

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából

hatályos: 2014.09.05 -

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 001380

I. ADATLAP

1. A dokumentum jellemzői

Címe: Egészségügyi szakmai irányelv - A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából

Azonosító: 001380

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Ez a dokumentum az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó) helyesírási szabályait használja.

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság

A megjelenés helye:

Nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny

Elektronikus elérhetőség: <https://kollegium.gyemszi.hu>

3. Időbeli határok

Az irodalomkutatás lezárásának ideje: 2014. 03.

A megjelenés dátuma: 2014. 08.

A hatályba lépés dátuma: 2014. 09. 01.

Az érvényességének lejárat dátuma: 2017. 06. 30.

4. Hatókör

Egészségügyi kérdéskör: élő, méhen belüli várandósság rizikójának besorolása

Az ellátási folyamat szakasza(i): diagnosztika és gondozásba vétel

Az érintett ellátottak köre: várandósgondozásra jelentkezők

Az érintett ellátók köre:

Szakterület: 0400 szülészet-nőgyógyászat

Ellátási forma: J1 járóbeteg-szakellátás

J7 gondozás

Progresszivitási szint: általános és speciális járóbeteg-szakellátás

Egyéb specifikáció: nincs

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

Jelen egészségügyi szakmai irányelv az ellátók számára szükséges abból a célból, hogy a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított élő, méhen belüli várandósság egységes szakmai szempontok szerint kerüljön rizikóbesorolásra, és a várandóst eszerint vegyék gondozásba. Ennek alapján történjen meg a felelős személy kiválasztása és kezdődjön meg a gondozási folyamat.

Az egészségügyi kérdéskör az érintett ellátókon, azaz szülész-nőgyógyászokon túlmenően az alábbi célcsoportok számára is releváns: szülésznők, mint lehetséges felelős személyek; védőnők, mint gondozásban résztvevő szakemberek és házi orvosok, mint a várandós alapellátását végző szakorvosok. Nem utolsó sorban a várandósok, mint ellátottak számára is információval szolgál.

A vonatkozó jogszabálynak megfelelően, szakmai szempontok alapján a rizikóbesorolás felülvizsgálatra kerülhet és megváltozhat. Jelen irányelvnek nem tárgya a várandós rizikóbesorolásának későbbi, a várandósság alatti megváltoztatása.

Az irányelv a fentiekén túl általános tájékoztatásra is szolgál a hazai egészségügyi ellátás jelen irányelvben meghatározott folyamatairól.

6. A tartalomért felelősök köre

Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Szülészet Nőgyógyászat, asszisztált reprodukció Tagozat

Dr. Csákány György, szülész-nőgyógyász, Jahn Ferenc Kórház, társszerző, kapcsolattartó

Dr. Paulin Ferenc, szülész-nőgyógyász, professzor emeritus, társszerző

Csillik Gabriella, szociálpolitikus, egészségügyi szakoktató, társszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Házirovidtan Tagozat

Dr. Szabó János, házirovid, véleményező

2. Gyermek alapellátás (Házi gyermekrovidtan, ifjúági és iskolarovidtan, védőné) Tagozat

Dr. Kovács Julianna, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, tagozatvezető, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. Országos Bábászövetség

Vincze Felicia, szülésné, „A Te szülésed” bábapraxis, Országos Bábászövetség titkára, véleményező

7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Cím: CG62 Antenatal care: NICE guideline

Megjelenés adatai: 2012. 10. 04.

Elérhetőség: <http://guidance.nice.org.uk/CG62>

Cím: Guidelines of Perinatal Care. 7th edition. American Academy of Pediatrics and American College of Obstet Gynecol.

Megjelenés adatai: 2012. 10.

Elérhetőség:

http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Guidelines_for_Perinatal_Care

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában megjelenés alatt álló hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Cím: Egészségügyi szakmai irányelv a várandósok gondozásáról

Azonosító: 000778

Megjelenés adatai: Előkészületben

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet.

Cím: Koragyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt

Projekt adatai: TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001

Elérhetőség: https://www.antsz.hu/projektek/tamop_614_koragyermek

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi program megvalósításában

Jelen egészségügyi szakmai irányelv ajánlásai biztosítják, hogy a Rendelet szellemével és a Koragyermekkori (0–7 év) kiemelt projekt céljaival megegyezően egységes szakmai és módszertani alapon történjen az élő, méhen belüli várandósságok rizikóbesorolása, ami egyben megteremti az alapját annak, hogy az alacsony kockázatú várandósságok gondozását a várandós döntése alapján a szülésznők is végezhessek.

8. Kulcsszavak

várandós, gravida, élő, méhen belüli várandósság, ultrahang-diagnosztika, várandósgondozás, kockázat, rizikóbesorolás, háziiorvosi ellátás, szülésznői gondozás (felelős személy), szakorvosi gondozás (felelős személy)

II. CÍM

Egészségügyi szakmai irányelv – A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és a várandósság rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából

Az érvényesség időtartama: 2014. 09. 01.–2017. 06. 30.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek tudományos vizsgálatok által igazoltan javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak

Élő várandósság: ultrahang-diagnosztikai fogalom. A vizsgálat során látható a magzat és kimutatható a magzati szív működés. Ikervárandósság esetén előfordulhat, hogy csak az egyik magzat szív működése (élő volta) mutatható ki. [5]

Méhen belüli várandósság: ultrahang-diagnosztikai fogalom. A magzat biztosan a méhben, a petezsákon belül helyezkedik el. Lehetséges, hogy a magzati szív működés még nem látható (korai várandósság), vagy korábbi már igazolt élő várandósság után nem látható magzati szív működés (missed abortion, spontán abortusz, komplett abortusz). [5]

Élő, méhen belüli várandósság: a két előbbi feltétel egy időben teljesül.

A várandóssági rizikóbesorolás: az a kockázatelemzési folyamat, amelynek során a szülész-nőgyógyász szakorvos besorolja a várandósságot a magas vagy alacsony rizikó csoportok valamelyikébe.

A fejlesztőcsoport megjegyzi, hogy bár bizonyos irodalmi források használják a közepes rizikójú csoport fogalmát is, jelen irányelv csak két rizikó csoportot különböztet meg; a közepes rizikót is az alacsony rizikójú csoportba sorolja.

Alacsony rizikójú várandósság: a várandós családi, környezeti, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja.

Ezen várandósságok esetén a várandósság kimenetelét jelző legfontosabb szülészeti mutatók (pl. perinatális halálozás, koraszülés, fejlődési

rendellenességek előfordulása) várhatóan az átlagpopuláció azonos mérőszámainál (szakmai indikátorok) alacsonyabb.

Ide sorolható minden olyan először szülő, akinél nincs kimutatható várandóssági rizikó, mivel ez a csoport szülészeti szempontból nem besorolható.

Magas rizikójú várandósság: esetén a várandósság kimenetelét jelző legfontosabb szülészeti indikátorok értékei (perinatális halálozás, koraszülés, fejlődési rendellenességek előfordulása) az átlagpopuláció azonos mérőszámainál várhatóan magasabbak.

Várandósgondozás: az az ellátási folyamat, ami a várandósság megállapításától a szülés megindulásáig vagy a várandósság megszakadásáig tart.

A várandósgondozás akkor kezdődik, amikor a szülész-nőgyógyász szakorvos az élő, *méhen* belüli várandósságot megállapítja, a rizikóbesorolást elvégzi és erről a várandós részére igazolást ad.

Felelős személy: az a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy szülésznő, aki a jelen irányelv szerinti rizikóbesorolást követően a várandós gondozását a szakellátás keretében végzi.

A felelős személy felel a gondozás szakmailag helyes végzéséért.

2. Rövidítések

ACOG The American College of Obstetricians and Gynecologists

BMI Body Mass Index, testtömeg-index

GDP Gross Domestic Product, bruttó hazai termék

HIV Human Immunodeficiency Virus

HELLP Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count (haemolysis, emelkedett májenzimszintek, alacsony thrombocytaszám)

IUGR Intrauterine Growth Restriction, intrauterin növekedési retardáció

NICE National Institute for Health and Care Excellence

PIC Perinatális Intenzív Centrum

PCO Polycystás ovarium szindróma (régebbi neve: Stein-Leventhal-szindróma)

RCT Randomized Controlled Trial, randomizált, kontrollált vizsgálat

SLE Szisztémás Lupus Erythematosus

STD Sexually Transmitted Diseases, szexuális úton terjedő betegségek

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A bizonyítékok besorolását a fejlesztőcsoport az adaptált nemzetközi irányelvből vette át. (Forrás: <http://guidance.nice.org.uk/CG62>)

A bizonyítékok szintje	Magyarázat
1a	Szisztematikus review vagy RCT-ken alapuló metaanalízis
1b	Legalább egy randomizált vizsgálat kontrollcsoporttal
2a	Legalább egy nem randomizált vizsgálat kontrollcsoporttal
2b	Legalább egy más típusú tervezett vizsgálat
3	Esettanulmányok, leíró tanulmányok
4	Szakértői, szakmai bizottsági vélemények

4. Ajánlások rangsorolásának módja

Az ajánlásokat a fejlesztőcsoport a forrásirányelvnek megfelelően az azokat alátámasztó evidenciaszintek alapján sorolta be. (Forrás: <http://guidance.nice.org.uk/CG62>)

Az ajánlások szövegében a megfogalmazás módja (pl. kell, javasolt, lehet, nem javasolt) tükrözi a fejlesztők véleményét a magyar ellátói környezetben való alkalmazhatóságról, amely megegyezik a forrásirányelv megfogalmazásával.

Az ajánlások erőssége	Az alátámasztó bizonyítékok szintje
A	1a és 1b szintű evidenciák
B	2a és 2b szintű vagy 1 szintű evidenciából származtatott evidenciák
C	3 szintű vagy 1 és 2 szintű evidenciákból származtatott evidenciák
D	4 szintű evidenciák vagy 1, 2 és 3 szintű evidenciákból származtatott evidenciák
E	A fejlesztőcsoport szakmai véleménye

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az irányelv kidolgozása előtt a várandósok gondozását kizárólag szülész-nőgyógyász szakorvos végezhette. Az irányelv kifejlesztését a **vonatkozó várandósgondozásról szóló jogszabály megalkotása** (továbbiakban: Rendelet) tette szükségessé. A Rendelet lehetővé teszi, hogy szakmai alapon történő rizikóbesorolást **követően az alacsony rizikócsoportba sorolható várandós képzett szülésznőt válasszon** várandóssága gondozására.

A várandósgondozásban felelős személyként szülész-nőgyógyász szakorvos és a Rendeletben meghatározott kompetenciákkal és végzettséggel rendelkező szülésznő (a továbbiakban: szülésznő) vehet részt.

Mivel a jelen irányelvnek hazai előzménye nincs, ki kellett dolgozni azt a módszertani eszközt, melynek segítségével eldönthető, hogy a várandóst szülésznő vagy szülész-nőgyógyász szakorvos gondozhatja.

Ehhez ki kellett dolgozni egy olyan listát („Rizikófelmérési adatlap”), amely szakmai bizonyítékokon (ún. evidenciákon) alapul, és amelyet felhasználva a gondozásba vételkor eldönthető, hogy a várandósságot alacsony vagy magas rizikójú csoportba kell-e sorolni.

A „Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez” című adatlapot ld. a következő fejezet 3. pontjánál (VI/3.); Melléklet 1.

2. Célok

Az irányelv célja választ adni azokra a klinikai kérdésekre, miszerint

- milyen feltételek teljesülése során állapítható meg élő, méhen belüli várandósság; (ld. Ajánlás1)
- milyen kritériumok és/vagy betegségek, ill. azok stádiuma/klinikai állapota esetén számít alacsony vagy magas rizikójúnak a várandósság (ld. szakmai/klinikai ajánlások)
- hogyan történik a várandósság megállapítása és a gondozásba vétel dokumentálása (ld. Ajánlás2-5)

Az irányelv céljainak megvalósulása esetén:

- a szülésznők is részt vehetnek az alacsony kockázatú várandósságok gondozásában;
- az alacsony rizikócsoportba tartozó várandósok élhetnek a szülésznők és a szülész-nőgyógyász szakorvosok közötti választás lehetőségével a gondozásba vétel során;
- alkalmazásával egységes szakmai elvek mentén történik a várandósok rizikóbesorolása;
- szakmailag korszerűbbé válik a várandósok gondozásba vételének folyamata.

VI. ÖSSZEFOGLALÓ

Meghatározó ajánlások

1. Szervezési jellegű ajánlások

Ajánlás1

Az élő, méhen belüli várandósságot ultrahangvizsgálattal kell megállapítani. (A)

Amennyiben a vizsgálatot szülész-nőgyógyászati ultrahang-szakasszisztens, radiológus végzi, a páciens tovább kell irányítani szülész-nőgyógyász szakorvoshoz [2, 5].

A méhen belüli, élő várandósság kimutatására kizárólag ultrahangvizsgálaton alapuló módszer eredménye fogadható el. Az élő, méhen belüli várandósság legkorábban a várandósság 6. hetében transzvaginális ultrahangvizsgálattal mutatható ki, a méhen belül található magzati szív működés detektálása alapján. A módszer biztonsága igen nagy, a gyakorlatban lényegében 100%-os biztonságúnak tekinthető. Hibát csak a nagyon ritka szimultán várandósság okoz. További, nagyon ritka hibalehetőség, hogy a magzati szív működést nem a méh üregében, hanem méhen kívül észleljük, és azt méhen belüli szív működésnek véleményezzük [2, 5].

A várandósság 7-8. hetétől kezdődően a magzati szív működés már hasi fejjel végzett ultrahangvizsgálattal is megállapítható [2, 5].

A leletet a leletírás szabályai szerint dokumentálni kell [5].

Ajánlás2

A „Rizikófelmerési adatlap” felhasználásával a szülész-nőgyógyász szakorvosnak rizikóbesorolást kell készítenie. (E)

A „Rizikófelmerési adatlapot” a jelen irányelv javaslatai alapján úgy kell kitölteni, hogy minden rubrikában legyen +/- jelzés. Ha egyetlen rubrikába olyan jel kerül, amely magas kockázatot jelöl, a várandós magas kockázatú várandós lesz.

A „Rizikófelmerési adatlap a várandós gondozásba vételéhez” című adatlapot ld. ezen fejezet 3. pontjánál (VI/3.); Melléklet 1.

Ajánlás3

Az ultrahanglelet és a „Rizikófelmerési adatlap” alapján a szülész-nőgyógyász szakorvosnak egy „Tájékoztató a felelős személy választásáról” c. dokumentumot kell kitöltenie, amely tartalmazza a felelős személy választásának módját és a várandós további gondozásával kapcsolatos legfontosabb teendőket. (E)

Ajánlás4

Az Ajánlás1-Ajánlás3 szerinti dokumentumokat a szülész-nőgyógyász szakorvosnak át kell adnia a várandósoknak. (E)

A várandós 3 típusú dokumentumot kap:

- Az ultrahangvizsgálat részletes lelete, amelyben szerepel (1 példány):
 - élő, méhen belüli várandósság;

- Grav.s. N. (ahol N a betöltött várandóssági hetek száma).
- Kitöltött „Rizikófelmerési adatlap”, amelyen szerepel a rizikóbesorolás eredménye (3 példány, egy a várandósnál marad, a másikat a területileg illetékes védőnő, harmadikat a választott házi orvos kapja):
 - alacsony kockázatú várandósság;
 - magas kockázatú várandósság, a besorolás következő pontjai alapján.
- „Tájékoztató a felelős személy választásáról” c. dokumentum (ld. Melléklet 2.; 3 példány, egy a várandósnál marad, a másikat a területileg illetékes védőnő, harmadikat a választott házi orvos kapja).

A dokumentumokat az ellátóknak a vonatkozó jogszabályok és a helyi dokumentumkezelésre vonatkozó szabályok szerint kell megőrizniük.

Ajánlás5

A szülész-nőgyógyász szakorvosnak a várandós számára teljes körű tájékoztatást kell nyújtania a felelős személy választásáról és a további tennivalókról. (E)

Az Ajánlás4 szerinti dokumentumokkal a várandósnak jelentkeznie kell a területileg illetékes védőnőnél, majd házi orvosánál.

Tekintettel arra, hogy az első rizikóbesorolás nem tartalmaz minden olyan releváns információt, amely a későbbiekben - a várandós gondozása során - jut a szakemberek tudomására, az elsődleges besorolás a várandósság során megváltozhat. A besorolás megváltozásának későbbi lehetőségére és annak következményére a szülész-nőgyógyász szakorvosnak fel kell hívnia a gravida figyelmét.

Az első rizikóbesorolás módosítására vonatkozó javaslatát a választott házi orvos a „Várandós anya gondozási könyvében” dokumentálja és a várandóst szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítja.

2. Szakmai jellegű ajánlások

2.1. Általános rizikótényezők

Ajánlás6

Magas rizikó csoportba kell sorolni az alábbi körülmények valamelyikének fennállása esetén a várandóst:

1. **40 évesnél idősebb életkorú (B) [2, 5] vagy 18 év alatti életkorú (B) [2, 5]**

Betöltött 40 éves korban vagy felette lényegesen megemelkednek a várandósság szövődményei: a vetélés kockázata 25% (B), a kromoszóma-rendellenességek gyakorisága 5% (B), a magas vérnyomás, várandóssági cukorbetegség is jóval gyakrabban fordul elő (B), mint a fiatalabb populációban. Ez indokolja a magas rizikójú csoportba történő sorolást.

A nagyon fiatal életkorban, Magyarországon ennek határa – szubjektív megítélés szerint - 18 éves kor alatt van, a várandósok szociális helyzete általában nem stabil (E). A várandósság szinte soha sem tervezett. A fiatalok compliance-e kisebb, kevésbé lehet várni fegyelmezett viselkedést a vizsgálatokon való megjelenések és gyógyszeresedés tekintetében. Ebben a korban a praeclampsia, a koraszülés gyakoribb. Ez indokolja a 18 év alatti várandósok magasabb rizikócsoportha való besorolását.

2. **ha a várandósság kora a jelentkezőkor 14 hét feletti (D)**
3. **amennyiben előzőleg 4 vagy több szülése volt (grand multipara) (A) [1, 2, 5]**

A sokadik szülés esetén lényegesen megnő a különféle várandóssági kórképek előfordulása, különösen, mivel gyakran a szülő nő kora is magas. Ezen felül még fiatalabb szülő nő esetén is gyakoribb az anaemia, atóniás vérzés, így a magas rizikójú csoportba sorolandó.

4. **pszichoszociálisan kedvezőtlen faktorok**

A nemzetközi ajánlások, populációs megfigyelések statisztikai eredményei lineáris összefüggést mutatnak ki az egy főre jutó bruttó hazai termék és a perinatális magzati mortalitás valamint a gyermekhalandóság és a szülés körüli anyai betegségek, anyai halálozás vonatkozásában (B) [5]. A rizikótényezők besorolásánál a pszichoszociális helyzet minőségét az egzisztenciális tényezők, az interperszonális kapcsolatok minősége, az életminőség, a külső és a családon belüli stressz faktorok súlyossága, az addiktológiai tényezők és a komorbid pszichiátriai zavarok megléte és súlyossága együttesen határozzák meg. Tekintettel arra, hogy a pszichoszociális rizikó megítélésére objektív szempontrendszer eddig még nem került kidolgozásra, jelen irányelvben a teljesség igénye nélkül a fent felsoroltakon kívül kiemelünk néhány szempontot, amelyek a rizikóbesorolásban segíthetik a szülész-nőgyógyász szakorvost:

- Ha a gravida a betöltött 14. hét után jelentkezik a várandósgondozásra (D).
- Ha fogazata feltűnően hiányos, mert a parodontosis a koraszülés egyik legmarkánsabb rizikófaktora (A) [1].
- Ha az előző szülése nem tervezetten történt intézeten kívül (D).

A „Rizikófelmérési adatlap” szerinti besorolást a várandós környezetét jobban ismerő, területileg illetékes védőnő vagy a választott házi orvos javaslata megerősítheti vagy módosíthatja a „Pszichoszociális Becslőskála Várandósságban (PBV)” alapján. A módosítás egyik feltétele a „pszichoszociális rizikótényezők” vonatkozásában, hogy a várandós kap-e rendszeres gyermekvédelmi kedvezményt vagy lakásfenntartási támogatást. Ha kapja ezen ellátások valamelyikét, akkor pszichoszociális szempontból egyértelműen a magas rizikójú csoportba tartozik.

2.2. *A várandósság előtt ismert vagy a gravida állapotának felmérése során felismert betegségek, állapotok*

5. **rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (A) [1, 2, 5].**

A szenvedélybetegségek súlyos magzati ártalmak veszélyét hordozzák: a drogok (pl. kokain) a fejlődési rendellenességek megnövekedett kockázatával járnak, az alkohol már viszonylag kis adagban is magzati alkoholszindrómához vezet. A dohányzás esetében lényegesen megnő a lepényelégtelenség, a koraszülés és az intrauterin retardáció esélye. Bár egyetlen szál elszívása sem közömbös, dohányosnak azt tekintjük, aki naponta 10 szál felett szív. Mivel a besorolás során a páciens megismerése nem mindig lehetséges, a védőnő és/vagy a választott házi orvos ismeretei és javaslata alapján a rizikóbesorolás a későbbiekben pontosítható a szülész-nőgyógyász szakorvosi kontrollvizsgálatok során. (E)

6. **ismert HIV, hepatitis B, C vírusfertőzése van, STD-ben szenved (D) [3]**

Ezek a fertőző betegségek önmagukban is jelentős veszélyt hordoznak az anyára és a magzatra a várandósság és a szülés alatt, de a betegek általános szociális helyzete is az esetek nagy részében igen rossz, ezért kiemelt gondozásuk szakellátási feladat.

7. **várandósság előtti testtömegindexe (BMI) 18 alatti (B) [4] vagy 30 feletti (A) [1]**

A jelentős túlsúly kedvezőtlenül befolyásolja a várandósság magzati és anyai kimenetelét, lényegesen gyakoribb a magzati retardáció, a magas vérnyomás, a szénhidrát anyagcsere zavara (gestatiós diabetes).

18 alatti BMI alultápláltságra, rossz szociális helyzetre utalhat. Olyan esetben, amikor a rossz szociális helyzet kizárható, a várandóst nem kell magas kockázatúnak minősíteni.

8. **krónikus hipertónia-betegségben, szív- és érrendszeri megbetegedésben szenved (A) [1, 5]**

A már várandósság előtt ismert magas vérnyomás, veleszületett szívbetegségek és érrendszeri betegségek a várandóssággal járó szövődmények/halálozás

veszélyét hordozzák. Ideálisan a várandósság előtt (prekonceptcionálisan) már beállítást igényelnek (A). A várandósság alatt még szoros kontroll mellett is lényegesen gyakoribb a praeclampsia, IUGR, perinatális anyai és magzati morbiditás és mortalitás.

9. endokrin betegségben szenved (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)

- cukorbeteg (A) [1]

Cukorbetegség esetén még a jól kezelt (prekonceptcionálisan beállított, normoglykaemiás) esetekben is magasabb a hypertonia, praeclampsia, IUGR, magzati és anyai morbiditás, mortalitás. Javasolt PIC II vagy PIC III-mal rendelkező osztályon szülni, és felelős személyt is így választani. (D) [5]

- hyperthyreosisban, hypothyreosisban szenved (B) [1, 5]

A várandósság alatt folyamatos (endokrinológus) szakorvosi ellenőrzést és adott esetben a beállított gyógyszeres kezelés változtatását igényli, ennek ellenére a koraszülés és IUGR gyakorisága a 20%-t is elérheti.

- polycystás ovarium (PCO) szindrómája van (A) [11]

E betegség fennállása esetén a várandósság alatt magas a gestatiós diabetes és a praeclampsia kockázata.

10. krónikus gastrointestinalis, máj- vagy tüdőbetegségben, vesebetegségben szenved (B) [1, 2, 5].

Genetikai tanácsadás szükséges a szedett gyógyszereket illetően, és fel kell mérni – szakorvos bevonásával – a várandósság kihordásának feltételeit, a konzíliumok sűrűségét. Előfordulhat, hogy prekonceptcionálisan kivizsgált beteg esetén a szakorvos a kórképet nem tartja a várandósságra veszélyesnek, ebben az esetben a várandósság alacsony kockázatú is lehet. A várandósság alatti vizsgálatok a továbbiakban szintén minősíthetik alacsony kockázatúnak azt.

- asthma bronchialeban szenved (B) [12]

Az asthma bronchiale gyakori betegség, a populáció 4–8%-át érinti. A várandósság idején az esetek egyharmadában romlik, másik harmadában nem változik, de akár javulhat is a betegség. Kiszámíthatatlan, hogy mi történik a várandósság alatt. Prekonceptcionálisan gondozott esetekben, ha pulmonológus szakorvos által igazoltan nincs légzésfunkciós romlás, általában nem várható a várandósság alatt súlyos progresszió. Ezekben az esetekben a várandósság alacsony kockázati csoportba sorolható.

- vesebeteg (A) [1, 2, 5]

A vesebetegségek jellege, etimológiája különböző (krónikus gyulladás, fejlődési rendellenesség, autoimmun betegségek, diabeteses nephropathia), de a vese érintettsége a várandósságban gyakran hypertóniához, praeclampsiahoz, IUGR-hoz, méhen belüli elhaláshoz vezet. Ebben az esetben is javasolt a prekoncepcionális gondozás, mert a vesebetegségek vagy szövődményes kórképek egy részénél anyai és/vagy magzati érdekből akár a várandósság is kontraindikálható (pl. transzplantált vese, akut glomerulonephritis). Minden vesebetegség súlyos kockázatot rejt magában.

11. idegrendszeri és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedése van (pl. sclerosis multiplex, epilepszia, szkizofrénia, depresszió, pánikbetegség) (D) [1, 2, 5]

Ezekben az esetekben a kezelést általában a várandósság alatt is fenn kell tartani, a gyógyszerek jelentős részének kedvezőtlen genetikai hatása van. Amennyiben a prekoncepcionálisan kivizsgált beteg esetén a kezelő szakorvos véleménye szerint gyógyszert nem igényel, vagy genetikai tanácsadó álláspontja szerint a használt készítmény a várandósságra nincs hatással, a várandósság alacsony kockázatúnak is besorolható.

12. haematológiai, autoimmun betegsége van (A) [5], thromboemboliás betegségben, hereditaer thrombophiliában, antiphospholipid szindrómában szenved (A) [5, 6, 9]

Ezen kórképek (thrombocytopathiák, von Willebrand-betegség, SLE, rheumatoid arthritis, scleroderma stb.) esetén mind anyai, mind magzati szövődményekre számítani kell. Mivel a placentációt is kedvezőtlenül befolyásolják, leggyakrabban IUGR, méhen belüli elhalás fordul elő. Ha a várandósság nem kontraindikált, folyamatos szakorvosi (hematológus, immunológus) ellenőrzést igényel.

- thromboemboliás betegségben, hereditaer thrombophiliában, antiphospholipid szindrómában szenved (A) [5, 6, 9]

Ezen betegségek a várandósságtól függetlenül és a várandósság alatt is jelentősen megnövelik a mélyvénás trombózis, tüdőembólia veszélyét. Még megfelelő kezelés mellett is gyakori a praeclampsia, intrauterin elhalás, IUGR.

13. daganatos beteg

Rosszindulatú megbetegedések fertilis korban ritkák, de számolni kell velük. Leggyakoribbak a nőgyógyászati tumorok, de más daganatok is előfordulnak várandósság alatt. Ezekben az esetekben a szakorvos véleményét és együttműködését kell kérni, de a várandósság mindig magas kockázatú. (A) [1, 2, 5]

A jóindulatú daganatok közül a jelentősebb méretű myomák és petefészekciszták jelentenek veszélyt a magzatra (koraszülés, gyakoribb

császármetszés) vagy a ciszta megrepedésre anyai vészhelyzethez is vezethet. A rosszindulatú daganatok mindig nagy kockázatú várandósságot jelentenek, a jóindulatú daganatok esetén a rizikófel mérés idején a szülész-nőgyógyász dönthet úgy, hogy a daganat nem befolyásolja lényegesen a várandósság kimenetelét, azaz alacsony kockázatúnak minősítheti a várandósságot. (B) [5]

14. örökletes genetikai betegségek fordultak elő a gravida vagy az apa családjában (E)

Genetikai betegségek viszonylag ritkán fordulnak elő és nem mindig ismertek. Ezért javasoljuk, hogy ezeket a kérdéseket preconceptionálisan már meg lehessen beszélni. Amennyiben ilyen betegség az első várandósgondozói vizit alkalmával derül ki, a várandóst az első besorolás során magas rizikó csoportba kell sorolni és genetikai tanácsadásra kell küldeni. A genetikai tanácsadó szakember véleménye alapján később alacsony kockázati besorolást is kaphat a várandósság.

15. iker- vagy többes várandósságot állapítottak meg (A) [1, 2, 5]

Ikervárandósságban jelentősen nagyobb a perinatális mortalitás, gyakori a koraszülés, iker-iker transzfúziós betegség, diszkordáns IUGR, fejlődési rendellenesség, lepényelég telenség, méhen belüli elhalás. A legtöbb ikervárandósság császármetszéssel végződik. Ennek megfelelően az ikervárandósság gondozása is lényegesen különbözik az egyes várandósság módszereitől. Az ikervárandósság minden esetben magas kockázatú.

16. vérzése jelentkezett a jelen várandósságban (fenyegető vetélés) (B) [15]

Az első trimeszterbeli vérzés az esetek 15%-ában vetéléssel végződik. Amennyiben a várandósság a vérzést követően tovább fejlődik, a koraszülés gyakorisága háromszor nagyobb lesz, mint azokban az esetekben, ahol nincs vérzés. Ez a hazai adatokra vetítve 25-30%-os gyakoriságot jelent, azaz a továbbiakban magas kockázatúnak minősül.

2.3. Kockázati tényezők az előző várandósság(ok) és/vagy szülés(ek) során előfordult szövődmények miatt

Ajánlás⁷

Magas rizikó csoportba kell sorolni az alábbi körülmények bármelyikének fennállása esetén a várandóst:

17. korábbi habituális vetélés (2 vagy több egymást követő spontán vetélés) esetén (A) [14]

A habituális vetélés okai közé tartoznak pl. autoimmun betegségek, thrombophilia, isoimmunisatio, genetikai kórképek, diabetes mellitus, pajzsmirigybetegségek, a méh fejlődési rendellenességei stb. Ezeket már

a várandósság vállalása előtt kivizsgálni és amit lehet, kezelni kell, ezáltal csökkentve ezen betegségek kedvezőtlen hatását a várandósság kimenetelére. Mivel még a kivizsgált, kezelt esetekben is gyakori a szövődmény, ezek mindig magas kockázatú várandósságok.

18. korábbi, méhen végzett műtete volt (pl. császármetszés) (E)

Ezekben az esetekben mivel a várandósság alatti szövődmények száma nem nagy, ebből a szempontból önmagában még nem kellene a magas kockázatú csoportba sorolni a várandósságot. Azonban mivel a szülés nagyobb valószínűséggel végződik császármetszéssel, helyesebb, ha a felelős személy szülész-nőgyógyász szakorvos, esetleg éppen az, aki a műtétet is végezni fogja. Előzetes császármetszés vagy más, a méh üregébe hatoló műtétet követően gyakoribb a lepénytapadási rendellenesség (elől fekvő lepény) vagy beágyazódási rendellenesség (placenta accreta), emiatt a várandósság alatti vérzés, koraszülés is. Mindezek miatt összességében helyes ezeket a várandósságokat magas kockázatúnak minősíteni.

19. amennyiben korábban koraszülése volt (A) [10]

A koraszülés ismétlődési kockázata a 25%-ot meghaladja.

20. ha korábban praeclampsia, HELLP-szindróma fordult elő (A) [1, 2, 5]

A kórkép ismétlődési gyakorisága magas. Egyes esetekben a betegség súlyosabb lefolyású és korábban is kezdődik a következő várandósság(ok)ban.

21. korábbi isoimmunisatio esetén (A) [1, 2, 5]

Az Rh(D), vagy más magzati ártalommal járó isoimmunisatio a következő várandósságban előbb és súlyosabb formában jelentkezik. Amennyiben az apa a korábbi várandóssághoz képest változott, genetikai konzílium kérhető, és ha a kockázat kicsi, a várandósságot alacsony kockázatúnak lehet minősíteni.

22. korábbi magzati retardatio fordult elő (A) [8]

Mivel valamilyen krónikus betegség szövődményeként fordul elő leggyakrabban, ismétlődése várható, megjósolhatatlan a súlyossága.

23. korábban gestatiós diabetese volt (A) [1]

Az előző várandósságban felismert gestatiós diabetes a nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve a várandósság után 2-es típusú cukorbetegségnek tekintendő és kezelendő, interdiszciplináris munkacsoport gondozását igényli.

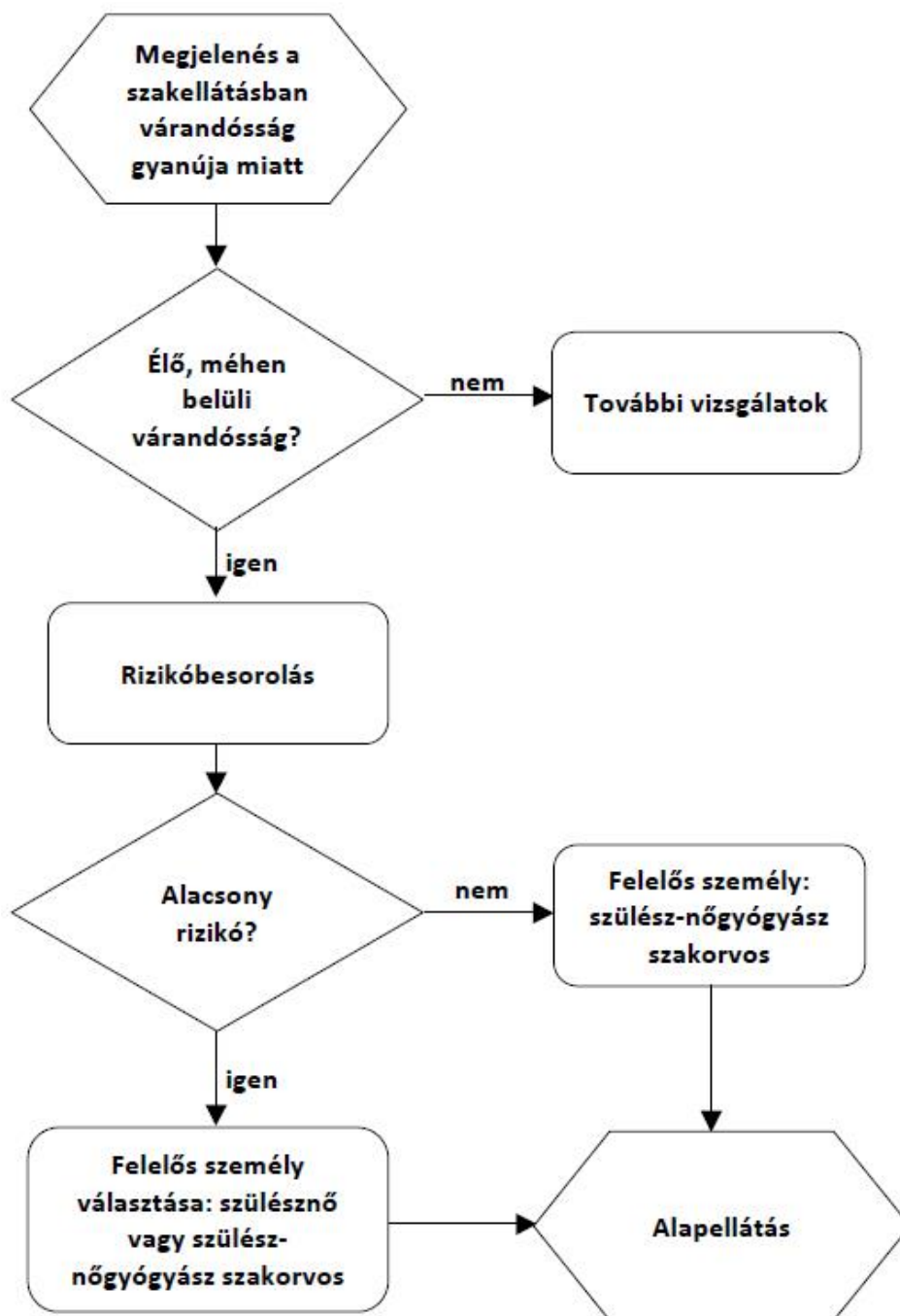
24. előző szüléskor az újszülött tömege 4500 g feletti volt (D) [2]

Ebben az esetben feltételezhető, hogy az előző várandósságban gestatiós diabetes alakult ki, de nem ismerték fel. A nemzetközi irányelvek szerint ilyen előzmények mellett a jelen várandósság gestatiós diabetesként kezelendő.

25. korábbi ismeretlen okból perinatális halálozás fordult elő (C) [5]

Az esetek mintegy 40%-ában nem ismerjük az intrauterin elhalás okát, az ismétlődés valószínűsége nagy, ezért a várandósságot magas kockázatba javasolt sorolni.

3. Az ellátási folyamat algoritmus



1. melléklet

Rizikófelmérési adatlap a várandós gondozásba vételéhez

RIZIKÓFELMÉRÉSI ADATLAP
a várandós gondozásba vételéhez

NÉV:

ELÉRHETŐSÉG:

TAJ:

SZÜLETÉSI DÁTUM:

..... év

.....hó

.....nap

I. ÁLTALÁNOS RIZIKÓTÉNYEZŐK

Rizikótényezők

Fennáll-e
a kockázat?
(+/-)

1. Az anya kora (születési dátum alapján) 40 felett vagy 18 év alatt magas kockázatú
2. A várandósság kora hetekben a jelentkezéskor, 14 felett magas kockázatú
3. Hányadik szülés? 4 felett magas kockázatú
4. Pszichoszociális helyzet

II. RIZIKÓTÉNYEZŐK: A VÁRANDÓSSÁG ELŐTT ISMERT VAGY A GRAVIDA ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE SORÁN FELISMERT BETEGSÉGEK, ÁLLAPOTOK

Rizikótényezők

Fennáll-e
a kockázat?
(+/-)

5. Rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (naponta 10 szálnál többet)?
6. HIV- vagy hepatitis B-, C-fertőzés, STD
7. BMI 18 alatt vagy 30 felett
8. Krónikus hypertonia-betegség, szív- és érrendszeri megbetegedés
9. Endokrin betegség (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)
10. Krónikus gastrointestinalis, máj-, tüdő-, (súlyos asztma), vesebetegség
11. Idegrendszeri- és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedés
(pl. epilepszia, szkizofrénia, depresszió)
12. Hematológiai, autoimmun, thromboemboliás betegség, antiphospholipid szindróma
13. Daganatos megbetegedések
14. Genetikai betegségek a családban
15. Többes várandósság
16. Vérzés a jelen várandósságban (fenyegető vetélés)

III. RIZIKÓTÉNYEZŐK: AZ ELŐZŐ VÁRANDÓSSÁG(OK) ÉS/VAGY SZÜLÉS(EK) SORÁN ELŐFORDULT SZÖVŐDMÉNYEK

Rizikótényezők

Fennáll-e
a kockázat?
(+/-)

17. Habitualis vetélés
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, conisatio
19. Koraszülés
20. Praeclampsia, HELLP-szindróma
21. Rh(D)-isoimmunisatio
22. Magzati retardatio
23. Gestatiós diabetes
24. Újszülött súly 4500 g feletti
25. Perinatális halálozás ismeretlen okból

KOCKÁZATELEMZÉS EREDMÉNYE

Rizikóbesorolás	alacsony	magas	
	a következő pontok alapján:		
Dátum: év hó nap
Szülész-nőgyógyász szakorvos neve, pecsétszáma, telefonos elérhetősége:			

2. melléklet

Tájékoztató felelős személy választásáról

TÁJÉKOZTATÓ FELELŐS SZEMÉLY VÁLASZTÁSÁRÓL

(készült 3 példányban)

A 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet (a továbbiakban: Rendelet) értelmében megállapítottam, hogy önnek élő, méhen belüli várandóssága van.

Az ön várandóssága jelenleg **alacsony/magas** (a megfelelő állítás aláhúzendő) rizikócsoportha tartozik.

A Rendelet szerint önnek **felelős személyt kell választania**, aki önt a várandósság ideje alatt gondozni fogja. Amennyiben a várandósság **alacsony rizikójú**, a választott **felelős személy lehet szülésznő** vagy szülész-nőgyógyász szakorvos, ha a várandósság **magas rizikójúnak** minősül, akkor **a felelős személy csak szülész-nőgyógyász szakorvos lehet.**

A jelen vizsgálatot követően önnek fel kell keresnie a területileg illetékes védőnőt, aki a várandósgondozással kapcsolatos dokumentumokat vezeti. Itt kapja meg a „Várandós anya gondozási könyvét”, amelybe a felelős személy, a védőnő, az ön háziorvosa és az esetleges konziliáriusok bejegyzik a várandósságára vonatkozó információkat.

A védőnő és az ön háziorvosa is áttekinti a rizikóbesorolást.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy indokolt esetben (a gondozás során új információ felmerülése esetén) a rizikóbesorolás változhat. A pontos rizikóbesorolás a személyre szabott gondozást és így az ön és születendő gyermeke egészségét szolgálja!

..... (helység), 20...(év)(hó)(nap)

.....

a vizsgálatot végző szakorvos

aláírása (pecsétszáma)

telefonos elérhetősége

Két példányt átvettem, az egyik az én tulajdonom, a másikat átadom a területileg illetékes védőnőnek.

.....(helység), 20...(év)(hó)(nap)

.....

várandós aláírása