

Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokols

Rīgā

2014.gada 5.martā

Piedalās Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes (turpmāk – Padome) locekļi:

- | | |
|-------------------------------|---|
| Dace Rezeberga | - Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā |
| Dace Gardovska | - Veselības ministrijas galvenais speciālists pediatrijā |
| Enoks Biķis | - Latvijas Pediatru asociācijas prezidents |
| Maira Jansone | - valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja |
| Renāte Frišfelde | - „Krīzes grūtniecības centrs” pārstāve |
| Kristīne Embure -
Zapoļska | - Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente |
| Inta Gaide | - Latvijas Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas asociācijas pārstāve |
| Jevgēnijs Kalējs | - Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs |
| Annele Tetere | - Resursu centrs sievietēm „Marta” dzimumu līdztiesības politikas koordinatore |

Nepiedalās Padomes locekļi:

- | | |
|-----------------|---|
| Iveta Ķelle | - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas “Papardes zieds” – valdes priekšsēdētāja |
| Inese Bļodniece | - Latvijas Neonatologu biedrības priekšsēdētāja |
| Sandija Salaka | - Vecāku apvienības „Māmiņu klubs” vadītāja |
| Rita Lugojska | - Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja |
| Līga Kozlovska | - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas prezidente |
| Lelde Poprocka | - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle |
| Dita Raiska | - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības vadītāja |
| Līga Rudzīte | - Latvijas Jaunatnes padomes valdes locekle |
| Līga Vasara | - Latvijas Mājdzemdību ģimeņu apvienības valdes priekšsēdētāja |
| Silvija Šimfa | - Latvijas Pašvaldību savienības padomniece sociālajos un veselības jautājumos |

Piedalās:

Antra Valdmane	- Veselības ministrija, Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja
Valentīna Berga	- Veselības inspekcija, Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas vadītāja
Irisa Zīle	- Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības, statistikas un veselības veicināšanas departamenta Veselības statistikas nodaļas veselības aprūpes statistiķe
Andrejs Doveiks	- Nacionālā veselības dienesta direktora vietnieks veselības aprūpes administrēšanas jautājumos
Līga Gaigala	- Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļas vadītāja
Renāte Pupele	- Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta direktora vietniece neatliekamās medicīnas palīdzības jautājumos
Ilze Kreicberga	- Latvijas Neonatologu biedrības pārstāve
Diāna Antona	- Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības vadītājas biedre
Valērija Muižniece- Briede	- Veselības ministrija, Sabiedrības veselības aprūpes departamenta Starpnozaru sadarbības nodaļas vecākā referente
Ivars Zvīdris	- Jēkabpils reģionālās slimnīcas valdes priekšsēdētājs
Inguna Kalēja	- Jēkabpils reģionālās slimnīcas PAC nodaļas vadītāja
Andris Blimhens	- Jēkabpils reģionālās slimnīcas Dzemdību – ginekoloģijas nodaļas vadītājs
Ilze Smiltāne	- Kuldīgas slimnīcas Dzemdību nodaļas vadītāja
Ramona Irbe	- Kuldīgas slimnīca, neonatologs
Pāvels Ļubenko	- Rēzeknes slimnīcas Dzemdību – ginekoloģijas nodaļas vadītājs
Solvita Krūze	- Tukuma slimnīcas Dzemdību nodaļas vadītāja

Darba kārtība:

Sēdes tēma: Ķeizargriezienu un dzemdību sarežģījumu īpatsvars. Perinatālā mirstība.

1. Ķeizargriezieni Latvijā un citas perinatālās medicīnas aktualitātes (*D.Rezeberga, Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā*)
2. Perinatālās mirstības rādītāji, cēloņi un plānotie pasākumi situācijas uzlabošanā - slimnīcu viedokļi (*Jēkabpils reģionālā slimnīca, Rēzeknes slimnīca, Kuldīgas slimnīca, Tukuma slimnīca*)
3. Diskusijas, kopsavilkums.

1. Keizargriezieni Latvijā un citas perinatālās medicīnas aktualitātes

(D.Rezeberga)

D.Rezeberga, Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā, iepazīstina klātesošos ar dzemdību, ķeizargriezienu, perinatālās un mātes mirstības statistikas datiem. Dzemdību skaits pēdējos gados ir palielinājies (2013.gadā – 20089 dzemdības, tas ir par 688 dzemdībām vairāk nekā 2012.gadā). Skaita ziņā lielākās (virs 1000 dzemdībām gadā) dzemdību nodaļas ir Rīgā (Rīgas Dzemdību nams, P.Stradiņa KUS) Jūrmalā un Daugavpilī. Latvijā ir vairākas dzemdību nodaļas ar salīdzinoši mazu dzemdību skaitu (piemēram, Tukums, Preiļi, Ogre, Madona, Gulbene- Balvu apvienība), arī Jēkabpilī, kur ir perinatālās aprūpes centrs, dzemdību skaits 540 uzskatāms par salīdzinoši mazu perinatālās aprūpes centra kompetences uzturēšanai. Pēc Pasaules veselības organizācijas rekomendācijām minimālais dzemdību skaits stacionārā dzemdību nodaļā – 500. 2013.gadā bijušas 235 plānotas ārpusstacionāra dzemdības.

Pēdējos trīs gados ķeizargriezienu skaitam ir tendence samazināties. 2013.gadā ķeizargriezienu skaits bija 21,3% no visu dzemdību skaita, kas tomēr vēl joprojām ir salīdzinoši augsts rādītājs. Ķeizargriezienu īpatsvara atšķirības vērojamas arī starp dzemdību nodaļām, atsevišķās pārsniedzot vidējo rādītāju valstī. Ķeizargrieziens ir nopietna operācija, jāsamēro ieguvums pret riskiem. Lai analizētu ķeizargriezienu rādītājus (*ārstniecības iestādē*) jāņem vērā arī citi rādītāji, tai skaitā perinatālās mirstības rādītāji (nedrīkstētu būt augsts ķeizargriezienu rādītājs kopā ar augstu perinatālās mirstības rādītāju vai arī zems ķeizargriezienu rādītājs, bet augsta perinatālā mirstība).

Pēc Pasaules veselības organizācijas ieteikumiem, optimālais ķeizargriezienu skaits būtu aptuveni 15%.

Ķeizargriezienu operācijā pakāpeniski ir notikusi pāreja no vispārējās anestēzijas uz spinālo anestēziju. Narkozes veids ir viens faktoriem, kas ietekmē ķeizargriezienu risku. Latvijā vidēji 4% ir vispārējā anestēzija (un tā, piemēram, neatliekamajos gadījumos ir nepieciešama), taču atsevišķās dzemdību nodaļās procentuāli šis skaits ir lielāks, piemēram, Rēzeknē, Priekulē, Ventspilī, Dobelē.

Iepazīstina ar ķeizargriezienu tendencēm Rīgas Dzemdību namā. Ķeizargriezienu skaits Rīgas Dzemdību namā kopš 2009.gada ir samazinājies (2013.gadā – 21%). Indikācija plānotam ķeizargriezienam visbiežāk ir rēta uz dzemdes. Vērš uzmanību, ka pēc literatūras datiem aptuveni 73% (*sieviešu*) ar dzemdes rētu var dzemdēt. Tomēr speciālistu vidū ir saglabājies priekšstats, ka visos šajos gadījumos nepieciešams ķeizargrieziens. Arī augļa iegurņa priekšguļas gadījumā jāizvērtē pacientes spēja dzemdēt, jāizvērtē ārējas (*augļa*) apgrozības iespējas. Indikācija plānotam ķeizargriezienam ir arī acu ārsta vai citu speciālistu nozīmējums, u.c.

Indikācijas akūtam ķeizargriezienam: dzemdes rēta, augļa iegurņa priekšguļa, augļa distress (šajos gadījumos ir būtiski veikt un nodrošināt pilnvērtīgu augļa monitorēšanu (kardiotokogrāfija, invazīvā monitorēšana)), u.c.

Rīgas Dzemdību namā ir samazinājies ķeizargriezienu skaits pēc okulista slēdziena (2012.gadā – 1,3%, 2011.gadā – 3,4%), jo notiek aktīva sadarbība ar speciālistiem,

lai izvērtētu ķeizargrieziena nepieciešamību. Ne visas acu slimības ir indikācijas ķeizargriezienam.

Jāņem vērā, ka ķeizargrieziens, īpaši atkārtots, ir ļoti nopietna operācija, tādēļ slimnīcā, kur to veic jābūt nodrošinātai ar visu nepieciešamo neatliekamo palīdzību. Ķeizargriezienu skaitu dzemdību nodaļā ietekmē arī ārstu nostāja un personīgā pieredze.

Ķeizargriezienu skaita samazināšanas ceļi:

- sabiedrības uzskatu maiņa (ķeizargrieziens nav nekaitīga, prognozējama, ērta dzemdību metode, bet saistīta ar tūlītējiem un ilgtermiņa riskiem kā mātei tā bērnam; ir iespējamās dzemdības ar dzemdes rētu; ir iespējamās dzemdības ar augli iegurņa priekšguļā);
- jāpaaugstina ginekologu, dzemdību speciālistu kompetence, sadarbība starp antenatālo un intranatālo posmu;
- Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr. 611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.611) noteikts, ka speciālistam, kas nosūta uz ķeizargrieziena operāciju, indikācijas ir jāpamato, lēmumu pieņem dzemdību speciālists, kas vadīs dzemdības;
- jāuzlabo augļa monitorēšanas iespējas (tehnoloģijas, KTG interpretācija);
- dzemdību atsāpināšanas metožu piedāvājuma klāsta un pieejamības paplašināšana (iekļaut samaksā par pakalpojumu «dzemdības» - tarifa paaugstināšana);
- sadarbība ar profesionālajām asociācijām ķeizargrieziena indikāciju izvērtēšanai;
- lokālu principu/protokolu/algoritmu izstrādāšana dzemdību nodaļās;
- kvalitātes vadības sistēma stacionārā (izvirza par mērķi samazināt ķeizargriezienu skaitu, perinatālo mirstību un izstrādā tam stratēģiju; nodrošina galveno kvalitātes rādītāju analīzi un tendences (ķeizargrieziens/perinatālā mirstība)).

Perinatālā mirstība 2013.gadā vidēji valstī ir bijusi 7,3. Arī šeit pastāv atšķirības starp dažādām dzemdību nodaļām.

2013.gadā bijuši 5 mātes mirstības gadījumi (2 tieši saistīti ar grūtniecību un 3 – netieši). 2013.gadā tika uzsākta Mātes mirstības konfidenciālā analīze. Informē par Mātes mirstības konfidenciālā analīzes sistēmas darbu un būtību, pirmo pieredzi un secinājumiem.

2013.gadā tika uzsākta Mātes veselības kritisko gadījumu analīze (P.Stradiņa KUS, Rīgas Dzemdību namā, Daugavpilī, Valmierā). 2014.gadā tiks uzsākts Perinatālās mirstības konfidenciālais audits, izveidojot likumisko/dokumentālo bāzi, formulējot gadījumus (iznestu bērnu perinatālā mirstība), informējot asociācijas, sabiedrību.

Maira Jansone, P.Stradiņa KUS Perinatālās aprūpes centra vadītāja, informē par ķeizargriezienu skaita dinamiku un tendencēm P.Stradiņa KUS. Uzsver, ka ārēju apgrozījumu var veikt tikai stacionāra apstākļos, jo nav pietiekami daudz apmācītu speciālistu, kas to varētu veikt. Dzemdību speciālists, kas vadīs dzemdības, ir

tiesīgs izlemt par dzemdību veidu un citu speciālistu (piemēram, oftalmologu, traumatologu, neirologu) viedoklim ir rekomendējošs raksturs. Šis jautājums būtu jāpārrunā ārstu asociācijās.

D.Rezeberga izsaka priekšlikumu nostiprināt šo jautājumu MK Noteikumos Nr.611.

J.Kalējs, Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs, norāda, ka iepriekš Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas nostāja ķeizargriezienu jautājumā bijusi citāda, piemēram, attiecībā uz dzemdībām ar dzemdes rētu. Uzsver, ka ķeizargriezienu skaitu absolūtos skaitļos nevar saistīt ar perinatālo mirstību, jo tā samazinās.

D.Gardovska, Veselības ministrijas galvenais speciālists pediatrijā, uzsver kvalitātes vadības nozīmi, kritisko gadījumu vērtējumu dzemdību nodaļās.

V.Berga, Veselības inspekcijas Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas vadītāja, vērš uzmanību, ka dzemdību speciālistam, kurš vadīs dzemdības, jāizvērtē indikācijas, jāapkopo iesniegtie citu speciālistu slēdzieni un jāsniedz īss apkopojums, ierakstot to medicīniskajā dokumentācijā, lai būtu apstiprinājums, ka šie speciālistu slēdzieni ir izvērtēti un par tiem sniegts viedoklis. Speciālistu slēdzienu tomēr nevar absolūti ignorēt. Ministru kabineta noteikumu Nr.60 (*Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”*) 17.punktā ir noteikta iekšējā kvalitātes kontroles sistēma iestādē, katrā nodaļā tāda būtu arī jāveido.

2. Perinatālās mirstības rādītāji, cēloņi un plānotie pasākumi situācijas uzlabošanai - slimnīcu viedokli

(A.Blimhens, I.Kalēja, P.Ļubenko, I.Smiltāne, S.Krūze)

2.1. Jēkabpils reģionālā slimnīca

A.Blimhens, Jēkabpils reģionālās slimnīcas Dzemdību – ginekoloģijas nodaļas vadītājs, informē par ķeizargriezienu skaita tendencēm un perinatālo mirstību Jēkabpils reģionālās slimnīcas dzemdību - ginekoloģijas nodaļā.

Ķeizargriezienu skaits laika periodā no 2010.gada nav būtiski mainījies (aptuveni 22 - 24% no visām dzemdībām). Pēc ķeizargriezienu veida vairāk ir atkārtotu ķeizargriezienu (rētas uz dzemdes dēļ) – 2013.gadā 57% no visiem ķeizargriezieniem. Šo skaitu varētu samazināt, strādājot gan ar ambulatorās aprūpes sniedzējiem, gan grūtniecēm, lai veicinātu dabisku dzemdību izvēli. Ir arī neatliekami ķeizargriezieni neatliekamam indikāciju dēļ (22-27%) un citi iemesli ķeizargriezienam (arī šo sadaļu būtu iespējams samazināt). Iepazīstina ar ķeizargriezienu veidu un to ietekmējošo faktoru analīzi. Invazīvo novērošanas metožu pieejamība varētu samazināt ķeizargriezienu nepieciešamību, jo kardiokogrāfijas rādītāji ātrāk liek izšķirties par ķeizargriezienu.

Attiecībā par perinatālās mirstības rādītājiem, norāda, ka slimnīcas dati neatbilst iepriekš norādītajiem skaitļiem. Laikā periodā no 2010.gada līdz 2013.gadam vidēji gadā ir nomiruši 1-2 bērni, kuri ir dzimuši dzemdību nodaļā. Informē par mirstības rādītāju dinamiku analīzi uz 1000 dzīvi dzimušiem dzemdību nodaļā un

salīdzinoši Latvijā kopumā. Sāpīgs jautājums ir augļa antenatāla bojāeja, jo šis skaitlis ir nemainīgs 4-6 gadījumi gadā. Antenatālā mirstība ietver ne tikai Jēkabpili, bet arī apkārtējos rajonus (Madona, Daugavpils, Aizkraukle, Kārsava, Riebiņu pag.). Iepriekš minētais ietekmē arī dzemdību nodaļas statistiskos rādītājus. Apmēram puse no antenāli bojā gājušo bērnu mātēm nav bijušas grūtniecības uzskaitē. Izsaka priekšlikumu aktīvāk iesaistīties ģimenes ārstiem, veicinot grūtnieces stāšanos uzskaitē.

Priekšlikumi pasākumiem perinatālās mirstības samazināšanai:

- sekmēt agrīnu stāšanos uzskaitē, starpprofesionālu sadarbību, samazinot risku piedzimt bērnam ar veselības problēmām, jo savlaicīgi tiek atklāti un novērsti iespējamie riska faktori gan bērna, gan mātes veselībai;
- uzlabot perinatālo iedzimto anomāliju diagnostiku un mātes veselību;
- veicināt topošo vecāku atbildības sajūtu par savu un bērna veselību;
- uzlabot grūtnieču aprūpi, samazinot nepieciešamību pēc ķeizargrieziena veikšanas (apsvērt epidurālas anestēzijas izmantošanas iespējas, kas pašlaik ir sarežģīti anesteziologu noslodzes dēļ) un mazinot dzemdību sarežģījumu īpatsvaru.

I.Kalēja, Jēkabpils reģionālās slimnīcas PAC nodaļas vadītāja, informē par Jēkabpils perinatālā centra darbību. Centrā nonāk jaundzimušie un neiznestie priekšlaikus dzimušie bērni no 4 dzemdību nodaļām (Rēzekne, Preiļi, Daugavpils un Jēkabpils dzemdību nodaļas). Kopumā gadā šajās dzemdību nodaļās ir aptuveni 2500 dzemdību un no šīm dzemdībām Jēkabpils perinatālās aprūpes centrā katru gadu nonāk aptuveni 250 jaundzimušo, no kuriem apmēram 125- 130 bērni ir priekšlaikus dzimuši, pārējie bērni ir ar dažādām saslimšanām. Pēc diagnozēm vislielāko procentu veido elpošanas traucējumi, otrā vietā - intrauterīnas infekcijas. No iedzimtām patoloģijām - iedzintas sirdskaites - 8 gadījumi 2013.gadā. Vērš uzmanību, ka tikai vienā no šiem gadījumiem patoloģija konstatēta antenatāli. Bieži satopami iedzimti gremošanas trakta traucējumi.

Iepazīstina ar datiem par jaundzimušo mirstību līdz 28.dienai attiecībā pret ārstēto pacientu skaitu un sadalījumā pēc dzīvesvietas, jo centrā nonāk pacienti no visa Latgales reģiona. Attiecībā uz perinatālo mirstību, liela problēma ir dziļi neiznesti (līdz 28.gestācijas nedēļai) bērni (2012.g – 9 pacienti, 2013.g. – 6 pacienti), atzīmē, ka daļā šo gadījumu grūtnieces iestājas dzemdību nodaļā salīdzinoši vēlu un nav iespējams sagatavoties dzemdībām, nodrošinot hormonālo terapiju, tādēļ ar šiem jaundzimušajiem strādāt ir grūti.

Informē par statistikas datiem zīdaiņu mirstībā sadalījumā pa diagnozēm. 2013.gadā bijuši 3 perinatālās mirstības gadījumi, 2012.g. – 9, 2011.g. – 8, 2010.g. – 4. Pasākumi perinatālās mirstības samazināšanai:

- sekmēt grūtnieču agrīnu stāšanos uzskaitē un regulāru novērošanu;
- pilnveidot grūtnieču izglītošanu, lai samazinātu smēķētāju skaitu, atkarību izraisošo vielu lietotāju skaitu, novēlotu stacionēšanos;
- nodrošināt atbilstošu stacionārā ārstēšanas gadījumu apmaksu.

D.Rezeberga vērš uzmanību, ka dzemdētājas līdz 28.grūtniecības nedēļai būtu jāpārved uz Rīgu.

I.Kalēja piekrīt, bet ne vienmēr ir iespējams paspēt to izdarīt, jo dzemdības ir jau sākušās.

D.Rezeberga vēlas precizēt informāciju par antenatāliem gadījumiem, kāpēc tie netiek vesti uz tuvāko dzemdību nodaļu.

A.Blimhens sniedz situācijas skaidrojumu, minot par piemēru konkrētu pārvešanas gadījumu.

Notiek diskusija par pārvešanu, atgriezenisko saiti informācijai apmaiņai starp ārstniecības iestādēm, gadījumu analīzi, patanatomijas slēdzienu, agrīnu anomāliju diagnostiku un speciālistu kompetenci diagnostikā (*A.Blimhens, R.Pupele, D.Rezeberga, I.Kalēja, P.Ļubenko, D.Gardovska*).

2.2. Rēzeknes slimnīca

P.Ļubenko, Rēzeknes slimnīcas Dzemdību – ginekoloģijas nodaļas vadītājs, norāda, ka Rēzeknes slimnīcas dzemdību nodaļā laika periodā no 2008. – 2012.g. bijuši 5 mirstības gadījumi un 18 nedzīvi dzimuši, nevis kā norādīts saņemtajā informācijā no Veselības ministrijas – 35. Nepiekrīt šiem datiem.

Izraisās diskusija par statistikas datu apkopošanu un informācijas apmaiņu starp ārstniecības iestādēm, sociālo faktoru ietekmi uz antenatālo un perinatālo mirstību (*D.Rezeberga, I.Kreicberga, P.Ļubenko, I.Zīle, I.Kalēja, A.Blimhens, D.Gardovska, I.Zvīdris*).

P.Ļubenko iepazīstina klātesošos ar Rēzeknes slimnīcas dzemdību nodaļas dzemdību, perinatālās mirstības statistikas datiem un tendencēm (2008.-2012.g.). Perinatālā mirstība 7.7%. Visi 18 nedzīvi dzimušie gāja bojā antenatāli, no tiem neiznestie 13 (72 %). Mirušie—5, no tiem 4 neiznestie. Ierosināta 1 krimināllietasieviete nebija uzskaitē, dzemdēja lauku mājā tualetē.

2013.gadā – dzemdību skaits – 585; perinatālā mirstība – 8,4%; nedzīvi dzimuši - 5. Perinatālas mirstības galvenie cēloņi – hipoksiskie stāvokļi un intrauterīna infekcija uz neiznestības fona.

I.Zīle, Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības, statistikas un veselības veicināšanas departamenta Veselības statistikas nodaļas veselības aprūpes statistiķe, paskaidro statistikas datu apkopošanas kārtību. Katra ārstniecības iestāde aizpilda un nosūta jaundzimušo reģistra kartes gan par dzīvi, gan nedzīvi dzimušiem. Statistiski dati par perinatālo mirstību tiek attiecināti uz vietu (ārstniecības iestādi), kur bērns ir dzimis, nevis uz vietu, kur bērns ir miris.

D.Rezeberga izsaka priekšlikumu ārstniecības iestādēm sadarbībā ar Slimību profilakses un kontroles centra Jaundzimušo reģistru noskaidrot perinatālās mirstības datu nesakritības par 2012.gadu Jēkabpils reģionālajā slimnīcā un Rēzeknes slimnīcā.

P.Ļubenko iepazīstina ar datiem par ķeizargriezienu īpatsvaru (14,4%), no tiem 55% plāna operācijas. Anestēzijas veidu nosaka anesteziologs.

D.Rezeberga jautā par priekšlaicīgi dzimušo bērnu īpatsvaru, vai šie gadījumi tiek analizēti.

P.Ļubenko atbild, ka tas varētu sasniegt aptuveni 6%, jo ne vienmēr var paspēt dzemdētāju pārvest (*uz Jēkabpils reģionālo slimnīcu*). Sniedz skaidrojumu par konkrētiem gadījumiem.

2.3. Kuldīgas slimnīca

I.Smiltāne, Kuldīgas slimnīcas Dzemdību nodaļas vadītāja, informē par perinatālās mirstības gadījumiem un cēloņiem Kuldīgas slimnīcas dzemdību nodaļā laika periodā no 2008. – 2013.g. (2008.g. – 7 gadījumi/13‰ (6 no tiem gājuši bojā antenatāli); 2009.g. – 8 gadījumi/12‰ (6 no tiem gājuši bojā antenatāli); 2010.g. – 5 gadījumi/8‰ (4 no tiem gājuši bojā antenatāli); 2011.g. – 8 gadījumi/12‰ (3 no tiem gājuši bojā antenatāli); 2012.g. – 4 gadījumi/6‰ (1 no tiem gājis bojā antenatāli); 2013.g. – 2 gadījumi/3,4‰ (1 no tiem gājis bojā antenatāli)).

Vērš uzmanību, ka patologu slēdzieni ir ilgi jāgaida (aptuveni mēnesi) un tie ir mazinformatīvi. Uzsver, ka būtiski samazinājies antenatāli bojā gājušo skaits.

Plānotie pasākumi perinatālās mirstības samazināšanai:

- personāla kvalifikācijas paaugstināšana, jaundzimušo reanimācijas kursu apmeklējums;
- patstāvīga augļa sirdstoņu monitorēšana patoloģisku dzemdību gadījumā;
- plašāk lietot amnioinfūziju hronisku augļa hipoksiju rezultātā;
- rūpīgāk izvērtēt grūtnieces ar ieilgušu prelimināro periodu, "sāpīgām augļa kustībām", paaugstinātu ķermeņa temperatūru mātei dzemdībās.

Informē par ķeizargriezienu skaita dinamiku un tendencēm. Skaits saglabājas konstants 25% robežās pārsvarā akūti (*neplānoti*).

Akūto ķeizargriezienu galvenie iemesli: akūta augļa hipoksija, asfiksija. Hroniska augļa hipoksija ar pāreju akūtā; dzemdes disfunkcija primāra, sekundāra, dzemdes kakla distocija, neefektīva dzemdību darbības indukcija; margināli piestiprinātas placenta asiņošana, normāli novietotas placentas priekšlaicīga atslāņošanās; augļa galviņas-mātes iegurņa klīniska disproporcija.

Plānveida ķeizargriezienu galvenie iemesli: rēta uz dzemdes (bieži vien grūtniece jau no pirmajām grūtniecības nedēļām antenatālā aprūpē tiek noskaņota uz ķeizargriezienu nepieciešamību pat neizvērtējot dabisku dzemdību iespēju); mātes ekstragenitālas saslimšanas-mugurkaula starpskriemeļu disku trūces, galvas smadzeņu malformācijas vai stāvoklis pēc operācijas, acs tīklenes problēmas; stāvoklis pēc IVF; nepareiza augļa guļa; mātes ģenitālas patoloģijas-lieli miomas mezgli, ak.herpes vīrusa infekcija, masīvas maksts kondilomas.

Iespējas samazināt ķeizargriezienu skaitu:

- palielināt spontānu dzemdību skaitu grūtniecēm ar rētu uz dzemdes, izvērtējot ķeizargriezienu nepieciešamību, rētas stāvokli, placentas lokalizāciju;
- veicināt grūtnieces līdzestību dabīgu dzemdību procesā, izskaidrojot operatīvu dzemdību ietekmi uz māti un bērnu;

- ciešāka dzemdību nodaļas speciālistu sadarbība ar antenatālās aprūpes speciālistiem, kopā izvērtējot un uzstādot indikācijas ķeizargriezienam;
- sadarboties ar neirologu un okulistu asociācijām, izstrādāt rekomendācijas operatīvām dzemdībām;
- grūtniecēm ar negatīvu dzemdību pieredzi, kas pieprasa „maksas” ķeizargriezienu, piedāvāt epidurālo anestēziju u.c. atsāpināšanas veidus.

Vērš uzmanību uz speciālistu (*ginekologu*) informētības par ķeizargriezienu indikācijām paaugstināšanas nepieciešamību, tai skaitā attiecībā uz grūtniecēm ar dzemdes rētu. Praksē nedarbojas princips, ka grūtnieču antenatālā aprūpe tiek veikta līdz 41.grūtniecības nedēļai un grūtnieces 37.-38.grūtniecības nedēļā jau tiek nosūtītas uz dzemdību nodaļu un dzemdību nodaļa reizēm veidojas kā ambulatorais stacionārs. Sarunā ar grūtnieci jāinformē par ķeizargriezienu un tā riskiem un spontānu dzemdību priekšrocībām.

D.Gardovska jautā vai būtu nepieciešams grūtnieci, kurai tiek plānots ķeizargrieziens, pirms tam nosūtīt uz ambulatoru konsultāciju dzemdību nodaļā, lai dzemdību speciālists izvērtētu un apstiprinātu ķeizargriezienu nepieciešamību. Notiek diskusija par grūtnieču ambulatorās (dzemdību speciālists, anesteziologs) konsultēšanas iespējām slimnīcas dzemdību nodaļā vai uzņemšanas nodaļā (*D.Gardovska, I.Smiltāne, D.Rezeberga, J.Kalējs, I.Kreicberga, L.Gaigala*).

Pašlaik par ginekologa ambulatora konsultāciju grūtniecei Nacionālais veselības dienests apmaksu veic, anesteziologa ambulatoru konsultāciju grūtniecei neapmaksā (anesteziologa konsultācija Noteikumos Nr.611 nav noteikta).

2.4. Tukuma slimnīca

S.Krūze, Tukuma slimnīcas dzemdību nodaļas vadītāja, informē par perinatālās mirstības gadījumiem un cēloņiem Tukuma slimnīcas dzemdību nodaļā laika periodā no 2008. – 2012.g. 17 gadījumi uz 1742 dzemdībām (11 gadījumos – antenatāla augļa nāve; 10 gadījumos – priekšlaicīgas dzemdības no 22.-28.ned.; 4 gadījumos – postnatāla augļa nāve; 2 gadījumos – intranatāla augļa nāve).

Vērš uzmanību, ka priekšlaicīgu dzemdību gadījumā ne vienmēr ir iespējams paspēt pārvest grūtnieci. Norāda, ka patologa slēdziens nesniedz pietiekamu informāciju par antenatālās nāves cēloni un ilgi jāgaida atbilde.

Perinatālās mirstības cēloņi ir nepietiekama un nepilnvērtīga grūtniecības vadīšana, neizvērtējot visus iespējamus riskus; sociāli-ekonomiskais stāvoklis; smēķēšana, zems sieviešu izglītības līmenis un nerūpēšanās par savu veselību.

Pasākumi perinatālā riska samazināšanai:

- gadījumu analīze, sadarbojoties ar ambulatorā dienesta ginekologiem;
- uzlabot sadarbību ar sociālajiem darbiniekiem, ja tas nepieciešams;
- nepieciešami precīzāki pat.anatomijas slēdzieni – esošie lielākoties nedod precīzu un izsmeļošu informāciju par nāves cēloņiem.

Ierosina par priekšlaicīgām uzskatīt dzemdības no 25.-26. nedēļām, nevis 22. jo auglis nav dzīvotspējīgs.

Informē par ķeizargriezienu skaita dinamiku un tendencēm. Ķeizargriezienu skaits pēdējos gados samazinās. Nav bijuši nekādi nopietni sarežģījumi pēdējās operācijas

periodā. Proporcionāli prevalē plānveida ķeizargriezieni, kas liecina par pārdomātu dzemdību atrisinājumu. Nedaudz pieaug vaginālo dzemdību skaits pēc iepriekšējiem ķeizargriezieniem (2013.g.-5 gadījumi). Lai samazinātu plānveida atkārtotu ķeizargriezienu skaitu, nepieciešams veikt lielāku izglītojošo darbu visas grūtniecības laikā palielinot un pierādot vaginālu dzemdību priekšrocības. Rekomendēt ārējo apgrozījumu ja auglis ir iegurnā priekšguļā.

R.Pupele, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests direktora vietniece neatliekamās medicīnas palīdzības jautājumos, aktualizē jautājumu par jaundzimušā, kas dzimuši plānotās mājdzemdībās un kuriem nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība stacionārā pārvešanas iespējām.

S.Krūze paskaidro, ka Tukuma slimnīcā sniedz neatliekamo palīdzību jaundzimušajam, informē par konkrētu gadījumu.

3. Diskusijas, kopsavilkums

(D.Rezeberga)

I. Kreicberga, Latvijas Neonatologu biedrības pārstāve, vērš uzmanību, ka netiek pietiekami uzsvērta nepieciešamība noteikt augļa sirdstoņus un intranatālas augļa augšanas aiztures izvērtējums nav pietiekams. Būtu nepieciešams standarta apskates protokols.

Par minēto izraisās diskusija (*I.Kreicberga, A.Blimhens, D.Rezeberga, M.Jansone*).

J.Kalējs izsaka priekšlikumu organizēt speciālistu apmācības ESF ietvaros.

D.Rezeberga apkopo sēdē pārrunāto:

1. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijai nepieciešams aktualizēt klīniskās rekomendācijas dzemdību vadīšanai ar rētu uz dzemdes;
2. Nepieciešams precizēt Noteikumus Nr.611, paredzot, ka lēmumu par ķeizargriezienu pieņem dzemdību iestāde, paredzot šīm grūtniecēm valsts apmaksātu ambulatoru konsultāciju dzemdību nodaļā, tai skaitā anesteziologa konsultāciju;
3. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija uzņemas sazināties ar citām profesionālajām asociācijām jautājumā par ķeizargriezienu indikācijām;
4. Padomes vārdā sagatavot vēstuli valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Patoloģijas dienestam par patologu slēdzieniem;
5. Ārstniecības iestādēm sadarbībā ar Slimību profilakses un kontroles centra Jaundzimušo reģistru precizēt perinatālās mirstības datu nesakritības par 2012.gadu Jēkabpils reģionālajā slimnīcā un Rēzeknes slimnīcā;
6. Jāturpina darbs pie ķeizargriezienu skaita ierobežošanas;
7. Izvērtēt iespēju kvalitātes kritēriju grūtnieču aprūpes definēšanai (savlaicīga diagnostika, zināšanas, prasmes, atgriezeniskā saite).

Noslēdzot sēdi, tiek apstiprināts iepriekšējās sēdes protokols bez iebildumiem. Nākamās sēdes datums tiks precizēts un Padomes locekļi par to tiks informēti elektroniski.

Sēdes vadītāja

D.Rezeberga

Sēdes protokolētāja

I.Arzova