



Република Србија  
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Национални водич  
добре клиничке праксе

# **ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА У ТОКУ ТРУДНОЋЕ**

за лекаре у примарној  
здравственој заштити

---

Београд, 2026



Академија медицинских наука  
Српског лекарског друштва



Национални водич добре клиничке праксе

**ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА  
У ТОКУ ТРУДНОЋЕ**  
за лекаре у примарној здравственој заштити

Београд, 2026.

Израдила Радна група за израду Националног водича добре клиничке праксе  
„Заштита здравља жена у току трудноће” за лекаре у примарној  
здравственој заштити

## **НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ**

„Здравствена заштита жена у току трудноће” за лекаре у примарној здравственој заштити

Министарство здравља Републике Србије

Академија медицинских наука Српског лекарског друштва

Републичка стручна комисија за гинекологију и акушерство

### **Издавач:**

Министарство здравља Републике Србије, Београд

### **Уредник:**

Проф. др Љиљана Мирковић

председник Радне групе за израду водича „Здравствена заштита жена у току трудноће”

### **Лектор:**

Урош Васиљевић

### **Дизајн и припрема за штампу:**

Агенција Формат ДОО, Београд

### **Штампа:**

Агенција Формат ДОО, Београд

### **Тираж:**

100

Подршку Радној групи Министарства здравља у изради „Водича за здравствену заштиту жена у току трудноће“ обезбедио је UNICEF кроз пројекат финансиран у оквиру глобалне иницијативе „MSD за мајке“, чији је циљ да допринесе стварању света у којем ниједна жена не мора да изгуби живот док доноси дете на свет. Мишљења изнета у овој публикацији припадају ауторима/кама и не одражавају нужно званичне ставове UNICEF-а. UNICEF не подржава ниједну компанију, бренд, производ нити услугу.

ISBN 978-86-82424-17-8

CIP - Каталогизација у публикацији Народна библиотека Србије, Београд

618.2-083(083.1)

ЗДРАВСТВЕНА заштита жена у току трудноће : за лекаре у примарној здравственој заштити : национални водич добре клиничке праксе / [уредник Љиљана Мирковић]. - Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2026 (Београд : Агенција Формат). - 92 стр. : граф. прикази, табеле ; 30 cm

Тираж 100. - Стр. 3-4: Предговор / Љубица Ђукановић. - Библиографија уз свако поглавље.

ISBN 978-86-82424-17-8

а) Трудноћа -- Упутства

COBISS.SR-ID 188345097

# ПРЕДГОВОР

Национални водичи добре клиничке праксе Министарства здравља Републике Србије су препоруке засноване на доказима које треба да помогну лекарима и осталим здравственим радницима, али и корисницима здравствених услуга, у доношењу најбољих могућих одлука од значаја за очување здравља и дијагностиковање и лечење болести.

Препоруке за клиничку праксу нису новина: оне постоје још од времена Хипократа, који је око 400. године п. н. е. написао Хипократов корпус, први водич у коме су наведене препоруке засноване на тадашњим сазнањима из медицине. Све до 1990. године водичи су се углавном заснивали на традицији или ставовима ауторитета. Те године је *Institute of Medicine (US)* образовао *Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines* који је припремио *Clinical Practice Guidelines – Directions for a New Program*. У том водичу су први пут дефинисане препоруке за израду водича који треба да се заснивају на принципима медицине засноване на доказима. То подразумева систематски преглед литературе који омогућава да се пронађу докази из студија које су утврдиле поузданост неке дијагностичке методе, односно корисност или штетност неке терапије. Од тада је објављен велики број водича које су припремила удружења лекара и тела која су оснивале владе.

Министарство здравља Републике Србије започело је израду националних водича 2001. године, а до 2013. објавило је преко 50 водича добре клиничке праксе. Са циљем да се континуирано израђују нови и ажурирају постојећи водичи, Министарство здравља је крајем 2019. године поверило Академији медицинских наука Српског лекарског друштва (СЛД) да у сарадњи са републичким стручним комисијама организује и руководи израдом водича. Приступајући овом задатку, Академија медицинских наука СЛД формирала је радну групу која је у сарадњи са Министарством здравља припремила Упутство за израду, развој и примену водича добре клиничке праксе које је недавно осавремењено и допуњено. У њему су сажето приказана правила за израду водича и поступак за њихов развој и примену. Све корак у изради водича прати председништво Академије медицинских наука СЛД и надлежна републичка стручна комисија. Упутство истиче одговорност радне групе за израду водича коју чине лекари различитих струка са искуством у области којој је водич намењен. Квалитет сваког водича гарантују чланови радне групе, али и сви они који нацрт водича оцењују: рецензенти, истакнути стручњаци из области за коју је водич написан, председништво Академије медицинских наука СЛД и чланови надлежне републичке стручне комисије. Сви они са много одговорности и пажње учествују у свим корацима током израде водича, свесни да ће се препоруке водича користити у пракси као препоруке струке, али и препоруке Министарства које националне водиче издаје.

Препоруке у водичима су засноване на доказима, а то значи на резултатима истраживања и рада великог броја лекара и тимова из целог света. Због тога се очекује да се лекари пажљиво упознају са њима и да настоје да их примењују у клиничкој пракси, поштујући специфичност сваког болесника. Са циљем да испита колико лекари користе водиче добре клиничке праксе и какво је њихово мишљење о значају водича, Академија медицинских наука СЛД спровела је анкету међу члановима СЛД. Анализа одговора је показала да 94% анкетираних лекара сматра да водичи омогућавају лекарима да донесу одговарајуће одлуке у превенцији, дијагностиковању и лечењу болести. Такође, 91% анкетираних лекара користи различите водиче у пракси, а од њих 75% користи националне водиче, било само национал-

не (31%) или како националне тако и интернационалне (44%). Са друге стране, 21% анкетираних лекара није користило ниједан водич током претходне године, а више од половине њих сматра да је обавештавање о новим водичима недовољно. Резултати анкете обавезују на континуирану израду националних водича и на њихово редовно представљање кроз различите програме континуиране едукације. Све ће то допринети да се лекари упознају и примењују препоруке националних водича и да њихов приступ заштити здравља и лечењу болести буде уједначен и усаглашен са најсавременијим ставовима медицине који се поштују у целом свету.

Проф. др Љубица Ђукановић  
Комисија за водиче  
Академије медицинских наука СЛД

## **РАДНА ГРУПА ЗА ИЗРАДУ ВОДИЧА**

### **Председник**

Проф. др Љиљана Мирковић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Србије, Београд

### **Секретар**

Др сц. мед Катарина Боричић

Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут”

### **Чланови радне групе**

Проф. др Оливера Контић Вучинић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Србије, Београд

Прим. др Александра Новаков Микић

Поликлиника „Новаков и сар.”, Нови Сад

Проф. др Ана Митровић Јовановић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт”, Београд

Проф. др Весна Мандић Марковић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт”, Београд

Доц. др Душан Симић

Медицински факултет Универзитета у Нишу

Дом здравља Ниш

Асист. др Тијана Јањић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Србије, Београд

### **Рецензенти**

Проф. др Жељко Миковић, специјалиста гинекологије и акушерства  
Академија медицинских наука Српског лекарског друштва, Београд  
Медицински факултет Универзитета у Београду

Проф. др Александар Јуришић, специјалиста гинекологије и акушерства  
Медицински факултет Универзитета у Београду  
Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт”, Београд

Проф. др Дарко Плећаш, специјалиста гинекологије и акушерства  
Медицински факултет Универзитета у Београду  
Институт за гинекологију и акушерство Универзитетског клиничког центра Србије, Београд

## САДРЖАЈ

<b>Класификација препорука</b> .....	9
<b>Увод</b> .....	10
<b>Збирни преглед препорука</b> .....	11
<b>Циљеви Водича</b> .....	35
<b>1. Опште препоруке и информације за све трудне жене</b> .....	35
<b>2. Опште карактеристике организације здравствене заштите са којима треба упознати сваку трудницу</b> .....	36
Ко пружа здравствену заштиту трудној жени .....	36
Континуитет здравствене заштите трудне жене .....	36
Где се пружа здравствена заштита трудној жени .....	37
Медицинска документација .....	37
Учесталост лекарских прегледа трудне жене .....	37
<b>3. Организован и систематски здравствено-едукативни рад са трудним женама, паровима и породицом</b> .....	39
Основни садржаји здравствено-едукативног рада .....	39
Значајни ставови .....	41
Школа за родитељство .....	42
Психофизичка припрема за порођај .....	43
Патронажне посете трудним женама .....	44
Литература .....	45
<b>4. Први лекарски преглед трудне жене – први триместар трудноће</b> .....	46
Прва антенатална контрола .....	46
Садржај прве антенаталне контроле .....	46
Анамнеза .....	46
Физикални преглед .....	48
Гинеколошки преглед .....	48
Ултразвучни преглед .....	48
Лабораторијске анализе .....	48
Имунизација у првом триместру .....	49
Идентификовање ризика у трудноћи и високоризичних трудноћа .....	49
Генетски скрининг .....	50
Скрининг на прееклампсију .....	50
Литература .....	51
<b>5. Контролни лекарски прегледи трудне жене</b> .....	53
Контролни лекарски преглед трудне жене од 18. до 22. нг .....	53
Анамнеза од 18. до 22. нг .....	53
Физикални преглед од 18. до 22. нг .....	53
Гинеколошки преглед од 18. до 22. нг .....	53
Лабораторијске анализе од 18. до 22. нг .....	54
Здравствено-едукативна активност од 18. до 22. нг .....	54
Контролни лекарски преглед трудне жене од 28. до 32. нг .....	55
Анамнеза од 28. до 32. нг .....	55
Физикални преглед од 28. до 32. нг .....	55
Гинеколошки преглед – 28-32. нг .....	55
Лабораторијске анализе од 28. до 32. нг .....	55
Здравствено-едукативна активност од 28. до 32. нг .....	56

Контролни лекарски преглед трудне жене 35-37. нг.....	56
Анамнеза од 35. до 37. нг .....	56
Физикални преглед од 35. до 37. нг.....	56
Акушерски преглед од 35. до 37. нг .....	57
Лабораторијске анализе од 35. до 37. нг .....	57
Здравствено-едукативна активност од 35. до 37. нг .....	57
Прегледи од 37+1 нг.....	57
Анамнеза од 37+1 нг .....	58
Акушерски преглед од 37+1 нг .....	58
Скрининг на перипарталну депресију од 37+1 нг .....	58
Физикални преглед од 37+1 нг .....	58
Контрола стања фетуса од 37+1 нг.....	58
<b>6. Ултразвучни прегледи трудне жене .....</b>	<b>59</b>
Предлог броја и садржаја ултразвучних прегледа трудне жене .....	59
Ултразвучни преглед у првом триместру трудноће .....	59
Ултразвучни преглед између 11. и 13+6 недеље гестације .....	59
Пренатални скрининг поремећаја наследне основе .....	60
Ултразвучни преглед вишеплодих трудноћа у првом триместру .....	60
Ултразвучни преглед у другом триместру трудноће.....	61
Ултразвучни преглед у трећем триместру трудноће.....	62
Литература .....	63
<b>7. Трудне жене које захтевају допунску/ проширену здравствену заштиту.....</b>	<b>65</b>
Болести, стања, ризици у трудноћи који захтевају допунску/проширену здравствену заштиту .....	65
Анемија у трудноћи .....	67
Литература .....	69
<b>8. Трудноће високог ризика.....</b>	<b>70</b>
Гестацијски дијабетес мелитус .....	70
Хипертензивни синдром у трудноћи .....	73
Синдром HELLP.....	76
RhD алоимунизација .....	79
Спонтани и хабитуални побачаји .....	81
Литература .....	81
<b>9. Савети за смањивање уобичајених тегоба за време трудноће.....</b>	<b>82</b>
Мучнина и повраћање у раној трудноћи.....	82
Горушица .....	82
Опстипација.....	82
Хемороиди.....	82
Варикозне вене .....	82
Вагинални исцедак.....	82
Бол у крстима .....	83
<b>Прилози.....</b>	<b>84</b>
Прилог 1. Прегледи трудница у трудноћи без компликација.....	84
Прилог 2. Единбуршка скала перипарталне депресије (EPDS).....	87
Прилог 3. Табела за процену ризика у трудноћи .....	90

## КЛАСИФИКАЦИЈА ПРЕПОРУКА

Овај водич је заснован на доказима са циљем да помогне лекарима у доношењу одлуке о одговарајућој здравственој заштити. Свака препорука дата у водичу обележена је степеном препоруке и нивоом доказа на којима је заснована.

### Степени препорука и нивои доказа

#### Степени препорука

- 1** Докази из метаанализа мултицентричних, добро осмишљених, контролираних рандомизованих студија високе поузданости
- 2a** Докази из најмање једне добро осмишљене контролисане експерименталне студије
- 2b** Докази из најмање једне добро осмишљене контролисане експерименталне студије без рандомизације
- 3** Докази из компаративних студија, студија корелације
- 4** Препорука која је заснована на искуствима групе експерата или ауторитета из одређене области, или оба

#### Нивои доказа

- A** Засновано на нивоу доказа 1. Доказано је да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна
- B** Засновано на нивоу доказа 2. Процена ставова/доказа је у корист употребљивости
- C** Засновано на нивоу доказа 3 или вредност изведена из нивоа доказа 1 и 2
- D** Засновано на нивоу доказа 4 или вредност изведена из нивоа доказа 1, 2 и 3. Консензус експерата

### Степени препорука, нивои доказа и одговарајући изрази

Степен препоруке 1, ниво доказа A: „**Неопходно је**”

Степен препоруке 2, ниво доказа B: „**Требало би**”

Степен препоруке 3, ниво доказа C: „**Препоручује се**”

Степен препоруке 4, ниво доказа D: „**Предлаже се**”

---

## УВОД

Аntenаталну здравствену заштиту трудних жена чини скуп мера које се спроводе са циљем да се очува здравље и спречи обољевање мајке и роди донесено, здраво и за живот способно дете.

Права жена у вези са материнством у Републици Србији дефинисана су:

- Законом о здравственој заштити;
- Законом о здравственом осигурању; и
- Правилником о садржају и обиму услуга из обавезног здравственог осигурања.

Здравствени систем који пружа услуге трудницама заснива се на следећим начелима:

- омогућити доступност потребног нивоа здравствене заштите;
- обезбедити континуитет здравствене заштите;
- обезбедити разумљивост здравствене заштите; и
- промовисати ефикасно коришћење ресурса.

На примарном нивоу здравствене заштите требало би:

- осигурати рано укључивање трудне жене у систем здравствене заштите;
- пружити предвиђену заштиту у сваком појединачом случају;
- свим трудним женама и њиховим породицама дати подршку, одговарајуће савете и информације;
- рано открити ризике и упутити трудну жену на виши ниво здравствене заштите.

Раним откривањем и правилном селекцијом угрожених трудноћа, као и интензивним надзором труднице и плода, доприноси се да се сваки плод развија према свом максималном генетском потенцијалу.

Проф. Љиљана Мирковић  
Председница Радне групе за израду водича добре клиничке праксе  
„Здравствена заштита жена у току трудноће”

## ЗБИРНИ ПРЕГЛЕД ПРЕПОРУКА

### 1. Опште препоруке и информације за све трудне жене

#### 1.1. Свакој трудној жени требало би пружити:

- одговарајуће информације о организацији здравствене заштите у току трудноће, односно где ће се обезбеђивати здравствена заштита, ко је од здравствених радника за то задужен и слично; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- при првој посети, информацију о правима везаним за антенаталну здравствену заштиту и о томе када, како и шта ће се спроводити у оквиру здравствене заштите током трудноће; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- информације о основним променама у току трудноће и препоруке за здраво понашање, укључујући и начин исхране и прилику да буде укључена у групни здравствено-едукативни рад; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- при свакој посети, потпуну и јасну информацију, објашњење прилагођено потребама и узрасним, социјалним, културолошким, језичким и другим специфичностима труднице, уз охрабрење труднице да поставља питања; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- пре извођења скрининг теста, потпуно и јасно објашњење зашто се тај тест изводи, уз нагласак да жена има право да прихвати тест или да га одбије; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за трудноћу. Увид да ли је трудноћа планирана или није значајно утиче на обим информација и подршке која ће трудници бити потребна током тока трудноће. Малолетним трудницама требало би обезбедити додатну подршку у складу са законом. Потребно је искључити сумњу на могућност злостављања, занемаривања или насиља, односно поступити у складу са релевантним протоколима за заштиту деце или жена од насиља; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- на почетку трудноће, разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за порођај. Информације о порођају (објављене у водичу „Твој водич за порођај – уз тебе до рођења бебе” доступном на адреси <https://www.unicef.org/serbia/tvoj-vodic-za-porodjaj-uz-tebe-do-rodjenja-bebe>) требало би пружити што раније, да трудница има довољно времена да размисли о свим аспектима порођаја. Одлуке које донесе може променити из личних разлога или зато што трудноћа то захтева услед новонасталих компликација у току саме трудноће и/или порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 1.2. Требало би обезбедити да све усмене информације буду праћене кратким писменим или дигиталним сажетком који трудница може понети кући, како би се осигурало боље разумевање, памћење и могућност каснијег постављања питања. Овај приступ доказано повећава ниво знања и задовољство трудница у пренаталној нези. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### 2. Опште карактеристике организације здравствене заштите о којима треба упознати сваку трудницу

#### Ко пружа здравствену заштиту трудној жени

- 2.1. Здравствену заштиту трудној жени требало би да пружа одговарајући број компетентних, оспособљених, супервизираних и адекватно плаћених квалификованих здравствених радника с одговарајућом комбинацијом вештина који раде у тимовима: гинеколог-акушер и бабица на примарном нивоу чине основни тим здравствене заштите трудне жене са физиолошком трудноћом, а овом тиму се придружују поливалентна патронажна сестра и стоматолог. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 2.2. Медицински тим би требало да се редовно теоретски и практично усавршава за рад у подручју пружања услуга како би се омогућио стални напредак у квалитету и ефикасности пружања матерналне здравствене заштите уз поштовање достојанства жена у складу са законом (континуирана едукација). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.3. Тимови би требало да имају редовни супортативни надзор/супервизију од стране начелника/руководиоца службе. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.4. Тимови би требало да одржавају редовне састанке ради прегледа пракси матерналне здравствене заштите уз пуно поштовање достојанства трудних жена. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.5. Требало би у свакој здравственој установи планирати и водити евиденцију о спроведеним континуираним едукацијама и супервизијама, са јасно дефинисаним показатељима квалитета (нпр. број обука годишње, проценат особља које је прошло обнову знања, број уочених и решених неправилности током надзора). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.6. Требало би увести периодичну процену компетенција здравствених радника (нпр. једном годишње) кроз симулације, тестове знања или ревизију праксе, како би се осигурало да тимови поседују ажурна знања и вештине у складу са савременим стандардима. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.7. Требало би да постоји лако доступан механизам за кориснике услуга и здравствене раднике који пружају услуге путем кога се могу пружити повратне информације, проценити задовољство и поднети притужбе управи (нпр. кутија за похвале/жалбе која мора бити постављена на видном месту у чекаоници). Требало би редовно анализирати добијене повратне информације и користити резултате за планирање побољшања услуга. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.8. Требало би успоставити механизам одговорности у случају лошег поступања или повреда права/прописа у вези са запосленима и/или са корисницима услуга/трудним женама **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.9. Требало би успоставити поступак информисаног пристанка трудне жене **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### **Континуитет здравствене заштите трудне жене**

- 2.10. Антенаталну здравствену заштиту треба да пружају стручњаци поред којих се трудна жена осећа безбедно и удобно и који су способни да пруже континуитет здравствене заштите уз пуно поштовање њеног достојанства; изабрани тим и његов састав не треба мењати током трајања трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.11. Неопходно је обезбедити да трудна жена буде правовремено упућена одговарајућем специјалисти у случају када постоји потреба за допунским процедурама у дијагностици и третману, и то на основу успостављеног система упућивања. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 2.12. Препоручује се успостављање стандардизованог протокола обавештавања патронажне службе (нпр. електронски шаблон или аутоматизовани извештај) о трудноћи жене од стране гинеколога и тиме омогући комплетна превентивна здравствена заштита уз обављање планираних кућних посета патронажне сестре трудници. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 2.13. Препоручује се да се посете патронажне сестре документују у електронском систему и повежу са подацима гинеколога. Тиме се осигурава да се информације о стању труднице, препорукама и потенцијалним ризицима деле у реалном времену. Поливалентна патронажна сестра (ППС) обавештава ординирајућег гинеколога преко обрасца ППС (сигнални

налог) о битним елементима који су значајни за живот и здравље трудне жене. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 2.14.** Препоручује се да надлежни гинеколог, давањем упута за одређену здравствену установу која у свом саставу поседује породилиште, упути трудницу ради порођаја уз њену сагласност. Препоручује се да трудница након 37. недеље трудноће посети породилиште у коме је планирано да се породи, те да јој се та посета и упознавање са процедурама и особљем омогући. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

#### Где се пружа здравствена заштита трудној жени

- 2.15.** Требало би омогућити да се антенатална здравствена заштита на примарном нивоу здравствене заштите остварује у домовима здравља, здравственим установама у јавној својини чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина или јединица локалне самоуправе и у кући трудне жене, за специфичне услуге; ова заштита би требало да буде лако доступна и приступачна свим трудним женама. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.16.** Антенатална здравствена заштита треба да се остварује и у здравственим установама у приватној својини чији је оснивач правно или физичко лице, а под условима прописаним Законом о здравственој заштити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Медицинска документација

- 2.17.** Лист за контролу трудноће треба да се води електронски и садржи евиденцију о току трудноће и спроведеним процедурама, у складу са законом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.18.** Информације из документације са свих посета трудне жене здравственим установама, односно здравственим радницима треба да су доступне гинекологу-акушеру у породилишту у ком се трудница порађа као и одговарајућем специјалисти на вишем нивоу здравствене заштите ради додатне дијагностике и терапије, односно изабраном гинекологу на примарном нивоу здравствене заштите **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.19.** Информације из документације из свих посета трудне жене здравственим установама, односно здравственим радницима, о току трудноће и спроведеним процедурама треба да су доступне трудници у електронском и/или писаном облику. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Учесталост лекарских прегледа трудне жене

- 2.20.** За прворотку са некомплицованом трудноћом препоручује се 8 прегледа у служби за здравствену заштиту жена, од којих су 4 посете ради лекарског прегледа до 37. недеље гестације, а потом се обавља најмање један, а по потреби и већи број лекарских прегледа до порођаја. Предвиђена су 4 ултразвучна прегледа. За вишеротку са некомплицованом трудноћом број прегледа служби може бити и мањи. Препоручује се, када је то могуће, обављање оба прегледа у једној посети, тј. повезивање лекарског и ултразвучног прегледа. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 2.21.** Предлаже се допунски број лекарских прегледа, прилагођено индивидуалним потребама трудне жене (у складу са препознатим ризицима али и узрастом, социјалним, културолопшким, језичким и другим специфичностима). Предлаже се увођење „динамичког плана посета”, односно документа који се ажурира на сваком прегледу у складу са променом ризика (нпр. развој анемије, хипертензије, стреса, итд.), што омогућава бољу персонализацију и усклађеност са савременим моделима индивидуализоване пренаталне неге. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

- 2.22.** Свакој жени у раном стадијуму трудноће треба дати информацију о броју и времену планираних посета лекару, садржају ових посета, као и недељи гестације када се обављају прегледи. О приказаној динамици посета требало би разговарати са сваком трудницом, омогућити јој постављање питања и дати јој потпуне, разумљиве и јасне одговоре. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.23.** Предлаже се да се у кући трудне жене обави једна, а у случају потребе и код трудница са високим ризиком, и више посета поливалентне патронажне сестре. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**
- 3. Организован и систематски здравствено-едукативни рад са трудним женама, паровима и породицом**

### Основни садржаји здравствено-едукативног рада

- 3.1.** Здравствено-едукативне активности у трудноћи треба да се реализују кроз:

- саветовалишта за труднице;
- школе за родитељство;
- психофизичку припрему труднице за порођај; и
- патронажне (кућне) посете трудним женама.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Саветовалиште за труднице

- 3.2.** Требало би што раније започети контроле здравља и тока трудноће (најкасније до краја другог месеца трудноће) и информисати о значају правовремених и редовних долажења на контроле. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.3.** Трудне жене и оне које планирају трудноћу неопходно је информисати о потреби узимања фолне киселине пре концепције и све до 12. недеље гестације (смањење ризика од појаве дефеката развоја неуралне цеви, односно аненцефалије и спине бифиде). **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 3.4.** Препоручује се саветовање труднице о придржавању хигијенско-дијететског режима у трудноћи (лична хигијена, правилна исхрана, одговарајућа одећа, обућа и значај кретања). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.5.** При првој антенаталној посети препоручује се саветовати труднице да обаве стоматолошки преглед и, ако је то потребно, лечити зубе, што се може безбедно спровести током трудноће у било ком триместру. Добро орално здравље и контрола оралних болести важни су за здравље труднице. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.6.** Препоручује се упознавање трудница са значајем припреме дојки и брадавица за дојење. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.7.** Трудница треба да буде упозната са значајем дојења за правилан раст и развој детета и здравље мајке:
- одојче: дојење побољшава оштрину вида, психомоторни и когнитивни разој; дојена одојчад имају смањени ризик од гастроентеритиса, респираторних болести, отитиса, алергија и изненадне неочекиване смрти и развоја неких од хроничних болести у каснијем животу;
  - мајка: дојење побољшава бржи опоравак од порођаја и враћање на тежину пре трудноће, као и одлагање повратка менструације; код мајки дојиља смањен је ризик од рака дојки и јајника у каснијем животу;

- повезаност мајке и одојчета: дојење може помоћи повезивању и привржености између мајке и новорођенчета.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 3.8.** Требало би упознати трудницу да треба да посети лекара кад год се јаве тегобе као што су појачан секрет, свраб, отицање, главобоља, сметње са видом, бол у епигастријуму и испод десног ребарног лука, мучнина, гађење, повраћање, несвестица, вртоглавица, отицање плодове воде, крварење, контракције, повишена телесна температура у трајању преко три дана, бол при мокрењу, као и ако дође до погоршања постојећих патолошких стања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.9.** Препоручује се информисање труднице у вези са одржавањем свакодневне хигијене (купање, нега коже и др.) своје а касније и детета. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.10.** Требало би упознати трудницу са потребом посете гинекологу после порођаја једном току првих шест недеља, а затим још једном у току првих шест месеци код породилца које не доје, или по истеку шест месеци код оних које доје; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.11.** Трудницу треба упознати са утицајем нездравих навика и ризичног понашања у трудноћи (пушење, пасивно пушење, алкохолизам, наркоманија, опасност од претераног физичког напрезања, утицај стреса на послу и животу уопште). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.12.** Трудницу треба упознати са значајем познавања статуса HIV у трудноћи, са могућношћу тестирања на HIV и поверљивости резултата и могућношћу спречавања преноса инфекције HIV са мајке на дете. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.13.** Трудницу треба упознати са општим начелима вакцинације у трудноћи:
- мртве или инактивисане вакцине, токсидне и полисахаридне вакцине могу се давати током трудноће уз претходну процену лекара;
  - давање живих вакцина углавном је контраиндиковано због претежно теоретских ризика по плод;
  - у трудноћи треба избегавати вакцине против морбила, заушки и рубеоле (MMR), варицеле, жуте грознице и BCG вакцину (против туберкулозе);
  - имунизација против инфлуенце се саветује свим трудницама у другом или трећем триместру у сезони грипа; труднице са коморбидитетим могу примити вакцину и у току првог триместра, ако се он поклопи са сезоном грипа;
  - вакцинацију против пертусиса (једна доза) саветовати свим трудницама у другом или трећем триместру без обзира на претходни вакцинални статус, пожељно између 28-36 недеље, а где постоји ризик од превременог порођаја током другог триместра.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.14.** Трудници треба пружати подршку у очувању менталног здравља и разумевања физиолошких и патолошких промена које су везане за трудноћу, а за труднице са постојећим проблемима менталног здравља или оне за које се процени да живе у неповољном окружењу без адекватне подршке, нарушених породичних односа или уз присуство насиља требало би организовати додатну и проширену подршку и упућивање на адекватне службе у заједници. Потребно је пружити и информације о могућности скрининга на перипарталну депресију који се може спровести пренатално и постнатално. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.15.** Препоручује се пружање подршке трудницама које показују жељу за наставком радних активности, али их упознати како са евентуалним ризицима која одређена радна места могу да представљају за ток трудноће, тако и са правима трудних жена из домена радних односа (нпр. забрана ноћног рада). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 3.16.** Препоручује се испитати радне услове трудне жене и предложити мере заштите у односу на, примера ради, опасност од пасивног пушења, капљичне инфекције, зрачења и слично. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.17.** Требало би упутити трудницу на психофизичку припрему за порођај, као и физичке вежбе за јачање карличних мишића после порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.18.** Препоручује се упознавање труднице са њеним правима и законским прописима у вези са трудноћом и материнством. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.19.** Препоручује се подржати трудницу у припреми најближих чланова породице за правилан став према породиљи и новорођенчету. У складу са жељом труднице, могуће је укључити партнера и друге чланове породице у саветовалишни рад. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.20.** Саветовање је препоручено прилагодити и употпунити садржајима релевантним за поједине специфичне групе трудница – културолошки, у односу на узраст, језичке баријере, социјални статус, инвалидитет итд. Препоручено је укључивање и повезивање других институција и организација у заједници (дефинисано процедурама и протоколима о сарадњи) ради обезбеђивања свеобухватне подршке и умањивања негативних последица ризика којима су ове труднице изложене. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.21.** Препоручује се укључивање центра за социјални рад ради добијања додатне подршке и саветовања, а уз поштовање законске регулативе, у случајевима адолесцентних трудноћа, процене неповољних партнерских односа и ситуација насиља над трудном женом. Водити се чињеницом да је у регулативи, дејчи брак препознат као облик насиља над децом, без обзира на расну, верску и етничку припадност. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.22.** Трудницу треба упознати да су у трудноћи повећане потребе за одређеним хранљивим материјама, као и да су основна начела здраве исхране у трудноћи употреба:
- поврћа, махунарки и воћа;
  - житарица од целог зрна;
  - немасног меса, перади, риба, јаја, орашастих плодова, семенки;
  - млека, млечних производа и сира.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.23.** Препарате гвожђа не би требало давати свим трудним женама, јер нема доказа о њиховом корисном дејству на здравље мајке и плода. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.24.** Трудну жену треба информисати да витамин А узет у количинама преко 700 mg може бити тератоген (ефекат је најизраженији у првом триместру), те га треба избегавати, као и прекомерно конзумирање цигерике или производа од цигерике. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.25.** Витамин Д и витамин Е у трудноћи не треба давати рутински као самосталну суплементацију већ у облику поливитаминских препарата који поседују минималне дозе ових витамина. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.26.** Самосталну суплементацију витамином Д треба саветовати код ризичних група (трудне жене које се покривају при изласку на сунце, трудне жене које не једу храну богату витамином Д као што су масна риба, јаја, месо, житарице и жене са индексом телесне масе (*Body Mass Index*, ВМІ) већим од 30 пре затрудњавања); **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.27.** Требало би саветовати трудницама додатак јода од 150 микрограма свакодневно кроз примену јодираних (кухињске) соли, осим ако њихова трудноћа није високоризична, односно

ако имају хипертензију и хипотиреозу; повећана активност штитне жлезде током трудноће повећава потребу за јодом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 3.28.** Требало би информисати трудну жену о томе како да смањи ризик од листериозе, салмонелозе и трихинелозе избегавањем непастеризованих сирева и сировог/полусировог меса/рибе, адекватном термичком обрадом меса и прањем поврћа. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.29.** Требало би прописивати трудници само познате и тестиране лекове у најмањим могућим дозама и то само када корист за трудницу превазилази ризике по плод. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.30.** Трудницу треба саветовати да започне или настави телесне вежбе у умереном степену јер то није повезано са неповољним исходом трудноће. Редовна физичка активност током трудноће побољшава или одржава кондицију, побољшава квалитет живота, може смањити симптоме депресије и може спречити уринарну инконтиненцију (вежбе мишића карличног дна); **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.31.** Трудницу треба информисати о постојању потенцијалне опасности од претераног бављења спортом у току трудноће (те забранити бављење екстремним спортовима), а посебно спортом који може довести до повреда стомака, повећања интраабдоминалног притиска при понављању вежби, падова и компромитовања дисања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.32.** Сексуалне активности током трудноће не треба ограничавати јер не угрожавају трудноћу. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.33.** Требало би користити презерватив током сексуалних односа ради спречавања преношења инфекција. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.34.** Најбезбедније је потпуно избегавање алкохола у трудноћи. Требало би избацити или максимално умањити конзумирање алкохола током трудноће. Опијање током трудноће, односно конзумација више од шест јединица алкохола одједном, може узроковати лош неуролошки развој детета у каснијем животу; учестало и обилно конзумирање алкохола развија фетални алкохолни синдром, конгениталне абнормалности, одређене специфичне карактеристике лица, лоше понашање и лоше интелектуалне резултате након рођења. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.35.** Трудницу треба информисати о специфичним ризицима везаним за пушење у току трудноће (мала телесна маса новорођенчета на рођењу, превремено рођење) и упутити на програме одвикавања од пушења; као крајњу меру, женама које не могу да престану да пуше дати подршку да смање број попушених цигарета или конзумирају мање штетне облике дувана. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.36.** Дуготрајно путовање авионом је повезано са повећаним ризиком од венске тромбозе у ризичној групи жена, те треба саветовати ношење компресивних чарапа током дужег лета и тиме смањити тај ризик. Друге превентивне мере које треба саветовати су изометричке вежбе мишића ногу, шетња у авиону, рехидратација и смањење уноса диуретичких напитака (кафа, чај, газирана пића). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.37.** Треба саветовати и едуковати трудницу о правилном постављању заштитног појаса у аутомобилу изнад и испод стомака, у три тачке: испод трбуха, што је могуће ниже, преко бедара, с дијагоналним појасом преко рамена који лежи између груди (никако преко стомака). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.38.** У случају путовања у иностранство, треба разговарати са трудном женом о путовању авионом, вакцинама, осигурању. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## Школа за родитељство

**3.39.** Групни здравствено-едукативни рад будућих родитеља сматра се најкориснијом методом савременог саветовалишног рада. Поред предавања и видео приказа, укључити интерактивне радионице, дискусије и демонстрације ради повећања практичног знања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**3.40.** Састав тима Школе за родитељство:

- специјалиста гинекологије и акушерства;
- специјалиста педијатар;
- поливалентна патронажна сестра;
- педијатријска сестра;
- акушерска сестра;
- нутрициониста;
- доктор стоматологије, специјалиста дечје и превентивне стоматологије;
- доктор медицине, специјалиста социјалне медицине;
- психолог;
- социјални радник (по потреби).

У зависности од исказаних интересовања и дилема које имају будући родитељи, у састав тима могу се укључити и други профили здравствених радника и здравствених сарадника. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

**3.41.** Теме Школе за родитељство:

- здравље жене у трудноћи и после порођаја;
- исхрана, орална и хигијена тела и окружења и физичка активност у трудноћи;
- знаци упозорења у трудноћи;
- вакцинација мајке и детета - значај за мајку, дете и породицу;
- значај мајчиног млека и дојења за дете и мајку;
- припрема дојки и брадавица за дојење и здравље мајке;
- започињање дојења и успостављање лактације;
- посета породилишту пре порођаја;
- порођај – очекивања и могућности;
- нега новорођенчета;
- помоћ мајци после отпуста из породилишта;
- права труднице, породиље и мајке дојиље;
- значај редовне контроле у саветовалишту за труднице;
- значај посете гинекологу после порођаја (6 недеља – 6 месеци) ;
- постпорођајни симптоми – знаци ризика;
- значај и методе контрацепције у постпорођајном добу;
- развој детета, стимулација и респонсивност родитеља на сигнале детета током трудноће и након рођења детета;
- партнерски односи у родитељству током и након трудноће;
- ментално здравље мајке и парова; перипартална депресија.

**(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

**3.42.** Организовани групни рад кроз Школе за родитељство требало би спроводити код свих трудница у последњем тромесечју, односно од VII до IX месеца трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**3.43.** Препоручује се учешће партнера трудне жене у Школи за родитељство јер се тиме појачава разумевање и балансирана родитељска улога оба партнера за добробит детета и очувања квалитетних партнерских односа. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

## Психофизичка припрема за порођај

3.44. Циљеви психофизичке припреме трудница су:

- *едукација* трудница о физиолошким збивањима током трудноће и порођаја;
- *физичко вежбање* ради стицања вештина за олакшавање порођаја; физичка активност унапређује општу кондицију труднице, постиже се општа и локална релаксација, овладава се вештинама правилног дисања током порођаја и усваја се вештина напињања током порођаја.

(Степен препоруке 2, ниво доказа В)

3.45. Препоруке за физичко вежбање:

- примењује се почевши од 26. недеље трудноће;
- не треба да траје дуже од 90 минута;
- примењује се једном недељно;
- завршава се најмање недељу дана пре термина порођаја.

(Степен препоруке 2, ниво доказа В)

3.46. У психофизичку припрему се не укључују труднице са ризичним трудноћама, иако би и њима требало да буду представљени елементи психичке припреме и едукације.

(Степен препоруке 2, ниво доказа В)

## Патронажне посете трудним женама

3.47. Патронажну посету трудној жени и породици обавља поливалентна патронажна сестра на основу обавештења о трудноћи које доставља изабрани гинеколога, и то једном у току трудноће, а у случају потребе и чешће. Овом посетом треба обухватити све трудне жене најкасније до 20. гестацијске недеље.

(Степен препоруке 2, ниво доказа В)

3.48. Приликом посете трудној жени, патронажна сестра треба да спроведе пренатални интервју, процени постојање биолошког или психосоцијалног ризика и у том смислу:

- подржи трудницу у сагледавању и прихватању сопствене родитељске улоге и родитељске улоге оца детета, изградњи и ширењу мреже подршке, процени свог расположења и планирању бриге о себи;
- процени услове у којима трудница живи и ради и, ако је то могуће, утиче на њихово побољшање;
- информише трудницу о законским правима везаним за трудноћу;
- информише запослене труднице о условима рада на радном месту и пружи им препоруке за заштиту здравља;
- упути трудницу у Саветовалиште за труднице и објасни јој значај редовне контроле трудноће, похађања Школе за родитељство и укључивања у психофизичку припрему за порођај;
- објасни трудници значај физиолошких промена у трудноћи и укаже јој на симптоме и знаке који захтевају неодложну посету лекару (главобоље, крвављење, болови, појачан секрет и друго);
- објасни трудници значај личне хигијене у трудноћи, правилне исхране, контроле зуба, хигијене дојки и брадавица и слично;
- укаже трудници на опасност од штетних навика у трудноћи (употреба дувана, наркотика и алкохола), као и од лекова узетих по свом нахођењу и инфекција; и
- извести ординирајућег лекара о битним елементима живота и здравља труднице било усмено било преко сигналног налога који остаје у картону труднице.

(Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**3.49.** После рада у породици, патронажна сестра обавештава ординирајућег лекара гинеколога-акушера усмено и преко обрасца ППС (сигнални налог) о битним елементима који су значајни за живот и здравље трудне жене и породице. Извештај патронажне сестре (сигнални налог) треба уложити у здравствени картон трудне жене и треба успоставити адекватну сарадњу са релевантним службама и организацијама у заједници које могу помоћи трудници у решавању уочених проблема (Центар за социјални рад, Национална служба за запошљавање, невладине организације и слично). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### **4. Први лекарски преглед трудне жене – први триместар трудноће**

##### **Прва антенатална контрола**

- 4.1.** Требало би свим трудним женама понудити прву антенаталну контролу у првом триместру, пожељно пре навршене 10. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.2.** За прву антенаталну контролу треба планирати више времена од већине наредних контрола, имајући у виду садржај и обим прегледа, едукацију труднице и идентификовање фактора ризика, као и пружање потпуних информација о даљем плану антенаталне заштите. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.3.** Препоручује се да трудница најмање једном током трудноће буде на контроли сама, пожељно током прве антенаталне посете, како би се обезбедила потпуна приватност и поверљивост. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 4.4.** При првом прегледу неопходно је узети детаљну анамнезу, која обухвата демографске податке, личну и породичну анамнезу, анамнезу менструација, анамнезу паритета, податке о актуелној труноћи и психосоцијалним факторима који могу негативно утицати на ментално и емоционално здравље жене. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 4.5.** При првом, као и сваком наредном прегледу у трудноћи, требало би измерити:
- артеријски крвни притисак (ТА); и
  - телесну висину (ТВ) (довољно при првом прегледу) и телесну масу (ТМ) труднице **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.6.** Приликом првог антенаталног прегледа требало би израчунати ВМІ и на основу тога трудници пружити адекватну информацију о пожељном прираштају телесне масе у трудноћи. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.7.** Требало би извршити инспекцију и/или палпацију дојки и брадавица, штитне жлезде и доњих екстремитета и утврдити постојање едема и варикозитета. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.8.** У случају постојања преегзистирајућих хроничних обољења или стања, требало би размотрити потребу за консултативним прегледом одговарајућег специјалисте. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.9.** Свакој трудници би у првом триместру требало урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.10.** Препоручује се узимање вагиналног бактериолошког бриса са анализом директног препарата. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 4.11.** Ако Пап тест за скрининг на карцином грлића материце није обављен у последњих 12 месеци, при гинеколошком прегледу требало би узети цитолошки Пап брис. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 4.12. Код трудница млађих од 25 година, као и код оних са постојањем симптома и знакова цервицитиса или ризиком за постојање полно преносивих болести, препоручује се узимање цервикалног бриса на организам *Chlamydia trachomatis*, а по потреби и на друге патогене доњег гениталног тракта (*Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 4.13. При првом антенаталном прегледу требало би урадити следеће лабораторијске и бактериолошке анализе: крвну групу (статус АБО и статус RhD) и скрининг анти-еритроцитних антитела, крвну слику, гликкемију наште, урин и седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml), TSH и серолошка тестирања (свим трудницама на HIV, VDRL/ТРНА, на HbsAg и *Rubella* антитела ако претходно нису вакцинисани или прележали болест, а на анти-HCV антитела, *Toxoplasma*, *Cytomegalovirus* према индикацијама). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.14. Вакцина против инфлуенце саветује се у сезони грипа свим трудницама у другом или трећем триместру. Труднице са коморбидитетима који повећавају ризик од компликација грипа вакцину примају и током првог триместра, ако се он поклапа са сезоном грипа. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 4.15. Свим трудницама требало би урадити комбиновани скрининг на тризомије у првом триместру трудноће, између 11+0 и 13+6 недеља гестације (одређивање дебљине нухалне транслуценце (NT) и биохемијских параметара, односно PAPP-A и bHCG) (в. под „Ултразвук у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.16. На првом пренаталном прегледу требало би трудници пружити информације и о другим доступним неинвазивним генетским методама скрининга анализом слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке (*Cell Free Fetal DNA*, односно скраћено cff DNA) и другим инвазивним генетским дијагностичким методама (биопсија хорионских чупица (CVS), амниоцентеза и кордоцентеза) за идентификовање генетских анормалија. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.17. У случају да се трудница одлучи за примену cff DNA, ову анализу требало би урадити после ултразвучног прегледа у оквиру комбинованог скрининга на тризомије првог триместра. Ако се анализом фрагмената слободне ћелијске ДНК нађе повећан ризик од генетских обољења, потребно их је доказати инвазивним тестом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.18. Трудници би требало предпочити да ниједна метода генетског скрининга не може да открије све поремећаје наследне основе и да свака има одређену стопу детекције и лажно позитивних и лажно негативних вредности. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.19. Ако постоје техничке могућности за извођење, у оквиру комбинованог скрининга првог триместра трудници би требало урадити скрининг на прееклампсију. У случају позитивног налаза скрининга, требало би започети профилактичку терапију малим дозама аспирина. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.20. Исту профилактичку терапију малим дозама аспирина у циљу превенције прееклампсије требало би понудити и трудницама које су под повишеним ризиком од развоја прееклампсије. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.21. Аспирин би требало профилактички применити и код трудница са два или више умерених фактора ризика. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.22. Профилаксу прееклампсије аспирином у дози од 150 mg увече треба оптимално започети између 11. и 13. недеље, а најкасније до 16. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## 5. Контролни лекарски прегледи трудне жене

- 5.1. При свим контролним лекарским прегледима треба пружити прилику трудници да изнесе своја очекивања и искуства, као и да изложи сва питања, недоумице и проблеме који су се појавили од њеног последњег прегледа, укључујући и питања везана за психосоцијалну подршку и ментално здравље. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.2. Код физиолошке трудноће спроводе се најмање три лекарска прегледа (после првог прегледа и све до 37 нг). После 37. недеље гестације (нг) саветује се најмање један, а по потреби и више лекарских прегледа до порођаја:
- од 18. до 22. нг;
  - од 28. до 32. нг;
  - од 35. до 37. нг;
  - од 37+1 до термина порођаја најмање један, а по потреби и више прегледа.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.3. Кад год се посумња на могући ризик, било из анамнестичких података или из објективног прегледа, по правилу треба планирати већи број контролних прегледа или/и допунити садржај прегледа или упутити трудницу у секундарни или терцијарни ниво здравствене заштите трудних жена. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Контролни лекарски преглед трудне жене од 18. до 22. нг

- 5.4. Требало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и евентуално их допунити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.5. Требало би проверити да ли је урађено све из препорука за преглед у првом триместру: прегледати, забележити и продискутовати са трудницом резултате свих урађених анализа, скрининга, утврђених фактора ризика и могућих интервенција. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.6. Требало би поново проценити ризик од прееклампсије и, ако је то потребно, започети профилаксу (в. поглавље 4, „Скрининг на прееклампсију” и поглавље 8, „Хипертензивни синдром у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.7. Трудницама које нису урадиле препоручени комбиновани скрининг на тризомије у првом триместру требало би пружити информације о другим доступним скрининг и дијагностичким методама за идентификацију генетских аномалија (в. поглавље 4, „Генетски скрининг”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.8. Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.9. Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.10. Свакој трудници је требало би урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Урадити и следеће анализе, ако нису урађене током првог прегледа:

- 5.11. Саветује се узимање вагиналног бактериолошког бриса са анализом директног препарата. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.12. Ако Пап тест за скрининг на карцином грлића материце није обављен у последњих 12 месеци, при гинеколошком прегледу требало би узети цитолошки Пап брис. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 5.13.** Код трудница млађих од 25 година, као и код оних са постојањем симптома и знакова цервицитиса или ризиком за постојање полно преносивих болести, препоручује се узимање цервикалног бриса на организам *Chlamydia trachomatis*, а по потреби и на друге патогене доњег гениталног тракта (*Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*). **(Степен препоруке 3, ниво доказа В)**
- 5.14.** Требало би урадити физички преглед урина и седимент а уколико није урађено у првом триместру и скрининг на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.15.** Требало би упутити трудницу на орални тест толеранције на глукозу (OGTT) од 24. до 28. нг (в. скрининг за дијабетес, поглавље 8, „Дијабетес у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.16.** Требало би упутити трудницу на скрининг анемије одређивањем броја Ег и нивоа хемоглобина Hgb у 28. нг. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.17.** Требало би упутити све труднице, без обзира на RhD статус, на скрининг антиеритроцитних антитела од 26. до 28. нг да би се искључила појава антиеритроцитних антитела у периоду од иницијалног тестирања, као и укључити анти-RhD профилаксу код RhD инкомпатибилности (в. поглавље 8, „Rh инкомпатибилност”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.18.** Препоручује се упућивање на морфолошки ултразвучни преглед у другом триместру (в. поглавље 6, „Ултразвучни преглед у другом триместру”). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.19.** Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против грипа у сезони ове болести. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.20.** Препоручити свим трудницама, без обзира на претходни вакцинални статус, вакцинацију против пертусиса (једна доза) у другом или трећем триместру, и то пожељно од 28. до 36. недеље, а у случајевима у којима постоји ризик од превременог порођаја препоручити вакцинацију током другог триместра. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.21.** Препоручује се упућивање на превентивни стоматолошки преглед. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.22.** Препоручује се упућивање у Школу за родитељство. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.23.** Препоручује се упућивање на психофизичку припрему за порођај после 26. нг. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.24.** Препоручује се давање савета трудницама о суплементацији, хигијенско-дијететском режиму, физичкој активности и сексуалним односима током трудноће. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.25.** Ако трудница пуши, саветовати јој да престане и понудити стручну помоћ и подршку, а ако конзумира алкохол, препоручити јој да престане. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.26.** Препоручује се процена радне способности. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.27.** Препоручује се давање информација о могућности скрининга на перипарталну депресију ако се из претходног разговора процени да постоји потреба. У том случају спровести скрининг употребом Единбуршке скале (упитник од 10 питања, видети Прилог 2). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 5.28.** Препоручује се преиспитивање планираног рутинског распореда контроле трудноће и утврђивање потребе за његовом изменом, или упућивање труднице на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.29.** Не постоје докази да се чешћим одређивањем броја Ег и нивоа Н<sub>gb</sub> постиже бољи исход трудноће. Скрининг на анемију треба радити у првој посети и у 28. нг. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**Контролни лекарски преглед трудне жене од 28. до 32. нг**

- 5.30.** Требало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и евентуално их допунити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.31.** Требало би узимати анамнестичке податке о општем стању здравља, току трудноће и појави нових симптома и знакова компликације трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.32.** Требало би проверити да ли је урађено све из препорука за преглед у другом триместру и прегледати, забележити и продискутовати са трудницом резултате свих урађених анализа, скрининга, проверити спровођење евентуално препоручених профилактичких поступака (прееклампсија, анти RhD профилакса, анемије, вакцинације на сезонски грип и пертусис, скрининг на перипарталну депресију). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.33.** Требало би обавити разговор о покретима плода и потврдити виталност плода. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.34.** Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.35.** Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.36.** Свакој трудници требало би урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.37.** Требало би урадити физички преглед урина и седимент. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.38.** Препоручује се информисати и упутити труднице на ултразвучни преглед у трећем триместру од 30. до 34. нг. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.39.** Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против грипа у сезони ове болести. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.40.** Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против пертусиса. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.41.** Ако је трудница од претходне контроле била хоспитализована или имала значајан здравствени проблем, препоручује се процена ризика од венског тромбоемболизма. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.42.** Препоручити трудници да лежи на боку током дужих дневних одмора и ноћу. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.43.** Препоручује се давање савета о хигијенско-дијететском режиму у току трудноће и потребама у трећем триместру. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.44.** Препоручује се разговарати са трудницом и дати јој информације о припремама за порођај, препознавању активног порођаја, постнаталном периоду укључујући исхрану новорођен-

чета, профилакси витамином К и постнаталној нези, укључујући и могуће промене менталног стања (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

- 5.45. Препоручује се упознавање трудне жене са законским прописима из права везаних за материнство (трудничко боловање, социјална заштита незапослене труднице и социјална заштита после порођаја). (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.46. Постоје јаки докази да би при свакој посети труднице требало контролисати ТА и у случају повишених вредности ТА урадити урин на протеинурију. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

#### **Контролни лекарски преглед трудне жене од 35. до 37. нг**

- 5.47. Требало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и допунити их. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.48. Требало би узети анамнестичке податке о општем стању здравља и о току трудноће, проверити постојање уобичајених проблема и компликација трудноће, појаснити претходне анализе и налазе и разговарати са трудницом о могућим питањима која је оптерећују. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.49. Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.50. Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.51. Требало би обавити преглед дојки и брадавица као припрему за дојење. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.52. Требало би обавити акушерски преглед, и то спољашњи и унутрашњи, као и идентификовати могућу карличну презентацију или абнормалан положај плода (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.53. Требало би узети ректо-вагинални брис за скрининг на GBS (стрептокок групе Б). (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.54. Код трудница са постојањем симптома и знакова вагиналне инфекције или ризиком од постојања полно преносивих болести препоручује се по потреби узимање брисева и на друге патогене доњег гениталног тракта. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.55. Требало би послушати срчане тонове плода и/или СТГ (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.56. Не постоје докази да се одређивањем гликемије и еритроцита у 36. нг постиже бољи исход трудноће. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.57. Требало би урадити физички преглед урина и седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml). (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.58. Препоручује се наставити дискусију о хигијенско-дијететском режиму и начину понашања до порођаја и у току шест недеља после порођаја. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.59. Препоручује се поновити трудници објашњење о знацима почетка порођаја и дати јој писмено обавештење о порођају. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.60. Препоручује се припремити упут за породилиште и приложити:
- крвну групу и Rh фактор;
  - лабораторијске анализе (HIV, HbsAg, HCV, VDRL, ТРНА) (в. поглавље 4.5);
  - налаз скрининга анемије у 28 нг;

- последњи налаз протеинурије;
- налаз цервикалног бриса и ректовагиналног скрининга на GBS;
- налазе свих извршених ултразвучних прегледа;
- лист за контролу трудноће; као и
- регулисати породилско одсуство и дати трудници савете у вези са њим.

**(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

- 5.61. Препоручује се договорити оријентациони датум контролног прегледа шест недеља после порођаја **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**
- 5.62. Препоручује се да се свака трудна жена на дан термина порођаја јави на преглед у здравствену установу у којој ће се породити, а по потреби и раније. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

### Прегледи од 37+1 нг

- 5.63. Од 37 +1 нг до термина порођаја требало би обавити најмање један, а по потреби и више лекарских прегледа **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.64. Требало би узети анамнестичке податаке о општем стању здравља и о току трудноће, са посебним освртом на крварење и симптоме хипертензивних поремаћаја у трудноћи (главобољу, сметње са видом, бол у епигастријуму, муку, гађење и повраћање). **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.65. Требало би извршити увид у претходне анамнестичке, физикалне и лабораторијске налазе. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.66. Требало би обавити спољашњи акушерски преглед. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.67. Требало би обавити унутрашњи акушерски преглед у случају појаве контракција, отицања плодове воде или сумње на отицање плодове воде и крварења. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.68. Требало би дати трудници информације о могућности скрининга на перипарталну депресију који се може спроводити пренатално и постнатално. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.69. Требало би по потреби спровести скрининг употребом Единбуршке скале (упитник од 10 питања, видети Прилог 2). **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.70. Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.71. Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 5.72. Препоручује се слушање срчаних тонова плода и/или СТG запис најмање једном до порођаја, а по потреби и чешће. На термин порођаја, а по потреби и пре, препоручује се да се трудница јави у здравствену установу у којој ће се породити. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

## 6. Ултразвучни прегледи трудне жене

- 6.1. На примарном нивоу здравствене заштите ултразвучни преглед у некомплицованој трудноћи неопходно је обавити три пута у току трудноће, а ако је то потребно, и четири пута:
- од 11. до 14. гестацијске недеље;
  - од 20. до 24. гестацијске недеље;
  - од 30. до 34. гестацијске недеље;

Од 8-10. гестацијске недеље – утврђивање трудноће  
(**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

- 6.2.** Ако је рутинским ултразвучним прегледом откривено одступање од физиолошког налаза а стање захтева даљу евалуацију, препоручује се упућивање труднице на консултативни ултразвучни (УЗ) преглед на виши ниво здравствене заштите. Број ултразвучних прегледа није ограничен и обавља се према медицинским индикацијама, у ситуацијама у којима то захтева повишени ризик по мајку или плод. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

### Ултразвучни преглед у првом триместру трудноће

- 6.3.** Први ултразвучни преглед требало би да се ради се у периоду након изостанка циклуса, до десете недеље гестације (идеално између 6. и 8. нг). Други ултразвучни преглед требало би обавити у периоду између 11. и 13+6 гестацијске недеље. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 6.4.** У раној трудноћи, пре него што се види плод, мери се средњи пречник гестацијске кесе, а након што се види плод мери се дужина теме-тртица (*crown-rump length, CRL*). (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

### Ултразвучни преглед између 11 и 13+6 недеље гестације

- 6.5.** У овом периоду мере се дужина теме-тртица (CRL), бипаријетални дијаметар главе (BPD) и обим главе (HC). За одређивање ултразвучне гестацијске старости користи се CRL. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.6.** Преглед морфологије на УЗ прегледу у првом триместру обухвата преглед главе, врата, абдомена, предњег трбушног зида и екстремитета. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.7.** Требало би урадити комбиновани скрининг првог триместра, који подразумева ултразвучну и биохемијску компоненту. Ултразвучни скрининг хромозомопатија се у овом периоду ради мерењем дебљине нухалне транслуценце (NT). Нухална транслуценца се мери у 11. и 13+6 недељи, када је CRL између 45 и 84 mm, јер је тада стопа детекције оптимална а омогућен је и преглед велике морфологије плода. NT се може мерити трансабдоминалним и трансвагиналним путем. Биохемијски маркери обухватају одређивање нивоа слободног бета хуманог хорионског гонадотропина (hCG) и са трудноћом повезаног плазма протеина А (PAPP-A), који се изражавају у умношцима медијане. У скрининг поремећаја наследне основе требало би уврстити и анализу слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке (cff DNA) почев од 10. недеље трудноће. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 6.8.** Ако се анализом слободне ћелијске феталне ДНК нађе повећан ризик од поремећаја наследне основе, неопходно их је доказати инвазивним тестом. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.9.** Трудници би требало предочити да ниједна метода генетског скрининга не може да открије све поремећаје наследне основе и да свака има одређену стопу детекције и лажно позитивних и лажно негативних вредности. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 6.10.** Гестацијска старост вишеплодних трудноћа одређује се мерењем дужине теме-тртица (CRL) оба плода. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.11.** Код трудноћа које су зачете спонтано, гестацијска старост се одређује према већој од две вредности CRL. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.12.** Хорионицитет се одређује између 11. и 13+6 гестацијске недеље анализом дебљине мембране на месту инсерције мембране у постељицу (тзв. Т-знак или ламбда знак). Ако није могуће одредити хорионицитет, требало би трудницу упутити на виши ниво здравствене

заштите. Ако се ни тада не може утврдити врста хорионицитета, трудноћа се класификује као монохорионска. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 6.13.** У близаначкој трудноћи, скрининг најчешћих хромозомопатија обавља се комбинованим тестом (ултразвучним прегледом), и то одређивањем дебљине нухалне транслуценце (NT) и одређивањем нивоа слободног  $\beta$ -hCG и PAPP-A у крви мајке и њиховим изражавањем као умношка медијане. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.14.** У овом периоду могућ је скрининг хромозомопатија анализом слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 6.15.** Преглед морфологије оба плода код вишеплодних трудноћа обавља се на исти начин као и код једноплодних трудноћа. Ризик од аномалија је већи код вишеплодних него код једноплодних трудноћа. На терцијарни ниво здравствене заштите упућују се трудноће код којих је разлика између два CRL већа од 10%, код којих је разлика између NT већа од 20%, као и монохорионске и моноамнионске трудноће. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

### Ултразвучни преглед у другом триместру трудноће

- 6.16.** Ултразвук се у другом триместру обавља у периоду између 20. и 24. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.17.** Основни циљ прегледа у овом периоду је добијање одговарајућих информација које омогућавају планирање одговарајуће пренаталне заштите труднице. Циљеви обухватају:
- утврђивање виталности плода
  - утврђивање броја плодова
  - праћење раста плода
  - преглед морфологије плода; и
  - преглед постелице, грлића и плодове воде.
- (Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.18.** Налазе ултразвучног прегледа неходно је дати у виду електронског и/или папирног извештаја. Један се примерак даје трудници, а други се задржава у установи у којој је преглед извршен. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.19.** У овом периоду мере се:
- бипаријетални дијаметер (BPD);
  - обим главе (*head circumference*, HC);
  - задњи рог бочне мождане коморе (Vp) (опционо);
  - обим трбуха (*abdominal circumference*, AC);
  - дужина бутне кости (*femur length*, FL).
- (Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.20.** Гестацијска старост одређује се у првом триместру, и то на основу дужине теме-тртица (CRL), јер је ова мера најтачнија. Ако из неког разлога старост гестације и (на основу ње) вероватни термин порођаја нису одређени на основу CRL, они се могу одредити и у другом триместру, на основу BPD, HC и FL. Након овог периода не саветује се више мењање термина порођаја, а у извештају са прегледа требало би навести на основу чега одређена гестацијска старост. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.21.** За процену телесне масе плода могу се мерити бипаријетални дијаметар плода (BPD), обим главице (HC), обим трбуха (AC) и дужина фемура (FL). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.22.** У случају да постоји разлика између гестацијске старости у првом и другом триместру, требало би то напоменути у извештају. Ако се постави сумња да је плод мањи за гестацију

(АС или процењена телесна маса испод 10. перцентиле), потребно га је пратити због ризика од застоја у расту, те по потреби упутити трудницу на виши ниво заштите. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 6.23.** Процена количине плодове воде може бити субјективна или се могу користити одређена мерења, односно најдубљи џеп или индекс амнионске течности (AFI). Ниједан од ова два метода није доказано бољи од другог. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.24.** Иако мерење грлића не спаде у рутинску контролу опште популације, могуће је мерење дужине грлића у гестационој старости од између 14. и 24. недеље. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.25.** У случају дужине испод 25 mm, упутити трудницу на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.26.** Код вишеплодне трудноће, ако хорионицитет није одређен у првом триместру, требало би проверити пол оба плода и инсерцију постељица. У случају да је пол исти а не може се потврдити да постоје одвојене постељице, трудноћу треба сматрати монохорионском. Требало би обележити плодове, наводећи што више параметара (пример: плод 1 ближи УМУ; лево, мушки пол, постељица натраг...). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.27.** Осим биометрије, током ултразвучног прегледа анализира се и морфологија:
- лобање – облик;
  - мозга – *Cavum septi pellucidi, Falx cerebri, Thalamus, Ventriculi laterales cerebri, Plexus choroideus, Cerebellum, Cisterna magna*;
  - лица – горња усна, профил, орбите и очна сочива;
  - врата;
  - грудног коша – изглед плућа, срце – четворошупљински пресек;
  - абдомена – инсерција пупчаника, континуитет предњег трбушног зида, постојање желуца, два бубрега и бешике;
  - кичме - континуитет на уздужном и попречном пресеку;
  - руку – две руке, надлактице и подлактице, шака, без бројања прстију;
  - ногу – две ноге, натколенице и надлактице, стопало, без бројања прстију.
- (Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 6.28.** Ако преглед не може да се уради према прихваћеним препорукама, трудницу је неопходно прегледати у другом термину, а ако то ни тада није могуће, неопходно ју је упутити на консултативни преглед на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.29.** Током прегледа у овом периоду требало би прегледати постељицу и навести њену локализацију и удаљеност од унутрашњег материчног ушћа (УМУ). Ако је доњи пол постељице удаљен од УМУ  $\leq 20$  mm на трансвагиналном ултразвучном прегледу, потребан је поновни преглед у трећем триместру. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Ултразвучни преглед у трећем триместру трудноће

- 6.30.** УЗ преглед у III триместру обавља се од 30. до 34. гестацијске недеље. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.31.** Стандардни ултразвучни преглед у трећем триместру обухвата:
- број плодова;
  - презентацију;
  - биометрију:
    - о ВРD;
    - о НС;

- o AC;
- o FL;
- o процену телесне масе (EFW).

Детаљан преглед феталне морфологије у овом периоду није увек могућ због величине и положаја плода, а могућност дијагностике аномалија је врло ограничена. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

- 6.32. Ако је то технички могуће, требало би покушати преглед структура фетуса – мозга, срца, грудног коша, абдомена, плодове воде и постељице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.33. Ако је рутинским УЗ прегледом откривено одступање од физиолошког налаза, упутити трудницу на консултативни преглед на виши ниво заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.34. Код жена код којих постоји претпоставка о ризику или је ризик већ откривен, број ултразвучних прегледа није ограничен и обавља се према медицинским индикацијама. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## 7. Трудне жене које захтевају допунску/проширену здравствену заштиту

- 7.1. Труднице које захтевају посебно праћење трудноће и допунску здравствену заштиту издвајају се после узимања анамнезе или налаза добијених после лекарског прегледа. У сваком појединачном случају, од првог прегледа, требало би да се процени ризик по здравље мајке и/или плода, потреба за чешћим контролама, као и индикација за упућивање труднице у установу секундарног/терцијарног нивоа здравствене заштите. Овде се убрајају труднице са оптерећеном анамнезом, социоекономским ризицима, преегзистирајућим болестима или компликацијама трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Анемија у трудноћи

- 7.2. Скрининг на анемију неопходно је радити свим трудницама одређивањем броја еритроцита (Ег) и нивоа хемоглобина (Нб) у крви, најмање два пута, и то на почетку трудноће и у 28. недељи гестације. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 7.3. Ако је ниво хемоглобина испод 110 mg/dl у првом триместру, испод 105 mg/dl у другом и трећем триместру или испод 100 mg/dl постпартално, индикована је/неопходна је надокнада препаратима гвожђа *per os*. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 7.4. Након дијагнозе анемије, и/или ако се ради о трудници са ризиком за анемију, у обзир долазе додатни тестови, као што су одређивање нивоа серумског гвожђа, феритин, сатурација трансферина, ниво фолата и витамин Б12. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 7.5. Рутинска суплементација препаратима гвожђа свим трудним женама се не препоручује, с обзиром да нема доказа о њиховом корисном ефекту на здравље мајке и плода. Свим трудницама на првој контроли треба дати савет о адекватној исхрани у циљу повећања уноса и апсорпције гвожђа. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 7.6. Након дијагнозе анемије, препоручена је примена 120 mg елементарног гвожђе дневно до нормализације вредности хемоглобина. Препоручује се контрола крвне слике две недеље након почетка терапије, а пораст вредности Нб потврђује одговор на терапију. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 7.7. Након постизања нормалних вредности Нб, саветује се наставак суплементације у дозама до 20 mg елементарног гвожђа током трудноће, као и најмање шест недеља након порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**
- 7.8. Женама које након порођаја имају Нб испод 100 mg/dl дати 120 mg гвожђа наредна три месеца. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

- 7.9. Трудницама које нису анемичне али код којих постоји дефицит гвожђа у лабораторијским анализама потребно је дати гвожђе у дози од 60 mg, уз понављање Hb, гвожђа и феритина након осам недеља. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)
- 7.10. Ако изостане одговор на терапију или је ниво хемоглобина испод 90 mg/dl, консултовати хематолога. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

## 8. Трудноће високог ризика

### Гестацијски дијабетес мелитус

- 8.1. Ризик од гестацијског дијабетеса мелитуса (ГДМ) процењује се у првој пренаталној посети и након одређивања вредности гликемије наште. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)
- 8.2. Трудницама у групи са ниским ризиком требало би поновити гликемију наште у периоду од 24. до 28. недеље гестације. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 8.3. Код трудница у групи са високим ризиком код којих су присутна два или више фактора ризика размотрити примену оралног теста оптерећења глукозом (OGTT) почетком другог триместра или HbA1C ( $\geq 5,9\%$ ), и обавезно у периоду од 24. до 28. недеље гестације. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 8.4. Осталим трудницама високог ризика, као и свим трудницама умереног ризика, урадити OGTT у периоду од 24. до 28. недеље гестације. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)
- 8.5. Препоручује се OGTT са 75 g глукозе који треба радити наште, након гладовања у трајању од 8 до 14 часова, након претходна три дана исхране угљеним хидратима, уз мерење гликемије наште, 60 минута и 120 минута након оптерећења. Тест се сматра позитивним ако је повишена једна вредност гликемије. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 8.6. HbA1C се не препоручује као тест за гестацијски дијабетес због недовољне сензитивности. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)
- 8.7. Након постављања дијагнозе ГДМ, трудници саветовати умерену физичку активност, уз ограничен калоријски унос на 30 kcal/kg дневно и правилну расподелу основних намирница: 40% угљених хидрата, 25-30% масти и 30-35% протеина. Трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите ради даљег праћења. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

### Хипертензивни синдром у трудноћи

- 8.8. Трудницама са суспектном прееклампсијом, од 20. до 36.6 недеља гестације у терцијарним установама уз стандардне дијагностичке процедуре, за искључивање постојања прееклампсије могуће је урадити допунске тестове, и то *плацентарни фактор раста* (PLGF) или *солубилна ФМС-слична тирозин киназа-1/плацентарни фактор раста* (sFlt-1/PLGF). (Вредност односа sFlt-1/PLGF  $\leq 38$  искључује настанак прееклампсије следеће четири недеље са високом негативном предиктивном вредношћу (НПВ) од 94,3%.) (Степен препоруке 1, ниво доказа А)
- 8.9. Правилно мерење крвног притиска захтева одређене кораке како би резултати били тачни и поуздани. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 8.10. У случају дијагностиковања гестацијске хипертензије, може се иницијално укључити терапија леком Methyldopa, уз чешће контроле због могућности развоја прееклампсије. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 8.11. Ако није могуће спровести чешће контроле, трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. Код дијагностиковане прееклампсије, трудницу упути-

ти у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

- 8.12.** Труднице са хроничном хипертензијом би требало да прођу преконцепцијско саветовање када би било пожељно кориговати терапију с обзиром да су поједине групе антихипертензивних лекова (нпр. АЦЕ инхибитори) контраиндиковани у трудноћи. На почетку трудноће требало би направити процену терапије и кориговати је по потреби, уз консултацију интернисте, а затим обављати чешће контроле. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 8.13.** У случају да није могуће спровести чешће контроле или регулисати хипертензију, трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 8.14.** У другом триместру ултразвучно мерење индекса пулсатилности (PI) утерине артерије доплером служи за процену ризика за развој прееклампсије (сензитивност 93%). По правилу се мерење у другом триместру врши између 19. + 0 гн и 24. + 0 гн. Овде се као референтне вредности PI артерија утерина узимају подаци које су навели Гомез и сар. (2005) као перцентиле у зависности од гестациске старости (Табела 8.14.). Податак о инцизури (*notching*) материчних крвних судова је застарео и не треба га уводити у процену ризика за развој прееклампсије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

### Синдром HELLP

Труднице са сумњом на синдром HELLP и/или доказаним синдромом HELLP неопходно је одмах упутити у терцијарну здравствену установу. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

### RhD алоимунизација

- 8.15.** Приликом прве пренаталне контроле одредити крвну групу (статус АБО и статус RhD) труднице и скрининг антиеритроцитних антитела. Код RhD негативних трудница неопходно је одређивање крвне групе (статус АБО и статус RhD) партнера. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 8.16.** У превенцији RhD алоимунизације примењује се имунопрофилакса давањем RhD имуноглобулина. Свакој неимунизоване RhD негативне труднице између 28. и 30. недеља гестације дати имунопрофилаксу у дози од 300 микрограма (ако није примила имуноглобулин у току трудноће). **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 8.17.** Имунопрофилаксу је неопходно дати након порођаја у прва 72 сата ако постоји инкомпатибилност Rh фактора мајке и детета, као и у случају крварења у трудноћи, абдоминалне трауме у трудноћи и/или феталне смрти у другом или трећем триместру, након побачаја, инвазивних процедура (биопсија хорионских чупица, амниоцентеза, кордоцентеза или феталне хирургије) или након ектопичне трудноће у прва 72 сата. Трудницу треба информисати да се Rh-D антитела детектују 8-10 недеља након примењене имунопрофилаксе. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 8.18.** Скрининг на антиеритроцитна антитела урадити свим трудницама у првом триместру и у 28. нг, без обзира на RhD статус, да би се искључила појава антиеритроцитних антитела у периоду од иницијалног тестирања. У случају да је пропуштено давање имунопрофилаксе у периоду од 28. до 30. нг, скрининг на антиеритроцитна антитела поновити у 36. нг. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Спонтани и хабитуални побачаји**

- 8.19.** Код трудница са хабитуалним побачајима требало би пре трудноће спровести дијагностичке поступке. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 8.20.** Труднице које се јаве са анамнезом претходних хабитуалних побачаја или са једном претходном интраутерусном смрћу плода (ФМУ) неопходно је упутити у терцијарну здравствену установу. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**9. Савети за смањивање уобичајених тегоба за време трудноће****Мучнина и повраћање у раној трудноћи**

- 9.1.** Предлаже се прилагођавање начина исхране. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.2.** Трудницу треба информисати да ће мучнина и повраћање престати спонтано до 16. нг. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.3.** Предлаже се употреба антихистаминика + витамина Б комплекса код трудница код којих симптоми мучнине и повраћања прогредирају. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.4.** Специфичну терапију понудити трудницама код којих симптоми мучнине и повраћања не пролазе. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

**Горушица**

- 9.5.** Предлаже се промена намирница и начина исхране (мање количине, чешћи оброци...). **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.6.** Антациде понудити трудницама код којих симптоми не пролазе. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

**Опстипација**

- 9.7.** Упозорити трудницу да је затвор у току трудноће уобичајен. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.8.** Саветовати да се једу цереалије, топло и кашаста јела и да се уноси довољно воде. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.9.** Саветовати блага лаксативна средства која не изазивају контракције. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

**Хемороиди**

- 9.10.** Предложити промену начина исхране, редовне столице и мање седења. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.11.** Женама код којих се симптоми погоршавају препоручити стандардне креме за терапију хемороида. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

**Варикозне вене**

- 9.12.** Трудницу треба информисати да су проширене вене пропратна појава у току трудноће. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.13.** Предложити ношење чарапа за вене, иако то може смањити симптоме али неће спречити појаву нових варикса. Предложити коришћење чарапа за вене по договору са лекаром. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

- 9.14.** У случају клиничке сумње на постојање тромбозе, упутити трудницу на преглед код васкуларног хирурга. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

#### **Вагинални исцедак**

- 9.15.** Вагинални секрет се повећава у трудноћи и представља физиолошку појаву. Ако је повезан са пецкањем, сувоћом, непријатним мирисом или болом при мокрењу, треба предузети испитивање. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.16.** Не радити рутински анализу на бактеријску вагинозу, осим код трудница које имају клиничке манифестације или анамнестички податак о претходним превременим порођајима, те би лечење вагинозе пре 20. недеље гестације имало значаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.17.** Саветује се лечење вагиналне кандидијазе код трудница. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.18.** Орална прескрипција антимицотика не препоручује се у трудноћи. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

#### **Бол у крстима**

- 9.19.** Умерено кретање, пливање, вежбе и физикална терапија могу смањити бол у крстима, ако се не утврди да су тегобе узроковане превременим контракцијама. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

## ЦИЉЕВИ ВОДИЧА

1. Дефинисање процедура и стандарда здравствене заштите који се обезбеђују у току трудноће свим трудним женама на нивоу примарне здравствене заштите.
2. Примена уједначених садржаја и мера заштите на примарном нивоу и дефинисање стања и поступака за које је потребно упућивање на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите.
3. Откривање ризика по здравље мајке и плода, као и благовремено предузимање одговарајућих дијагностичких и терапијских процедура.

### 1. Опште препоруке и информације за све трудне жене

#### 1.1. Свакој трудној жени требало би пружити:

- одговарајуће информације о организацији здравствене заштите у току трудноће, односно где ће се обезбеђивати здравствена заштита, ко је од здравствених радника за то задужен и слично; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- при првој посети, информацију о правима везаним за антенаталну здравствену заштиту и о томе када, како и шта ће се спроводити у оквиру здравствене заштите током трудноће; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- информације о основним променама у току трудноће и препоруке за здраво понашање, укључујући и начин исхране и прилику да буде укључена у групни здравствено-едукативни рад; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- при свакој посети, потпуну и јасну информацију, објашњење прилагођено потребама и узрасним, социјалним, културолошким, језичким и другим специфичностима труднице, уз охрабрење труднице да поставља питања; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- пре извођења скрининг теста, потпуно и јасно објашњење зашто се тај тест изводи, уз нагласак да жена има право да прихвати тест или да га одбије; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за трудноћу. Увид да ли је трудноћа планирана или није значајно утиче на обим информација и подршке која ће трудници бити потребна током тока трудноће. Малолетним трудницама требало би обезбедити додатну подршку у складу са законом. Потребно је искључити сумњу на могућност злостављања, занемаривања или насиља, односно поступити у складу са релевантним протоколима за заштиту деце или жена од насиља; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- на почетку трудноће, разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за порођај. Информације о порођају (објављене у водичу „Твој водич за порођај – уз тебе до рођења бебе” доступном на адреси <https://www.unicef.org/serbia/tvoj-vodic-za-porodjaj-uz-tebe-do-rodjenja-bebe>) требало би пружити што раније, да трудница има довољно времена да размисли о свим аспектима порођаја. Одлуке које донесе може променити из личних разлога или зато што трудноћа то захтева услед новонасталих компликација у току саме трудноће и/или порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 1.2. Требало би обезбедити да све усмене информације буду праћене кратким писменим или дигиталним сажетком који трудница може понети кући, како би се осигурало боље разумевање, памћење и могућност каснијег постављања питања. Овај приступ доказано повећава ниво знања и задовољство трудница у пренаталној нези. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## 2. Опште карактеристике организације здравствене заштите са којима треба упознати сваку трудницу

### Ко пружа здравствену заштиту трудној жени

- 2.1. Здравствену заштиту трудној жени требало би да пружа одговарајући број компетентних, оспособљених, супервизираних и адекватно плаћених квалификованих здравствених радника с одговарајућом комбинацијом вештина који раде у тимовима: гинеколог-акушер и бабица на примарном нивоу чине основни тим здравствене заштите трудне жене са физиолошком трудноћом, а овом тиму се придружују поливалентна патронажна сестра и стоматолог. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.2. Медицински тим би требало да се редовно теоретски и практично усавршава за рад у подручју пружања услуга како би се омогућио стални напредак у квалитету и ефикасности пружања матерналне здравствене заштите уз поштовање достојанства жена у складу са законом (стална едукација). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.3. Тимови би требало да имају редовни супортивни надзор/супервизију од стране начелника/руководиоца службе. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.4. Тимови би требало да одржавају редовне састанке ради прегледа пракси матерналне здравствене заштите уз пуно поштовање достојанства трудних жена. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.5. Требало би у свакој здравственој установи планирати и водити евиденцију о спроведеним сталним едукацијама и супервизијама, са јасно дефинисаним показатељим квалитета (нпр. број обука годишње, проценат особља које је прошло обнову знања, број уочених и решених неправилности током надзора). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.6. Требало би увести периодичну процену компетенција здравствених радника (нпр. једном годишње) кроз симулације, тестове знања или ревизију праксе, како би се осигурало да тимови поседују ажурна знања и вештине у складу са савременим стандардима. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.7. Требало би да постоји лако доступан механизам за кориснике услуга и здравствене раднике који пружају услуге путем кога се могу пружити повратне информације, проценити задовољство и поднети притужбе управи (нпр. кутија за похвале/жалбе која мора бити постављена на видном месту у чекаоници). Требало би редовно анализирати добијене повратне информације и користити резултате за планирање побољшања услуга. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.8. Требало би успоставити механизам одговорности у случају лошег поступања или повреда права/прописа у вези са запосленима и/или са корисницима услуга/трудним женама **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.9. Требало би успоставити поступак информисаног пристанка трудне жене **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Континуитет здравствене заштите трудне жене

- 2.10. Антенаталну здравствену заштиту треба да пружају стручњаци поред којих се трудна жена осећа безбедно и удобно и који су способни да пруже непрекидну здравствену заштиту уз пуно поштовање њеног достојанства; изабрани тим и његов састав не треба мењати током трајања трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.11. Неопходно је обезбедити да трудна жена буде правовремено упућена одговарајућем специјалисти у случају када постоји потреба за допунским процедурама у дијагностици и

третману, и то на основу успостављеног система упућивања. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

- 2.12.** Препоручује се успостављање стандардизованог протокола обавештавања патронажне службе (нпр. електронски шаблон или аутоматизовани извештај) о трудноћи жене од стране гинеколога и тиме омогући комплетна превентивна здравствена заштита уз обављање планираних кућних посета патронажне сестре труднице. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 2.13.** Препоручује се да се посете патронажне сестре документују у електронском систему и повежу са подацима гинеколога. Тиме се осигурава да се информације о стању труднице, препорукама и потенцијалним ризицима деле у реалном времену. Поливалентна патронажна сестра (ППС) обавештава ординирајућег гинеколога преко обрасца ППС (сигнални налог) о битним елементима који су значајни за живот и здравље трудне жене. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 2.14.** Препоручује се да надлежни гинеколог, давањем упута за одређену здравствену установу која у свом саставу поседује породилиште, упути трудницу ради порођаја уз њену сагласност. Препоручује се да трудница након 37. недеље трудноће посети породилиште у коме је планирано да се породи, те да јој се та посета и упознавање са процедурама и особљем омогући. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

#### Где се пружа здравствена заштита трудној жени

- 2.15.** Требало би омогућити да се антенатална здравствена заштита на примарном нивоу здравствене заштите остварује у домовима здравља, здравственим установама у јавној својини чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина или јединица локалне самоуправе и у кући трудне жене, за специфичне услуге; ова заштита би требало да буде лако доступна и приступачна свим трудним женама. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.16.** Антенатална здравствена заштита треба да се остварује и у здравственим установама у приватној својини чији је оснивач правно или физичко лице, а под условима прописаним Законом о здравственој заштити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Медицинска документација

- 2.17.** Лист за контролу трудноће треба да се води електронски и садржи евиденцију о току трудноће и спроведеним процедурама, у складу са законом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.18.** Информације из документације са свих посета трудне жене здравственим установама, односно здравственим радницима треба да су доступне гинекологу-акушеру у породилишту у ком се трудница порађа као и одговарајућем специјалисти на вишем нивоу здравствене заштите ради додатне дијагностике и терапије, односно изабраном гинекологу на примарном нивоу здравствене заштите **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 2.19.** Информације из документације из свих посета трудне жене здравственим установама, односно здравственим радницима, о току трудноће и спроведеним процедурама треба да су доступне трудници у електронском и/или писаном облику. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Учесталост лекарских прегледа трудне жене

- 2.20.** За прворотку са некомплицованом трудноћом препоручује се 8 прегледа у служби за здравствену заштиту жена, од којих су 4 посете ради лекарског прегледа до 37. недеље гестације, а потом се обавља најмање један, а по потреби и већи број лекарских прегледа до порођаја. Предвиђена су 4 ултразвучна прегледа. За вишеротку са некомплицованом трудноћом

број прегледа служби може бити и мањи. Препоручује се, када је то могуће, обављање оба прегледа у једној посети, тј. повезивање лекарског и ултразвучног прегледа. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

- 2.21.** Предлаже се допунски број лекарских прегледа, прилагођено индивидуалним потребама трудне жене (у складу са препознатим ризицима али и узрастом, социјалним, културолопшким, језичким и другим специфичностима). Предлаже се увођење „динамичког плана посета”, односно документа који се ажурира на сваком прегледу у складу са променом ризика (нпр. развој анемије, хипертензије, стреса, итд.), што омогућава бољу персонализацију и усклађеност са савременим моделима индивидуализоване пренаталне неге. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**
- 2.22.** Свакој жени у раном стадијуму трудноће треба дати информацију о броју и времену планираних посета лекару, садржају ових посета, као и недељи гестације када се обављају прегледи. О приказаној динамици посета требало би разговарати са сваком трудницом, омогућити јој постављање питања и дати јој потпуне, разумљиве и јасне одговоре. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- 2.23.** Предлаже се да се у кући трудне жене обави једна, а у случају потребе и код трудница са високим ризиком, и више посета поливалентне патронажне сестре. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

### 3. Организован и систематски здравствено-едукативни рад са трудним женама, паровима и породицом

3.1. Здравствено-едукативне активности у трудноћи треба да се реализују кроз:

- саветовалишта за труднице;
- школе за родитељство;
- психофизичку припрему труднице за порођај; и
- патронажне (кућне) посете трудним женама.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Основни садржаји здравствено-едукативног рада

3.2. Требало би што раније започети контроле здравља и тока трудноће (најкасније до краја другог месеца трудноће) и информисати о значају правовремених и редовних долажења на контроле. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.3. Трудне жене и оне које планирају трудноћу неопходно је информисати о потреби узимања фолне киселине пре концепције и све до 12. недеље гестације (смањење ризика од појаве дефеката развоја неуралне цеви, односно аненцефалије и спине бифиде). **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

3.4. Препоручује се саветовање труднице о придржавању хигијенско-дијететског режима у трудноћи (лична хигијена, правилна исхрана, одговарајућа одећа, обућа и значај кретања). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

3.5. При првој антенаталној посети препоручује се саветовати труднице да обаве стоматолошки преглед и, ако је то потребно, лечити зубе, што се може безбедно спровести током трудноће у било ком триместру. Добро орално здравље и контрола оралних болести важни су за здравље труднице. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

3.6. Препоручује се упознавање трудница са значајем припреме дојки и брадавица за дојење. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

3.7. Трудница треба да буде упозната са значајем дојења за правилан раст и развој детета и здравље мајке:

- одојче: дојење побољшава оштрину вида, психомоторни и когнитивни развој; дојена одојчад имају смањени ризик од гастроентеритиса, респираторних болести, отитиса, алергија и изненадне неочекиване смрти и развоја неких од хроничних болести у каснијем животу;
- мајка: дојење побољшава бржи опоравак од порођаја и враћање на тежину пре трудноће, као и одлагање повратка менструације; код мајки дојиља смањен је ризик од рака дојки и јајника у каснијем животу;
- повезаност мајке и одојчета: дојење може помоћи повезивању и привржености између мајке и новорођенчета.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.8. Требало би упознати трудницу да треба да посети лекара кад год се јаве тегобе као што су појачан секрет, свраб, отицање, главобоља, сметње са видом, бол у епигастријуму и испод десног ребарног лука, мучнина, гађење, повраћање, несвестица, вртоглавица, отицање плодове воде, крварење, контракције, повишена телесна температура у трајању преко три дана, бол при мокрењу, као и ако дође до погоршања постојећих патолошких стања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.9. Препоручује се информисање труднице у вези са одржавањем свакодневне хигијене (купање, нега коже и др.) своје а касније и детета. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 3.10.** Требало би упознати трудницу са потребом посете гинекологу после порођаја једном току првих **шест** недеља, а затим још једном у току првих шест месеци код породиља које не доје, или по истеку шест месеци код оних које доје; **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.11.** Трудницу треба упознати са утицајем нездравих навика и ризичног понашања у трудноћи (пушење, пасивно пушење, алкохолизам, наркоманија, опасност од претераног физичког напрезања, утицај стреса на послу и животу уопште). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.12.** Трудницу треба упознати са значајем познавања статуса HIV у трудноћи, са могућношћу тестирања на HIV и поверљивости резултата и могућношћу спречавања преноса инфекције HIV са мајке на дете. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.13.** Трудницу треба упознати са општим начелима вакцинације у трудноћи:
- мртве или инактивисане вакцине, токсидне и полисахаридне вакцине могу се давати током трудноће уз претходну процену лекара;
  - давање живих вакцина углавном је контраиндиковано због претежно теоретских ризика по плод;
  - у трудноћи треба избегавати вакцине против морбила, заушки и рубеоле (MMR), варицеле, жуте грознице и вакцину BCG (против туберкулозе);
  - имунизација против инфлуенце се саветује свим трудницама у другом или трећем триместру у сезони грипа; труднице са коморбидитетим могу примити вакцину и у току првог триместра, ако се он поклопи са сезоном грипа;
  - вакцинацију против пертусиса (једна доза) саветовати свим трудницама у другом или трећем триместру без обзира на претходни вакцинални статус, пожељно између 28-36 недеље, а где постоји ризик од превременог порођаја током другог триместра.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.14.** Трудници треба пружати подршку у очувању менталног здравља и разумевања физиолошких и патолошких промена које су везане за трудноћу, а за труднице са постојећим проблемима менталног здравља или оне за које се процени да живе у неповољном окружењу без адекватне подршке, нарушених породичних односа или уз присуство насиља требало би организовати додатну и проширену подршку и упућивање на адекватне службе у заједници. Потребно је пружити и информације о могућности скрининга на перипарталну депресију који се може спровести пренатално и постнатално. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.15.** Препоручује се пружање подршке трудницама које показују жељу за наставком радних активности, али их упознати како са евентуалним ризицима која одређена радна места могу да представљају за ток трудноће, тако и са правима трудних жена из домена радних односа (нпр. забрана ноћног рада). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.16.** Препоручује се испитати радне услове **трудне** жене и предложити мере заштите у односу на, примера ради, опасност од пасивног пушења, капљичне инфекције, зрачења и слично. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.17.** Требало би упутити трудницу на психофизичку припрему за порођај, као и физичке вежбе за јачање карличних мишића после порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.18.** Препоручује се упознавање труднице са њеним правима и законским прописима у вези са трудноћом и материнством. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.19.** Препоручује се подржати трудницу у припреми најближих чланова породице за правилан став према породиљи и новорођенчету. У складу са жељом труднице, могуће је укључити партнера и друге чланове породице у саветовалишни рад. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 3.20.** Саветовање је препоручено прилагодити и употпунити садржајима релевантним за поједине специфичне групе трудница – културолошки, у односу на узраст, језичке баријере, социјални статус, инвалидитет итд. Препоручено је укључивање и повезивање других институција и организација у заједници (дефинисано процедурама и протоколима о сарадњи) ради обезбеђивања свеобухватне подршке и умањивања негативних последица ризика којима су ове труднице изложене. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 3.21.** Препоручује се укључивање центра за социјални рад ради добијања додатне подршке и саветовања, а уз поштовање законске регулативе, у случајевима адолесцентних трудноћа, процене неповољних партнерских односа и ситуација насиља над трудном женом. Водити се чињеницом да је у регулативи, дечји брак препознат као облик насиља над децом, без обзира на расну, верску и етничку припадност. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

### Значајни ставови

- 3.22.** Трудницу треба упознати да су у трудноћи повећане потребе за одређеним хранљивим материјама, као и да су основна начела здраве исхране у трудноћи употреба:
- поврћа, махунарки и воћа;
  - житарица од целог зрна;
  - немасног меса, перади, риба, јаја, орашастих плодова, семенки;
  - млека, млечних производа и сира.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.23.** Препарате гвожђа не би требало давати свим трудним женама, јер нема доказа о њиховом корисном дејству на здравље мајке и плода. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.24.** Трудну жену треба информисати да витамин А узет у количинама преко 700 mg може бити тератоген (ефекат је најизраженији у првом триместру), те га треба избегавати, као и прекомерно конзумирање цигерице или производа од цигерице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.25.** Витамин Д и витамин Е у трудноћи не треба давати рутински као самосталну суплементацију већ у облику поливитаминских препарата који поседују минималне дозе ових витамина. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.26.** Самосталну суплементацију витамином Д треба саветовати код ризичних група (**трудне** жене које се покривају при изласку на сунце, **трудне** жене које не једу храну богату витамином Д као што су масна риба, јаја, месо, житарице и жене са индексом телесне масе (*Body Mass Index*, BMI) већим од 30 пре затрудњавања); **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.27.** Требало би саветовати трудницама додатак јода од 150 микрограма свакодневно кроз примену јодиране (кухињске) соли, осим ако њихова трудноћа није високоризична, односно ако имају хипертензију и хипотиреозу; повећана активност штитне жлезде током трудноће повећава потребу за јодом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.28.** Требало би информисати трудну жену о томе како да смањи ризик од листериозе, салмонелозе и трихинелозе избегавањем непастеризованих сирева и сировог/полусировог меса/рибе, адекватном термичком обрадом меса и прањем поврћа. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.29.** Требало би прописивати трудници само познате и тестиране лекове у најмањим могућим дозама и то само када корист за трудницу превазилази ризике по плод. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.30.** Трудницу треба саветовати да започне или настави телесне вежбе у умереном степену јер то није повезано са неповољним исходом трудноће. Редовна физичка активност током трудноће побољшава или одржава кондицију, побољшава квалитет живота, може смањити

симптоме депресије и може спречити уринарну инконтиненцију (**вежбе** мишића карличног дна); **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 3.31.** Трудницу треба информисати о постојању потенцијалне опасности од претераног бављења спортом у току трудноће (те забранити бављење екстремним спортовима), а посебно спортом који може довести до повреда стомака, повећања интраабдоминалног притиска при понављању вежби, падова и компромитовања дисања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.32.** Сексуалне активности током трудноће не треба ограничавати јер не угрожавају трудноћу. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.33.** Требало би користити презерватив током сексуалних односа ради спречавања преношења инфекција. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.34.** Најбезбедније је потпуно избегавање алкохола у трудноћи. Требало би избацити или максимално умањити конзумирање алкохола током трудноће. Опијање током трудноће, односно конзумација више од шест јединица алкохола одједном, може узроковати лош неуролошки развој детета у каснијем животу; учестало и обилно конзумирање алкохола развија фетални алкохолни синдром, конгениталне абнормалности, одређене специфичне карактеристике лица, лоше понашање и лоше интелектуалне резултате након рођења. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.35.** Трудницу треба информисати о специфичним ризицима везаним за пушење у току трудноће (мала телесна маса **новорођенчета на** рођењу, превремено рођење) и упутити на програме одвикавања од пушења; као крајњу меру, женама које не могу да престану да пуше дати подршку да смање број попушених цигарета или конзумирају мање штетне облике дувана. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.36.** Дуготрајно путовање авионом је повезано са повећаним ризиком од венске тромбозе у ризичној групи жена, те треба саветовати ношење компресивних чарапа током дужег лета и тиме смањити тај ризик. Друге превентивне мере које треба саветовати су изометричке вежбе мишића ногу, шетња у авиону, рехидратација и смањење уноса диуретичких пића (кафа, чај, газирана пића). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.37.** Треба саветовати и едуковати трудницу о правилном постављању заштитног појаса у аутомобилу изнад и испод стомака, у три тачке: испод трбуха, што је могуће ниже, преко бедара, с дијагоналним појасом преко рамена који лежи између груди (никако преко стомака). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.38.** У случају путовања у иностранство, треба разговарати са трудном женом о путовању авионом, вакцинама и осигурању. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Школа за родитељство

- 3.39.** Групни здравствено-едукативни рад будућих родитеља сматра се најкориснијом методом савременог саветовалишног рада. Поред предавања и видео приказа, укључити интерактивне радионице, дискусије и демонстрације ради повећања практичног знања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 3.40. Састав тима Школе за родитељство:**
- специјалиста гинекологије и акушерства;
  - специјалиста педијатар;
  - поливалентна патронажна сестра;
  - педијатријска сестра;
  - акушерска сестра;
  - нутрициониста;

- доктор стоматологије, специјалиста дечје и превентивне стоматологије;
- доктор медицине, специјалиста социјалне медицине;
- психолог;
- социјални радник (по потреби).

У зависности од исказаних интересовања и дилема које имају будући родитељи, у састав тима могу се укључити и други профили здравствених радника и здравствених сарадника. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

#### 3.41. Теме Школе за родитељство:

- здравље жене у трудноћи и после порођаја;
- исхрана, орална и хигијена тела и окружења и физичка активност у трудноћи;
- знаци упозорења у трудноћи;
- вакцинација мајке и детета - значај за мајку, дете и породицу;
- значај мајчиног млека и дојења за дете и мајку;
- припрема дојки и брадавица за дојење и здравље мајке;
- започињање дојења и успостављање лактације;
- посета породилишту пре порођаја;
- порођај – очекивања и могућности;
- нега новорођенчета;
- помоћ мајци после отпуста из породилишта;
- права труднице, породиље и мајке дојиље;
- значај редовне контроле у саветовалишту за труднице;
- значај посете гинекологу после порођаја (6 недеља – 6 месеци) ;
- постпорођајни симптоми – знаци ризика;
- значај и методе контрацепције у постпорођајном добу;
- развој детета, стимулација и респонзивност родитеља на сигнале детета током трудноће и након рођења детета;
- партнерски односи у родитељству током и након трудноће;
- ментално здравље мајке и парова; перипартална депресија.

**(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

3.42. Организовани групни рад кроз Школе за родитељство требало би спроводити код свих трудница у последњем тромесечју, односно од VII до IX месеца трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.43. Препоручује се учешће партнера трудне жене у Школи за родитељство јер се тиме појачава разумевање и балансирана родитељска улога оба партнера за добробит детета и очувања квалитетних партнерских односа. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

#### Психофизичка припрема за порођај

3.44. Циљеви психофизичке припреме трудница су:

- *едукација* трудница о физиолошким збивањима током трудноће и порођаја; и
- физичко *вежбање* ради стицања вештина за олакшавање порођаја; физичка активност унапређује општу кондицију труднице, постиже се општа и локална релаксација, овладава се вештинама правилног дисања током порођаја и усваја се вештина напињања током порођаја.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.45. Препоруке за физичко вежбање:

- примењује се почевши од 26. недеље трудноће;
- не треба да траје дуже од 90 минута;
- примењује се једном недељно;

- завршава се најмање недељу дана пре термина порођаја.  
**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**3.46.** У психофизичку припрему се не укључују труднице са ризичним трудноћама, иако би и њима требало да буду представљени елементи психичке припреме и едукације.  
**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Патронажне посете трудним женама

**3.47.** Патронажну посету трудној жени и породици обавља поливалентна патронажна сестра на основу обавештења о трудноћи које доставља изабрани гинеколога, и то једном у току трудноће, а у случају потребе и чешће. Овом посетом треба обухватити све трудне жене најкасније до 20. гестацијске недеље.  
**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**3.48.** Приликом посете трудној жени, патронажна сестра треба да спроведе пренатални интервју, процени постојање биолошког или психосоцијалног ризика и у том смислу:

- подржи трудницу у сагледавању и прихватању сопствене родитељске улоге и родитељске улоге оца детета, изградњи и ширењу мреже подршке, процени свог расположења и планирању бриге о себи;
- процени услове у којима трудница живи и ради и, ако је то могуће, утиче на њихово побољшање;
- информише трудницу о законским правима везаним за трудноћу;
- информише запослене труднице о условима рада на радном месту и пружи им препоруке за заштиту здравља;
- упути трудницу у Саветовалиште за труднице и објасни јој значај редовне контроле трудноће, похађања Школе за родитељство и укључивања у психофизичку припрему за порођај;
- објасни трудници значај физиолошких промена у трудноћи и укаже јој на симптоме и знаке који захтевају неодложну посету лекару (главобоље, крвављење, болови, појачан секрет и друго);
- објасни трудници значај личне хигијене у трудноћи, правилне исхране, контроле зуба, хигијене дојки и брадавица и слично;
- укаже трудници на опасност од штетних навика у трудноћи (употреба дувана, наркотика и алкохола), као и од лекова узетих по свом нахођењу и инфекција; и
- извести ординирајућег лекара о битним елементима живота и здравља труднице било усмено било преко сигналног налога који остаје у картону труднице.

**(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**3.49.** После рада у породици, патронажна сестра обавештава ординирајућег лекара гинеколога-акушера усмено и преко обрасца ППС (сигнални налог) о битним елементима који су значајни за живот и здравље трудне жене и породице. Извештај патронажне сестре (сигнални налог) треба уложити у здравствени картон трудне жене и треба успоставити адекватну сарадњу са релевантним службама и организацијама у заједници које могу помоћи трудници у решавању уочених проблема (Центар за социјални рад, Национална служба за запошљавање, невладине организације и слично). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## Литература

(Поглавља 1, 2 и 3)

1. Радуновић Н, Сокал Јовановић Љ, Новаков А, Лозановић Д, Милојевић Б, Пузигаћа Ж, Ракић С. Здравствена заштита жена у току трудноће. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2005. ISBN 86-85313-40-6
2. Васојевић Ј, Вучковић А, Грујичић А, Котевић А, Матијевић Д, Мијаиловић И, Младеновић Јанковић С, Тамбурковски Г. Стручно методолошко упутство за спровођење кућних посета поливалентне патронажне службе породицама са трудницом и децом. Министарство здравља Републике Србије Градски завод за јавно здравље Београд. Београд, 2022. ISBN 978-86-83069-63-7
3. Клинички водич за антенаталну заштиту. Бањалука, 2021.
4. Богдановић Р, Јанковић Б, Килибарда Б, Кисин Ђ, Кубуровић Н, Ракић С, Сокал Јовановић Љ. Водич за бабице и лекаре. Општи принципи комуникације са трудницама, породиљама и њиховим породицама. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2009.
5. Australian Pregnancy Care Guidelines. Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAPP). Australian Living Evidence Collaboration. School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Level 4, 553 St Kilda Road, Melbourne, VIC 3004, Australia 2024
6. Highet, NJ and the Expert Working Group and Expert Subcommittees (2023) *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence (COPE). Australia 2023.
7. Лончаревић Г, Каназир М, Вељковић М. Стручно – методолошко упутство за спровођење обавезне и препоручене имунизације становништва за 2024. годину. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Београд, 2023.
8. Општи протокол за заштиту деце од насиља. Влада Републике Србије. Београд, 2024.
9. Antenatal care, NICE Guideline, 2021.
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.

## 4. Први лекарски преглед трудне жене – први триместар трудноће

### Прва антенатална контрола

- 4.1. Требало би свим трудним женама понудити прву антенаталну контролу у првом триместру, пожељно пре навршене 10. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.2. За прву антенаталну контролу треба планирати више времена од већине наредних контрола, имајући у виду садржај и обим прегледа, едукацију труднице и идентификовање фактора ризика, као и пружање потпуних информација о даљем плану антенаталне заштите. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.3. Препоручује се да трудница најмање једном током трудноће буде на контроли сама, пожељно током прве антенаталне посете, како би се обезбедила потпуна приватност и поверљивост. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

### Садржај прве антенаталне контроле

#### Анамнеза

- 4.4. При првом прегледу неопходно је узети детаљну анамнезу, која обухвата демографске податке, личну и породичну анамнезу, анамнезу менструација, анамнезу паритета, податке о актуелној трудноћи и психосоцијалним факторима који могу негативно утицати на ментално и емоционално здравље жене (детаљно представљено у Табели 1). **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 1.** Демографски подаци које треба евидентирати током прве антенаталне контроле

<b>Демографски подаци</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• старост труднице</li> <li>• образовање, занимање</li> <li>• брачни/партнерски статус</li> <li>• религиозна уверења која би имала импликације на стандардне процедуре и поступке (нпр. примена трансфузије крви)</li> </ul>
<b>Лична анамнеза</b>
Алергије
<b>Хронична обољења</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• кардиоваскуларне болести (хипертензија, реуматске болести срца, итд)</li> <li>• болести бубрега</li> <li>• дијабетес типа 1 и типа 2</li> <li>• поремећаји тиреоидне жлезде</li> <li>• хематолошки и имунолошки поремећаји (укључујући претходне тромбоемболијске догађаје)</li> <li>• епилепсија и други неуролошки поремећаји</li> <li>• малигнитети</li> <li>• астма, хронична опструктивна болест плућа (ХОБП)</li> <li>• гојазност или потхрањеност</li> <li>• ХИВ, инфекција вирусом хепатитиса Б или хепатитиса Ц</li> <li>• Инвалидитет</li> </ul>
Актуелни или претходни поремећаји менталног здравља – депресија, анксиозност, претходно <b>значајно</b> психијатријско обољење, психолошка траума или психијатријски третман
Претходне операције и повреде
Претходне имунизације и прележане дечије болести

Полно преносиве болести (хламидија, гонореја, генитални херпес, ХИВ, хепатитис Б и Ц, ХПВ инфекција) и ризична понашања везана за полно преносиве болести
Датум и резултати последњег скрининга на карцином грлића материце
Претходно лечење инфертилитета
Примена контрацептивних средстава
Примена лекова, укључујући и медикаменте који се издају без рецепта, суплементе и биљне препарате
Навике у исхрани и ниво уобичајене физичке активности
Пушење, конзумација алкохола и других психоактивних супстанци
<b>Породична анамнеза</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• хронична обољења и малигнитети</li> <li>• тромбоемболијске компликације и хеморагијска дијатеза</li> <li>• генетска обољења</li> <li>• хабитуални побачаји</li> <li>• прееклампсија код мајке или сестре</li> <li>• рођење деце са конгениталним малформацијама</li> <li>• рођење деце са развојним поремећајима</li> <li>• превремено рођена деца</li> </ul>
<b>Анамнеза менструација</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• менарха</li> <li>• дужина циклуса и трајање менструалног крварења</li> <li>• датум последње менструације</li> <li>• датум претпостављене концепције (ако је познат)</li> <li>• израчунавање очекиваног датума порођаја</li> </ul>
<b>Репродуктивна анамнеза/анамнеза паритета</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• подаци о свим претходним трудноћама и порођајима, укључујући и ектопични гравидитет</li> <li>• број порођаја, година порођаја, гестациона старост, начин порођаја, пол, телесна маса и Апгар оцена при рођењу детета, присуство евентуалних аномалија или болести детета</li> <li>• компликације у претходним трудноћама – хипертензивни поремећаји у трудноћи, гестацијски дијабетес, холестаза у трудноћи, крварење у трудноћи (абрупција постељице, предњачећа постељица), итд.</li> <li>• компликације на порођају – инструментални порођај, крварење после порођаја, итд.</li> <li>• број и врста побачаја, гестациона старост при побачају</li> </ul>
<b>Подаци о актуелној трудноћи</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• да ли је трудноћа <b>жељена и планирана</b></li> <li>• примена суплемената</li> <li>• присуство пратећих симптома (мучнина, повраћање, горушица, крварење, болови, повишена телесна температура, осипи итд.)</li> <li>• путовање у ендемско подручје за тропске инфективне болести</li> </ul>
<b>Психосоцијални фактори који могу утицати негативно на женино емоционално и ментално здравље</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• незапосленост</li> <li>• сиромаштво</li> <li>• неадекватни санитарни и други услови становања</li> <li>• поремећени породични односи, породично насиље итд.</li> <li>• припадност мањинској групи (ромска, мигрантска или избегличка итд.)</li> <li>• постојање језичке баријере</li> </ul>

(Степен препоруке 1, ниво доказа А)

**Физикални преглед**

- 4.5. При првом, као и сваком наредном прегледу у трудноћи, требало би измерити:
- артеријски крвни притисак (ТА); и
  - телесну висину (ТВ) (довољно при првом прегледу) и телесну масу (ТМ) труднице (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 4.6. Приликом првог антенаталног прегледа требало би израчунати ВМІ и на основу тога трудници пружити адекватну информацију о пожељном прираштају телесне масе у трудноћи. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 4.7. Требало би извршити инспекцију и/или палпацију дојки и брадавица, штитне жлезде и доњих екстремитета и утврдити постојање едема и варикозитета. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 4.8. У случају постојања преегзистирајућих хроничних обољења или стања, требало би размотрити потребу за консултативним прегледом одговарајућег специјалисте. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**Гинеколошки преглед**

- 4.9. Свакој трудници би у првом триместру требало урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 4.10. Препоручује се узимање вагиналног бактериолошког бриса са анализом директног препарата. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 4.11. Ако Пап тест за скрининг на карцином грлића материце није обављен у последњих 12 месеци, при гинеколошком прегледу требало би узети цитолошки Пап брис. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 4.12. Код трудница млађих од 25 година, као и код оних са постојањем симптома и знакова цервицитиса или ризиком за постојање полно преносивих болести, препоручује се узимање цервикалног бриса на организам *Chlamydia trachomatis*, а по потреби и на друге патогене доњег гениталног тракта (*Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*). (Степен препоруке 3, ниво доказа С)

**Ултразвучни преглед**

1. Ултразвучни преглед ради дијагностиковања трудноће
2. Ултразвучни преглед у оквиру комбинованог скрининга на анеуплоидије првог триместра  
Видети поглавље 6, „Ултразвучни прегледи у трудноћи”.

**Лабораторијске анализе**

- 4.13. При првом антенаталном прегледу требало би урадити следеће лабораторијске и бактериолошке анализе: крвну групу (статус АБО и статус RhD) и скрининг анти-еритроцитних антитела, крвну слику, гликкемију наше, урин и седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml), TSH и серолошка тестирања (свим трудницама на HIV, VDRL/TPHA, на HbsAg и Rubella антитела ако претходно нису вакцинисани или прележали болест, а на анти-HCV антитела, *Toxoplasma*, *Cytomegalovirus* према индикацијама) (детаљни преглед анализа приказан је у Табели 2). (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**Табела 2.** Лабораторијске анализе које треба извршити током прве антенаталне контроле

Крвна група (АБО статус и RhD статус) и скрининг анти-еритроцитних антитела
Крвна слика
Гликемија наше; код трудница са високим ризиком за дијабетес (види поглавље 8.) одређивање гликозилираног хемоглобина и/или тест оптерећења глукозом у првом триместру
Урин (физички преглед урина, са одређивањем протеина у урину)
Уринокултура – скрининг на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре, $\geq 10^5$ CFU/ml)
Серолошка тестирања <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HIV:</b> требало би тестирати све труднице на ХИВ инфекцију у првом триместру трудноће</li> <li>• <b>HbsAg:</b> требало би обавити тестирање на присуство HbsAg у првом триместру, изузев у случају да трудница поседује медицинску документацију о претходној вакцинацији</li> <li>• <b>HCV:</b> тестирање на присуство анти-HCV антитела у првом триместру саветује се у случају постојања фактора ризика за постојање инфекције хепатитис С вирусом</li> <li>• <b>VDRL, ТРНА:</b> серолошко тестирање на сифилис у првом триместру неопходно је урадити свим трудницама, користећи трепонемални или не-трепонемални тест, зависно од локалних могућности лабораторијске дијагностике (Степен препоруке <b>1, Ниво доказа А</b>).</li> <li>• <b>Toxoplasma:</b> не саветује се серолошко тестирање свих трудница на <i>органizam Toxoplasma gondii</i> у првом триместру трудноће; требало би упознати трудницу са превентивним мерама које смањују ризик од инфекције: прање руку пре свеке припреме и узимања хране, прање воћа и поврћа пре конзумације, адекватна термичка обрада меса и месних производа, употреба рукавица и прање руку после сваког контакта са земљом, избегавање рукавања мајским изметом; тестирање у току трудноће врши се према индикацијама.</li> <li>• <b>Cytomegalovirus:</b> требало би упознати труднице са хигијенским превентивним мерама које смањују ризик од инфекције, укључујући избегавање контакта са пљувачком и урином деце, као и потребом за прањем руку након таквих контаката; серолошко тестирање на <i>Cytomegalovirus</i> у првом триместру трудноће саветује се трудницама које долазе у контакт са великим бројем деце млађег узраста (нпр. васпитачице у вртићима); даље тестирања током трудноће према индикацијама</li> <li>• <b>Rubella:</b> у првом триместру треба урадити серолошко тестирање на присуство Rubella антитела код свих трудница које немају доказ о комплетираној имунизацији или прележаној болести</li> </ul>
<b>TSH:</b> у првом триместру се саветује одређивање нивоа TSH свим трудницама; приликом одређивања TSH користе се референтне вредности за одговарајући триместар. У случају одступања вредности TSH, саветује се одређивање нивоа T4 и даље поступање према налазу. (Степен препоруке <b>3, ниво доказа С</b> )

### Имунизација у првом триместру

- 4.14.** Вакцина против инфлуенце саветује се свим трудницама у другом или трећем триместру, у сезони грипа. Труднице са коморбидитетима који повећавају ризик од компликација грипа вакцину примају и током првог триместра, ако се он поклапа са сезоном грипа. (Степен препоруке **3, ниво доказа С**)

### Идентификовање ризика у трудноћи и високоризичних трудноћа

Видети поглавље 7, „Трудне жене које захтевају допунску/проширену здравствену заштиту” и поглавље 8, „Високоризичне трудноће”, као и Прилог 3.

## Генетски скрининг

- 4.15.** Свим трудницама требало би урадити комбиновани скрининг на тризомије у првом триместру трудноће, између 11+0 и 13+6 недеља гестације (одређивање дебљине нухалне транс-луценце (NT) и биохемијских параметара, односно PAPP-A и bHCG) (в. под „Ултразвук у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.16.** На првом пренаталном прегледу требало би трудници пружити информације и о другим доступним неинвазивним генетским методама скрининга анализом слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке (*Cell Free Fetal DNA*, односно скраћено **cff DNA**) и другим инвазивним генетским дијагностичким методама (биопсија хорионских чупица (CVS), амнио-центеза и кордоцентеза) за идентификовање генетских аномалија. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**.
- 4.17.** У случају да се трудница одлучи за примену cff DNA, ову анализу требало би урадити после ултразвучног прегледа у оквиру комбинованог скрининга на тризомије првог триместра. Ако се анализом фрагмената слободне ћелијске ДНК нађе повећан ризик од генетских обољења, потребно их је доказати инвазивним тестом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.18.** Трудници би требало предочити да ниједна метода генетског скрининга не може да открије све поремећаје наследне основе и да свака има одређену стопу детекције и лажно позитивних и лажно негативних вредности. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## Скрининг на прееклампсију

- 4.19.** Ако постоје техничке могућности за извођење, у оквиру комбинованог скрининга првог триместра трудници би требало урадити скрининг на прееклампсију. У случају позитивног налаза скрининга, требало би започети профилактичку терапију малим дозама аспирина. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 4.20.** Исту профилактичку терапију малим дозама аспирина у циљу превенције прееклампсије требало би понудити и трудницама које су под повишеним ризиком од развоја прееклампсије. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Под повишеним ризиком су труднице код којих постоји један од следећих фактора ризика:

- анамнестички податак о хипертензивном поремећају у претходној трудноћи;
- хронична хипертензија;
- прегестацијски дијабетес типа 1 или 2;
- хронично бубрежно обољење;
- аутоимуне болести (системски лупус еритематозус, антифосфолипидни синдром).

- 4.21.** Аспирин би требало профилактички применити и код трудница са два или више умерених фактора ризика. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Умерени фактори ризика код трудница су:

- прворотке;
- вишеплодна трудноћа;
- гојазност ( $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ );
- позитивна породична анамнеза за прееклампсију (код мајке или сестре);
- интервал између трудноћа дужи од 10 година;
- старост  $> 40$  година.

- 4.22.** Профилаксу прееклампсије аспирином у дози од 150 mg увече треба оптимално започети између 11. и 13. недеље, а најкасније до 16. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

## Литература

### Водичи

1. Antenatal care, NICE Guideline, 2021.
2. Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024.
3. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt – Mu-RL, 2023.
4. Management of Perinatal Infections, Australian Society for Infectious Diseases, 2023.
5. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, McAuliffe F, da Silva Costa F, von Dadelszen P, McIntyre HD, Kihara AB, Di Renzo GC, Romero R, D'Alton M, Berghella V, Nicolaides KH, Hod M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145 Suppl 1(Suppl 1):1
6. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.

### Чланци

1. Dyer J, Latendresse G, Cole E, Coleman J, Rothwell E. Content of First Prenatal Visits. *Matern Child Health J.* 2018;22(5):679.
2. Roberge S, Nicolaides KH, Demers S, Villa P, Bujold E. Prevention of perinatal death and adverse perinatal outcome using low-dose aspirin: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(5):491.
3. Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, Stewart LA, PARIS Collaborative Group. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet.* 2007;369(9575):1791.
4. Duley L, Meher S, Hunter KE, Seidler AL, Askie LM. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(10) Epub 2019 Oct 30.
5. O'Gorman N, Wright D, Poon LC, Rolnik DL, Syngelaki A, de Alvarado M, Carbone IF, Duteymer V, Fiolna M, Frick A, Karagiotis N, Mastrodimas S, de Paco Matallana C, Papaioannou G, Pazos A, Plasencia W, Nicolaides KH. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49(6):756.
6. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237
7. Louis JM, Parchem J, Vaught A, et al. Preeclampsia: a report and recommendations of the workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine and the Preeclampsia Foundation. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227:B2
8. Chaemsaihong P, Sahota DS, Poon LC. First trimester preeclampsia screening and prediction. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S1071
9. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(3):287.
10. US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Cabana MD, Chel-mow D, Coker TR, Davis EM, Donahue KE, Jaén CR, Li L, Ogedegbe G, Rao G, Ruiz JM, Stever-mer J, Tsevat J, Underwood SM, Wong JB. Screening for Hypertensive Disorders of Pregnancy: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA.* 2023;330(11):1074

11. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015
12. Kaelin Agten A, Xia J, Servante JA, Thornton JG, Jones NW. Routine ultrasound for fetal assessment before 24 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;8(8):CD014698.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Committee on Genetics, Society for Maternal-Fetal Medicine. Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities: ACOG Practice Bulletin, Number 226. *Obstet Gynecol.* 2020;136(4):e48.
14. Sperling JD, Dahlke JD, Sutton D, Gonzalez JM, Chauhan SP. Prevention of RhD Alloimmunization: A Comparison of Four National Guidelines. *Am J Perinatol.* 2018;35(2):110.
15. ACOG Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. *Obstet Gynecol.* 2017;130(2):e57.
16. Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):e55
17. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, Eckert LO, Geerlings SE, Köves B, Hooton TM, Juthani-Mehta M, Knight SL, Saint S, Schaeffer AJ, Trautner B, Wullt B, Siemieniuk R. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2019;68(10):e83
18. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Asymptomatic Bacteriuria in Pregnancy, 2018.
19. ACOG Committee Opinion No. 752: Prenatal and Perinatal Human Immunodeficiency Virus Testing. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e138
20. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Kubik M, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;320(9):911.
21. Conners EE, Panagiotakopoulos L, Hofmeister MG, Spradling PR, Hagan LM, Harris AM, Rogers-Brown JS, Wester C, Nelson NP, Contributors. Screening and Testing for Hepatitis B Virus Infection: CDC Recommendations - United States, 2023. *MMWR Recomm Rep.* 2023;72(1):1.
22. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid.* 2017 Mar;27(3):315-389.
23. Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. *Obstetrics & Gynecology* 135(6):p e261-e274, June 2020.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists: Routine Hepatitis C Virus Screening in Pregnant Individuals Practice Advisory. May 2021
25. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1.

## 5. Контролни лекарски прегледи трудне жене

Контроле у другом и трећем триместру представљају серију процена, дискусија и интервенција које спроводе специјалисти гинекологије и акушерства и други здравствени радници.

- 5.1. При свим контролним лекарским прегледима треба пружити прилику трудници да изнесе своја очекивања и искуства, као и да изложи сва питања, недоумице и проблеме који су се појавили од њеног последњег прегледа, укључујући и питања везана за психосоцијалну подршку и ментално здравље. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.2. Код физиолошке трудноће спроводе се најмање три лекарска прегледа (после првог прегледа и све до 37 нг). После 37. недеље гестације (нг) саветује се најмање један, а по потреби и више лекарских прегледа до порођаја:
- од 18. до 22. нг;
  - од 28. до 32. нг;
  - од 35. до 37. нг;
  - од 37+1 до термина порођаја најмање један, а по потреби и више прегледа.
- (Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.3. Кад год се посумња на могући ризик, било из анамнестичких података или из објективног прегледа, по правилу треба планирати већи број контролних прегледа или/и допунити садржај прегледа или упутити трудницу у секундарни или терцијарни ниво здравствене заштите трудних жена. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Контролни лекарски преглед трудне жене од 18. до 22. нг

#### Анамнеза од 18. до 22. нг

- 5.4. Требало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и евентуално их допунити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.5. Требало би проверити да ли је урађено све из препорука за преглед у првом триместру: прегледати, забележити и продискутовати са трудницом резултате свих урађених анализа, скрининга, утврђених фактора ризика и могућих интервенција. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.6. Требало би поново проценити ризик од прееклампсије и, ако је то потребно, започети профилаксу (в. поглавље 4, „Скрининг на прееклампсију” и поглавље 8, „Хипертензивни синдром у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.7. Трудницама које нису урадиле препоручени комбиновани скрининг на тризомије у првом триместру требало би пружити информације о другим доступним скрининг и дијагностичким методама за идентификацију генетских аномалија (в. поглавље 4, „Генетски скрининг”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Физикални преглед од 18. до 22. нг

- 5.8. Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.9. Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Гинеколошки преглед од 18. до 22. нг

- 5.10. Свакој трудници је требало би урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Урадити и следеће анализе, ако нису урађене током првог прегледа:

- 5.11. Саветује се узимање вагиналног бактериолошког бриса са анализом директног препарата. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.12. Ако Пап тест за скрининг на карцином грлића материце није обављен у последњих 12 месеци, при гинеколошком прегледу требало би узети цитолошки Пап брис. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.13. Код трудница млађих од 25 година, као и код оних са постојањем симптома и знакова цервицитиса или ризиком за постојање полно преносивих болести, препоручује се узимање цервикалног бриса на организам *Chlamydia trachomatis*, а по потреби и на друге патогене доњег гениталног тракта (*Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*). **(Степен препоруке 3, ниво доказа В)**

#### Лабораторијске анализе од 18. до 22. нг

- 5.14. Требало би урадити физички преглед урина и седимент ако није урађено током првог прегледа и скрининг на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.15. Требало би упутити трудницу на орални тест толеранције на глукозу (OGTT) од 24. до 28. нг (в. скрининг за дијабетес, поглавље 8, „Дијабетес у трудноћи”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.16. Требало би упутити трудницу на скрининг анемије одређивањем броја Ег и нивоа хемоглобина Hgb у 28. нг. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.17. Требало би упутити све труднице, без обзира на RhD статус, на скрининг антиеритроцитних антитела од 26. до 28. нг да би се искључила појава антиеритроцитних антитела у периоду од иницијалног тестирања, као и укључити анти-RhD профилаксу код RhD инкомпатибилности (в. поглавље 8, „Rh инкомпатибилност”). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Здравствено-едукативна активност од 18. до 22. нг

- 5.18. Препоручује се упућивање на морфолошки ултразвучни преглед у другом триместру (в. поглавље 6, „Ултразвучни преглед у другом триместру”). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.19. Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против грипа у сезони ове болести. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.20. Препоручити свим трудницама, без обзира на претходни вакцинални статус, вакцинацију против пертусиса (једна доза) у другом или трећем триместру, и то пожељно од 28. до 36. недеље, а у случајевима у којима постоји ризик од превременог порођаја препоручити вакцинацију током другог триместра. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.21. Препоручује се упућивање на превентивни стоматолошки преглед. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.22. Препоручује се упућивање у Школу за родитељство. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.23. Препоручује се упућивање на психофизичку припрему за порођај после 26. нг. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.24. Препоручује се давање савета трудницама о суплементацији, хигијенско-дијететском режиму, физичкој активности и сексуалним односима током трудноће. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

- 5.25.** Ако трудница пуши, саветовати јој да престане и понудити стручну помоћ и подршку, а ако конзумира алкохол, препоручити јој да престане. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.26.** Препоручује се процена радне способности. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.27.** Препоручује се давање информација о могућности скрининга на перипарталну депресију ако се из претходног разговора процени да постоји потреба. У том случају спровести скрининг употребом Единбуршке скале (упитник од 10 питања, видети Прилог 2). **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.28.** Препоручује се преиспитивање планираног рутинског распореда контроле трудноће и утврђивање потребе за његовом изменом, или упућивање труднице на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 5.29.** Не постоје докази да се чешћим одређивањем броја Ег и нивоа Нgb постиже бољи исход трудноће. Скрининг на анемију треба радити у првој посети и у 28. нг. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### **Контролни лекарски преглед трудне жене од 28. до 32. нг**

##### **Анамнеза од 28. до 32 нг**

- 5.30.** Требало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и евентуално их допунити. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.31.** Требало би узимати анамнестичке податке о општем стању здравља, току трудноће и појави нових симптома и знакова компликације трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.32.** Требало би проверити да ли је урађено све из препорука за преглед у другом триместру и прегледати, забележити и продискутовати са трудницом резултате свих урађених анализа, скрининга, проверити спровођење евентуално препоручених профилактичких поступака (пreekлампсија, анти RhD профилакса, анемије, вакцинације на сезонски грип и пертусис, скрининг на перипарталну депресију). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.33.** Требало би обавити разговор о покретима плода и потврдити виталност плода. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

##### **Физикални преглед од 28. до 32. нг**

- 5.34.** Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.35.** Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

##### **Гинеколошки преглед – 28-32. нг**

- 5.36.** Свакој трудници требало би урадити комплетан гинеколошки преглед (преглед спољашњих гениталија, преглед под спекулумом и бимануелни преглед). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

##### **Лабораторијске анализе од 28. до 32. нг**

- 5.37.** Требало би урадити физички преглед урина и седимент. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**Здравствено-едукативна активност од 28. до 32. нг**

- 5.38. Препоручује се информисати и упутити труднице на ултразвучни преглед у трећем триместру од 30. до 34. нг. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.39. Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против грипа у сезони ове болести. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.40. Препоручити свим трудницама у другом или трећем триместру вакцинацију против пертусиса. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.41. Ако је трудница од претходне контроле била хоспитализована или имала значајан здравствени проблем, препоручује се процена ризика од венског тромбоемболизма. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.42. Препоручити трудници да лежи на боку током дужих дневних одмора и ноћу. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.43. Препоручује се давање савета о хигијенско-дијететском режиму у току трудноће и потребама у трећем триместру. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.44. Препоручује се разговарати са трудницом и дати јој информације о припремама за порођај, препознавању активног порођаја, постнаталном периоду укључујући исхрану новорођенчета, профилакси витамином К и постнаталној нези, укључујући и могуће промене менталног стања (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.45. Препоручује се упознавање трудне жене са законским прописима из права везаних за материнство (трудничко боловање, социјална заштита незапослене труднице и социјална заштита после порођаја). (Степен препоруке 3, ниво доказа С)
- 5.46. Постоје јаки докази да би при свакој посети труднице требало контролисати ТА и у случају повишених вредности ТА урадити урин на протеинурију. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**Контролни лекарски преглед трудне жене 35-37. нг****Анамнеза од 35. до 37. нг**

- 5.47. Трeбало би извршити увид у претходно узете анамнестичке податке и допунити их. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 5.48. Трeбало би узети анамнестичке податке о општем стању здравља и о току трудноће, проверити постојање уобичајених проблема и компликација трудноће, појаснити претходне анализе и налазе и разговарати са трудницом о могућим питањима која је оптерећују. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**Физикални преглед од 35. до 37. нг**

- 5.49. Трeбало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 5.50. Трeбало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- 5.51. Трeбало би обавити преглед дојки и брадавица као припрему за дојење. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

**Акушерски преглед од 35. до 37. нг**

- 5.52.** Требало би обавити акушерски преглед, и то спољашњи и унутрашњи, као и идентификовати могућу карличну презентацију или абнормалан положај плода (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.53.** Требало би узети ректо-вагинални брис за скрининг на GBS (стрептокок групе Б). (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.54.** Код трудница са постојањем симптома и знакова вагиналне инфекције или ризиком од постојања полно преносивих болести препоручује се по потреби узимање брисева и на друге патогене доњег гениталног тракта. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.55.** Требало би послушати срчане тонове плода и/или СТГ (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

**Лабораторијске анализе од 35. до 37. нг**

- 5.56.** Не постоје докази да се одређивањем гликемије и еритроцита у 36. нг постиже бољи исход трудноће. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- 5.57.** Требало би урадити физички преглед урина и седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију (позитиван налаз уринокултуре,  $\geq 10^5$  CFU/ml). (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

**Здравствено-едукативна активност од 35. до 37. нг**

- 5.58.** Препоручује се наставити дискусију о хигијенско-дијететском режиму и начину понашања до порођаја и у току шест недеља после порођаја. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.59.** Препоручује се поновити трудници објашњење о знацима почетка порођаја и дати јој писмено обавештење о порођају. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.60.** Препоручује се припремити упут за породилиште и приложити:
- крвну групу и Rh фактор;
  - лабораторијске анализе (HIV, HbsAg, HCV, VDRL, ТРНА) (в. поглавље 4.5);
  - налаз скрининга анемије у 28 нг;
  - последњи налаз протеинурије;
  - налаз цервикалног бриса и ректовагиналног скрининга на GBS;
  - налазе свих извршених ултразвучних прегледа;
  - лист за контролу трудноће; као и
  - регулисати породилско одсуство и дати трудници савете у вези са њим.
- (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.61.** Препоручује се договорити оријентациони датум контролног прегледа шест недеља после порођаја (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)
- 5.62.** Препоручује се да се свака трудна жена на дан термина порођаја, а по потреби и раније, јави на преглед у здравствену установу у којој ће се породити. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

**Прегледи од 37+1 нг**

- 5.63.** Од 37 +1 нг до термина порођаја требало би обавити најмање један, а по потреби и више лекарских прегледа (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

### **Анамнеза од 37+1 нг**

- 5.64.** Требало би узети анамнестичке податаке о општем стању здравља и о току трудноће, са посебним освртом на крварење и симптоме хипертензивних поремаћаја у трудноћи (главобољу, сметње са видом, бол у епигастријуму, муку, гађење и повраћање). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.65.** Требало би извршити увид у претходне анамнестичке, физикалне и лабораторијске налазе. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### **Акушерски преглед од 37+1 нг**

- 5.66.** Требало би обавити спољашњи акушерски преглед. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.67.** Требало би обавити унутрашњи акушерски преглед у случају појаве контракција, отицања плодове воде или сумње на отицање плодове воде и крварења. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### **Скрининг на перипарталну депресију од 37+1 нг**

- 5.68.** Требало би дати трудници информације о могућности скрининга на перипарталну депресију који се може спроводити пренатално и постнатално. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.69.** Требало би по потреби спровести скрининг употребом Единбуршке скале (упитник од 10 питања, видети Прилог 2). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### **Физикални преглед од 37+1 нг**

- 5.70.** Требало би одредити артеријски крвни притисак (ТА) и телесну масу (ТМ) труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 5.71.** Требало би обавити инспекцију доњих екстремитета на едеме и проширене вене. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### **Контрола стања фетуса од 37+1 нг**

- 5.72.** Препоручује се слушање срчаних тонова плода и/или СТГ запис најмање једном до порођаја, а по потреби и чешће. На термин порођаја, а по потреби и пре, препоручује се да се трудница јави у здравствену установу у којој је се породити. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

## 6. Ултразвучни прегледи трудне жене

### Предлог броја и садржаја ултразвучних прегледа трудне жене

Следећи предлог скраћени је део Националног водича за примену ултразвука у трудноћи на примарном нивоу здравствене заштите у коме је наведена детаљна методологија прегледа и биометрије, као и листе провере морфологије.

- 6.1.** На примарном нивоу здравствене заштите ултразвучни преглед у некомпликованој трудноћи неопходно је обавити три пута у току трудноће, а, ако је то потребно, и четири пута:
- од 11. до 14. гестацијске недеље;
  - од 20. до 24. гестацијске недеље;
  - од 30. до 34. гестацијске недеље;
- Од 8-10. гестацијске недеље – утврђивање трудноће  
(**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- 6.2.** Ако је рутинским ултразвучним прегледом откривено одступање од физиолошког налаза а стање захтева даљу евалуацију, препоручује се упућивање труднице на консултативни ултразвучни (УЗ) преглед на виши ниво здравствене заштите. Број ултразвучних прегледа није ограничен и обавља се према медицинским индикацијама, у ситуацијама у којима то захтева повишени ризик по мајку или плод. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

### Ултразвучни преглед у првом триместру трудноће

- 6.3.** Први ултразвучни преглед требало би да се ради се у периоду након изостанка циклуса, до десете недеље гестације (идеално између 6. и 8. нг). Други ултразвучни преглед требало би обавити у периоду између 11. и 13+6 гестацијске недеље. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

Циљеви прегледа у раном првом триместру су:

- потврда интраутерине трудноће;
- утврђивање броја плодова;
- утврђивање виталности плода;
- преглед утеруса и предела аднекса.

- 6.4.** У раној трудноћи, пре него што се види плод, мери се средњи пречник гестацијске кесе, а након што се види плод мери се дужина теме-тртица (*crown-rump length, CRL*). (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

### Ултразвучни преглед између 11. и 13+6 недеље гестације

Циљеви прегледа између 11. и 13+6 нг су:

- утврђивање виталности трудноће;
- утврђивање броја плодова;
- утврђивање гестацијске старости и вероватног термина порођаја;
- у случају вишеплодне трудноће, одређивање хорионичитета и амнионичитета;
- преглед морфологије плода;
- скрининг хромозомопатија.

- 6.5.** У овом периоду мере се дужина теме-тртица (CRL), бипаријетални дијаметар главе (BPD) и обим главе (HC). За одређивање ултразвучне гестацијске старости користи се CRL. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

- 6.6.** Преглед морфологије на УЗ прегледу у првом триместру обухвата преглед главе, врата, абдомена, предњег трбушног зида и екстремитета. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

## Пренатални скрининг поремећаја наследне основе

Пренатални скрининг поремећаја наследне основе у најширем смислу подразумева:

- скрининг нумеричких хромозомских аберација;
- скрининг структуралних хромозомских аберација;
- скрининг генских обољења (аутозомно рецесивних, X-везаних рецесивних и доминантних и Y-везаних доминантних обољења, као и скрининг *de novo* мутација).

- 6.7.** Требало би урадити комбиновани скрининг првог триместра, који подразумева ултразвучну и биохемијску компоненту. Ултразвучни скрининг хромозомопатија се у овом периоду ради мерењем дебљине нухалне транслуценце (NT). Нухална транслуценца се мери у 11. и 13+6 недељи, када је CRL између 45 и 84 mm, јер је тада стопа детекције оптимална а омогућен је и преглед велике морфологије плода. NT се може мерити трансабдоминалним и трансвагиналним путем. Биохемијски маркери обухватају одређивање нивоа слободног бета хуманог хорионског гонадотропина (hCG) и са трудноћом повезаног плазма протеина А (PAPP-A), који се изражавају у умношцима медијане. У скрининг поремећаја наследне основе требало би уврстити и анализу слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке (cff DNA) почев од 10. недеље трудноће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.8.** Ако се анализом слободне ћелијске феталне ДНК нађе повећан ризик од поремећаја наследне основе, неопходно их је доказати инвазивним тестом. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.9.** Трудници би требало предочити да ниједна метода генетског скрининга не може да открије све поремећаје наследне основе и да свака има одређену стопу детекције и лажно позитивних и лажно негативних вредности. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Ултразвучни преглед вишеплодних трудноћа у првом триместру

- 6.10.** Гестацијска старост вишеплодних трудноћа одређује се мерењем дужине теме-тртица (CRL) оба плода. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.11.** Код трудноћа које су зачете спонтано, гестацијска старост се одређује према већој од две вредности CRL. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.12.** Хорионцитет се одређује између 11. и 13+6 гестацијске недеље анализом дебљине мембране на месту инсерције мембране у постељицу (тзв. Т-знак или ламбда знак). Ако није могуће одредити хорионцитет, требало би трудницу упутити на виши ниво здравствене заштите. Ако се ни тада не може утврдити врста хорионцитета, трудноћа се класификује као монохорионска. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.13.** У близаначкој трудноћи, скрининг најчешћих хромозомопатија обавља се комбинованим тестом (ултразвучним прегледом), и то одређивањем дебљине нухалне транслуценце (NT) и одређивањем нивоа слободног  $\beta$ -hCG и PAPP-A у крви мајке и њиховим изражавањем као умношка медијане. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.14.** У овом периоду могућ је скрининг хромозомопатија анализом слободне ћелијске феталне ДНК у крви мајке. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 6.15.** Преглед морфологије оба плода код вишеплодних трудноћа обавља се на исти начин као и код једноплодних трудноћа. Ризик од аномалија је већи код вишеплодних него код једноплодних трудноћа. На терцијарни ниво здравствене заштите упућују се трудноће код којих је разлика између два CRL већа од 10%, код којих је разлика између NT већа од 20%, као и монохорионске и моноамнионске трудноће. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Ултразвучни преглед у другом триместру трудноће**

- 6.16.** Ултразвук се у другом триместру обавља у периоду између 20. и 24. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.17.** Основни циљ прегледа у овом периоду је добијање одговарајућих информација које омогућавају планирање одговарајуће пренаталне заштите труднице. Циљеви обухватају:
- утврђивање виталности плода
  - утврђивање броја плодова
  - праћење раста плода
  - преглед морфологије плода; и
  - преглед постељице, грлића и плодове воде.
- (Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Мада се током овог ултразвучног прегледа добија увид у морфологију плода, треба имати на уму да је ултразвучни преглед ограничених могућности те да се не могу видети све аномалије, без обзира на ниво опреме, едукације или искуства лекара. Могућност детекције зависи од много фактора, укључујући и врсту аномалије, факторе од стране мајке и плода, те је општа стопа детекције за велике аномалије у овом периоду у општој популацији око 50%.

- 6.18.** Налазе ултразвучног прегледа неопходно је дати у виду електронског и/или папирног извештаја. Један се примерак даје трудници, а други се задржава у установи у којој је преглед извршен. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.19.** У овом периоду мере се:
- бипаријетални дијаметер (BPD);
  - обим главе (*head circumference*, HC);
  - задњи рог бочне моздане коморе (Vp) (опционо);
  - обим трбуха (*abdominal circumference*, AC);
  - дужина бутне кости (*femur length*, FL).
- (Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.20.** Гестацијска старост одређује се у првом триместру, и то на основу дужине теме-трлица (CRL), јер је ова мера најтачнија. Ако из неког разлога старост гестације и (на основу ње) вероватни термин порођаја нису одређени на основу CRL, они се могу одредити и у другом триместру, на основу BPD, HC и FL. Након овог периода не саветује се више мењање термина порођаја, а у извештају са прегледа требало би навести на основу чега одређена гестацијска старост. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.21.** За процену телесне масе плода могу се мерити бипаријетални дијаметар плода (BPD), обим главице (HC), обим трбуха (AC) и дужина фемура (FL). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.22.** У случају да постоји разлика између гестацијске старости у првом и другом триместру, требало би то напоменути у извештају. Ако се постави сумња да је плод мањи за гестацију (AC или процењена телесна маса испод 10. перцентиле), потребно га је пратити због ризика од застоја у расту, те по потреби упутити трудницу на виши ниво заштите. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.23.** Процена количине плодове воде може бити субјективна или се могу користити одређена мерења, односно најдубљи џеп или индекс амнионске течности (AFI). Ниједан од ова два метода није доказано бољи од другог. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.24.** Иако мерење грлића не спаде у рутинску контролу опште популације, могуће је мерење дужине грлића у гестационој старости од између 14. и 24. недеље. **Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

- 6.25.** У случају дужине испод 25 mm, упутити трудницу на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.26.** Код вишеплодне трудноће, ако хорионицитет није одређен у првом триместру, требало би проверити пол оба плода и инсерцију постељица. У случају да је пол исти а не може се потврдити да постоје одвојене постељице, трудноћу треба сматрати монохорионском. Требало би обележити плодове, наводећи што више параметара (пример: плод 1 ближи УМУ; лево, мушки пол, постељица натраг...). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.27.** Осим биометрије, током ултразвучног прегледа анализира се и морфологија:
- лобање – облик;
  - мозга – *Cavum septi pellucidi, Falx cerebri, Thalamus, Ventriculi laterales cerebri, Plexus choroideus, Cerebellum, Cisterna magna*;
  - лица – горња усна, профил, орбите и очна сочива;
  - врата;
  - грудног коша – изглед плућа, срце – четворошупљински пресек;
  - абдомена – инсерција пупчаника, континуитет предњег трбушног зида, постојање желуца, два бубрега и бешике;
  - кичме - континуитет на уздужном и попречном пресеку;
  - руку – две руке, надлактице и подлактице, шака, без бројања прстију;
  - ногу – две ноге, натколенице и надлактице, стопало, без бројања прстију.
- (Степен препоруке 3, ниво доказа С):**
- 6.28.** Ако преглед не може да се уради према прихваћеним препорукама, трудницу је неопходно прегледати у другом термину, а ако то ни тада није могуће, неопходно ју је упутити на консултативни преглед на виши ниво здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.29.** Током прегледа у овом периоду требало би прегледати постељицу и навести њену локализацију и удаљеност од унутрашњог материчног ушћа (УМУ). Ако је доњи пол постељице удаљен од УМУ  $\leq 20$  mm на трансвагиналном ултразвучном прегледу, потребан је поновни преглед у трећем триместру. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

#### Ултразвучни преглед у трећем триместру трудноће

- 6.30.** УЗ преглед у III триместру обавља се од 30. до 34. гестацијске недеље. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 6.31.** Стандардни ултразвучни преглед у трећем триместру обухвата:
- број плодова;
  - презентацију;
  - биометрију:
    - BPD;
    - HC;
    - AC;
    - FL;
    - процену телесне масе (EFW).
- Детаљан преглед феталне морфологије у овом периоду није увек могућ због величине и положаја плода, а могућност дијагностике аномалија је врло ограничена. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.32.** Ако је то технички могуће, требало би покушати преглед структура фетуса – мозга, срца, грудног коша, абдомена, плодове воде и постељице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**Табела 3.** Преглед структура фетуса

<b>Мозак</b>	<i>Cavum septi pellucidi</i> <i>Falx cerebri</i> <i>Ventriculi laterales cerebri</i>
<b>Срце</b>	фреквенција срчаног рада ритам величина срца оса срца четворошупљински пресек срца излази великих крвних судова срца (опционо)
<b>Грудни кош</b>	постојање тумора и излива
<b>Абдомен</b>	положај желуца изглед бубрега и бешике црева
<b>Плодова вода</b>	Провера количине плодове воде, сходно препорукама
<b>Постељица</b>	Удаљеност од унутрашњег материчног ушћа

- 6.33.** Ако је рутинским УЗ прегледом откривено одступање од физиолошког налаза, упутити трудницу на консултативни преглед на виши ниво заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 6.34.** Код жена код којих постоји претпоставка о ризику или је ризик већ откривен, број ултразвучних прегледа није ограничен и обавља се према медицинским индикацијама. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Литература

- Carvalho JS, Axt-Fliedner R, Chaoui R, Copel JA, Cuneo BF, Goff D, Gordin Kopylov L, Hecher K, Lee W, Moon-Grady AJ, Mousa HA, Munoz H, Paladini D, Prefumo F, Quarello E, Rychik J, Tutschek B, Wiechec M, Yagel S. ISUOG Practice Guidelines (updated): fetal cardiac screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023 Jun;61(6):788-803.
- Bilardo CM, Chaoui R, Hyett JA, Kagan KO, Karim JN, Papageorghiou AT, Poon LC, Salomon LJ, Syngelaki A, Nicolaidis KH. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of 11-14-week ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023 Jan;61(1):127-143.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo CM, Chalouhi GE, Da Silva Costa F, Hernandez-Andrade E, Malinger G, Munoz H, Paladini D, Prefumo F, Sotiriadis A, Toi A, Lee W. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022 Jun;59(6):840-856.
- Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, Khalil A, D'Antonio F, Feltovich H, Salomon LJ, Sheehan P, Napolitano R, Berghella V, da Silva Costa F. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022 Sep;60(3):435-456.
- Malinger G, Paladini D, Haratz KK, Monteagudo A, Pilu GL, Timor-Tritsch IE. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic examination of the fetal central nervous system. Part 1: performance of screening examination and indications for targeted neurosonography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Sep;56(3):476-484.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Da Silva Costa F, Deter RL, Figueras F, Ghi T, Glanc P, Khalil A, Lee W, Napolitano R, Papageorghiou A, Sotiriadis A, Stirnemann J, Toi A, Yeo G. ISUOG Practice

Guidelines: ultrasound assessment of fetal biometry and growth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Jun;53(6):715-723.

7. Nicolaides KH. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn* 2011; 31: 7–15.
8. Kagan KO, Wright D, Baker A, Sahota D, Nicolaides KH. Screening for trisomy 21 by maternal age, fetal nuchal translucency thickness, free beta-human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein-A. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 618–624.
9. Santorum M, Wright D, Syngelaki A, Karagiotti N, Nicolaides KH. Accuracy of first-trimester combined test in screening for trisomies 21, 18 and 13. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49: 714–720.
10. Liao Y, Wen H, Ouyang S, Yuan Y, Bi J, Guan Y, Fu Q, Yang X, GuoW, Huang Y. Routine first-trimester ultrasound screening using a standardized anatomical protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 224: 396.e1–5.

## 7. Трудне жене које захтевају допунску/ проширену здравствену заштиту

### Болести, стања, ризици у трудноћи који захтевају допунску/проширену здравствену заштиту

**7.1.** Труднице које захтевају посебно праћење трудноће и допунску здравствену заштиту издвајају се после узимања анамнезе или налаза добијених после лекарског прегледа. У сваком појединачном случају, од првог прегледа, требало би да се процени ризик по здравље мајке и/или плода, потреба за чешћим контролама, као и индикација за упућивање труднице у установу секундарног/терцијарног нивоа здравствене заштите. Овде се убрајају труднице са оптерећеном анамнезом, социоекономским ризицима, преегзистирајућим болестима или компликацијама трудноће. Детаљнији опис дат је у Табели 4. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**Табела 4.** Обољења, стања и ризици у трудноћи који захтевају допунску/проширену здравствену заштиту

I. Преегзистирајуће болести	
Група обољења	
Кардиоваскуларна	Потврђене кардиолошке болести Хипертензија
Респираторна	Астма која захтева терапију Хронична опструктивна болест плућа Цистична фиброза
Хематолошка	Анамнеза тромбоемболијских болести Хемоглобинопатије, мајор бета таласемија Тромбофилије (урођене или стечене) Тромбоцитопенијска пурпура, тромбоцитопенија са мање од 100000 тромбоцита Фон Вилебрандова болест Други поремећаји крви или крварења Атипична антитела и ризик од хемолитичке болести новорођенчета
Ендокрина	Дијабетес мелитус (тип 1 и тип 2) Обољења штитасте жлезде Друга обољења ендокриног система
Ренална	Хронична обољења бубрега Поремећаји функције бубрега
Имунолошка	Аутоимуне болести Системски лупус еритематозус
Инфективна	ХИВ инфекција Хепатитис Б и Ц са поремећајем јетриних функција Туберкулоза Генитални херпес <i>Toxoplasmosis</i> <i>Varicella</i> Друге полно преносиве болести Друге инфективне болести
Гастроинтестинална	Кронова болест Улцерозни колитис

	Болести јетре праћене поремећајем функције и порастом ензима јетре и других тестова који указују на проблем у функцији јетре
Неуролошка	Епилепсија са антиконвулзивном терапијом Анамнеза цереброваскуларног инсульта Миастениа гравис Мултипла склероза Друге неуролошке болести
Психијатријска	Психички поремећаји на сталној терапији Анамнеза психијатријског лечења или позитивна породична анамнеза (сродник првог степена)
Малигна	Малигна обољења
Гинеколошка	Стање након операције материце (царски рез 1/2, миомектомија, реконструктивне операције, хистеротомије, трахелектомија, итд) Аномалије материце
Друго	Сметње у развоју и нвалидитет (физички, когнитивни итд) Примена лекова Претходне операције и повреде
<b>II. Стања мајке</b>	
	Злоупотреба психоактивних супстанци (пушење, алкохол, дроге) Прекомерна гојазност (BMI > 35) или потхрањеност (BMI < 18) приликом прве посете Млађе од 18 и старије од 40 година Висок мултипаритет (више од 6 порођаја) Размак од претходне трудноће краћи од 1 године
<b>III. Социоекономски ризици</b>	
	Низак социо-економски статус Низак образовни ниво Незапосленост Лоши хигијенски услови становања Вулнерабилне групе (избеглице, Роми, итд) Насиље у породици Самохрано родитељство Религијска уверења која би имала импликације на стандардне процедуре и поступке (нпр. примена трансфузије крви)
<b>IV. Оптерећена анамнеза</b>	
	Стање након понављаних побачаја Стање након превремених порођаја Стање након лечења инфертилитета Стање након рађања детета са конгениталним аномалијама Стања након рађања детета са застојем у расту или макрозомијом Стање након мртворођености или неонаталне смрти
	Компликације претходних трудноћа и порођаја (нпр. прееклампсија / еклампсија, <i>Placenta previa</i> / <i>Placenta accreta spectrum (PAS)</i> , абрупција постељице, поремећаји коагулације, тромбоемболија, холестаза у трудноћи, перинеална лацерија трећег или четвртог степена итд.) Претходна дистоција рамена

Стање након претходне пуерпералне психозе Присуство антиеритроцитних антитела (RhD)
V. Компликације у актуелној трудноћи
Хипертензивна болест трудноће Патолошка плацентација Плацента превиа Гестацијски дијабетес меллитус Алоимунизација на еритроцитна антигене Анемија у трудноћи Крварење у трудноћи Поремећаји раста плода (застој у расти или макрозомија) Вишеплодне трудноће Смањена или повећана количина плодове воде Миоми Претећи побачај Претећи превремени порођај Пијелонефритис Карлична презентација плода Попречни положај плода Аномалије плода Остало

### Анемија у трудноћи

Анемија у трудноћи се дефинише као ниво хемоглобина испод 110 mg/dl у првом триместру или испод 105 mg/dl у другом и трећем триместру. Најчешћи узроци анемије су недостатак гвожђа, фолне киселине, витамина Б12 и хроничне болести.

### Скрининг на анемију

- 7.2.** Скрининг на анемију неопходно је радити свим трудницама одређивањем броја еритроцита (Er) и нивоа хемоглобина (Hb) у крви, најмање два пута, и то на почетку трудноће и у 28. недељи гестације. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 7.3.** Ако је ниво хемоглобина испод 110 mg/dl у првом триместру, испод 105 mg/dl у другом и трећем триместру или испод 100 mg/dl постпартално, индикована је/неопходна је надокнада препаратима гвожђа *per os*. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 6.** Процена анемије у трудноћи

Гестацијска доб	Минимум концентрације хемоглобина
I триместар	< 110 mg/dl
II и III триместар	< 105 mg/dl

### Додатни тестови

- 7.4.** Након дијагнозе анемије, и/или ако се ради о трудници са ризиком за анемију, у обзир долазе додатни тестови, као што су одређивање нивоа серумског гвожђа, феритин, сатурација трансферина, ниво фолата и витамин Б12. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

**Табела 7.** Додатни тестови за анемију у трудноћи

Ниво серумског гвожђа (Fe)
Серумски феритин
Сатурација трнсферина
Специфични тестови на фолат и витамин Б12

**Терапија анемије у трудноћи**

- 7.5. Рутинска суплементација препаратима гвожђа свим трудним женама се не препоручује, с обзиром да нема доказа о њиховом корисном ефекту на здравље мајке и плода. Свим трудницама на првој контроли треба дати савет о адекватној исхрани у циљу повећања уноса и апсорпције гвожђа. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 7.6. Након дијагнозе анемије, препоручена је примена 120 mg елементарног гвожђе дневно до нормализације вредности хемоглобина. Препоручује се контрола крвне слике две недеље након почетка терапије, а пораст вредности Hb потврђује одговор на терапију. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 7.7. Након постизања нормалних вредности Hb, саветује се наставак суплементације у дозама до 20 mg елементарног гвожђа током трудноће, као и најмање шест недеља након порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**
- 7.8. Женама које након порођаја имају Hb испод 100 mg/dl дати 120 mg гвожђа наредна три месеца. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 7.9. Трудницама које нису анемичне али код којих постоји дефицит гвожђа у лабораторијским анализама потребно је дати гвожђе у дози од 60 mg, уз понављање Hb, гвожђа и феритина након осам недеља. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- Изостанак одговора на дату терапију може да буде последица погрешне дијагнозе, присуства коегзистирајуће болести, малапсорпције (и код примене антацида), неадекватне комплијансе труднице или губитка крви.
- 7.10. Ако изостане одговор на терапију или је ниво хемоглобина испод 90 mg/dl, консултовати хематолога. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 8.** Терапија анемије у трудноћи

120 mg елементарног гвожђа дневно	Код анемије током трудноће до нормализације Hb, уз контролу крвне слике за 2 недеље. Код анемије након порођаја у наредна 3 месеца.
до 20 mg елементарног гвожђа	Суплементација након успостављања нормалних вредности Hb током трудноће и најмање 6 недеља након порођаја
60 mg елементарног гвожђа	Код дефицита гвожђа уз понављање Hb, Fe и феритина на 8 недеља
Консултација хематолога	Изостанак одговора на терапију или Hb < 90 mg/dl

## Литература

1. Australian Pregnancy Care Guidelines. Australian Living Evidence Collaboration, 2024:189-98.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care. Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. London: RCOG Press. 2008.
3. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Pre-pregnancy Counselling and Routine Antenatal Assessment in the Absence of Pregnancy Complications (C-Obs 3). Melbourne: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. 2009.
4. Anaemia in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 95. American College of Obstetrics and Gynecologist. *Obstet Gynecol.* 2008; 112:201-7.
5. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecologist. 7<sup>th</sup> Ed. 2012:223-5.
6. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. World Health Organization, 2018.
7. Antenatal care. NICE Guidelines [NG201], 2021.

## 8. Трудноће високог ризика

Код постојања трудноћа високог ризика, процена ризика се доноси за сваки појединачни случај уз разматрање ризика по мајку и по плод. У табели 9 су истакнуте могуће компликације у актуелној трудноћи.

**Табела 9.** Компликације у актуелној трудноћи

Хипертензивна болест трудноће
Патолошка плацентација
Плацента превиа
Гестацијски дијабетес меллитус
Алоимунизација на еритроцитне антигене
Анемија у трудноћи
Крварење у трудноћи
Поремећаји раста плода (застој у расти или макрозомија)
Вишесподне трудноће
Смањена или повећана количина плодове воде
Миоми
Претећи побачај
Претећи превремени порођај
Пијелонефритис
Карлична презентација плода
Попречни положај плода
Аномалије плода
Остало

У наставку су обрађене најчешће компликације у трудноћи.

### Гестацијски дијабетес мелитус

Савремена дефиниција гестацијског дијабетес мелитуса (ГДМ) подразумева дијабетес први пут дијагностикован у другом или у трећем триместру трудноће. Ова дефиниција искључује све труднице код којих је дијабетес дијагностикован у првом триместру трудноће, јер се код њих вероватно ради о претходно недијагностикованом, преегзистирајућем дијабетесу типа II. Међутим, дефинитивна дијагноза дијабетеса типа II може се потврдити само у негравидном стању, односно најмање шест недеља након порођаја.

У трудноћама са ГДМ повећан је ризик матерналног и перинаталног морбидитета због удружене хипертензије / прееклампсије, чешћег претерминског порођаја, поремећаја у расту плода, пре свега макрозомије, дистоције рамена, порођајне траума, веће учесталости царског реза, неонаталне хипогликемије и хипербилирубинемije. Жене које су у трудноћи имале ГДМ имају значајно већи ризик за развој дијабетес мелитуса и кардиоваскуларних обољења. Деца рођена у трудноћама компликованих ГДМ имају већи ризика за настанак гојазности, дијабетес мелитуса и кардиоваскуларних обољења током живота.

### Скрининг на гестацијски дијабетес мелитус

**8.1.** Ризик од гестацијског дијабетеса мелитуса (ГДМ) процењује се у првој пренаталној посети и након одређивања вредности гликемије наше. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Ако су вредности гликемије у границама нормале, утврђује се степен ризика од ГДМ на основу кога се све труднице могу поделити у три групе – ниски, умерени и високи ризик, приказано у Табели 10

Низак ризик од ГДМ имају труднице које су млађе од 25 година, нормално ухрањене, без претходних поремећаја у метаболизму глукозе, без дијабетес мелитуса у породици и без хабитуалних побачаја.

Висок ризик од ГДМ имају труднице које су гојазне, са присутном гликозуријом, обољењима штитасте жлезде, синдром полицистичних јајника (PCOS), са ГДМ у претходној трудноћи, претходним дететом рођеним са преко 4000 g, са хабитуалним побачајима или дијабетес мелитусом у породици. Све остале труднице спадају у групу умереног ризика.

**Табела 10.** Степен ризика од ГДМ

Низак ризик	Висок ризик
Млађе од 25 година	Старија животна доб
Нормална ТМ	Гојазност
Без дијабетеса у породици	Дијабетес у породици
Без хабитуалних побачаја	Хабитуални побачаји
Без претходних абнормалности метаболизма глукозе	Дијабетес у претходној трудноћи
	Претходно дете рођено са телесном масом од преко 4000 g или са аномалијама, претходни ФМУ, претходни полихидрамнион
	Гликозурија
	Обољења штитасте жлезде
	PCOS

- 8.2.** Трудницама у групи са ниским ризиком требало би поновити гликемију наште у периоду од 24. до 28. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 8.3.** Код трудница у групи са високим ризиком код којих су присутна два или више фактора ризика размотрити примену оралног теста оптерећења глукозом (OGTT) почетком другог триместра или HbA1C ( $\geq 5,9\%$ ), и обавезно у периоду од 24. до 28. недеље гестације. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 8.4.** Осталим трудницама високог ризика, као и свим трудницама умереног ризика, урадити OGTT у периоду од 24. до 28. недеље гестације. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- 8.5.** Препоручује се OGTT са 75 g глукозе који треба радити наште, након гладовања у трајању од 8 до 14 часова, након претходна три дана исхране угљеним хидратима, уз мерење гликемије наште, 60 минута и 120 минута након оптерећења. Тест се сматра позитивним ако је повишена једна вредност гликемије. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- 8.6.** HbA1C се не препоручује као тест за гестацијски дијабетес због недовољне сензитивности. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

**Табела 11.** Скрининг на ГДМ

Низак ризик од ГДМ	Одредити гликемију од 24. до 28. нг
Висок ризик од ГДМ: 1 фактор ризика	OGTT од 24. до 28. нг
Висок ризик од ГДМ: 2 фактора ризика	OGTT почетком II триместра, или HbA1C ( $\geq 5,9\%$ ); ако је налаз уредан, поновити од 24. до 28. нг
Средњи ризик од ГДМ	OGTT од 24. до 28. нг

**Табела 12.** Тумачење OGTT (75g) (IADPSG, критеријуми СЗО)

Наште	5.1 mmol/l
1h	10.0 mmol/l
2h	8.5 mmol/l

## Поремећене вредности гликемије наше у првом триместру

Ако се у првом триместру трудноће код труднице забележе вредности гликемије наше од преко 7 mmol/L или гликемије од преко 11,1 mmol/L без претходног гладовања, вероватно се ради о преегзистирајућем дијабетесу мелитусу типа II.

### Лечење гестацијског дијабетеса мелитуса

- 8.7.** Након постављања дијагнозе ГДМ, трудници саветовати умерену физичку активност, уз ограничен калоријски унос на 30 kcal/kg дневно и правилну расподелу основних намирница: 40% угљених хидрата, 25-30% масти и 30-35% протеина. Трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите ради даљег праћења. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

### Литература

1. Australian Pregnancy Care Guidelines. Australian Living Evidence Collaboration, 2024:198-205.
2. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecologist. 7<sup>th</sup> Ed. 2012:227-30.
3. Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 2015;131 Suppl 3:S173-211
4. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Gestational Diabetes Mellitus: Recommendation Statement. AHRQ Publication No. 13-05191-EF2. Rockville MD: US Preventive Services Task Force. 2014.
5. World Health Organization (WHO). Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. Geneva: World Health Organization. 2013.
6. McIntyre HD, Metzger BE, Coustan DR, Dyer AR, Hadden DR, Hod M, Lowe LP, Oats JJ, Persson B. Counterpoint: Establishing consensus in the diagnosis of GDM following the HAPO study. Curr Diab Rep. 2014;14(6):497.
7. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018;131(2):e49-e64.
8. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabet Care 2000;23(Suppl 1):S4-S19.
9. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE Guidelines (NG3), 2020.
10. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes care 2010;33(3):676-82.

## Хипертензивни синдром у трудноћи

### Увод

Током физиолошке трудноће долази до пада вредности крвног притиска, почев од првог триместра са достизањем најнижих вредности у другом триместру, уз постепен пораст до краја трећег триместра, када су вредности крвног притиска исте као и пре трудноће.

Преeklampсија се дефинише као гестацијска или хронична хипертензија уз присуство најмање једне новонастале органске манифестације. Појам „суперпонирана преeklampсија” застарео је према новој литератури.

У најчешће органске манифестације спадају стања бубрега (протеинурија), централног нервног система (главобоља или сметње са видом), јетре (бол у горњем трбуху и повишене вредности јетриних ензима), плућа (диспнеја), хематолошког система (хемолиза). Промена вредности ангиогених маркера, као што су повишена *солубилна ФМС-слична тирокин киназа-1 (sFlt-1)* или снижени плацентарни фактор раста (**PLGF**) или повишен однос **sFlt-1/PLGF**, може се према најновијој литератури вредновати као органска манифестација.

Екklampсија се често јавља заједно са преeklampсијом и испољава се појавом тоничко-клоничних грчева без постојања узрочне неуролошке болести. Екklampсија се јавља код 0,1% свих порођаја и може имати смртни исход (недостатак кисеоника, možдано крварење). У већини случајева (80%) продромални знакови указују на екklampсију (упорна главобоља, тикови, клонуси, сметње вида).

Мада је преeklampсија динамична и непредвидљива у свом току, поновљено повишене вредности крвног притиска, и то од  $\geq 160$  mmHg систолног односно  $\geq 110$  mmHg дијастолног притиска, удружене су се повишеним ризиком за тешке компликације и смрт због крварења у мозгу.

По тренутку настанка преeklampсија се дели на рану, ако се јави до 34. гестацијске недеље (ГН) и касну ( $\geq 34+0$  ГН). Мада, ове две групе показују разлике у факторима ризика и патофизиолошком механизму, рана преeklampсија додатно се доводи у везу са прогностички повишеним кардиоваскуларним ризиком у каснијем животу и повећаним ризиком од рекуренције у следећој трудноћи.

Разликовање благе и тешке преeklampсије напуштено је у тренутној верзији овог водича, јер се називом „благи ток” ова болест тривијализује те га стога више не треба користити.

### Дијагноза хипертензије у трудноћи

Хипертензивни поремећаји у трудноћи су:

- гестацијска хипертензија;
- преeklampсија; и
- хронична хипертензија.

Посебан вид хипертензије представља такозвана „хипертензија белог мантила”, када се повишен притисак региструје само приликом прегледа у здравственој установи. Труднице са овим обликом хипертензије имају повећан ризик од развоја преeklampсије (8-25%).

Дијагностички критеријуми хипертензивних стања у трудноћи приказани су у Табели 13.

**Табела 13.** Класификација хипертензије у трудноћи

<p><b>Гестацијска хипертензија</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повишен крвни притисак <math>\geq 140/90</math> mmHg измерен први пут у трудноћи након 20. нг у размаку од 4 сата</li> <li>• без протеинурије</li> </ul>
<p><b>Прееклампсија</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повишен крвни притисак <math>\geq 140/90</math> mmHg измерен први пут у трудноћи након 20. нг у размаку од 4 сата</li> <li>• ако је притисак <math>\geq 160/110</math> mmHg (поновити мерење за неколико минута ради увођења хитне антихипертензивне терапије)</li> <li>+</li> <li>• протеинурија</li> </ul> <p>Протеинурија се дефинише као:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Однос протеин/креатинин <math>\geq 0.3</math>,</li> <li>b) <math>\geq 300</math> mg/24h урин,</li> <li>c) Позитивна протеинурија 2+ у седименту урина (у недостатку претходне две кванитативне методе)</li> </ol> <p><b>У недостатку протеинурије, прееклампсија је:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• повишен крвни притисак <math>\geq 140/90</math> mmHg измерен први пут у трудноћи након 20. нг у размаку од 4 сата</li> <li>• ако је притисак <math>\geq 160/110</math> mmHg (поновити мерење за неколико минута ради увођења хитне антихипертензивне терапије)</li> <li>+</li> <li>• поремећај једног или више органских система тј. један или више од следећих критеријума:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тромбоцитопенија <math>&lt; 100.000/ml</math></li> <li>2. Креатинин <math>&gt; 98</math> mg/l</li> <li>3. Повишене АСТ, АЛТ најмање двострука вредност горње референтне границе</li> <li>4. Неуролошки симптоми (новонастала главобоља рефрактарна на терапију или која се не може објаснити алтернативним дијагнозама и/или постојање визуелних сметњи)</li> <li>5. Едем плућа</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Хронична хипертензија (било која етиологија)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повишен крвни притисак <math>\geq 140/90</math> mmHg пре трудноће или пре 20. нг</li> </ul>

**8.8.** Трудницама са суспектном прееклампсијом, од 20. до 36.6 недеља гестације у терцијарним установама уз стандардне дијагностичке процедуре, за искључивање постојања прееклампсије могуће је урадити допунске тестове, и то *плацентарни фактор раста* (PLGF) или *солубилна ФМС-слична тирокин киназа-1/плацентарни фактор раста* (sFlt-1/PLGF). (Вредност односа sFlt-1/PLGF  $\leq 38$  искључује настанак прееклампсије следеће четири недеље са високом негативном предиктивном вредношћу (НПВ) од 94,3%.) (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

## Мерење крвног притиска

**8.9.** Правилно мерење крвног притиска захтева одређене кораке како би резултати били тачни и поуздани. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

### Припрема пре мерења:

1. Задржати миран положај најмање 5 минута пре мерења.
2. Избежавати кофеин, цигарете и вежбање најмање 30 минута пре мерења.
3. Празна мокраћна бешика: притисак може бити виши ако је бешика пуна.
4. Правилно држање: усправно седење, леђа ослоњена на столицу, а стопала постављена равно на под.

### Исправно мерење крвног притиска:

1. Правилно постављена манжетна: омотана око надлактице у висини срца, око 2 цм изнад лакта.
2. Ослоњена рука: рука треба да буде опружена и положена на сто у висини срца.
3. Не причати и померати се током мерења.
4. Измерити најмање два пута: сачекати 1-2 минута између мерења и узети просек вредности.
5. Мерити притисак у исто време сваког дана: најбоље ујутро и увече, и то у приближно исто време.

## Поступак у трудноћи

**8.10.** У случају дијагностиковања гестаацијске хипертензије, може се иницијално укључити терапија леком Methyldora, уз чешће контроле због могућности развоја прееклампсије. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**8.11.** Ако није могуће спровести чешће контроле, трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. Код дијагностиковане прееклампсије, трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**8.12.** Труднице са хроничном хипертензијом би требало да прођу преко концепцијско саветовање када би било пожељно кориговати терапију с обзиром да су поједине групе антихипертензивних лекова (нпр. АЦЕ инхибитори) контраиндиковани у трудноћи. На почетку трудноће требало би направити процену терапије и кориговати је по потреби, уз консултацију интернисте, а затим обављати чешће контроле. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

**8.13.** У случају да није могуће спровести чешће контроле или регулисати хипертензију, трудницу упутити у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 14.** Поступак у случају хипертензије у трудноћи

Гестаацијска хипертензија	Укључити терапију леком Methyldora уз чешће контроле Ако није могуће контролисати или адекватно регулисати крвни притисак, упутити трудницу у установу секундарне/ терцијарне здравствене заштите
Прееклампсија	Упутити трудницу у установу секундарне/терцијарне здравствене заштите
Хронична хипертензија	Преко концепцијско саветовање/корекција терапије

## Скрининг на прееклампсију и превенција прееклампсије

Скрининг првог триместра на прееклампсију и превенција прееклампсије детаљно су описани у поглављу 4, део „Скрининг на прееклампсију”.

### Предикција и скрининг прееклампсије у другом триместру

**8.14.** У другом триместру ултразвучно мерење индекса пулсатилности (PI) утерине артерије доплером служи за процену ризика за развој прееклампсије (сензитивност 93%). По правилу се мерење у другом триместру врши између 19. + 0 гн и 24. + 0 гн. Овде се као референтне вредности PI артерија утерина узимају подаци које су навели Гомез и сар. (2005) као перцентиле у зависности од гестацијске старости (Табела 15.). Податак о инцизури (*notching*) материчних крвних судова је застарео и не треба га уводити у процену ризика за развој прееклампсије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 15.** Референтне вредности индекса пулсатилности материчне артерије

ГН	PI утерине артерије, 95. перцентил
18.	1,79
19.	1,70
20.	1,61
21.	1,54
22.	1,47
23.	1,41
24.	1,35
25.	1,30

### Синдром HELLP

Израз HELLP је акроним од енглеских речи *Hemolysis, Elevated liver enzymes* и *Low platelets*, односно хемолиза, пораст ензима јетре и тромбоцитопенија, што су основне карактеристике синдрома HELLP. Синдром HELLP је често удружен са тешким обликом прееклампсије или еклампсијом, али може бити дијагностикован и без ових поремећаја, у 5-15% случајева без протеинурије и **25% случајева без хипертензије**, а могу изостати истовремено и хипертензија и протеинурија. У 70% случајева синдром HELLP се испољава између 27. и 37. гн.

У клиничкој пракси се користе две класификације, односно „Тенеси” и „Мисисипи”. Према класификацији Тенеси, синдром HELLP се класификује као **комплетан и парцијалан**. Комплетан синдром HELLP карактеришу:

- **тромбоцити** < 100,000  $\mu$ L;
- **AST** > 70 IU/L; и
- **LDH** > 600 IU/L.

Парцијални синдром HELLP карактерише тешка прееклампсија, али у овом случају недостаје један од три класична критеријума за њено дијагностиковање. Труднице са комплетним синдромом HELLP имају већи ризик за појаву дисеминоване интраваскуларне коагулације (ДИК) него труднице са парцијалним синдромом HELLP.

Према Мисисипи класификацији, синдром HELLP се, зависно од броја тромбоцита, дели на три категорије, као што је приказано Табели 16.

**Табела 16.** Мисисипикласификација синдрома HELLP

Категорија синдрома HELLP	Број тромбоцита (μЛ)
I *	< 50,000
II *	50,000 до 100,000
III**	100,000 до 150 000

Напомене:

\* присутни AST или ALT > 70 IU/L и LDH > 600 IU/L

\*\* присутни AST или ALT >40 IU/L и LDH > 600 IU/L

Важно је истаћи да су, поред лабораторијских показатеља, при дијагностиковању синдрома HELLP од огромне важности и учестали клинички симптоми, који морају бити схваћени озбиљно и пробудити сумњу на постојање синдрома HELLP. То су, пре свега, **малаксалост, абдоминални бол, посебно у горњем десном квадранту или епигастријуму, мучнина и повраћање**. Корисно, мудро и препоручљиво је држати се златног правила, односно да код трудница у другој половини трудноће са епигастричним болом, удруженим са мучнином и/или повраћањем синдромом HELLP постоји све док се не докаже супротно (узимањем лабораторијских анализа тромбоцити, AST, ALT и LDH). Малаксалост и симптоми слични виремији такође могу проћи неопажено, а могу бити присутни код узнапредовалог синдрома HELLP.

**8.15.** Труднице са сумњом на синдром HELLP и/или доказаним синдромом HELLP неопходно је одмах упутити у терцијарну здравствену установу. (Степен препоруке 1, ниво доказа А).

## Литература

1. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE Guidelines (NG133), 2023.
2. Preeclampsia screening. Fetal Medicine Foundation.
3. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. The Cochrane database of systematic reviews 2007;(2):CD004659.
4. Leitlinienprogramm, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Poslednji put ažurirano jula 2024. Verzija 7.
5. Roberge S, Villa P, Nicolaides K, Giguère Y, Vainio M, Bakhti A, et al. Early administration of low-dose aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Fetal diagnosis and therapy 2012;31(3):141-6.
6. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(3):287-293.e1.
7. Cnossen JS et al. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis. CMAJ 2008; 178:701–11.
8. Groten T et al. Does Pentaerythrityltetranitrate reduce fetal growth restriction in pregnancies complicated by uterine mal-perfusion? Study protocol of the PETN-study: a randomized controlled multicenter-trial, BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19:336.
9. Gómez O et al. Reference ranges for uterine artery mean pulsatility index at 11–41 weeks of gestation, Ultrasound Obstet Gynecol 2008; 32:128–32.
10. Bello NA et al. Prevalence of Hypertension Among Pregnant Women When Using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guidelines and Association With Maternal and Fetal Outcomes, JAMA Netw Open 2021; 4:e213808

11. Magee LA et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary, *Pregnancy Hypertens* 2022; 27:148–69
12. Magee LA et al. Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management, *J Obstet Gynaecol Can* 2022; 44:547–571.e541
13. SoOMAAaNZ S. Hypertension in Pregnancy Guideline. Sydney 2023
14. Regid-Zagrosek V et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy, *Eur Heart J* 2018; 39:3165–241
15. ACOG. *Obstet Gynecol* 2020; 135:1492–95
16. NICE. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Management. NICE 2019
17. Fishel Bartal M et al. Eclampsia in the 21st century, *Am J Obstet Gynecol* 2022; 226:S1237–S1253
18. Berhan Y, Berhan A. Risk factors for eclampsia in pregnant women with preeclampsia and positive neurosensory signs, *J Obstet Gynaecol Res* 2015; 41:831–42
19. Robillard PY et al. Validation of the 34-week gestation as definition of late onset preeclampsia: Testing different cutoffs from 30 to 3, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; 99:1181–90
20. Masini G et al. Reply: Preeclampsia has 2 phenotypes that require different treatment strategies, *Am J Obstet Gynecol* 2022; 226:S1006–S1018
21. Mirković Lj. Preeklampsija. Zavod za udžbenike Beograd, Beograd, 2017. ISBN 978-86-17-19667-5.

## RhD алоимунизација

Алоимунизација мајке на антигене феталних еритроцита настаја након експозиције еритроцитним антигенима наслеђеним од оца који не постоје на матерналним еритроцитима. Алоимунизација може настати у случајевима фето-матерналне хеморагије у било ком тренутку трудноће/ порођаја или након трансфузије крви. Најчешћа алоимунизација је на RhD антиген.

### Скрининг на алоимунизацију

**8.16.** Приликом прве пренаталне контроле одредити крвну групу (статус АБО и статус RhD) труднице и скрининг антиеритроцитних антитела. Код RhD негативних трудница неопходно је одређивање крвне групе (статус АБО и статус RhD) партнера. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

### Превенција RhD алоимунизације

**8.17.** У превенцији RhD алоимунизације примењује се имунопрофилактика давањем RhD имуноглобулина. Свакој неимунизоване RhD негативне труднице између 28. и 30. недеља гестације дати имунопрофилактику у дози од 300 µg (ако није примила имуноглобулин у току трудноће). **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**8.18.** Имунопрофилактику је неопходно дати након порођаја у прва 72 сата ако постоји инкомпатибилност Rh фактора мајке и детета, као и у случају крварења у трудноћи, абдоминалне трауме у трудноћи и/или феталне смрти у другом или трећем триместру, након побачаја, инвазивних процедура (биопсија хорионских чупица, амниоцентеза, кордоцентеза или феталне хирургије) или након ектопичне трудноће у прва 72 сата. Трудницу треба информисати да се Rh-D антитела детектују 8-10 недеља након примењене имунопрофилактике. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 17. Имунопрофилактика Rh-D негативних трудница без присуства Rh-D антитела (300 µg имуноглобулина)**

28-30. нг
Након порођаја, ако је дете RhD позитивно, у року од 72 сата
Након побачаја у року од 72 сата
У случају крварења током трудноће У случају феталне смрти у другом и трећем триместру трудноће
У случају инвазивних процедура (биопсија хорионских чупица, амниоцентеза, кордоцентеза, фетална хирургија)
Након ектопичне трудноће

### Скрининг на антиеритроцитна антитела

**8.19.** Скрининг на антиеритроцитна антитела урадити свим трудницама у првом триместру и у 28. нг, без обзира на RhD статус, да би се искључила појава антиеритроцитних антитела у периоду од иницијалног тестирања. У случају да је пропуштено давање имунопрофилактике у периоду од 28. до 30. нг, скрининг на антиеритроцитна антитела поновити у 36. нг. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

**Табела 18.** Скрининг на антиеритроцитна антитела

Скрининг на антиеритроцитна антитела
Први триместар: свим трудницама урадити скрининг антиеритроцитних антитела
26-28. нг: свим трудницама урадити скрининг антиеритроцитних антитела
36. нг: урадити скрининг антиеритроцитних антитела RhD негативним трудницама ако није примењена имунопрофилактика у току 28. нг

**Литература**

1. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(3):e82-e90.
2. Australian Pregnancy Care Guidelines. Australian Living Evidence Collaboration, 2024:237-8.
3. High-throughput non-invasive prenatal testing for fetal RHD genotype. *NICE Guidelines (DG25)*, 2016.
4. Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. *Obstet Gynecol.* 2017;130(2):e57-e70.
5. Fung-Kee-Fung K, Wong K, Walsh J, Hamel C, Clarke G. Guideline No. 448: Prevention of Rh D Alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2024;46(4):102449.

## Спонтани и хабитуални побачаји

Спонтани побачај представља нежељену експулзију плода пре 22. недеље гестације, при чему је телесна маса плода мања од 500 грама. Хабитуални побачај подразумева више од 2 спонтана побачаја.

Узроци хабитуалних побачаја се за сада не могу диференцирати у потпуности јаким доказима, а као потенцијални узроци се помињу генетски, хематолошки (урођене или стечене тромбофилије), ендокринолошки (инсулинска резистенција, обољење штитасте жлезде), анатомски и имунолошки чиниоци, уз различите факторе ризика.

- 8.20.** Код трудница са хабитуалним побачајима требало би пре трудноће спровести дијагностичке поступке. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**
- 8.21.** Труднице које се јаве са анамнезом претходних хабитуалних побачаја или са једном претходном интраутерусном смрћу плода (ФМУ) неопходно је упутити у терцијарну здравствену установу. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

## Литература

1. Guideline on the management of recurrent pregnancy loss. ESHRE Guideline, 2023.
2. Recurrent Miscarriage (Green-top Guideline No. 17). RCOG, 2023.
3. Early pregnancy loss. Practice Bulletin 200. ACOG, 2018.

## 9. Савети за смањивање уобичајених тегоба за време трудноће

### Мучнина и повраћање у раној трудноћи

- 9.1. Предлаже се прилагођавање начина исхране. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.2. Трудницу треба информисати да ће мучнина и повраћање престати спонтано до 16. нг. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.3. Предлаже се употреба антихистаминика + витамина Б комплекса код трудница код којих симптоми мучнине и повраћања прогредирају. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.4. Специфичну терапију понудити трудницама код којих симптоми мучнине и повраћања не пролазе. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

### Горушица

- 9.5. Предлаже се промена намирница и начина исхране (мање количине, чешћи оброци...). (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.6. Антациде понудити трудницама код којих симптоми не пролазе. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

### Опстипација

- 9.7. Упозорити трудницу да је затвор у току трудноће уобичајен. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.8. Саветовати да се једу цереалије, топло и кашаста јела и да се уноси довољно воде. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.9. Саветовати блага лаксативна средства која не изазивају контракције. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

### Хемороиди

- 9.10. Предложити промену начина исхране, редовне столице и мање седења. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.11. Женама код којих се симптоми погоршавају препоручити стандардне креме за терапију хемороида. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

### Варикозне вене

- 9.12. Трудницу треба информисати да су проширене вене пропратна појава у току трудноће. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.13. Предложити ношење чарапа за вене, иако то може смањити симптоме али неће спречити појаву нових варикса. Предложити коришћење чарапа за вене по договору са лекаром. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)
- 9.14. У случају клиничке сумње на постојање тромбозе, упутити трудницу на преглед код васкуларног хирурга. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

### Вагинални исцедак

- 9.15. Вагинални секрет се повећава у трудноћи и представља физиолошку појаву. Ако је повезан са пецкањем, сувоћом, непријатним мирисом или болом при мокрењу, треба предузети испитивање. (Степен препоруке 4, ниво доказа С)

- 9.16.** Не радити рутински анализу на бактеријску вагинозу, осим код трудница које имају клиничке манифестације или анамнестички податак о претходним превременим порођајима, те би лечење вагинозе пре 20. недеље гестације имало значаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.17.** Саветује се лечење вагиналне кандидијазе код трудница. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**
- 9.18.** Орална прескрипција антимицотика не препоручује се у трудноћи. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

#### **Бол у крстима**

- 9.19.** Умерено кретање, пливање, вежбе и физикална терапија могу смањити бол у крстима, ако се не утврди да су тегобе узроковане превременим контракцијама. **(Степен препоруке 4, ниво доказа С)**

## Прилози

### Прилог 1. Прегледи трудница у трудноћи без компликација

Пре 10. нг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнеза (лична, породична анамнеза, акушерска – менструација, паритет, актуелна трудноћа, психосоцијални фактори који могу негативно утицати на ментално и емоционално здравље жене)</li> <li>- Одређивање старости трудноће и ТП</li> <li>- ТА, ТВ, ТМ (ВМІ), спекција дољих екстремитета на едеме, преглед дојки и брадавица, палпација штитне жлезде</li> <li>- Гинеколошки преглед (спољашње гениталије, спекулум, бимануелни); вагинални брис, Пап брис (ако није рађен последњих годину дана), цервикални брис (за млађе од 25 год, са цервицитисом)</li> <li>- Крвна група (АБО статус и RhD статус) и скрининг анти-еритроцитних антитела</li> <li>- Комплетна крвна слика</li> <li>- Гликемија наше, урадити гликолизирани хемоглобин и/или ОГТТ трудницама са високим ризиком за дијабетес</li> <li>- Целокупни урин (физички преглед, протеинурија, гликозурија, седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију, позитиван налаз уринокултуре, <math>\geq 10^5</math> CFU/ml)</li> <li>- Тест на HIV, VDRL/ TPHA, на HbsAg и <i>Rubella</i> антитела (осим вакцинисаних), и на анти-HCV антитела, <i>Cytomegalovirus</i> и <i>Toxoplasmosis</i> (само према индикацијама)</li> <li>- Ниво TSH</li> <li>- Имунизација против грипа (само са коморбидитетима у сезони грипа)</li> <li>- Идентификација ризика у трудноћи и потребе за допунском/проширеном ЗЗ (нпр. упућивања на виши ниво због коморбидитета итд.)</li> <li>- Препоручити скрининг за прееклампсију</li> <li>- УЗ преглед ради дијагностиковања трудноће (препоручено од 6-8. НГ)</li> </ul>
11-14. нг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Комбиновани скрининг на тризомије</li> <li>- УЗ преглед – NT</li> <li>- Биохемијски параметри PAPP-A и bHCG</li> <li>- Започети профилаксу аспирином код трудница са факторима ризика за прееклампсију</li> </ul>

18-22. нг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнеза – нови симптоми, стања</li> <li>- ТА, ТМ, инспекција доњих екстремитета на едеме</li> <li>- Гинеколошки преглед (спољашње гениталије, спекулум, бимануелни)</li> <li>- Урин (физички преглед и седимент, а уколико није урађено у првом триместру и скрининг на асимптоматску бактериурију, позитиван налаз уринокултуре, <math>\geq 10^5</math> CFU/ml)</li> <li>- Ако нису урађени на претходном прегледу под истим условима урадити – вагинални брис, ПА брис, цервикални брис односно препоручити друге доступне тестове за идентификовање генетских аномалија</li> <li>- Процена ризика за прееклапмсију и профилакса по потреби</li> <li>- Потврда и/или поновна процена ризика – допунска или проширена ЗЗ</li> <li>- Процена актуелних компликација у трудноћи</li> <li>- Здравствено-едукативне активности</li> <li>- Имунизација против грипа (у сезони грипа)</li> </ul> <p>Упућивање на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ОГТТ – од 24. до 28. нг</li> <li>- Скрининг за анемију – после 28. нг</li> <li>- Урин (физички преглед и седимент) – после 28. нг</li> <li>- Скрининг антиеритроцитних антитела (све труднице) – од 26. до 28. нг</li> <li>- Школу за родитељство</li> <li>- Психофизичку припрему – после 28. нг</li> </ul>
20-24. нг	УЗ преглед
28-32. нг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнеза – опште стање, нови симптоми, процена ризика</li> <li>- Провера лабораторијских и других анализа (урин, анемија, ОГТТ, антиеритроцитна антитела), увођење профилаксе по потреби</li> <li>- ТА, ТМ, инспекција доњих екстремитета</li> <li>- Гинеколошки преглед (спољашње гениталије, спекулум, бимануелни)</li> <li>- Здравствено-едукативне активности</li> <li>- Имунизација против грипа (у сезони грипа)</li> <li>- Имунизација против великог кашља (пертусис)</li> </ul>
30-34. нг	- УЗ преглед
35-37. нг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнеза – опште стање, нови симптоми, процена ризика</li> <li>- Објашњење налаза</li> <li>- ТА, ТМ, инспекција доњих екстремитета, преглед дојки и брадавица</li> <li>- Урин (физички преглед, седимент са скринингом на асимптоматску бактериурију, позитиван налаз уринокултуре, <math>\geq 10^5</math> CFU/ml)</li> <li>- Акушерски преглед – спољашњи и унутрашњи,</li> <li>- Вагинални брис</li> <li>- Ректовагинални брис на GBS</li> <li>- Брисеви и на друге патогене доњег гениталног тракта према индикацијама</li> <li>- Слушање срчаних тонова плода и/или СТГ</li> <li>- Здравствено-едукативне активности, упућивање на породилиште за упознавање са процесом порођаја</li> </ul>

<p>37+1 нг Најмање један а по потреби и више прегледа</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Анамнеза – опште стање, нови симптоми, процена ризика</li> <li>- Објашњење налаза</li> <li>- ТА, ТМ, инспекција доњих екстемитета</li> <li>- Акушерски преглед – спољашњи, а унутрашњи у случају контракција, сумње на отицање плодове воде, крварења</li> <li>- Скрининг на перипарталну депресију (Единбуршка скала)</li> <li>- Слушање срчаних тонова плода и/или СТГ</li> <li>- Упућивање да се јави породилишту на дан термина где наставља даље прегледе (односно обавља порођај)</li> </ul>
<p>40. нг</p>	<p>Преглед у болници у којој ће се трудница породити</p>

## Прилог 2. Единбуршка скала перипарталне депресије (EPDS)

Единбуршка скала перипарталне депресије (EPDS) је скала за самопроцену чији је основни циљ препознавање ризика од настанка перипарталне депресије.

Упитник се састоји се од 10 питања која описују стање током периода од недељу дана пре попуњавања упитника. Одговори се оцењују на скали од 0 до 3. Оцена 3 означава присуство веома изражених симптома, док оцена 0 означава да нема симптома. Укупан број бодова се одређује сабирањем бодова за свако од десет питања, тако да је распон резултата од 0 до 30. Упитник попуњава сама трудница, а тумачи га здравствени радник (лекар или медицинска сестра).

Израчунавање: Питања 1, 2, 4 оцењују се са 0, 1, 2 или 3, почевши од првог одговора у низу (број 0) до последњег (број 3). Питања 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 означавају се обрнуто у односу на претходне. Први одговор у низу (број 3), а последњи на дну (број 0). Скор већи од 12 указује на могуће присуство депресивних симптома и потребу за додатном клиничком проценом (може се применити и шири критеријум који подразумева скор од 10 поена). Код жена које имају скорове између 8 и 12 пожељно је да се тест понови за две до четири недеље. Посебну пажњу треба обратити на одговоре на последње питање, пошто оно говори о присуству мисли о самоубиству. Свим трудницама које на последње питање одговоре потврдно, независно од укупне оцене, препоручују се додатне консултације (односно препоручје се упутити их психологу или психијатру).

Единбуршка скала перипарталне депресије (EPDS)

Име и презиме: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_ Датум рођења: \_\_\_\_\_

Датум рођења детета: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Пример питања:

Пошто сте трудни или сте се недавно породили, желели бисмо да знамо како се осећате. Молимо Вас да обележите одговор који најприближније описује како сте се осећали током претходних 7 дана, не само како се осећате данас.

Ово је пример питања које је већ попуњено.

Осећала сам се срећно:

Да, углавном

Да, понекад

Не, не тако често

Не, уопште не

Овај одговор би значио „У току прошле недеље понекад сам се осећала срећно.“

Молимо вас да на исти начин одговорите и на остала питања.

У последњих 7 дана:

1. Могла сам да се смејем и да видим смешну страну свега:

- Исто као што сам и увек могла
- Не тако често сада
- Дефинитивно не тако често сада
- Уопште не

2. Све сам очекивала радосно и са уживањем:

- Исто као и пре
- Знатно ређе него пре
- Дефинитивно ређе него пре
- Скоро никад

3. Кривила сам себе када нешто није било у реду:

- Да, углавном
- Да, понекад
- Не тако често
- Не, никада

4. Била сам забринута или узрујана без икаквог разлога:

- Не, уопште не
- Скоро никад
- Да, понекад
- Да, врло често

5. Осећала сам се преплашено или успаничено без икаквог разлога:

- Да, врло често
- Да, понекад
- Не, не тако често
- Не, уопште не

6. Све ми је било тешко:

- Да, углавном нисам могла да изађем на крај с тим
- Да, понекад нисам могла да изађем на крај с тим као обично
- Не, углавном сам излазила на крај с тим прилично добро
- Не, излазила сам на крај с тим добро као и увек

7. Била сам толико несрећна да ми је било тешко да спавам:

- Да, углавном
- Да, врло често
- Не тако често
- Не, никада

8. Осећала сам се тужно или јадно:

- Да, углавном
- Да, врло често
- Не тако често
- Не, уопште не

9. Била сам толико несрећна да сам плакала:

- Да, углавном
- Да, врло често
- Само повремено
- Не, никада

10. Падале су ми на памет мисли о самоповређивању:

- Да, веома често
- Понекад
- Скоро никад
- Никад

### Прилог 3. Табела за процену ризика у трудноћи

(Допунска/проширена 33: попуњава се у на првом прегледу у првом триместру)

Група ризика		Оцена (Да/Не)
<b>I. Преегзистирајуће болести</b>		
Група обољења		
Кардиоваскуларна	Потврђене кардиолошке болести Хипертензија	
Респираторна	Астма која захтева терапију Хронична опструктивна болест плућа Цистична фиброза	
Хематолошка	Анамнеза тромбоемболијских болести Хемоглобинопатије, мајор бета таласемија Тромбофилије (урођене или стечене) Тромбоцитопенијска пурпура, тромбоцитопенија са мање од 100000 тромбоцита Фон Вилебрандова болест Други поремећаји крви или крварења Атипична антитела и ризик од хемолитичке болести новорођенчета	
Ендокрина	Дијабетес мелитус Обољења штитасте жлезде Друга обољења ендокриног система	
Ренална	Хронична обољења бубрега Поремећаји функције бубрега	
Имунолошка	Аутоимуне болести Системски лупус еритематозус	
Инфективна	ХИВ инфекција Хепатитис Б и Ц са поремећајем јетриних функција Туберкулоза Генитални херпес	
	<i>Toxoplasmosis</i> <i>Varicella</i> Друге инфективне болести	
Гастроинтестинална	Кронова болест Улцерозни колитис Болести јетре праћене поремећајем функције и порастом ензима јетре и других тестова који указују на проблем у функцији јетре	
Неуролошка	Епилепсија са антиконвулзивном терапијом Анамнеза цереброваскуларног инсулта <i>Myasthenia gravis</i> Мултипла склероза Друге неуролошке болести	
Психијатријска	Психички поремећаји на сталној терапији Анамнеза психијатријског лечења или позитивна породична анамнеза (сродник првог степена)	

Малигна	Малигна обољења	
Гинеколошка	Стање након операције материце (царски рез, миомектомија, реконструктивне операције, хистеротомије, трахелектомија, итд) Аномалије материце	
Друго	Сметње у развоју и инвалидитет (физички, когнитивни ...) Примена лекова Претходне операције и повреде	
<b>II. Стања мајке</b>		
Психоактивне супстанце	Злоупотреба психоактивних супстанци (пушење, конзумација алкохола, злоупотреба дрога – пре зачећа, у првом и/или другом триместру)	
Исхрана	Прекомерна гојазност (BMI >35) или потхрањеност (BMI <18) приликом прве посете	
	Начин исхране – вегетаријанска, веганска, макробиотичка, недовољан унос поврћа и воћа	
	Без употребе фолне киселине пре зачећа	
Године старости	Млађе од 18 и старије од 40 година	
Паритет	Висок мултипаритет (више од 6 порођаја)	
	Размак од претходне трудноће краћи од 1 године	
Лекови	Коришћење лекова (преписани или без рецепта)	
Ризик за заразне болести	Лечене полно преносиве болести у последњих 12 месеци	
	Ризик од полно преносивих болести	
	Ризик од токсоплазмозе	
	Нема имунитета за рубелу	
Брига о сопственом здрављу	Касни почетак пренаталне неге (после 14. или после 24. недеље)	
<b>III. Социоекономски ризици, и друге социјалне баријере</b>		
	Низак социоекономски статус (ниски приходи, неотплативи дугови, партнер незапослен) Низак образовни ниво Незапосленост (више од 3 месеца) Лоши односи на послу Стајање на послу Рад дуже од 40 сати Лоши хигијенски услови становања Вулнерабилне групе (избеглице, Роми, мигранти итд) Нема здравствено осигурање Језичка баријера (отежана или комуникација искључиво преко преводиоца) Недовољно ментално развијена особа	

Насиље у породици (над женом, децом)	
Проблеми у партнерским односима (дуже од 3 месеца)	
Самохрана мајка	
Без друштвене подршке (само 1-2 особе као подршка)	
Нежељена трудноћа	
Религијска уверења која би имала импликације на стандардне процедуре и поступке (нпр. примена трансфузије крви)	
<b>IV. Оптерећена анамнеза</b>	
Стање након понављаних побачаја	
Стање након превремених порођаја	
Стање након лечења инфертилитета	
Стање након рађања детета са конгениталним аномалијама	
Стања након рађања детета са застојем у расту или макрозомијом	
Стање након мртворођености или неонаталне смрти	
Компликације претходних трудноћа и порођаја (нпр. прееклампсија / еклампсија, <i>Placenta previa</i> / <i>Placenta accreta spectrum</i> (PAS), абрупција постељице, поремецћаји коагулације, тромбоемболија, холестаза у трудноћи, перинеална лацерија трећег или четвртог степена итд.)	
Постојање антеритроцитних антитела (RhD антитела)	
Претходна дистоција рамена	
Стање након претходне пуерпералне психозе	
Урођене аномалије код сродника првог или другог степена	
<b>ЗБИР ОДГОВОРА „ДА”</b>	