2016. gada Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr. .§)

**Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”**

Izdoti saskaņā ar

Seksuālās un reproduktīvās

veselības likuma 9.panta trešo daļu

Izdarīt Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” (Latvijas Vēstnesis, 2006, 118.nr.; 2007, 181.nr.; 2012, 134.nr.; 2013, 17.nr.; 2013, 122.nr.; 2013, 252.nr.) šādus grozījumus:

1. Papildināt noteikumus ar 21.un 22. punktu šādā redakcijā:

„21. Ārstniecības iestādē, kura sniedz dzemdību palīdzību grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā, ir kvalitātes vadības sistēma atbilstoši obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām, kuras ietvaros:

21.1. ir izstrādāta kārtība grūtniecības un dzemdību riska izvērtēšanai un rīcībai biežāk sastopamo grūtniecības un dzemdību komplikāciju gadījumā;

21.2. nodrošināta grūtnieču aprūpes un dzemdību palīdzības pakalpojumu kvalitātes rādītāju analīze, tai skaitā pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana, dzemdību iznākums mātei un bērnam, stacionēšanas gadījumi dzemdētājai, nedēļniecei, jaundzimušajam, perinatālās mirstības gadījumi u.c.;

21.3. ir dokumentēta un ievērota pacientu viennozīmīgās identifikācijas kārtība, kas samazina identifikācijas kļūdu iespējamību un nodrošina medicīnisko ierakstu izsekojamību.

21.4. ārstniecības personas, kas sniedz dzemdību palīdzību grūtniecības periodā, pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvušas apmācības kursu par grūtnieces aprūpes veikšanu un augļa augšanas un stāvokļa izvērtēšanu grūtniecības laikā.

22. Stacionārā ārstniecības iestādē, kura sniedz dzemdību palīdzību dzemdībās, papildus 21. punktā minētajām prasībām:

22.1. tiek analizēts ķeizargriezienu skaits (plānotie un steidzamie), indikācijas un komplikācijas;

22.2. ir noteikta augsta riska pacientu identifikācijas kārtība un aprūpes vadība ārstniecības iestādē (rīcības plāns un procedūras šo pacientu aprūpes un ārstniecisko darbību vadīšanai, biežāk sastopamo dzemdību komplikāciju gadījumā, piemēram, asiņošana, hipertensīvi sarežģījumi, pēcdzemdību septiskie sarežģījumi);

22.3. augsta riska pacientiem atbilstoši medicīniskajām indikācijām tiek nodrošināta speciālistu pieejamība, pacienta stāvokļa monitorēšana un uzraudzība;

22.4. ir izstrādāta rīcība pie neatliekamiem stāvokļiem dzemdniecībā un jaundzimušo aprūpē konkrētajā ārstniecības iestādē, piemēram, masīva asiņošana, smaga preeklampsija vai eklampsija, pieaugušo kardiopulmonālā reanimācija, jaundzimušo kardiopulmonālā reanimācija, anafilakse*,* u.c. Ārstniecības iestādes personāls ir iepazīstināts ar rīcību pie neatliekamiem stāvokļiem dzemdniecībā un jaundzimušo aprūpē konkrētajā ārstniecības iestādē;

22.5. ir izstrādāta un ieviesta mātes veselībai kritisko gadījumu analīzes sistēma un tiek analizēti klīniskie gadījumi, tai skaitā ja dzemdībās ir bijis patoloģisks asins zudums, pēcdzemdību septiskas komplikācijas, smaga preeklampsija, eklampsija;

22.6. mātes mirstības un perinatālās mirstības gadījumi tiek analizēti un izvērtēti multidisciplināri ārstniecības iestādes ietvaros;

22.7.tiek analizēta grūtniecības, dzemdību un jaundzimušā aprūpe visām dzemdībām, kurās bērns dzimis asfiksijā, kas atbilst hipotermijas kritērijiem, iedzimtām augļa attīstības anomālijām;

22.8. tiek nodrošināta informācijas apmaiņa starp ārstniecības iestādēm par grūtnieču un dzemdētāju pārvešanu atbilstoši medicīniskajām indikācijām. Ārstniecības iestādē tiek analizēta grūtnieču un dzemdētāju pārvešana pēc medicīniskajām indikācijām uz ārstniecības iestādi ar atbilstošu medicīnisko tehnoloģiju un speciālistu nodrošinājumu, tai skaitā pārvešanas savlaicīgums, indikācijas, sarežģījumi, kā arī tiek saglabāti un ir pieejami dati par pārvesto grūtnieču un dzemdētāju ārstēšanas iznākumu;

22.9. tiek nodrošināta informācijas apmaiņa starp ārstniecības iestādēm un tiek veikta analīze par jaundzimušo pārvešanu atbilstoši medicīniskajām indikācijām uz perinatālās aprūpes centru vai valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” neonatālo centru, tai skaitā pārvešanas savlaicīgums, indikācijas, sarežģījumi, kā arī tiek saglabāti un ir pieejami dati par pārvesto jaundzimušo ārstēšanas iznākumu;

22.10. klīnisko gadījumu analīzes sanāksmes tiek protokolētas, tiek izdarīti secinājumi un, nepieciešamības gadījumā, nozīmētas korektīvās darbības ar noteiktu izpildes termiņu un atbildīgo personu;

22.11. regulāri tiek veikta un dokumentēta korektīvo darbību izpildes pārbaude;

22.12. tiek nodrošināta ārstniecības personu profesionālo zināšanu un prasmju pilnveide:

22.12.1. ginekologi dzemdību speciālisti un vecmātes pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvuši apmācības kursu augļa stāvokļa izvērtēšanā dzemdībās, tai skaitā pielietojot kardiotokogrāfiju (ārstniecības iestādē par to ir dokumentēts apliecinājums);

22.12.2. ginekologi dzemdību speciālisti, neonatologi vai pediatri, anesteziologi – reanimatologi, anestēzijas māsas, vecmātes un bērnu māsas pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvuši apmācības kursu pieaugušo un grūtnieču kardiopulmonālajā reanimācijā un jaundzimušo primārajā reanimācijā (ārstniecības iestādē par to ir dokumentēts apliecinājums);

22.12.3. ginekologi dzemdību speciālisti, anesteziologi - reanimatologi, anestēzijas māsas, vecmātes un neonatologi perinatālās aprūpes centros pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvuši apmācības kursu transfuzioloģijā (ārstniecības iestādē par to ir dokumentēts apliecinājums);

22.12.4. neonatologi vai pediatri, anesteziologi - reanimatologi un bērnu māsas pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvuši apmācības kursu jaundzimušo stabilizācijā, lai ārstniecības iestādē, kur nav jaundzimušo intensīvās terapijas nodaļas diennakti būtu nodrošināta apmācīta speciālista klātbūtne (ārstniecības iestādē par to ir dokumentēts apliecinājums);

22.12.5. ginekologi dzemdību speciālisti, anesteziologi - reanimatologi, anestēzijas māsas, vecmātes un neonatologi pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvuši apmācības kursu komandas darba nodrošināšanā pie neatliekamiem stāvokļiem dzemdniecībā (ārstniecības iestādē par to ir dokumentēts apliecinājums).”;

2.Izteikt 5.punktu šādā redakcijā:

„5. Ginekologs (dzemdību speciālists), vecmāte vai ģimenes ārsts izvērtē grūtniecības norises risku un nosaka, kura no šo noteikumu [4.punktā](http://m.likumi.lv/doc.php?id=140695#p4) minētajām ārstniecības personām veiks turpmāko grūtnieces aprūpi un:

5.1. sastāda un dokumentē grūtniecības vadīšanas plānu, ja nepieciešams to koriģē;

5.2. katras vizītes laikā izvērtē grūtniecības norises risku un nepieciešamības gadījumā nosaka kādi speciālisti ir jāiesaista grūtnieces aprūpē;

5.3. nodrošina sadarbību ar citiem grūtnieces aprūpē iesaistītajiem speciālistiem (ģimenes ārstu, ārstu speciālistu u.c.), nepieciešamības gadījumā nosūtot uz ārstu konsiliju.”;

3. Papildināt noteikumus ar 8.2.apakšpunktu ar 8.2.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

„8.2.3. pēdējo piecu gadu laikā profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības ietvaros ir apguvusi apmācības kursu par augļa novērošanu, pieaugušo un grūtnieču kardiopulmonāro reanimāciju un jaundzimušo stabilizāciju.”

4. Papildināt noteikumus ar 17.un 18.punktu šādā redakcijā:

„17. Šo noteikumu 21.un 22.punkts stājas spēkā 2017.gada 1.aprīlī.”

18.Šo noteikumu 22.12.5.apakšpunkts stājas spēkā 2018.gada 1.janvārī.”;

5. Izteikt [1.](http://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba#piel1)pielikumu šādā redakcijā:

„1.pielikums   
Ministru kabineta   
2006.gada 25.jūlija noteikumiem Nr.611

Dzemdību palīdzība grūtniecības un pēcdzemdību periodā

1.Katrā apmeklējuma reizē ārstniecības persona nosaka grūtniecības risku, ja nepieciešams, sastāda individuālu grūtniecības vadīšanas plānu un nodrošina papildu izmeklējumu veikšanu.

2.Jebkurā grūtniecības laikā grūtniecības sarežģījumu gadījumos:

2.1.ja konstatētas iedzimtas augļa attīstības anomālijas, grūtnieci nosūta uz BKUS1 Medicīniskās ģenētikas un prenatālās diagnostikas klīniku multisdisciplināram speciālistu konsilijam;

2.2.ja nepieciešams veikt invazīvas diagnostiskas procedūras, grūtnieci nosūta uz BKUS1 Medicīniskās ģenētikas un prenatālās diagnostikas klīniku vai perinatālās aprūpes centra prenatālās diagnostikas nodaļu2.

3. Grūtnieces, kurām anamnēzē ir ģenētiska slimība, potenciāla teratogēnu ietekme, ģenētiska slimība ģimenē vai ultrasonogrāfiskajā izmeklējumā konstatētas augļa struktūras anomālijas, uzskatāmas par ģenētiskā riska grupas grūtniecēm.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aprūpes laiks | Ārstniecības persona (atbilstoši kompetencei un specialitātes nolikumam) | Anamnēzes un grūtniecības riska novērtējums | Izmeklēšana | | Pasākumi | Informācija un grūtniecei izsniedzamā medicīniskā dokumentācija |
| klīniskā | laboratoriskā – sijājošā diagnostika (skrīnings) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **I. Grūtnieces aprūpe** | | | | | | |
| 1. Pirmreizējais apmeklējums no 8.grūtniecības nedēļas līdz 12.grūtniecības nedēļai (ja grūtniecības laiks lielāks, papildus veic visus iepriekš paredzētos izmeklējumus un pasākumus) | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) ģimenes, dzīves, reproduktīvo anamnēzi, tai skaitā iepriekšējo grūtniecību un dzemdību norisi, garīgo veselību, informāciju par hronisku slimību esību, ārstniecisku diētu un medikamentu lietošanu (ja pirms grūtniecības iestāšanās sievietei ārstēts sifiliss, nepieciešams dermatovenerologa atzinums par preventīvās terapijas nepieciešamību. Ja ģimenes anamnēzē iedzimtas anomālijas vai ģenētiskas (pārmantotas) saslimšanas vai potenciāla teratogēna ietekme, nepieciešama ārsta ģenētiķa konsultācija);  3) profesiju un darba apstākļus;  4) veselībai kaitīgos ieradumus;  5) sociālo stāvokli, iespējamo vardarbību ģimenē;  6) grūtnieces un ģimenes attieksmi pret esošo grūtniecību;  7) kura no Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumu Nr.611 ''Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība'' (turpmāk – noteikumi) 4.punktā minētajām ārstniecības personām veiks turpmāko grūtnieces aprūpi;  8) paredzamo dzemdību termiņu (pēc I trimestra skrīninga US3 veikšanas). | Nodrošina:  1) ķermeņa masas indeksa noteikšanu;  2) orgānu sistēmu apskati un izmeklēšanu;  3) krūšu dziedzeru vizuālu apskati un palpāciju un ginekoloģisko izmeklēšanu (dzemdes kakla apskate spoguļos);  4) US3 ar kakla krokas mērījumu grūtniecības 11.– 13.nedēļā un 14.nedēļas pirmajās sešās dienās (turpmāk – 11.–13.+6) | Nodrošina:  1) pilnas asins ainas izmeklēšanu;  2) feritīna noteikšanu;  3) urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu;  4) asinsgrupas un Rh(D)4 piederības noteikšanu;  5) antieritrocitāro antivielu noteikšanu un identifikāciju, ja konstatēts pozitīvs rezultāts;  6) HBsAg5;  7) RPR6;  8) TPHA7;  9) Anti HIV8 (ar pirmstesta un pēctesta konsultēšanu);  10) maksts pH9 noteikšana visām grūtniecēm, iztriepe uz maksts mikrofloru, ja pH9 ≥4,4  11) hlamīdiju noteikšanu riska grupas grūtniecēm10;  12) dzemdes kakla citoloģisko izmeklēšanu, ja tā nav veikta organizētā vēža skrīninga ietvaros, kurā pēdējos trīs gados saņemtā atbilde ir norma;  13) nosūtījumu uz I trimestra grūtnieču skrīningu (Ministru kabineta [2006.](http://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba#piel2006)gada [4.](http://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba#piel4)aprīļa noteikumu Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība" [98.pielikums](http://likumi.lv/ta/id/140695-dzemdibu-palidzibas-nodrosinasanas-kartiba#piel98))  14) visām grūtniecēm vienlaikus ar I trimestra US3 (± 1–2 dienas) veic seruma skrīningu ar bioķīmiskajiem marķieriem – PAPP-A11 un brīvo β HGT12 | 1. Ja grūtnieces aprūpi veic ginekologs, dzemdību speciālists vai vecmāte, grūtniece iesniedz ģimenes ārsta atzinumu par grūtnieces veselības stāvokli un ieteikumus turpmākai aprūpei.  2. Ja grūtniece ir kāda speciālista dinamiskā aprūpē, tā iesniedz attiecīgā speciālista atzinumu un ieteikumus turpmākai aprūpei.  3. Ja sifilisa vai HIV testi pozitīvi, ārsts informē par to grūtnieci un nosūta pie atbilstoša speciālista (ja konstatēts sifiliss, – pie dermatovenerologa, ja konstatēts HIV, **–** pie RAKUS13 vai PSKUS14 infektologa), kurš sniedz atzinumu un ieteikumus turpmākai aprūpei un novērošanai.  4. Seruma skrīninga rezultātus kopā ar mātes vecumu un kakla krokas mērījumu ievada laboratorijas datorprogrammā, kur tiek aprēķināts iedzimto hromosomālo augļa patoloģiju risks.  5. Grūtniecei ar augstu risku (≥ 1:50) veic invazīvo diagnostiku – horija biopsiju I trimestrī (12.–13.grūtniecības nedēļā) vai amniocentēzi II trimestrī (15.–18.grūtniecības nedēļā) augļa FISH15 vai kariotipa noteikšanai.  6. Grūtniece ar vidēju risku (1:51–1:1000) tiek norīkota atkārtota US3 pie 5.pielikuma 2.punktā minētā eksperta līmeņa US3 speciālista augļa padziļinātai izmeklēšanai ar dopleru, un tiek izvērtēti I trimestra US3 marķieri – augļa deguna kaula, venozā vada (*ductus venosus*) plūsma un trīsviru vārstuļu plūsma (grūtniecības 11.–13.+6).  7. Ja grūtniecei tiek uzrādīts koriģētais augstais risks, to norīko izmeklējumu veikšanai, izmantojot invazīvās diagnostikas metodes, – horija biopsija vai amniocentēze augļa kariotipa noteikšanai.  8. Pirms diagnostiski invazīvā izmeklējuma ģenētiskā riska grupas grūtnieces nosūta pie ārsta ģenētiķa uz konsultāciju invazīvā izmeklējuma veida, apjoma un parauga izmeklēšanas nozīmēšanai. | 1. Informē par:  1) fizioloģiskām izmaiņām grūtniecības laikā;  2) apaugļošanos, augļa attīstību un teratogēno faktoru iedarbību;  3) neinfekciju slimību izplatības ierobežošanu, sabalansēta uztura nozīmi, minerālvielu un vitamīnu, tai skaitā joda, folskābes, D vitamīna profilaktiskas lietošanas nozīmi;  4) nikotīna, alkohola un citu atkarību izraisošo vielu, medikamentu, kā arī dzimumceļu un TORCH16 grupas infekcijas slimībuietekmi uz grūtniecības norisi;  5) iedzimtu augļa attīstības anomāliju diagnostikas iespējamību;  6) grūtnieces aprūpes kārtību un simptomiem, kad jāvēršas pēc medicīniskās palīdzības.  7) mutes veselības nozīmi;  8) nepieciešamību vakcinēties pret sezonālo gripu.  2. Grūtniecei izsniedz atzinumu (Ministru kabineta 2006.gada 4.aprīļa noteikumu Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība" 12.pielikums "Izraksts no stacionāra pacienta ambulatorā pacienta medicīniskās kartes" (veidlapa Nr.027/u)) iesniegšanai darba devējam, kuram pēc tā saņemšanas aizliegts nodarbināt grūtnieci un sievieti pēcdzemdību periodā līdz vienam gadam, bet, ja sieviete baro bērnu ar krūti, – visā barošanas laikā, ja tiek atzīts, ka attiecīgā darba veikšana rada draudus sievietes vai viņas bērna drošībai un veselībai  3.Ja grūtniece Rh(D)4 negatīva rekomendē noteikt Rh(D)4 bērna tēvam. |
| 2. 16.–18. grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) ārsta ģenētiķa atzinumu, ja apstiprināta hromosomāla patoloģija vai strukturāla patoloģija auglim.  Grūtnieces, kurām konstatētas augļa strukturālas anomālijas (pēc diagnozes apstiprinājuma), nosūta uz konsultāciju BKUS1 „Medicīniskās ģenētikas un prenatālās diagnostikas klīnikā”.  Grūtniecības vadīšanas taktiku lemj ārstu konsilijs prenatālās diagnostikas centrā vai BKUS1 Medicīniskās ģenētikas un prenatālās diagnostikas klīnikā, konsilijā piedaloties ģenētiķim.” | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) augļa sirdstoņu izklausīšanu (ar fetālo dopleru);  4) US3 20.–21.grūtniecības nedēļā un 22.nedēļas pirmajās sešās dienās (izmeklējuma kopiju pievieno mātes pasei);  5) ehokardiogrāfiju auglim 20.–23.grūtniecības nedēļā riska grupas grūtniecēm18  6) gravidogrammas aizpildi | Nodrošina:  1) urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu;  2) seruma skrīningu (α FP19, brīvais estriols, kopējais HGT12) 15.–19.grūtniecības nedēļā grūtniecēm, kuras vēlīni stājušās uzskaitē, ar neskaidru grūtniecības laiku, adipozām, kā arī grūtniecēm, kurām nevar nodrošināt I trimestra US3 un nevar izskaitļot risku | 1. Ja aprūpi veic ģimenes ārsts vai vecmāte, nodrošina ginekologa, dzemdību speciālista konsultāciju.  2. Ja I trimestra US3 un seruma skrīnings uzrāda augstu risku un grūtniecei nav veikta horija biopsija vai II trimestra skrīnings norāda uz augstu risku (grūtniecēm, kurām nebija iespējams veikt kvalitatīvu pirmā trimestra skrīningu), grūtnieci norīkodiagnostiskās amniocentēzes veikšanai (augsta riska grūtniecēm) ar sekojošu augļa ģenētiskā materiāla izmeklēšanu (kariotips vai FISH15  3. Pirms diagnostiski invazīvā izmeklējuma ģenētiskā riska grupas grūtnieces nosūta pie ārsta ģenētiķa uz konsultāciju invazīvā izmeklējuma veida, apjoma un parauga izmeklēšanas nozīmēšanai | 1. Informē par grūtniecības norisi – fizioloģiju, psiholoģiju, garīgās veselības aspektiem grūtniecības un pēcdzemdību periodā. medicīnisko aprūpi, darba un sociālajām garantijām, personīgo un dzimumdzīves higiēnu, fiziskajām aktivitātēm, uzturu, nemedikamentozās ārstniecības metodēm, risku un tā novēršanu.  2. Izsniedz mātes pasi.  3. Personām no 18 gadu vecuma, kuras dzīvo kopā ar grūtnieci, iesaka krūšu kurvja orgānu Rtg20 izmeklēšanu, ja tā nav veikta pēdējā gada laikā |
| 3. 25.–26. grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) augļa kustību raksturu | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) dzemdes augstuma noteikšanu;  4) augļa sirdstoņu izklausīšanu (ar fetālo dopleru) | Nodrošina:  1) Hb21 noteikšanu;  2) urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu;  3) OGTT22 paplašināta riska grupas grūtniecēm;  4) Rh(D)4 negatīvām grūtniecēm 28.grūtniecības nedēļā veic:  - asinsgrupas, Rh(D)4 piederības noteikšanu, antieritrocitāro antivielu skrīningu;  - antenatālu imūnprofilaksi Rh(D)4 negatīvām grūtniecēm bez antieritrocitārām antivielām, kurām ir Rh(D)4 pozitīvs partneris vai partnera Rh(D)4 piederība nav zināma |  | Informē par:  1) grūtniecības norisi;  2) partnera lomu veiksmīgā grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību perioda norisē;  3) dabisko dzemdību priekšrocībām;  4) krūts ēdināšanas priekšrocībām;  5) augļa stāvokļa novērtēšanas metodēm un kustību skaitīšanas principiem |
| 4. 29.–30. grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) augļa kustību raksturu | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) dzemdes augstuma noteikšanu;  4) augļa sirdstoņu izklausīšanu (ar fetālo dopleru) | Nodrošina:  1) Hb21 un feritīna noteikšanu;  2) urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu;  3) RPR6 |  | 1. Informē par:  1) nepieciešamību izvēlēties bērnam ģimenes ārstu un iegūt rakstisku apstiprinājumu no tā par gatavību aprūpēt jaundzimušo (kontakttālrunis, vārds, uzvārds, paraksts);  2) sagatavošanos dzemdībām – relaksāciju, elpošanas paņēmieniem, dzemdību pozām, partnera atbalstu.  2. Noskaidro grūtnieces izvēli attiecībā uz dzemdību vietu un ģimenes dzemdībām |
| 5. 34.–36. grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) augļa kustību raksturu;  3) augļa ārēja apgrozījuma iespējas, ja auglis iegurņa priekšguļā | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) dzemdes augstuma noteikšanu;  4) augļa sirdstoņu izklausīšanu (ar fetālo dopleru);  5) augļa guļas noteikšanu;  6) US3 riska grupas grūtniecēm23 | Nodrošina:  1) urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu;  2) Hb21 noteikšanu;  3) antieritrocitāro antivielu noteikšanu Rh(D)4 negatīvām grūtniecēm, ja nav veikta antenatāla imūnprofilakse;  4) B grupas beta hemolītiskā streptokoka noteikšanu, izmantojot uzsējumu no maksts, starpenes un *rectum* (taisnās zarnas vai anālās atveres) 35.–37.grūtniecības nedēļā | 1. Grūtniece iesniedz ģimenes ārsta vai pediatra rakstisku apliecinājumu par jaundzimušā aprūpes nodrošināšanu, kas ietver ārsta kontakttālruņa numuru un ārstniecības iestādes juridisko adresi.  2. Ja grūtniece izvēlas ģimenes dzemdības, informē grūtnieci un viņas partneri par partnera atbalstu dzemdībās un mātes pasē veic ierakstu par sniegto informāciju | Informē par:  1) jaundzimušajam veselīgiem un drošiem dzīves apstākļiem atbilstoši noteikumu 4.pielikumam;  2) dzemdību priekšvēstnešiem;  3) dzemdību gaitu;  4) iespējamām medicīniskām manipulācijām;  5) pēcdzemdību perioda norisi, iespējamiem sarežģījumiem un to novēršanu;  6) nepieciešamību plānot ķeizargriezienu, ja tam ir medicīniskas indikācijas (atbilstoši vadlīnijām vai uzrādot speciālista atzinumu);  7) rekomendē iepazīties ar dzemdību nodaļu, kurā plāno dzemdības |
| 6. 38.–40. grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) augļa kustību raksturu | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) dzemdes augstuma noteikšanu;  4) augļa sirdstoņu izklausīšanu (ar fetālo dopleru);  5) augļa guļas noteikšanu | Nodrošina urīna analīzes veikšanu ar indikatora strēmelīšu testu |  | Atbilstoši noteikumu 4.pielikumā minētajām tēmām informē par:  1) pirmo kontaktu ar jaundzimušo, jaundzimušā kopšanu un ar to saistītām raksturīgām grūtībām;  2) zīdīšanu – priekšrocībām, tehniku, iespējamām grūtībām un to novēršanu |
| 7. 41.grūtniecības nedēļa | Ginekologs, dzemdību speciālists, vecmāte vai ģimenes ārsts | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) augļa kustību raksturu | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) dzemdes augstuma noteikšanu;  4) augļa sirdsdarbības izmeklēšanu ar kardiotokogrāfu;  5) augļa guļas noteikšanu |  | Novērtē augļa stāvokli un pieņem lēmumu par turpmāko rīcību.  Dzemdību indukcijai uz dzemdību iestādi grūtnieci nosūta no 41.grūtniecības nedēļas līdz 42.grūtniecības nedēļai. |  |
| 8. Dzemdības | Ginekologs, dzemdību speciālists vai vecmāte (ja fizioloģiskas dzemdības) atbilstoši noteikumu III nodaļai | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) dzemdes kontrakciju raksturu;  3) riska faktorus;  4) anamnēzes datus;  5) antenatālās aprūpes laikā veikto izmeklējumu rezultātus | Nodrošina:  1) ķermeņa masas noteikšanu;  2) AT17 noteikšanu;  3) augļa sirdsdarbības izmeklēšanu ar kardiotokogrāfu (20–30 minūtes), iestājoties stacionārā, vai ar fetālo dopleru mājas dzemdībās;  4) augļa guļas noteikšanu ar Leopolda paņēmieniem;  5) atbilstošas dzemdību palīdzības sniegšanu  6) Ja BGS24 pozitīvs, dzemdībās veic BGS24 izraisītu komplikāciju profilaksi. Ja dzemdību brīdī Mātes pasē nav pieejama informācija par BGS24 nēsāšanu, dzemdību nodaļas aprūpes sniedzēji pielieto uz risku vērsu stratēģiju, nozīmējot antibakteriālu terapiju riska grupas dzemdētājām25 | Ja grūtniece iestājas dzemdību nodaļā dzemdību palīdzības saņemšanai un nav pieejamas ziņas par attiecīgās grūtnieces B hepatīta, HIV infekcijas vai sifilisa testēšanas rezultātiem, nekavējoties, izmantojot ekspresmetodes, veic šādus izmeklējumus:  1) HBsAg5;  2) Anti HIV8 (ar pirmstesta un pēctesta konsultēšanu);  3) RPR6 + TPHA7 (ja rezultāts ir pozitīvs, nosaka antivielu titru ar kvantitatīvo metodi) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. Nedēļnieces aprūpe** | | | | | | |
| 9. Pēcdzemdību periods (līdz sestajai dienai pēc dzemdībām) | Ginekologs, dzemdību speciālists vai vecmāte | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) pēcdzemdību perioda norisi;  3) zīdīšanas efektivitāti |  |  | Nodrošina:  1) anti-D rēzus imūnglobulīna ievadi 72 stundu laikā pēc dzemdībām, ja Rh(D)3 negatīvai nesensibilizētai (bez Rh(D)4 antivielām) nedēļniecei piedzimis Rh(D)4 pozitīvs bērns;  2) krūšu kurvja orgānu Rtg20  izmeklēšanu nedēļniecei līdz sestajai dienai pēc dzemdībām vai pirms izrakstīšanās no stacionāra | 1. Informē par:  1) vēlīno pēcdzemdību periodu, iespējamām problēmām;  2) zīdīšanas priekšrocībām;  3) pēcdzemdību depresiju un tās profilaksi;  4) partnerattiecībām jaunajā dzīves situācijā, dzimumdzīves atsākšanu, kontracepciju pēc dzemdībām, ginekoloģisko saslimšanu profilaksi.  2. Sievieti, kurai konstatēti pozitīvi sifilisa testi, informē par analīžu rezultātiem un nosūta pie dermatovenerologa turpmākai novērošanai un ārstēšanai.  3. Sievieti, kurai konstatēta HIV infekcija, informē par analīžu rezultātiem, konsultē un nosūta uz RAKUS13 pie infektologa turpmākai novērošanai un ārstēšanai | |
| 10. 6.–8.nedēļa pēc dzemdībām | Ginekologs, dzemdību speciālists vai vecmāte | Izvērtē:  1) sūdzības;  2) sievietes psihoemocionālo stāvokli |  |  | Veic ginekoloģisku apskati atbilstoši normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību | Informē par  1) atpūtu un aktivitātēm pēcdzemdību periodā;  2) personīgo higiēnu;  3) uzturu;  4) dzimumdzīvi pēc dzemdībām;  5) zīdīšanu un jaundzimušā ēdināšanu;  6) drošības pasākumiem, kas jāievēro, lai netiktu apdraudēta jaundzimušā veselība un dzīvība;  7) neatliekamām situācijām, kad nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta, ārsta speciālista vai neatliekamās medicīniskās palīdzības. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Jaundzimušā veselības aprūpe** | | | | | | |
| Periods | Ārstniecības persona | Mātes anamnēzes un jaundzimušā riska novērtējums | Izmeklēšana | | |  |
| klīniskā | laboratoriskā | | Pasākumi |
| sijājošā diagnostika (skrīnings) | papildu (paaugstināta riska grupai) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Pēc piedzimšanas | Ginekologs, dzemdību speciālists vai vecmāte, neonatologs vai pediatrs | Atkārtoti izvērtē grūtniecības un dzemdību riska faktorus | 1. Tūlīt pēc piedzimšanas izvērtē jaundzimušā elpošanu un sirdsdarbību atbilstoši JPR24 prasībām.  2. Pirmās minūtes beigās un piektajā minūtē izvērtē jaundzimušo pēc Apgares skalas.  3. Vizuāli novērtē jaundzimušo par lielo vai mazo anomāliju esību.  4. Nosaka ķermeņa masu, garumu, galvas un krūšu apkārtmēru |  | 1. Ja māte ir Rh(D)4 negatīva vai grūtniecības laikā konstatētas antieritrocitāras antivielas, nabassaites asinīs nosaka:  1) asins grupu;  2) Rh(D)4piederību;  3) bilirubīna līmeni;  4) tiešo Kumbsa reakciju (nepilno antieritrocitāro antivielu skrīnings).  2. Ja māte ir HIV pozitīva asinīs nosaka HIV RNS pirmajās 48 stundās pēc dzimšanas, paraugu nogādājot uz RAKUS13, un HB21, eritrocītu skaitu. | Ja nepieciešams, tūlīt pēc piedzimšanas veic JPR26 pasākumus.  Ja JPR26 pasākumi nav nepieciešami, nodrošina:  1) vismaz 20 minūšu ilgu jaundzimušā ādas kontaktu ar mātes ādu;  2) zīdīšanas uzsākšanu 30 minūšu laikā pēc dzimšanas (ja māte HIV pozitīva – ēdināšana no krūts aizliegta);  3) primāro apkopi;  4) gonoblenorejas profilaksi27  5) HIV ekspozīcijas gadījumā jaundzimušajam sešu stundu laikā uzsāk antiretrovirālu terapiju. |
| 12. 24 stundu laikā pēc piedzimšanas | Neonatologs vai pediatrs un bērnu māsa vai pēcdzemdību aprūpes māsa/ vecmāte | 1. Izvērtē riska faktorus adaptācijas procesa norisei un jaundzimušā veselībai.  2. Izvērtē iespējamās problēmas zīdīšanai | Veic:  1) jaundzimušā primāro apskati;  2) iedzimtu anomāliju esības izvērtēšanu;  3) palīdz uzsākt zīdīšanu |  | Ja ir aizdomas par sifilisu, jaundzimušajam veic seroloģiskās analīzes:  1) RPR6;  2) TPHA7 | 1. Nodrošina VHB28 vakcināciju atbilstoši normatīvajiem aktiem par vakcinācijas kārtību. |
| 13. Agrīnais neonatālais periods (līdz sestajai dzīves dienai) | Stacionārā – neonatologs, pediatrs un bērnu aprūpes māsa vai vecmāte.  Ārpus stacionāra – pediatrs, ģimenes ārsts un vecmāte, bērnu māsa vai ārsta palīgs | Atkārtoti izvērtē riska faktorus jaundzimušā veselībai | Veic:  1) jaundzimušā klīnisko izmeklēšanu;  2) adaptācijas perioda norises izvērtēšanu;  3) zīdīšanas efektivitātes izvērtēšanu;  4) ķermeņa masas dinamikas kontroli | 1. Veic dzirdes pārbaudi ar otoakustiskās emisijas metodi – līdz izrakstīšanai no stacionāra (plānotās ārpusstacionāra dzemdībās – līdz sestajai dzīves dienai).  2. Nodrošina fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšanu asinīs – līdz izrakstīšanai no stacionāra (laikā no 60. līdz 84.dzīves stundai)  3. Nodrošina pulsa oksimetrijas skrīningu > 24 stundas pēc dzimšanas līdz izrakstīšanai no stacionāra. | 1. Ja māte HIV pozitīva, informē, ka sešu nedēļu vecumā bērns jākonsultē pie infektologa. Ja bērns ir HIV inficēts nosūta konsultācijai uz RAKUS13.  2. Ja mātei anamnēzē pārslimots sifiliss, rekomendē viena mēneša vecumā bērnu konsultēt BKUS1 pie dermatovenerologa.  3. Ja māte HBsAg5 pozitīva vai VHC29 pozitīva, tad rekomendē trīs mēnešu vecumā bērnu konsultēt BKUS1 pie infektologa. | 1. Nodrošina BCG30 vakcināciju atbilstoši normatīvajiem aktiem par vakcinācijas kārtību.  2. Ja bērns dzimis HIV inficētai mātei, BCG30 vakcinācija dzemdību nodaļā aizliegta.  3. Izsniedz nosūtījumu pie speciālista izmeklēšanai ar objektīvās audiometrijas metodi, ja dzirdes pārbaudē ar otoakustiskās emisijas metodi iegūta atbilde, kas rada šaubas |
| 14. Vēlīnais jaundzimušā periods (no septītās līdz 28.dzīves dienai) | Ģimenes ārsts vai pediatrs un vecmāte, bērnu māsa vai ārsta palīgs | Atkārtoti izvērtē vai nosaka:  1) riska faktorus jaundzimušā veselībai;  2) sociālā riska faktorus | Veic:  1) jaundzimušā veselības stāvokļa novērtēšanu;  2) zīdīšanas efektivitātes izvērtēšanu | Atkārtoti nodrošina fenilalanīna un tireotropā hormona noteikšanu asinīs, ja pirmais izmeklējums veikts agrāk nekā līdz 60.dzīves stundai |  | Nodrošina bērna profilaktiskās apskates atbilstoši normatīvajiem aktiem par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību |

Tabulā izmantotie saīsinājumi.

1.BKUS – valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību ''Bērnu klīniskā universitātes slimnīca".

2. Perinatālās aprūpes centra prenatālās diagnostikas nodaļa – ārstniecības iestādes prenatālās diagnostikas un augsta riska grūtnieču aprūpes kabinets/nodaļa, kura atrodas ārstniecības iestādē ar ginekoloģijas nodaļu, dzemdību nodaļu un jaundzimušo intensīvās terapijas nodaļu, kas atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām.

3. US – ultrasonogrāfiska izmeklēšana.

4. Rh(D) – rēzus faktors.

5. HbsAg – hepatīta B virsmas antigēns.

6. RPR – ātrais plazmas reagīnu tests.

7. TPHA – izmeklējums sifilisa noteikšanai (*Treponema pallidum* hemaglutinācijas reakcija).

8. Anti HIV - cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas noteikšana

9. pH – vides skābums.

10. Hlamīdiju noteikšana riska grupas grūtniecēm – hlamīdiju noteikšana grūtniecēm līdz 24 gadu vecumam, sociālā riska grūtniecēm, kā arī gadījumā, ja anamnēzē vai šīs grūtniecības laikā diagnosticēta seksuāli transmisīva infekcija vai ir klīniskās pazīmes (endocervicīts, mukopurulenti izdalījumi).

11. PAPP-A **–** ar grūtniecību saistīts asins plazmas proteīns.

12. β HGT – beta horiongonodotropīns.

13. RAKUS - sabiedrība ar ierobežotu atbildību „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”.

14. PSKUS – valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”.

15. FISH - fluorescentā in situ hibridizācija.

16. TORCH grupas infekciju slimības – toksoplazmoze, masaliņas, citomegalovīrusu un herpesvīrusu infekcijas, sifiliss u.c.

17. AT – arteriālais asinsspiediens.

18. Ehokardiogrāfija auglim 20.–23.grūtniecības nedēļā riska grupas grūtniecēm – augļa sirds anatomijas un funkcijas izmeklējums ar ultraskaņas aparatūru. Riska faktori mātei: ģimenes anamnēzē VCC (pirmās pakāpes radiem vai probandam), mātei metabolas slimības (DM, FKU), kardioloģisko teratogēnu iedarbība (retinoīdi, fenitoīns, karbamazepīns, valproātskābe u.c.), grūtniecības laikā lietoti prostaglandīnu sintetāzes inhibitori (ibuprofēns, aspirīns, indometacīns), mātei grūtniecības laikā pierādīta infekcijas slimība (masaliņas, parvovīruss B19, *Coxsackie*), mātei autoimūnas slimības (*Anti-Ro*, *Anti-La*), ŠS, SSV, AR, ģimenē iedzimtas slimības (Marfāna sindroms, *Noonan's* sindroms u.c.), IVF grūtniecība. Riska faktori auglim: aizdomas par augļa sirds patoloģiju rutīnas US, ekstrakardiāla augļa patoloģija, hromosomāla augļa patoloģija, augļa aritmija vai persistējoša bradikardija, persistējoša tahikardija vai persistējošs neregulārs ritms, *Hydrops fetalis*, kakla kroka 11.– 13.+6 grūtniecības nedēļā lielāka par 95 procentīli, monohoriāli dvīņi ar aizdomām par TTTS.

19. α FP – alfa fetoproteīns.

20. Rtg – rentgenogrāfija.

21. Hb – hemoglobīns.

22. OGTT – orālais glikozes tolerances tests paplašināta riska grupas grūtniecēm – grūtniecēm, kurām ir paaugstināts ķermeņa svars (ĶMI ≥ 25 kg/m2 vai ≥ 20 % virs ideālā svara) un kādi no papildu riska faktoriem (zema fiziskā aktivitāte, I pakāpes radiniekiem konstatēts cukura diabēts, pacientei anamnēzē gestācijas cukura diabēts vai bērna dzimšanas svars > 4,1 kg, arteriāla hipertensija ≥ 140/≥ 90 mmHg vai antihipertensīvā terapija, dislipidēmija (TG ≥ 2,82 mmol/l un/vai ABL-holesterīns < 0,9 mmol/l), PCO sindroms, iepriekš konstatēta robežhiperglikēmija vai HbA1c ≥ 5,7 %), ir citi sindromi, kas saistīti ar insulīna rezistenci (piemēram, *acantosis nigricans*, morbīda aptaukošanās), anamnēzē kardiovaskulāras slimības, paciente pieder augsta riska etniskai populācijai (latīņamerikāņi, indiāņi, Klusā okeāna salu iedzīvotāji, afroamerikāņi)), vecums ≥ 35 gadi, smēķēšana.

23. US 34.–36.grūtniecības nedēļā riska grupas grūtniecēm – US grūtniecēm, kurām ir intrauterīna augļa augšanas aizture, augļa makrosomija, daudzaugļu grūtniecība, daudzūdeņainība, mazūdeņainība, gestācijas diabēts, hipertensija grūtniecības laikā, neskaidra augļa guļa, placentas priekšguļa, ārpusķermeņa apaugļošana, dzemdes rēta, izmaiņas kardiotokogrāfijā, 41 grūtniecības nedēļa, ja nav sākušās dzemdības.

24. BGS – B grupas streptokoks.

25. BGS riska grupas dzemdētājas - anamnēzē iepriekš dzimis bērns ar BGS; BGS bakteriūrija (simptomātiska vai asimptomātikas) šīs grūtniecības laikā (sievietēm ar BGS urīnceļu infekciju nepieciešama ārstēšana tūlīt pēc diagnozes noteikšanas un arī dzemdībās); dzemdības < 37. grūtniecības nedēļai (ja nav zināms vai ir BGS, veic maksts un rektālo BGS uzsējumu un uzsāk ārstēšanu, ja pēc 48 stundām uzsējums nav audzis, tad ārstēšanu pārtrauc); bezūdens periods ≥ 18 stundas; paaugstināta dzemdētājas ķermeņa temperatūra ≥ 38 °C; augļūdeņi ar smaku.

26. JPR – jaundzimušo primārā reanimācija.

27. Gonoblenorejas profilakse – profilakse, ko veic jaundzimušajam, ja mātei grūtniecības laikā diagnosticēta seksuāli transmisīva infekcija vai konstatētas klīniskās indikācijas.

28. VHB – vīrushepatīts B.

29. VHC – C vīrushepatīts

30. BCG – vakcīna pret tuberkulozi.”;

6. Izteikt 2.pielikuma 1.3. apakšpunktu šādā redakcijā:

„1.3. fetālais doplers;”;

7. Papildināt 5.pielikumu ar 3.punktu šādā redakcijā:

„ 3. Šī pielikuma 1.2.un 2.2.apakšpunktā minētā prasība attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina valsts apmaksātus ultrasonogrāfiskos izmeklējumus grūtniecēm.”;

Ministru prezidents Māris Kučinskis

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners