



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

**Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”**

## **Klīniskais ceļš**

# **Augsta riska B un C riska\* kategorijas grūtnieces aprūpe un ārstniecības personu savstarpējā sadarbība**

Autori: Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija

Rīgā, 15.12.2023.



**\*B kategorija** augsts risks - ir identificēti grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori, grūtniecības aprūpi nodrošina ginekologs, dzemdību speciālists.

**\*C kategorija** ļoti augsts risks - ir identificēti nozīmīgi grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori, nepieciešama interdisciplināra aprūpe

## Saturs

Saīsinājumi .....	4
2. Augsta riska grūtnieces aprūpe (B un C) un ārstniecības personu savstarpējā sadarbība .....	5
2.1. Grūtniecības plānošanas vizīte .....	6
2.1.1. Depresijas un trauksmes izvērtēšanas skalas .....	9
2.2. Multidisciplinārs konsilijs .....	11
2.3. Pirmā vizīte grūtniecības 8-10 nedēļās .....	12
2.4. Otrā vizīte 12- 14 nedēļās .....	21
2.5. Trešā vizīte (vecmātes vizīte) 16.-18. grūtniecības nedēļā .....	24
2.6. Ceturtā vizīte 25.-26. nedēļā .....	25
2.7. Piektā vizīte 29.-30. grūtniecības nedēļā .....	28
2.8. Ārsta vizīte 34. – 35. grūtniecības nedēļā dzemdību atrisināšanas stratēģijas izstrādāšanai .....	29
2.9. Sestā vizīte (vecmātes vizīte) 35.- 36. grūtniecības nedēļā .....	31
2.10. Septītā vizīte 37-38 grūtniecības nedēļās .....	33
2.11. Astotā vizīte- plānot dzemdību atrisināšanu .....	34
2.12. Mātes un jaundzimušā aprūpe pēcdzemdību periodā divās aprūpes epizodēs (3.-5. un 10.-14. pēcdzemdību dienā) .....	35

2.13. Pēcdzemdību vizīte (6- 10 nedēļas pēc dzemdībām) .....	40
2.14. Multidisciplinārs konsilijs dzemdību plānošanai .....	46
2.14.1. Speciālista atzinums par dzemdību vadīšanu .....	47
2.14.2. Anesteziologa konsultācija pirms dzemdībām, risku izvērtējums grūtniecēm .....	49
2.15. Speciālista konsultācija pēc dzemdībām.....	51
2.16. Agrīna ultrasonogrāfija grūtniecības laikā.....	52
2.17. I trimestra ģenētiskais skrīnings augsta riska grūtniecei (B un C riska grupa) .....	54
2.17.1. Hromosomālo anomāliju skrīnings .....	55
2.18. II trimestra augļa strukturālo anomāliju skrīnings augsta riska grūtniecei (B un C riska grupa).....	56
2.19. III trimestra USG augsts risks .....	57
2.19.1. Ārējais augļa apgrozījums .....	58

## Saīsinājumi

AŪI – augļa ūdens indekss

CD – cukura diabēts

EA – epidurālā anestēzija

GCD – gestācijas cukura diabēts

HbA1c – glikētais hemoglobīns

IUAAA – intrauterīna augļa augšanas aizture

IUAN – intrauterīna augļa nave

KTG – kardiokogrāfija

KVS – kardiovaskulārās slimības

ĶMI – ķermeņa masas indekss

NVD – Nacionālais veselības dienests

OGTT – perorālais glikozes tolerances tests

PAL – perorālie antidiabētiskie līdzekļi

PATE – plaušu artērijās trombembolija

PE – preeklampsija

PVO – Pasaules Veselības organizācija

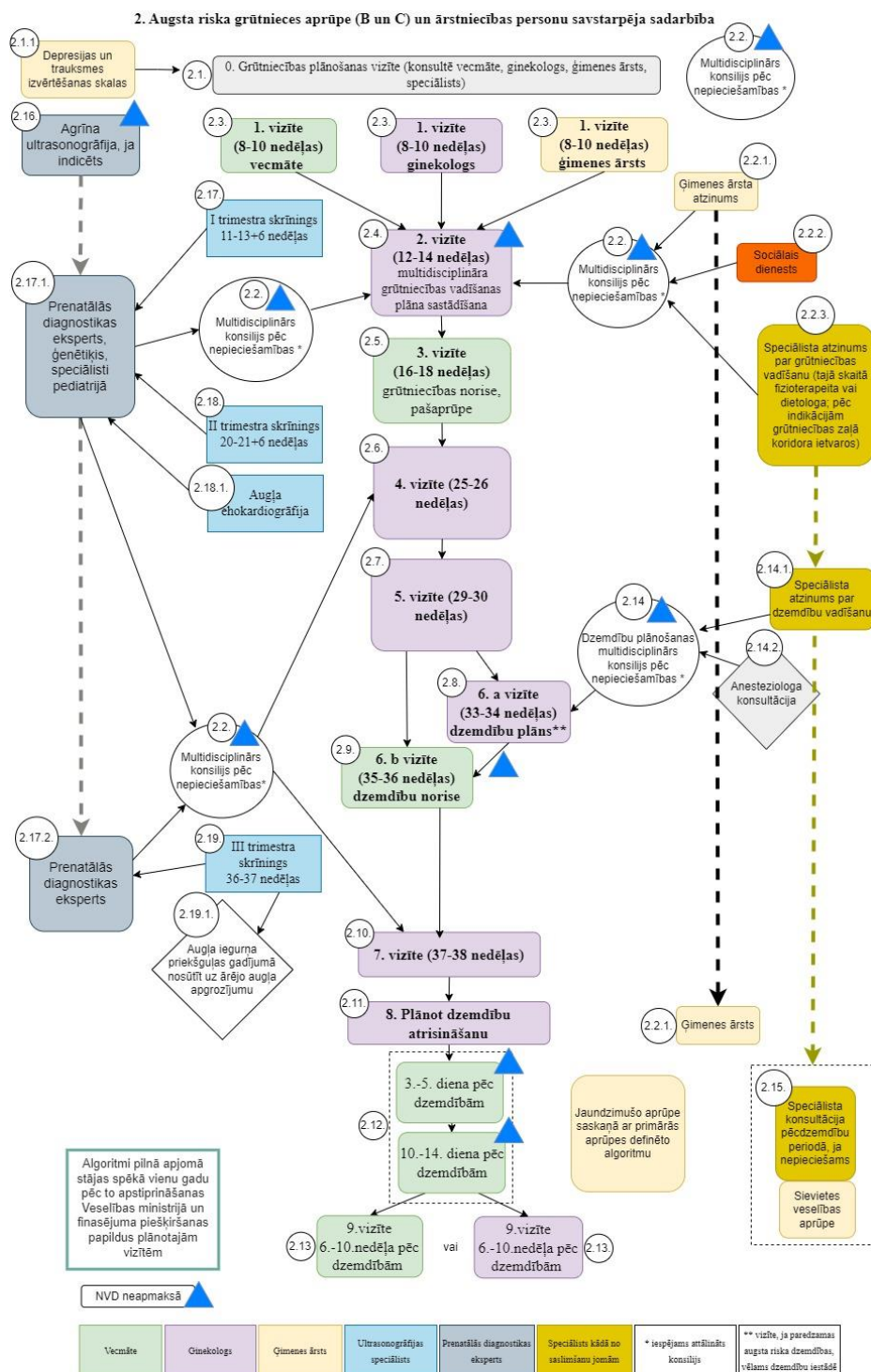
RDS – respiratorā distresa sindroms

STAN – ST segmenta analīze

USG – ultrasonogrāfija

VTE – venozā trombembolija

## 2. Augsta riska grūtniecības aprūpe (B un C) un ārstniecības personu savstarpējā sadarbība



## 2.1. Grūtniecības plānošanas vizīte

Pielietot kodu **Z31.6 Vispārēja konsultācija par pēcnācēju radīšanu.**

Grūtniecības plānošanas vizītes mērķis ir novērtēt sievietes veselības stāvokli, dzīves veidu un paradumus, nozīmēt ārstēšanu, ja tāda nepieciešama, kā arī nodrošināt optimālu hronisku saslimšanu kontroli, tādējādi veicinot labvēlīgāko iespējamo fonu grūtniecības norisei un augļa attīstībai. Grūtniecības plānošanas vizītes laiks ir vismaz 3 mēneši pirms grūtniecības plānošanas.

Grūtniecības plānošanas vizīti var nodrošināt vecmāte, ārsts ginekologs, dzemdību speciālists vai ģimenes ārsts. Katram no šiem speciālistiem ir tiesības nosūtīt sievieti pie citiem speciālistiem un izmeklējumiem, ja tas nepieciešams slimību kontrolei, riska faktoru izzināšanai un kontrolei. Anamnētisko riska faktoru strukturētai izzināšanai var pielietot Veselības pašnovērtējuma anketu. (skatīt algoritmu Grūtniecības risku izvērtēšana un ārstniecības personu savstarpējā sadarbība)

Grūtniecības plānošanas vizīte ietver sekojošo:

1. Vispārējā apskate un orgānu sistēmu novērtējums
2. Ķermeņa masas indeksa aprēķināšana un veselīgas diētas rekomendācijas

[Ieteikumi veselības aprūpes speciālistiem "Piemērots uzturs, plānojot grūtniecību un grūtniecības laikā, — veselīga dzīves sākuma pamats"](#)

3. Ginekoloģiska apskate un dzemdes kakla vēža skrīnings, ja nav veikts saskaņā ar skrīninga algoritmu
4. Rekomendācijas par vitamīnu un pārtikas piedevu lietošanu (augļa anomāliju profilaksei jālieto folskābe 0,4 mg dienā un jods 150 µg dienā, ko optimāli jāuzsāk vismaz 3 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās, D vitamīns rudens – ziemas sezonā)

5. Aktīva dzīvesveida rekomendācijas
6. Pārrunas par dzīves veida ietekmi uz grūtniecības gaitu un iznākumu, ieskaitot nepieciešamību atmest smēķēšanu, alkohola un atkarības vielu lietošanu, to ietekme uz augli/jaundzimušo
7. Medikamentu lietošanas izvērtējums (recepšu un bezrecepšu)
8. Rekomendācijas stomatologa vai zobu higiēnista apmeklējumam
9. Aktuālā vakcinācijas statusa noteikšana. Gripas un Covid-19 vakcinācijas rekomendācijas, ja grūtniecības iespējamais laiks sakrīt ar rudens – ziemas sezonu.

### **Vispārīgi vakcinācijas principi**

1. Plānojot grūtniecību svarīgi, lai sieviete ir saņēmusi rutīnas vakcināciju saskaņā ar Imunizācijas kalendāru ([Praktiskas rekomendācijas vakcinācijai pieaugušajiem un riska grupu indivīdiem Latvijā 2020.](#))
2. Grūtniecības laikā ir kontraindicētas dzīvās novājinātās vakcīnas. Gadījumos, kad vakcinācija ir veikta, nezinot grūtniecības faktu, nav novērotas nelabvēlīgas sekas uz grūtniecības gaitu vai augļa attīstību, tādēļ grūtniecība nav jāpārtrauc. Nav nepieciešams veikt grūtniecības testu pirms vakcinācijas ar dzīvu novājinātu vakcīnu.
3. Imūnā atbilde pēc vakcinācijas grūtniecības laikā ir līdzīga un tikpat efektīva kā sievietēm bez grūtniecības.
4. Vakcinācija grūtniecības laikā pastiprina transplacentāru IgG pārnesi un nodrošina pasīvo imunitāti auglim un vēlāk zīdainim – tādējādi būtiski pasargājot no smagas infekciju slimības gaitas pirmajos dzīves mēnešos. Vakcinācija grūtniecības laikā palielina krūts pienā sekretētā IgA koncentrāciju un sniedz papildus aizsardzību zīdainim krūts barošanas laikā.
5. Pirms grūtniecības jānoskaidro vakcinācijas statuss pret masaliņām; saslimstot grūtniecības laikā ir augsts teratogenitātes risks, tādēļ pirms plānotas grūtniecības rekomendēta vakcinācija pret masaliņām (MMR vakcīna). MMR ir dzīva novājināta vakcīna, tādēļ to nedrīkst ievadīt grūtniecības laikā.
6. Pirms grūtniecības jānoskaidro vakcinācijas vai pārslimošanas statuss ar vējbakām ; saslimstot grūtniecības laikā ir augsts teratogenitātes risks, tādēļ pirms plānotas grūtniecības rekomendēta vakcinācija pret vējbakām, ja sieviete nav slimojusi un nav vakcinēta. Vakcīna pret vējbakām ir dzīva novājināta vakcīna, tādēļ to nedrīkst ievadīt grūtniecības laikā.

7. Pēc vakcinācijas ar dzīvēm novājinātām vakcinācijām līdz grūtniecības plānošanai ieteicams nogaidīt 28 dienas. Gadījumos, kad grūtniecība iestājas ātrāk, nav novērotas nelabvēlīgas sekas uz grūtniecības gaitu vai augļa attīstību,
8. Ja grūtniecība tiek plānota rudens/ziemas/pavasara periodā, ieteicams vakcinēties pret gripu un COVID – 19 jau grūtniecības plānošanas laikā.
9. Pēc dzemdībām un krūts barošanas laikā sievietei drīkst vakcinēties ar jebkuru vakcīnu.



### 2.1.1. Depresijas un trauksmes izvērtēšanas skalas

#### PHQ-9 pašnovērtējuma skala

<b>Cik bieži <u>pēdējo 2 nedēļu</u> laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām?</b> (Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)	<b>Nemaz</b>	<b>Dažas dienas</b>	<b>Vairāk par nedēļu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
<b>1.</b> Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
<b>2.</b> Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
<b>3.</b> Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
<b>4.</b> Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
<b>5.</b> Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
<b>6.</b> Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
<b>7.</b> Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
<b>8.</b> Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
<b>9.</b> Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
<b>Vērtējumu skaits</b>				
<b>Summa</b>				

### GAD-7 ģeneralizētas trauksmes pašnovērtējuma skala

<b>Cik bieži <u>pēdējo 2 nedēļu laikā</u> Jūs saskārāties ar kādu no zemāk minētajām problēmām?</b> Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindā	<b>Nemaz</b>	<b>Dažas dienas</b>	<b>Vairāk par nedēļu</b>	<b>Gandrīz katru dienu</b>
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvāt aizkaitināms/-a	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notikt kaut kas šausmīgs	0	1	2	3
Kopvērtējums:				

## 2.2. Multidisciplinārs konsilijs ▲

Grūtniecības aprūpe ir komandas darbs. Atkarībā no riska faktoru kopuma, lēmums par grūtniecības vadīšanu vai grūtniecības vadīšanas plāna izmaiņām var būt jāpieņem konsilija veidā (Saskaņā ar Ārstniecības likumu, konsilijs ir ne mazāk kā triju ārstu apspriede, lai noteiktu diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku).

Konsiliju sasauc C riska grupas grūtniecēm (skatīt pacienta ceļa Zema riska grūtnieces aprūpe punktu 1.2. Riska izvērtēšanas principi). Biežākās pamatspeciālistu kombinācijas, kas veido konsilijus augsta riska perinatālās medicīnas situācijās ir sekojošas:

Ginekologs	Prenatālās diagnostikas eksperts	Ģenētiķis
Prenatālās diagnostikas eksperts	Ģenētiķis	Speciālists pediatrijā
Ginekologs	Ģimenes ārsts	Speciālists (jebkuras specialitātes ārsts ar ekspertīzi kādas sistēmiskas slimības ārstēšanā)
Ginekologs	Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Speciālists (jebkuras specialitātes ārsts ar ekspertīzi kādas sistēmiskas slimības ārstēšanā)
Ginekologs	Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Prenatālās diagnostikas eksperts
Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Prenatālās diagnostikas eksperts	Neonatologs

Ārstniecības personu lomu grūtniecības aprūpē skatīt algoritma Grūtniecības riska izvērtēšana punktā 2.

- Konsiliju var sasaukt un attiecīgi arī dokumentē ārsts, kura antenatālajā aprūpē vai konkrētās ārstniecības epizodes risināšanā atrodas grūtniece.
- Konsilijā jābūt atspoguļotām konsilija sasaukšanas indikācijām, visu iesaistīto ārstniecības personu viedoklim un konkrētam slēdzienam.
- Konsilijs var notikt klātienē vai attālināti. kā arī piedaloties vai nepiedaloties pašam pacientam. Ja pacients konsilijā pats nepiedalās, pacientam informāciju sniedz ārsts, kas sasaucis konsiliju ■

- Pacienta ambulatorisko talonu noformē un nosūta uz NVD tā ārstniecības iestāde, kurā ir sasaukts konsilijs.
- Attālināta konsilija gadījumā talonu aizpilda un nosūta uz NVD tā iestāde, kur uzskaitē atrodas grūtniece, bet šajā gadījumā konsilijā jāpiedalās arī grūtnieci uzraugošajam ginekologam.
- Iestāde, kura saņēmusi atlīdzību par pakalpojumu, norēķinās ar visiem konsilija dalībniekiem, arī tiem, kas nav attiecīgās iestādes darbinieki, slēdzot uzņēmuma līgumus.
- Konsilija slēdziens rakstiskā formā ir jāpievieno Mātes pasei un par to jāinformē grūtniecības uzraugošais ginekologs, kurš attiecīgi ievieš izmaiņas grūtniecības vadīšanas plānā.

### **2.3. Pirmā vizīte grūtniecības 8-10 nedēļās**

Vizīte var notikt pie vecmātes, ārsta ginekologa, dzemdību speciālista vai ģimenes ārsta. Katrs speciālists veic grūtnieces izmeklēšanu atbilstoši MK noteikumiem Nr. 611 “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība”. Ja ir bijusi grūtniecības plānošanas vizīte, tad, iespējams, ārstniecības personas rīcībā būs jau iepriekš veikto izmeklējumu un konsultāciju rezultāti, kas nav jāatkārto, ja grūtniecība iestājusies mazāk kā 6 mēnešu laikā kopš izmeklējumu veikšanas. Katram no minētajiem speciālistiem ir tiesības nosūtīt sievieti pie citiem speciālistiem un uz izmeklējumiem, ja tas nepieciešams slimību kontrolei, riska faktoru izzināšanai un riska mazināšanai.

Anamnētisko riska faktoru strukturētai izzināšanai var pielietot Veselības pašnovērtējuma karti. Aizpildīta Veselības pašnovērtējuma karte jāpievieno Mātes pasei, lai ģimenes ārsts un citi speciālisti nepieciešamības gadījumā ir informēti par svarīgiem, ar pacientes veselību saistītiem jautājumiem (skatīt algoritma “Grūtniecības risku izvērtēšana antenatālās aprūpes laikā, 4.punktu).

Rekomendētās konsultācijas:

Ja pirms grūtniecības iestāšanās sievietei ārstēts sifiliss, nepieciešams dermatovenerologa slēdziens par preventīvās terapijas nepieciešamību;

Ja ģimenes anamnēzē iedzimtas anomālijas/ ģenētiskas saslimšanas – ārsta ģenētiķa konsultācija;

Grūtniecei tiek izsniegts nosūtījums pie Ģimenes ārsta konsultācijai par veselības un sociālajiem faktoriem, kas var ietekmēt grūtniecības gaitu un iznākumu. Ģimenes ārsts savu slēdzienu atspoguļo Mātes pasē tam speciāli atvēlētā sadaļā (Pārejas periodā izsniedz Izziņu 27u).

Ja grūtniece atrodas kāda speciālista dinamiskā novērošanā, tiek izsniegts nosūtījums (grūtnieces zaļā koridora ietvaros) konsultācijai pie speciālista; nepieciešams saņemt speciālista atzinumu par slimības kontroli, lietotajiem medikamentiem un ieteikumiem grūtniecības vadīšanai.

NB! Kopā ar nosūtījumiem pie speciālistiem, grūtniecei tiek izsniegta Mātes pase, kurai pievieno grūtnieces aizpildīto Veselības pašnovērtējuma karti.

Ģimenes ārsta vizīte

Tās uzdevums ir sniegt atzinumu par sievietes un viņas ģimenes slimību anamnēzi, veikt pacientes apskati, izvērtēt sociālos un dzīvesveida riska faktorus, tajā skaitā dzīves, sadzīves apstākļus, atkarības vielu lietošanu, uztura un fizisko aktivitāšu paradumus. Ir jānovērtē hronisko saslimšanu kontrole, lietotie recepšu un bezrecepšu medikamenti.

Grūtnieces apskate ietver sekojošu parametru izvērtēšanu:

Vispārējā apskate, kas ietver – mutes dobuma izvērtēšanu, ādas izvērtēšanu, vairogdziedzera izvērtēšanu, pulsa un asinsspiediena (AS) mērīšanu, sirds un plaušu auskultāciju, vēdera dobuma orgānu palpāciju, zarnu trakta un urīnizvadsistēmas funkcijas izvērtēšanu, krūšu dziedzeru izvērtēšanu, reģionālo limfmezglu palpāciju, kaulu – locītavu sistēmas izvērtējumu, psihoemocionālā stāvokļa novērtējumu, perifēro tūsku izvērtējumu.

Ģimenes ārsts identificē nepieciešamību nosūtīt grūtnieci pie citiem speciālistiem un/vai izmeklējumiem, izsniedz nosūtījumu uz tiem “Grūtnieces zaļā koridora” ietvaros.

Ģimenes ārsts sniedz veselīga dzīvesveida rekomendācijas, apmāca par AS un glikozes paškontroles principiem, ja tādi būs jāpiemēro (glikometra un stripu izrakstīšanas kārtība, pareiza asinsspiediena mērīšana mājas apstākļos).

Ģimenes ārsts sniedz informācija par to, kādos gadījumos grūtniecei primāri jāgriežas pie ģimenes ārsta (saaukstēšanās, simptomātiska urīnceļu infekcija u.c.).

Atzinumu par grūtnieces veselības stāvokli ģimenes ārsts ieraksta Mātes pasē tam speciāli atvēlētā sadaļā (pārejas periodā izsniedz Izziņu 27u).

Ģimenes ārsta konsultācija grūtniecei ir jānodrošina 5 darba dienu laikā.

Izmeklējumi 1. vizītes laikā:

ĶMI noteikšana, kas turpmāk tiek ņemts vērā, medikamentu devu aprēķināšanai visas grūtniecības laikā

Asinsspiediena kontrole paredzēta katras antenatālās vizītes laikā.

Asinsspiediena mērīšanas rekomendācijas:

Pirmajā reizē mērīt uz abām rokām, ja diference  $>20$  mm Hg, jānosūta pie kardiologa

Turpmāk uz vienas rokas, sēdus stāvoklī, sirds līmenī, roka saliekta uz galda, kājas; nav sakrustotas, nesarunājoties;

Atbilstoša izmēra manšete, gaisa pūslis 80% no rokas apkārtmēra;

Uz kailas ādas, apģērbs virs manšetes līmeņa - brīvs;

Augstākā robeža manometram 30 mmHg virs līmeņa kad izzūd a.brachialis pulss;

Gaisa izlaišana no manšetes ļoti lēna – 2-3 mm/sek, mēra precīzi, mērījumu fiksē nenoapaļojot uz 5/10;

Baltā halāta sindroms līdz 60% grūtnieču

Ja asinsspiediens sasniedz 140/90 un augstāk, rekomendē asinsspiediena mājās monitorēšanu un rādījumu fiksēšanu, rezultātus var analizēt katrā reizē, kad sakarsme ar veselības aprūpes sniedzēju

Urīna analīze vērtējama katras antenatālās aprūpes vizītes laikā. Skrīninga nolūkos piemēro urīna analīzi stripu automatiskā analizatorā laboratorijā, ideālā gadījumā veicama vizītes laikā ārstniecības iestādē. Urīnā vērtējamie parametri ir olbaltuma, glikozes klātbūtne un nitrītu tests. Novirzes prasa papildus izmeklējumus.

Olbaltums > jāizslēdz hroniska nieru slimība vai preeklampsija, kvantitatīvai izvērtēšanai nosakot olbaltuma/kreatinīna attiecību vai 24 stundu mērījumu > skatīt Grūtniecības riska izvērtēšanas algoritma punktu 17.2.2.

Nitrītu tests > liecina par asimptomātisku bakteriūriju > skatīt Grūtniecības riska izvērtēšanas algoritma punktu 17.2.11.

Glikoze > jāizslēdz glikozes tolerances traucējumi > skatīt Grūtniecības riska izvērtēšanas algoritma punktu 17.2.4.

Ginekoloģiska apskate ietver grūtnieces apskati uz ginekoloģiskā krēsla un iekļauj sekojošu parametru izvērtēšanu:

Starpenes, perianālā rajona, ārējo dzimumorgānu apskati;

Maksts un dzemdes kakla apskati spoguļos;

Maksts izdalījumu novērtēšanu (krāsa, smaka, daudzums, patoloģija);

Maksts pH noteikšana ar pH stripu. Ja  $\text{pH} \leq 4,4$  – norma, tālākie izmeklējumi nav nepieciešami. Ja  $\text{pH} > 4,4$ , tālākie izmeklējumi atkarīgi no sūdzībām, apskates rezultātiem un anamnēzes datiem. Pacientēm bez sūdzībām un nelabvēlīgas grūtniecības neiznēsāšanas anamnēzes (vēlīns spontāns aborts vai agrīnas priekšlaicīgas dzemdības), bakteriālā vaginoze (BV) nav jāārstē. Maksts disbiozes diagnostikai izmanto Amsel kritērijus (BV diagnostikai), natīvo mikroskopiju vai Grama iztriepi - kandidozes vai aerobā vaginīta diagnostikai.

Izmeklējumus uz seksuāli transmisīvajām infekcijām (STI), ja grūtnieces ir hlamīdiju riska grupā (vecums līdz 24 gadiem, sociāls risks, anamnēzē vai šīs grūtniecības laikā diagnosticēta seksuāli transmisīva infekcija, ir STI klīniskās pazīmes - endocervicīts, mukopurulentu izdalījumi), ņem materiālu no cervikālā kanāla. Ja apskates laikā konstatē endocervicītu – ņem materiālu no cervikālā kanāla gan uz hlamīdijām, gan gonoreju, ja aizdomas uz trihomonu infekciju, materiālu ņem no maksts mugurējās velles.

Dzemes kakla vēža skrīnings. Izmeklējumu veic tikai šajos gadījumos:

ja grūtnieces vecums ir zem 25 gadiem un viņa vēl nav sasniegusi skrīninga vecumu un nav iesaistījusies skrīninga programmā;

regulārais skrīnings nav veikts jeb nav pieejami iepriekšējā skrīninga rezultāti,

makroskopiski redzamas dzemes kakla izmaiņas.

Apskatot pacienti uz ginekoloģiskā krēsla, jāizvērtē ingvinālie limfmezgli, atkailināto ķermeņa daļu ādas veidojumi, vēnu varikoze, krūts dziedzeri.

Infekciju seroloģiskā diagnostika

Tiek paņemtas seroloģiskās analīzes HIV, sifilisa un B hepatīta vīrusa nēsāšanas identifikācijai (sīkāku aprakstu skatīt Grūtniecības riska izvērtēšanas algoritma punktu 17.3.10)

Hematoloģisko parametru vērtēšana

Hb un feritīna līmeni jānovērtē 1.vizītes laikā. Dzelzs deficīta anēmijas diagnostiskos kritērijus un taktiku skatīt Grūtniecības riska izvērtēšanas algoritma punktu 17.3.6.

Asinsgrupas un Rh(D) piederības noteikšana

Antieritrocitāro antivielu noteikšanu un identifikāciju pozitīva rezultāta gadījumā



Oriģinālu pievieno mātes pasei

Rh(D) negatīvām pacientēm antivielas nosaka 25/26 nedēļās un, ievada anti D imūnglobulīnu 28 grūtniecības nedēļās (ja bērna tēvs Rh (D) pozitīvs vai nezināms), turpmāk pēc antiD imūnglobulīna ievadīšanas antivielas vairs nenosaka. Ja nav ievadīts imūnglobulīns, antivielas atkārtoti nosaka 34-36 nedēļās.

Vakcinācija grūtniecības laikā.

Jebkurai ārstniecības personai, pie kā grūtniece sastāv uzskaitē vai kura konsultē grūtnieci grūtniecības laikā (ģimenes ārsti, vecmātes, ginekologi u.c. speciālisti, ir jāievēro uz pierādījumiem balstītas pamatnostādnes vakcinācijai grūtniecības laikā.

## VISPĀRĪGI VAKCINĀCIJAS PRINCIPI

Plānojot grūtniecību svarīgi, lai sieviete ir saņēmusi rutīnas vakcināciju saskaņā ar Imunizācijas kalendāru (Praktiskas rekomendācijas vakcinācijai pieaugušajiem un riska grupu indivīdiem Latvijā 2020.)

Grūtniecības laikā ir kontraindicētas dzīvās novājinātās vakcīnas. Gadījumos, kad vakcinācija ir veikta, nezinot grūtniecības faktu, nav novērotas nelabvēlīgas sekas uz grūtniecības gaitu vai augļa attīstību, tādēļ grūtniecība nav jāpārtrauc. Nav nepieciešams veikt grūtniecības testu pirms vakcinācijas ar dzīvu novājinātu vakcīnu.

Imūnā atbilde pēc vakcinācijas grūtniecības laikā ir līdzīga un tikpat efektīva kā sievietēm bez grūtniecības.

Vakcinācija grūtniecības laikā pastiprina transplacentāru IgG pārnesi un nodrošina pasīvo imunitāti auglim un vēlāk zīdainim – tādējādi būtiski pasargājot no smagas infekciju slimības gaitas pirmajos dzīves mēnešos. Vakcinācija grūtniecības laikā palielina krūts pienā sekretētā IgA koncentrāciju un sniedz papildus aizsardzību zīdainim krūts barošanas laikā.

Pirms grūtniecības jānoskaidro vakcinācijas statuss pret masaliņām; saslimstot grūtniecības laikā ir augsts teratogenitātes risks, tādēļ pirms plānotas grūtniecības rekomendēta vakcinācija pret

masaliņām (MMR vakcīna). MMR ir dzīva novājināta vakcīna, tādēļ to nedrīkst ievadīt grūtniecības laikā.

Pirms grūtniecības jānoskaidro vakcinācijas vai pārslimošanas statuss ar vējbakām ; saslimstot grūtniecības laikā ir augsts teratogenitātes risks, tādēļ pirms plānotas grūtniecības rekomendēta vakcinācija pret vējbakām, ja sieviete nav slimojusi un nav vakcinēta. Vakcīna pret vējbakām ir dzīva novājināta vakcīna, tādēļ to nedrīkst ievadīt grūtniecības laikā.

Pēc vakcinācijas ar dzīvēm novājinātām vakcinācijām līdz grūtniecības plānošanai ieteicams nogaidīt 28 dienas. Gadījumos, kad grūtniecība iestājas ātrāk, nav novērotas nelabvēlīgas sekas uz grūtniecības gaitu vai augļa attīstību,

Ja grūtniecība tiek plānota rudens/ziemas/pavasara periodā, ieteicams vakcinēties pret gripu un COVID – 19 jau grūtniecības plānošanas laikā.

Pēc dzemdībām un krūts barošanas laikā sieviete drīkst vakcinēties ar jebkuru vakcīnu

## VAKCINĀCIJA PRET GARO KLEPU

Garais klepus ir infekcijas slimība, kuru ierosina baktērija *Bordetella pertussis*.

Infekcijas izplatība notiek gaisa pilienu ceļā inficētam cilvēkam klepojot un šķaudot jeb izdalot elpceļu sekrētu ārvīdē. Jaundzimušo un zīdaiņu inficēšanās vairāk kā 50% gadījumu notiek tieša kontakta ceļā no mātes, ģimenes locekļiem vai citām aprūpes personām, kā arī baktērijas pāris stundas spēj izdzīvot apkārtējā vidē. Inficēšanās notiek, ieelpojot infekciozās daļiņas. Laiks no inficēšanās līdz pirmajiem simptomiem visbiežāk ir 7 līdz 10 dienas, bet var ilgt no 1 līdz 3 nedēļām

Jaundzimušajiem un zīdaiņiem raksturīgs maligns jeb ļaundabīgs, ieildzis garais klepus. Zīdaiņiem, jaunākiem par 4 mēnešiem, raksturīga īsa vai iztrūkstoša katarālā stadija, paroksizmālā stadija ar rīstīšanos, elsošanu, vemšanu, cianozes attīstīšanos, novēro grūtības zīst un ar to saistītu svāra zudumu. Nereti ir indicēta hospitalizācija ar sekojošu antibakteriālās terapijas saņemšanu, kā arī ārstēšanās intensīvās terapijas nodaļā. Smagas slimības gaitas gadījumā iespējama komplikāciju attīstība, kā apnoja, krampji, palēnināta sirdsdarbība, elpošanas traucējumi, pneimonija, plaušu hipertensija, encefalopātija, rektāls prolaps un cirkšņa trūce. Novērots, ka

komplīkāciju biežums zīdaiņiem līdz pusgadam ar smagu garā klepus gaitu ir 20-40% gadījumu. Aptuveni 1% smagas slimības gaitas gadījumu ir letāli, visbiežāk zīdaiņiem līdz 6 mēnešu vecumam, bet īpaši līdz 2 mēnešu vecumam.

Lai gan visticamāk lielākā daļa cilvēku dzīves laikā ir saņēmuši vakcināciju pret garo klepu, antivielu daudzums laika gaitā samazinās un pieaugušā vecumā tas ir nepietiekams, lai grūtniecības laikā nodrošinātu aizsargājošo antivielu nodošanu mazulim. Saņemot vakcīnu grūtniecības laikā, mātes organismā veidojas pietiekami augsts aizsargājošo antivielu daudzums, lai tās transplacentāri nodotu auglim, tādējādi nodrošinot aizsardzību pret garo klepu jaundzimušā un zīdaiņa periodā līdz bērniņš saņem sev paredzētās vakcīnas pēc bērnu vakcinācijas kalendāra, kā arī sniedz papildus aizsardzību mātei. Antivielas pēc vakcinācijas atrodamas arī mātes pienā, līdz ar to tās tiek nodotas mazulim arī zīdīšanas laikā.

Grūtniecības laikā tiek rekomendēts saņemt vienu devu kombinēto TdaP (adsorbēta difterijas, stingumkrampju un acelulārā garā klepus) vakcīnu, kas sniedz aizsardzību pret stingumkrampjiem, difteriju un garo klepu. Šī vakcīna ir droša lietošanai grūtniecības laikā gan grūtniecei, gan auglim, kā arī nespēj izraisīt infekcijas slimību.

Vislabākā aizsardzība tiek nodrošināta, ja vakcīna tiek saņemta laika periodā no 20. līdz 32. grūtniecības nedēļai, neizslēdzot iespēju vakcīnu saņemt arī 16.-38. grūtniecības nedēļā. Vakcīnas saņemšana jebkurā grūtniecības laikā ir droša. Vakcīnu rekomendēts saņemt katras grūtniecības laikā, neatkarīgi no starplaika starp grūtniecībām, pārslimošanas fakta vai imunizācijas statusa, tā nodrošinot pietiekamu antivielu līmeņa nodošanu katram mazulim.

Vakcinācija pret garo klepu grūtniecēm iekļauta Imunizācijas kalendārā un to var saņemt pie ģimenes ārsta vai vakcinācijas kabinetos, kas nodrošina imunizāciju saskaņā ar Imunizācijas kalendāru

## VAKCINĀCIJA PRET GRIPU

Vakcinācija pret gripu jāveic visām sievietēm, kuras plāno grūtniecību, kuras ir grūtnieces vai kurām ir pēcdzemdību periods gripas sezonā (no septembra līdz aprīlim).

Grūtniecēm piemērota inaktivēta gripas vakcīna. Vakcinācija pret gripu grūtniecēm ir droša un nav saistīta ar nelabvēlīgu ietekmi ne uz grūtniecības norisi, iznākumu, ne uz augļa attīstību un bērna veselību vēlākajā dzīvē.

Vakcinācija pret gripu ir droša rekomendējama gripas sezonas laikā jebkurā no grūtniecības trimestriem.

Vakcinācija pret gripu grūtniecei samazina smagas slimības attīstības risku un hospitalizācijas nepieciešamību, uzlabo grūtniecības iznākumu un, pateicoties transplacentārai IgG pārnesei un IgA sekrēcijai krūts pienā, sniedz aizsardzību zīdainim pret saslimšanu ar gripu pirmajos dzīves mēnešos.

Vakcinācija pret gripu grūtniecēm iekļauta Imunizācijas kalendārā un to var saņemt pie ģimenes ārsta vai vakcinācijas kabinetos, kas nodrošina imunizāciju saskaņā ar Imunizācijas kalendāru.

Vakcīnu pret gripu var ievadīt vienlaikus ar citām grūtniecei rekomendētajām vakcīnām.

Vakcīnu pret gripu var ievadīt vienlaikus antiD imūnglobulīnu

## VAKCINĀCIJA PRET COVID-19

Vakcinācija pret COVID – 19 jāveic visām sievietēm, kuras plāno grūtniecību, kuras ir grūtnieces.

Rekomendētais vakcinācijas laiks pret COVID – 19 grūtniecēm ir līdzīgs ar vakcinācijas rekomendācijām pārējā populācijā neatkarīgi no grūtniecības trimestra vai krūts barošanas.

Grūtniecēm ir rekomendējamas mRNS vakcīnas.

Saslimšana ar COVID – 19 grūtniecības laikā paaugstina risku:

- Smagākai slimības norisei (biežāk nepieciešama invazīva plaušu ventilācija, ECMO), mātes mirstībai,
- neonatālai saslimstībai un mirstībai,
- priekšlaicīgām dzemdībām un antenatālai augļa bojāejai,
- preeklampsijas attīstībai.

Vakcinācija pret COVID – 19 grūtniecības laikā ir drošas un nav saistītas ar nelabvēlīgu grūtniecības iznākumu un neatstāj nelabvēlīgu ietekmi uz augļa attīstību.

Nespecifiskas blakusparādības, vakcinējot grūtniecības laikā, nenovēro biežāk kā bez grūtniecības. Nopietnas blakusparādības ( trombozes, miokardīts, perikardīts, Guillain – Barré sindroms) kopumā tiek novērotas reti un grūtnieču populācijā to biežums nav paaugstināts.

Vakcinācijas pret COVID – 19 ieguvumi grūtniecības laikā:

- Samazina mātes saslimstību ar COVID – 19,
- Samazina smagas COVID-19 slimības attīstību grūtniecei,
- Samazina perinatālo mirstību,
- Samazina hospitalizācija biežumu zīdaiņiem jaunākiem par 6 mēnešiem (transplacentāras IgG pārnesei dēļ),
- Samazina priekšlaicīgu dzemdību risku.

Vakcīnu pret COVID – 19 var ievadīt vienlaikus ar citām grūtniecei rekomendētajām vakcīnām.

Vakcīnu pret COVID – 19 var ievadīt vienlaikus antiD imūnglobulīnu

## **2.4. Otrā vizīte 12- 14 nedēļas**

**Rezultātu un speciālistu slēdzienų apkopošana, riska izvērtējums un grūtniecības vadīšanas plāna sastādīšana**

**Grūtniecības vadīšanas plānas sastādīšana pamatojas uz:**

1. Pirmās vizītes laikā identificētiem riska faktoriem (pacienta veselības stāvokļa pašpārbaudes aptauja), anamnēzes un ginekoloģiskās apskates datiem;
2. Ģimenes ārsta slēdziena par grūtnieces veselības un sociālo stāvokli;
3. I trimestra ģenētiskā skrīninga rezultātiem;
4. Laboratorisko izmeklējumu rezultātiem.

## Grūtniecības riska kategoriju noteikšana un antenatālās aprūpes komandas vadošās ārstniecības personas izvēle

**Vadošā persona atbilstoši** savai kompetencei var būt vecmāte, ģimenes ārsts vai ginekologs, pie kā grūtniece sastāv grūtniecības uzskaitē. Vadošās personas uzdevumi:

- Aizpildīt grūtnieces individuālo novērošanas karti,
- Apkopot visu izmeklējumu un konsultāciju rezultātus un noteikt grūtnieces riska profilu,
- Katras antenatālas vizītes laikā izvērtēt risku,
- Sastādīt un koriģēt grūtniecības vadīšanas plānu,
- Izsniegt Mātes pasi un atbildēt par Mātes pasē sniegtās informācijas kvalitāti un atbilstību antenatālās aprūpes skrīningprogrammas prasībām (visiem antenatālās aprūpes skrīningprogrammā iekļauto izmeklējumu rezultātiem ir jābūt veiktiem definētajos laikos un skaidri atspoguļotiem Mātes pasē).

### Grūtnieces riska kategorijas un to apraksts

Riska kategorija	Identificētais risks	Ārstniecības persona, kura sastāda grūtniecības vadīšanas plānu	Komentāri
<b>A kategorija</b> zems risks	Nav identificēti grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori	Pēc pacientes izvēles: Vecmāte Ģimenes ārsts Ginekologs, dzemdību speciālists	Par papildus riska faktoru pievienošanos vecmātei vai ģimenes ārstam ir pienākums informēt ginekologu, dzemdību speciālistu, tālāko grūtniecības vadīšanas plānu nosaka ginekologs
<b>A+ kategorija</b> Vidējs risks	Ir identificēti nelieli grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori. Ir iespējams	Pēc pacientes izvēles: Vecmāte Ģimenes ārsts Ginekologs, dzemdību speciālists	Piederība A+ kategorijai, ja aprūpes vadošā persona ir vecmāte vai ģimenes ārsts, tiek definēta specifiskos antenatālās aprūpes algoritmos (ja

	nodrošināt labu slimību un stāvokļu kontroli ir iespējams nodrošināt fizioloģiskas grūtniecības uzraudzību		tādi ir izstrādāti) jeb to nosaka ginekologs pēc klātienes vai attālinātas konsultācijas un tas tiek iekļauts grūtniecības vadīšanas plānā.
<b>B kategorija augsts risks</b>	Ir identificēti grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori.	Ginekologs dzemdību speciālists	Grūtniecības vadīšanas plāns var ietvert arī jauktu modeli, ginekologs dzemdību speciālists var deleģēt atsevišķas vizītes vecmātei (papildus skrīningprogrammā jau paredzētajām vecmātes vizītēm)
<b>C kategorija Ļoti augsts risks</b>	Ir identificēti nozīmīgi grūtniecības norises un augļa attīstības riska faktori	Ginekologs dzemdību speciālists, īpaši sarežģītos gadījumos ginekologs, dzemdību speciālists ar ekspertīzi sarežģītu grūtniecību risināšanā perinatālās aprūpes centros vai prenatalās diagnostikas eksperts	Ginekologs dzemdību speciālists, iesaistot multidisciplināru komandu (ārstus speciālistu, tajā skaitā dietologu, fizioterapeitu, prenatalās diagnostikas ekspertu, anesteziologu u.c. atbilstoši pacienta individuālām vajadzībām), pamata komandas stāvā ieskaitot ģimenes ārstu un vecmāti.

Sievietes piederība riska kategorijai grūtniecības laikā var mainīties. Risks var gan samazināties, gan paaugstināties, attiecīgi grūtniecības novērošana pāriet atbilstošas kompetences ārstniecības personas pārraudzībā.

Sastādot grūtniecības vadīšanas plānu, jāiekļauj informācija par sekojošo:

Grūtnieces piederība riska grupai, kas jāvērtē un jāatzīmē Mātes pasē katras antenatālās vizītes laikā

Vadošās ārstniecības personas noteikšana

Identificētie riska faktori un to mazināšanas stratēģija grūtniecības laikā dinamikā

Piesaistāmie speciālisti

Riska vērtēšanas dokumentācija dinamikā

	12.- 14 nedēļas	25-30 nedēļas	34-37 nedēļas
Preeklampsijas risks	Jā / Nē		
Aspirīns indicēts	Jā / Nē		
Dziļo vēnu trombozes / plaušu artēriju trombembolijas risks	Jā / Nē	Jā / Nē	
Indicēti MMH	Jā / Nē	Jā / Nē	
Gestācijas diabēta (diabēta) risks un indicēta tukšas dūšas glikēmijas noteikšana I trimestrī un OGTT jau 16-18 nedēļā	Jā / Nē		
Gestācijas diabēta risks		Jā / Nē	
Priekšlaicīgu dzemdību risks	Jā / Nē	Jā / Nē	
KMI noteikts risks	Jā / Nē		
Psihoemocionālie traucējumi	Jā / Nē	Jā / Nē	Jā / Nē
Medicīniskais risks (sistēmiskas saslimšanas)	Jā / Nē	Jā / Nē	Jā / Nē
Augļa iedzimtu anomāliju risks	Jā / Nē		
Augļa augšanas atpalicības risks	Jā / Nē	Jā / Nē	
Dzīvesveida risks	Jā / Nē	Jā / Nē	Jā / Nē
Sociālais risks	Jā / Nē	Jā / Nē	Jā / Nē
Dzemdību risks			Jā / Nē
Anestēzijas risks			Jā / Nē
Nikotīna lietošana (smēķēšana)	Jā / Nē	Jā / Nē	Jā / Nē
Vakcinācija	Jā / Nē	Jā / Nē	

## 2.5. Trešā vizīte (vecmātes vizīte) 16.-18. grūtniecības nedēļā

- Ja šī ir pirmā grūtnieces vizīte pie vecmātes (grūtnieces antenatālās aprūpes nodrošinātājs ir ārsts ginekologs, dzemdību speciālists vai ģimenes ārsts), vecmāte iepazīstas ar informāciju un pacientes riska profilu.
- Uzklauša sūdzības un paustās bažas par savu un augļa veselības stāvokli.
- Novērtē sievietes psihoemocionālo stāvokli, pielietojot PHQ-2 un GAD-2 skalas.



- Veic rutīnas aprūpes darbības (uzklausā sievietes sūdzības un pašsajūtas vērtējumu, nosaka sievietes svaru, mēra asinsspiedienu, pulsu, izklausā augļa sirdsdarbību, izvērtē urīna analīzes rezultātus.
- Pārrunā sievietes uztura paradumus, svara pieaugumu, viņai piemērotākās fiziskās aktivitātes, pārrunā pastāvošo riska faktoru mazinošās stratēģijas efektivitāti, identificē jaunus riska faktorus.
- Izglīto un sniedz personalizētas rekomendācijas par veselības pratību un pašaprūpes jautājumiem grūtniecības laikā.
- Izglīto sievieti un viņas ģimeni/partneri par grūtniecības norisi un ar to saistītiem fizioloģiskiem procesiem, piedāvā simptomus mazinošus risinājumus visbiežākajām grūtniecības sūdzībām.
- Sniedz informāciju par iegurņa pamatnes disfunkcijas profilaksi grūtniecības laikā.
- Informē par sociālajām garantijām.
- Personām no 18 gadu vecuma, kuras dzīvo kopā ar grūtnieci, iesaka krūšu kurvja orgānu rentgenogrāfisku izmeklēšanu, ja tā nav veikta pēdējā gada laikā.
- Uzklausā sievietes un viņas ģimenes vēlmes un vajadzības attiecībā uz grūtniecības aprūpi un iepriekš izstrādāto grūtniecības aprūpes plānu, meklē risinājumus, lai sasniegtu iespējami labākos rezultātus, respektējot sievietes un viņas ģimenes vērtības.
- Informē sievieti par neatliekamām situācijām grūtniecības laikā un to, kur vērsties šādos gadījumos.
- Nosūta pie ginekologa vai ģimenes ārsta, ja nepieciešams papildus viedoklis (var konsultēties attālināti).
- Vienojas par nākamo vizīti ar vecmāti un tās mērķi.
- Veic ierakstus medicīniskajā dokumentācijā (Mātes pasē un, ja pieejams, Grūtnieces novērošanas individuālajā kartē).

## **2.6. Ceturtā vizīte 25.-26. nedēļā**

**1. Antieritrocitāro antivielu noteikšana, ja grūtniece Rēzus negatīva, bet bērna tēvs Rēzus pozitīvs, anti-D imunoglobulīna ievadīšana;**

## 2. Gestācijas diabēta skrīnings;

Ja iepriekš nav diagnosticēts cukura diabēts vai diagnosticēti glikozes tolerances traucējumi, jāveic 2 stundu orālais glikozes tolerances tests (OGTT):

- OGTT ar 75 g glikozi jāveic standartizētos apstākļos- izslēgts akūts iekaisums, paaugstināta temperatūra, nav preeklampsija, no rīta nav lietots L-tiroksīns, glikokortikosteroīdi, progesterons.
- Testa laikā grūtniecei rekomendējams atrasties netālu no laboratorijas, nevajadzīgi sevi nenoslogot un intervālos starp vēnas punkcijām neveikt papildus izmeklējumus.
- Ja kādu iemeslu dēļ OGTT nav veikts 24.- 28. gestācijas nedēļā, tests jāveic līdz 32. nedēļai, jo pat šajā brīdī uzsākta gestācijas cukura diabēta terapija ir mērķtiecīga grūtniecības komplikāciju samazināšanai.

Jebkura viena novirze virs normas liek uzstādīt gestācijas diabēta (GD) diagnozi, paciente ir nosūtāma pie ģimenes ārsta, kurš nodrošina grūtnieces izglītošanu par diētu, fiziskām aktivitātēm un glikozes paškontroli, izrakstot glikometru un glikozes kontroles stripus, kā arī apmācot aizpildīt glikozes paškontroles dienasgrāmatu. Katras turpmākās antenatālās vizītes laikā aprūpes sniedzējam ir jāiepazīstas ar glikozes paškontroles dienasgrāmatas rādītājiem. Ja ar dzīvesveida maiņu nav iespējams nodrošināt optimālu glikēmijas kontroli, grūtniece nosūtāma pie endokrinologa Grūtnieces zaļā koridora ietvaros.

Vēlama dietologa vai uztura speciālista konsultācija.

Ja glikozes līmeņa kontrole ir laba, augļa augšana adekvāta (nav makrosomijas pazīmes, nenovēro daudzūdeņainību), grūtniece klasificējama A+ riska līmenim un viņu var novērot vecmāte vai ģimenes ārsts. Grūtnieču iedalījumu riska grupās skatīt Pacienta ceļa “Zema riska grūtnieces aprūpe (A un A+) un ārstniecības personu savstarpēja sadarbība” punktā 1.2.).

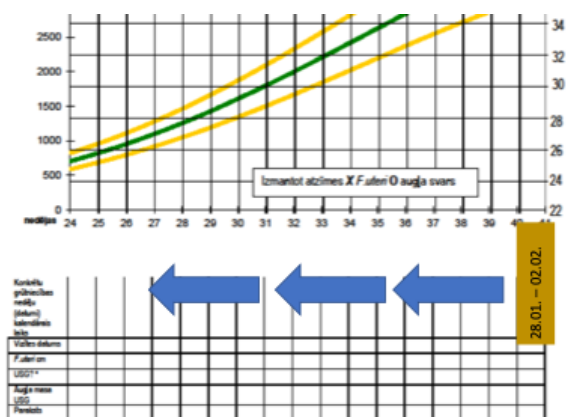
Savukārt, ja GD kontrolei jāpielieto insulīns un/vai attīstās augļa makrosomija vai daudzūdeņainība, riska profils paaugstinās uz B līmeni un grūtniecei jāpāriet ginekologa uzraudzībā.

Skatīt algoritmu “Gestācijas cukura diabēts GCD diagnostika, grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību periodā vadīšana”, pieejams:

[https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/10\\_kliniskais\\_algoritms\\_gcd1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/10_kliniskais_algoritms_gcd1.pdf)

### 3. Fundus uteri mērīšana un Gravidogrammas aizpildīšana

No 24 grūtniecības nedēļām uzsāk *fundus uteri* mērījumus un Gravidogrammas aizpildīšanu. Šis ir vienkāršākais uz pierādījumiem balstītais instruments augļa augšanas novērtēšanā, ko viegli pielietot katras antenatālās vizītes laikā. Gravidogrammas aizpildīšanu aizsāk ar aili “Konkrēto grūtniecības nedēļu kalendārais laiks”, sākot no nedēļas 40-41 (skatīt pievienoto paraugu). Katras antenatālās vizītes laikā veikto mērījumu atzīmē atbilstoši kalendārajam laikam, nevis grūtniecības nedēļai.



- *Due date* nosaka pēc I trimestra skrīninga un nemaina vairs nekad
- Ja *due date* ir 28.janvāris, vispirms atzīmē nedēļu 40+0 līdz 40+6
- Tad atpakaļejošā secībā sadala visu grūtniecības laiku nedēļās (39+0 -39+6; 38+0-38+6 utt.)
- *F.uteri* mērījumus uzsāk no 24 nedēļām
- Mēra katrā vizītē 1x no augšas uz simfīzi
- Auditējams indikators: Piedzimuši **bērni ar augļa augšanas atpalcību/diagnosticēta** augšanas atpalcība antenatālās aprūpes laikā



### 4. Augļa sirdstoņu izklausīšana ar dopleru.

Paskaidrošana par augļa kustībām un sievietes pašas lomu augļa labsajūtas vērtēšanā, kā arī rīcības algoritmu, ja sievietei subjektīvi šķiet, ka augļa kustības ir samazinātas.

Skatīt algoritmu “Augļa augšanas un labsajūtas izvērtēšana grūtniecības laikā”, pieejams: [https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/6\\_kliniskais\\_algoritms\\_augļa\\_augsana1.pdf](https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/6_kliniskais_algoritms_augļa_augsana1.pdf)

## 5. Izvērtēt nepieciešamību DzVT profilakses uzsākšanai ar MMH no 28. grūtniecības nedēļas.

### 2.7. Piektā vizīte 29.-30. grūtniecības nedēļā

- Grūtnieces fiziskās un emocionālās labsajūtas novērtēšana.
- Asinsspiediena, pulsa, svara mērījumi, urīna analīzes rezultātu izvērtēšana, tūsku izvērtēšana.
- Strādājošām sievietēm, kas savlaicīgi stājušās grūtniecības uzskaitē un veikušas antenatālo aprūpi atbilstoši skrīningprogrammai un vadošās ārstniecības personas rekomendācijām, tiek izsniegta **pirmsdzemdību atvaļinājuma** B darba nespējas lapa (DNL) no 30+0 grūtniecības nedēļām (70 dienas). Ja sieviete grūtniecības uzskaitē stājusies vēlīni vai nav veikusi izmeklējumus un konsultācijas atbilstoši antenatālā skrīningprogrammā paredzētajam, viņai tiek izsniegta DNL uz 56 dienām. Atbilstoši DNL izsniegšanas laikam, grūtniece saņem maternitātes pabalstu. DNL aprūpes vadošā persona izraksta e-veselības platformā.
- Šīs vizītes laikā tiek paņemts otrreizējais **tests sifilisa diagnostikai RPR**. Papildus informāciju skatīt algoritmā “Grūtniecības risku izvērtēšana anenatālās aprūpes laikā” sadaļā 17.3.10. Infekcijas.
- Tiek veikti *fundus uteri* mērījumi un aizpildīta gravidogramma, tiek izklausīti augļa sirdstoņi un veiktas pārrunas par augļa kustībām.

## 2.8. Ārsta vizīte 34. – 35. grūtniecības nedēļā dzemdību atrisināšanas stratēģijas izstrādāšanai

Vizītes galvenais uzdevums ir izstrādāt dzemdību atrisināšanas stratēģiju ļoti augsta perinatālā riska pacientei. Ieteicams nosūtīt grūtnieci uz multidisciplināru konsiliju uz perinatālās aprūpes centru, lai atkarībā no grūtniecības un paredzamās dzemdību patoloģijas, lai savlaicīgi izstrādātu dzemdību vadīšanas plānu – piemērotāko vietu, kur pieejama multidisciplināra palīdzība sistēmisku patoloģiju gadījumā) un laiks (plānotai dzemdību indukcijai vai ķeizargrieziena operācijai), iespējamo dzemdību atsāpīnāšanu. Grūtniecei ir jāpaskaidro viņas medicīniskās situācijas radītie dzemdību riski, agrīnas komplikāciju attīstības pazīmes, kad sievietei neatliekami jāgriežas medicīnas iestādē.

C riska pacientu hospitalizācija notiek reģionāli tuvākajā perinatālās aprūpes centrā (Valmierā, Jēkabpilī, Liepājā, Rīgas Dzemdību namā vai P.Stradiņa KUS). Rīgas Dzemdību namā netiek hospitalizētas grūtnieces un dzemdētājas ar sistēmisku patoloģiju. P.Stradiņa KUS tiek hospitalizētas grūtnieces un dzemdētājas no visas LV ar sistēmisku patoloģiju, kuras risināšanai var būt nepieciešama terciārā aprūpes līmeņa tehnoloģiju nepieciešamība. Jaundzimušo hospitalizācijas plāns noteikts. Skatīt pacientes ceļu “Grūtnieces ar priekšlaicīgu dzemdību risku hospitalizācija atbilstoši gestācijas nedēļai”; pieejams: [www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/16.smsb\\_grtniece\\_prieklaicga1.pdf](http://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/16.smsb_grtniece_prieklaicga1.pdf).

Pārejas periodā kamēr NVD apmaksā nav iekļauta papildus vecmāšu vizīšu apmaksā, šajā laikā papildus vecmātes vizīte nav paredzēta, bet to var ārsts vizītes laikā veic visas darbības, kas paredzētas MK Noteikumos Nr 611 Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība un šī algoritma 6.b. punktā.


- Uzklauša sūdzības un paustās bažas par savu un augļa veselības stāvokli.
- Novērtē sievietes psihoemocionālo stāvokli, pielietojot PHQ-2 un GAD-2 skalas.
- Veic grūtniecības aprūpes darbības (nosaka sievietes svaru, mēra asinsspiedienu, pulsu, izklauša augļa sirdsdarbību, veic dzemdes pamata mērījumu, to atzīmē Gravidogrammā, informē par augļa augšanas noteikšanu nākošās vizītes un sonogrāfijas laikā un taktiku nepareizas augļa guļas gadījumā, izvērtē urīna analīzes un hemoglobīnu, sniedz rekomendācijas par dzelzs preparātu papildus

lietošanu, ja nepieciešams, pārrunā sievietes uzturu, piemērotās fiziskās aktivitātes, pārrunā pastāvošo riska faktoru mazinošās stratēģijas efektivitāti, identificē jaunus riska faktorus.

- Izglīto un praktiski apmāca sievieti par augļa kustību izvērtēšanu un pareizu to skaitīšanu Sniedz personalizētas rekomendācijas par veselības pratību un pašaprūpi grūtniecības III trimestrī un pēdējās grūtniecības nedēļās.
- Izglīto sievieti un viņas ģimeni/partneri par dzemdību norisi un ar to saistītiem fizioloģiskiem procesiem; sniedz informāciju par agrīnu dzemdību norisi, pazīmēm, kuras var norādīt uz dzemdību sākumu, darbībām un pašpalīdzību šajā posmā, došanos uz izvēlēto dzemdību vietu; informē par iespējamām medicīniskām manipulācijām dzemdībās.
- Atgādina par nepieciešamību vienoties par ĢĀ aprūpi jaundzimušajam, veikt krūšu kurvja rentgenizmeklējumu dzemdību atbalsta personai.
- Pārjautā par garā klepus vakcināciju, ja tā nav veikta, atkārtoti izskaidro ieguvumus zīdainim un rekomendē veikt (vislabākā aizsardzība tiek zīdainim nodrošināta, ja vakcīna tiek saņemta laika periodā no 20. līdz 32. grūtniecības nedēļai, neizslēdzot iespēju vakcīnu saņemt arī 16.-38. grūtniecības nedēļā).
- Informē sievieti par neatliekamām situācijām grūtniecības un dzemdību laikā un to, kur griezties šādos gadījumos.
- Sniedz informāciju par iegurņa pamatnes disfunkcijas profilakses iespējām grūtniecības laikā un taktiku dzemdībās.
- Sniedz informāciju par vecmātes atbalsta iespējām pēcdzemdību periodā nedēļniecei un jaundzimušajam, tajā skaitā zīdīšanas veicināšanā un ģimenes plānošanas metodes izvēlē.
- Sniedz informāciju par ģimenes ārsta lomu pēcdzemdību perioda novērošanā nedēļniecei un jaundzimušajam.
- Sniedz informāciju par ginekologa lomu pēcdzemdību perioda komplikāciju ārstēšanā un kontracepcijas izvēlē.

## 2.9. Sestā vizīte (vecmātes vizīte) 35.- 36. grūtniecības nedēļā

- Uzklasa sūdzības un paustās bažas par savu un augļa veselības stāvokli.
- Novērtē sievietes psihoemocionālo stāvokli, pielietojot PHQ-2 un GAD-2 skalas.
- Veic grūtniecības aprūpes darbības (nosaka sievietes svaru, mēra asinsspiedienu, pulsu, izklasa augļa sirdsdarbību, veic dzemdes pamata mērījumu, to atzīmē gravidogrammā, informē par augļa guļas noteikšanu un taktiku nepareizas augļa guļas gadījumā, izvērtē urīna analīzes un hemoglobīnu, sniedz rekomendācijas par dzelzs preparātu papildus lietošanu, ja nepieciešams, pārrunā sievietes uzturu, piemērotas fiziskās aktivitātes, pārrunā pastāvošo riska faktoru mazinošās stratēģijas efektivitāti, identificē jaunus riska faktorus.
- Izglīto un praktiski apmāca sievieti par augļa kustību izvērtēšanu un pareizu to skaitīšanu. Sniedz personalizētas rekomendācijas par veselības pratību un pašaprūpi grūtniecības III trimestrī un pēdējās grūtniecības nedēļās.
- Izglīto sievieti un viņas ģimeni/partneri par dzemdību norisi un ar to saistītiem fizioloģiskiem procesiem; sniedz informāciju par agrīnu dzemdību norisi, pazīmēm, kuras var norādīt uz dzemdību sākumu, darbībām un pašpalīdzību šajā posmā, došanos uz izvēlēto dzemdību vietu; informē par iespējamām medicīniskām manipulācijām dzemdībās.
- Uzklasa sievietes un viņas ģimenes vēlmes un vajadzības attiecībā uz dzemdību aprūpi un izstrādā dzemdību aprūpes plānu, aicina izvēlēties dzemdību vietu, meklē risinājumus, lai sasniegtu iespējami labākos rezultātus, respektējot sievietes un viņas ģimenes vērtības, pārrunā iespējamo dzemdību vietu, veidu un atbalsta komandu.
- Atgādina par nepieciešamību vienoties par ĢĀ aprūpi jaundzimušajam, veikt krūšu kurvja rentgenizmeklējumu dzemdību atbalsta personai.
- Pārjautā par garā klepus vakcināciju, ja tā nav veikta, atkārtoti izskaidro ieguvumus zīdāinim un rekomendē veikt (vislabākā aizsardzība tiek zīdāinim nodrošināta, ja vakcīna tiek saņemta laika periodā no 20. līdz 32. grūtniecības nedēļai, neizslēdzot iespēju vakcīnu saņemt arī 16.-38. grūtniecības nedēļā).
- Informē par jaundzimušajam veselīgiem un drošiem dzīves apstākļiem atbilstoši MK 611 noteikumu 4. pielikumam;

- Pārrunā veiksmīgas zīdīšanas priekšnoteikumus, zīdīšanas priekšrocības un pamatprincipus.
- Informē sievieti par neatliekamām situācijām grūtniecības un dzemdību laikā un to, kur griezties šādos gadījumos.
- Informē par pēcdzemdību perioda norisi, par iespējamiem pēcdzemdību sarežģījumiem un to novēršanu.
- Sniedz informāciju par iegurņa pamatnes disfunkcijas profilakses iespējām grūtniecības laikā un taktiku dzemdībās.
- Sniedz informāciju par vecmātes atbalsta iespējām pēcdzemdību periodā nedēļniecei un jaundzimušajam, tajā skaitā zīdīšanas veicināšanā un ģimenes plānošanas metodes izvēlē.
- Sniedz informāciju par ģimenes ārsta lomu pēcdzemdību perioda novērošanā nedēļniecei un jaundzimušajam.
- Sniedz informāciju par ginekologa lomu pēcdzemdību perioda komplikāciju ārstēšanā un kontracepcijas izvēlē.
- Veic ierakstus medicīniskajā dokumentācijā (Mātes pasē un, ja pieejams, Grūtnieces novērošanas individuālajā kartē).
- Nosūta pie ginekologa vai ģimenes ārsta, ja nepieciešams papildus viedoklis (var konsultēties attālināti). 
- Vienojas par nākamo vizīti ar vecmāti un tās mērķi.



## 2.10. Septītā vizīte 37-38 grūtniecības nedēļās

- Grūtnieces fiziskās un emocionālās labsajūtas novērtēšana.
- Asinsspiediena, pulsa, svara mērījumi, urīna analīzes rezultātu izvērtēšana, tūsku izvērtēšana.
- Tiek veikti *fundus uteri* mērījumi un aizpildīta gravidogramma, tiek izklausīti augļa sirdstoņi un veiktas pārrunas par augļa kustībām.
- Tiek izvērtēti III trimestra ultrasonogrāfijas rezultāti (skatīt Pacienta ceļu “Zema riska grūtnieces aprūpe (A un A+) un ārstniecības personu savstarpējā sadarbība” punktu 1.19. III trimestra ultrasonogrāfija 36-37 nedēļās).
- Ja III trimestra ultrasonogrāfijā konstatēta augļa iegurņa priekšguļa, noskaidro, vai grūtniece tikusi nosūtīta ārējā augļa apgrozījuma veikšanai, kā arī izvērtē veiktās manipulācijas rezultātu.
- B grupas beta hemolītiskā streptokoka (BGS) nēsāšanas testa veikšana. Tests nav jāņem, ja iepriekšējam jaundzimušajam bijusi BGS sepse, BGS izdalīts urīnā šīs grūtniecības laikā- šajos gadījumos pacientei ir indikācijas saņemt antibakteriālo profilaksi dzemdībās, neatkarīgi no uzsējuma rezultāta. Rezultāts ir derīgs 4 nedēļu laikā pēc tā paņemšanas. Ja no testa paņemšanas līdz dzemdībām pagājušas vairāk kā 4 nedēļas, BGS statuss uzskatāms par nezināmu un dzemdībās attiecīgi tiek izvēlēta atbilstoša taktika. Tāpēc svarīgi ir testu neņemt ātrāk kā 37 nedēļās, kā arī ārstniecības persona ir atbildīga, ka testa rezultāts ir pievienots mātes pasei (pacients var izdrukāt testa atbildi no laboratoriju datu bāzēm, dzemdību nodaļu ārstniecības personām nav pienākums meklēt testa rezultātus).
- Pārrunas par dzemdību vietu un laiku, kā arī taktiku, ja grūtniecība turpinās pēc 40-41 nedēļas.

## 2.11. Astotā vizīte- plānot dzemdību atrisināšanu

- Uzklasa sūdzības un paustās bažas par savu un augļa veselības stāvokli.
- Novērtē sievietes psihoemocionālo stāvokli, pielietojot PHQ-2 un GAD-2 skalas.
- Veic grūtniecības aprūpes darbības (nosaka sievietes svaru, mēra asinsspiedienu, pulsu, veic augļa sirdsdarbības pierakstu ar KTG, veic dzemdes pamata mērījumu, to atzīmē gravidogrammā, nosaka augļa guļu, izvērtē klīniskās analīzes (ja paaugstināts asinsspiediens, nozīmē olbaltuma/ kreatinīna attiecības noteikšanu urīnā), paskaidro BGS uzsējuma rezultātus un taktiku, ja BGS ir pozitīvs.
- Uzklasa sievietes un viņas ģimenes uztraukumu, vēlmes un vajadzības attiecībā uz dzemdību aprūpi un izstrādā dzemdību aprūpes plānu, meklē risinājumus, lai sasniegtu iespējami labākos rezultātus, respektējot sievietes un viņas ģimenes vērtības, pārrunā iespējamo dzemdību vietu, veidu un atbalsta komandu, pieejamo atsāpināšanu dzemdībās, partnera lomu dzemdību procesā, noskaidro, vai izvēlēta persona uz dzemdībām veikusi plaušu rentgenoloģisko izmeklējumu.
- Izglīto sievieti un viņas ģimeni/partneri par dzemdību norisi un ar to saistītiem fizioloģiskiem procesiem.
- Sniedz informāciju par agrīnu dzemdību norisi, pazīmēm, kuras var norādīt uz dzemdību sākumu, darbībām un pašpalīdzību šajā posmā, došanos uz izvēlēto dzemdību vietu atkarībā no beta hemolītiskā streptokoka analīzes rezultāta; dažādu dzemdību scenāriju apspriešana; dzemdību atsāpināšanas un relaksācijas iespējas.
- Informē par jaundzimušā aprūpi saskaņā ar MK 611 noteikumu 4. pielikumā minētajām tēmām - pirmo kontaktu ar jaundzimušo, jaundzimušā kopšanu un ar to saistītām raksturīgām grūtībām.
- Pārrunā veiksmīgas zīdīšanas priekšnoteikumus, zīdīšanas priekšrocības un pamatprincipus.
- Informē sievieti par neatliekamām situācijām grūtniecības un dzemdību laikā un to, kur griezties šādos gadījumos.

- Vienojas par vecmātes atbalsta nepieciešamību pēcdzemdību periodā.

### **Atsauces**

1. Optimizing postpartum care. (2018). ACOG, Committee Opinion;
2. Johansson K, et al.(2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden.;
3. WHO, Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care (2010, Geneva);
4. Postnatal Care NICE guidelines, 2021.
5. WHO, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities., 2016;
6. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016;
7. Antenatal Care NICE guidelines, 2021;
8. Profesijas Standarts pacientu aprūpe. Vecmātes profesionālās kvalifikācijas prasības, 2023.

## **2.12. Mātes un jaundzimušā aprūpe pēcdzemdību periodā divās aprūpes epizodēs (3.-5. un 10.-14. pēcdzemdību dienā)**

### **Vecmātes pēcdzemdību vizītes piedāvā:**

- veica antenatālo aprūpi;
- strādā aprūpes komandā ārstniecības iestādē, ginekologa praksē vai ģimenes ārsta praksē, kas sniedz antenatālās aprūpes pakalpojumus;
- strādā dzemdību iestādē, kur sieviete dzemdējusi.

## **Principi:**

- Pēcdzemdību vizīte var notikt pacientes mājās; vecmātes, ģimenes ārsta vai ginekologa prakses vietā; vecmātes kabinetā; dzemdību iestādē vai, izņēmumu gadījumos, attālināti (telemedicīna).
- Pēcdzemdību vizīte ir personalizēta, tās forma atkarīga no objektīvi izvērtētiem apstākļiem un ģimenes vēlmēm.
- Pēcdzemdību aprūpi sievietē saņem arī perinatālā zaudējuma gadījumā un situācijās, kad jaundzimušajam ir nepieciešama diennakts ārstēšana specializētā stacionārā.

## **Pēcdzemdību vizītes apraksts:**

- Uzklasa un izvērtē pacientes sūdzības, kompetences ietvaros sniedz situācijai atbilstošas, pierādījumos balstītas rekomendācijas; atbalsta pacientī, lai sekmētu viņas veiksmīgu pielāgošanos jaunajai sociālajai lomai un pārvarētu ar to saistītās grūtības, respektējot pacientes un viņas ģimenes vērtības; skaidro, kādas ir normālas sajūtas pēcdzemdību periodā;
- Novērtē pacientes psihoemocionālo stāvokli, sarunā ietverot jautājumus par viņas izjūtām, garastāvokli, attieksmi pret bērnu un apkārtējo pasauli. Izmanto depresijas un trauksmes skrīninga jautājumus no PHQ-2 un GAD-2, nepieciešamības gadījumā izmanto PHQ-9 un GAD-7 anketas, ja punktu skaits >10, tad sievieti nosūta pie psihiatra; izvērtē suicidālos riskus, informē ģimenes locekļus par pazīmēm, kuru gadījumos vērsties pēc palīdzības;
- Novērtē un izmeklē māti: sievietes pašsajūtu; vitālos rādītājus; dzemdes blīvumu un augstumu; lohiju raksturu; krūtis, krūtsgalus, laktāciju; Ķeizargrieziena rētu; kāju tūskas (īpašu uzmanību pievēršot asimetriskai tūscai); izjautā par uzturu, miegu;); iegurņa pamatnes disfunkcijas simptomus (starpenes veselība un šuvju dzīšana; vēdera izeja un urinācija; urīna, gāzu un fekāliju nesaturēšana); grūtniecības un dzemdību laikā lietotajiem medikamentiem un vitamīniem (D vitamīns, jods, MMH, antianēmiska terapija, īpaši, ja dzemdībās bijis liels asins zudums);
- Pievērš uzmanību grūtniecības laikā bijušajām veselības problēmām un to iespējamām sekām (paaugstināts asinsspiediens, gestācijas diabēts, vēnu veselība, u.c.);
- Identificē un, kompetences ietvaros, piedāvā risinājumus pēcdzemdību komplikācijām;

- Pārrunā dzemdību gaitu, sniedz emocionāli informatīvu atbalstu pēc traumatiskām dzemdībām;
- Novērtē jaundzimušo (ja vecākiem ir sūdzības vai, ja primārās veselības aprūpes komandas speciālistu vizīte vēl nav notikusi): aktivitāti; ādas stāvokli un krāsu; acis; muti; nabas brūci; urināciju; vēdera izeju; ja iespējams, nosaka jaundzimušā svaru;
- Novērtē zīdīšanas efektivitāti, sniedz praktisku atbalstu.
- Novērtē jaundzimušā ēdināšanu, atbilstoši ārsta rekomendācijām, gadījumos, ja zīdīšana ir kontrindicēta (HIV pozitīvām mātēm, u.c.);
- Novērtē un sniedz rekomendācijas par jaundzimušā celšanu, pozicionēšanu, hendlinga pamatprincipiem;
- Novērtē un sniedz rekomendācijas par emocionālās piesaistes veidošanu un stiprināšanu ar jaundzimušo;
- Informē un izglīto pacienti par aktivitātēm un atpūtu pēcdzemdību periodā; personīgo higiēnu; uzturu; piemērotu fizisko aktivitāti, iegurņa pamatni nostiprinošiem vingrinājumiem; dzimumdzīvi pēc dzemdībām, kontracepcijas iespējām; zīdīšanu, jaundzimušā ēdināšanu; jaundzimušā aprūpi un higiēnu; bērnam drošu vidi un drošības pasākumiem, kas jāievēro, lai netiktu apdraudēta jaundzimušā veselība un dzīvība; neatliekamām situācijām, kad nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta, speciālistiem vai neatliekamās medicīniskās palīdzības;
- Konsultējas ar ārstu speciālistu vai ģimenes ārstu, ja nepieciešams papildus viedoklis, paredzot iespēju konsultēties attālināti (telemedicīna);
- Pirmajā pēcdzemdību vizītē novērtē mātes un jaundzimušā dzīvesvietas apstākļus un dzīvesveidu, apzinot un identificējot vardarbības un sociālos riskus;
- Aizpilda Pēcdzemdību vizītes protokolu (2 eksemplāri).

## PĒCDZEMDĪBU VIZĪTES PROTOKOLS

Vizītes datums:		plkst.:		
Paciente:				
/vārds, uzvārds, personas kods vai dzimšanas datums/				
Dzīvesvietas adrese, tālrunis:				

Pēcdzemdību diena: \_\_\_\_\_

Sūdzības: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dzīvesvietas un dzīvesveida novērtējums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psihoemocionālās veselības novērtējums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Veiktie izmeklējumi:

Māte	Jaundzimušais
Vitālie rādītāji: TA ___/___, P ___x', T ___°C	Aktivitāte: <input type="checkbox"/> apmierinoša <input type="checkbox"/> pazemināta <input type="checkbox"/> paaugstināta
Dzemde: _____	Ādas krāsa: <input type="checkbox"/> sāra <input type="checkbox"/> dzelte <input type="checkbox"/> cianotiska <input type="checkbox"/> bāla
Lohijas: _____	<input type="checkbox"/> apmierinošs
Starpene: _____	Ādas stāvoklis: <input type="checkbox"/> izsitumi
Ķeizargrieziena rēta: _____	<input type="checkbox"/> gluteusu / kroku apsārtums
Krūtsgali: _____	Acis: <input type="checkbox"/> tīras <input type="checkbox"/> izdalījumi
Laktācija: <input type="checkbox"/> pietiekama <input type="checkbox"/> šaubīga	<input type="checkbox"/> nabassaites atlieka mumificējas
Zīdīšanas efektivitāte: <input type="checkbox"/> zīž aktīvi	Naba: <input type="checkbox"/> nabas brūce sausa
<input type="checkbox"/> zīda ar krūts uzgaļiem	<input type="checkbox"/> izdalījumi no nabas brūces
<input type="checkbox"/> problemātiska	Urīnācija: _____ x / diennaktī
	Vēdera izeja: _____ x / diennaktī, krāsa _____
	<input type="checkbox"/> ekskluzīva zīdīšana ik pēc _____ stundām _____ x dienā
	<input type="checkbox"/> zīdīšana + piebaro ar piena maisījumu pa _____ ml _____ x dienā
	<input type="checkbox"/> ēdina ar noslauktu mātes pienu pa _____ ml _____ x dienā
	<input type="checkbox"/> ēdina tikai ar piena maisījumu pa _____ ml _____ x dienā

**Pacientei sniegtā informācija**

<input type="checkbox"/>	Aktivitātes, atpūta	_____
		_____
<input type="checkbox"/>	Personīgā higiēna	_____
		_____
<input type="checkbox"/>	Uzturs	_____
		_____
<input type="checkbox"/>	Dzimundzīve pēc dzemdībām	_____
<input type="checkbox"/>	Kontracepcija	_____
<input type="checkbox"/>	Zīdīšana	_____
		_____
<input type="checkbox"/>	Neatliekamās situācijas	_____
		_____

Rekomendācijas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vecmāte: \_\_\_\_\_  
/paraksts, atšifrējums/

**Ar savu parakstu apliecinu, ka esmu saņēmusi pilnu vecmātes sniegto informāciju par savu un/vai sava bērna veselības stāvokli un atbildes uz saviem uzdotajiem jautājumiem, brīvprātīgi piekritu nepieciešamajiem izmeklējumiem, ārstniecībā izmantojamajām metodēm un iespējamām manipulācijām, kā arī sava un/vai sava bērna personas datu apstrādei.**

Paciente / pacientes vai bērna likumiskais pārstāvis: \_\_\_\_\_  
(paraksts, vārds, uzvārds)

### 2.13. Pēcdzemdību vizīte (6- 10 nedēļas pēc dzemdībām)

Uzreiz pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas, nedēļniece attālināti sazinās ar savu antenatālās aprūpes sniedzēju par pēcdzemdību atvaļinājuma darba nespējas lapas (DNL) noslēgšanu. Atkarībā no dzemdību veida un komplikācijām, pēcdzemdību atvaļinājums tiek piešķirts 56 vai 70 dienu garš. Aprūpes personai jānoslēdz DNL e-veselības portālā. Šī ir attālināta konsultācija, aprūpes personai vēlams saņemt nedēļnieces izrakstu no dzemdību nodaļas, lai iegūtu drošticamu informāciju par dzemdību norisi (ģimenes locekļi var nogādāt izrakstu veselības aprūpes iestādē).

6-10 nedēļu pēcdzemdību vizītē:

- Jāizvērtē sievietes fiziskā un psihoemocionālā labklājība, uzdodot depresijas un trauksmes skrīninga jautājumus;
- Jāveic asinsspiediena, pulsa mērījumi, KMI noteikšana, tūsku izvērtēšana;
- 6-8 nedēļas pēc dzemdībām var būt indicēta ginekoloģiska apskate, ja bijuši plīsumi, operatīvas dzemdības, pastāv sūdzības, pieturas sāpes, diskomforts, traucējoši izdalījumi. Tā kā šajā periodā ir samazināts estrogēnu līmenis, maksts gļotāda var būt trausla, apskate var būt sāpīga un nepatīkama, maksts pH var būt fizioloģiski paaugstināts (fizioloģiski maksts mikroflora normalizējas gada laikā pēc dzemdībām). Ginekoloģiska apskate indicēta, ja izvēles kontracepcijas metode būs intrauterīna kontracepcija. Tāpat apskate uz ginekoloģiskā krēsla indicēta, ja ir sūdzības par hemoroidālo slimību;
- Jāizvērtē iegurņa pamatnes disfunkcijas simptomus, jāsniedz rekomendācijas iegurņa pamatnes disfunkcijas riska mazināšanai;
- Jāizvērtē bērna zīdīšanas režīms, atzīmējot medicīniskajā dokumentācijā, vai šajā brīdī tiek nodrošināta ekskluzīva jaundzimušā zīdīšana ar krūti;
- Jāveic pārrunas par vitamīnu un pārtikas piedevu lietošanu, veselīgu uzturu krūts zīdīšanas periodā;
- Jāveic pārrunas par ģimenes plānošanas jautājumiem un kontracepcijas izvēli krūts zīdīšanas laikā.



# Starpenes izvērtēšana pēc dzemdībām



**Antenatālās aprūpes kopsavilkums aprūpes novērtējumam (datus apkopot 6. – 8. nedēļā pēc dzemdībām):**

Vecmāšu vizītes grūtniecības laikā	Vecmāšu vizītes pēc dzemdībām	Ginekologu vizītes	Ģimenes ārsta vizītes	Ultrasonogrāfiju izmeklējumi

--	--	--	--	--

- Vizīšu skaits pie speciālistiem, sākot no “0” vizītes līdz noslēdzošai vizītei 6 – 8 nedēļas pēc dzemdībām
- Grūtniece sastāvēja uzskaitē pie vecmātes / ģimenes ārsta / ginekologa (atbilstošo apvilkt)
- Grūtniecības norises riska kategorija A / A+ / B / C (atbilstošo apvilkt)
- Ekskluzīva zīdīšana 6 – 8 nedēļas pēc dzemdībām jā / nē (atbilstošo apvilkt)
- Dzemdību pieredze kopsavilkuma vērtējums (ietver grūtniecības laiku, dzemdības un pēcdzemdību periodu līdz 6 nedēļām pēc dzemdībām).
- Lūdz pacientei noteikt vienu vērtējumu, kas pēc viņas domām ir vispiemērotākais šīs dzīves pieredzes kopējais novērtējums (1 - ļoti negatīva pieredze; 10 - izcila pieredze).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### **Kontracepcijas metodes pēcdzemdību periodā**

Pētījumos norādīts, ka 65-90% sievietes ierodas uz pēcdzemdību vizīti pēc 6 nedēļām, taču līdz pat 51% atsāk dzīvot dzimumdzīvi pirms šīs vizītes. Būtiska ir rekomendāciju sniegšana par augsti efektīvu kontracepcijas metožu lietošanu pēcdzemdību periodā, tādējādi samazinot nevēlamu grūtniecību iestāšanās risku un iespējamību īsam starp grūtniecību intervālam, kas saistās ar palielinātu risku nelabvēlīgiem iznākumiem [1].

### **Augsti efektīvas kontracepcijas metodes:**

#### **Kontraceptīvs implants**

- Efektivitāte >99%
- Satur progestīnu (etonogestrelu)
- Iespējama ievietošana uzreiz pēc dzemdībām; ievada zemādā augšdelma iekšējā virsmā

- Kontraceptīvs efekts 3 gadus
- Piemērots lietošanai laktācijas periodā

### **Intrauterīna ierīce**

- Efektivitāte >99%
- Pēcdzemdību periodā piemērotas ir vara vai levonorgestrelu saturošas intrauterīnas ierīces
- Var ievietot uzreiz pēc dzemdībām (kontrindicēta, ja horioamnionīts, endometrīts vai aktīva pēcdzemdību asiņošana; ievietošana uzreiz pēc dzemdībām asociēta ar palielinātu ekspulsijas risku salīdzinot ar ievietošanu 6 nedēļas pēc dzemdībām [1])
- Kontraceptīvs efekts 3-5 gadus, atkarībā no izvēlētās intrauterīnās ierīces
- Nav pierādīta negatīva ietekme uz laktāciju

### **Ķirurģiska kontracepcija (olvadū nosiešana vai izņemšana)**

- Efektivitāte >99%
- Neatgriezeniska metode, pēc kuras spontāna grūtniecības iestāšanās nav iespējama
- Iespējams veikt ķeizargrieziena operācijas laikā vai 24-48 stundas (vēlākais 6 dienas) pēc vaginālām dzemdībām (mini-laparotomija), vai plānveida laparoskopiska olvadu izņemšana vēlīni
- Piemērota pacientēm >25 gadu vecuma, nepieciešama pacientes rakstveida piekrišana operācijas veikšanai

### **Orālā hormonālā kontracepcija**

- Progestīnu saturošu tablešu lietošanu var uzsākt uzreiz pēc dzemdībām:
- Jālieto katru dienu bez pārtraukuma vienā laikā
- Lietojot precīzi, iestāsies <1 grūtniecība uz 100 sievietēm [2]
- Nav pierādīta negatīva ietekme uz laktāciju

- Kombinētas orālās kontracepcijas (estrogēnu un progestīnu saturošu tablešu) lietošanu nerekomendē uzsākt trīs līdz sešas nedēļas pēc dzemdībām palielināta venozās trombembolijas riska dēļ [1]

### **Efektīva kontracepcijas metode:**

#### **Prezervatīvs**

- Efektivitāte 81-90%; grūtniecības iespējamība 2 no 100 sievietēm, pareizi lietojot [2]
- Barjermetode; pasargā no seksuāli transmisīvām infekcijām

### **Citas kontracepcijas metodes:**

#### **Laktācijas amenoreja**

- Tiek definēta kā uz pacientes izglītošanu balstīta metode laikā līdz 6 mēnešiem pēc dzemdībām amenorejas un ekskluzīvas zīdīšanas gadījumā [1]
- Pētījumos metodes efektivitāte variē, norādot uz 4.5 līdz 75 nevēlamām grūtniecībām uz 1000 pacientēm [1]
- Netiek rekomendēta kā augsti efektīva kontracepcijas metode

#### **Avārijas kontracepcija**

- Levonorgestrelu vai ulipristāla acetātu saturošas avārijas kontracepcijas lietošana ir droša pēcdzemdību un laktācijas periodā
- Metode nav paredzēta regulārai lietošanai
- Jo ātrāk lietota pēc neizsargāta dzimumakta, jo augstāka tās efektivitāte; efekts, lietojot līdz 5 dienām pēc dzimumakta
- Pēc ulipristāla acetāta lietošanas rekomendē pārtraukt zīdīšanu 24 stundas [1]
- Vara intrauterīna ierīce var tikt izmantota kā avārijas kontracepcija [2]

## **Nākamās grūtniecības plānošana**

Balstoties uz pētījumiem, kas norāda par nelabvēlīgiem mātes veselības, perinatālā perioda un jaundzimušā veselības iznākumiem īsa starp grūtniecību intervāla gadījumā, Pasaules Veselības organizācija rekomendē vismaz 24 mēnešu intervālu (no iepriekšējām dzemdībām līdz nākamās grūtniecības iestāšanās) [3]. Starp grūtniecību intervāls vairāk kā 5-10 gadi arī tiek asociēts ar palielinātu risku nelabvēlīgam rezultātam [4]. Starp grūtniecību intervāls mazāks kā 18-24 mēneši pacientēm pēc ķeizargrieziena operācijas tiek asociēts ar augstāku dzemdes plīsuma risku, kā arī saistīts ar biežākām komplikācijām mātei, nepieciešamību veikt hemotransfūziju [4].

## **Atsauces**

- 1 [www.UpToDate.com](http://www.UpToDate.com). Contraception: Postpartum counseling and methods. (skatīts 22.11.2023.)
- 2 WHO. Family Planning - A global handbook for providers, 2022 edition. (skatīts 25.11.2023.)
- 3 Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. World Health Organization, Geneva, Switzerland, June 13-15, 2005. (skatīts 22.11.2023.)
- 4 Interpregnancy care. Obstetric Care Consensus No. 8. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;133:e51–72. (skatīts 22.11.2023.)

## 2.14. Multidisciplinārs konsilijs dzemdību plānošanai ▲

Augsta riska grūtnieču dzemdību plānošana atkarībā no medicīniskās situācijas var būt izlemjams konsilija veidā. Saskaņā ar Ārstniecības likumu, konsilijs ir ne mazāk kā triju ārstu apspriede, lai noteiktu diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku.

Konsiliju sasauc C riska grupas grūtniecēm (skatīt pacienta ceļa Zema riska grūtnieces aprūpe punktu 1.2. Riska izvērtēšanas principi). C riska kategorijas grūtniecēm dzemdību atrisināšana ir jāplāno II vai III līmeņa Perinatālās aprūpes centrā. Biežākās pamatspeciālistu kombinācijas, kas veido konsilijus prognozējamu augsta riska dzemdību situācijās ir sekojošas, bet iespējamās arī citas:

Ginekologs	Prenatālās diagnostikas eksperts	Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā
Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Speciālists (jebkuras specialitātes ārsts ar ekspertīzi kādas sistēmiskas slimības ārstēšanā)	Anesteziologs
Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Prenatālās diagnostikas eksperts	Neonatologs
Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Radiologs	Anesteziologs
Ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā	Ginekologs	Neonatologs

Ārstniecības personu lomu grūtniecības aprūpē skatīt algoritma Grūtniecības riska izvērtēšana punktā 2.

- Konsiliju var sasaukt un attiecīgi arī dokumentē ārsts, kura antenatālajā aprūpē vai konkrētās ārstniecības epizodes risināšanā atrodas grūtniece vai ginekologs ar ekspertīzi perinatālajā medicīnā Perinatālās aprūpes centrā, pie kura nosūtīta paciente no antenatālās aprūpes iestādes.
- Konsilijā jābūt atspoguļotām konsilija sasaukšanas indikācijām, visu iesaistīto ārstniecības personu viedoklim un konkrētam slēdzienam.
- Konsilijs var notikt klātienē vai attālināti, kā arī piedaloties vai nepiedaloties pašam pacientam. Ja pacients konsilijā pats nepiedalās, pacientam informāciju sniedz ārsts, kas sasaucis konsiliju

- Pacienta ambulatorisko talonu noformē un nosūta uz NVD tā ārstniecības iestāde, kurā ir sasaukts konsilijs. ■
- Attālināta konsilija gadījumā talonu aizpilda un nosūta uz NVD tā iestāde, kur uzskaitē atrodas grūtniece, bet šajā gadījumā konsilijā jāpiedalās arī grūtnieci uzraugošajam ginekologam.
- Iestāde, kura saņēmusi atlīdzību par pakalpojumu, norēķinās ar visiem konsilija dalībniekiem, arī tiem, kas nav attiecīgās iestādes darbinieki, slēdzot uzņēmuma līgumus.
- Konsilija slēdziens rakstiskā formā ir jāpievieno Mātes pasei un par to jāinformē grūtniecības uzraugošais ginekologs, kurš attiecīgi ievieš izmaiņas grūtniecības vadīšanas plānā.

#### **2.14.1. Speciālista atzinums par dzemdību vadīšanu**

Dažādu specialitāšu ārsts (Speciālists) var būt iesaistīts antenatālās aprūpes komandā jau no grūtniecības sākuma, ja sistēmiskas slimības kontrolei ir nepieciešama speciālista konsultācija. Šajā gadījumā, ja nepieciešams speciālists izmeklē pacientu atkārtoti un sniedz savu viedokli par dzemdību vadīšanas plānu grūtniecības 33-34 nedēļās

- Speciālistu var piesaistīt dzemdību vadīšanas plāna stādīšanai tikai grūtniecības 33-34 nedēļās, ja grūtniecei esošā patoloģija konstatēta tikai grūtniecības laikā jeb tai nav bijusi ietekme uz grūtniecības norisi, bet var būt ietekme uz dzemdībām (dzemdību veidu, atsāpināšanas principu izvēli u.c.)

- Ginekologs, pie kura grūtniece sastāv uzskaitē, Grūtnieču zaļā koridora ietvaros nosūta grūtnieci uz konsultāciju

- Grūtnieces konsultēšanai var tikt pieaicināts speciālists slimnīcā, kurā grūtniece plāno dzemdēt (piemēram, anesteziologs)

- Speciālists veic pacienta apskati, izvērtējot viņas veselības stāvokli un izmeklējumu rezultātus, atsevišķos gadījumos iespējama tikai izmeklējumu novērtēšana (piem., vīrusu slodze HIV infekcijas gadījumā)

- Speciālists piedalās multidisciplinārā konsijā klātienē vai attālināti un sniedz savu viedokli par dzemdību vadīšanas plānu.



### **2.14.2. Anesteziologa konsultācija pirms dzemdībām, risku izvērtējums grūtniecēm**

**Mērķis: Palīdzēt ārstiem sniegt novērtējumu un sagatavot grūtnieces, kam paredzētas operatīvs grūtniecības atrisinājums**

**Konsultācijas mērķis:**

1. Nodrošināt pacientes veselības stāvokļa optimizāciju
2. Sagatavot perioperatīvo aprūpes plānu
3. Pacientes un nepieciešamības gadījumā arī tuvinieku informēšana par perioperatīvā proces plānu
4. Informētas piekrišanas saņemšana anestēzijai un ar to saistītām manipulācijām

**Indikatīvie parametri**, kas norāda uz nepieciešamību anesteziologa konsultācijai pirms operatīva dzemdību atrisinājuma:

1.  $\text{KMI}$  pirms grūtniecības  $>45 \text{ kg/m}^2$  vai esošais svars vairāk kā 135 kg
2. Īss augums
3. Sejas, kakla deformācija, malformācija, grūtības atvērt muti
4. Liels vairogdziedzeris
5. Smagi noritoša bronhiālā astma
6. Smaga blakus patoloģija ieskaitot:
  - Sirds (vārstuļu stenoze vai vidējas līdz smagas pakāpes vārstuļu nepietiekamība; nopietna aritmija, kardiomiopātijas)
  - Plaušu (tajā skaitā bronhiālā astma)
  - Neuroloģija (CNS bojājums, perifērs bojājums)
  - Hematoloģija
  - Mugurkaulāja (mugurkaulāj ķirurģija anamnēzē, izteikta skolioze, sāpju sindroms)

- Cita nopietna patoloģija, ko dzemdību speciālists vai pacients uzskata par faktoru, kas varētu ietekmēt drošas anestēzijas norisi
7. Anamnēzē komplikācijas/negatīva pieredze saistībā ar anestēziju
  8. Anamnēzē neiroleptiķu lietošana
  9. Antikoagulantu lietošana

**Intrahospitāla anesteziologa konsultācija nepieciešama:**

1. Ar grūtniecību asociētā hipertensija (preeklampsija ar smagu gaitu, HELLP sindroms)
2. Placentas atslāņošanās
3. Priekšguļoša placenta
4. Abnormāla placentas piestiprināšanās
5. Trombocitopēnija ( $< 100.000/mm^3$ )
6. Kritisks stāvoklis ar neplānotu operatīvu grūtniecības atrisinājumu

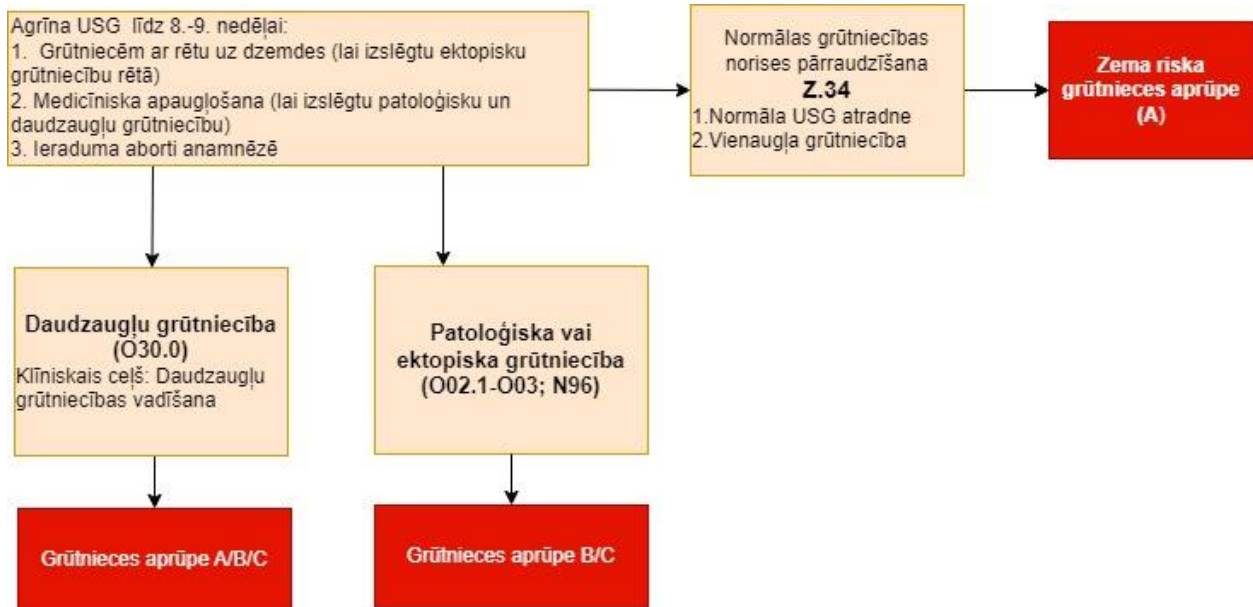
**Atsauces:**

Practice guidelines for obstetric anesthesia. An update report by the American Society of Anesthesiologists task force on obstetric anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*. 2016;124(2):270-300

## 2.15. Speciālista konsultācija pēc dzemdībām

- Pēcdzemdību periodā iespējama sistēmisku slimību norises uzlabošanās vai saasināšanās, tāpēc ir jāpievērš vērība nedēļnieces veselības stāvoklim un specifiskiem ar slimību saistītiem simptomiem.
- Ja grūtniecei ir sistēmiskas saslimšanas, slimību kontroli pēcdzemdību periodā uzrauga ģimenes ārsts.
- Ja grūtniecības laikā grūtnieci ir konsultējis speciālists un viņš ir rekomendējis, ka pēcdzemdību periodā jāsaņem atkārtota speciālista konsultācija, uz to nosūta ģimenes ārsts speciālista noteiktajā laikā, pirms tam nozīmējot nepieciešamos izmeklējumus un laboratoriskās analīzes.
- Ja sievietei bijušas grūtniecības vai dzemdību komplikācijas (preeklampsija, gestācijas cukura diabēts, lietojusi MMH DzVT/PE profilaksei, anēmija u.c.), nedēļnieces veselības stāvokļa uzraudzību realizē ģimenes ārsts.
- Nedēļnieces psihoemocionālo stāvokli pēcdzemdību periodā uzrauga jebkura ārstniecības persona, kas nonāk kontaktā ar nedēļnieci vai jaundzimušo, nepieciešamības gadījumā nosūtot pie psihiatra.
- Ginekoloģisku pēcdzemdību perioda komplikāciju ārstēšanu veic ārsts ginekologs, dzemdību speciālists.

## 2.16. Agrīna ultrasonogrāfija grūtniecības laikā

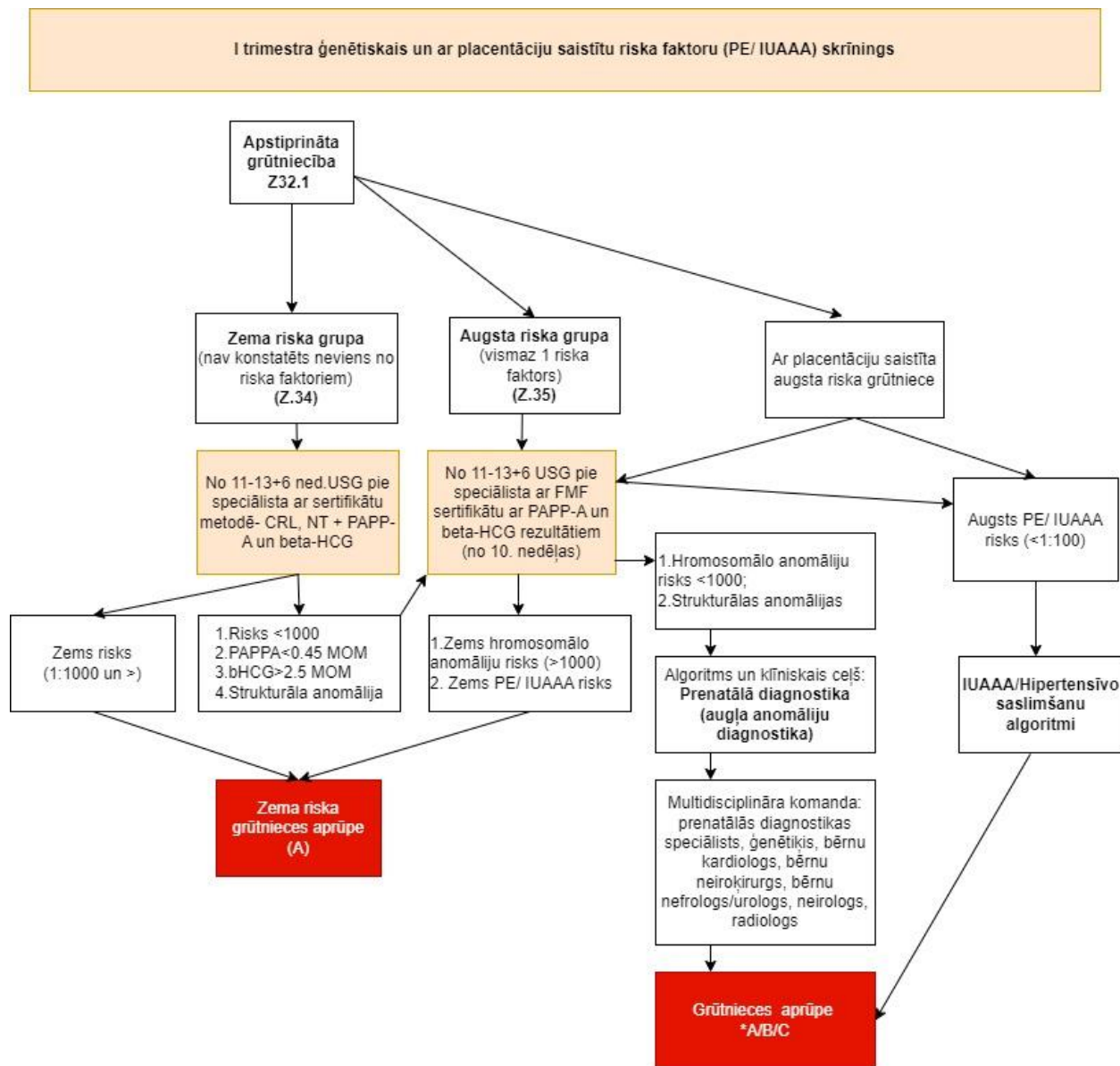


Agrīnai ultrasonogrāfiskai izmeklēšanai (USG) grūtniecības laikā ir svarīga loma grūtniecības un tās dzīvotspējas, un gestācijas vecuma apstiprināšanā, kā arī lokalizācijas, augļu skaita un placentas veida noteikšanā daudzaugļu grūtniecības gadījumā. Agrīna USG ļauj savlaicīgi konstatēt un ārstēt dzīvībai bīstamas anomālijas, piemēram, ektopiskas vai molāras grūtniecības, kā arī, lai izslēgtu patoloģiskus veidojumus mazajā iegurnī.

Ultrasonogrāfijas metode kā mācību priekšmets ir integrēts esošā nacionālā apmācības programmā rezidenti ginekoloģijā un dzemdniecībā. Apmācībai tiek veltītas 20 nedēļas, apvienojot pamata ultraskaņas iemaņas apguvi ambulatorajās iestādēs un padziļinātu ultrasonogrāfijas izmeklēšanu slimnīcās. Lai iegūtu sertifikātu apakšspecialitātē, ir jābūt 60 ginekoloģiskiem un 150 ar grūtniecību saistītiem izmeklējumiem, kā arī atskaitei par 43 ultraskaņas attēliem, pamatojoties uz *European Board and College of Obstetrics and Gynecology* standartiem. Attiecīgi katram sertificētam ginekologam ir iemaņas veikt agrīnu ultrasonogrāfiju, precīzi nosakot grūtniecības laiku, augļa olas lokalizāciju, augļa dzīvotspēju un augļu skaitu. Agrīna ultrasonogrāfija varētu tikt integrēta pamata antenatālajā aprūpē.

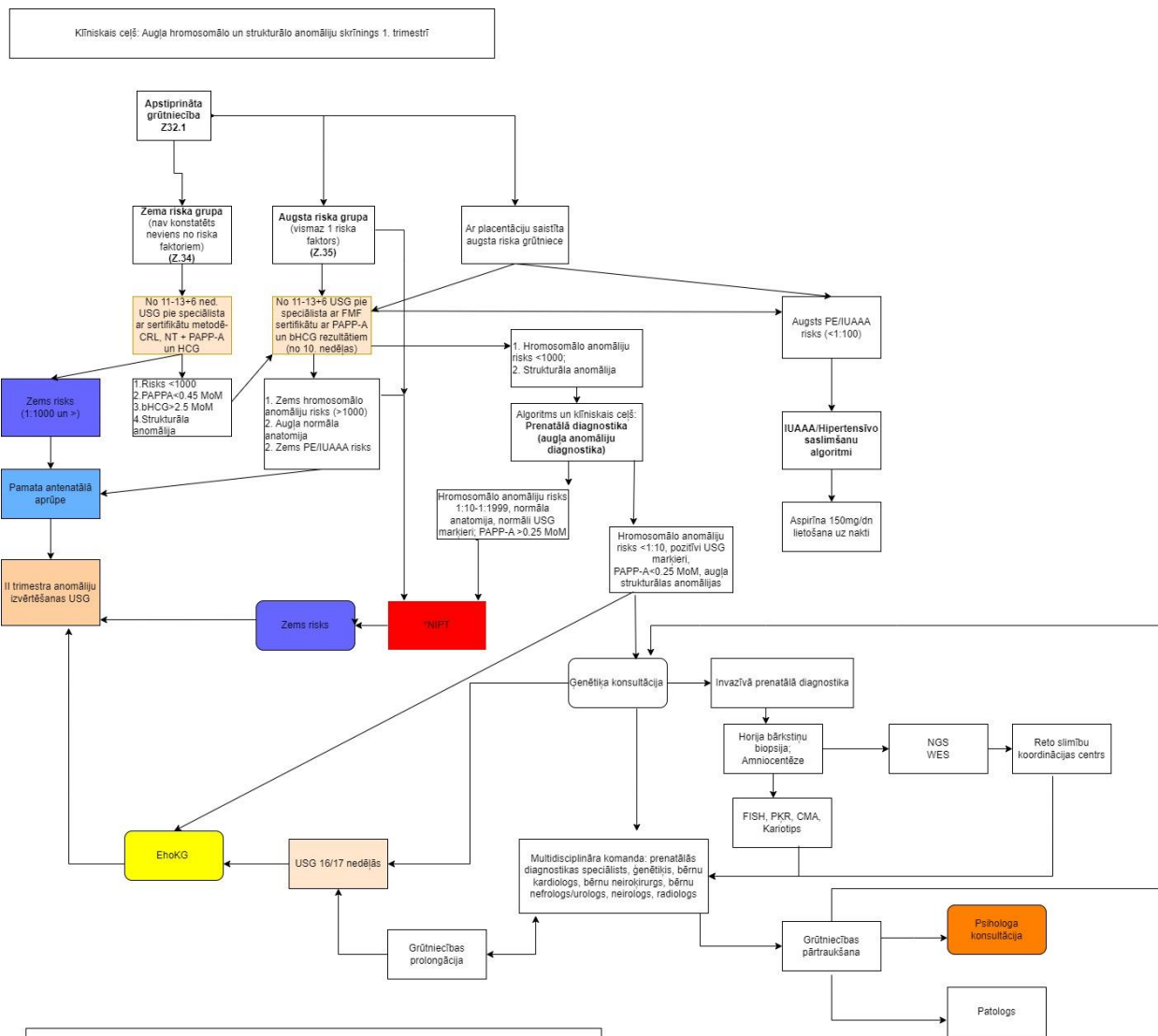
1. Van den Hof MC, Smithies M, Nevo O, Oullet A. No. 375-clinical practice guideline on the use of first trimester ultrasound. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(3):388–95. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.020>
2. Neilson, JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review.* 10.1002/14651858.CD000182
3. Methods for estimating the due date. Committee Opinion No. 700. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e150–4
4. [https://ebcog.eu/wp-content/uploads/2021/12/PACT-English\\_compressed.pdf](https://ebcog.eu/wp-content/uploads/2021/12/PACT-English_compressed.pdf)

## 2.17. I trimestra ģenētiskais skrīnings augsta riska grūtniecei (B un C riska grupa)



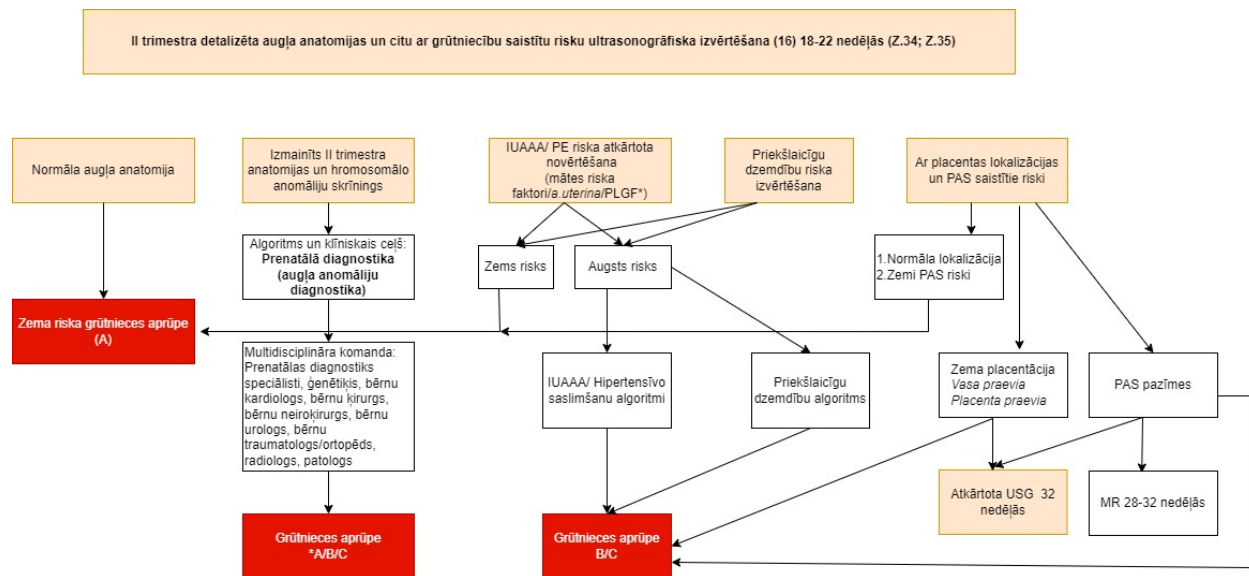
Skatīt Klīnisko algoritmu “Augļa hromosomālo patoloģiju un anatomijas skrīnings I grūtniecības trimestrī (augsta riska grūtniecība)”, pieejams: [www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/2\\_kliniskais\\_algoritms\\_hromosomalo\\_patologiju\\_un\\_augļa\\_anatomijas\\_skrinings\\_1\\_trimestri\\_augsta\\_riska1.pdf](http://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/2_kliniskais_algoritms_hromosomalo_patologiju_un_augļa_anatomijas_skrinings_1_trimestri_augsta_riska1.pdf)

## 2.17.1. Hromosomālo anomāliju skrīnings



**EhokG**- augļa ehokardiogrāfija  
**NIPT**- neinvazīvs prenatalās tests  
**PAPP-A**- ar grūtniecību saistīts proteīns - A  
**br̄HCG**- brīvais beta horiongonadotropais hormons  
**CRL**- *crown rump length*/ galvas-rumpja garums  
**NT**- *nuchal translucency*/ skausta kroka  
**FISH**- fluorescences in situ hibridizācija  
**PKR**- polimerāzes ķēdes reakcija  
**PE**- preeklampsija  
**IUAAA**- intrauterīnā augļa augšanas aizture  
**NGS**- *next-generation sequencing*/ nākamās paaudzes sekvenēšana  
**WES**- *whole exome sequence*/ pilna eksoma sekvenēšana  
**CMA**- *chromosomal microarray analysis*/ hromosomālo mikrociņu analīze

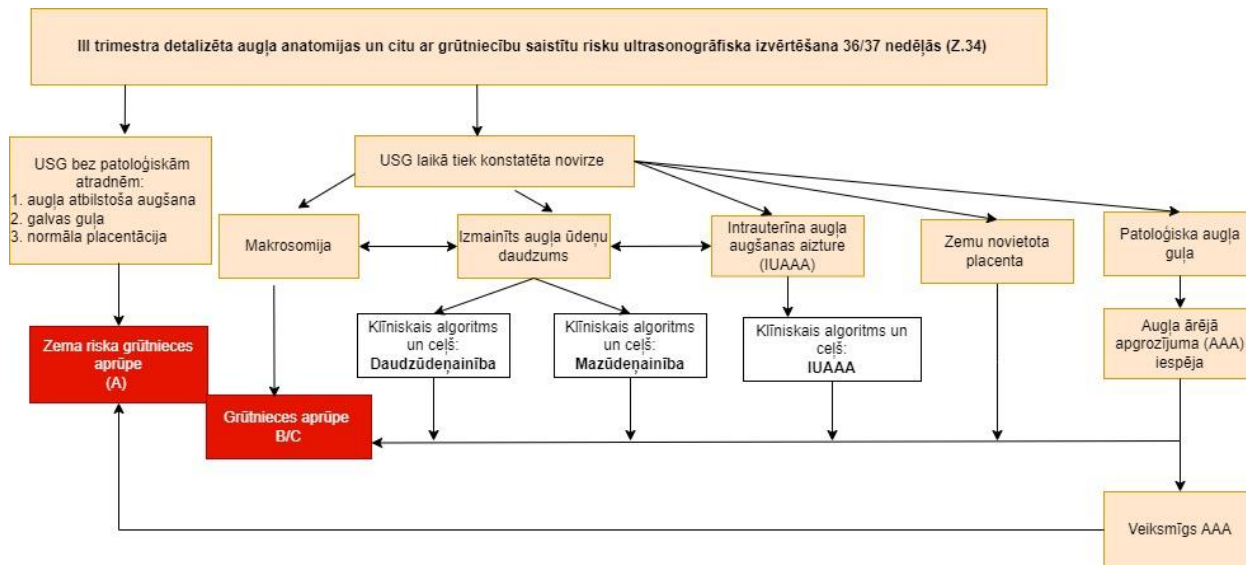
## 2.18. II trimestra augļa strukturālo anomāliju skrīnings augsta riska grūtniecei (B un C riska grupa)



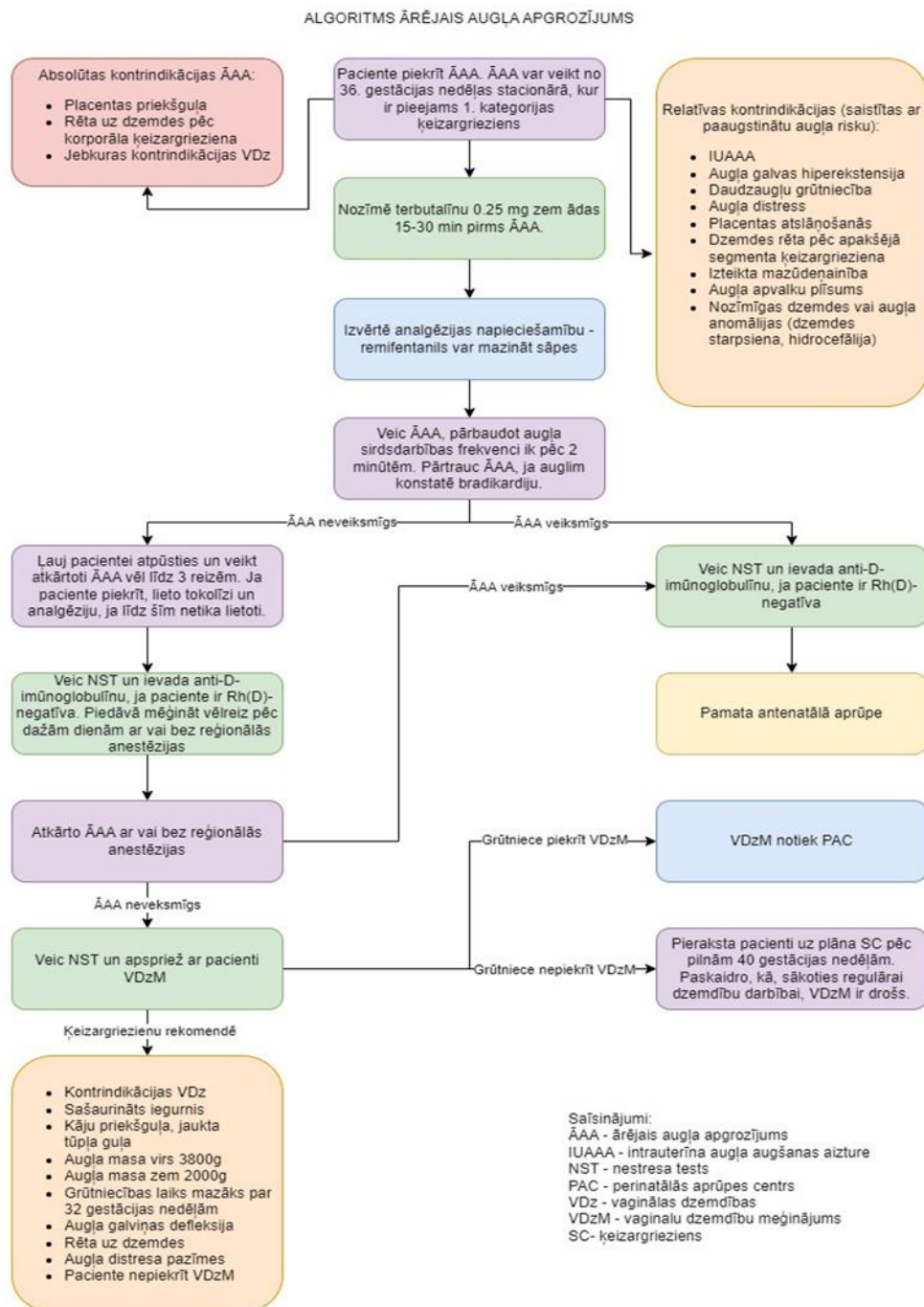
Skatīt Klīnisko algoritmu “Augļa hromosomālo patoloģiju un anatomijas skrīnings II grūtniecības trimestrī (augsta riska grūtniecība)”, pieejams: [www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data\\_content/4\\_kliniskais\\_algoritms\\_hromosomalo\\_patologiju\\_un\\_augla\\_anatomijas\\_skrinings\\_2\\_trimestri\\_augsta\\_riska1.pdf](http://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/4_kliniskais_algoritms_hromosomalo_patologiju_un_augla_anatomijas_skrinings_2_trimestri_augsta_riska1.pdf)



## 2.19. III trimestra USG augsts risks



## 2.19.1. Ārējais augļa apgrozījums



G Justus Hofmeyr, Charles J Lockwood, Alana Chakrabarti. External Cephalic version. Literature review current through Aug 2023. This topic last updated: Sep 05, 2023.