стопу царских резова (код нулипара и мултипара). Доступни подаци подупиру употребу бета миметика за токолизу.

Мала нерандомизована студија је утврдила да хипноза у комбинацији с токолизом прије спољашњег окрета плода може повећати стопу успјеха.

ПРЕПОРУКА 55
Понудити спољни окрет пацијенткињама с некомпликованим једноплодним трудноћама у којима плод предњачи затком након 37 седмица гестације.

ПРЕПОРУКА ЗАСНОВАНА НА КОНСЕНЗУСУ
Релативне контраиндикације за спољашњи окрет су претходни царски рез, аномалије материце, вагинално крварење, цурење плодове воде и порођај, смањена количина плодове воде, предњачећа постељица и феталне аномалије или процијењена угроженост плода.

НАПОМЕНА
Спољашњи окрет треба да изведе здравствени радник с адекватним искуством.

58.4.4 Други поступци

- **Акупунктура**: Докази о ефикасности и сигурности „*moxibustion*“ технике (кинеска терапијска опција која подразумијева паљењебиљке *Artemisia argyi* близу коже на акупунктурним тачкама) неусаглашени су и засновани на малим студијама, од којих су многе ниског квалитета и велике хетерогености.
- Неке прегледне студије, рандомизоване кохортне студије и једна кохортна студија утврдиле су високу стопу окрета плода у цефаличну презентацију с „*moxibustion*“ техником и другим техникама акупунктуре, док друге студије нису утврдиле позитивне ефекте ових техника. Иако мале студије нису анализирале нежељене реакције по мајку и плод повезане с „*moxibustion*“ техником, скорашња *Cochrane* анализа је утврдила потребу за даљњим истраживањима њихове сигурности и ефикасности.
- **Положај тијела**: Једна *Cochrane* анализа је утврдила да нема довољно доказа да одређени положаји доприносе окрету плода из карличне у цефаличну презентацију. У комбинацији с *moxibustion*-ом, постављање трудница у адекватне положаје може смањити број не-цефаличних презентација на порођају.

58.5 Савјетовање о презентацији плода

Уколико је плод у карличној презентацији, пацијенткињи треба дати информације на умирујући, увјерљив начин, користећи адекватну терминологију, како би пацијенткиња могла да процијени која опција је најприхватљивија у њеном случају.

Савјетовањем треба дати сљедеће информације:

- У случају да се плод налази у карличној презентацији, може се понудити спољашњи окрет (што подразумијева да здравствени радник својим рукама преко абдоминалног зида нежно окрене плод и ова процедура је успјешна у око половину случајева, при чему је успјех већи ако се користе лијекови за опуштање материце).
- Спољашњи окрет није адекватан избор у неким ситуацијама (нпр. када пацијенткиња има вагинално крварење, мала количина плодове воде или уколико постоје аномалије плода или материце).Спољашњи окрет има мали проценат компликација, али га треба изводити тамо гдје постоје услови да се уради хитан царски рез.
- Други поступци за окрет плода (заузимање одређених положаја, акупунктура) мање су ефикасни него спољашњи окрет, а докази за њихову сигурност су ограничени.

- Уколико пацијенткиња не жели спољашњи окрет, или је процедура била неуспјешна или се плод поново окренуо у карличну презентацију, вагинални порођај и даље долази у обзир, уз индивидуалну процјену.

58.6 Сажетак: Презентација плода

Када: Око 36. седмице гестације
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Објасните пацијенткињи ризике у случају неправилног става плода**: Објасните пацијенткињи да, иако се већина плодова до порођаја спонтано окрене у потиљачни став, порођај је ризичнији уколико се то не догоди.
- **Објасните спољашњи окрет пацијенткињама чији је плод у карличној презентацији**: Објасните пацијенткињи да се окретањем плода прије порођаја смањује потреба за царским резом. Објасните и користи и ризике интервенције, као и гдје се она изводи.
- **Разговарајте с пацијенткињом о порођају**: Објасните пацијенткињи ризике и користи повезане с вагиналним порођајем и царским резом.
- **Холистички приступ**: Охрабрите пацијенткињу да с члановима породице разговара о могућем спољашњем окрету и опцијама за порођај.

59. Пролонгирана/Посттерминска трудноћа

Пролонгирана трудноћа захтијева интензиван надзор како би се смањио ризик од неповољних акушерских исхода по мајку и/или плод.

59.1 Увод

За потребе овог водича, „терминoм“ се сматра период од 37+0 до 41+6 седмица гестације, а продуженом трудноћом се сматра трудноћа која траје ≥42 седмице. Међутим, дужина трудноће може да зависи од етничке припадности труднице, што има посљедице на надзор у касној трудноћи. Једна студија рађена у држави Викторија је утврдила да код жена рођених у јужноазијским земљама порођај спонтано креће спросјечно 39 седмица гестације, док код жена рођених у Аустралији и Новом Зеланду спонтани порођај започиње просјечно са 40 седмица гестације. Утврђивање посттерминске трудноће заснива се на тачном утврђивању вјероватног термина порођаја. Утврђени датум не треба мијењати без препорука здравственог радника који има велико искуство у антенаталној њези.

59.1.1 Инциденца и узроци пролонгиране трудноће

Током 2016.године 91,7% аустралијске новорођенчади је рођено између 37+0 и 41+6 седмица гестације, а 0,6% је рођено као посттерминска новорођенчад:

- Међу терминским, спонтано је отпочело 48,8% порођаја, а индуковано је 31,2%, док је 20% трудноћа завршено планski оперативним путем.
- Међу посттерминским трудноћама, порођај је спонтано почео у 35,02%, а индукован је у 59,8% случајева.

Иако узрок посттерминских трудноћа није расвијетљен, фактори као што су гојазност, нулипаритет и старост мајке више од 30 година сматрају се факторима ризика за продужену трудноћу. Сазријевање постељице може имати улогу у патофизиологији посттерминског порођаја, а генетски/епигенетски фактори се такође сматрају важним.

59.1.2 Ризици удружени с пролонгираном трудноћом

У студији Норвешког регистра новорођених, перинатална смртност је била 0,018% са 287 дана трудноће (41 седмица гестације), а 0,51% са 302 и више дана (више од 43 седмице гестације). Ови подаци су важни јер указују на то да чак и у случајевима у којима је прегледом у раној трудноћи утврђена тачна гестација, а антенаталне услуге су доступне већини пацијенткиња, посттерминска трудноћа представља високо ризичну ситуацију, нарочито за плод. У другој норвешкој студији на готово два милиона порођаја од 1967. до 2006. године, ризик од смрти плода у посттерминским трудноћама био је снажно повезан са застојем у расту плода.

Међу посттерминском новорођенчади рођеном у Аустралији 2016. године:

- 52% је рођено вагиналним путем, 31% је рођено царским резом, а 17% је рођено вагиналним путем уз инструментално довршавање порођаја (међу терминском новорођенчади, 37 – 41 седмица гестације, 54% је рођено вагиналним путем, 33% царским резом, а 13% је било инструментално завршених вагиналних порођаја)
- 5,9% је било тежине изнад 4.500 g (у поређењу са 1,3% новорођенчади рођене између 37 и 41 седмице гестације)
- 1,9% је имало Апгар скор нижи од 7 пет минута након рођења (у поређењу са 1,4% новорођенчади рођене између 37 и 41 седмице гестације)
- Перинатална смртност је била 2,2 на 1.000 порођаја (у поређењу са 1,5 на 1.000 порођаја у периоду од 37. до 41. седмице трудноће).

Потенцијални ризици за мајку удружени с посттерминском трудноћом јесу продужен порођај, постпартална хеморагија и руптура перинеума. Највећа вјероватноћа оваквих исхода је у случајевима када материца и грлић нису припремљени за порођај. Труднице такође могу осјећати анксиозност, нарочито ако своју продужену трудноћу перципирају као високо ризичну.

59.2 Могућности надзора у посттерминској трудноћи

Надзор у посттерминским трудноћама без фактора ризика варира. У Уједињеном Краљевству је препоручено да се трудницама понуди индукција порођаја након 41+2 седмица гестације, као и у САД. Параметри који се разматрају супроцијењено стање фетуса, акушерски налаз с Бишоп скором, гестацијска старост и жеља пацијенткиње, након разговора о могућим опцијама и односу потенцијалних ризика и користи.

59.2.1 Љуштење плодових овоја („*Sweeping*“)

Поступци за припрему грлића за порођај, као што је љуштење плодових овоја, могу бити корисни у спречавању пролонгираних трудноћа, посебно код првородкиња. Љуштење плодових овоја подразумијева да љекар увлачи прст у грлић материце труднице, правећи кружне покрете у току вагиналног прегледа, с циљем да се одвоје плодови овоји од грлића и отпочне отпуштање простагландина. Једна *Cochrane* анализа је утврдила повезаност између љуштења плодових овоја и смањене учесталости трудноћа које трају дуже од 41. седмице гестације и 42. седмице гестације.

Друга студија је утврдила да је љуштење плодових овоја сигуран, ефикасан и јефтин метод за индукцију порођаја. Може се изводити и код пацијенткиња позитивних на стрептокок групе Б будући да студије нису утврдиле повећање броја негативних исхода трудноће. С друге стране, нема података за пацијенткиње с инфекцијама ХИВ и вирусима хепатитиса.

59.2.2 Индукција порођаја

Индукција порођаја у пролонгираним трудноћама практикује се с циљем спречавања мртворођености и смањења перинаталног морбидитета (нпр. рамена дистоција код крупних плодова). Међу трудницама у Аустралији(свих гестација) чији је порођај индукован у 2016. години, 60% је завршено вагиналним путем, 18,6% асистираним вагиналним порођајем (форцепс или вакуум), а 20,8% царским резом (*AIHW* 2018b). Скорашња *Cochrane* анализа је утврдила да се индукцијом порођаја смањују лоши акушерски исходи у трудноћама у термину или након њега. Вријеме индукције у студијама обухваћеним *Cochrane* анализом варира, а у некима је индукција рађена и прије него што су трудноће биле посттерминске.

За потребе овог водича извршена је анализа подгрупа пацијенткиња код којих је индукован порођај, а према гестацијској старости: 41+0 до 41+6, потом 42+0 до 42+6 седмица гестације и мјешовита подгрупа 41. и 42. седмице гестације. У анализу нису укључена испитивања која су анализирала индукцију прије 41 седмице гестације. У анализу није укључена ни рандомизована кохортна студија објављена након *Cochrane* прегледа јер су порођаји индуковани у гестацијској старости 39+0 до 39+4 (тј.прије него што је трудноћа била продужена). Није било статистички значајне разлике у исходима трудноћа између подгрупа. У поређењу с контролном групом, индукција порођаја у гестацијској старости 41+0 до 42+6 седмица била је повезана са:

- Мањом перинаталном смртности (свих узрока)
- Мањим бројем новорођенчади с Апгар скором мањим од 7 пет минута након рођења
- Мањим бројем новорођенчади с макрозомијом
- Мањим бројем царских резова.

Једном *Cochrane* анализом је утврђено да је за одређивање оптималног времена за индукцију порођаја у трудноћама које су у термину или пост терминске потребно извршити додатна испитивања.

ПРЕПОРУКА 56
Предочите опције, посебно индукцију порођаја, пацијенткињи чија трудноћа прелази у зону пролонгиране.

59.3 Надзор пацијенткиња с пролонгираном трудноћом

Интензивнији надзор мајке и плода има за циљ да открије ризике за неповољне исходе и омогући правовремену индукцију порођаја уколико је потребно (нпр. угроженост плода или олигохидрамнион). Дефинитивне препоруке за надзор плода није могуће дати јер недостају рандомизоване кохортне студије које би доказале да надзор фетуса смањује перинатални морбидитет или морталитет између 41. и 42. седмице гестације или у посттерминским трудноћама. Након 42. седмице гестације интензивни пренатални надзор може укључити кардиотокографију два пута седмично и ултразвучну процјену најдубљег џепа амнионске течности, мада докази који подупиру овакву праксу нису јаки. Препоручује се консултација са доктором медицине - специјалистом гинекологије и акушерства.

59.4 Савјетовање о посттерминској трудноћи

Када се пацијенткиња приближава посттерминској трудноћи, разговарајте о њеним склоностима и информишите је о ризицима и предностима различитих опција.

То подразумијева да:

- Већина пацијенткиња спонтано уђе у порођај до 42. седмице гестације
- Постоје ризици повезани с трудноћама који трају дуже од 42. седмице
- Пацијенткињама с продуженом трудноћом без присутних фактора ризика може се понудити љуштење плодових овоја као „тригер“ за отпочињање порођаја, што подразумијева да љекар у току вагиналног прегледа одваја плодове овоје од грлића материце. Овај метод је сигуран, али може довести до нелагоде пацијенткиње и вагиналног крварења.

59.5 Сажетак: Пролонгирана трудноћа

Када: У току пренаталне контроле са 39 седмица гестације
Ко: Медицинске сестре/техничари гинеколошко - акушерског смјера, доктори медицине – специјалисти породичне медицине, доктори медицине - специјалисти гинекологије и акушерства

- **Разговарајте с пацијенткињом о могућности продужене трудноће:** Објасните пацијенткињи да је трудноћа након 42. седмице гестације мало вјероватна уколико је датирање гестације прецизно
- **Савјетовалиште:** Објасните пацијенткињи да се ризик од компликација повећава након 42. седмице гестације. Одлуке о даљњим поступцима се доносе на основу сагледавања ризика и користи, а узимајући у обзир и став пацијенткиње
- **Разговарајте о потреби за надзором плода:** Објасните пацијенткињи да је након 41. седмице гестације неопходан интензивнији надзор како би се утврдило да ли има ризика по плод уколико се наставља трудноћа
- **Холистички приступ:** У случају пролонгиране трудноће постоји могућност да пацијенткиња буде напета па треба размотрити и практичне потешкоће с којима се она сусреће (нпр. уколико је допутовала да би се породила или ако је договорила додатну подршку у вријеме процијењеног датума порођаја). Дајте савјет пацијенткињама ако постоји неки вид подршке у заједници (нпр. расположива финансијска помоћ).

Прилог 1.

ЕДИНБУРШКА СКАЛА ЗА ПРОЦЈЕНУ ПОСТНАТАЛНЕ ДЕПРЕСИЈЕ (ЕПДС, *EPDS*)

Овај упитник се зове Единбуршка скала за процјену постнаталне депресије. Развијен је ради идентификације пацијенткиња код којих би се у постнаталном периоду могла развити депресија. Сваки одговор носи од 0 до 3 бода. Максимални скор је 30 бодова.

Молимо Вас да изаберете одговор који најбоље описује како сте се осјећали у посљедњих 7 дана:

1. Могла сам да се смијем и посматрам ствари с ведрије стране

- □ Подједнако као раније
- □ Не тако често као раније
- □ Дефинитивно не тако често
- □ Уопште не

2. Радовала сам се

- □ Подједнако као раније
- □ Нешто мање него раније
- □ Дефинитивно мање него раније
- □ Уопште не

3. Непотребно сам кривила себе када ствари крену у лошем смјеру

- □ Не, никада
- □ Не, често
- □ Да, понекад
- □ Да, у већини случајева

4. Била сам узнемирена или забринута без објективног разлога

- □ Не, уопште не
- □ Ријетко
- □ Да, понекад
- □ Да, веома често

5. Осјећала сам страх и панику без објективног разлога

- □ Не, никада
- □ Не пречесто
- □ Да, понекад
- □ Да, често

6. Осјећала сам се оптерећено. Тешко се носим с неким ситуацијама

- □ Не, носим се са ситуацијама подједнако добро као и раније
- □ Не, у већини случајева се носим с дешавањима сасвим добро
- □ Да, понекад се не носим са стварима подједнако добро као раније
- □ Да, у већини случајева уопште нисам била у могућности да се изборим

7. Осјећала сам се толико тужно да сам имала и потешкоће са спавањем

- □ Не, уопште не
- □ Не често
- □ Да, понекад
- □ Да, већину времена

8. Осјећала сам се тужно и јадно

- □ Не, уопште не
- □ Не често
- □ Да, понекад
- □ Да, већину времена

9. Била сам толико тужна да сам плакала

- □ Не, никада
- □ Само повремено
- □ Да, често
- □ Да, већину времена

10. Пала ми је на памет мисао да себи наудим

- □ Никада
- □ Скоро никада
- □ Понекад
- □ Да, често

Прилог 2.

ДАСС скала

ДАСС је инструмент осмишљен за процјену три повезана негативна емоционална стања – депресије, анксиозности и стреса.

Оригинална скала има 42 питања. За једноставнију примјену у пракси осмишљена је скраћена верзија са 21 питањем (по 7 за свако стање), која се користи и у овом Водичу.

Од испитаника се тражи да користе четворостепену скалу (оцјене од 0 до 3) како би оцијенили степен у ком се појединo стање јављало у току претходне седмице. Резултати за депресију, анксиозност и стрес се израчунавају сабирањем оцјена за наведене ставке.

ПРОЦЈЕНА НА ОСНОВУ ДАСС СКАЛЕ

ДАСС скала служи за квантитативно мјерење дистреса, процијењено по три основа – депресија, анксиозност и стрес. Она није начин за постављање клиничке дијагнозе.

Емоционални синдроми попут депресије и анксиозности индивидуално се разликују по тежини и интензитету.
Наведене референтне вриједности су уведене како би се разграничили благи/ умјерени/ озбиљни/јако озбиљни скорови ове процјене.

НАПОМЕНА: Референтне вриједности су изведене тестирањем опште популације, тако да нпр. „умјерено“ значи да је скор за ту особу нешто изнад просјека за општу популацију, али се не ради о поремећају (не значи обољење). На основу ДАСС скора се не одлучује о даљњим интервенцијама, већ би исте требало ускладити са свим доступним клиничким информацијама.

Референтне вриједности

	ДЕПРЕСИЈА	АНКСИОЗНОСТ	СТРЕС
Нормалан	0 – 4	0 – 3	0 – 7
Благо	5 – 6	4 – 5	8 – 9
Умјерено	7 – 10	6 – 7	10 – 12
Озбиљан	11 – 13	8 – 9	13 – 16
Веома озбиљан	14+	10+	17+

ДАСС 21

Молимо Вас да прочитате сваку тврдњу и заокружите број 0, 1, 2 или 3, у зависности од тога у којој мјери се тврдња односи на Ваша осјећања у току претходне седмице. Нема исправних и погрешних одговора. Немојте трошити превише времена на било коју тврдњу!

0 - Никада (не односи се на мене)
1 - Односи се на мене у мањој мјери или у мањем броју случајева – ПОНЕКАД
2 - Односи се на мене у значајној мјери или у великом броју случајева – ЧЕСТО
3 - Односи се на мене у великој мјери или у већини случајева – СКОРО УВИЈЕК

НЕ ПОПУЊАВАТИ!

						D	A	S
1	Било ми је тешко да се опустим	0	1	2	3			
2	Примијетила сам да су ми сува уста	0	1	2	3			
3	Нисам имала никакав позитиван осјећај	0	1	2	3			
4	Имала сам потешкоће с дисањем (нпр. убрзано дисање, недостатак даха при мировању)	0	1	2	3			
5	Било ми је тешко да покренем иницијативу за нешто	0	1	2	3			
6	Често сам бурно реаговала	0	1	2	3			
7	Осјетила сам дрхтање (нпр. у рукама)	0	1	2	3			
8	Осјећала сам да сам веома нервозна и напета	0	1	2	3			
9	Забрињавале су ме ситуације у којима бих се могла успаничити и испасти „блесава“	0	1	2	3			
10	Осјећала сам да немам чему да се радујем	0	1	2	3			
11	Осјећала сам се узнемирено	0	1	2	3			
12	Било ми је тешко да се релаксирам	0	1	2	3			
13	Осјећала сам се потиштено	0	1	2	3			
14	Била сам нетолерантна према свему што ме спречава да радим оно што сам започела	0	1	2	3			
15	Имала сам осјећај да ћу се успаничити	0	1	2	3			
16	Нисам се осјећала оптимистично	0	1	2	3			
17	Осјећала сам се безвриједно	0	1	2	3			
18	Осјећала сам се рањиво	0	1	2	3			
19	Осјећала сам лупање срца (нпр. убрзан рад срца, „прескакање“...)	0	1	2	3			
20	Осјећала сам се уплашено без објективног разлога	0	1	2	3			
21	Осјећала сам да је живот безначајан	0	1	2	3			

ДАСС 21 СКОР

ДЕПРЕСИЈА СКОР	АНКСИОЗНОСТ СКОР	СТРЕС СКОР

С К О Р:			

Прилог 3.

Упитник антенаталног ризика (АНРК)

Овај упитник је осмишљен ради процјене присуства специфичних фактора ризика који повећавају вјероватноћу за развој менталних поремећаја у перинаталном периоду (нпр. постнатална депресија или анксиозни поремећај) и субоптималан развој односа мајка – новорођенче.

1. Правила за употребу Упитника

Неопходно је да се приликом примјене овог упитника поштују сљедећа правила (без обзира да ли се користи само овај упитник или у комбинацији с Единбуршком скалом депресије (ЕПДС):

- Упитник је искључиво намијењен као додатак при узимању анамнезе и никако не може замијенити друга правила добре клиничке праксе
- Важно је да га користи адекватно обучено особље
- Упитник треба попунити у току узимања анамнезе од труднице како би сви фактори ризика били утврђени прије него што пацијенткиња напусти ординацију
- Оцјене (бодови) приказани у наставку служе као показатељ потребе за стручном подршком и помажу у прављењу адекватног плана терапије

2. Инструкције за оцјењивање:

a) За питања 2a, 2b, 2d, 4, 8, 9:

Одговор ДА=5, НЕ=0 (уписати бодове у квадратић са десне стране)
Уколико је одговор НЕ, немојте бодовати наредна питања (нпр. 2a, 2b, 4a: Уколико је одговор НЕ, неће бити бодовања за питања 2c-e, 4b)

b) За питања 1, 2c, 3, 4b, 5, 6, 7:

Скор је идентичан заокруженом броју. Уписати скорове у квадратиће са десне стране.

c) Саберите све бодове (да/не и заокружене одговоре) и упишите укупни збир у квадратић на врху упитника.

d) Минимални скор је 5; Максимални скор је 67

e) Не постоји апсолутна cut-off вриједност укупног збира за овај упитник, али вриједности од 23 и више упућују на постојање сигнификантних психосоцијалних фактора ризика те треба сматрати да пацијенткиње с таквим резултатом имају значајан ризик за развој менталних здравствених проблема у перинаталном периоду. Потребна су даљња испитивања ради утврђивања потребе за психосоцијалном подршком и планирања терапије.

ВАЖНО
Одговор „ДА“ на било које од наредних питања • **Питање 2a** – „ДА“ за претходну појаву депресије, која утиче на слабљење социјалног и/или професионалног функционисања (скор 3 или више за питање 2c) ИЛИ потреба за стручном помоћи (питање 2d). • **Питање 2b** – „ДА“ – односи се на претходно постојање психичких тегоба (нпр. поремећаји исхране, психоза, биполарни поремећаји, схизофренија) • **Питање 8** – односи се на емоционално злостављање • **Питање 9** – односи се на физичко или социјално злостављање **мора се сматрати високоризичним, без обзира на укупан резултат упитника**

Име и презиме:_____ **Датум:**_____

Број телефона:_____ **Гестација:**_____ **ВТП:**_____

Ово је дио надзора у току трудноће. Све информације су повјерљиве и биће чуване у Вашој медицинској документацији.
МОЛИМО Вас да одговорите на сва питања. Заокружите од 1 до 6 или штиклирајте ДА/НЕ

УКУПНО ☐

1. Да ли сте у току дјетињства осјећали потпору од стране Ваше мајке? (Уколико нисте имали мајку, заокружите 6)
   1 2 3 4 5 6
   веома донекле не ☐

2. a) Да ли се икада десило да се 2 седмице или дуже осјећате јако забринуто, несрећно или депресивно?
   ДА НЕ ☐

   b) Да ли се икада имали проблема с менталним здрављем? Нпр. поремећаји исхране, психозе, биполарни поремећај, схизофренија. Уколико је одговор ДА, молимо Вас да наведете који:
   _____
   ДА НЕ ☐

   Уколико је одговор ДА под 2a или 2b, да ли:
   c) Значајно омета Ваш посао и односе с пријатељима и породицом?
   1 2 3 4 5 6
   не донекле веома ☐

   d)Да ли Вам је потребна професионална помоћ?
   Да ли сте посјерили: психијатра, психолога, породичног љекара (наведите име)_____
   ДА НЕ ☐

   e) Да ли сте узимали теблете/биљне лијекове?
   Наведите које: _____
   ДА НЕ ☐

3. Да ли је Ваш однос с партнером емоционално задовољавајући? (Уколико немате партнера заокружите 6)
   1 2 3 4 5 6
   веома донекле не ☐

4. а) Да ли сте у претходних 12 мјесеци доживјели неки већи стрес, значајније промјене у животу или смрт блиске особе? (нпр. развод, насиље у породици, губитак посла?)
   Молимо вас да наведете: _____
   b) Колико су Вас потресла наведена дешавања, промјене или губитак?

   ДА НЕ ☐

   1 2 3 4 5 6 ☐
   нимало донекле веома

5. Да ли се сматрате забринутом особом?

   1 2 3 4 5 6 ☐
   не донекле веома

6. Да ли се осјећате узнемирено уколико нема савршеног реда (нпр. распоред активности, нераспремљена кућа...)

   1 2 3 4 5 6 ☐
   не донекле веома

7. Да ли се осјећате сигурно да ћете имати на кога да се ослоните када будете имали бебу?

   1 2 3 4 5 6 ☐
   не донекле веома

8. Да ли сте емоционално злостављани у току одрастања?

   ДА НЕ ☐

9. Да ли сте икада сексуално или физички злостављани?

   ДА НЕ ☐