

**Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes
sēdes protokols Nr.5**

Rīgā

2011.gada 9.martā

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| Diāna Antona | - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu māsu apvienības prezidentes biedre |
| Marika Bērtule | - „Krīzes grūtniecības centrs” vadītāja |
| Enoks Biķis | - Latvijas Pediatru asociācijas prezidents |
| Kristīne Embure-Zapoļska | - Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente |
| Inta Gaide | - Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas asociācijas pārstāve |
| Dace Gardovska | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu slimību klīnikas vadītāja |
| Maira Jansone | - VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja |
| Jevgēnijs Kalējs | - Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs |
| Līga Kozlovskā | - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas priekšsēdētāja |
| Ilze Kreicberga | - Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” galvenā neonatoloģe |
| Dace Matule | - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas „Papardes zieds” prezidente |
| Dzintars Mozgis | - Veselības ministrijas galvenais speciālists bērnu slimībās un bērnu ķirurģijā |
| Rita Lugovska | - Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja |
| Dace Rezeberga | - Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente |
| Dina Sviridova | - Latvijas Neonatologu asociācijas pārstāve |
| Nepiedalās Padomes locekļi: | |
| Silvija Šimfa | - Latvijas Pašvaldību savienības padomniece sociālajos un veselības jautājumos |
| Annele Tetere | - Resursu centrs sievietēm „Marta” dzimumu līdztiesības politikas koordinatore |
| Irēna Kondrāte | - Rīgas Domes Labklājības departamenta Veselības pārvaldes priekšniece |
| Sarmīte Veide | - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidente |

Piedalās:

- | | |
|---------------------|--|
| Ieva Grīnfelde | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas ārste ģenētiķe |
| Jānis Bārs | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas Prenatālās diagnostikas nodaļas vadītājs |
| Zita Krūmiņa | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas ārste ģenētiķe |
| Aigars Pētersons | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnikas vadītājs |
| Ainārs Ģīlis | - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnikas virsārsts |
| Sandra Kušķe | - SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” klīnikas „Biķernieki” Latvijas Bērnu dzirdes centra vadītāja |
| Sandra Kide | - SIA „Cēsu klīnika” |
| Janīna Gregorjeva | - SIA „Daugavpils reģionālā slimnīca” vecmāte |
| Zeltīte Zaļaiskalna | - SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca" galvenā ārste |
| Mirdza Siliņa | - SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca" Dzemdību nodaļas vadītāja |
| Andris Upminis | - SIA "Ģimenes centra klīnika" galvenā māsa |
| Solveiga Ābola | - SIA „Jelgavas pilsētas slimnīca” virsārsts |
| Oksana Slobodjana | - SIA „Jelgavas pilsētas slimnīca” Dzemdību un ginekoloģijas nodaļas vadītāja |
| Inguna Kalēja | - SIA „Jēkabpils slimnīca” Perinatālā centra vadītāja |
| Ramona Irbe | - SIA „Kuldīgas slimnīca” neonatoloģe |
| Ilze Smiltāne | - SIA „Kuldīgas slimnīca” ginekologs, dzemdību speciālists |
| Inese Medvecka | - SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” virsārste – pediatre |
| Inga Vēvere | - SIA „Liepājas reģionālā slimnīca” virsārsts - ginekologs |
| Ināra Ližbovska | - SIA "Madonas slimnīca" Apvienotās bērnu, ginekoloģijas un neiroloģijas nodaļas vadītāja, pediatre |
| Natālija Muravjova | - SIA "Ogres rajona slimnīca" Dzemdību nodaļas vadītāja, ginekologs |
| Valdis Urtāns | - VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Jaundzimušo aprūpes bloka vadītājs |
| Jeļena Civako | - SIA „Rēzeknes slimnīca” izpilddirektore ārstniecības jautājumos |

Ingrīda Savicka	- SIA „Rēzeknes slimnīca” Veselības aprūpes dienesta vadītāja
Natālija Vedmedovska	- Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” ginekologs, dzemdību speciālists
Ilze Silanža	- SIA „Rīgas rajona slimnīca” pediatrs
Solvita Krūze	- SIA „Tukuma slimnīca” Dzemdību nodaļas vadītāja
Māris Taube	- Veselības ekonomikas centra Sabiedrības veselības departamenta direktors
Valentīna Berga	- Veselības inspekcijas Kontroles pārvaldes vadītāja
Atis Mārtiņšons	- Veselības norēķinu centra Veselības aprūpes pakalpojumu departamenta vadītājs
Inga Ozoliņa	- SIA „Vidzemes slimnīca” NMP klīnikas vadītāja
Sandra Gaile	- SIA „Vidzemes slimnīca” Jaundzimušo intensīvās terapijas nodaļas virsārste
Eduards Ošiņš	- SIA „Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” Ginekoloģijas un dzemdību bloka vadītājs
Juris Bundulis	- Veselības ministrijas Valsts sekretāra vietnieks veselības aprūpes un sabiedrības veselības jautājumos
Biruta Kleina	- Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktora vietniece
Antra Valdmane	- Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja

Darba kārtība:

1. Veselības ministra J.Bārzdiņa uzruna.
2. Iepriekšējās Padomes sēdes protokola apstiprināšana.
3. Ģimenes ģenētiskā konsultācija (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnika).
4. Prenatālās diagnostikas rādītāju analīze par 2010.gadu, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnika).
5. Augļa ķirurģiski koriģējamo anomāliju diagnostika antenatālajā periodā, problēmas un risinājumi (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnika).
6. Otoakustiskās emisijas skrīninga rezultāti par 2010.gadu, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi (SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” klīnikas „Biķernieki” Latvijas Bērnu dzirdes centrs).
7. Iedzimtas vielmaiņas slimības – vai tā ir problēma Latvijā? (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnika).

8. Iedzimtas nieru patoloģijas - vai tā ir problēma Latvijā? (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnika).
9. Tireotropā hormona un fenilalanīna skrīninga rezultāti 2010.gadā, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi (VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnika).
10. Kā saredzam jaundzimušā attīstības anomāliju diagnostikas attīstību nākotnē (Veselības ministrijas galvenais speciālists bērnu slimībās un bērnu ķirurģijā asoc.prof. Dz.Mozgis).
11. Aktualitātes no Jaundzimušo reģistra (Veselības ekonomikas centrs).
12. Par Padomes turpmāko darbu.

1. Veselības ministra J.Bārzdiņa uzruna

(J.Bārzdiņš, D.Rezeberga)

J.Bārzdiņš uzrunājot klātesošos Padomes dalībniekus, informē par Veselības ministrijas darbības prioritātēm. Sniedz ieskatu par to, ka šobrīd darbu ir pabeigusi Veselības ministrijas izveidotā darba grupa ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izstrādei, lai varētu pilnveidot ambulatoro pacientu, tajā skaitā arī bērnu, veselības aprūpi ģimenes ārstu praksēs, kā arī par Veselības ministrijas organizēto kampaņu „Ārstējies nepāmaksājot!”, kas veidota ar mērķi informēt pacientus par iespēju iegāties kompensējamus medikamentus lētāk. Aicina bērnu ārstus ņemt vērā Latvijas sarežģīto finansiālo situāciju, ņemot vērā to, ka tuvākajā nākotnē nav paredzēts veselības aprūpes nozarei piešķirtā finansējuma pieaugums. Uzsver, ka šā gada 18.aprīlī Nacionālajā attīstības padomē tiks prezentēts jaunais sabiedrības veselības pamatnostādņu projekts, turklāt, šajā datumā paralēli sadarbībā ar Pasaules Veselības organizāciju tiks rīkota sabiedrības veselības konference „Labāku veselību visiem Latvijā!”, kurā tiks diskutēts par veselības pilnveidošanu, kas būtu darāms pašvaldībām, ministrijām, kā arī par jaunu cilvēku slimošanas profilaksi. Atbildot uz D.Rezebergas jautājumu par Padomes darbības rezultātiem, J.Bārzdiņš norāda, ka sagaida veselīgākus bērnus, nevēlamu nāves gadījumu skaita samazinājumu. Uzsver, ka, izstrādājot politikas plānošanas dokumentu sabiedrības veselības jomā ir jāiekļauj „cipariski” mērķi bērnu veselības uzlabošanai, kā arī, lai saspringtajā finanšu situācijā galvenais mērķis nebūtu „Vairāk naudas”.

D.Rezeberga, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente, aicina J.Bārzdiņu sniegt viedokli par Padomes darbības sagaidāmajiem rezultātiem.

2. Iepriekšējās Padomes sēdes protokola apstiprināšana

(D.Rezeberga)

Tiek apstiprināts 2010.gada 8.decembra protokols Nr.4.

D.Rezeberga, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente, atgādina par pagājušajā Padomes sēdē uzdoto jautājumu par rīcības kārtību gadījumos, kad stacionāros tiek konstatēti ārstniecības vadlīnijās ierakstīto zāļu trūkums. Aicina klātesošos apkopot konstatētās problēmas kvalitatīvas ārstniecības nodrošināšanai un vienas nedēļas laikā nosūtīt tās D.Rezebergai uz e-pastu.

3. Ģimenes ģenētiskā konsultācija

(I.Grīnfelde)

I.Grīnfelde, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas ārste ģenētiķe sniedz informāciju par kārtību, kādā ģimenēm Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikā tiek sniegtas konsultācijas medicīniskās ģenētikas jautājumos gan pirms grūtniecības, gan grūtniecības laikā (prezentācija pielikumā uz 1 lapas). Norāda, ka būtiski ir noskaidrot precīzo diagnozi, kas turpmāk ļautu izvēlēties atbilstošus prenatalos izmeklējumus. Uzver, ka veselības problēmas ir jāsāk risināt pirms grūtniecības, izvērtējot novēršamos riskus (piemēram, fetālais alkoholisma sindroms) un mātes hroniskās slimības (ja māte slimo ar epilepsiju, epilepsijas ārstēšanas taktika ir jāmaina jau pirms grūtniecības, kā arī fenilketonūrijas gadījumā ir jāievēro diēta). Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikā 2010.gadā prenatali tika veiktas 946 konsultācijas, postnatāli – 1455 konsultācijas, pēdējos gados sniegto konsultāciju skaits ir relatīvi līdzīgs. Prezentācijas laikā tika izvirzītas šādas problēmas:

- nepietiekoši tiek veikta iedzimto anomāliju primārā profilakse – sieviešu informēšana par profilaktisku folskābes lietošanu gan pirms grūtniecības, gan grūtniecības laikā;
- nav vienota informācijas avota par teratogēno faktoru ietekmi. Aptuveni 10% vielu ir ar teratogēnu iedarbību. Ierosina izveidot teratogēnu informācijas servisu;
- psiholoģiska atbalsta nepietiekamība gadījumos, kad bērns ir gaidāms ar ģenētisku patoloģiju, jo šobrīd psihologa konsultācijas no valsts budžeta netiek apmaksātas;
- uzsver, ka pat visprecīzākā izmeklēšana negarantē pilnīgi vesela bērna piedzimšanu;
- ģimenēm, kurās ir bērni ar ģenētiskām patoloģijām, pastāv augsts patoloģiju atkārtotāšanās risks, kas traucē pieņemt lēmumu par nākamo bērnu;
- personāla nozīme pilnvērtīgu pakalpojumu nodrošināšanā.

4. Prenatālās diagnostikas rādītāju analīze par 2010.gadu, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi

(J.Bārs, I.Kreicberga)

J.Bārs, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas Prenatālās diagnostikas klīnikas vadītājs, sniedz informāciju par prenatālās diagnostikas rādītājiem 2010.gadā, kā arī sniedz ieskatu par praksē konstatētajām problēmām (prezentācija pielikumā uz 2 lapām). Papildus prezentācijā norādītajiem datiem skaidro, ka ir vērojamas svārstības statistikas datos. Invazīvās izmeklēšanas metodes tiek pielietotas tikai izvērtējot to pamatotību. Smagu patoloģiju gadījumos tiek rīkoti atkārtoti ārstu konsīliji (konsīlijs sastāv no trim ārstiem). Uzsver, ka negatīvi vērtējams ir fakts, ka 2010.gadā daudzas grūtniecības medicīnisku indikāciju dēļ tika pārtrauktas ārpus Rīgas Dzemdību nama, tādēļ augļiem nav veikta patoloģiskā izmeklēšana. Izsaka priekšlikumu, ka vieglāku patoloģiju gadījumos ultrasonogrāfijas izmeklēšana būtu veicama aprūpes nodaļās, tādējādi atvieglot klīnikas darbu. Attiecībā uz grūtnieču skrīninga veikšanu J.Bārs norāda, ka 2010.gadā ir vērojamas būtiskas atšķirības starp to grūtnieču īpatsvaru, kurām bioķīmiskās analīzes tika veiktas 10 ± 1 grūtniecības nedēļā (15,97%) un tām grūtniecēm, kurām skrīnings tika veikts 16 ± 1 grūtniecības nedēļā (84,04%). Informējot par diagnosticētajām hromosomālajām

patoloģijām, skaidro, ka 2010.gadā tika konstatēts 21 21.hromosomas trisomijas gadījums, no kuriem 20 grūtniecības tika pārtrauktas, savukārt, vienā gadījumā grūtniecība tika turpināta neskatoties uz konstatēto patoloģiju. Ilustrācijai analizē vienu gadījumu, kad 30 gadus vecai sievietei, otrā grūtniecība, pirmā grūtniecība tika pārtraukta vecāku uzstājības dēļ, piedzimis bērns ar testikulāro feminizāciju – pēc ārējām pazīmēm meitene, taču, veicot diagnostisko analīzi, tika konstatēts vīrieša dzimums. Norāda, ka ir izanalizēti 4 prenatali nediagnosticēti 21.hromosomas trisomijas gadījumi. Visos 4 gadījumos mātes ir bijušas ar augstāko izglītību, 3 grūtnieces bija atteikušās no diagnostiskās amniocentēzes. Vienā gadījumā Dauna sindroma risks bija parādījies jau pirmās grūtniecības laikā, savukārt, otrajā grūtniecībā sieviete uz skrīningu nav gājusi. J.Bārs aktualizē preimplantācijas un prenatalās aprūpes mērķus, norādot, ka viens no būtiskākajiem mērķiem ir informēt ģimeni par gaidāmā bērna patoloģiju. Papildus ierosina pilnveidot sniegto palīdzību augļiem līdz 22.grūtniecības nedēļai (nepieciešama atbilstošu speciālistu sagatavošana). Prezentācijas laikā tika izvirzītas šādas problēmas:

- apgrūtināta multidisciplināru ārstu konsultāciju un konsīliju organizēšana diagnosticētos augļa patoloģiju gadījumos (Veselības norēķinu centrs neapmaksā);
- diagnosticētos augļa patoloģiju gadījumos, kad grūtniecība tiek turpināta, nepieciešams organizēt multidisciplināru fetālās medicīnas speciālistu konsultācijas un konsīlijas (ne tikai ķirurģiski koriģējamu patoloģiju gadījumā);
- nav pieejama valsts apmaksāta perinatālā psihologa palīdzība;
- grūtniecēm trūkst informācijas, kur vērsties, lai varētu saņemt atbilstošu dzemdību palīdzību. Smagu patoloģiju gadījumā nepieciešams vienoties par atbilstošu taktiku dzemdībās. Atbilstoša ģenētiskā diagnostika ir vājais punkts, lai varētu plānot grūtniecības iznākumu.

I.Kreichberga, Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” galvenā neonatoloģe, norāda, ka Medicīniskās ģenētikas klīnikai nav izdevīgi pieaicināt speciālistus sarežģītu problēmu risināšanā, jo Veselības norēķinu centrs to neapmaksā.

5. Augļa ķirurģiski koriģējamo anomāliju diagnostika antenatālajā periodā, problēmas un risinājumi

(A.Pētersons, D.Rezeberga, M.Jansone, J.Bārs, V.Berga)

A.Pētersons, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnikas vadītājs, sniedz informāciju par biežāko iedzimto ķirurģisko anomāliju prenatalās diagnostikas problēmām Latvijā (prezentācija pielikumā uz 5 lapām). A.Pētersons sniedz ieskatu par agrīnas un precīzas prenatalās diagnostikas pozitīvajām īpašībām, turklāt, šobrīd tiek pielietota fetālā ķirurģija. Informē par VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” veikto pētījumu par Bērnu ķirurģijas klīnikas datu analīzi par ķirurģisko anomāliju biežumu, to saistību ar prenatalās diagnostikas datiem un letalitāti. Analizējot konstatētos gadījumus, akcentē, ka no konstatētajiem 58 barības vada neaurejamības (atrēzijas) gadījumiem nevienā gadījumā prenatalās ultrasonogrāfijas laikā nebija pozitīvas atradnes. Nevienā no prezentētajiem ķirurģisko anomāliju veidiem prenatali ar ultrasonogrāfijas metodi konstatēto gadījumu īpatsvars nepārsniedz 40%, kas norāda uz nepilnvērtīgu ultrasonogrāfijas diagnostiku. Uzsver fetālās kodolmagnētiskās rezonanses nozīmi augļa anomāliju diagnostikā. Papildus A.Pētersons sniedz informāciju par ķirurģisko anomāliju ārstēšanas rezultātiem (letalitāti), kas ir salīdzināti ar 4 pasaules

klīnikām, informējot, ka ārstējot duodenālu necaurejamību un gastrošīzi letalitāte nav novērota, savukārt, augsta letalitāte tika novērota bērniem ar diafragmas trūci. Prezentācijas laikā tika izvirzītas šādas problēmas:

- nepietiekoša grūtnieču prenatalās ultrasonogrāfijas aptvere;
- pilnveidojama iedzimto anomāliju prenatalā diagnostika;
- sarežģītos gadījumos prenatalā ultrasonogrāfija papildināma ar fetālo kodolmagnētisko rezonansi, īpaši 2. Un 3. Grūtniecības trimestrī;
- iedzimto ķirurģisko anomāliju diagnostika un ārstēšana ir komandas darbs, kurā būtu jāiesaista ginekologi, ultrasonogrāfijas speciālisti, neonatologi un bērnu ķirurgi;
- prenatali diagnosticējot iedzimtu ķirurģisku anomāliju organizējams konsīlijs, kurā piedalās ginekologs, ultrasonogrāfijas speciālists, neonatologs, bērnu ķirurgs un bērna vecāki, kas varētu novērst nepamatotu grūtniecības pārtraukšanu. Nepieciešams vairāk informēt vecākus par iespēju koriģēt ķirurģiskās anomālijas un izdzīvošanas iespējām.

D.Rezeberga papildinot A.Pētersona secinājumus, uzsver perinatālo auditu nozīmīgumu, izmeklējumu apmaksas jautājumu (kodolmagnētiskā rezonanse), kā arī grūtnieču informēšanas būtiskumu.

M.Jansone, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja, izsaka priekšlikumu veidot regulārus ārstu konsīlijus sarežģītu gadījumu risināšanā. Lielāka uzmanība jāpievērš ultrasonogrāfijas kvalitātei, jo grūtniecēm tās dažkārt tiek veiktas diezgan daudz.

J.Bārs skaidro, ka ārsti ģenētiķi smagu iedzimtu anomāliju gadījumos informē sievieti par iespēju veikt medicīnisku abortu, taču nenosūta grūtnieci uz to. Uzsver, ka fetālo kodolmagnētisko rezonansi veic tikai pēc 22.grūtniecības nedēļas un, ka tā ir kaitīga bērnam.

V.Berga, Veselības inspekcijas Kontroles pārvaldes vadītāja, uzsver zemo ultrasonogrāfijas kvalitāti, kā piemēru min, ka vienai grūtniecei ir veiktas 13 ultrasonogrāfijas. Akcentē, ka ultrasonogrāfijas rezultāti tiek aprakstīti nepilnvērtīgi (piemēram, galva – norma, vēders - norma).

6. Otoakustiskās emisijas skrīninga rezultāti par 2010.gadu, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi

(S.Kušķe, A.Mārtiņsons)

S.Kušķe, SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” klīnikas „Biķernieki” Latvijas Bērnu dzirdes centra vadītāja, sniedz informāciju par agrīnu dzirdes diagnostiku ar otoakustiskās emisijas metodes palīdzību, kā arī konstatētajām problēmām tā īstenošanā un iespējamajiem risinājumiem (prezentācija pielikumā uz 2 lapām). Prezentācijas laikā S.Kušķe sniedz ieskatu par minētās metodes priekšrocībām agrīnai dzirdes traucējumu diagnosticēšanai. Otoakustiskās emisijas metode tika ieviesta 2008.gadā 34 sertificētās dzemdību nodaļās. 2010.gadā 72 jaundzimušajiem ar minētās metodes palīdzību ir konstatēta sensorineirāla vājdzirdība, pirmreizēja dzirdes protezēšana veikta 20 bērniem vecumā līdz 1 gadam. Analizējot datus par biežākajiem

dzirdes traucējumu iemesliem, norāda, ka pirmajā vietā ir ģenētiski pārmantota vājdzirdība (30%), otrajā vietā ir antenatāli organiski un/vai hipoksiski CNS bojājumi (28%) un trešo vietu ieņem priekšlaicīgi dzimuši bērni ar mazu dzimšanas svaru (20%). Akcentē, ka ar minēto metodi ir jāstrādā iepriekš apmācītam personālam. Slavē Valmieru, Liepāju, Cēsis un Rīgas Dzemdību namu par otoakustiskās emisijas skrīninga īstenošanu.

A.Mārtiņsons, Veselības norēķinu centra Veselības aprūpes pakalpojumu departamenta vadītājs, norāda, ka 2010.gadā otoakustiskās emisijas skrīnings ir veikts tikai 10 000 jaundzimušajiem (57%).

Sēdes laikā notiek diskusija par iespēju izmantot otoakustiskās emisijas aparātus no dzemdību nodaļām, kas šobrīd ir slēgtas.

7. Iedzimtas vielmaiņas slimības – vai tā ir problēma Latvijā

Z.Krūmiņa, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Valsts medicīniskās ģenētikas klīnikas ārste ģenētiķe, sniedz informāciju par iedzimtajām vielmaiņas slimībām un to aktualitāti Latvijā (prezentācija pielikumā uz 1 lapas). Norāda, ka kopumā ir zināmas ap 3000 iedzimtu vielmaiņas slimību, visbiežāk tās ir retas. Viens no 500 jaundzimušajiem piedzimst ar iedzimtu vielmaiņas slimību. Latvijā katru gadu piedzimst aptuveni 40 bērni, kuriem tiek konstatēta kāda no vielmaiņas slimībām. Diemžēl Latvijā skrīnings tiek veikts tikai uz fenilketonūriju, pārējās slimības tiek meklētas tikai pēc simptomu parādīšanās, turklāt, lielākā daļa vielmaiņas slimību paliek neatklātas. Prezentācijas laikā tika izvirzītas šādas problēmas:

- nepietiekošas diagnostikas iespējas Latvijā, izmeklējumu veikšana ir sarežģīta un laikietilpīga. Nepieciešama atbilstoša aparatūra izmeklējumu veikšanai;
- nav noslēgti līgumi par analīžu veikšanu ārzemēs;
- nepietiekošas ārstu zināšanas par iedzimtajām vielmaiņas slimībām;
- nav sertificēti vielmaiņas slimību speciālistu;
- ierobežotas iespējas amonjaka noteikšanai asinīs valstī. Izsaka priekšlikumu perinatālajos centros veikt amonjaka noteikšanu kā rutīnas analīzi;
- nav iespējas veikt sviedru provi Latvijā (kopš 2010.g.septembra).

8. Iedzimtas nieru patoloģijas - vai tā ir problēma Latvijā

(A.Ģīlis, D.Rezeberga)

A.Ģīlis, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu ķirurģijas klīnikas virsārsts, sniedz informāciju par iedzimtu nieru patoloģiju aktualitāti Latvijā (prezentācija pielikumā uz 1 lapas). Norāda, ka no visām prenatāli diagnosticētām saslimšanām urīnizvadsistēmas patoloģija tiek konstatēta aptuveni 17% gadījumu. Visbiežāk tiek konstatēta hidronefroze (60% gadījumu) un cistiskas malformācijas (30%). Atzīmē, ka diezgan bieži ārsti nepilnvērtīgi izvērtē prenatāli konstatēto patoloģiju ietekmi uz kopējo veselības stāvokli pēc piedzimšanas un iesaka veikt grūtniecības pārtraukšanu (piemēram, ja auglim konstatē II.pakāpes hidronefrozi, ļoti bieži grūtniecei tiek ieteikts veikt abortu). Uzsver, ka zinātnieki ir pierādījuši, ka prenatāli noteiktas iedzimtas

hidronefrozes gadījumā 41-88% gadījumu postnatāli veiktās ultrasonogrāfijas laikā hidronefrozi vairs nekonstatē. Lai varētu sasniegt pozitīvus rezultātus, ir svarīgi izvēlēties atbilstošu rīcības algoritmu, kur pats svarīgākais solis ir gadījuma rūpīga izvērtēšana un atbilstošas turpmākas rīcības izvēlēšanās (nogaidīšana vai ārstnieciskas manipulācijas). Negatīvi vērtējams ir fakts, ka hidronefroze ļoti maz tiek konstatēta prenatāli, jo, pielietojot ultrasonogrāfijas metodi, ir iespējams konstatēt vairumu iedzimtu urīnizvadsistēmas patoloģiju. Ņemot vērā minēto, Latvijā, salīdzinot ar citām attīstītajām valstīm, ir sliktāki statistikas dati. Apkopotie dati liecina, ka laika periodā no 2001.gada līdz 2009.gadam Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā ar iedzimtu hidronefrozi ir ārstēti 152 pacienti un tikai 42 pacientiem (27%) diagnoze tika noteikta prenatālajā periodā. Atkārtoti uzsver bērnu urologa konsultācijas prenatālajā periodā svarīgumu un speciālistu sadarbības būtiskumu.

D.Rezeberga norāda uz prenatālās diagnostikas vājumu un multidisciplinārās pieejas stiprināšanu.

9. Tireotropā hormona un fenilalanīna skrīninga rezultāti 2010.gadā, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi

(R.Lugovska)

R.Lugovska, Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja, prezentē informāciju par fenilketonūrijas un iedzimtas hipotireozes skrīningu jaundzimušajiem Latvijā (prezentācija pielikumā uz 3 lapām). Prezentācijas ievadā uzsver, ka pareizi tiek aizpildīti tikai 50% skrīninga filtrpapīru. Papildus norāda, ka ģenētisko slimību diagnostikā primāra ir fenotipiskā diagnostika. R.Lugovska sniedz informāciju par skrīninga kritērijiem, norāda, ka izmaksu efektīvās iedzimtās patoloģijas ir fenilketonūrija, iedzimta hipotireoze, adrenoģenitālais sindroms, cistiskā fibroze un galaktozēmija, ņemot vērā to, ka pastāv efektīvi testi minēto patoloģiju noteikšanai. Papildus prezentācijā minētajai informācijai R.Lugovska uzsver, ka turpmākajos gados ir sagaidāms, ka gadā varētu piedzimt vidēji 80 bērnu ar iedzimtām patoloģijām. Papildus akcentē, ka jaundzimušo agrīna izrakstīšana no dzemdību nodaļām traucē pilnvērtīgas diagnostikas veikšanu. Savlaicīgai un pilnīgai iedzimto patoloģiju diagnostikai ierosina fenilketonūrijas skrīningu paplašināt ar tandemmaspektrometriju, savukārt, iedzimtas hipotireozes skrīningu papildināt ar izmeklējumu uz cistisko fibrozi un adrenoģenitālo sindromu, minēto slimību diagnostiku veicot ar imunofermatīvo vai kalorimetrisko metodi. Prezentācijas laikā sniedz informāciju arī par iespējamu valsts finanšu līdzekļu ietaupījumu, ja iedzimtas patoloģijas tiek diagnosticētas savlaicīgi. Attiecībā uz fenilketonūrijas skrīningu R.Lugovska sniedz skaidrojumu par slimības būtību un tās sastopamību populācijā, norāda ka Latvijā šobrīd ir 65 pacienti, kuriem ir diagnosticēta fenilketonūrija. Latvijā 2010.gadā fenilketonūrija ir diagnosticēta 1 jaundzimušajam, turklāt viens jaundzimušais ar fenilketonūriju ir piedzimis Īrijā. Prezentācijas laikā tika izvirzītas šādas problēmas:

- 2010.gadā aptuveni 200 bērnu nav veikts fenilketonūrijas un iedzimtas hipotireozes skrīnings;
- ir konstatēts, ka Latvijas jaundzimušajiem, kuri ir piedzimuši Valgas (Igaunija) slimnīcā, fenilketonūrijas un iedzimtas hipotireozes skrīnings dzemdību nodaļā netiek veikts;

- ģimenes ārstu pavisā attieksme, kā arī nevēlēšanās veikt fenilketonūrijas un iedzimtas hipotireozes skrīningu tiem jaundzimušajiem, kuriem skrīnings nav veikts dzemdību nodaļā.

10. Kā saredzam jaundzimušā attīstības anomāliju diagnostikas attīstību nākotnē

(Dz.Mozgis)

Dz.Mozgis, Veselības ministrijas galvenais speciālists bērnu slimībās un bērnu ķirurģijā, prezentē informāciju par to, kā saredzam iedzimto anomāliju diagnostikas attīstību nākotnē (prezentācija pielikumā uz 2 lapām). Ievadā norāda, ka pēc šajā sēdē dzirdētā būtu nepieciešams mainīt prezentācijas saturu. Papildus prezentācijā minētajam norāda, ka pēc prognozētā bērniem vajadzētu dzimt vairāk un tiem būtu jābūt veselākiem. Uzsver, ka augstākais veselības menedžmenta postulāts ir auglis. Norāda, ka šobrīd veselības izmeklēšana tiek veikta vēlīni nevis laikus. Prezentācijas laikā uzsver psiholoģiskās palīdzības būtiskumu, tāmes finansējuma nepieciešamību ģenētisko komisiju darbības nodrošināšanai. Ierosina Medicīniskās ģenētikas klīnikas Prenatālās diagnostikas nodaļu nākotnē pārvietot uz Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu Torņkalnā. Rosina nākotnes bērnu veselībai strādāt kopā. Prezentācijas nobeigumā Dz.Mozgis aicina iesniegt viedokļus un priekšlikumus mātes un bērna veselības politikas plānošanas dokumenta izstrādāšanai, uzsverot kvalitātes vadības sistēmas būtiskumu.

11. Aktualitātes no Jaundzimušo reģistra

(M.Taube, D.Rezeberga, D.Gardovska)

M.Taube, Veselības ekonomikas centra Sabiedrības veselības departamenta direktors, prezentē informāciju par Jaundzimušo reģistra informācijas saturu, datu izmantošanu un aktualitātēm (prezentācija pielikumā uz 2 lapām). Prezentācijas laikā informē klātesošos par pāreju uz datu vākšanas elektronisko formu un tā ieguvumiem, Veselības ekonomikas centra e-pakalpojumiem, kā arī par dažu statistikas rādītāju nelielu uzlabošanu (perinatālā mirstība, mātes mirstība).

Prezentācijas laikā notiek diskusija par statistikas datu identifikāciju pēc konkrētām ārstniecības iestādēm.

D.Gardovska, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu slimību klīnikas vadītāja, norāda uz vairāku Veselības ministrijas darba grupu, komisiju un padomju jautājumu pārklāšanos un uzsver priekšlikumu īstenošanas būtiskumu. Ierosina noteikt stingrākas prasības speciālistiem, kas būtu tiesīgi veikt ultrasonogrāfijas izmeklējumus un izstrādāt algoritmus – kam par ko ir jālemj.

D.Rezeberga interesējas par slimo bērnu reģistra ieviešanu, kā arī par iespēju pilnveidot ar noteiktām slimībām slimojošo cilvēku reģistru. Aicina klātesošos apkopot konstatētās problēmas grūtnieču un bērnu veselības aprūpē un nosūtīt tās uz e-pastu D.Rezebergai apkopošanai. D.Rezeberga norāda, ka sadarbībā ar Dz.Mozgi apkopos izteiktās problēmas un priekšlikumus un vienosies par turpmāku rīcību. Papildus akcentē, ka nav pareiza taktika jaundzimušos no dzemdību nodaļām izrakstīt līdz 3.dzīves dienai.

12. Par Padomes turpmāko darbu

Nākošās Padomes sēdes laiks un tēma tiks paziņota pēc priekšlikumu apkopošanas un izvērtēšanas.

Pielikumā:

1. I.Grīnfeldes prezentācija „Ģimenes ģenētiska konsultācija” uz 1 lapas.
2. J.Bāra prezentācija „Prenatālās diagnostikas rādītāju analīze par 2010.gadu, konstatētās problēmas un iespējamie risinājumi” uz 2 lapām.
3. A.Pēterona prezentācija „Biežāko iedzimto ķirurģisko anomāliju prenatālās diagnostikas problēmas Latvijā” uz 3 lapām.
4. S.Kušķes prezentācija „Agrīna traucējumu diagnostika Latvijā ar OAM metodes palīdzību” uz 2 lapām.
5. A.Ģīļa prezentācija „Iedzimtas nieru patoloģijas – problēmas un aktualitāte Latvijā” uz 1 lapas.
6. Z.Krūmiņas prezentācija „Iedzimtas vielmaiņas slimības – vai tā ir problēma Latvijā?” uz 1 lapas.
7. R.Lugovskas prezentācija „Fenilketonūrijas un iedzimtas hipotireozes jaundzimušo skrīnings Latvijā” uz 3 lapām.
8. Dz.Mozga prezentācija „Kā saredzam iedzimto anomāliju diagnostikas attīstību nākotnē” uz 2 lapām.
9. M.Taubes prezentācija „Jaundzimušo reģistra informācijas saturs, datu izmantošana, aktualitātes” uz 2 lapām.

Sēdes vadītāja:

D.Rezeberga

Sēdes protokolētāja:

A.Kluša