Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

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

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	001380
Megjelenés dátuma:	2017. november 3.
Érvényesség időtartama:	2020. június 30.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

Tartalomjegyzék

I. ADATLAP 4
1. A dokumentum jellemzői 4
2. Kiadás és elérhetőség 4
3. Időbeli határok 4
4. Hatókör 4
5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja 4
6. A tartalomért felelősök köre 5
7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal 5
8. Kulcsszavak 6
II. CÍM 7
III. ELŐSZÓ 7
IV. DEFINÍCIÓK 7
1. Fogalmak 7
2. Rövidítések 8
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja 9
4. Ajánlások rangsorolásának módja 9
V. BEVEZETÉS 10
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása 10
2. Célok 10
VI. ÖSSZEFOGLALÓ 11
Meghatározó ajánlások 11
1. Szervezési jellegű ajánlások 11
2. Szakmai jellegű ajánlások 12
3. Az ellátási folyamat algoritmusa 18
VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE 22
1. Szervezési jellegű ajánlások 22
2. Szakmai jellegű ajánlások 23
VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA 30
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban 30
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája 30
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok 31
4. Az ajánlások terjesztésének terve 31
IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE 31
X. IRODALOM 31

XI. MELLÉKLET 32
1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok 32
2. A fejlesztés módszerének leírása és a kapcsolódó dokumentumok 33
3. Az alkalmazást segítő dokumentumok 35

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:	2014.09.05.
A hatályba lépés dátuma:	2014.09.01.
Az érvényességének lejárati 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 háziorvosok, 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 fentieken 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. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, véleményező

2. **Gyermek alapellátás (Házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvostan, védőnő) 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 Bábaszövetség**
   Vincze Felicia, szülésznő, „A Te szülésed" bábapraxis, Országos Bábaszövetség 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 végezhessék.

8. Kulcsszavak

várandós, gravida, élő, méhen belüli várandósság, ultrahang-diagnosztika, várandósgondozás, kockázat, rizikóbesorolás, háziorvosi 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 sajátságainak 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 szívműködés. Ikervárandósság esetén előfordulhat, hogy csak az egyik magzat szívműködése (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 szívműködés még nem látható (korai várandósság), vagy korábbi már igazolt élő várandósság után nem látható magzati szívműködés (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 rizikócsoportok valamelyikébe.
A fejlesztőcsoport megjegyzi, hogy bár bizonyos irodalmi források használják a közepes rizikójú csoport fogalmát is, jelen irányelv csak két rizikócsoportot különböztet meg; a közepes rizikót is az alacsony rizikójú csoportba sorolja.

Alacsony rizikójú várandósság: a várandós családi, környezeti, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság eseten – 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 pácienst tovább kell irányítania 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 szívműködés 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 szívműködést nem a méh üregében, hanem méhen kívül észleljük, és azt méhen belüli szívműködésnek véleményezzük [2, 5].

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

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

Ajánlás2

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

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

Ajánlás3

Az ultrahanglelet és a „Rizikófelmérési 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 várandósnak. (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 „Rizikófelmérési adatlap", amelyen szerepel a rizikóbesorolás eredménye (3 példány, egy a várandósnál marad, a másikat a területileg illetékes védőnő, harmadikat a választott háziorvos 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 háziorvos 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 háziorvosánál.

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 háziorvos a „Várandós anya gondozási könyvében" dokumentálja és a várandóst szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítja.

2. Szakmai jellegű ajánlások

2.1. Általános rizikótényezők

Ajánlás6

Magas rizikócsoportba 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 gyógyszerszedés tekintetében. Ebben a korban a praeeclampsia, a koraszülés gyakoribb. Ez indokolja a 18 év alatti várandósok magasabb rizikócsoportba való besorolását.

2. **ha a várandósság kora a jelentkezéskor 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 háziorvos 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 háziorvos 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 hypertonia-betegségben, szív- és érrendszeri megbetegedésben szenved** (A) [1, 5]

A már várandósság előtt ismert magas vérnyomás, veleszületett szívbetegségek és érrendszeri betegségek a várandósággal járó szövődmények/halálozás veszélyét hordozzák. Ideálisan a várandósság előtt (prekoncepcionálisan) már beállítást igényelnek (A). A várandósság alatt még szoros kontroll mellett is lényegen gyakoribb a praeeclampsia, 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 (prekoncepcionálisan beállított, normoglykaemiás) esetekben is magasabb a hypertonia, praeeclampsia, 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 praeeclampsia 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 prekoncepcionálisan 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 bronchialéban 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. Prekoncepcionálisan 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 hypertoniához, praeeclampsiához, 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 praeeclampsia, 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 rizikófelmérés 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 prekoncepcionálisan már meg lehessen beszélni. Amennyiben ilyen betegség az első várandósgondozói vizit alkalmával derül ki, a várandóst az első besorolás során magas rizikócsoportba 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, lepényelégtelenség, méhen belüli elhalás. A legtöbb ikervárandóság 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 rizikócsoportba 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 műtéte 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 (elöl 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 praeeclampsia, 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 várandósághoz 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.

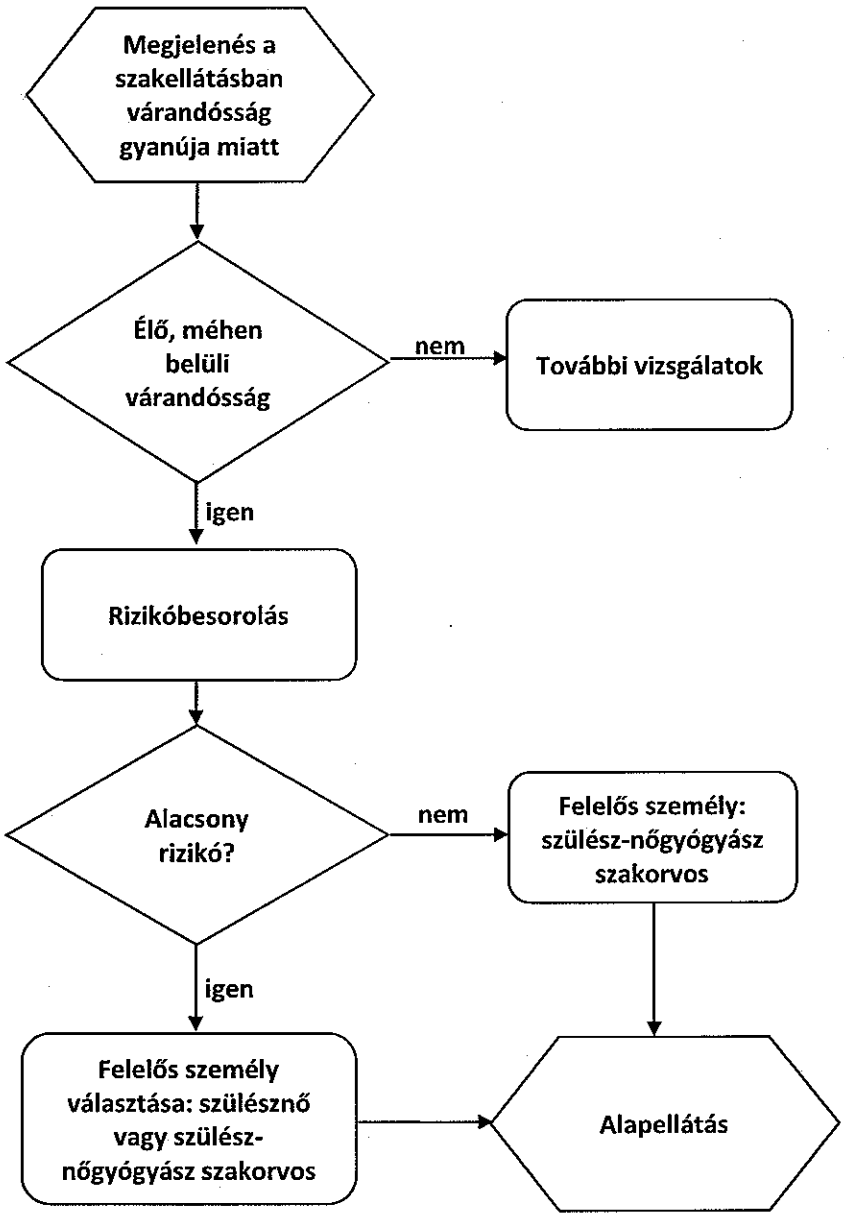
23. korábban gestatiós diabetese volt (A) [1]
Az előző várandósságban felismert gestatiós diabetes a nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve a várandósság után 2-es típusú cukorbetegségnek tekintendő és kezelendő, interdiszciplináris munkacsoport gondozását igényli.

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 algoritmusa

1. ÁBRA. Felelős személy választásának folyamata



MELLÉKLET 1. 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. Habituális vetélés	
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, conisatio	
19. Koraszülés	
20. Praeeclampsia, HELLP-szindróma	
21. Rh(D)-isoimmunisatio	
22. Magzati retardatio	
23. Gestatiós diabetes	
24. Újszülött súlya 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:			

MELLÉKLET 2. 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 aláhúzandó) rizikócsoportba 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

VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1. Szervezési jellegű ajánlások

Ajánlás1

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

Amennyiben a vizsgálatot szülész-nőgyógyászati ultrahang-szakasszisztens, radiológus végzi, a pácienst tovább kell irányítania 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 szívműködés 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 szívműködést nem a méh üregében, hanem méhen kívül észleljük, és azt méhen belüli szívműködésnek véleményezzük [2, 5].

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

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

Ajánlás2

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

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

Ajánlás3

Az ultrahanglelet és a „Rizikófelmérési 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 várandósnak. (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 „Rizikófelmérési adatlap", amelyen szerepel a rizikóbesorolás eredménye (3 példány, egy a várandósnál marad, a másikat a területileg illetékes védőnő, harmadikat a választott háziorvos 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 háziorvos 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 háziorvosánál.

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 háziorvos a „Várandós anya gondozási könyvében" dokumentálja és a várandóst szülész-nőgyógyász szakorvoshoz irányítja.

2. Szakmai jellegű ajánlások

2.1. Általános rizikótényezők

Ajánlás6

Magas rizikócsoportba 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 gyógyszerszedés tekintetében. Ebben a korban a praeeclampsia, a koraszülés gyakoribb. Ez indokolja a 18 év alatti várandósok magasabb rizikócsoportba való besorolását.

2. **ha a várandósság kora a jelentkezéskor 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 háziorvos 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

Az ide tartozó esetek egy része csak veszélyt rejt magában, a terhesség elején a várandós nem beteg, és a terhesség akár szövődménymentes is lehet. Azonban mivel az anyai és/vagy magzati kockázat nagy, helyes ezeket az eseteket is már korán – amikor még a lehetséges kórképek nem alakultak ki – magas kockázatúnak minősíteni.

Az irányelv írásakor még nem alakult ki Magyarországon az a tapasztalat, amelynek birtokában a szülésznők a potenciálisan kóros terhességeket is megbízhatóan gondoznák. Az irányelv revíziója során, amelyet a fejlesztőcsoport 3 év múlva tervez, lehetőség lesz arra, hogy ez a szemlélet változzon, és a potenciálisan kóros eseteket szülésznő is gondozhassa.

Vannak olyan kórképek is, amelyek a terhességet általában csak kismértékben veszélyeztetik, az anyai és magzati morbiditást csak kismértékben rontják. Így a besorolásban úgy ítéltük meg, hogy bizonyos feltételek esetén ezeket az eseteket szülésznő is gondozhatja. Erre az egyes kórképek részletes tárgyalásánál kitérünk.

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 háziorvos 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 hypertonia-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 (prekoncepcionálisan) már beállítást igényelnek (A). A várandósság alatt még szoros kontroll mellett is lényegen gyakoribb a praeeclampsia, 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 (prekoncepcionálisan beállított, normoglykaemiás) esetekben is magasabb a hypertonia, praeeclampsia, 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 praeeclampsia 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 prekoncepcionálisan kivizsgált beteg estén 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 bronchialéban 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. Prekoncepcionálisan 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 hypertoniához, praeeclampsiához, 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 praeeclampsia, 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 rizikófelmérés 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 prekoncepcionálisan már meg lehessen beszélni. Amennyiben ilyen betegség az első várandósgondozói vizit alkalmával derül ki, a várandóst az első besorolás során magas rizikócsoportba 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, lepényelégtelenség, méhen belüli elhalás. A legtöbb ikervárandóság 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

Ezekben a kórképekben a kórismétlés kockázata nagy (25-98%), ezért gondozásukat csak nagy tapasztalatú szülész-nőgyógyász szakorvos vállalhatja. Ilyen esetekben olyan intézetben javasolt a szülés, ahol magasabb progresszivitási szintű perinatális intenzív centrum (PIC II vagy PIC III) működik.

Ajánlás7

Magas rizikócsoportba 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 műtéte 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 (elöl 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 praeeclampsia, 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 várandósághoz 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.

VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Az ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Szülész-nőgyógyász szakvizsga. A szakorvosnak képesnek kell lennie transzvaginális vizsgálat végzésére és az élő, méhen belüli terhesség ultrahangos igazolására.

A szülész-nőgyógyász szakorvos a rizikóbesorolást a minden szakorvosi rendelőben fellelhető „Rizikófelmérési adatlap" alapján végzi.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők és azok megoldása)

Transzvaginális ultrahangvizsgálat végzésére alkalmas ultrahangkészülék álljon rendelkezésre!

A rizikóbesoroláshoz a szakmai dokumentációnak („Rizikófelmérési adatlap") minden olyan rendelésen hozzáférhetőnek kell lennie, ahol terhesség megállapítása történik.

Amennyiben a vizsgálatot szülész-nőgyógyászati ultrahang-szakasszisztens végzi, a besorolást az őt felügyelő szakorvosnak kell elvégeznie. Ha az ultrahangvizsgálatot más szakember (pl. radiológus) végzi, a várandóst a vizsgálatot követően a területileg illetékes szakorvosi rendelőbe kell irányítania.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A Rendelet és a jelen irányelv ismerete.

1.4. Egyéb feltételek

A „Rizikófelmérési adatlap" kitöltése a terhes gondozásba vételéhez.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Tájékoztató felelős személy választásáról (XI. fejezet 3.1. pont 1. sz. dokumentuma)

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Rizikófelmérési adatlap a terhes gondozásba vételéhez (XI. fejezet 3.2. pont 1. sz. dokumentuma)

2.3. Táblázatok

nincs

2.4. Algoritmusok

Felelős személy választásának folyamata (XI. fejezet 3.4. pont 1. sz. dokumentuma)

2.5. Egyéb dokumentum

nincs

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Mutatók:

1. A magas rizikócsoportba sorolt terhességek összes terhességre vonatkoztatott arányainak területi alakulása (%).

2. A szülésznők által gondozott alacsony rizikócsoportba sorolt terhességek összes terhességre vonatkoztatott arányainak területi alakulása (%).

4. Az ajánlások terjesztésének terve

Tekintettel arra, hogy a jelen irányelv a Rendeletben meghatározott rizikóbesorolás szakmailag egységes végrehajtása érdekében jött létre, a Rendelet és a jelen irányelv hatályba lépését követően minden rizikóbesorolást végző szakrendelőben és szülész-nőgyógyász szakorvosnál rendelkezésre kell állnia. Ennek megfelelően az irányelv tartalmának terjesztését a fejlesztőcsoport a következő módokon javasolja:

- az Egészségügyi Közlönyben (EüK) való megjelentetése;
- a Magyar Nőorvosok Lapjában való megjelentetése;
- a szülész-nőgyógyász szakorvosképzésben, illetve a háziorvosi és a védőnői szakképzésben;
- orvostovábbképző szakképzéseken: kötelező szinten tartó tanfolyamok a szülészet-nőgyógyászat, a háziorvostan, a csecsemő- és gyermekgyógyászat szakterületen dolgozó orvosoknak;
- a szakápolók képzésében és továbbképzésében;
- helyi képzéseken való tájékoztatás ösztönzése;
- orvostudományi kongresszusokon.

IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Mivel a Rendelet hivatkozik erre az irányelvre, a Rendelet megváltoztatása nélkül mód van arra, hogy ezt az iránylevet háromévente a Szakmai Kollégium felülvizsgálhassa.

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Szülészet és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztőcsoport minden tagját/a tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

A szükséges változatás(ok)ról és azok mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján, a Magyar Bábaszövetség javaslatainak figyelembe vételével dönt.

X. IRODALOM

1. Guidelines of Perinatal Care. 7th edition. AAP and ACOG. 2012. http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Guidelines_for_Perinatal_Care

2. Antenatal care: NICE guideline CG62, 2012.10.04,http://guidance.nice.org.uk/CG62

3. The Management of Uncomplicated Pregnancy Working Group. DoD/VA Clincial Practice Guideline for the Management of Uncomplicated Pregnancy. Washington, DC: Department of Defense and Veterans Administration, 2002.

4. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care www.aafp.org.

5. A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Szerk: Papp Z. Semmelweis Kiadó, Bp.2002.

6. Inherited thrombophilias in pregnancy. Practice Bulletin No. 138 American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013; 122:706–17.

7. Gestational diabetes mellitus. Practice Bulletin No. 137. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013; 122:406–16.

8. Fetal growth restriction. Practice Bulletin No. 134. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013; 121:1122–33.

9. Antiphospholipid syndrome. Practice Bulletin No. 132. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 120:1514–21.

10. Prediction and prevention of preterm birth. Practice Bulletin No. 130. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 120:964–73.

11. Polycystic Ovary Syndrome. ACOG Practice Bulletin No. 108. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2009; 114:936–49.

12. Asthma in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 90. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008; 111:457–64.

13. Tóth-Pál E, Szabó Gy, Papp Cs, Tóth Z, Török O, Papp. Z.: A szülészeti ellátás mennyiségi és minőségi mutatói Kelet-Magyarország három megyéjében 1988 és 1990 között. Magy.Nőorv.Lap. 56:225-233.1993.

14. T. Tulandi, H.M Al-Fozan, C.J. Lockwood, S.J. Falk. Evaluation of couples with recurrent pregnancy loss. UpToDate. Literature review current through: Mar 2014. http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-couples-with-recurrent-pregnancy-loss?source=search_result&search=habitual+abortion&selectedTitle=1~59

15. L.J. Alexander; D.K. Lehrmann: First-Trimester Vaginal Bleeding and Complications Later in Pregnancy. Obstet. Gynecol. 2010: 115,(5), 935-944.

XI. MELLÉKLET

1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok
(GYEMSZI tölti ki)

Témaválasztási javaslat	Igen
Delegálás a fejlesztőcsoportba	Igen
Fejlesztőcsoport felkérése	Igen
Egyéni összeférhetetlenségi nyilatkozatok	Igen
Egyéni összeférhetetlenségi nyilatkozatok összefoglaló	Igen
Csoportos nyilatkozata fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról,a szponzori függetlenségéről és az elfogulatlanságról	Igen
Konzultációs feljegyzés(ek)	Igen

Módszertani szűrőértékelés	Igen
Részletes módszertani értékelés(ek)	Igen
Tagozatvezetői nyilatkozatok az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről	Igen

2. A fejlesztés módszerének leírása és a kapcsolódó dokumentumok

A jelen egészségügyi szakmai irányelv a kapcsolódó nemzetközi irányelvek részleges hazai adaptációja. Az adaptáció azért részleges, mert a jelen irányelv csak azokat az ajánlásokat adaptálja, amelyek az irányelv tárgyában készültek. Az irányelvekből átvett, magyarra fordított ajánlások és magyarázatok mögött a kapcsolódó referenciák megjelölése is szerepel, illetve ezen források összegyűjtve a dokumentum Irodalomjegyzék fejezetében külön is feltüntetésre kerültek.

2.1. Fejlesztőcsoport megalakulása, folyamat, és feladatok dokumentálása

A fejlesztőcsoport 2014. január 31-én 10 órától a GYEMSZI Fogaskerekű utcai tanácstermében tartott szakmai ülésen alakult meg.

Az ülésen a következők történtek:

- a fejlesztőcsoport megalakulása,
- a fejlesztőcsoport kapcsolattartójának megválasztása.

Ezt követően a társszerzők többszöri konzultáció és közös, illetve egyéni munka során készítették el a jelen irányelvet.

A jelen szöveget minden társzerző és véleményező tagozat, amely az adaptációban részt vett vagy véleményezőként szerepelt, illetve a Magyar Bábaszövetség, mint szakmai szervezet elfogadta.

2.2. Irodalomkeresés, szelekció

A jelen irányelvnek előzménye nem volt.

A szakirodalom kutatás során a fejlesztőcsoport a G-I-N adatbázisban keresett adaptálható irányelveket a következő keresőszavak alkalmazásával: „antenatal", „prenatal", „risk", „pregnancy". Ezt követően a fellelt irányelveket áttekintették és kiválasztásra került a magyarországi adaptációra alkalmas irányelvek köre.

A fejlesztőcsoport tagja megegyeztek abban, hogy NICE és az ACOG irányelvek ajánlásai kerülnek magyar adaptációra – figyelembe véve a hazai viszonyokat, az ellátórendszer sajátságait és a jelen irányelv tárgyát, illetve – ahol szükséges – további ajánlásokkal egészítették ki azokat (ezek esetében azonban a forrásnak az adott állítás mögött szerepelni kell).

Minden egyéb állítás/ajánlás a felhasznált források (tankönyv, review) szerzői, valamint a fejlesztőcsoport informális konszenzussal kialakított véleményét tükrözi.

A nemzetközileg elismert irányelvfejlesztő társaságok azonos hatókörű, EBM-alapú irányelveit azért nem vette figyelembe a fejlesztőcsoport, mert hazánkban a fenti szervezetek ajánlásai állnak legközelebb a mindennapi gyakorlati betegellátáshoz, így ezek implementálhatók legkönnyebben.

2.3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlásmátrix")

Az ACOG-irányelv nem, míg a NICE-irányelv alkalmaz ajánlás-rangsorolást. A fejlesztőcsoport döntése alapján a NICE-irányelv által alkalmazott, az evidenciák erősségén alapuló rangsorolási jelölés került átvételre az irányelv adaptálása során.

A felhasznált eredeti tanulmányok nem kerültek kritikus értékelésre, a fejlesztőcsoport elfogadta az irányelveket kiadó nemzetközi szervezetek feldolgozásának eredményét, a szakértők véleményét.

2.4. Ajánlások kialakításának módszere

A fejlesztőcsoport a releváns nemzetközi szervezetek irányelveinek ajánlásait tartja iránymutatónak a hazai ellátási gyakorlat vonatkozásában.

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 gyakorlati megvalósításának kötelezettségi szintjét az ajánlások szóhasználatával fejeztük ki, amely a nemzetközi gyakorlatban egyre hangsúlyosabb tendenciát követi.

A fejlesztőcsoport kapcsolattartója a nemzetközi ajánlások hazai átvételének módjára vonatkozóan elkészített kéziratot a fejlesztőcsoport tagjainak megküldte, akik ajánlásonként elfogadták a tervezetet. Az ellátás feltételeire vonatkozó ajánlások esetében szóbeli egyeztetés történt, amelynek alapján az érintett ajánlások alkalmazási feltételei pontosításra kerültek.

A fejlesztőcsoport megvizsgálta a jelen irányelvhez kapcsolódó ajánlások költségigényeit, és konszenzussal arra a véleményre jutott, hogy ezzel a kérdéssel nem kíván foglalkozni az irányelvben.

2.5. Véleményezés módszere és dokumentációja

Az ellátásban érintett egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatoknak a tervezetet eljuttatva a fejlesztőcsoport koordinátora a visszaérkező javaslatokat és véleményeket összesítette, majd a javasolt módosításokat feltüntetve a tervezetet a fejlesztőcsoport tagjainak ismételten elküldte véleményeztetésre. Az elfogadott módosítások beépítésre kerültek.

Az egyeztetés a véleményező tagozatokkal több alkalommal megtörtént, a teljes konszenzus eléréséig.

2.6. Független szakértői véleményezés módszere és dokumentációja

Független szakmai szakértőként a gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvostan, védőnő) és a felnőtt háziorvosi szakterületek minőségügyi szakfőorvosai, valamint a Magyar Bábaszövetség elnöke véleményezték az irányelvet.

Módszertani értékelésre a nemzetközi gyakorlatban elfogadott AGREE II (http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/) értékelési rendszert alkalmazták a módszertani szakértők, amely a szakmai irányelvek bizonyítékokon alapuló módszertanának megfelelőségét vizsgálja. A módszertani szempontoknak való

megfelelést alapvetően a fejlesztési folyamat leírásának pótlásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

2.7. Felülvizsgálat módszertana (opcionális, ha aktuálisan felülvizsgálat történik)

nincs

2.8. Egyéb

nincs

3. Az alkalmazást segítő dokumentumok

3.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.Tájékoztató felelős személy választásáról

Az alábbi tájékoztató 3 példányban készül. Egy marad a vizsgálat helyszínén és a vonatkozó jogszabályok és a helyi járóbeteg-ellátás dokumentációs szabályai szerint kell kezelni. A 2. és 3. példányt a várandós viszi magával. Egyik példány az ő tulajdona, a harmadikat pedig a területileg illetékes védőnő kapja.

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 aláhúzandó) rizikócsoportba 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

3.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1.Rizikófelmérési adatlap kitöltése a terhes 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	

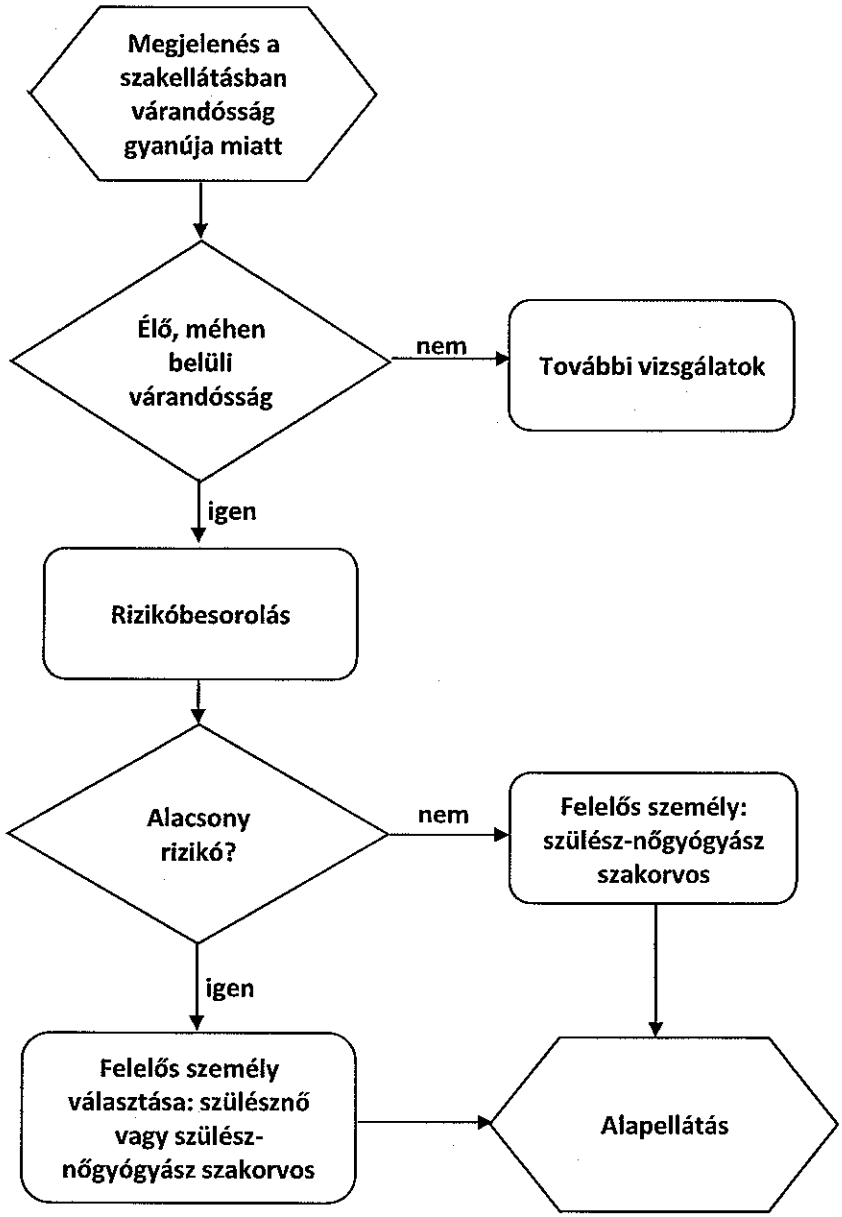
II. RIZIKÓTÉNYEZŐK: A VÁRANDÓSSÁG ELŐTT ISMERT VAGY A GRAVIDA ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE SORÁN FELISMERT BETEGSÉGEK, ÁLLAPOTOK	
Rizikótényezők	Fennáll-e a kockázat? (+/-)
5. Rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (naponta 10 szálnál többet)?	
6. HIV- vagy hepatitis B-, C-fertőzés, STD	
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. Habituális vetélés	
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, conisatio	
19. Koraszülés	
20. Praeeclampsia, HELLP-szindróma	
21. Rh(D)-isoimmunisatio	
22. Magzati retardatio	
23. Gestatiós diabetes	
24. Újszülött súlya 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:			

3.3. Táblázatok

nincs

3.4. Algoritmusok

1. ÁBRA. Felelős személy választásának folyamata