

**Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes  
sēdes protokols Nr.1**

Rīgā

2010.gada 31.martā

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

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| Diāna Antona             | - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu māsu apvienības prezidente                                 |
| 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   |
| Ilze Kreicberga          | - Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” galvenā neonatoloģe                            |
| Rita Lugovska            | - Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja                                 |
| Dace Matule              | - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas „Papardes zieds” prezidente |
| Dzintars Mozgis          | - Veselības ministrijas galvenais speciālists bērnu slimībās un bērnu ķirurģijā              |
| Dace Rezeberga           | - Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas priekšsēdētāja                     |
| Dina Sviridova           | - Latvijas Neonatologu asociācijas pārstāve  |
| Annele Teterē            | - Resursu centrs sievietēm „Marta” dzimumu līdztiesības politikas koordinatore               |
| Sarmīte Veide            | - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidente  |

**Nepiedalās Padomes  
locekļi:**

- |                  |  |
|------------------|--|
| Marika Bērtule   | - „Krīzes grūtniecības centrs” vadītāja  |
| Gunta Irbe       | - Biedrības „Asociācija Ģimene” dibinātāja                                     |
| Mīkus Jakovickis | - Latvijas Jaunatnes padomes brīvprātīgais                                     |
| Līga Kozlovska   | - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas priekšsēdētāja                      |
| Silvija Šimfa    | - Latvijas Pašvaldību savienības padomniece sociālajos un veselības jautājumos |

**Piedalās:**

Andrejs Doveiks	- Veselības norēķinu centra direktors
Klaudija Hēla	- Biedrības „Apvienība ģimeņu atbalstam BALTĀ ZVAIGZNE” valdes locekle
Reinis Joksts	- Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktors
Agita Kaupuža	- Latvijas Pašvaldību savienības ārējo sakaru speciāliste
Biruta Kleina	- Veselības ministrijas Ārstniecības un katastrofu nodaļas vadītāja
Irēna Kondrāte	- Biedrības „Apvienība ģimeņu atbalstam BALTĀ ZVAIGZNE” valdes priekšsēdētāja
Velga Ķūse	- Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” direktores vietniece medicīnas jautājumos
Ojārs Lizāns	- VA „Latvijas Infektoloģijas centrs” 12.nodaļas vadītājs
Atis Mārtiņsons	- Veselības norēķinu centra Veselības aprūpes pakalpojumu departamenta vadītājs
Ingrīda Sisene	- Valsts asinsdonoru centra direktora vietniece laboratoriju jautājumos
Jeļena Storoženko	- Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” direktores vietniece laboratorijas jautājumos

**Darba kārtība:**

1. Iepriekšējās sēdes protokola apstiprināšana.
2. Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” pārstāvja ziņojums par nepieciešamību veikt izmaiņas Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”.
3. B grupas beta hemolītiskā streptokoka testēšanas nozīme perinatālajā aprūpē.
4. Diskusija par izteikto priekšlikumu iekļaušanu Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”, tajā skaitā speciālistu viedokļi.
  - 4.1. Jaundzimušo vakcinācija pret vīrushepatītu B dzemdību nodaļās;
  - 4.2. Pirmā trimestra ultrasonogrāfijas ieviešana visām grūtniecēm;
  - 4.3. Rezus fenotipa noteikšanas iespēja grūtniecēm visā Latvijā, asins grupas un rezus fenotipa izmeklējuma datu iekļaušanas iespēja Mātes pasē un to turpmāka izmantošana;
  - 4.4. Universāla gestācijas diabēta skrīninga ieviešana;
  - 4.5. Citi viedokļi un priekšlikumi.
5. Padomes lēmumi.
6. Par Padomes turpmāko darbu.

## **1. Iepriekšējās sēdes protokola apstiprināšana**

(D.Rezeberga)

**D.Rezeberga**, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas priekšsēdētāja, atklāj Padomes kārtējo sēdi, informējot par galvenajiem mātes un bērna veselības rādītājiem. 2009.gada rādītāji ir sliktāki salīdzinot ar 2008.gadu. Perinatālā mirstība ir pieaugusi līdz 9,5 gadījumiem no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem (2008.gadā 9,2 gadījumi no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem), savukārt mātes mirstība ir pieaugusi līdz 45 gadījumiem no 100 000 dzīvi dzimušajiem (Veselības ministrijas piezīme - 2008.gadā 12,5 gadījumi no 100 000 dzīvi dzimušajiem). Norāda, ka ierosinājumu veikt grozījumus Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” (turpmāk – Ministru kabineta noteikumi) izteica valsts aģentūra „Latvijas Infektoloģijas centrs” (priekšlikumu apkopojums pielikumā uz 4 lapām). Sniedz ieskatu par sēdē skatāmajiem jautājumiem.

Tika apstiprināts un parakstīts 2009.gada 2.decembra sēdes protokols Nr.4.

## **2. Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” pārstāvja ziņojums par nepieciešamību veikt izmaiņas Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”**

(V.Ķūse, D.Rezeberga, I.Kreicberga, D.Gardovska, M.Jansone, A.Doveiks, D.Matule, J.Kalējs, A.Mārtiņsons, S.Veide)

**V.Ķūse**, valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” (turpmāk – Aģentūra) direktores vietniece medicīnas jautājumos, prezentē datus par hlamidiozi Latvijā par periodu no 2001.gada līdz 2009.gadam, kā arī HIV/AIDS pacientu veselības aprūpi. Akcentē, ka 2009.gadā 57 grūtniecēm tika konstatēta hlamidioze, un, ka 347 bērni ir piedzimuši HIV inficētām mātēm. Šobrīd Aģentūras uzskaitē ir 66 bērni, no kuriem HIV infekcija ir apstiprināta 30 bērniem, no tiem 10 bērni ir AIDS stadijā, 5 bērni ir miruši, 25 bērni saņem antiretrovirālo terapiju. 572 grūtnieces, kurām konstatēta HIV infekcija, profilaktiski ir saņēmušas terapiju (prezentācija pielikumā uz 3 lapām).

Sniedz informāciju par Aģentūras izstrādātajiem priekšlikumiem grozījumu veikšanai Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”:

1. HIV tests grūtniecēm būtu veicams pirmreizējā apmeklējumā pie veselības aprūpes speciālista (līdz 12.grūtniecības nedēļai) un grūtniecības trešajā trimestrī, pielietojot HIV ELISA anti-HIV 1,2, kā arī HIV Ag noteikšanas metodi (šobrīd Ministru kabineta noteikumos noteikts, ka HIV tests tiek veikts tikai pirmajā vizītē izmantojot imūnfermentatīvo analīzi IFA anti-HIV 1/2). Šobrīd ir pieejams testa komplekts šāda izmeklējuma veikšanai. Tādējādi HIV infekcija tiktu konstatēta arī tām grūtniecēm, kurām pirmreizējā apmeklējuma laikā infekcija ir bijusi „loga periodā”.

Aģentūrā ir pieejami bezmaksas ekprestesti HIV infekcijas noteikšanai, ko var izmantot grūtnieces. Aģentūra reaģentus bez maksas piegādā arī vairākām citām laboratorijām, kur iespējams veikt testu bez maksas.

2. Sifilisa diagnostiku iesaka veikt izmantojot vienu no šādām metodēm:

- 2.1. TPHA + RPR vai TPPA + RPR metodi (drīzumā šie testi būs pieejami lielākajā daļā Latvijas laboratoriju);
- 2.2. TPHA + ELISA anti *Treponema pallidum* kopējās antivielas. Ja testu nav iespējams veikt uz vietas, to var nosūtīt uz Aģentūras laboratoriju.
3. Hlamidiozes noteikšana veicama visām grūtniecēm, tajā skaitā iestājoties dzemdību nodaļā. Izmeklējamajam materiālam jābūt iztriepei no uretras un dzemdes kakla. Hlamidiozes diagnostiku nepieciešams veikt izmantojot vienu no šādām metodēm:
  - 3.1. *Chlamidia trachomatis* Ag ar IF;
  - 3.2. *Chlamidia trachomatis* DNS vai rRNS ar molekulāri bioloģisko metodi (šo testu pieejamība Latvijas laboratorijās ir ierobežota, bet to veic Aģentūras laboratorijā).
4. Aicina ārstniecības personas, konstatējot infekcijas slimību, noformēt paziņojumu par infekcijas slimības konstatēšanu atbilstoši Ministru kabineta 1999. gada 9. janvāra noteikumu Nr.7 “Infekcijas slimību reģistrācijas kārtība” prasībām.

Papildus norāda, ka atturas no priekšlikuma visām grūtniecēm pirmajā trimestrī veikt C hepatīta infekcijas noteikšanu, jo pozitīva rezultāta gadījumā neseko tālāka rīcība. Hepatīta konstatēšanas gadījumā personai ir jāvērsas pie speciālista turpmākās rīcības noteikšanai.

**D.Rezeberga** informē, ka sākotnēji HIV tests grūtniecēm tika veikts 2 reizes. Taču daudzu gadu garumā tādi gadījumi, kad pirmais tests būtu bijis negatīvs, bet otrais tests – pozitīvs, nav bijuši. Šobrīd ir viens precedents, ka bērnam, kas dzimis HIV inficētai mātei, tika veikta pote pret tuberkulozi, kuras dēļ bērns nomiris. Iespējams, ja minētajai mātei grūtniecības trešajā trimestrī tiktu veikts otrreizējais HIV tests, HIV infekciju varētu atklāt laicīgi. Bija zināms, ka grūtnieces partneris bija inficēts ar HIV, līdz ar to sieviete bija riska grupā. Līdz ar to minētās sievietes bērnu nevajadzēja steidzami vakcinēt. Lūdz klātesošos izteikt viedokli par to, vai HIV testu ir nepieciešams veikt 2 reizes visām grūtniecēm vai arī otrreizējo testu veikt tikai riska grupas grūtniecēm.

**I.Kreicberga**, Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas Dzemdību nams” galvenā neonatoloģe, precizē, ka minētajai grūtniecei pirmreizējais HIV tests tikai veikts 2 mēnešus pirms dzemdībām un tas bija negatīvs.

**D.Gardovska**, VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu slimību klīnikas vadītāja, norāda, ka, ja HIV tests grūtniecības laikā tiek veikts vienu reizi (kā tas šobrīd ir), tad ir nepieciešama riska novērtēšana, kas šobrīd Latvijā ir nepietiekama. Ir valstis, kur otrreizējais HIV tests tiek veikts vai nu grūtniecības beigās vai dzemdībās. Latvijā vajadzētu izstrādāt pārbaudes punktu veidlapu (*checklist*), kurā jānosaka riska faktori un indikācijas otrreizējai HIV infekcijas pārbaudei, kas varētu palīdzēt identificēt riska grupas grūtnieces.

**M.Jansone**, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja, atgādina, ka tad, kad tika noteikts, ka grūtniecēm divreizēja HIV testa vietā tiks veikts viens HIV tests visā grūtniecības laikā, tika izteikts priekšlikums otrreizēju HIV testu veikt vienīgi riska grupas grūtniecēm, kas netika izdarīts. Iesaka definēt, kas ir riska grupas grūtnieces.

D.Gardovska, I.Kreicberga atbalsta M.Jansones priekšlikumu par riska grupas grūtnieču definēšanu un otrreizēja HIV testa veikšanu tikai riska grupas grūtniecēm.

**A.Doveiks**, Veselības norēķinu centra direktors, norāda, ka ir nepieciešams apzināt, cik būtiska ir otrreizēja HIV testa veikšana, cik svarīgs ir šis pakalpojums kopējo pakalpojumu klāstā, cik varētu būt riska grupas grūtnieču, kurām būtu nepieciešams otrreizējs HIV tests, un tikai tad var veikt izmaksu aprēķinus un iekļaut minēto izmeklējumu valsts programmā. Šā gada budžeta ietvaros nav iespējams rast finanšu līdzekļus otrreizēja HIV testa veikšanai.

**D.Matule**, Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas „Papardes zieds” prezidente, akcentē, ka ir grūti definēt riska faktorus un grūti noteikt riska grupas grūtnieces.

**D.Gardovska** uzsver, ka speciālistiem ir jādefinē, kas grūtniecēm ir vajadzīgs. Speciālistu vidū nav vienotības, kad un kas būtu jādara. Iesaka izstrādāt vienotu rīcības kārtību. Uzsver, ka riska grupas grūtniecēm otrreizējs HIV tests būtu apmaksājams no valsts budžeta līdzekļiem. Medicīnisku indikāciju esamības gadījumā iesaka otrreizējo testu veikt agrāk, negaidot kad pienāks 30. grūtniecības nedēļa. Speciālistam, pie kura grūtniece stājas uzskaitē, ir jāspēj iedrošināt sievieti, lai viņa labprāt piedalītos sava pašriskā novērtēšanā. Tādējādi, uzticoties savam ārstam, viņa veiks nepieciešamās analīzes pie sava ārsta, un ārsts būs informēts par rezultātiem. Seksuāli transmisīvas saslimšanas ir liela psiholoģiska barjera jaunai sievietei, kas nedzīvo „lietderīgu” dzīvesveidu.

**D.Rezeberga** rosina ginekologus sadarbībā ar infektologiem definēt, kas ir riska grupas grūtnieces.

**J.Kalējs**, Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs, norāda, ka viena gadījuma dēļ nav nepieciešams visām grūtniecēm veikt otrreizējo HIV testu. Izsaka priekšlikumu pārvietot HIV testa veikšanu uz vēlāku grūtniecības laiku. Ierosina, ka riska esamības gadījumā ginekologi varētu ieteikt grūtniecēm veikt atkārtotu HIV testu par saviem līdzekļiem, jo tas nemaksā daudz.

**A.Mārtiņsons**, Veselības norēķinu centra Veselības aprūpes pakalpojumu departamenta vadītājs, informē, ka Veselības norēķinu centrs ir sagatavojis informāciju par prognozējamām izmaksām dzemdību palīdzības nodrošināšanas pasākumu paplašināšanai (prezentācija pielikumā uz 4 lapām). Papildus norāda, ka grūtnieču skrīninga HIV tests tarifs ir 1,57 lati.

**S.Veide**, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidente, uzsver, ka, ja grūtniecei ir sūdzības, nepieciešamie izmeklējumi tiek veikti neatkarīgi no grūtniecības laika.

**Secinājumi:** 1. Neatbalstīt otrreizēju HIV testa veikšanu 29.-30.grūtniecības nedēļā.

2. Ginekologiem sadarbībā ar Aģentūras speciālistiem jādefinē grūtnieču riska grupas;

3. Ministru kabineta noteikumos iekļaut prasību, ka, iestājoties dzemdību nodaļā uz dzemdībām, grūtniecei ir jāveic HIV infekcijas, vīrushepatīta B un sifilisa ekspresdiagnotika, ja šie testi nav veikti grūtniecības laikā;

4. Ministru kabineta noteikumos iekļaut prasību, ka grūtniecēm sifilisa diagnostikai izmanto TPHA + RPR vai TPPA + RPR metodi vai TPHA + ELISA anti *Treponema pallidum* kopējās antivielas.

### **3. B grupas beta hemolītiskā streptokoka testēšanas nozīme perinatālajā aprūpē**

(D.Rezeberga, D.Gardovska, O.Lizāns)

**D.Rezeberga** prezentē informāciju par B grupas beta hemolītiskā streptokoka testēšanas nozīmi perinatālajā aprūpē (prezentācija pielikumā uz 1 lapas). B grupas beta hemolītiskais streptokoks ir galvenais jaundzimušo sepses izraisītājs. Aptuveni 25% no 200 pētījumā iekļautajām grūtniecēm bija B grupas beta hemolītiskā streptokoka nēsātājas. Šobrīd tiek pielietota uz risku vērsta taktika, t.n., pacientes, kurām ir riska faktori, saņem antibakteriālu terapiju dzemdību laikā. D.Rezeberga norāda, ka saskaņā ar docentes D.Kviļūnas sniegto informāciju, bērniem hlamīdiju izraisītas saslimšanas ir ļoti retas. Jautā klātesošajiem, vai ir nepieciešams veikt hlamīdiozes noteikšanu visām grūtniecēm, vai arī to varētu veikt tikai riska grupas grūtniecēm un B grupas beta hemolītiskā streptokoka noteikšanu veikt visām grūtniecēm, jeb hlamīdiozes noteikšanu veikt visām grūtniecēm, kā tas šobrīd tiek darīts, un paredzēt, ka nākotnē būtu jāveic B grupas beta hemolītiskā streptokoka noteikšana visām grūtniecēm. Gadā vidēji tas varētu izmaksāt 121 000 latus.

**D.Gardovska** informē, ka laikā, kad hlamīdioze tika noteikta seroloģiski, saslimstība ar hlamīdiozi strauji pieauga. Ņemot vērā to, ka hlamīdiozes diagnozi nevar apstiprināt veicot tikai seroloģiskās analīzes, jautā, vai pie kopējā ar hlamīdiozi saslimušo pacientu skaita netiek pieskaitīti tie gadījumi, kad hlamīdioze ir noteikta tikai pamatojoties uz seroloģisko analīžu rezultātiem. Norāda, ka pusaudžu grūtnieces ir riska grupa hlamīdiozei, kuras iesaka testēt uz hlamīdiozi. Secina, ka būtiskāk būtu noteikt B grupas beta hemolītisko streptokoku, jo ir paaugstināts risks jaundzimušo sepsei un mirstībai no tās.

**O.Lizāns**, Aģentūras 12.nodaļas vadītājs, skaidro, ka hlamīdiozes diagnozi nedrīkst apstiprināt pamatojoties tikai uz seroloģiskajām analīzēm. Hlamīdiozes pieaugumu skaidro ar to, ka ginekologi ir sākuši vairāk ņemt analīzes.

**Secinājumi:** Padome vienojas, ka hlamīdiju noteikšana ir jāveic tikai riska grupas grūtniecēm, savukārt, B grupas beta hemolītiskā streptokoka noteikšana ir jāveic visām grūtniecēm 37 grūtniecības nedēļās (finansējuma aprēķini tiks sagatavoti pēc riska grupas definēšanas).

## **4. Diskusija par izteikto priekšlikumu iekļaušanu Ministru kabineta noteikumos, tajā skaitā speciālistu viedokli**

### **4.1. Jaundzimušo vakcinācija pret vīrushepatītu B dzemdību nodaļās**

**D.Rezeberga** informē, ka Aģentūra ierosina vīrushepatīta B vakcīnu 24 stundu laikā pēc piedzimšanas ievadīt tikai riska grupas jaundzimušajiem (dzimuši B hepatīta virsmas antigēna (HBsAg) pozitīvām mātēm vai mātēm, kuras nebija pārbaudītas HBsAg klātbūtnes noteikšanai) (šobrīd Ministru kabineta noteikumu 1.pielikuma III.sadaļas

11.punktā ir paredzēts, ka 24 stundu laikā pēc piedzimšanas vīrushepatīta B vakcināciju nodrošina visiem jaundzimušajiem).

**I.Kreicberga** precizē, ka laika precizējums „24 stundu laikā” Ministru kabineta noteikumos tika ielikts ņemot vērā mājdzemdības. Pasaulē praktizē, ka minētā vakcīna tiek ievadīta pirmo 12 stundu laikā. Ja mātei iepriekš nav veiktas analīzes un, ja tās ir iespējams veikt 24 stundu laikā pēc dzemdībām un sagaidāmā atbilde ir negatīva, vakcināciju varētu atlikt līdz 24 stundām.

**D.Gardovska** ierosina Ministru kabineta noteikumos ierakstīt, ka minētā vakcīna ir jāievada pēc iespējas ātrāk. Noteikumos paredzēt, ka ir nepieciešams specifiskais imūnglobulīns (kuru no valsts budžeta šobrīd neapmaksā) un tas ir jaundzimušajiem jāievada gadījumos, kad mātei ir konstatēts pozitīvs HBsAg. Papildus ir jāveic izmeklēšana un jānoskaidro, vai notiek vīrusa replikācija. Noteikumos var paredzēt, ka kamēr nav piešķirti valsts budžeta līdzekļi imūnglobulīna iegādei, uz dzemdību laiku to var iegādāties individuāli par saviem līdzekļiem. Vecāki iepriekš būtu jāinformē par šādu iespēju.

**V.Ķūse** piekrīt, ka Ministru kabineta noteikumos ir jāparedz specifiskā imūnglobulīna ievadīšanu jaundzimušajiem, kuru mātēm ir konstatēts pozitīvs HBsAg. Turklāt, noteikumos var paredzēt, ka grūtniecēm pašām ir jāsigādā specifiskais imūnglobulīns uz dzemdībām.

**Secinājumi:** Aģentūras speciālistiem jāizstrādā rīcības algoritms gadījumiem, kad jaundzimušajiem, kas ir dzimuši HBsAg pozitīvām mātēm, ir nepieciešams ievadīt specifisko imūnglobulīnu.

#### **4.2. Pirmā trimestra ultrasonogrāfijas ieviešana visām grūtniecēm**

(D.Matule, D.Rezeberga, A.Doveiks)

**D.Matule**, pamatojoties uz Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu izteikto priekšlikumu, prezentē informāciju par grūtniecības pirmā trimestra ultrasonogrāfijas ieviešanu visām grūtniecēm. Šobrīd Ministru kabineta noteiktumi nosaka, ka neriska grupas grūtniecēm ultrasonogrāfija tiek veikta 16.-18.grūtniecības nedēļā un 34.-36.grūtniecības nedēļā. Uzsver, ka visefektīvāk iedzimto anomāliju diagnostiku ir veikt grūtniecības pirmajā trimestrī, veicot bioķīmiskās analīzes un ultrasonogrāfiju 11.-13. grūtniecības nedēļās (11 nedēļās un 5 dienās) (prezentācija pielikumā uz 4 lapām). Norāda, ka ultrasonogrāfijas veikšana 16.-18. grūtniecības nedēļās neder, jo šajā laika posmā vairs nevar noteikt vairākas augļa patoloģijas. Ņemot vērā to, ka grūtnieces nav motivētas stāties grūtnieču uzskaitē līdz 12.nedēļai, ir grūti bioķīmiskās analīzes un ultrasonogrāfiju veikt tieši 11 grūtniecības nedēļās un 5 dienās. Izsaka šādus priekšlikumus:

1) grūtniecības pirmajā trimestrī veikt ultrasonogrāfiju un bioķīmiskās analīzes (nosakot brīvo  $\beta$ -HCG un PAPP-A) visām grūtniecēm 11-13 grūtniecības nedēļās. Jāveic individuālā riska aprēķināšana, ņemot vērā grūtnieces vecumu. 15% grūtnieču ir jāveic paplašināta izmeklēšana;

2) grūtniecības otrajā trimestrī ultrasonogrāfiju veikt 20 grūtniecības nedēļās visām grūtniecēm;

3) trešajā trimestrī ultrasonogrāfija pie normālas grūtniecības nav nepieciešama, atstāt to tikai riska grupas grūtniecēm.

Latvijas Ģenētikas centrā jābūt speciālistiem, kas nepieciešamības gadījumā var konsultēt ginekologus.

**A.Doveiks** iesaka uz nākamo Padomes sanākumi uzaicināt Veselības ekonomikas centra speciālistu.

**Secinājumi:** 1. Grūtniecības trešā trimestra ultrasonogrāfijas izmeklējumu visām grūtniecēm pārcelt uz grūtniecības pirmo trimestri.

2. Grūtniecības pirmajā trimestrī būtu jāveic augļa Dauna sindroma un citu iedzimto anomāliju bioķīmiskā izmeklēšana (nosakot brīvo  $\beta$ -HCG un PAPP-A), ja pirmajā ultrasonogrāfijā tiek konstatētas novirzes (piemēram, sabiezēta kakla kroka).

3. Padomes sagatavotos priekšlikumus iesniegt Veselības ekonomikas centram izvērtēšanai.

#### **4.3. Rezus fenotipa noteikšanas iespējas grūtniecēm visā Latvijā, asins grupas un rezus fenotipa izmeklējuma datu iekļaušanas iespējas Mātes pasē un to turpmāka izmantošana**

(I.Sisene, D.Rezeberga)

**I.Sisene**, Valsts asinsdonoru centra direktora vietniece laboratoriju jautājumos, sniedz informāciju par rēzus fenotipa noteikšanas iespējām visām grūtniecēm (informācija pielikumā uz 2 lapām). Izdevumi fenotipa noteikšanai visām grūtniecēm nav rentabli, jo fenotipu nosaka alloimunizētām personām. Fenotipa noteikšanu var veikt 10 minūtēs. Nākotnē varētu noteikt fenotipu, tam ir tikai profilaktiska nozīme. I.Sisene izsaka šādus priekšlikumus:

- 1) fenotipu noteikt sievietēm, kurām ir paredzēta asins pārlišana;
- 2) rēzus negatīvām sievietēm 28.grūtniecības nedēļā veikt antenatālo imūnprofilaksi;
- 3) Mātes pasei asins izmeklējumu oriģinālus var pievienot un izmantot kā primārās izmeklēšanas rezultātus. Tos nedrīkst izmantot gadījumos, kad ir nepieciešama asins pārlišana. Informāciju par asins grupu un rēzus piederību drīkst ierakstīt medicīniskajā dokumentācijā tikai no asins izmeklējuma atbildes oriģināla.

**Secinājumi:** Ministru kabineta noteikumos ir jāparedz šādi grozījumi:

- 1) noteikt, ka Mātes pasei ir jāpievieno hematoloģisko izmeklēšanas rezultātu pārskata oriģināli (asins grupa ABO, rēzus piederība, Rh (D));
- 2) noteikt, ka 28.grūtniecības nedēļā visām grūtniecēm jāveic ABO/ Rh(D), antivielu skrīnings;
- 3) noteikt, ka rēzus negatīvām grūtniecēm bez antivielām, kurām ir rēzus pozitīvs partneris, 28.grūtniecības nedēļā jāveic antenatāla imūnprofilakse.

#### **4.4. Universāla gestācijas diabēta skrīninga ieviešana**

(D.Rezeberga, I.Kreicberga, D.Gardovska)

**D.Rezeberga** informē, ka gestācijas diabēts ir viena no aktuālām problēmām antenatālajā aprūpē. Šobrīd gestācijas diabēta skrīnings tiek veikts tikai riska grupas grūtniecēm. Norāda, ka edokrinologi atbalsta universāla gestācijas diabēta skrīninga ieviešanu visām grūtniecēm, veicot orālo glikozes tolerances testu tukšā dūšā (Veselības ministrijas



galvenā speciālista endokrinoloģijā un osteoporozes jomā I.Rasas viedoklis. Prezentācija pielikumā uz 7 lapām).

**I.Kreicberga** norāda, ka daudzām grūtniecēm netiek diagnosticēts gestācijas diabēts. Vidēji 2-3% sievietēm Latvijā ir gestācijas diabēts. Rīgas Dzemdību nama Jaundzimušo intensīvās terapijas nodaļā regulāri reizi divās nedēļās nonāk jaundzimušie ar diabēta fetopātiju elpošanas traucējumu dēļ.

**D.Gardovska** ierosina uzklaut vairāku endokrinologu viedokļus par gestācijas diabēta skrīninga veikšanu un izmantojamajām metodēm.

**Secinājumi:** Padome nolēma šo jautājumu atstāt par atklātu, jo ir nepieciešams endokrinologu viedoklis par gestācijas diabēta skrīninga veikšanas metodēm.

#### **4.5. Citi viedokļi un priekšlikumi**

(D.Rezeberga, K.Embure-Zapoļska, D.Gardovska, R.Joksts)

**D.Rezeberga** informē, ka ir saņemts Latvijas Vecmāšu asociācijas priekšlikums, ka grūtnieces informēšanu vizītes laikā par reproduktīvās sistēmas anatomiju un fizioloģiju sievietei un vīrietim, apaugļošanas un augļa attīstību pārcelt no vizītes 16. – 18.grūtniecības nedēļā uz pirmo vizīti. Lūdz Vecmāšu asociāciju pārskatīt Ministru kabineta noteikumu 1.pielikuma sadaļu par informāciju grūtniecēm un iesniegt priekšlikumus grozījumiem.

**K.Embure-Zapoļska**, Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente, informē, ka 16. – 18.grūtniecības nedēļā sievieti vairāk interesē grūtniecības attīstība. Papildus izsaka priekšlikumu, ka pēcdzemdību aprūpi līdz 6.-8.nedēļai varētu nodrošināt vecmātes, kas vienlaicīgi varētu atvieglot ģimenes ārstu un pediatru darbu.

**D.Gardovska** aktualizē jautājumu par bērnu imunizāciju, ka samazinās kopējais imunizācijas līmenis. Pagājušajā gadā ir bijis zemākais imunizācijas līmenis salīdzinot pēdējos 20 gadus. Turklāt, sabiedrības domu par imunizāciju veido nesertificēti speciālisti. Aicina veselības aprūpes speciālistus veidot kopīgu valsts politiku, pieaicinot masu medijus (valsts televīziju, radio), kā arī uzklaut speciālistu viedokļus, lai varētu nodrošināt pilnvērtīgu imunizācijas līmeni.

**R.Joksts**, Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktors, sazināsies ar Imunizācijas Valsts padomes vadītāju problēmas risināšanai.

**Secinājumi:** grūtnieces informēšanu par reproduktīvās sistēmas anatomiju un fizioloģiju sievietei un vīrietim, apaugļošanas un augļa attīstību pārcelt no vizītes 16. – 18.grūtniecības nedēļā uz pirmo vizīti.

#### **5. Padomes lēmumi.**

1. Sagatavot grozījumu projektu Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumiem Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”, iekļaujot tajos Padomes atbalstītos priekšlikumus (Padomes atbalstītos, diskutējamos un neatbalstītos priekšlikumus skatīt pielikumā).

2. Nosūtīt Veselības ekonomikas centram izvērtēšanai priekšlikumus grozījumu veikšanai Ministru kabineta noteikumos, kā arī to nepieciešamības pamatojumu.

## **6. Par Padomes turpmāko darbu**

Nākošo sēdi organizēt 2010.gada 9.jūnijā plkst.15:00 Veselības ministrijas 309.kabinetā.

### **Darba kārtībā:**

perinatālās aprūpes rādītāju analīze par 2009.gadu.

### **Pielikumā:**

1. Valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” un Veselības ministrijas galvenās speciālistes ginekoloģijā un dzemdniecībā D.Rezebergas priekšlikumi grozījumiem Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumu Nr. 611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” 1.pielikumā uz 4 lapām;
2. V.Ķūses prezentācija par valsts aģentūras „Latvijas Infektoloģijas centrs” ierosinājumiem grozījumu veikšanai uz 3 lapām;
3. A.Mārtiņsona prezentācija par Veselības norēķinu centra veiktajiem aprēķiniem prognozējamām izmaksām dzemdību palīdzības nodrošināšanas pasākumu paplašināšanai uz 4 lapām;
4. D.Rezebergas prezentācija par B grupas streptokoku incidenci grūtniecēm un dzemdētājām Latvijā uz 1 lapas;
5. D.Matules prezentācija par I.trimestra ultrasonogrāfisko izmeklēšanu uz 4 lapām;
6. Valsts asinsdonoru centra informācija par hematoloģisko izmeklējumu veikšanu uz 2 lapām;
7. Veselības ministrijas galvenā speciālista endokrinoloģijā un osteoporozes jomā I.Rasas prezentācija par gestācijas diabēta skrīninga ieviešanu uz 7 lapām;
8. Priekšlikumu apkopojums grozījumu veikšanai Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” pēc Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes 2010.gada 31.marta sēdes uz 4 lapām.

Sēdes vadītāja:

D.Rezeberga

Sēdes protokolētāja:

A.Kluša