



Ministarstvo zdravlja
Republike Srbije

Republička stručna
komisija za izradu i
implementaciju
vodiča u kliničkoj
praksi

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA U TOKU TRUDNOĆE

*Nacionalni vodič za lekare
u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*



Projekat izrade Vodiča za kliničku praksu

Finansira Evropska unija i rukovodi Evropska agencija za rekonstrukciju

Republička stručna komisija za izradu
i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Srpsko lekarsko društvo

Z D R A V S T V E N A Z A Š T I T A Ž E N A U T O K U T R U D N O Ć E

Nacionalni vodič za lekare
u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Novembar, 2005.



Projekat izrade Vodiča za kliničku praksu
Finansira Evropska unija i rukovodi
Evropska agencija za rekonstrukciju

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA U TOKU TRUDNOĆE

Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Srpsko lekarsko društvo

Izdavač: Srpsko lekarsko društvo – SLD

Za izdavača: prof. dr Vojkan Stanić, predsednik SLD–a

Tehnička priprema: Crown Agents

Štampa: Valjevo print

Tiraž: 3000, I izdanje

© Copyright Srpsko lekarsko društvo

ISBN 86–85313–40–6

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd
618.2 (083.1)

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA U TOKU TRUDNOĆE / (priredila Radna grupa za izradu vodiča, rukovodilac Nebojša Radunović. – 1. izd. – Beograd: Srpsko lekarsko društvo, 2005
(Valjevo: Valjevo print). – VII, 45 str.; tabele; 21 cm. – (Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti / Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi)

Tiraž 3.000. – Bibliografija: str. 35–39.

ISBN 86–85313–40–6

a) Trudnoća – Uputstva
COBISS. SR-ID 118976012

UVODNA REČ

Medicina koja se zasniva na dokazima je ona koja koristi najbolje dokaze koji su nam na raspolaganju, u zdravstvenoj zaštiti celokupnog stanovništva ili pojedinih njegovih grupa.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije je, u želji da stvori jedan moderan sistem zdravstvene zaštite u kome bi pacijenti bili lečeni na jednak i za sada najbolji dokazani način, pokrenulo pisanje vodiča sa ciljem da standardizuje dijagnostičko–terapijske procedure.

Tim povodom je imenovana Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi (RSK). U njenom sastavu su profesori Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta, predstavnici zdravstvenih ustanova (domova zdravlja, bolnica i kliničkih centara), medicinskih udruženja i drugih institucija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji.

Da bi definisala način svog rada ova komisija je izradila dokument – Poslovnik o radu RSK.

Teme vodiča su birane u skladu sa rezultatima studije „Opterećenje bolestima u Srbiji“ i iz oblasti u kojima postoje velike varijacije u lečenju, a sve u cilju smanjenja stope morbiditeta i mortaliteta.

Rukovodioci radnih grupa za izradu vodiča su eksperti za određenu oblast, poznati široj stručnoj javnosti i predloženi od strane RSK. Oni su bili u obavezi da formiraju multidisciplinarni tim.

Svaki vodič je u svojoj radnoj verziji bio testiran u domovima zdravlja, a zatim u završnoj formi prezentovan ispred odgovarajuće sekcije Srpskog lekarskog društva ili nacionalnog udruženja, koji su zatim dali svoje stručno mišljenje u pismenoj formi. Tek nakon ovoga RSK je bila u mogućnosti da ozvaniči Nacionalni vodič.

Za tehničku pomoć u realizaciji ovog projekta, Evropska unija je preko Evropske agencije za rekonstrukciju, angažovala EPOS.

Želim da se zahvalim svima koji su učestvovali u ovom procesu, na entuzijazmu i velikom trudu, i da sve korisnike ohrabrim u primeni vodiča.

*Predsednik RSK za izradu i
implementaciju vodiča u kliničkoj praksi*

Beograd, novembar 2005.

*Prof. dr Vera Popović
Profesor Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu*

Radna grupa za izradu vodiča

Rukovodilac:

Prof. dr Nebojša Radunović

Institut za ginekologiju i akušerstvo KC Srbije, Medicinski fakultet Beograd

Sekretar:

Prim. mr sc. med. Ljiljana Sokal Jovanović

Gradski zavod za zaštitu zdravlja, Beograd

Članovi:

Doc. dr Aleksandra Novakov Mikić

Klinika za ginekologiju i akušerstvo KC Novi Sad

Prim. mr sc. med. Dragana Lozanović–Miladinović

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Beograd

Prim. dr Branka Milošević

Dom zdravlja Novi Beograd

Prim. dr sc. med. Žarko Puzigaća

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Beograd

Doc. dr Snežana Rakić

Ginekološko–akušerska klinika „Narodni front“, Beograd

Saradnici:

Prof. dr Siniša Stojić

Klinika za ginekologiju i akušerstvo, KC Novi Sad

Prof. dr Nebojša Lalić

predsednik Radne grupe za Nacionalni vodič kliničke prakse Diabetes melitus

Dr Mirjana Petričević

Služba za zdravstvenu zaštitu žena i dece, Dom zdravlja Subotica

Dr Angelina Jeftić

Služba za zdravstvenu zaštitu žena, Dom zdravlja Zemun

Dr Branka Lazić

Služba za zdravstvenu zaštitu žena, Dom zdravlja Voždovac

Dr Vesna Dragičević,

Gradski zavod za zaštitu zdravlja, Beograd

Dr Sultana Manojlović

Služba za zdravstvenu zaštitu žena, Dom zdravlja „Dr Simo Milošević“ – Čukarica

KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Ovaj vodič je zasnovan na dokazima sa ciljem da pomogne lekarima u donošenju odluke o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti.

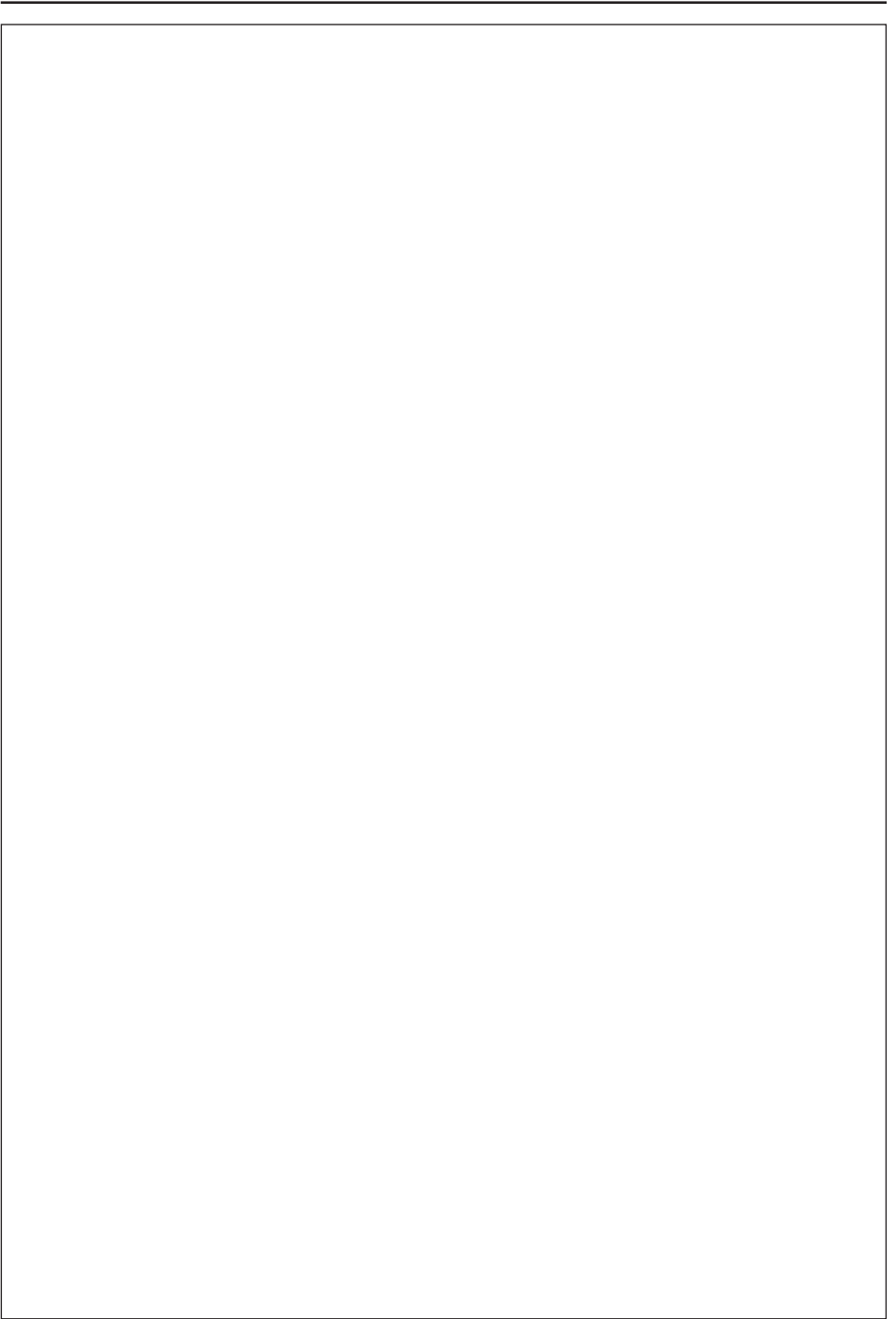
Svaka preporuka, data u vodiču, stepenovana je rimskim brojevima (I, IIa, IIb, III) u zavisnosti od toga koji nivo dokaza je poslužio za klasifikaciju.

Nivo dokaza

- A** Dokazi iz meta analiza multicentričnih, dobro dizajniranih kontrolisanih studija. Randomizirane studije sa niskim lažno pozitivnim i niskim lažno negativnim greškama (visoka pouzdanost studija)
- B** Dokazi iz najmanje jedne, dobro dizajnirane eksperimentalne studije. Randomizirane studije sa visoko lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (niska pouzdanost studije)
- C** Konsenzus eksperata

Stepen preporuke

- I** Postoje dokazi da je određena procedura ili terapija upotrebljiva ili korisna
- II** Stanja gde su mišljenja i dokazi suprotstavljeni
 - IIa** Procena stavova/dokaza je u korist upotrebljivosti
 - IIb** Primenljivost je manje dokumentovana na osnovu dokaza
- III** Stanja za koje postoje dokazi ili generalno slaganje da procedura nije primenljiva i u nekim slučajevima može biti štetna
- Preporuka zasnovana na kliničkom iskustvu grupe koja je sačinila vodič



SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| UVOD | 1 |
| CILJ VODIČA | 2 |
| ANTENATALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA NA PRIMARNOM NIVOU | 3 |
| I. Opšte preporuke i informacije za sve trudne žene | 4 |
| II. Opšte karakteristike organizacije zdravstvene zaštite o kojima treba upoznati svaku trudnicu | 5 |
| III. Organizovan i sistematski zdravstveno vaspitni rad sa trudnim ženama, parovima i porodicom | 6 |
| 3.1. Savetovalište za trudnice | 7 |
| 3.2. Škola za roditeljstvo | 10 |
| 3.3. Psihofizička priprema za porođaj | 11 |
| 3.4. Patronažne posete trudnim ženama | 11 |
| IV. Prvi lekarski pregled trudne žene – prvi trimestar trudnoće | 13 |
| V. Kontrolni lekarski pregledi | 14 |
| 5.1. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 16. nedelja | 15 |
| 5.2. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 24. nedelja | 16 |
| 5.3. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 28. nedelja | 17 |
| 5.4. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 36. nedelja | 18 |
| VI. Ultrazvučni pregled | 19 |
| VII. Saveti za smanjenje uobičajenih tegoba za vreme trudnoće | 20 |
| VIII. Skrining na infekcije | 21 |

| | |
|--|-----------|
| IX. Trudne žene koje zahtevaju dopunsku – proširenu zdravstvenu zaštitu | 23 |
| X. Trudnoća visokog rizika | 24 |
| 10.1. Anemija u trudnoći | 25 |
| 10.2. Dijabetes melitus | 25 |
| 10.3. Hipertenzivni sindrom u trudnoći | 28 |
| 10.4. Rh izoimunizacija | 30 |
| 10.5. Spontani i habitualni pobačaji | 31 |
| 10.6. Detekcija poremećaja u ravoju ploda | 33 |
| Literatura | 35 |
| Prilozi: | |
| 1) HIV algoritam | 40 |
| 2) List za kontrolu trudnoće | 42 |
| 3) Pregledi trudnica u trudnoći bez komplikacija | 44 |

UVOD

Antenatalna zdravstvena zaštita trudnih žena predstavlja skup mera koje se sprovode u toku trudnoće sa ciljem da se očuva zdravlje, spreči obolevanje majke i rodi doneseno, zdravo i za život sposobno dete.

Ciljevi zaštite u trudnoći su:

- pratiti zdravstveno stanje trudne žene i ploda,
- na vreme identifikovati trudnoću sa visokim rizikom (koja zahteva posebnu brigu za majku i plod),
- svim trudnim ženama pružiti podršku, dati odgovarajuće savete i informacije.

Na primarnom nivou zdravstvene zaštite, odnosno u domovima zdravlja, naglasak se stavlja na:

- rano uključivanje trudne žene u sistem zdravstvene zaštite;
- pružanje predviđene zaštite u svakom pojedinom slučaju;
- rano otkrivanje rizika i upućivanje na viši nivo zaštite.

Ranim otkrivanjem i pravilnom selekcijom ugroženih trudnoća, intenzivnim nadzorom trudnice i ploda doprinosi se da se svaki plod razvija prema svom maksimalnom genetskom potencijalu.

CILJ VODIČA

1. Definisane procedura i standarda zdravstvene zaštite koji se obezbeđuju u toku trudnoće svim trudnim ženama na nivou primarne zdravstvene zaštite.
2. Primena ujednačenih sadržaja i mera zaštite na primarnom nivou i definisanje stanja i postupaka za koje je potrebno upućivanje na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite.
3. Otkrivanje rizika po zdravlje majke i ploda, kao i blagovremeno preduzimanje odgovarajućih dijagnostičkih i terapijskih procedura.

ANTENATALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA NA PRIMARNOM NIVOU

U domovima zdravlja, u službama za zdravstvenu zaštitu žena sprovodi se sistematsko praćenje i kontrola zdravstvenog stanja žene u vezi sa trudnoćom, koja podrazumeva:

- prvi lekarski pregled trudne žene u prvom trimestru;
- kontrolne lekarske preglede četiri puta u toku trudnoće (izuzev kod visoko rizičnih trudnoća, gde se ovi pregledi obavljaju prema indikacijama);
- ultrazvučne preglede trudne žene četiri puta u toku trudnoće (uključujući i jedan između 7. i 8. nedelje gestacije (NG));
- laboratorijsku kontrolu krvne slike, glikemije, urina i određivanje krvne grupe, Rh faktora kod svake trudne žene i genetska i druga ispitivanja u zavisnosti od indikacija i anamneze;
- zdravstvenovaspitni rad na razvijanju zdravih stilova života i pripremi trudne žene za porođaj, kao i na razvijanju podrške od strane budućeg oca deteta i ostalih članova porodice.

U okviru rada polivalentne patronažne službe doma zdravlja organizuju se kućne posete patronažne sestre porodici – trudnoj ženi.

1. Opšte preporuke i informacije za sve trudne žene

Svakoj trudnoj ženi treba pružiti:

A

- odgovarajuće informacije o organizaciji zdravstvene zaštite u toku trudnoće – gde će se obezbeđivati zaštita, ko je od zdravstvenih radnika za to zadužen i sl.;

I

A

- pri prvoj poseti informaciju o tome kako će se i šta sprovoditi u okviru ove zaštite; preporučiti zdravo ponašanje, uključujući i način ishrane;

I

A

- priliku da bude uključena u grupni zdravstvenovaspitni rad i obezbediti joj pisane informacije o osnovnim promenama u toku trudnoće i pravima vezanim za antenatalnu zaštitu;

I

A

- pri svakoj poseti potpunu informaciju, jasno objašnjenje i ohrabriti je u postavljanju pitanja;

I

C

- pre izvođenja skrining testa potpuno objašnjenje zašto se taj test izvodi, uz naglasak da žena ima pravo da prihvati test ili da ga odbije.



2. Opšte karakteristike organizacije zdravstvene zaštite o kojima treba upoznati svaku trudnicu

Ko pruža zaštitu?

- Ginekolog–akušer i babica na primarnom nivou čine osnovni tim zdravstvene zaštite trudne žene sa fiziološkom trudnoćom, kome se pridružuju polivalentna patronažna sestra i stomatolog. Rutinsko uključivanje ginekologa–akušera iz bolničke ustanove u zdravstvenu zaštitu kod nekomplikovane trudnoće ne poboljšava ishod trudnoće u odnosu na situaciju kada je u pitanju komplikovana trudnoća.

Kontinuitet zdravstvene zaštite

- Antenatalnu zaštitu pružaju izabrani stručnjaci sa kojima se trudna žena oseća bezbedno i konforno. Stalnost izabranog tima treba da postoji tokom cele trudnoće.
- Sistem referalnosti mora postojati, tako da u slučaju kada postoji potreba za dopunskim procedurama u dijagnostici i tretmanu, trudna žena bude upućena odgovarajućem specijalisti.

Gde se pruža zdravstvena zaštita?

- Antenatalna zaštita na primarnom nivou ostvaruje se u domovima zdravlja i u kući trudne žene. Ova zaštita bi trebalo da bude lako dostupna i pristupačna svim trudnim ženama.

Medicinska dokumentacija

- List za kontrolu trudnoće se koristi za vođenje evidencije o toku trudnoće i sprovedenim procedurama.
- Knjižica za majku i dete.

| | | |
|---|--|--|
| <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> | <p>Učestalost antenatalnih poseta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Za prvotku sa nekomplikovanom trudnoćom, predviđeno je 8, odnosno 9 poseta službi za zdravstvenu zaštitu žena, od kojih je 5 poseta radi lekarskog pregleda, a 3, odnosno 4 zbog ultrazvučne dijagnostike. Za višerotku sa nekomplikovanom trudnoćom broj poseta službi može biti i manji. • Rano u trudnoći svakoj ženi treba dati pisanu informaciju o broju i vremenu planiranih poseta lekaru, sadržaju ovih poseta, kao i nedelji gestacije kada se obavljaju ultrazvučni pregledi. O prikazanoj dinamici poseta treba razgovarati sa svakom trudnicom, omogućiti joj postavljanje pitanja i davati potpune i jasne odgovore. • U kući trudne žene obavlja se jedna, a u slučaju potrebe i više poseta polivalentne patronažne sestre. | <p>I</p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> |
|---|--|--|

3. Organizovan i sistematski zdravstvenovaspitni rad sa trudnim ženama, parovima i porodicom

Sve aktivnosti se realizuju kroz rad:

- savetovališta za trudnice,
- škole za roditeljstvo,
- psihofizičku pripremu trudnice za porođaj,
- patronažne kućne posete.

3.1. Savetovalište za trudnice

Osnovni sadržaji zdravstvenovaspitnog rada

A

- što ranije započinjanje kontrole zdravlja i toka trudnoće (najkasnije do kraja drugog meseca trudnoće) i redovno dolaženje na kontrole;

I

A

- trudne žene i one koje planiraju trudnoću treba informisati o potrebi uzimanja folne kiseline – pre koncepcije i sve do 12. nedelje gestacije (smanjenje rizika od pojave poremećaja nervnog sistema – anencefalija, spina bifida);

I

C

- pridržavanje higijensko–dijetetskog režima u trudnoći (lična higijena, pravilna ishrana, odgovarajuća odeća, obuća, značaj kretanja);



C

- redovne posete stomatologu zbog kontrole stanja usta i zuba;



C

- značaj dojenja i majčinog mleka u ishrani novorođenčeta i odojčeta; značaj dojenja za pravilan razvoj i rast deteta i zdravlje majke; značaj pripreme dojki i bradavica za dojenje;



C

- dolazak kod lekara uvek kada se jave neke od navedenih tegoba: pojačan sekret, svrab, otok, glavobolja, nesvestica, vrtoglavica, krvavljenje, oticanje plodove vode, grčevi, trudovi, povišena telesna temperatura u trajanju preko 3 dana, uporno povraćanje, bol pri mokrenju, kao i ako dođe do pogoršanja postojećih patoloških stanja;



C

- usvajanje znanja i veština u vezi sa održavanjem svakodnevne higijene deteta (kupanje, nega kože i dr.);



A

- posete ginekologu posle porođaja jednom u toku prvih šest nedelja, a zatim jednom u toku prvih šest meseci;

I

| | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| A | <ul style="list-style-type: none"> • uticaj nezdravih navika i rizičnog ponašanja u trudnoći (pušenje, pasivno pušenje, alkoholizam, narkomanija, opasnost od preteranog fizičkog naprežanja, uticaj stresa na poslu i životu uopšte); | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Značaj poznavanja HIV statusa u trudnoći; mogućnost testiranja i poverljivost rezultata; mogućnost sprečavanja prenosa HIV infekcije sa majke na dete | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • informisati trudnu ženu o pravima vezanim za trudnoću i materinstvo – posebno sa aspekta riziko faktora vezanih za radno mesto; | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • opasnost od pasivnog pušenja, kapljične infekcije, zračenja (ispitati radne uslove žene i predložiti mere zaštite); | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • psihofizička priprema za porođaj, kao i fizičke vežbe za jačanje karličnih mišića posle porođaja; | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • poznavanje prava i zakonskih propisa u vezi sa trudnoćom i materinstvom; | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • priprema najbližih članova porodice za pravilan stav prema porodilji i novorođenčetu. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Značajni stavovi: | | |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • ne davati obavezno preparate gvožđa svim trudnim ženama – nema dokaza o korisnom efektu na zdravlje majke i ploda; | I |
| B | <ul style="list-style-type: none"> • trudnu ženu treba informisati da vitamin A uzet u količinama preko 700 mg može biti teratogen, te ga treba izbegavati, kao i prekomerno konzumiranje džigerice ili proizvoda od džigerice; | IIa |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • u nedostatku informacija o efektu primene vitamina D i vitamina E u trudnoći, korišćenje ovih vitamina se ne preporučuje rutinski u toku trudnoće; | III |

| | | |
|---|---|-----|
| C | <ul style="list-style-type: none"> informisati trudnu ženu o tome kako da smanji rizik od listerioze, salmoneloze i trihineloze; | ☑ |
| C | <ul style="list-style-type: none"> lekove u toku trudnoće treba koristiti što je manje moguće i ograničiti ih na situacije u kojima su koristi od lekova veće od mogućeg rizika njihove primene; | ☑ |
| A | <ul style="list-style-type: none"> započinjanje ili nastavak telesnih vežbi u umerenom stepenu nije povezano sa nepovoljnim ishodom trudnoće; | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> postoje potencijalne opasnosti od preteranog bavljenja sportom u toku trudnoće, npr. kod onih sportova koji mogu dovesti do povreda stomaka, padova, kompromitovanja disanja sl.; | ☑ |
| A | <ul style="list-style-type: none"> seksualne aktivnosti tokom trudnoće ne ugrožavaju trudnoću (koristiti kondom radi sprečavanja prenošenja infekcija); | I |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ograničiti konzumiranje alkohola; | IIa |
| A | <ul style="list-style-type: none"> informisati o specifičnim rizicima vezanim za pušenje u toku trudnoće (mala telesna masa na rođenju, prevremeno rođenje)⁴⁴; | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> ženama koje ne mogu da prestanu da puše, dati podršku da smanje broj popušanih cigareta;⁴⁴ | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> dugotrajno putovanje avionom je povezano sa povećanim rizikom od venske tromboze, iako nije jasan povećan rizik u toku trudnoće; | ☑ |
| C | <ul style="list-style-type: none"> adekvatno korišćenje zaštitnog pojasa u automobilu (iznad i ispod stomaka); | ☑ |
| C | <ul style="list-style-type: none"> u slučaju putovanja u inostranstvo, treba razgovarati sa trudnom ženom o letenju, vakcinama, osiguranju; | ☑ |

3.2. Škola za roditeljstvo

Grupni zdravstvenovaspitni rad se smatra najkorisnijim metodom savremenog savetovališnog rada.

Sastav tima:

- specijalista ginekolog akušer,
- specijalista pedijatar,
- polivalentna patronažna sestra,
- pedijatrijska sestra,
- akušerska sestra,
- nutricionista,
- doktor stomatologije, specijalista dečje i preventivne stomatologije,
- doktor medicine, specijalista socijalne medicine,

drugi profili zdravstvenih radnika i saradnika vezano za iskazane probleme, pitanja i dileme koje imaju budući roditelji.

Teme:

- Zdravlje žene u trudnoći i posle porođaja
- Značaj majčinog mleka
- Priprema dojki i bradavica za dojenje i zdravlje majke
- Započinjanje dojenja i uspostavljanje laktacije
- Poseta porodilištu pre porođaja
- Nega novorođenčeta
- Pomoć majci posle otpusta iz porodilišta
- Prava trudnice, porodilje i majke dojilje
- Značaj redovne kontrole u savetovalištu za trudnice
- Značaj posete ginekologu posle porođaja (6 nedelja i 6 meseci)
- Značaj i metode kontracepcije u postporođajnom dobu.

Organizovani grupni rad kroz Škole za roditeljstvo treba obavezno sprovesti kod svih trudnica u poslednjem tromesečju, tj. od VII do IX meseca trudnoće.

3.3. Psihofizička priprema za porođaj

U svrhu psihofizičke pripreme za porođaj koristi se kombinacija Dik–Ridovog prirodnog porođaja i ruskog psihoprofilaktičkog metoda bezbolnog porođaja.

Cilj psihofizičke pripreme je:

- eliminacija straha koji je stečen na negativnim emocijama od najranijeg detinjstva i predstavlja stari negativni uslovni refleks;
- stvaranje nove uslovno–refleksne veze na bazi pozitivnih predstava o porođaju.

Ovi zadaci pripreme za porođaj se ostvaruju putem:

- EDUKACIJE trudnice o fiziološkim zbivanjima tokom trudnoće, činu porođaja,
- KINEZITERAPIJE – usvajanjem veština kojima se olakšava porođaj. Kineziterapijom se unapređuje opšta kondicija trudnice, uči se postizanje opšte i lokalne relaksacije, vrste disanja tokom porođaja i usvaja se veština napinjanja.

Vežbe (kineziterapija) se primenjuju:

















- počev od 26. nedelje trudnoće
- ne treba da traju duže od 90 minuta
- sprovode se jedanput nedeljno
- završavaju se najmanje nedelju dana pre termina porođaja.

U psihofizičku pripremu se ne uključuju trudnice sa rizičnim trudnoćama, iako elementi psihičke pripreme i edukacije mogu i njima biti prezentovani.

3.4. Patronažne posete trudnim ženama

Patronažnu posetu trudnoj ženi i porodici obavlja polivalentna patronažna sestra jednom u toku trudnoće, a u slučaju potrebe i češće. Ovom posetom treba obuhvatiti sve trudne žene najkasnije do 20. gestacijske nedelje.

Prilikom posete trudnoj ženi patronažna sestra je dužna da proceni postojanje biološkog ili psihosocijalnog rizika i da u tom cilju obavi sledeće aktivnosti:

| | | |
|---|--|--|
|  | • proceni uslove u kojima trudnica živi i radi i da, ukoliko je moguće, utiče na poboljšanje istih; |  |
|  | • informiše trudnicu sa zakonskim pravima vezanim za trudnoću; |  |
|  | • kod zaposlenih žena informiše se o uslovima rada na radnom mestu i pruži im odgovarajuće preporuke; |  |
|  | • uputi trudnicu u Savetovalište za trudnice i objasni značaj redovne kontrole trudnoće, značaj pohađanja Škole za roditeljstvo i uključivanja u psihofizičku pripremu za porođaj; |  |
|  | • objasni trudnici značaj fizioloških promena u trudnoći i ukaže na simptome i znake koji zahtevaju neodložnu posetu lekaru (glavobolje, krvavljenje, bolovi, pojačan sekret, i dr); |  |
|  | • objasni značaj lične higijene u trudnoći, pravilne ishrane, kontrole zuba, higijene dojki i bradavica i sl.; |  |
|  | • ukaže na opasnost od štetnih navika u trudnoći (upotreba duvana, narkotika, alkohola), lekova uzetih po svom nahođenju i infekcija; |  |
|  | • izvesti ordinirajućeg lekara o bitnim elementima života i zdravlja trudnice ili usmeno ili preko signal obrasca, koji ostaje u kartonu trudnice. |  |

NAPOMENA: Posle rada u porodici, patronažna sestra obaveštava ordinirajućeg lekara – ginekologa – akušera usmeno i preko obrasca PPS (signal nalog) o bitnim elementima koji su značajni za život i zdravlje žene i porodice. Izveštaj patronažne sestre (signal nalog) treba uložiti u zdravstveni karton trudne žene i uspostaviti kontakt sa službama koje mogu pomoći trudnici u rešavanju uočenih problema (Centar za socijalni rad, zavod za tržište rada, nevladine organizacije i sl.)

4. Prvi lekarski pregled trudne žene – prvi trimestar trudnoće

Sadržaj prvog lekarskog pregleda odgovara sistematskom pregledu i čini ga:

- određivanje starosti trudnoće, po potrebi i ultrazvučnim pregledom (ukoliko nije poznat termin poslednje menstruacije);
- određivanje termina porođaja po Negelovom pravilu (datum prvog dana poslednje menstruacije + godinu dana – 3 meseca + 7 dana);
- uzimanje anamnestičkih podataka (porodična anamneza, lična – uključujući i alegriju na lekove, akušerska anamneza);
- određivanje arterijske tenzije (AT) i telesne mase (TM);
- palpatorni pregled štitne žlezde;
- inspekcija donjih ekstremiteta na edeme i proširene vene;
- klinički ginekološki pregled;
- kolposkopski pregled i Papanikolau test (ukoliko nisu rađeni u poslednjih 6 meseci);
- vaginalni sekret za određivanje stepena čistoće i po potrebi cervikalni bris na kulturu;
- otvaranje i popunjavanje lista za kontrolu trudnoće (predlog u prilogu) i knjižice za majku i dete;
- laboratorijski pregled: broj eritrocita, hemoglobin, glikemija, celokupni urin;
- odrediti rizične grupe za gestacioni dijabetes melitus (GDM). Uraditi OGTT trudnicama iz rizične grupe^{8,38}
- krvna grupa i Rh faktor;

A

C

A

A

C

C

A

A

C

A

A

A

A

I

☑

I

I

☑

☑

I

I

☑

I

I

I

I

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| A | <ul style="list-style-type: none"> svim trudnicama obezbediti dobrovoljno, poverljivo i besplatno savetovanje i testiranje na HIV; | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> preporučiti svim trudnicama pregled Nuhalne brazde (NT) ili kombinovani test na hromozomopatije (NT, PAPP–A, beta HCG); | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> ako se trudna žena javila na prvi pregled u podmakloj trudnoći potrebno je odrediti pored navedenog, još i stav, položaj i smeštaj ploda i kontrolisati srčane tonove; | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> u slučaju sumnje na visokorizičnu trudnoću (poglavlje 9 i 10 ovog Vodiča definiše kriterijume za trudnoće sa povećanim rizikom) upućivanje na konsultativni pregled na viši nivo ginekološke zdravstvene zaštite i/ili specijalistima drugih odgovarajućih medicinskih disciplina; | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | <ul style="list-style-type: none"> dati informacije, savete, preporuke o načinu života tokom trudnoće (ishrana, higijena, fizička aktivnost, seksualno ponašanje, rizik na radnom mestu, putovanje, korišćenje lekova, pušenje i sl.); | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | <ul style="list-style-type: none"> procena radne sposobnosti. | <input checked="" type="checkbox"/> |

5. Kontrolni lekarski pregledi

Kod fiziološke trudnoće se sprovode 4 kontrolna lekarska pregleda i to u:

- 16. nedelji gestacije (NG)
- 24. nedelji gestacije
- 28. nedelji gestacije i
- 36. nedelji gestacije.

Pri kontrolnim pregledima trudne žene treba pratiti napredovanje trudnoće i tragati za mogućim faktorima rizika.

Kad god se posumnja na mogući rizik, bilo iz anamnestičkih podataka ili iz objektivnog pregleda, po pravilu treba planirati veći broj kontrolnih pregleda ili dopuniti sadržaj pregleda.

| | | |
|---|--|--|
| <p>C</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>C</p> | <p>5.1. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 16. nedelja gestacije</p> <ul style="list-style-type: none"> • određivanje starosti trudnoće; • uzimanje anamnestičkih podataka o opštem stanju zdravlja i o toku trudnoće; • određivanje arterijske tenzije (AT)(A) i telesne mase (TM); • inspekcija donjih ekstremiteta na edeme i proširene vene; • klinički pregled (pod spekulomom i bimanuelni) – procena stanja spoljašnjeg i unutrašnjeg materičnog ušća (procena potrebe za stavljanjem serklaža); • laboratorijski pregled: broj eritrocita, hemoglobin, celokupni urin; • preporučiti svim trudnicama koje nisu uradile skrining na hromozomopatije u prvom trimestru tripl test (beta HCG, AFP i E3); • kod Rh inkompatibilije kontrola titra RhD antitela¹⁵; • upućivanje na preventivni stomatološki pregled; • upućivanje u Školu za roditeljstvo; • davanje saveta o higijensko–dijetetskom režimu u toku trudnoće; • procena radne sposobnosti. | <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p>Ila</p> <p>Ila</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> |
| <p>A</p> | <p>Ne postoje dokazi da se češćim određivanjem nivoa Er i Hgb postiže bolji ishod trudnoće. Skrining na anemiju treba raditi u prvoj poseti i u 28. NG.^{9,10,13, 41}</p> | <p>I</p> |
| <p></p> | <p></p> | <p></p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>C</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>C</p> | <p>5.2. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 24. nedelja gestacije</p> <ul style="list-style-type: none"> • određivanje starosti trudnoće; • uzimanje anamnestičkih podataka o opštem stanju zdravlja i o toku trudnoće; • određivanje arterijske tenzije (AT) i telesne mase (TM); • inspekcija donjih ekstremiteta na edeme i proširene vene; • klinički pregled; • laboratorijski pregled: celokupni urin; • kod Rh inkompatibilije kontrola titra RhD antitela;¹⁵ • davanje saveta o higijensko–dijetetskom režimu u toku trudnoće; • preporuka i davanje uputa za psihofizičku pripremu za porođaj; • procena radne sposobnosti. | <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>I</p> <p>I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> |
| <p>A</p> | <p>• Postoje jaki dokazi da pri svakoj poseti trudnice treba kontrolisati AT i urin na proteinuriju.^{9,39,40}</p> | <p>I</p> |

| | | |
|-----------------|---|--|
| | <p>5.3. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 28. nedelja gestacije</p> <ul style="list-style-type: none"> • određivanje starosti trudnoće • uzimanje anamnestičkih podataka o opštem stanju zdravlja i o toku trudnoće; • određivanje telesne mase (TM); • Roll-over test (merenje arterijske tenzije na boku i u sedećem položaju); • inspekcija donjih ekstremiteta na edeme i proširene vene; • spoljašnji akušerski pregled; • slušanje srčanih tonova ploda; • laboratorijski pregled: broj eritrocita, hemoglobin, glikemija, celokupni urin; • uraditi OGTT trudnicama koje su razvile neki od faktora rizika za GDM; • kod Rh inkompatibilije kontrola titra RhD antitela; • davanje saveta o higijensko-dijetetskom režimu u toku trudnoće; • upoznavanje trudne žene sa zakonskim propisima iz prava vezanih za materinstvo (trudničko bolovanje, socijalna zaštita nezaposlene trudnice, socijalna zaštita posle porođaja). | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> I I I I I |
| <p>A</p> | <p>Primena tokolitika per os nema opravdanja u prevenciji prevremenog porođaja pre 30. NG.¹¹</p> | <p>I</p> |

5.4. Kontrolni lekarski pregled trudne žene – 36. nedelja

C

- uzimanje anamnestičkih podataka o opštem stanju zdravlja i o toku trudnoće;



A

- određivanje arterijske tenzije (AT) i telesne mase (TM);



C

- inspekcija donjih ekstremiteta na edeme i proširene vene;



C

- pregled dojki i bradavica – priprema za dojenje;



A

- akušerski pregled – spoljašnji i unutrašnji;



A

- uzimanje cervikalnog brisa za bakteriološku analizu;



C

- slušanje srčanih tonova ploda;



C

- određivanje karličnih mera – procena disproporcije;



A

- laboratorijski pregled: celokupni urin



A

- kod Rh inkompatibilije kontrola titra RhD antitela;



C

- davanje saveta o higijensko–dijetetskom režimu i načinu ponašanja do porođaja i u toku šest nedelja posle porođaja;



A

- objasniti znake početka porođaja;



C

- preporučiti predporođajni pregled u bolnici gde će se odvijati porođaj (radi potpunih informacija, kardiokografije);



C

- **pripremiti uput za porodilište i priložiti:**

- krvna grupa, Rh faktor
- laboratorijske i druge nalaze (HBsAg, Elisa test HIV, koprokultura)
- nalaz cervikalnog brisa
- nalaze svih izvršenih ultrazvučnih pregleda
- list za kontrolu trudnoće
- regulisati porodiljsko odsustvo i dati savete u vezi sa tim;



A

- dogovoriti se o orijentacionom datumu kontrolnog pregleda šest nedelja posle porođaja



| | | |
|----------|--|-------------------------------------|
| C | <ul style="list-style-type: none"> • Svaka trudna žena na dan termina porođaja obavezno treba da se javi na pregled u bolnicu gde će se poroditi. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Ne postoje dokazi da se određivanjem glikemije i eritrocita u 36. NG postiže povoljan efekat na ishodu trudnoće⁹. | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • ne postoje dokazi da se redovnim pregledima CTG (kod urednih trudnoća) utiče na ishod trudnoće.⁹ | I |

| | | |
|----------|--|-------------------------------------|
| A | <p>6. Ultrazvučni pregled</p> <p>Neophodno je obaviti tri puta u toku trudnoće ultrazvučni pregled, a ukoliko je potrebno i četiri:</p> <p>Do 8. gestacijske nedelje – utvrđivanje trudnoće (ukoliko nije poznat podatak o poslednjoj menstruaciji u cilju određivanja datuma porođaja i starosti trudnoće)</p> | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • od 11. do 14. gestacijske nedelje (12); | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • od 20. do 24. gestacijske nedelje (20); | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • od 30. do 34. gestacijske nedelje (32). | <input checked="" type="checkbox"/> |

NAPOMENA:

Osim detaljne biometrije ultrazvučni pregled treba da sadrži najmanje:

1. Oblik i veličina glavice i presek (cavum pellucidum, cerebellum, veličina komora i atrijuma manji od 10 mm)
2. Kičmena moždina (uzdužni presek)
3. Abdominalni presek na nivou želuca
4. Abdominalni presek na nivou bubrega i pupčane vrpce
5. Poprečni presek bubrega (pelvis manji od 5 mm)
6. Poprečni presek toraksa u nivou srčanih komora
7. Ruke: tri kosti i šaka (bez brojanja prstiju)
8. Nogica: tri kosti i stopalo (bez brojanja prstiju)

Ukoliko je rutinskim ultrazvučnim pregledom otkriveno odstupanje od fiziološkog nalaza, uputiti pacijenta na konsultativni UZ pregled na viši nivo zaštite.

Kod žena kod kojih postoji pretpostavka o riziku ili je rizik već otkriven, broj ultrazvučnih pregleda nije ograničen i obavlja se prema medicinskim indikacijama.

| | |
|--|--|
| <p>7. Saveti za smanjenje uobičajenih simptoma za vreme trudnoće^{9,10}</p> <p>7.1. Muka i povraćanje u ranoj trudnoći</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prilagoditi način ishrane; • Trudnicu treba informisati da će muka i povraćanje prestati spontano do 16. NG; • antihistaminici + vitamini B kompleksa kod trudnica kod kojih simptomi progrediraju. <p>7.2. Gorušica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promena namirnica i načina ishrane (manje količine, češći obroci...); • Antacide ponuditi trudnicama kod kojih simptomi ne prolaze. <p>7.3. Zatvor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upozoriti trudnicu da je zatvor uobičajen u toku trudnoće; • Savetovati da se jedu cerealijske, toplo, kašasto; • Blaga laksativna sredstva koja ne izazivaju kontrakcije. <p>7.4. Hemoroidi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promena načina ishrane, redovne stolice, manje sedenja; • Kod žena kod kojih se simptomi pogoršavaju, preporučiti standardne kreme za terapiju hemoroida. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| A | 7.5. Varikozne vene | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • Trudnicu treba informisati da su proširene vene propratna pojava u toku trudnoće; • Nošenje čarapa za vene može smanjiti simptome, ali neće sprečiti pojavu novih variksa – koristiti ih po dogovoru sa lekarom. | ☑ |
| C | 7.6. Vaginalni iscedak | ☑ |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Vaginalni sekret povećava se u trudnoći i to je fiziološka pojava. Ukoliko je povezan sa peckanjem, suvoćom, neprijatnim mirisom ili bolom pri mokrenju, treba preduzeti ispitivanje. | I |
| A | Za lečenje vaginalne kandidijaze kod trudnica preporučuje se: 7 dana Imidazol vaginalete. | I |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Oralna proskripcija antimikotika ne preporučuje se u trudnoći. | I |
| A | 7.7. Bol u krstima | I |
| | Umereno kretanje, plivanje, vežbe i fizikalna terapija mogu smanjiti bol u krstima, ukoliko se utvrdi da tegobe nisu uzrokovane prevremenim kontrakcijama. | |
| A | 8. Skrining na infekcije | I |
| A | 8.1. Asimptomatska bakteriurija ^{7,39} | I |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Svim trudnicama treba raditi skrining na asimptomatsku bakteriuriju (srednji mlaz mokraće–sediment). Lečenje asimptomatske bakteriurije smanjuje incidencu pretermijskih porođaja.³⁹ | |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Asimptomatska bakteriurija leči se amoksicilinom (250 mg, 3 puta dnevno 3–7 dana) ili oralnim cefalosporinima (cefaleksin 250–500 mg, 3 puta dnevno, 3–7 dana). Nitrofurantoin (100 mg, 4 puta dnevno) je lek druge linije.⁹ | I |

| | | |
|----------|--|-------------------------------------|
| A | <p>8.2. Asimptomatska bakterijska vaginoza⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> Nema dokaza da asimptomatska bakterijska vaginoza u trudnoći i njeno lečenje utiče na ishod porođaja (smanjenje prevremenih porođaja), ali njeno lečenje kod ponovljenih prevremenih porođaja i prethodnih neuspešnih trudnoća ima efekta. | I |
| A | <p>8.3. Chlamydia trachomatis⁴¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Test na hlamidiju treba raditi samo ženama sa znacima cervicitisa. | I |
| A | <p>8.4. Hepatitis B virus³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Svim trudnicama na kraju trudnoće treba uraditi HbS Ag, da bi se pozitivnima smanjio rizik od transmisije sa majke na dete. | I |
| C | <p>8.5. Hepatitis C virus³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> Nema potrebe raditi Hepatitis C Ag svim trudnicama jer nije dokazano da ima opravdanja u ishodu trudnoće. | IIIb |
| A | <p>8.6. HIV (algoritam postupaka videti u prilogu)</p> <ul style="list-style-type: none"> Svim trudnicama na početku trudnoće treba predložiti test na HIV da bi se sprečila vertikalna transmisija sa majke na dete. | I |
| C | <ul style="list-style-type: none"> Vertikalna koordinacija (upućivanje na više nivoa ZZ) radi tretmana HIV pozitivnih trudnica: upućivati ih na Klinikum za infektivne i tropske bolesti. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B | <p>8.7. Rubella⁴²</p> <ul style="list-style-type: none"> Trudnicama treba ponuditi test na Rubella Ag, da bi se one koje nisu preležale rubelu posle porođaja vakcinisale i tako sprečile rizik obolevanja u sledećoj trudnoći. | IIa |
| C | <p>8.8. Syphilis²⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> Nije potrebno raditi WAR svim trudnicama. | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | |
|----------|--|-------------------------------------|
| B | 8.9. Toxoplasmosis | IIIb |
| C | <ul style="list-style-type: none"> • Test na toksoplazmozu ne treba raditi svakoj trudnici. • Radi izbegavanja infekcije savetovati: <ul style="list-style-type: none"> • Redovno pranje ruku • Detaljno pranje svežeg voća i povrća • Dobro kuvanje mesa i drugih svežih namirnica • Izbegavanje kontakta sa mačkama i njihovim fecesom (pesak, zemlja). | <input checked="" type="checkbox"/> |

9. Trudne žene koje zahtevaju dopunsku – proširenu zdravstvenu zaštitu:^{9,10,13,14,16,17,18}

- srčano oboljenje, uključujući i hipertenziju;
- oboljenje bubrega;
- endokrini poremećaji, dijabetes insulini zavistan;
- psihički poremećaji (na stalnoj terapiji);
- hematološki poremećaji, uključujući tromboemboliju,;
- epilepsija sa antikonvulzivnom terapijom;
- maligna oboljenja;
- astma težeg stepena;
- bolesti zavisnosti (duvan, alkohol, droge,...);
- HIV infekcija;
- autoimune bolesti;
- genetske bolesti (hromozomopatije ili monogenska oboljenja);
- gojaznost (BMI 35 ili više pri prvoj poseti) ili pothranjenost (BMI manji od 18 pri prvoj poseti);
- mlađe od 18 ili starije od 35 godina;
- jedan ili više socijalnoekonomskih rizika – nizak socijalno ekonomski status, vulnerabilne grupe (izbeglece, Romi), nezaposlenost, nizak obrazovni nivo, nasilje u porodici, zanemarivanje, loši higijenski uslovi stanovanja...

- **Žene koje u akušerskoj anamnezi imaju:**
 - ponavljani spontani pobačaj;
 - prevremeno rođenje;
 - tešku preeklampsiju ili eklampsiju;
 - Rh izoimunizaciju ili druga ABO signifikantna antitela;
 - operaciju na materici – uključujući carski rez, miomektomiju, biopsiju;
 - ponavljaju antenatalnu ili postpartalnu hemoragiju;
 - puerperalnu psihozu;
 - visok multiparitet (više od 6 trudnoća);
 - mrtvorodenje ili neonatalnu smrtnost;
 - novorođenče malo za termin (manje od 5 percentila);
 - novorođenče veliko za termin (više od 95 percentila);
 - novorođenče teško manje od 2500 g ili više od 4500 g;
 - novorođenče sa kongenitalnim anomalijama (strukturne, hromozomske i genetske).

10. Trudnoća visokog rizika

Jedan od ciljeva antenatalne zdravstvene zaštite je da se pravovremeno detektuju patološka stanja u trudnoći. Iz tog razloga su, kao obavezni za sve trudnice, uvedeni skriningi na određena patološka stanja, kao što su:

- anemija u trudnoći,
- dijabetes melitus,
- hipertenzija izazvana trudnoćom (HIP),
- Rh izoimunizacija tokom trudnoće Rh D negativnih žena sa Rh D pozitivnim partnerom,
- stanja koja su dovela do spontanih pobačaja (više od 2) u prethodnim trudnoćama,
- poremećaji u razvoju ploda.

10.1. Anemija u trudnoći^{9,10}

A

- Svim trudnicama treba raditi skrining na anemiju u trudnoći određivanjem broja Er i nivoa hemoglobina u krvi, jer lečenje na vreme otkrivene anemije smanjuje incidencu rađanja dece sa niskom telesnom masom.

I

A

- Nivo Er i Hgb treba određivati najmanje 2 puta: na početku trudnoće i u 28. NG.

I

A

- Ukoliko je nivo hemoglobina ispod 110 mg/dl u prvom trimestru ili ispod 105 mg/dl u trećem trimestru, indikovana je nadoknada preparatima gvožđa per os.

I

C

- Ukoliko je nivo hemoglobina ispod 90 mg/dl konsultovati hematologa.



10.2. Dijabetes melitus²¹

10.2.1. Pregestacijski dijabetes melitus (stanje hronične hiperglikemije sa poremećajem metabolizma masti i proteina uzrokovano apsolutnim ili relativnim nedostatkom insulina).³⁸

- Trudnica se hospitalizuje najmanje tri puta tokom trudnoće:

- neposredno nakon utvrđivanja trudnoće
- između 20 i 24. nedelje trudnoće, i
- u 34. nedelji trudnoće.

- Ostale hospitalizacije prema potrebi i stanju bolesti.

B

II

10.2.2. Gestacijski dijabetes melitus (poremećaj metabolizma glukoze bilo kog stepena koji prvi put nastaje u trudnoći).



10.2.2.1 Skrining na gestacijski dijabetes melitus^{37,8}

B

Određivanje glikemije natašte u prvom trimestru

- Vrednost glikemije natašte preko 7 mmol/l govori za GDM
- Glikemija preko 11,1 mmol/l bez prethodnog gladovanja govori za GDM.

II

A

Procena rizika za GDM vrši se u prvoj prenatalnoj poseti

I

A

Ukoliko su vrednosti glikemije u granicama normale, utvrđuje se rizik na sledeći način:

I

Nizak rizik

- Mlađe od 25 godina
- Normalna TM
- Bez prethodnih abnormalnosti metabolizma glukoze
- Bez dijabetesa u porodici
- Bez habitualnih pobačaja

Visok rizik:

- Gojaznost
- Dijabetes u prethodnoj trudnoći
- Glikozurija
- Dijabetes u porodici,
- Trudnice starije od 35 godina
- Imaju oboljenja štitaste žlezde
- Habitualni pobačaji
- Trudnice koje su rađale decu telesne mase preko 4000 g.

Umeren rizik:

- Sve ostale

Trudnicama u grupi sa niskim rizikom treba ponoviti glikemiju u 24. do 28. NG.

A

Trudnicama u grupi sa visokim rizikom odmah uraditi dijagnostički test OGTT sa 100 g glukoze (preporuka ADA i Vodiča dobre prakse za Dijabetes)

I

Dijagnoza GDM se postavlja prema sledećim kriterijumima:

Postojanje dve ili više vrednosti glikemije (iz venske plazme) preko:

A

OGTT (100 g)

| | |
|---------|-------------|
| Natašte | 5,3 mmol/l |
| 1h | 10,0 mmol/l |
| 2h | 8,6 mmol/l |
| 3h | 7,8 mmol/l |

I**A**

- Ultrasonografskim pregledima – jedanput mesečno, određivanje biofizičkog profila od 28. nedelje gestacije.
- Stanje fetoplacentne jedinice se u kasnijoj gestaciji procenjuje analizama protoka teroplacentne i fetoplacentne cirkulacije doplerskom ultrazvučnom metodom.

I

10.2.2.2. Lečenje

- Ograničiti kalorijski unos na 30 Kal/kg dnevno: ugljeni hidrati čine 40%, masti 25–30%, a proteini 30–35%.
- Kod 10–15% trudnica je za normalizaciju glikemije neophodna primena insulina. Lečenje ovih trudnica se obavlja u saradnji sa internistom – endokrinologom.

NAPOMENA^{8, 21}

Ne postoje dokazi da se redovnom kontrolom glikemije svim trudnicama postiže bolji ishod trudnoće (manje IUGR, makrozomije, prevremenih porođaja)

A**I**

10.3. Hipertenzivni sindrom u trudnoći

10.3.1. Definicije

| | | |
|-------------------------|-----|---|
| Blaga hipertenzija | ili | <ul style="list-style-type: none">• Sistolni pritisak >140 mm Hg• Dijastolni pritisak >90 mm Hg izmeren 2 puta za redom u razmaku od 4 h• Proteinurija jedan „+“ |
| Teška hipertenzija | ili | <ul style="list-style-type: none">• Sistolni pritisak >160 mm Hg• Dijastolni pritisak >110 mm Hg izmeren 2 puta za redom u razmaku od 4 h• >300 mg proteina u 24 h mokraći ili• „++“ u urinu izmeren 2 puta za redom u razmaku od 4 h• > „+“ ako je urin spec. tež. <1,03 i pH 8• Serumski kreatinin >1,2 mg/dl• Trombocitopenija <100.000• Renalni simptomi (oligurija, anurija, hematurija)• CNS (glavobolja, cerebralne, vizuelne smetnje)• Gastrointestinalni trakt (epigastrični bol, muka...) |
| Eklampsija | ili | Toničko–klonički grčevi ili koma kod preeklampsičnih pacijentkinja, koji se ne mogu pripisati drugim uzrocima |
| Gestaciona hipertenzija | ili | Trudnice kod kojih je prvi put tokom trudnoće ili ranog puerperijuma detektovana hipertenzija–bez proteinurije |

10.3.2. Praćenje

| | | |
|--|--|---|
| <p>Intenzivni nadzor– poslati na bolničko lečenje</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dijastolni pritisak >100 mm Hg • Povećanje dijastolnog pritiska za >25 mm Hg • Sumnja na IUGR ploda • Sumnja na patnju ploda • Trombociti < 100.000 • Proteinurija (> „++“ u urinu izmeren 2 puta za redom u razmaku od 4h ili > „+“ ako je urin spec. tež.< 1,03 i pH 8) • Kreatinin >1,2 mg/dl • Povećanje enzima jetre (SGOT, SGPT) | <p>Hospitalizacija</p> |
| <p>Pojačan nadzor– ginekolog u domu zdravlja</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertenzija potvrđena na ponovnom pregledu • Svaka hipertenzija koja se javlja posle 37. NG | <ul style="list-style-type: none"> • TA se meri 2 puta nedeljno • Proteinurija 2 puta nedeljno • UZ provera fetusa, količina plodove vode • Serumski urati, trombociti uredni • U svakom slučaju PIH pre 20. NG, isključiti molarnu trudnoću |
| <p>Praćenje– ginekolog u domu zdravlja</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Jednokratna hipertenzija koja se ne ponavlja | <ul style="list-style-type: none"> • TA se meri jedanput mesečno do 36. NG, potom jednom nedeljno • Roll over test u 28. NG • Proteinurija na svakom pregledu • TM na svakom pregledu <p>Upozoriti trudnicu na znakove uznapredovale preeklampsije (glavobolje, problemi sa vidom, bol ispod rebara, povraćanje, iznenadni otok lica, ruku ili stopala)</p> |

10.3.3. Terapija

Hospitalizacija i ležanje nisu potrebni u tretmanu blage hipertenzije bez proteinurije.¹²

A

I

Antihipertenzivi obično nisu potrebni za lečenje gestacione hipertenzije bez proteinurije. Kada je dijastolni pritisak >100 mm Hg ili kada se hipertenzija javlja pre 32. NG, treba započeti terapiju antihipertenzivima.¹²

A

I

Methyl-Dopa – prva linija lečenja
Inicijalna terapija 3 puta 250 mg, ukoliko tenzija ostaje neregulisana i na 3 puta 500 mg –**TREBA HOSPITALIZOVATI**

B

Ila

10.4 Rh izoimunizacija

10. 4.1. Definicija

Formiranje antitela majke protiv eritrocita fetusa kao odgovor na postojanje antigena na membrani eritrocita ploda. Kao posledica Rh izoimunizacije nastaje oboljenje fetusa, fetalna eritroblastoza.

10.4.2. Dijagnoza i skrining^{35,36}

- Određivanje krvne grupe i Rh faktora u prvoj poseti
- Kod Rh D negativnih odrediti KG i Rh partnera

A

I

Ako je partner Rh D pozitivan, titar Rh antitela se određuje prema sledećem protokolu.

Kod prvoročke RhD antitela u:

- 16. nedelji gestacije
- 28. nedelji gestacije
- 36. nedelji gestacije

C

A

C

I

A**C****I**

Kod žena koje su rađale kao i kod onih koje su ranije bile trudne, a kod kojih se trudnoća završila prekidom:

- RhD imunih antitela u prvoj poseti,
- dalja kontrola se vrši na isti način kao kod prvoročki.

10.4.3. Postupak

Rh D izoimunizacija Rh D negativnih trudnica se prevenira davanjem anti Rh D imunoglobulina:¹⁵

- Kod svake neimunizovane Rh D negativne trudnice između 28. i 34. nedelje gestacije u dozi od 300 mikrograma (ukoliko nije primila imunoglobulin u toku trudnoće).
- Posle porođaja, u prva 72 sata (kod Rh pozitivne dece).
- Posle biopsije horiona, rane amniocenteze i kordocenteze unutar 72 sata od intervencije.
- Ako postoji krvavljenje u trudnoći.
- Posle pobačaja, u prva 72 sata u dozi od 300 mikrograma.
- Posle ektopične trudnoće u dozi od 300 mikrograma.

Treba upozoriti da se titar Rh antitela nakon ovih davanja može detektovati posle 8–10 nedelja!

10.5. Spontani i habitualni pobačaji (neželjena ekspanzija ploda pre 22. nedelje gestacije. Plod, živorođen ili mrtvoroden, je telesne mase ispod 500 grama i telesne dužine manje od 25 cm.)

10.5.1. Otkrivanje uzroka i prevencija habitualnih pobačaja (više od 3 spontana pobačaja)

Genetski faktori

- Uraditi kariotip iz periferne krvi za oba partnera;
- Citogenetska analiza abortiranog materijala.

Anatomski faktori

- Proveriti anatomiju i morfologiju uterusa UZ pregledom;
- Proveriti dužinu i kvalitet grlića (serklaž smanjuje incidencu pretermiskog porođaja kod žena sa 3 ili više porođaja u drugom trimestru).

Endokrini faktori

- Proveriti endokrini status (tiroidna žlezda, pankreas, funkcija jajnika i hipofize).

Infektivni faktor

- TORCH skining nije potrebno rutinski raditi kod habitualnih porođaja;
- Bakterijske vaginoze i cervikalni bris potrebno je lečiti.

Imunološki faktor

- Rutinski skining na tireoidna antitela nije potreban;
- Antifosfolipidna antitela, Lupus antikoagulantna At i antikardiolipinska At treba raditi u IgG i IgM klasi

Lečenje zavisi od uzročnika spontanih pobačaja.

C

C

A

A

A

C

A

B

B



10.6. Detekcija poremećaja u razvoju ploda

Ispitivanje poremećaja u razvoju ploda obuhvata: *skrining hromozomopatija, invazivni dijagnostički postupci, strukturalne anomalije*

10.6. 1. Skrining hromozomopatija^(19,20,22,23)

Svim trudnicama treba ponuditi jedan od testova za skrining na hromozomopatije koji zadovoljavaju zahtev da imaju stopu detekcije preko **60%** i lažno pozitivne nalaze manje od **5%**.

Sledeći testovi zadovoljavaju ovaj standard:

B

- Od 11. do 14. NG:
merenje nuhalne trahclucence (NT) ili kombinovani test (NT, hCG+ PAPP–A)

Ila

U slučaju da nije urađen skrining u prvom trimestru ponuditi:

B

- Od 14. do 20. NG
tripl test (hCG + AFP + E3) ili kvadripl test (hCG + AFP + E3 + inhibin–A)

Ila

Kod trudnica kod kojih je rizik veći od **1:250** u terminu, treba preduzeti neku od invazivnih dijagnostičkih metoda.

B

Ila

10.6.2. Invazivni dijagnostički postupci⁴³

Invazivnim dijagnostičkim postupcima se dobija materijal ploda, što omogućava detekciju: genskih naslednih oboljenja (cistična fibroza, mišićna distrofija, mukopolisaharidoza, hemofilija), hromozomskih aberacija (zbog godina starosti trudnice ili drugih naslednih ili nenaslednih činilaca), urođenih anomalija (spina bifida i dr.).

B

Ila

B

Ovi invazivni postupci se obavljaju na sekundarnom i/ili tercijalnom nivou zdravstvene zaštite

Ila

- 1) **Biopsija horiona (CVS)** izvodi se između 9. i 12. nedelje trudnoće. Biopsijom horiona se vrši dijagnostika cistične fibroze, mišićne distrofije i drugih naslednih genskih oboljenja, kao i kariotipizacija ploda.
- 2) **Rana amniocenteza (AC)** se radi od 16. do 18. nedelje trudnoće. Uzorak plodove vode se koristi za analizu kariotipa ploda i određivanje nivoa određenih supstanci.
- 3) **Kordocentezom** se dobija krv ploda. Obavlja se u drugoj polovini trudnoće (od 21. nedelje). Hromozomi se identifikuju iz limfocita krvi ploda.

B

10.6.3 Strukturalne anomalije

Svim trudnicama treba ponuditi ultrazvučni pregled od 11. do 14. nedelje gestacije, potom u 20. do 24. nedelje gestacije radi blagovremenog otkrivanja strukturalnih (morfoloških) anomalija ploda kod dobro obučenog specijaliste za ultrazvučne preglede i na dovoljno dobrom ultrazvučnom aparatu.

Ila

LITERATURA

Zakonska, podzakonska akta i stručno–metodološki materijal:

1. Uredba o zdravstvenoj zaštiti žena, dece, školske dece i studenata. Službeni glasnik Republike Srbije 49/95
2. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta „Dr Vukan Čupić“. Stručno metodološko uputstvo za sprovođenje Uredbe o zdravstvenoj zaštiti žena, dece, školske dece i studenata. Beograd: Unicef, 1997.
3. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta „Dr Vukan Čupić“. Primarna zdravstvena zaštita majke i deteta. Beograd: Unicef, 2004.
4. Petrović O. Popović D. Priručnik za zdravstvene radnike i roditelje „Životne poruke – zdravlje porodice“. Beograd: Unicef, 1999.
5. Program Škole za trudnice i roditeljstvo. U: Program promocije, zaštite i podrške dojenju. Beograd, 2001.

Konsultovani su sledeći vodiči dobre prakse:

6. Vodič dobre prakse za rad polivalentnih patronažnih sestara u porodici. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, UNICEF, Gradski zavod za zaštitu zdravlja, Kanadska asocijacija za javno zdravlje, Beograd. 2004.
7. Nacionalni vodič za kliničku praksu, Urinarne infekcije, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi, Radna grupa za urinarne infekcije, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2004.
8. Nacionalni vodič za kliničku praksu, Dijabetes mellitus, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi, Radna grupa za Dijabetes melitus, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2004.
9. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 6 Antenatal Care (Routine care for healthy pregnant woman). URL: <http://www.nice.org.uk>

-
10. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 3rd ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992.
 11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Guideline No 1 (B). In: Tocolytic Drugs for Women in Preterm Labour. London, October 2002.
 12. Scottish Obstetric Guideline and Audit project. The Management of Mild, Non-proteinuric Hypertension in Pregnancy. Scottish Intercollegiate Guidelines network. October 1997. URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/sogap/sogap2.html>
 13. Dodd JM, Robinson JS, Crowter CA et al. Guiding Antenatal Care. The Medical Journal of Australia, March 18th, 2002.
 14. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva: World Health Organization, 2003.
 15. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Rh(D) Incompatibility: Recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); February 2004. 4 p. (3 reference)
 16. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists Screening in pregnancy. URL: http://www.ranzcog.edu.au/open/statements/2_2.htm
 17. National Guideline Clearinghouse. Routine Prenatal Care. URL: <http://www.guideline.gov>
 18. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2003 Jul. 56 p. (94 references)

Ostala korišćena literatura:

19. Gyselaers WJA, Vereecken AJ, Van Herck EJH, Straetmans DPL, Martens GEI, de Jonge ETM, et al. Screening for Trisomy 21 in Flanders: A 10 Years Review of 40.490 Pregnancies Screened by Maternal Serum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 115:185–9.
20. Crossley JA, Aitken DA, Cameron AD, McBride E, Connor MJ. Combined

ultrasound and biochemical screening for Down's Syndrome in the First Trimester: A Scottish Multicentre study. *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109: 667–76.

21. Vogel N, Burnard B, Vial Y, Ruiz J, Paccaud F, Hohlfeld P, Screening for gestational diabetes :variation in guidelines. *European Journal Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology* 2000;91:29–36.
22. Nicolaides KH. Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 45–67.
23. Wald NJ, Rodeck C, Harshaw AK, Walters J, Chitty L, Mackinson AM. First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the Serum, Urine and Ultrasound Screening Study (SURUSS). *Health Technol Assess* 2003; 7 (11)
24. Watson WJ. Serial Changes in the 50-g oral glucose tests in pregnancy: implications for screening. *Obstetrics and gynaecology* 1989;74:40–3.
25. Makrydimas G, Sotiriadis A, Ioannidis JPA. Screening performance of first trimester nuchal translucency for major cardiac defects: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1330–5.
26. Zoppi MA, Ibba RM, Putzolu M, Floris M, Monni G. Nuchal translucency and the acceptance of invasive prenatal chromosomal diagnosis in women aged 35 and older. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 916–20.
27. Doherty L, Fenton KA, Jones J, Paine TC, Higgins SP, Williams D, et al. Syphilis: old problem, new strategy. *British Medical Journal* 2002;325:153–6.
28. Caughey AB, Kuppermann M, Norton ME, Washington AE. Nuchal translucency and first trimester biochemical markers for Down syndrome screening: A cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1239–45.
29. McAuliffe FM, Hornberger LK, Winsor S, Chitayat D, Chong K, Johnson JA. Fetal cardiac defects and increased nuchal translucency thickness: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1486–90.

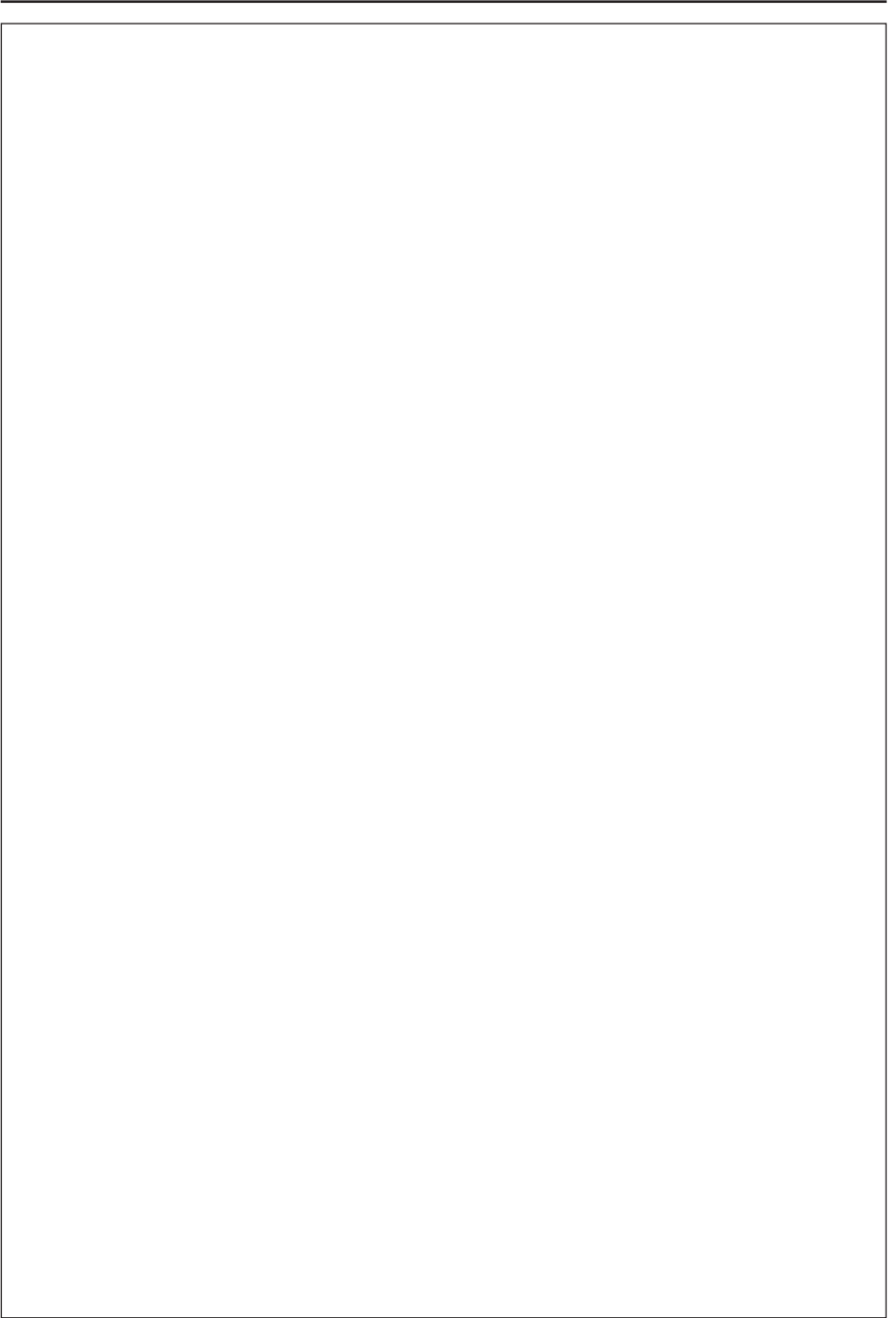
30. Whittle M, Peckham C, Anionwu E, et al. Antenatal screening for hepatitis C. Working party report on screening for hepatitis C in the UK. January 2002.(www.nelh.nhs.uk/screening/antenatal_pps/Hep_C_NSC.pdf)
31. Summers PR, Biswas MK, Pastorek JG, Pernoll ML, Smith LG, Bean BE. The pregnant hepatitis B carrier: evidence favoring comprehensive antepartum screening. *Obstetrics and Gynaecology* 1987;69:701–4.
32. Dugoff L, Hobbins JC, Malone FD, Poter TF, Luthy D, Comstock CH. et al. First-trimester maternal serum PAPP-A and free-beta subunit human chorionic gonadotropin concentrations and nuchal translucency are associated with obstetric complications: A population-based screening study (the FASTER Trial). *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1446–51.
33. Cusik W, Buchanan P, Hallahan TW, Krantz DA, Larsen JW, Macri JN. Combined first-trimester versus second-trimester serum screening for Down syndrome: A cost analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 745–51.
34. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1996;
35. Haugen G, Husby H, Helbig AE, Schmidt-Melbye AC. Ultrasonographic monitoring of pregnancies complicated by red blood cell alloimmunization in a cohort with mild to moderate risk according to previous obstetric outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81(3): 227–33.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Prevention of Rh (D) Alloimmunization*. Practice Bulletin Number 4. Washington, DC: Am J Obstet Gynecol, 1999.
37. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). *Screening for gestational diabetes mellitus: recommendations and rationale*. *Obstet Gynecol* 2003; 101(2): 393–5. (50 references)
38. Hoffman L, Nolan C, Wilson JD, et al. *Gestational diabetes mellitus — management guidelines*. The Australian Diabetes in Pregnancy Society. *Med J Aust* 1998; 169: 93–97.
39. Rouse DJ. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. In: Wildschut HJ,

Weiner CP, Peters TJ, editors. When to screen in obstetrics and gynecology. London: WB Saunders, 1996: 163–169

40. Working Group. Report on High Blood Pressure in Pregnancy. J Clin Hypertens, 2001; 3 (2):75–88.
41. Brocklehurst P, Rooney G, Interventions for treating genital chlamidia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(3).
42. Morgan–Capner P, Crowcroft NS. Guidelines on the management of, and exposure to, rash illness in pregnancy (including consideration of relevant antibody screening programmes in pregnancy). Communicable Disease and Public Health/PHLS 2002;5(1):244–6
43. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Amniocentesis. Guideline No. 8. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists;2000.
44. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane database of Systematic Reviews 2001;(2). 2001
45. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy. Cochrane Database od Systematic Reviews 2001;(2)

Pretraživane su sledeće baze podataka:

1. Cochrane Library URL: <http://www.cochrane.org>
2. Clinical Evidence URL: <http://www.clinicalevidence.com>
3. Evidence–Based Medicine Reviews URL: <http://www.ovid.com>
4. Medline URL: <http://www.ovid.com>
5. Pretraživanje interneta prema ključnim rečima.



Algoritam postupaka kod savetovanja i testiranja trudnica na HIV infekciju



Testiranje na HIV je rutinsko i nudi se kao skrining test svim trudnicama.
PRAVO TRUDNICE JE DA PRIHVATI ILI ODBIJE DA SE TESTIRA

Trudnica dobija brošuru o HIV-u

Spisak tema o kojima lekar treba da razgovara pre testiranja

- Šta je HIV?
- Na koji način se sve može preneti ili dobiti virus?
- Šta je transmisija HIV-a sa majke na dete?
- Ispitati da li trudnica prepoznaje neku situaciju u kojoj je mogla biti izložena virusu?
- Koje su koristi od testiranja?
- Objasniti proces testiranja (vađenje krvi, period prozora, ELISA i Western Blot testovi)
- Objasniti značenje rezultata testa (i ukoliko je test pozitivan, šta dalje)

Lekar beleži u karton da li je ponudio test na HIV i da li je trudnica prihvatila testiranje, a sestra to uvodi u protokol. Ako je trudnica odbila testiranje, ginekolog predlaže da o tome razmisli do sledećeg susreta. Patronažnoj službi se daje signalni nalog-obrazac (PPS). Pri svakoj narednoj poseti iznova se nudi testiranje na HIV. Ako trudnica prihvati testiranje, poziva se na ponovni pregled za 2 nedelje, kada joj lekar lično saopštava rezultate testa na HIV. Dobra je praksa ljubazno zamoliti trudnicu za broj telefona, za slučaj da ona ne dođe po rezultate testa, posebno ako je rezultat pozitivan.

Uzorak krvi na HIV uzima se u laboratoriji ustanove gde je test ponuđen. Ako to nije moguće trudnica se šalje u ZZZZ. U oba slučaja testiranje je poverljivo. Trudnica ili njen uzorak krvi se u ZZZZ šalje sa uputom na kome umesto imena pacijenta stoji šifra (deo matičnog broja pacijenta), naziv ustanove, ime lekara i telefon. Negativni rezultati testa se prosleđuju ustanovi iz koje je trudnica upućena na testiranje, a pozitivni se preporučeno šalje direktno njenom lekaru tj. ginekologu.

POZITIVAN REZULTAT ELISA testa

Iz ZZZZ mikrobiolog/epidemiolog obaveštava telefonom lekara, čije je ime na uputu, da ima HIV+ pacijenta, a HIV+ rezultat testa preporučeno šalje lekaru koji vodi trudnoću.

Ginekolog rezultat preliminarnog ELISA testa saopštava trudnici lično. Ako je lekaru potrebna pomoć za saopštavanje rezultata može kontaktirati profesionalnog savetnika iz Centra za HIV ili ZZZZ. Lekar trudnicu upućuje na potvrđni Western Blot test i zakazuje pregled kod specijaliste na Infektivnoj klinici Beograd, tel: 011 / 685-299

NAKON SAZNAJANJA DEFINITIVNOG HIV STATUSA PACIJENTKINJI SE NUDI REPRODUKTIVNI IZBOR

NEGATIVAN REZULTAT ELISA testa

Razgovarati o rizicima i prevenciji HIV infekcije i eventualnom retestiranju za 3-6 meseci kao i testiranju partnera.

PREKID TRUDNOĆE:

- do 10 n.g. ab. Art. Leg.
- 10-20 n.g. komisija
- preko 20 n.g. etički komitet

NASTAVAK TRUDNOĆE,
kontrola u referentnim centrima i mere prevencije prenošenja HIV-a na dete



Savetovanje pre testiranja na HIV

- HIV infekcija i faktori rizika
- Zašto se trudnoj ženi predlaže da se testira i koje su mere sprečavanja prenosa HIV infekcije sa majke na novorođenče?
- Prepoznavanje situacija u kojima je (bilo) moguće prenošenje virusa?
- Procedura testiranja i poverljivost
- Period prozora, ELISA i Western Blot testovi
- Šta znači ELISA negativan rezultat?
- Šta znači ELISA pozitivan rezultat?
- Značaj testiranja seksualnog partnera
- Kondomi i bezbedna seksualna praksa
- Emocionalna podrška

Savetovanje posle testiranja - Negativan ELISA test

- Objasniti rezultate testa
- Diskutovati mogućnost ponovnog testa ako je prvi test urađen u periodu prozora (oko 3 meseca pre nego što se HIV antitela mogu detektovati rutinskim skrining testovima)
- Diskutovati faktore rizika i zaštitu
- Objasniti potrebu ponavljanja testa ako i dalje postoje faktori rizika kao i testiranje seksualnog partnera

Savetovanje posle testiranja – Pozitivan ELISA test

POZITIVAN REZULTAT TESTA MORA BITI PRODISKUTOVAN LIČNO

- Objasniti alternative za ishod i nastavak trudnoće
 - Zadržati ili prekinuti trudnoću
 - Nastavak trudnoće sa ili bez antiretroviralnog tretmana
 - Diskutovati tok HIV infekcije kod trudne žene
 - Diskutovati uticaj na nerođenu bebu
 - Diskutovati predložene opcije za tretman
 - Naglasiti važnost medicinske nege i zaštite
 - Diskutovati načine prevencije prenošenja HIV infekcije na druge
 - Diskutovati važnost upoznavanja seksualnih partnera ili osoba sa kojima se razmenjuje pribor za ubrizgavanje droge (ako je reč o IVN)
 - Uputiti trudnicu specijalisti za HIV
- Odgovori na najčešća pitanja:**
- **Da li ću umreti?**
Mnogi ljudi sa HIV infekcijom dugo uživaju u životu. Unapređenja u razvoju tretmana se nastavljaju.
 - **Šta je sa mojom bebom?**
Postoje lekovi procedure koje se mogu primeniti tokom trudnoće i sa verovatnoćom od 98% će se roditi zdrava beba
 - **Sa kim mogu da razgovaram o ovome?**
Važno je govoriti sa nekim u koga imate poverenje, kao što je partner, blizak prijatelj. Neke žene smatraju da bi pomogao razgovor sa drugim HIV+ ženama.
 - **Ko će znati rezultate ovog testa?**
Vaš lekar i medicinski radnik koji mu je saopštio rezultate. Oni ne smeju da otkriju Vaše ime bez Vašeg znanja.
 - **Šta je sa mojom sigurnošću / bezbednošću?**
Otkrivanje pozitivnog rezultata može Vas dovesti u rizik od stigmatizacije pa i od zlostavljanja. Recite mi kakve reakcije očekujete kod vašeg partnera, posle saopštavanja rezultata? Da li Vam je potrebna pomoć u nalaženju bezbednog mesta za boravak?

Ovaj list trudnica nosi sa sobom zajedno sa uputom za porođaj!

JMBG
 Br. trudničkog kartona

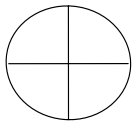
List za kontrolu trudnoće

Prezime, ime jednog roditelja i ime _____

Zanimanje _____

Godina rođenja _____

| | |
|-----------------------------|--|
| Tok ranijih trudnoća | Utvrđen riziko-faktor u ovoj trudnoći |
| Porodaji: | |
| Pobačaji: | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--|------------------------|---------------------|
| Poslednja menstruacija | KG žena | Rh žena | Kolposkopski pregled  | PA | HBsAg |
| | | | | VS | Elissa |
| Termin porođaja | KG muž | Rh muž | | Dojke | Koprokultura |
| Skrining hromozomopatija | | | TORCH | Cervikalni bris | |

Pregledi

| | I trimestar | 16 NG | 24 NG | 28 NG | 36 NG |
|-----------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| Datum pregleda | | | | | |
| NG | | | | | |
| Opšte stanje | | | | | |
| TT | | | | | |
| TA | | | | | |
| Proširene vene | | | | | |
| Edemi | | | | | |
| Štitna žlezda | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Akušerski nalaz | Datum pregleda | | | | | |
| | NG | | | | | |
| | Spoljašnje genitalije | | | | | |
| | Vagina | | | | | |
| | Cerviks | | | | | |
| | Uterus | | | | | |
| | Adnexa | | | | | |
| | Položaj | | | | | |
| | Stav | | | | | |
| | Tonovi | | | | | |
| | Visina fundusa | | | | | |

Laboratorijski nalazi

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| Datum pregleda | | | | | |
| Er | | | | | |
| HGB | | | | | |
| ŠUK | | | | | |
| Urin | | | | | |
| Ostale laboratorijske analize | | | | | |

Dijagnoza:

Terapija:

Konsultacije:

Ginekolog - akušer

PREGLEDI TRUDNICA U TRUDNOĆI BEZ KOMPLIKACIJA

| | |
|-----------|--|
| Pre 12 NG | <ul style="list-style-type: none"> • Određivanje starosti trudnoće i TP • Anamneza (porodična, lična, akušerska) • AT, TM • KG, Rh factor • Er, Hgb, glikemija, celokupni urin (proteinurija, glikozurija, sediment) • Uraditi OGTT trudnicama iz rizične grupe i onima sa graničnim vrednostima glikemije • Ginekološki pregled (PA, kolposkopija-ukoliko nije rađena poslednjih 6 meseci, VS, cervikalni bris pp) • Preporučiti test na HIV • Preporučiti Dabl test i UZ pregled NT |
| 8 NG | UZ pregled |
| 12 NG | UZ pregled |
| 16 NG | <ul style="list-style-type: none"> • AT, TM • Ginekološki pregled (određivanje kompetentnosti grlića) • Celokupni urin • Preporučiti tripl test onim trudnicama koje nisu uradile skrining u 12. NG • RhD antitela kod Rh negativnih trudnica |
| 20 NG | UZ pregled |
| 24 NG | <ul style="list-style-type: none"> • AT, TM • Celokupni urin • RhD antitela kod Rh negativnih trudnica |
| 28 NG | <ul style="list-style-type: none"> • TM • Roll-over test (merenje AT na boku i u sedećem položaju) • slušanje srčanih tonova ploda • Er, Hgb, glikemija, celokupni urin • OGTT trudnicama sa graničnim vrednostima glikemije i onima koje su razvile neki od faktora rizika • Rh antitela kod Rh negativnih trudnica |
| 32 NG | UZ pregled |
| 36 NG | <ul style="list-style-type: none"> • TA, TM • Pregled dojki i bradavica • Akušerski pregled (spoljašnji i unutrašnji) • Cervikalni bris • Određivanje karličnih mera • Celokupni urin • RhD antitela kod Rh negativnih trudnica |
| 37 NG | <ul style="list-style-type: none"> • AT • Akušerski pregled (određivanje visine fundusa, pokreti i slušanje tonova ploda) |
| 38 NG | <ul style="list-style-type: none"> • AT • Akušerski pregled (određivanje visine fundusa, pokreti i slušanje tonova ploda) |
| 39 NG | <ul style="list-style-type: none"> • AT • Akušerski pregled (određivanje visine fundusa, pokreti i slušanje tonova ploda) |
| 40 NG | Pregled u bolnici u kojoj će se poroditi |

/Posle 36. nedelje trudnoća se kontroliše na 7 dana po mogućnosti u bolnici gde će se poroditi.

