

MĀTES UN BĒRNA VESELĪBA PERINATĀLAJĀ PERIODĀ



MĀTES UN BĒRNA VESELĪBA PERINATĀLAJĀ PERIODĀ

Autori **Jolanta Skrule** valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
Margīta Štāle valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
Solvīta Upmale valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”

Konsultanti **Irisa Zīle** Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju
valsts aģentūra

Ziņojums sagatavots sadarbībā ar v/a „Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra”.

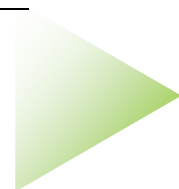
Ziņojums pieejams elektroniski v/a „Sabiedrības veselības aģentūra” interneta mājas lapā www.sva.gov.lv.

Publicēts
valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
Klijānu iela 7
Rīga, LV-1012
Latvija

© 2009, valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”, Latvija

SATURA RĀDĪTĀJS

SATURA RĀDĪTĀJS	3
ATTĒLU SARAKSTS	4
IEVADS	5
SITUĀCIJAS IZKLĀSTS	6
PERINATĀLĀS APRŪPES SISTĒMA LATVIJĀ	6
MĀTES VESELĪBA UN ANTENATĀLĀ APRŪPE	7
DZEMDĪBAS UN ĶEIZARGRIEZIENI	11
JAUNDZIMUŠO VESELĪBAS RĀDĪTĀJI	13
ZĪDĪŠANA	17
PERINATĀLĀ UN ZĪDAIŅU MIRSTĪBA	19
MĀTES MIRSTĪBA	22
SECINĀJUMI	25
PRIEKŠLIKUMI	27
POLITIKAS INICIATĪVAS	29
KOMENTĀRI PAR DATIEM	32
GALVENO JĒDZIENU UN TERMINU SKAIDROJUMI	33
SAĪSINĀJUMI	35
ATSAUCES	36



ATTĒLU SARAKSTS

1. ATTĒLS.	DZIMSTĪBA, UZ 1000 IEDZĪVOTĀJIEM	6
2. ATTĒLS.	VIDĒJAIS GULTAS DIENU SKAITS UZ VIENU DZEMDĒTĀJU	7
3. ATTĒLS.	HETEROSEKSUĀLOS DZIMUMSAKAROS AR HIV INFCĒJUŠOS PERSONU ĪPATSVARŠ NO VISIEM INFCĒTAJIEM, PROCENTOS	8
4. ATTĒLS.	GRŪTNIEČU APRŪPES RĀDĪTĀJI LATVIJĀ, PROCENTOS	9
5. ATTĒLS.	ANTENATĀLI NEAPRŪPĒTO DZEMDĒTĀJU ĪPATSVARŠ, PROCENTOS	9
6. ATTĒLS.	GRŪTNIECĪBAS PĀRTRAUKŠANĀS DRAUDI, ĪPATSVARŠ PROCENTOS NO DZEMDĒJUŠO SKAITA	10
7. ATTĒLS.	DAUDZAUGĻU DZEMDĪBAS LATVIJĀ, PROCENTOS	11
8. ATTĒLS.	PRIEKŠLAICĪGU DZEMDĪBU ĪPATSVARŠ NO VISĀM DZEMDĪBĀM, PROCENTOS	12
9. ATTĒLS.	ĶEIZARGRIEZIENU SKAITS LATVIJĀ UN ES VALSTĪS, UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM	12
10. ATTĒLS.	ĶEIZARGRIEZIENU ĪPATSVARŠ NO VISĀM DZEMDĪBĀM, PROCENTOS	13
11. ATTĒLS.	PRAKTISKI VESELO (1.VESEELĪBAS GRUPA) JAUNDZIMUŠO UN VIENGADĪGO BĒRNU ĪPATSVARŠ, PROCENTOS	14
12. ATTĒLS.	JAUNDZIMUŠO SADALĪJUMS VESELĪBAS GRUPĀS, PROCENTOS	14
13. ATTĒLS.	DZĪVI DZIMUŠO BĒRNU AR SVARU LĪDZ 2500 G UN NEIZNĒSĀTU BĒRNU ĪPATSVARŠ NO DZĪVI DZIMUŠIEM, PROCENTOS	15
14. ATTĒLS.	SLIMĪBU BIEŽUMS UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM BĒRNIEM 2008. GADĀ	15
15. ATTĒLS.	AR HIV INFCĒTO JAUNDZIMUŠO SKAITS, KAS DZIMUŠI HIV INFCĒTĀM MĀTĒM UN INFCĒJUŠIES VERTIKĀLĀS TRANSMISIJAS CEĻĀ	16
16. ATTĒLS.	SASLIMSTĪBA AR IEDZIMTU SIFILISU, ABSOLŪTOS SKAITĻOS	17
17. ATTĒLS.	BĒRNU LĪDZ 1 GADA VECUMAM IMUNIZĀCIJAS LĪMENIS, PROCENTOS	17
18. ATTĒLS.	JAUNDZIMUŠO ĒDINĀŠANA AR MĀTES PIENU DZEMDĪBU IESTĀDĒ, PROCENTOS	18
19. ATTĒLS.	PERINATĀLĀ MIRSTĪBA UN NEDZĪVI DZIMUŠO BĒRNU SKAITS, UZ 1000 DZĪVI UN NEDZĪVI DZIMUŠIEM	19
20. ATTĒLS.	ZĪDAIŅU MIRSTĪBA, UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM	20
21. ATTĒLS.	ZĪDAIŅU MIRSTĪBA LATVIJĀ UN ES, UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM	21
22. ATTĒLS.	NEONATĀLĀ UN POSTNEONATĀLĀ MIRSTĪBA, UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM	21
23. ATTĒLS.	ZĪDAIŅU MIRSTĪBAS GALVENIE CĒLOŅI, UZ 1000 DZĪVI DZIMUŠIEM	22
24. ATTĒLS.	MĀTES MIRSTĪBA LATVIJĀ UN ES, UZ 100 000 DZĪVI DZIMUŠIEM	22
25. ATTĒLS.	MĀTES MIRSTĪBA, ABSOLŪTOS SKAITĻOS	23
26. ATTĒLS.	PIECU GADU VIDĒJĀ MĀTES MIRSTĪBA, UZ 100 000 DZĪVI DZIMUŠIEM	23
27. ATTĒLS.	MĀTES MIRSTĪBAS CĒLOŅI, ABSOLŪTOS SKAITĻOS	24



IEVADS

Mātes un bērna veselība un tās aprūpe ir viena no būtiskākajām sabiedrības veselības jomām. Vesels bērns ir veselās sabiedrības priekšnoteikums. Mātes un bērna veselības veicināšana sekmē ne tikai reproduktīvo un bērnu veselību, bet līdz ar to uzlabo arī visu sabiedrības veselību kopumā.

Bērnu un grūtnieču veselības aprūpe ir valsts prioritāte. Lai uzlabotu mātes un bērna veselības aprūpi, Veselības ministrija 2008.gadā izveidoja Mātes un bērna veselības konsultatīvo padomi, kuras mērķis ir sekmēt veselības politikas izstrādi, sniedzot ieteikumus mātes un bērna veselības politikas attīstībai un atzinumus Veselības ministrijas noteiktajām prioritātēm šajā jautājumā. Mērķa sasniegšanai padome izstrādāja pasākumu plānu perinatālās aprūpes uzlabošanai valstī. Aktivitāšu plānošanai un lēmumu pieņemšanai nepieciešams šī brīža situācijas izvērtējums, kā arī tās monitorings dinamikā, lai izvērtētu dažādu faktoru un lēmumu ietekmi uz situāciju.

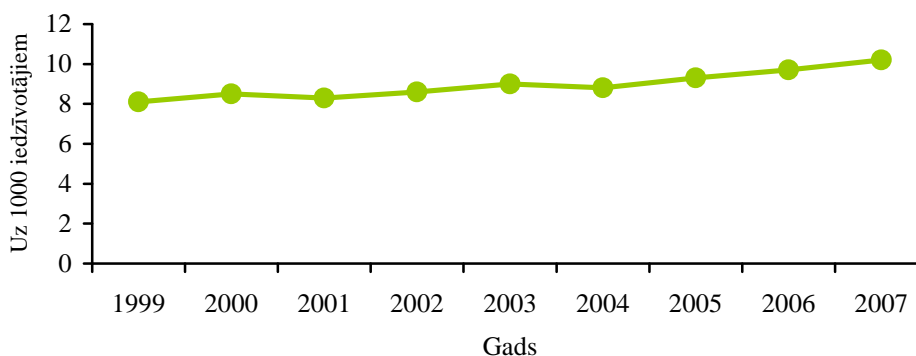
Šis ziņojums sagatavots minētā plāna ietvaros. Ziņojumā analizēti dažādi rādītāji, kas raksturo mātes un bērna veselību perinatālajā periodā, kā arī bērna veselību pirmajā dzīves gadā. Šie rādītāji raksturo arī perinatālās aprūpes kvalitāti. Ziņojumā sniegti galvenie secinājumi un priekšlikumi rīcībai situācijas uzlabošanai.



SITUĀCIJAS IZKLĀSTS

Valsts labklājību, sabiedrības attīstību un veselību kopumā raksturo dzimstības rādītāji. 2007. gadā Latvijā dzimstība sasniedza augstāko līmeni pēdējo 10 gadu laikā – vairāk kā 23 tūkstoši jaundzimušo gadā jeb 10,2 dzimušie, rēķinot uz 1000 iedzīvotājiem (skat. 1. attēlu).

*1.attēls. Dzimstība, uz 1000 iedzīvotājiem
(CSP dati)*



Dzimstības rādītājs Latvijā 2007.gadā pietuvojās ES vidējam dzimstības rādītājam, taču tas joprojām ir viens no zemākajiem ES. Dzimstības pieaugumu, iespējams, ir veicinājušas izmaiņas normatīvajos aktos, kas paredz lielāku materiālu atbalstu vecākiem. Tomēr, neraugoties uz dzimstības pozitīvajām tendencēm, dabiskais pieaugums Latvijā aizvien saglabājas negatīvs, arī zīdaiņu mirstības rādītāji ir augstāki nekā vidēji ES.

Situācija zīdaiņu veselības aprūpē pēdējos gados ir uzlabojusies. Samazinājusies saslimstība bērniem līdz 1 gada vecumam, samazinājusies iznēsātu jaundzimušo saslimstība. Neiznēsātu jaundzimušo saslimstības rādītāji palikuši iepriekšējā līmenī. 2008.gadā perinatālās mirstības rādītājs sasniedzis viszemāko līmeni pēdējo desmit gadu laikā, 2007.gadā tas jau bija pietuvojies ES vidējiem rādītājiem.

Perinatālās aprūpes sistēma Latvijā

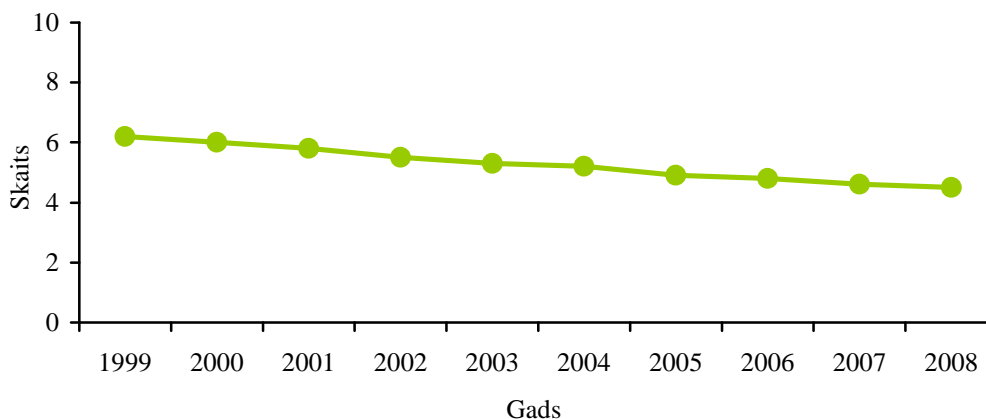
Latvijā perinatālā aprūpe (PNA) tiek organizēta 3 līmeņos:

- I līmeņa perinatālā aprūpe pieejama stacionārās ārstniecības iestādēs visā Latvijas teritorijā, kur tiek veikta grūtnieču aprūpe un pieņemtas zema riska dzemdības, ārsta palīdzība un izmeklējumi nodrošināti visu diennakti, nepieciešamības gadījumā tiek veikta augsta riska pacientu transportēšana uz II vai III līmeņa perinatālās aprūpes iestādēm;
- II līmeņa perinatālās aprūpes centri (PAC) ir Liepājā, Valmierā un Jēkabpilī, arī Rīgas Dzemdību namā; šajos centros nodrošināta priekšlaicīgi dzimušo aprūpe; tajos ir jaundzimušo reanimācijas nodaļa;

- ☑ III līmeņa PAC ir P.Stradiņa KUS Neonatālais centrs, iestādē ir mātes un bērna pilna apjoma palīdzības nodrošinājums; centrs analizē visas valsts PAC datus.

Ik gadu samazinās dzemdētājas un jaundzimušā stacionārā pavadītais laiks – 2008.gadā vidējais gultas dienu skaits uz vienu dzemdētāju sasniedza 4,5 dienas (2.attēls). Šāda tendence samazina intrahospitālo infekciju risku jaundzimušajam, kā arī liecina par PNA kvalitātes uzlabošanos.

2. attēls. Vidējais gultas dienu skaits uz vienu dzemdētāju
(VSMTVA dati)



Mātes veselība un antenatālā aprūpe

Bērna veselība un attīstība līdz piedzimšanai un pirmajā dzīves gadā galvenokārt ir atkarīga no mātes veselības, vecāku zināšanām par savu un gaidāmā bērna veselību un rūpēm par bērnu.

Pēc CSP datiem Latvijā vidējais mātes vecums, piedzimstot pirmajam bērnam, ir 25 gadi. Pēdējo gadu laikā tam ir tendence pieaugt. Pieaug arī vidējais mātes vecums, bērnam (neatkarīgi no tā, kurš bērns pēc skaita tas ir) piedzimstot – tas ir 28 gadi. Pieaudzis jaundzimušo skaits sievietēm vecuma grupās pēc 25 gadiem.

Bērna veselību būtiski ietekmē mātes veselība un dzīvesveida paradumi grūtniecības periodā. Ļoti negatīvu ietekmi gan uz grūtnieces veselību, gan augļa attīstību atstāj smēķēšana, alkohola, narkotiku un citu atkarību izraisošo vielu lietošana. Psihoaktīvo vielu lietošana nereti ir saistīta ar nelabvēlīgiem sociāli ekonomiskiem apstākļiem, antisociālu uzvedību, nepietiekamu veselības aprūpi. Šie kaitīgie paradumi nereti ir par iemeslu spontānam abortam, orgānu sistēmu attīstības traucējumiem, priekšlaicīgām dzemdībām, neiznēsātu bērnu dzimšanai, nedzīvi dzimušiem bērniem un bērnu mirstībai pirmajā dzīves nedēļā^{1,2,3}.

Pēc Jaundzimušo reģistra datiem aptuveni 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, lietojušas alkoholu – 0,5%, narkotikas – 0,1%.



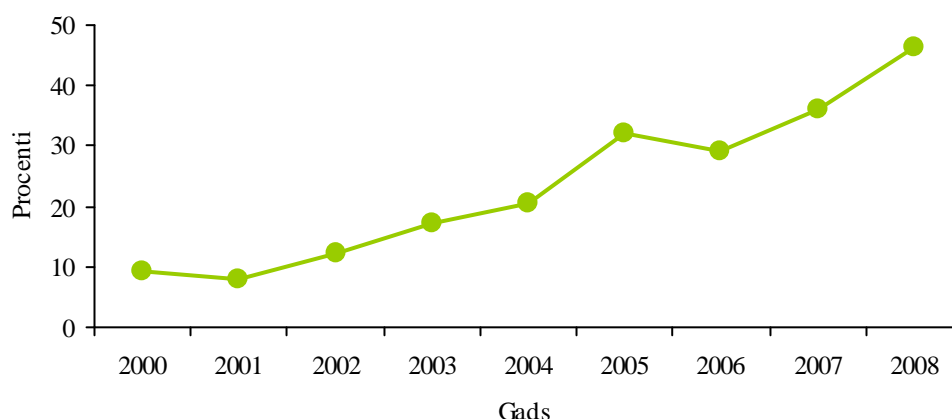
Mātes un bērna veselību ietekmē arī mātes saslimstība ar infekcijas slimībām, piemēram, HIV, STI (sifiliss, hlamidioze, gonoreja, anogēnālā *Herpes simplex* vīrusa infekcija), ARI, toksoplazmoze, masaliņas u.c.

Infekcijas slimības ir priekšlaicīgu dzemdību galvenais etioloģiskais faktors (~40% gadījumu)⁴.

HIV infekcijas izplatība Latvijā ir stabilizējusies, kas lielā mērā skaidrojams ar profilaktisko darbu riska grupās un citiem profilakses pasākumiem. Tomēr parādās jaunas tendences – pieaug heteroseksuālos dzimumsakaros ar HIV inficējušos personu skaits (3.attēls). No kopējā jauno HIV infekcijas gadījumu skaita sievietēm vislielākais jauno gadījumu īpatsvars ir 20-29 gadu vecuma grupā. Tas potenciāli var palielināt grūtnieču skaitu, kurām ir HIV infekcija, un jaundzimušo skaitu, kuri HIV infekciju ieguvuši no mātes grūtniecības laikā vai dzemdībās.

3. attēls. Heteroseksuālos dzimumsakaros ar HIV inficējušos personu īpatsvars no visiem inficētajiem, procentos

(SVA dati)



HIV inficētām sievietēm grūtniecības laikā tiek nozīmēta profilaktiskā HIV pretvīrusu terapija (antiretrovirālā terapija), kas samazina risku bērnam iegūt infekciju no mātes. Pēc Jaundzimušo reģistra datiem HIV inficēto dzemdētāju skaits pieaudzis no 57 gadījumiem 2007.gadā uz 69 – 2008.gadā.

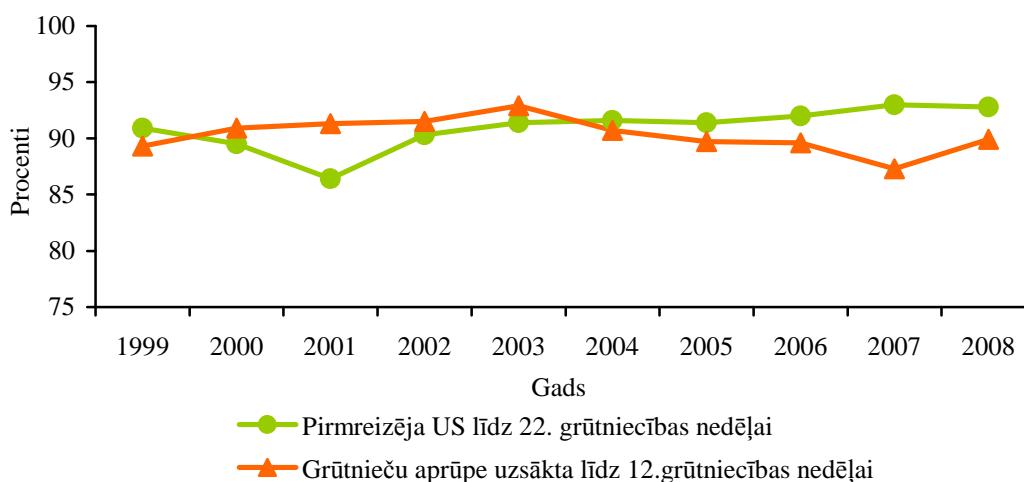
Sifiliss pirms grūtniecības vai arī grūtniecības laikā pēdējo desmit gadu laikā ik gadu ir bijis aptuveni 0,7-0,9% (150-200 gadījumi gadā) sieviešu no dzemdējušo skaita. Gandrīz katru gadu tiek konstatēti arī iedzimta sifilisa gadījumi (skat. „Jaundzimušo veselības rādītāji”).

Bērna veselību ietekmē arī perinatālās veselības aprūpes pieejamība un kvalitāte. Viens no svarīgākajiem priekšnosacījumiem veiksmīgai grūtniecības norisei ir savlaicīga tās uzraudzība, grūtniecei stājoties uzskaitē. Agrīna stāšanās uzskaitē samazina risku piedzimt bērnam ar veselības problēmām, jo savlaicīgi tiek atklāti un novērsti iespējamie riska faktori gan bērna, gan mātes veselībai.

Grūtnieču aprūpes rādītājiem pēdējo desmit gadu laikā ir mainīga tendence (4.attēls).



4.attēls. Grūtnieču aprūpes rādītāji Latvijā, procentos
(VSMTVA dati)

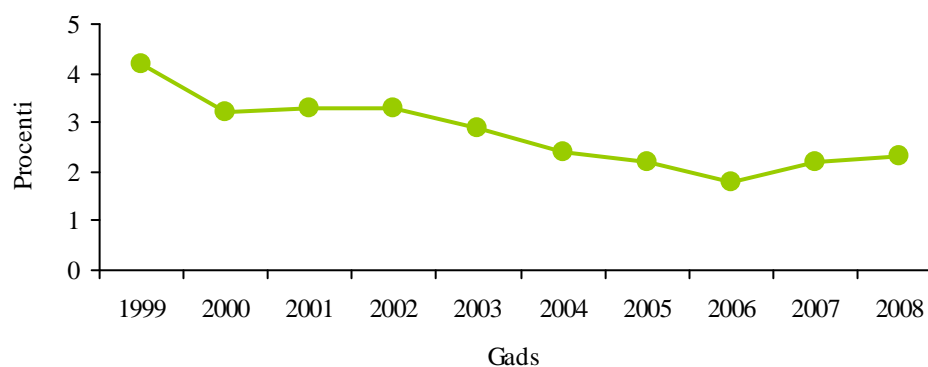


Negatīvi vērtējams fakts, ka kopš 2004.gada samazinājās to sieviešu īpatsvars, kuras stājušās grūtniecības uzskaitē līdz 12. grūtniecības nedēļai. Līdz 2004.gadam savlaicīga grūtniecības uzskaitē tika materiāli stimulēta ar lielāku (divkārtu) bērna piedzimšanas pabalstu, ko mainīja grozījumi MK noteikumos⁵ – pabalsts visos gadījumos ir vienāds, bet sievietei, kurai sakarā ar grūtniecību medicīniskā aprūpe uzsākta ārstniecības iestādē līdz 12. grūtniecības nedēļai un turpināta visu grūtniecības laiku, ir tiesības saņemt maternitātes pabalstu par 14 dienu ilgu papildatvaļinājumu. 2008.gadā vērojams šī rādītāja neliels pieaugums.

Grūtnieču īpatsvars, kurām pirmreizējā ultrasonogrāfiskā izmeklēšana veikta līdz 22.grūtniecības nedēļai, kopš 2002.gada palielinās, 2008.gadā sasniedzot 93% (4.attēls).

Līdz ar grūtnieču aprūpes uzlabošanu bija vērojama antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvara samazināšanās (5.attēls). Tas mazina arī nelabvēlīga grūtniecības iznākuma risku, savlaicīgi tiek konstatēti grūtniecības sarežģījumi un ekstraģenitālo patoloģiju iespējamība. Tomēr negatīvi vērtējams antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvara pieaugums pēdējos divos gados.

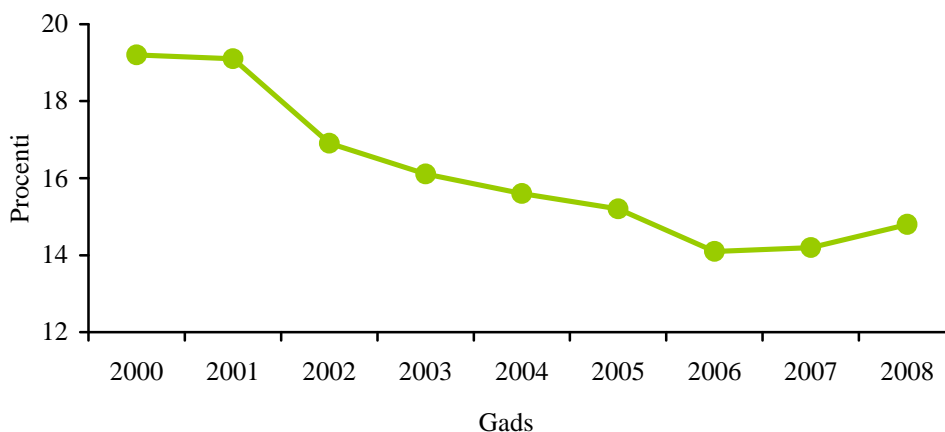
5.attēls. Antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars, procentos
(VSMTVA dati)



Pēc ginekologu, dzemdību speciālistu un neonatologu viedokļa antenatālajā aprūpē valsts apmaksātu grūtnieču aprūpes pakalpojumu pieejamība ne vienmēr ir pietiekami nodrošināta, līdz ar to var rasties risks, ka izmeklējumi netiks veikti savlaicīgi, kā rezultātā augļa patoloģija var tikt konstatēta novēloti, tādējādi var rasties sarežģījumi, kas var būt iemesls mātes, vēl nedzimušā bērna vai jaundzimušā nāvei.

Grūtniecības pārtraukšanās draudi 2008.gadā bijuši 14,8% dzemdējušo sieviešu. Kopš 2001.gada to dzemdējušo sieviešu īpatsvars, kurām ir bijuši grūtniecības pārtraukšanās draudi, ir būtiski (par 23%) samazinājies (6.attēls). Šī tendence, iespējams, ir skaidrojama ar grūtnieču zināšanu uzlabošanos par grūtniecības norisi, kā arī ar antenatālās aprūpes kvalitātes uzlabošanos. Tomēr pēdējos gados atkal vērojams šī rādītāja neliels pieaugums.

6. attēls. Grūtniecības pārtraukšanās draudi, īpatsvars procentos no dzemdējušo skaita
(VSMTVA dati)



Latvijā aizvien ir ļoti augsts legālo abortu skaits (uz 1000 dzīvi dzimušiem); salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, tas ir pat divas reizes augstāks (2005.gads). Kā aborta sekas var būt dažādas dzimumorgānu infekcijas, hroniskas saslimšanas, kas var veicināt gan ārpusdzemdes grūtniecību, gan sarežģījumus grūtniecības un dzemdību laikā vai pat sievietes neauglību, kā arī psiholoģiskas problēmas.

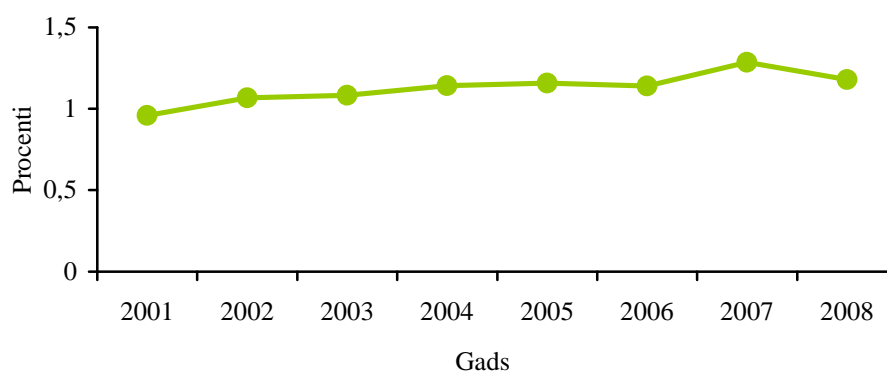


Dzemdības un ķeizargriezieni

Jaundzimušā veselību var būtiski ietekmēt sarežģījumi dzemdībās, tādēļ svarīga to savlaicīga un pareiza novērsšana. Risks sarežģītām dzemdībām pieaug līdz ar dzemdētājas vecuma palielināšanos (pieaugot arī veselības problēmu biežumam), kā arī pie daudzauģļu grūtniecības, ekstraģenitālām infekcijām un citiem riska faktoriem.

Pēdējos piecos gados nedaudz pieaudzis daudzauģļu dzemdību īpatsvars, sasniedzot 2008.gadā 1,17 daudzauģļu dzemdības uz 100 dzemdībām (7.attēls).

7. attēls. Daudzauģļu dzemdības Latvijā, procentos
(VSMTVA dati)



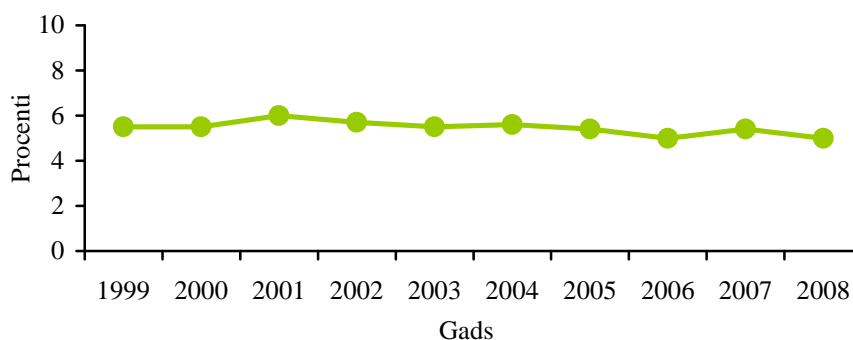
Pēdējos gados pieaudzis arī plānoto ārpusstacionāra dzemdību skaits (pieņemtas mājās). Šādu dzemdību īpatsvars no visu dzemdību skaita ir neliels – zem 0,5% gadā (2008.gadā - 111 dzemdības).

Viena no galvenajām problēmām dzemdniecībā ir **priekšlaicīgas dzemdības**. Pasaulē aptuveni 10% no dzemdībām notiek priekšlaicīgi, bet jaundzimušo saslimstības un mirstības struktūrā 70% gadījumu ir ar augļa neiznēsāšanu saistītas problēmas. Neskatoties uz zinātniskiem pētījumiem un atklājumiem, priekšlaicīgu dzemdību skaitu pēdējās desmitgadēs nav izdevies samazināt⁴.

Priekšlaicīgu dzemdību etioloģija visbiežāk ir multifaktoriāla. Līdz 40% priekšlaicīgu dzemdību galvenais etioloģiskais faktors ir infekcijas, tomēr lielākajā daļā gadījumu pacientēm nav nekādu klīnisko pazīmju, kas norādītu uz intrauterīnu infekciju, un tāpēc precīzs priekšlaicīgu dzemdību cēlonis paliek nezināms⁴.

Latvijā priekšlaicīgu dzemdību īpatsvars dinamikā būtiski nemainās, kopš 2001.gada tas samazinājies par 1 procentpunktu, 2008. gadā šis rādītājs ir 5% no visām dzemdībām (8.attēls). Augstāks priekšlaicīgu dzemdību īpatsvars reģistrēts Latvijas rajonos – Jēkabpils un Valmieras rajonā (virs 10%), kā arī Rīgā un Liepājā (virs 6%), kas, iespējams, izskaidrojams ar to, ka šajās pilsētās atrodas II un III līmeņa PAC, kur tiek sniegta palīdzība grūtniecēm ar priekšlaicīgu dzemdību risku.

8. attēls. Priekšlaicīgu dzemdību īpatsvars no visām dzemdībām, procentos
(VSMTVA dati)

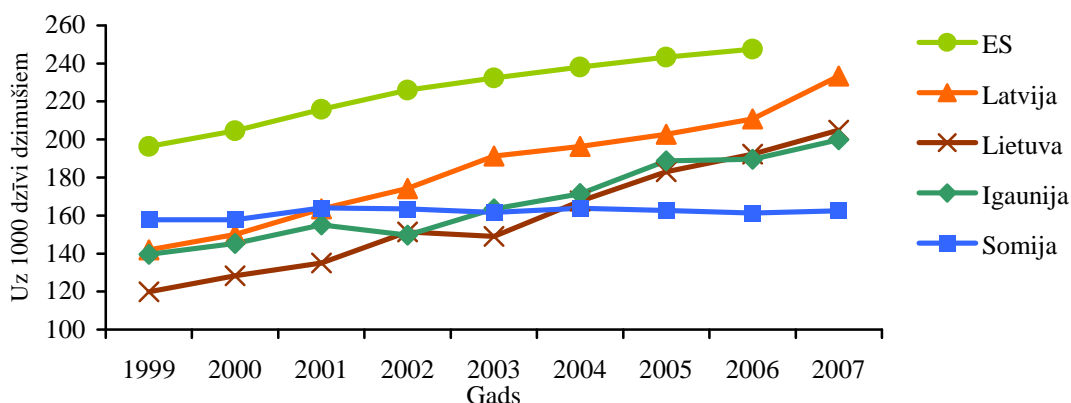


Viens no veidiem, kā samazināt iespējamo veselības risku gan mātei, gan bērnam dzemdību sarežģījumu gadījumā, ir **ķeizargriezienu operācija**.

Latvijā, līdzīgi kā citās ES valstīs, ķeizargriezienu skaits (uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem) pēdējo desmit gadu laikā ir ar pieaugošu tendenci. ES dalībvalstu vidējais rādītājs ir aptuveni par 26% augstāks nekā Latvijā. Jāatzīmē, ka Latvijā tas ir visaugstākais Baltijas valstīs (9. attēls).

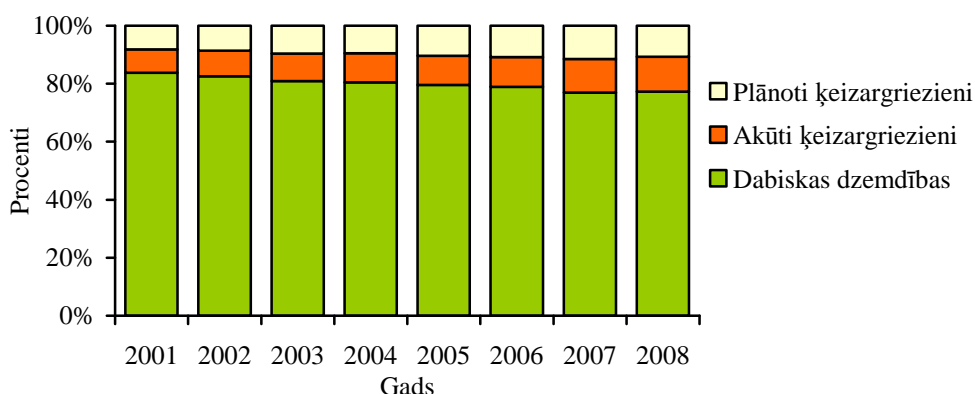
9.attēls. Ķeizargriezienu skaits Latvijā un citās ES valstīs, uz 1000 dzīvi dzimušiem

(PVO, European health for all dati)



Pēdējos 5 gados **plānoto ķeizargriezienu** īpatsvars pieaudzis līdz pat 10% no visām dzemdībām (10.attēls), 2008.gadā Aizkraukles rajonā 24,4%, Ventspilī – 15,7%.

10. attēls. **Ķeizargriezienu īpatsvars no visām dzemdībām, procentos** (VSMTVA dati)



Galvenie ķeizargriezienu īpatsvara pieauguma iemesli ir hroniskās saslimšanas grūtniecēm, t.sk. ekstraģenitālas saslimšanas, vēla pirmā grūtniecība, daudzauģļu grūtniecība, kā arī tas, ka līdz 90-to gadu vidum daļa no ekstraģenitālām saslimšanām netika uzskatītas par pietiekamu indikāciju ķeizargriezienu veikšanai. Tāpat nereti citu specialitāšu ārsti apstiprina šīs operācijas nepieciešamību gadījumos, kad ginekoloģijas speciālisti to neuzskata par medicīnisku indikāciju. Reizēm ķeizargriezienu izdarīšanu var skaidrot arī ar ārstu – dzemdību speciālistu nepareizi izvēlētu dzemdību vadīšanu.

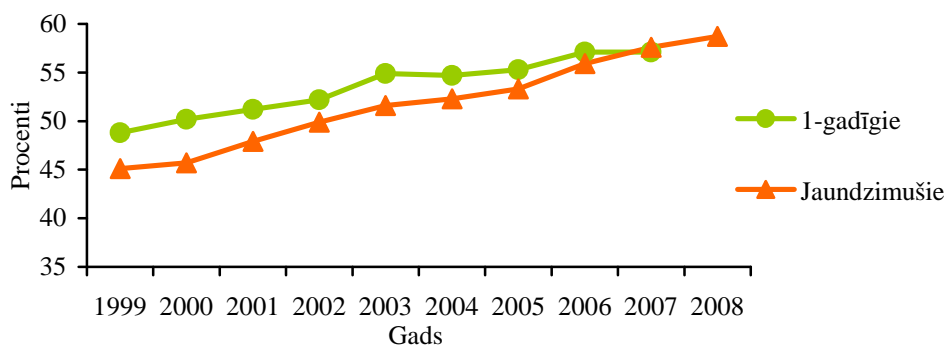
Esošā informācija liecina, ka rūpīgāk jāizvērtē šīs operācijas indikāciju objektivitāte, jo pēdējos gados ķeizargriezienu skaits ievērojami pieaudzis ne tikai nozīmīgu indikāciju dēļ. Par to liecina arī ķeizargriezienu rādītāji dažādos PAC.

Jaundzimušo veselības rādītāji

Pilnīgi veselo jaundzimušo īpatsvars (kuriem piedzimstot nav konstatēti patoloģiski stāvokļi) pēc Jaundzimušo reģistra datiem 2008.gadā bija 74,5% (2007.gadā – 72%).

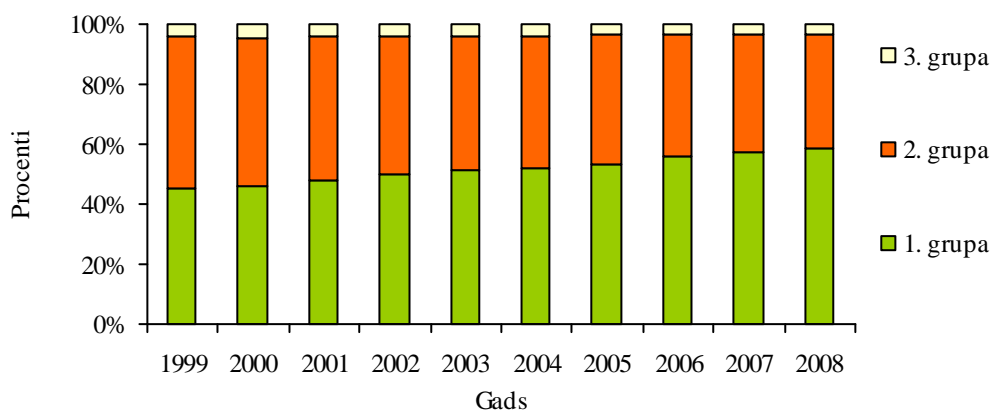
Sadalījumā pa veselības grupām **praktiski veselo jaundzimušo** īpatsvars 2008.gadā sasniedza 59%. Pēdējo desmit gadu laikā jaundzimušo īpatsvars 1.veselības grupā (praktiski veseli) ir pieaudzis par 13,6 procentpunktiem (11.attēls). Tas varētu liecināt par antenatālās un perinatālās aprūpes kvalitātes uzlabošanu.

11. attēls. Praktiski veselo (1. veselības grupa) jaundzimušo un viengadīgo bērnu īpatsvars, procentos
(VSMTVA dati)



Pieaugot praktiski veselo (1. veselības grupa) jaundzimušo īpatsvaram, attiecīgi samazinās jaundzimušo īpatsvars pārējās veselības grupās. Hroniski slimo (3. veselības grupa) jaundzimušo īpatsvars ir samazinājies par 1 procentpunktu (12. attēls).

12.attēls. Jaundzimušo sadalījums veselības grupās, procentos
(VSMTVA dati)



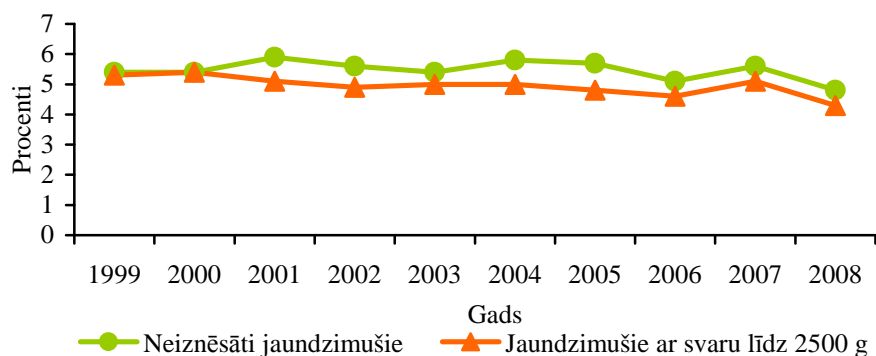
Viens no jaundzimušā veselības stāvokli raksturojošiem rādītājiem ir piedzimšanas svars (iznēsātam jaundzimušajam tas nav mazāks par 2500 g).

Katru gadu aptuveni 5% bērnu (no dzīvi dzimušiem) piedzimst ar **svaru līdz 2500 g** (13. attēls).

Pierādīts, ka bērni, kas dzimuši ar svaru līdz 2500 g, ir pakļauti lielākam riskam nomirt neonatālajā un postneonatālajā periodā⁶.

ES vidēji 6-7% bērnu dzimšanas svars ir līdz 2500 gramiem. Dažās ES valstīs šis īpatsvars ir augstāks par vidējo (piemēram, Austrijā, Nīderlandē, Beļģijā), citās – zemāks (piemēram, Igaunijā, Lietuvā, Somijā, Zviedrijā). Tomēr tas nav vērtējams viennozīmīgi: neliels neiznēsātu jaundzimušo īpatsvars var liecināt par to, ka ir novērsti cēloņi, kas bijuši par iemeslu pazeminātam bērna svaram piedzimstot, bet augsts rādītājs var nozīmēt, ka ir augstas kvalitātes perinatālās veselības aprūpes pieejamība ar lielāku iespēju piedzimt dzīvam un izdzīvot arī neiznēsātam bērnam.

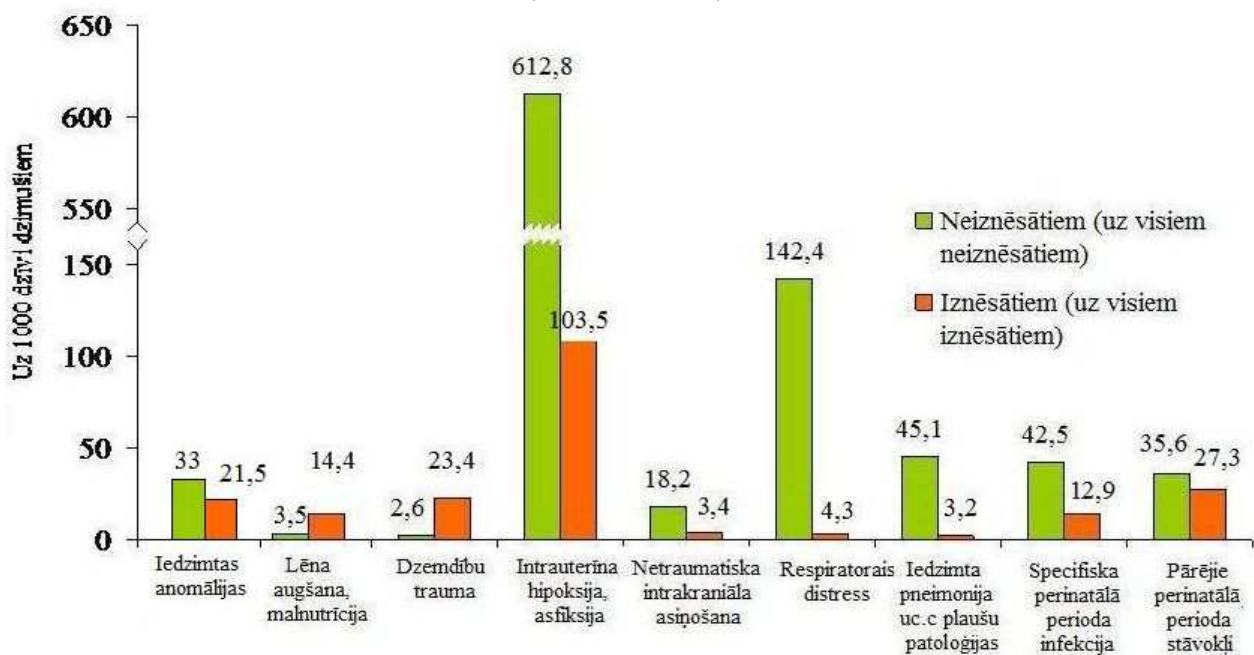
13.attēls. Dzīvi dzimušo bērnu ar svaru līdz 2500 g un neiznēsātu bērnu īpatsvars no dzīvi dzimušiem, procentos
(VSMTVA dati)



No dzīvi dzimušiem bērniem ar svaru līdz 2500 g pirmajās sešās dienās nomirst aptuveni 5%, kas ir aptuveni puse (50-60%) no visiem pirmajās sešās dzīves dienās mirušajiem jaundzimušajiem; līdz gada vecumam izdzīvojušo īpatsvars ir 93% (2008.gadā).

Neiznēsātiem jaundzimušajiem slimības (noteikti perinatālā perioda stāvokļi – intrauterīna hipoksija vai asfiksija, respirators distress, lēna augšana, malnutricija, dzemdību trauma u.c.; iedzimtas anomālijas) sastopamas aptuveni četras reizes biežāk nekā iznēsātiem bērniem. Jaundzimušo saslimstība neiznēsātiem bērniem 3 reizes pārsniedz iznēsātu bērnu saslimstības rādītājus, tādēļ neiznēsātiem bērniem nepieciešama īpaša aprūpe (perinatālās aprūpes centri) jau tūlīt pēc dzimšanas.

14.attēls. Slimību biežums uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem 2008.gadā
(VSMTVA dati)



Dzemdību nodaļās neiznēsātiem jaundzimušajiem pat līdz 33 reizēm biežāk kā iznēsātajiem tiek konstatēts respiratorais distress, līdz 7 reizēm biežāk – intrauterīna hipoksija, līdz 5 reizēm biežāk – netraumatiska intrakraniāla asiņošana (14.attēls). Tāpat citi noteikti perinatālā perioda stāvokļi neiznēsātiem jaundzimušajiem tiek konstatēti biežāk kā iznēsātiem.

Neiznēsātie bērni līdz skolas vecumam parasti slimo biežāk arī ar akūtām infekcijas slimībām, tāpēc viņiem īpaši svarīga ir ēdināšana ar mātes pienu, kas veicina imunitātes stiprināšanu⁷.

Daļu **infekcijas slimību**, piemēram, HIV infekcija, sifiliss, jaundzimušais var iegūt no mātes grūtniecības vai dzemdību laikā. No HIV inficētas mātes bērns var inficēties arī zīdīšanas laikā.

Neraugoties uz to, ka grūtnieces tiek izmeklētas uz HIV infekciju un tiek nodrošināti nepieciešamie pasākumi HIV vertikālās transmisijas profilaksei, tajā skaitā profilaktiskā antiretrovirālā terapija, 2007. un 2008.gadā pieaudzis HIV infekcijas vertikālās transmisijas (bērns inficējies no HIV inficētas mātes grūtniecības vai dzemdību laikā) gadījumu skaits, sasniedzot 8 gadījumus (15.attēls).

Pēdējo desmit gadu laikā ir reģistrēti 33 HIV vertikālās transmisijas gadījumi.

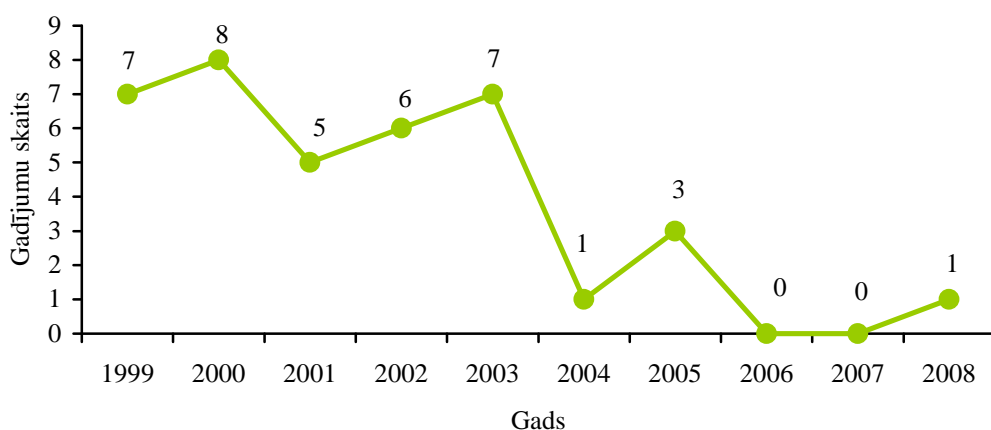
15. attēls. Ar HIV inficēto jaundzimušo skaits, kas dzimuši HIV inficētām mātēm un inficējušies vertikālās transmisijas ceļā (SVA dati)



90-to gadu vidū tika reģistrēts liels iedzimtā sifilisa gadījumu skaits (1996.gadā – 25 gadījumi, 1997.gadā – 22, pirms 90-tā gada – tikai atsevišķi gadījumi), laika posmā līdz 1999.gadam bija vērojama iedzimtā sifilisa gadījumu skaita izteikta samazināšanās. Taču joprojām ik gadu ar mainīgu tendenci tiek reģistrēti iedzimtā sifilisa gadījumi (16. attēls). Saslimstībai ar sifilisu vērojams periodiskums, kas nākotnē var palielināt arī iedzimtā sifilisa gadījumu skaitu.

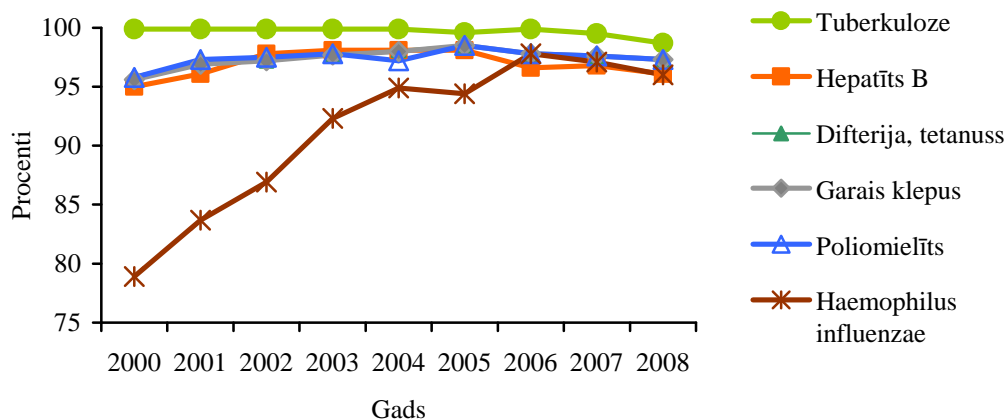


16. attēls. Saslimstība ar iedzimtu sifilisu, absolūtos skaitļos
(SVA dati)



Svarīgs bērnu veselības rādītājs ir imunizācijas līmenis. PVO ieteiktais imunizācijas līmenis ir vismaz 95% vakcinētu bērnu. Līdz ar to arī Latvijas Imunizācijas valsts programmas mērķis ir nodrošināt šādu imunizācijas līmeni pret vakcinācijas kalendārā noteiktajām infekcijas slimībām.

17. attēls. Bērnu līdz 1 gada vecumam imunizācijas līmenis, procentos
(VSMTVA dati)



17.attēlā redzams, ka PVO ieteiktais imunizācijas līmenis (95%) ir sasniegts – 2006.gadā vakcinācija izdarīta vismaz 98%, 2008. gadā – 96% bērnu līdz 1 gada vecumam.

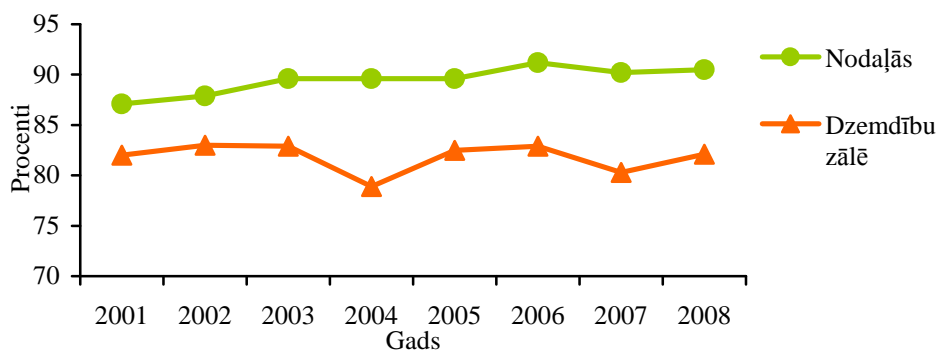
Zīdīšana

Zīdīšana ir svarīga zīdaiņa fiziskajai un garīgajai attīstībai, tā labvēlīgi ietekmē arī mātes veselību. Mātes piens bērnam agrīnā vecumā nepieciešams imunitātes stiprināšanai, kas palīdz aizsargāties no dažādām saslimšanām^{8,9}.

Mātes piena trūkums pirmajos 6 dzīves mēnešos ļoti ietekmē bērna veselību un ir viens no galvenajiem zīdaiņu saslimstību sekmējošiem faktoriem, jo tieši mātes piens nodrošina zīdaiņi ar nepieciešamajām uzturvielām un dabisko imūnaizsardzību līdz 6 mēnešu vecumam¹⁰.

Grūtnieču izglītošanai jau pirms bērna piedzimšanas ir nozīme turpmākā bērna ēdināšanas veida izvēlē^{11,12}. Pozitīvi vērtējama jaundzimušo zīdīšana jau dzemdību zālē (18. attēls).

18.attēls. Jaundzimušo ēdināšana ar mātes pienu dzemdību iestādē, procentos
(VSMTVA dati)



Līdz 3 mēnešu vecumam 2008.gadā ar mātes pienu ēdināti aptuveni 73% bērnu; līdz 6 mēnešu vecumam mātes pienu saņēmuši 49% bērnu. Šiem rādītājiem dinamiskā vērojama pozitīva tendence.

Citās valstīs ar mātes pienu līdz 3 mēnešu vecumam ēdināto zīdaiņu īpatsvars ir līdzīgs, piemēram, Igaunijā – 70%, bet ir arī valstis, kur šis īpatsvars ir augstāks, piemēram, Zviedrijā – 85%, Ungārijā – 95%.

2008.gadā pieaudzis arī ekskluzīvi zīdīto zīdaiņu īpatsvars – līdz 3 mēnešu vecumam tiek zīdīti 30% bērnu, kas ir gandrīz divas reizes vairāk nekā 2001.gadā (16%).

Nozīmīgu ieguldījumu zīdīšanas veicināšanā un veselības uzlabošanā dzīves sākumposmā ir devusi „Mazulim draudzīgu slimnīcu” iniciatīva^{13,14}, kuras mērķis gan Latvijā, gan pasaulē ir veicināt ekskluzīvo zīdīšanu līdz sešiem mēnešiem un rekomendēt zīdīšanu vismaz līdz gada vai pat divu gadu vecumam.

Visur, kur dzemdību iestādes ir sākušas īstenot šo iniciatīvu, vairāk bērnu tiek ēdināti ar mātes pienu, un bērnu veselība ir uzlabojusies¹⁵.

Zīdīšanas pieauguma pozitīvo tendenci veicina sabiedrības izglītošana par mātes piena nozīmi bērna veselībā un attīstībā, kas ļoti ietekmē sieviešu attieksmi.

Ekskluzīvās zīdīšanas pieaugumu veicinošie apstākļi analizēti Latvijas sieviešu aptaujā par zīdīšanas pieredzi¹⁶.

2006.gada aptaujā noskaidrots, ka lielākā daļa medicīnas darbinieku atbalsta mazuļa ēdināšanu „pēc pieprasījuma”. Tomēr katrs septītais medicīnas darbinieks iesaka mazuli ēdināt pēc noteikta laika intervāla.

Pasaulē regulāri tiek apkopoti dati par apstākļiem, kas veicina vai kavē veiksmīgu zīdīšanu. Šo pētījumu mērķis ir apzināt visus faktorus, kuri ietekmē zīdīšanu. Pētījumi pierādījuši, ka „izvēle zīdīt” ir regulējams process, ko lielā mērā ietekmē mediķu ieteikumi, kā arī atbalsts no ģimenes locekļiem, sieviešu pārliecība par zīdīšanas nepieciešamību un vēlme zīdīt mazuli¹⁷.



Biežāk ekskluzīvi zīdījušas (līdz sešiem mēnešiem) sievietes, kuras ir saņēmušas atbalstu no vīra, no pediatra, un tās sievietes, kuras ir saņēmušas informāciju par ekskluzīvas zīdīšanas priekšrocībām no dažādiem avotiem – no mediķiem, topošo vecāku nodarbībās, no draudzenēm un citiem. Taču mazāks mazuli ekskluzīvi zīdījušo sieviešu īpatsvars ir to sieviešu grupā, kuras no pediatra ir saņēmušas mākslīgo maisījumu reklāmas materiālus vai bezmaksas paraugus²³.

Perinatālā un zīdaiņu mirstība

Zīdaiņu mirstības rādītājs ir viens no rādītājiem, kas raksturo gan mātes un bērna vispārējo veselības stāvokli, gan arī veselības aprūpi pirms un pēc dzemdībām, kā arī netieši raksturo sociāli ekonomiskos apstākļus valstī kopumā.

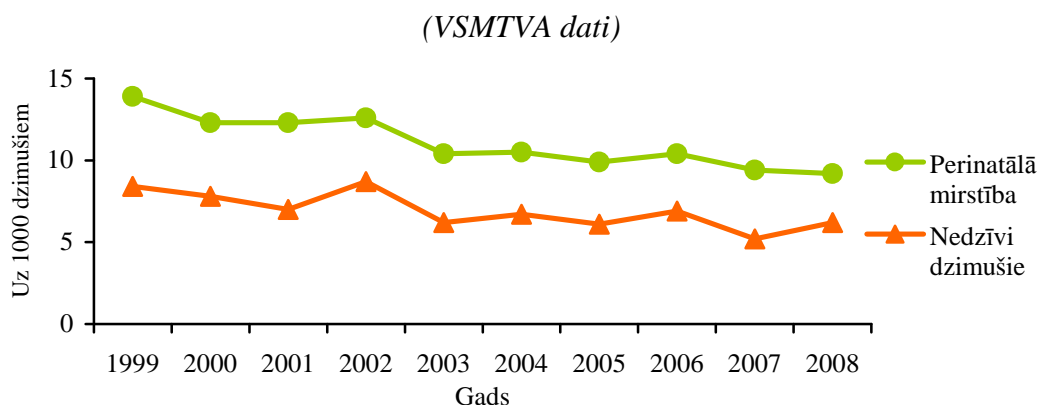
Perinatālās, neonatālās un postneonatālās mirstības rādītājus, tāpat kā pārējos reproduktīvās veselības rādītājus, var ietekmēt gan mātes attieksme pret grūtniecību, mātes dzīvesveids un veselības stāvoklis, gan attiecīgo veselības aprūpes dienestu darba kvalitāte.

Kā iepriekš minēts (skat. „Mātes veselība un antenatālā aprūpe”), galvenie iemesli neiznēsātu bērnu dzimšanai, nedzīvi dzimušiem bērniem un bērnu mirstībai pirmajā dzīves nedēļā ir dažādas veselības problēmas un grūtniecības sarežģījumi mātei, kā arī veselībai kaitīgi ieradumi, piemēram, atkarību izraisošo vielu lietošana¹⁸.

Salīdzinot ar citu ES valstu rādītājiem, Latvijā īpaši negatīvi vērtējama agrīna neonatālā mirstība (bērnu mirstība pirmajā dzīves nedēļā), jo augstāki mirstības rādītāji ir vēl tikai Bulgārijā un Rumānijā.

Perinatālā mirstība dinamiskā samazinās, 2008.gadā sasniedzot viszemāko līmeni pēdējo desmit gadu laikā – 9,2 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem (19.attēls). Latvijā perinatālā mirstība, neraugoties uz samazināšanās tendenci, tomēr ir augstāka nekā vidēji ES dalībvalstīs (2007.gadā – par 8%). Latvijā šis rādītājs ir visaugstākais arī starp Baltijas valstīm. Iemesls tam galvenokārt ir salīdzinoši lielais nedzīvi dzimušo bērnu skaits.

19.attēls. Perinatālā mirstība un nedzīvi dzimušo bērnu skaits, uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem



Katru gadu nedzīvi piedzimst 0,6 – 0,7% bērnu. Antenatālā mirstība (augļa bojāeja pirms dzemdībām) ir 3 reizes augstāka nekā mirstība dzemdību laikā.

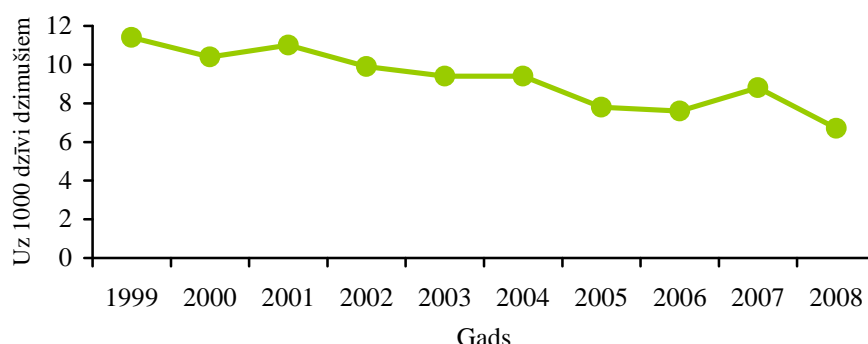
60-70% bērnu no nedzīvi dzimušiem ir ar svaru līdz 2500 g. Nedzīvi dzimušo bērnu skaits uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem Latvijā pēdējo desmit gadu laikā ir ar mainīgu, bet tomēr samazināšanās tendenci. Tas ir augstāks nekā vidēji ES – 2007.gadā par 24%, kā arī visaugstākais, salīdzinot ar Baltijas valstīm.

VSMTVA informācija liecina, ka lielāks nedzīva bērna piedzimšanas risks ir smēķējošām mātēm – nedzīvi dzimušo īpatsvars no visiem nedzīvi dzimušajiem, kuru mātes smēķējušas, ir divas reizes augstāks nekā dzīvi dzimušo īpatsvars starp dzīvi dzimušajiem, kuru mātes ir smēķētājas. Tas pierādīts arī pētījumos¹⁹. Tādēļ līdztekus savlaicīgai grūtnieču aprūpei un rūpīgai izmeklēšanai jāveic arī sistemātisks izglītojošais darbs mātes veselības veicināšanas jomā.

Pēc VSMTVA statistikas datiem grūtniecības laikā smēķē aptuveni 10% no mātēm. Gandrīz ceturtajai daļai no nedzīvi dzimušajiem mātes ir smēķējušas, aptuveni 4% – lietojušas alkoholu.

Bērnu mirstība pirmajā dzīves gadā ir ievērojami augstāka nekā nākamajās vecuma grupās.

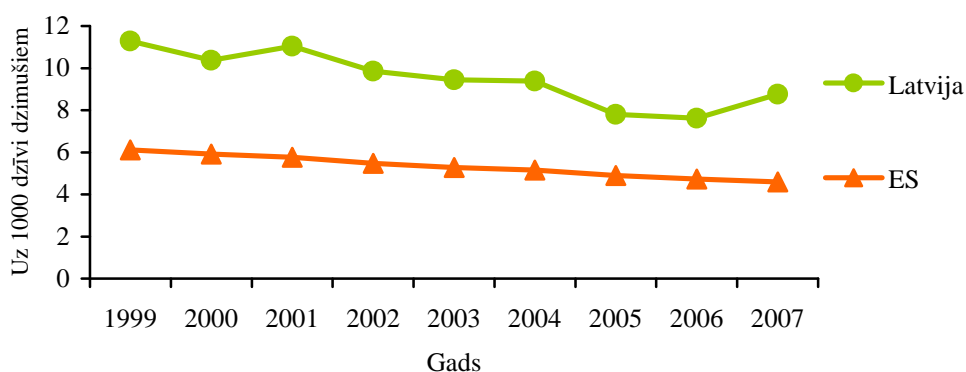
20.attēls. Zīdaiņu mirstība, uz 1000 dzīvi dzimušiem
(VSMTVA dati)



20.attēlā redzams, ka kopš 2001.gada zīdaiņu mirstības rādītājs ir samazinājies, pēdējos gados samazināšanās notikusi lēnāk, 2007.gadā šis rādītājs pat pieaudzis, bet 2008.gadā sasniegts viszemākais līmenis.

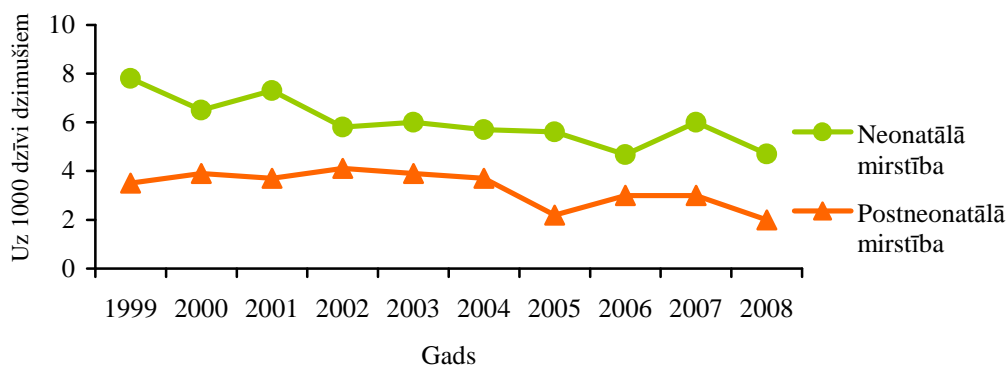
Latvijā zīdaiņu mirstības rādītājs ir aptuveni divas reizes augstāks nekā vidēji ES valstīs (21.attēls). Salīdzinot ar Baltijas valstīm, Latvijā zīdaiņu mirstība ir visaugstākā.

21.attēls. Zīdaiņu mirstība Latvijā un ES, uz 1000 dzīvi dzimušiem
(PVO, European health for all datu bāze)



Zīdaiņu mirstības rādītāju ietekmē neonatālās un postneonatālās mirstības rādītāji. Pēdējo gadu laikā šie mirstības rādītāji stabilizējas, jo uzlabojas gan perinatālā aprūpe, gan neiznēsāto bērnu veselības aprūpe. Neonatālās un postneonatālās mirstības rādītājiem samazinoties, mazinās arī zīdaiņu mirstība, un attiecīgi kādam no tiem palielinoties, pieaug arī zīdaiņu mirstība (20. un 22.attēls). Salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem, šie rādītāji ir augstāki.

22.attēls. Neonatālā un postneonatālā mirstība, uz 1000 dzīvi dzimušiem
(VSMTVA dati)



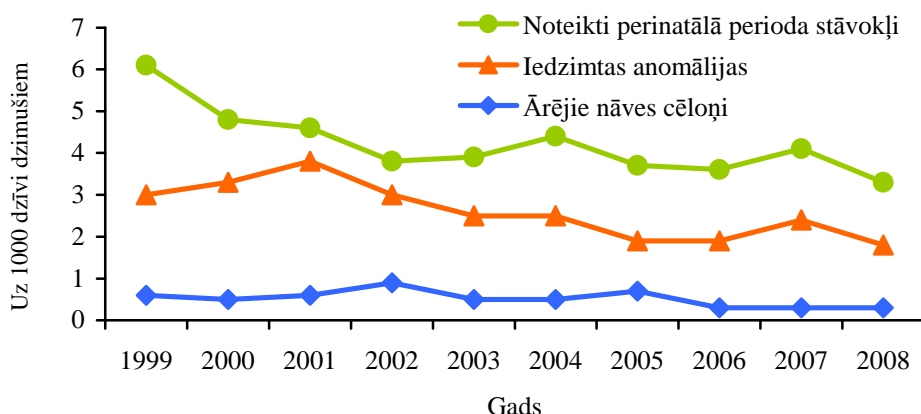
65-70% no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem ir miruši neonatālajā periodā – vecumā līdz 27 dienām.

Zīdaiņu mirstību raksturo zīdaiņu nāves cēloņi (23. attēls). Zīdaiņu mirstības galvenais cēlonis ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi (piemēram, dzemdību trauma, intrauterīna hipoksija, iedzimta un aspirācijas pneimonija u.c.) (23.attēls). Noteikti perinatālā perioda stāvokļi ir nāves cēlonis apmēram 50-60% bērnu no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem. Pēdējo desmit gadu laikā mirstība šo cēloņu dēļ ir samazinājusies par 46%.

Iedzimtas anomālijas ir nāves cēlonis apmēram trešdaļai pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu. Pēdējos gados šim rādītājam vērojama samazināšanās tendence. Tas varētu būt izskaidrojams ar savlaicīgu ģenētisku izmeklējumu veikšanu, kā rezultātā izdevies diagnosticēt iedzimtas patoloģijas un pārtraukt grūtniecību, un tādēļ ir samazinājies smagi slimu bērnu piedzimšanas risks.



23.attēls. Zīdaiņu mirstības galvenie cēloņi, uz 1000 dzīvi dzimušiem
(VSMTVA dati)

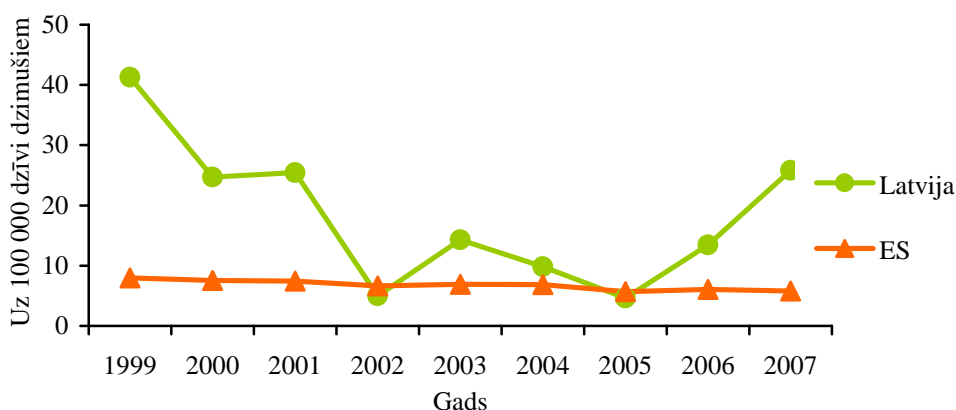


Joprojām zīdaiņu nāves iemesls ir arī ārējie cēloņi, neraugoties uz to, ka tie ir ierobežojami vai pat novēršami. Šim rādītājam netiek novērota stabila samazināšanās tendence. Līdz šim katru gadu zīdaiņi ir zaudējuši dzīvību ārējo cēloņu dēļ (18 – 2002.gadā; 15 – 2005.gadā; 6 – 2007.gadā).

Mātes mirstība

Mātes mirstība mūsu valstī, salīdzinot ar ES valstu vidējo rādītāju, ir ļoti augsta (24.attēls).

24.attēls. Mātes mirstība Latvijā un ES, uz 100 000 dzīvi dzimušiem
(PVO, European health for all datu bāze)



Tomēr jāņem vērā, ka Latvijā šis rādītājs ir izteikti labils (jutīgs) – to ietekmē katrs mātes nāves gadījums, jo Latvijā gadā piedzimst aptuveni 20 tūkstoši bērnu, bet rādītājs tiek rēķināts uz 100 000 dzīvi dzimušiem bērniem. Līdzīgi tas ir kaimiņvalstīs Lietuvā un Igaunijā. Ja Latvijā mātes nāves gadījumu skaits nepārsniegtu 2-3 nāves gadījumus gadā, tad varētu uzskatīt, ka mātes mirstība Latvijā ir pietuvinājusies ES vidējam rādītājam.

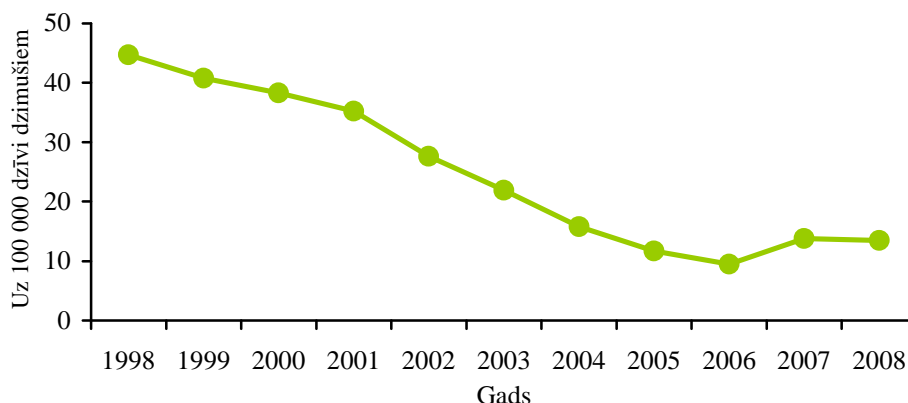
Mātes mirstība absolūtos skaitļos situāciju raksturo, neņemot vērā dzimušo skaitu. Redzams, ka absolūto skaitļu tendence ir mainīga (25.attēls).

25.attēls. Mātes mirstība, absolūtos skaitļos
(VSMTVA dati)



Objektīvākai situācijas izvērtēšanai dinamikā var izmantot piecu gadu vidējo mātes mirstību uz 100 000 dzīvi dzimušiem.

26.attēls 5 gadu vidējā mātes mirstība, uz 100 000 dzīvi dzimušajiem
(rēķināts, izmantojot VSMTVA un CSP datus)

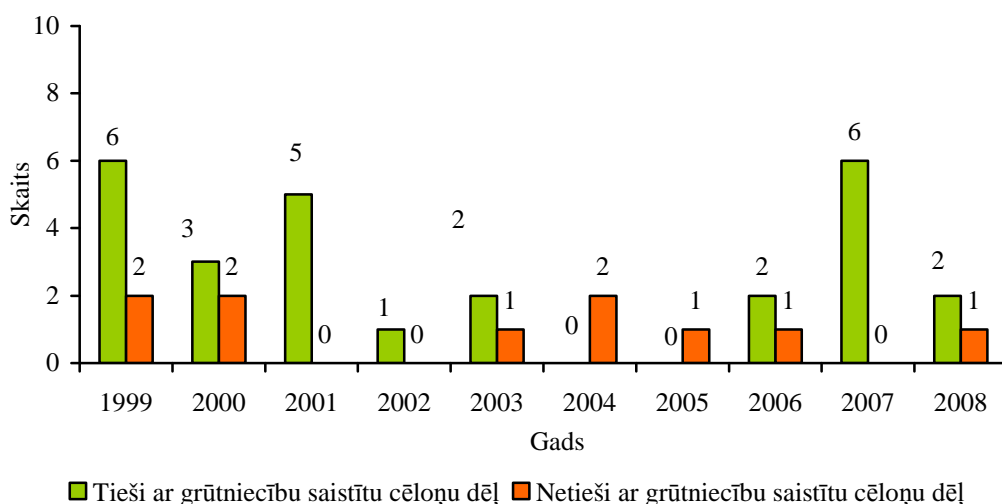


26. attēlā redzams, ka pēdējo desmit gadu laikā kopējā tendence mātes mirstībai (rēķinot katrā gadā piecu gadu vidējo mirstību) ir samazināties, ar nelielu pieaugumu pēdējos divos gados.

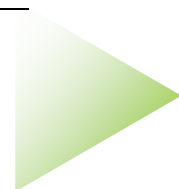
Jāņem vērā, ka mātes nāve atsevišķos gadījumos nav tieši saistīta ar grūtniecību, piemēram, anafilaktiskais šoks, tuberkuloze. Mātes mirstības cēloņi, kas tieši un netieši saistīti ar grūtniecību, katru gadu ir dažādās attiecībās.



27.attēls. Mātes mirstības cēloņi, absolūtos skaitļos
(VSMTVA dati)



Kopš 1997.gada mātes mirstības cēloņi, kas tieši saistīti ar grūtniecību, bijuši dažādi, t.sk. aborti – 11 (ieskaitot kriminālos), ārpusdzemdes grūtniecība – 4, augļūdeņu embolija – 4, flebotromboze – 6, asiņošana – 10, toksikoze, eklampsija – 3, dzemdes plīsums – 1 (2007), placentas atslāņošanās – 1 (2007); tikai divus gadus – 2004. gadā un 2005. gadā – nav bijuši mātes nāves gadījumi, kas tieši saistīti ar grūtniecību.



SECINĀJUMI

- ✓ Perinatālās aprūpes rādītāji pēdējo desmit gadu laikā ir uzlabojušies.
- ✓ Perinatālā mirstība samazinās, 2008.gadā sasniedzot 9,2 uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušajiem.
- ✓ Saglabājas ļoti augsts nedzīvi dzimušo bērnu īpatsvars – 0,6-0,7%. Divi no trim nedzīvi dzimušiem bērniem ir ar dzimšanas svaru līdz 2500 g.
- ✓ Zīdaiņu mirstība pēdējo desmit gadu laikā ir samazinājusies, bet tā vēl joprojām ir aptuveni divas reizes augstāka nekā vidēji ES.
- ✓ 65-70% no visiem pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem ir miruši neonatālajā periodā – vecumā līdz 27 dienām.
- ✓ 50-60% gadījumu pirmajā dzīves gadā mirušajiem bērniem nāves cēlonis ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi, trešdaļai – iedzimtas anomālijas.
- ✓ Joprojām zīdaiņu nāves iemesls ir arī ārējie cēloņi (2002.gadā – 18, 2005.gadā – 15, 2007.gadā – 6 gadījumi).
- ✓ Mātes mirstība Latvijā, salīdzinot ar ES valstu vidējo rādītāju, ir ļoti augsta, bet, ņemot vērā nelielo dzimstību, šis rādītājs ir ļoti jutīgs un to ietekmē katrs mātes nāves gadījums. Precīzai situācijas raksturošanai ir jāizvērtē katra konkrētā mātes nāves gadījuma iemesli.
- ✓ 2008.gadā 90% grūtnieču stājušās uzskaitē līdz 12.grūtniecības nedēļai. Šim rādītājam ir mainīga tendence – līdz 2003.gadam tas pieauga, pēc tam samazinājās un 2008.gadā nedaudz pieauga.
- ✓ Grūtnieču īpatsvars, kurām pirmreizējā ultrasonogrāfiskā izmeklēšana veikta līdz 22. grūtniecības nedēļai, palielinās, 2008. gadā sasniedzot 93%.
- ✓ Pēdējo desmit gadu laikā antenatāli neaprūpēto dzemdētāju īpatsvars samazinājies, viszemāko rādītāju sasniedzot 2006.gadā – 1,8%, tomēr pēdējos divos gados tas nedaudz pieaudzis.
- ✓ Grūtniecības pārtraukšanās draudi 2008. gadā bijuši ~15% dzemdējušo sieviešu. Kopš 2001. gada šis rādītājs ir samazinājies par 23%.
- ✓ Pēdējos 5 gados plānoto ķeizargriezīgu īpatsvars pieaudzis līdz pat 10% no visām dzemdībām.
- ✓ 10% no dzemdētājām ir smēķējušas grūtniecības laikā, 0,5% lietojušas alkoholu, 0,1% – narkotikas.
- ✓ ~5% no visām dzemdībām noris priekšlaicīgi (līdz 37. grūtniecības nedēļai).
- ✓ 5% bērnu (no dzīvi dzimušiem) piedzimst ar svaru līdz 2500 g, īpašas izmaiņas pēdējo gadu dinamikā netiek novērotas.

- ✓ Jaundzimušo saslimstība neiznēsātiem bērniem 3 reizes pārsniedz saslimstību iznēsātiem bērniem.
- ✓ 2007. – 2008.gadā pieaudzis HIV infekcijas vertikālās transmisijas gadījumu skaits, sasniedzot 8 gadījumus gadā (iepriekš 2-5 gadījumi).
- ✓ Joprojām ik gadu tiek reģistrēti daži iedzimtā sifilisa gadījumi (2005.gadā – 3, 2008.gadā – 1 gadījums).
- ✓ Sadalījumā pa veselības grupām praktiski veselo jaundzimušo īpatsvars 2008.gadā bija 59%. Pēdējo desmit gadu laikā jaundzimušo īpatsvars 1.veselības grupā (praktiski veseli bērni) ir pieaudzis par 13,6 procentpunktiem.
- ✓ Bērnu imunizācijas jomā tiek nodrošināts PVO ieteiktais imunizācijas līmenis – 95%. 2008.gadā vakcinācija izdarīta 96% bērnu līdz 1 gada vecumam.
- ✓ Pieaug ar mātes pienu ēdināto bērnu īpatsvars līdz 3 mēnešu vecumam, 2008.gadā sasniedzot 73%; līdz 6 mēnešu vecumam mātes pienu saņēmuši 49% bērnu.
- ✓ Pieaudzis arī ekskluzīvi zīdīto (tikai un vienīgi ar mātes pienu ēdināto) zīdaiņu īpatsvars: līdz 3 mēnešu vecumam – 30% bērnu, kas ir gandrīz divas reizes vairāk nekā 2001.gadā (16%).

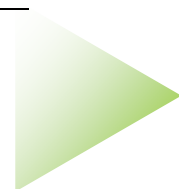


PRIEKŠLIKUMI

- ✓ Veicināt perinatālās veselības aprūpes pieejamību (augsti kvalificēts personāls, aparatūra), centralizējot pakalpojumu pieejamību, pilnībā izmantojot cilvēkresursus (ginekologi, neonatologi, anesteziologi, vecmātes, bērnu māsas un neonatoloģijas māsas) un finanšu resursus, kā arī uzlabojot jaundzimušo transportēšanu uz stacionārajām ārstniecības iestādēm:
 - pakāpeniski centralizēt dzemdību palīdzības nodrošināšanas divu līmeņu sistēmu, koncentrējot dzemdību palīdzības sniegšanu daudzprofila ārstniecības iestādēs ar dzemdību skaitu ne mazāku par 1000 dzemdībām gadā:
 - **I līmeņa** dzemdību palīdzība - grūtnieču (tajā skaitā riska grūtnieču) aprūpe, dzemdību palīdzība, jaundzimušo intensīvā aprūpe un bērnu aprūpe;
 - **II līmeņa** augsti specializēta palīdzība tiek sniegta klīniskajās universitātes slimnīcās - saistībā ar dzemdībām grūtniecēm un dzemdētājām P.Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā un jaundzimušajiem - Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā.
- ✓ Nodrošināt metodiskās vadības sistēmas izveidi divos līmeņos:
 - perinatālās aprūpes nozares vadība (cilvēkresursu plānošana, statistikas datu vākšana, apkopošana un analīze, politikas plānošanas dokumentu izstrāde u.c.);
 - ārstniecības procesa vadība un rezultātu analīze (konkrētu gadījumu analīze, nepieciešamo vadlīniju saraksta izveide, kvalitatīvas dzemdību palīdzības indikatoru noteikšana u.c.)
- ✓ Celt personāla kvalifikāciju, veikt nozarē iesaistīto speciālistu apmācību, iemaņu un prasmju pilnveidošanu.
- ✓ Izstrādāt un ieviest praksē perinatālās aprūpes vadlīnijas.
- ✓ Veikt grozījumus MK noteikumos, paplašinot nedēļnieces (42 kalendārās dienas pēc dzemdībām) aprūpi (gan fizisko, gan garīgo, tai skaitā pēcdzemdību depresijas profilaksi) dzīves vietā, pēc nepieciešamības piesaistot gan ģimenes ārstu, gan patronāžas māsu un citus speciālistus, gan sociālo darbinieku, tādējādi veicinot arī kvalitatīvu jaundzimušā aprūpi.
- ✓ Veikt grozījumus normatīvajos aktos, atvieglojot ar jaundzimušā reģistrāciju saistītos pasākumus (reģistrācijas iespējas dzemdību namos, pagarinot jaundzimušā reģistrācijas laiku, piemēram, līdz 2 mēnešiem pēc dzimšanas), vienkāršojot sociālo pabalstu saņemšanai nepieciešamo dokumentu kārtības procesu (ar pasta starpniecību, elektroniski).



- ✓ Nepieciešams izstrādāt perinatālās aprūpes programmu, paredzot veicamos pasākumus, atbildīgās institūcijas, termiņus un nepieciešamos resursus.
- ✓ Uzlabot datu kvalitāti, paaugstinot dokumentācijas aizpildes kvalitāti un ziņošanu.
- ✓ Turpināt pieaugušo informēšanu par dažādiem bērnu veselības aspektiem: jāuzsver grūtniecības plānošanas nepieciešamība; bērnam drošas vides izveidošana; jārunā par šiem jautājumiem ar jauniešiem skolās (veselības mācības un citās stundās).
- ✓ Izglītot potenciālos vecākus par reproduktīvo veselību (t.sk. riska faktoriem), profilaktiskajām apskatēm, kontracepciju un ģimenes plānošanu, grūtniecību, dzemdībām, zīdaiņa kopšanu, bērna audzināšanu. Jāņem vērā, ka šo darbu nedrīkst pārtraukt, jo paaudze, kam šie jautājumi ir aktuāli, nepārtraukti nomainās.
- ✓ Mazināt tādu riska faktoru nelabvēlīgo ietekmi uz grūtniecību, augļa attīstību, jaundzimušā un zīdaiņa veselību, kā nelabvēlīgi sociālekonomiskie apstākļi, vides piesārņojums, pieaugošā smēķēšanas, alkoholisma un narkomānijas izplatība, īpaši jauniešu vidū.
- ✓ Turpināt darbu zīdīšanas veicināšanas jomā, t.sk. veicināt veselības aprūpes iestāžu pievienošanos *Mazulim draudzīgu slimnīcu iniciatīvai*; realizēt normatīvajos aktos noteiktās tiesības uz atvieglojumiem mātēm, kas zīda bērnu; papildināt sievietes zināšanas par jaundzimušo zīdīšanu, atbalstīt un veicināt agrīnas zīdīšanas uzsākšanu; veicināt situāciju, lai arvien vairāk jauno māmiņu savu mazuli līdz pilnu sešu mēnešu vecumam ēdinātu tikai un vienīgi ar mātes pienu; veicināt zīdīšanas turpināšanu līdz sešiem mēnešiem un ilgāk; nodrošināt, lai tiktu pārtraukta bezmaksas un lētāku par pašizmaksu mākslīgo maisījumu piegāde slimnīcām.



POLITIKAS INICIATĪVAS

Latvija ir atbalstījusi un tai ir saistoši dažādi (gan rekomendējoši, gan atbildību nosakoši) starptautiski dokumenti perinatālās veselības jomā:

- ✓ 1989.gada 20.novembra (spēkā no 14.05.1992.) ANO „**Konvencija par bērna tiesībām**” nosaka, ka dalībvalstis, tai skaitā Latvija, nodrošina maksimāli iespējamo bērna izdzīvošanas pakāpi un viņa veselīgu attīstību, atzīst bērna tiesības izmantot vispilnvērtīgākos veselības aizsardzības sistēmas pakalpojumus un slimību ārstēšanas un veselības atjaunošanas līdzekļus. Dalībvalstis cenšas panākt šo tiesību pilnīgu realizēšanu un veic arī nepieciešamos pasākumus.
- ✓ PVO „**Seksuālās un reproduktīvās veselības reģionālā stratēģija**”²⁰ – apraksta situāciju seksuālās un reproduktīvās veselības jomā Eiropā, izvirza mērķus un uzdevumus, kā arī sniedz rekomendācijas situācijas uzlabošanai. Šo dokumentu par pamatu ir izmantojušas daudzas PVO Eiropas reģiona dalībvalsts, izstrādājot savus seksuālās un reproduktīvās veselības dokumentus.
- ✓ PVO „**Eiropas stratēģija bērnu un pusaudžu veselībai un attīstībai**”²¹ – sniedz ieskatu perinatālās un jaundzimušo veselības problēmās un veiksmīgākajos to risinājumos, ar mērķi sniegt atbalstu PVO Eiropas reģiona valstīm, lai tās veiksmīgāk realizētu dažādas aktivitātes bērnu veselības uzlabošanai.
- ✓ „**Bērniem piemērota pasaule**”²² – paredz veselīga dzīvesveida veicināšanu un cīņu ar HIV/AIDS.
- ✓ „**Globālā zīdaiņu un mazu bērnu ēdināšanas stratēģija**”²³ – rekomendē bērna zīdīšanas veicināšanu.
- ✓ „**Innocenti deklarācija zīdīšanas aizsardzībai, veicināšanai un atbalstīšanai**”²⁴ – deklarācija paredz ieviest *Mazulim draudzīgas slimnīcas iniciatīvas (MDSI)*, kuru mērķis ir veicināt, lai arvien vairāk jauno māmiņu savu bērnu līdz sešu mēnešu vecumam ēdinātu tikai no krūts un turpinātu zīdīšanu, līdz bērns sasniedzis gada vecumu un ilgāk, tādejādi veicinot bērna veselību.

Bērnu veselības jomā Latvijā līdz 2007.gadam galvenie politikas plānošanas dokumenti bija 2003. gadā pieņemtā „**Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija Latvijā**” 2002.-2007.gadam, kura noteica virzienus perinatālās, zīdaiņu un bērnu veselības aprūpes uzlabošanai, un 2004.gadā apstiprinātais „**Rīcības plāns Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas ieviešanai 2004.-2007.gadam**”. Rīcības plānā bija iekļauti pasākumi, kuri uzlabotu perinatālās aprūpes struktūru, koordināciju un kvalitāti, nodrošinātu zīdaiņu, bērnu un pusaudžu savlaicīgu un efektīvu veselības aprūpi un sekmētu profilaksi un veselības izglītību seksuālās un reproduktīvās veselības jomā.

2008.gadā tika veikta Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģijas izvērtēšana un tika uzsākts darbs pie jauna politikas plānošanas dokumenta izstrādes. Šobrīd pieņemts lēmums atsevišķu dokumentu neizstrādāt un neapstiprināt, bet mātes un bērna veselības jautājumus iekļaut topošajās Pamatnostādnēs par sabiedrības veselību 2010.-2020.gadam.

Vairāki normatīvie dokumenti reglamentē specifiskus veselības aprūpes jautājumus topošajām māmiņām un bērniem.

2008.gada 8. maijā Saeimā pieņemti grozījumi **Ārstniecības likumā**, kuri nosaka, ka grūtnieces un bērna veselības aprūpe ir prioritāra.

Bērnu tiesību aizsardzības likums²⁵ nosaka, ka ikvienam bērnam ir tiesības uz bezmaksas veselības aprūpi, ko nosaka valsts programma.

MK 19.12.2006. noteikumi Nr. 1046 „**Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība**” nosaka, ka no pacienta iemaksas ir atbrīvoti bērni vecumā līdz 18 gadiem un grūtnieces, un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi.

Seksuālās un reproduktīvās veselības likums (31.01.2002.) nosaka dzimstības regulēšanas, grūtniecības pārtraukšanas, dzemdībpalīdzības organizēšanas kārtību, seksuāli transmisīvo slimību un HIV/AIDS profilakses, diagnostikas un ārstēšanas pasākumus.

Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtību, tai skaitā grūtniecības uzraudzību, veicamos profilaktiskos un medicīniskos pasākumus grūtniecības periodā, dzemdību laikā un pēcdzemdību periodā (nedēļnieces aprūpe, jaundzimušā veselības aprūpe) nosaka MK 25.07.2006. noteikumi Nr.611 „**Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība**”. Noteikumi nosaka arī obligāto aprīkojumu plānotās ārpus stacionāra dzemdībās un indikācijas dzemdētājas, nedēļnieces un jaundzimušā pārvešanai uz stacionāru ārstniecības iestādi.

MK 08.08.2006. noteikumi Nr.644 „**Noteikumi par bērna kopšanas pabalsta un piemaksas pie bērna kopšanas pabalsta dvīņiem vai vairākiem vienās dzemdībās dzimušiem bērniem apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta un piemaksas piešķiršanas un izmaksas kārtību**” nosaka bērna kopšanas pabalsta un piemaksu izmaksas kārtību. Jāatzīmē, ka 2004.gadā tika pārtraukta bērna piedzimšanas pabalsta lieluma aprēķināšana pēc tā, cik savlaicīgi grūtniece stājusies uzskaitē. Pēc grozījumu spēkā stāšanās bērna piedzimšanas pabalsts visos gadījumos ir vienāds, bet sievietei, kurai sakarā ar grūtniecību medicīniskā aprūpe uzsākta ārstnieciski profilaktiskajā iestādē līdz 12.grūtniecības nedēļai un turpināta visu grūtniecības laiku, ir tiesības saņemt maternitātes pabalstu par 14 dienu ilgu papildatvaļinājumu.

MK 31.01.2008. rīkojuma Nr. 43 „**Imunizācijas valsts programma 2008.-2010.gadam**” mērķis ir samazināt saslimstību ar vakcīnregulējamām infekcijas slimībām ar drošām un augsti efektīvām vakcīnām, veicot mērķtiecīgu un plānveida vakcināciju.

Programmas plānotais rezultāts ir nodrošināt vismaz 95% imunizācijas līmeni pret vakcinācijas kalendārā noteiktajām infekcijas slimībām bērniem (tuberkulozei – 98%) un samazināt saslimstību ar ērcu encefalītu bērniem augsti endēmiskajās ērcu encefalīta teritorijās, kā arī veicināt jaunu kombinēto vakcīnu ieviešanu primārās veselības praksē, samazinot injekciju skaitu vienam bērnam.

Pamatnostādnēs “**Veselīgs uzturs (2003.-2013.)**”, kas tika apstiprinātas 2003.gada 4.septembrī, ir iekļauti pasākumi ar mērķi veicināt iedzīvotāju veselīga uztura paradumus, tai skaitā veicināt ekskluzīvo zīdīšanu (bērns uzturā saņem tikai mātes pienu) līdz 6 mēnešu vecumam un zīdīšanu līdz 2 gadu vecumam. Sastāva un marķējuma prasības mākslīgajiem maisījumiem un papildus ēdināšanas maisījumiem bērniem no dzimšanas līdz 12 mēnešu vecumam nosaka MK 26.05.2008. noteikumi Nr. 370 „**Noteikumi par mākslīgajiem maisījumiem zīdaiņiem un mākslīgajiem papildu ēdināšanas maisījumiem zīdaiņiem**”.

Lai mazinātu zīdīšanas pārtraukšanu līdz ar mātes atgriešanos darbā, **Darba likuma** 146. pants. „Pārtraukumi bērna barošanai” nosaka, ka darbiniecei, kurai ir bērns līdz pusotra gada vecumam, piešķir papildu pārtraukumus bērna zīdīšanai.

KOMENTĀRI PAR DATIEM

Perinatālo aprūpi raksturojošu indikatoru novērtēšanai pārsvarā izmantoti dati no Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras. Lai datus salīdzinātu dinamikā, izmantoti relatīvie rādītāji (piemēram, uz 100 000 attiecīgā vecuma bērniem, uz 1000 dzīvi dzimušiem), kas rēķināti, izmantojot arī Centrālās statistikas pārvaldes datus.

Starptautisku datu, t.i., Eiropas valstu rādītāju avots ir PVO datu bāze *European health for all*, kas ir pieejama internetā. Jāatzīmē, ka daudziem rādītājiem dati par ES nav pieejami, tāpēc starpvalstu salīdzinājums nav iespējams, piemēram, grūtnieču aprūpes rādītāji, vidējais gultas dienu skaits uz vienu dzemdētāju.

PVO datu bāzes dati dažkārt būtiski atšķiras no VSMTVA datiem. Tas skaidrojams ar dažādām rādītāju aprēķināšanas metodēm. Piemēram, atšķirības PVO un VSMTVA datos par perinatālo mirstību ir tādēļ, ka PVO dati rēķināti, ņemot vērā augļa svaru (virs 1000 g).

Atsevišķi mirstības dati atšķiras, jo tiek rēķināti uz PVO standartpopulācijām.

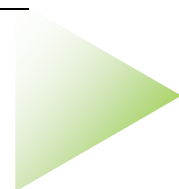
Tomēr dati tika vērtēti, izmantojot pēc iespējas visus pieejamos datu avotus, un salīdzināšanai dinamikā vai dažādās grupās izmantoti viena datu avota dati.

Iespējamās nepilnības statistikas datu ievākšanā no privātās aprūpes dzemdību speciālistiem.

Izvērtēti arī dažādi rādītāji, jo ir dažādi datu avoti un datu sniedzēji. Atsevišķus datus nav iespējams izvērtēt dinamikā, jo mainīta datu savākšanas un uzskaites kārtība (piemēram, dati par jaundzimušo saslimstību kopš 2007.gada no Jaundzimušo reģistra).

Atsevišķus indikatorus nav iespējams novērtēt specifisku datu trūkuma dēļ. Piemēram, trūkst precīzu datu par mātes veselību un tās iespējamo ietekmi uz bērna attīstību.

Atsevišķi rādītāji ņemti arī no pētījumiem, piemēram, zīdīšanas raksturošanai. Dati par zīdīšanu jāvērtē uzmanīgi, – tos, iespējams, ietekmējuši atšķirīgi datu vākšanas kritēriji, neprecīzi formulēti jautājumi vai tml. Jāņem vērā tas, ka informācija par zīdīšanu tiek iegūta tikai par tiem bērniem, kas ir uzskaitē pie pediatriem vai ģimenes ārstiem. Dati par ekskluzīvo zīdīšanu apkopoti tikai pēdējos gados. Šo datu kvalitāti var ietekmēt „ekskluzīvas zīdīšanas” jēdziena izpratne, kā arī datu vākšanas metode.



GALVENO JĒDZIENU UN TERMINU SKAIDROJUMI

Agrīna neonatāla nāve – dzīvi dzimuša bērna nāve laikā no 0-6 dzīves dienai.

Antenatālā aprūpe – grūtnieču aprūpe visu grūtniecības laiku, kopš grūtniecības iestāšanās konstatēšanas brīža.

Antenatālā mirstība – augļa nāve no 22. grūtniecības nedēļas pirms dzemdībām.

Antenatāli neaprūpētās grūtnieces – sievietes, kas grūtniecības laikā saistībā ar grūtniecību nav apmeklējušas ģimenes ārstu, ginekologu vai dzemdību speciālistu.

Dzimstība (dzimstības vispārējais koeficients) – noteiktā laikā dzīvi dzimušo bērnu skaita attiecība pret vidējo iedzīvotāju skaitu noteiktā teritorijā. Parasti aprēķina par vienu kalendāro gadu uz 1000 iedzīvotājiem.

Dzimšanas svars – pirmais auglim vai jaundzimušajam pēc dzimšanas noteiktais svars. Dzīvi dzimušiem dzimšanas svars nosakāms pirmajā dzīves stundā, pirms sācies būtisks postnatāls svara zudums.

Ekskluzīvā zīdīšana – zīdains saņem tikai mātes pienu (savas mātes vai arī citas zīdītājas pienu) no krūts, vai atslauktu krūts pienu, un nesaņem nekādus citus šķidrumus vai cietu barību, izņemot medicīniski indicētus medikamentus, minerālvielas vai vitamīnu pilienus.

Ekstraģenitālas saslimšanas – ar ģenitālo sistēmu nesaistītas saslimšanas.

Iedzimtais sifiliss ir bērnam, kura māte ir slima ar sifilisu un grūtniecības laikā inficējusi savu bērnu. Lai izsargātos no bērna inficēšanas grūtniecības laikā, nepieciešama iedzimtā sifilisa profilakse.

Intranatālā mirstība – jaundzimušā nāve dzemdību laikā.

Iznēsāts jaundzimušais – morfoloģiski un funkcionāli nobriedis, savlaicīgi dzīvi vai nedzīvi dzimis bērns, kuram piedzimšanas svars nav mazāks par 2500 g un grūtniecības laiks ir no 37 līdz 42 pilnām grūtniecības nedēļām.

Mākslīgo abortu skaits – legālo, medicīnisko un kriminālo abortu summa.

Mātes mirstība – mirušo sieviešu skaits grūtniecības laikā vai 42 dienās pēc grūtniecības izbeigšanās, neatkarīgi no grūtniecības ilguma un lokalizācijas tādu cēloņu dēļ, kas saistīti ar grūtniecību vai ko grūtniecība vai tās vadīšana pasliktinājusi, bet ne no nelaimes gadījuma vai nejaušības.

Nāve tieši grūtniecības izraisīta cēloņa dēļ – nāve grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību perioda komplikāciju, ārstniecisku manipulāciju, kļūdu un nepareizas ārstēšanas dēļ.

Nāve netieši grūtniecības dēļ – nāve no slimības, kas sākusies pirms grūtniecības vai grūtniecības laikā, ar grūtniecību nav tieši saistāma, bet kuras norisi pasliktina grūtniecības izraisītas fizioloģiskas pārmaiņas.

Nedzīvi dzimis – auglis, kurš piedzimis nedzīvs pēc 22. grūtniecības nedēļas, tas ir, laikā, kad augļa svars ir vismaz 500 g.

Neiznēsāts jaundzimušais – priekšlaicīgi vai nedzīvi dzimis bērns ar sevišķi zemu (500-999 g), ļoti zemu (1000-1499 g) vai zemu (1500-2499 g) piedzimšanas svaru un kuram neiznestības pazīmes un adaptācijas grūtības postnatālā periodā ir tieši proporcionālas neiznestības pakāpei un grūtniecības laiks mazāks par 37 pilnām nedēļām.

Neonatālā mirstība – dzīvi dzimušo nāves gadījumu skaits laikā no 0-27 dzīves dienām no 1000 dzīvi dzimušiem.

Agrīna neonatālā mirstība ir dzīvi dzimušo nāves gadījumu skaits laikā no 0 līdz 6 dzīves dienām no 1000 dzīvi dzimušiem.

Vēlīna neonatālā mirstība ir dzīvi dzimušo nāves gadījumu skaits laikā no 7 līdz 27 dzīves dienām no 1000 dzīvi dzimušiem.

Noteikti perinatālā perioda stāvokļi – patoloģija, kas sākusies perinatālajā periodā, pat ja nāve iestājas vai slimība rodas vēlāk. Pie noteiktiem perinatālā perioda stāvokļiem pieder²⁶:

P00-P04 Mātes patoloģijas un grūtniecības un dzemdību komplikāciju ietekme uz augli un jaundzimušo;

P05-P08 Ar grūtniecības ilgumu un augļa attīstību saistītas patoloģijas;

P10-P15 Dzemdību trauma;

P20-P29 Noteikti perinatālā perioda elpošanas un asinsrites sistēmas bojājumi;

P35-P39 Noteiktas perinatālā perioda infekcijas;

P50-P61 Augļa un jaundzimušā hemorāģiskas un hematoloģiskas slimības;

P70-P74 Augļa un jaundzimušā noteikti pārejoši endokrīni un vielmaiņas traucējumi;

P75-P78 Augļa un jaundzimušā gremošanas sistēmas slimības;

P80-P83 Augļa un jaundzimušā ādas slimības un termoregulācijas traucējumi;

P90-P96 Cita perinatālā periodā sākusies patoloģija.

Perinatālais periods – no 22 pilnām grūtniecības nedēļām līdz 7 pilnām dienām pēc dzemdībām.

Perinatālā mirstība – nedzīvi dzimušo un pirmajā dzīves nedēļā mirušo bērnu skaits no 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem. Perinatālā nāve ietver augļa bojāeju pirms dzemdībām, dzemdību laikā (nedzīvi dzimis) un jaundzimušā nāvi pirmajā dzīves nedēļā (agrīna neonatāla nāve).



Postneonatālā mirstība – dzīvi dzimušo nāves gadījumu skaits laikā no 28.dzīves dienas līdz viena gada vecumam no 1000 dzīvi dzimušiem.

Priekšlaicīgas dzemdības – dzemdības no 22. līdz 37. grūtniecības nedēļai.

Seksuālā un reproduktīvā veselība – ar cilvēka reproduktīvo sistēmu saistīta fiziska, garīga un sociāla labklājība.

Seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpe – dzemdībpalīdzības nodrošināšana, seksuāli transmisīvo slimību, HIV infekcijas, AIDS, reproduktīvo orgānu slimību un neauglības profilakse, diagnostikas, ārstēšanas un novērošanas, dzimstības regulēšanas, grūtniecības pārtraukšanas un medicīniskās apaugļošanas pasākumu kopums, ko veic ārstniecības persona.

Summārais dzimstības koeficients (totālās fertilitātes rādītājs) – vidējais bērnu skaits, kuri varētu piedzimt vienai sievietei viņas dzīves laikā, ja dzimstība katrā vecuma grupā saglabātos aprēķina gada līmenī.

Vēla pirmā grūtniecība – pirmā grūtniecība vecumā pēc 35 gadiem.

Veseli bērni – bērni, kuriem nav hronisku slimību, novērošanas periodā var būt viegli noritošas akūtas slimības; orgānu un sistēmu funkcijas bez patoloģijas, fiziskā attīstība atbilstoši vecumam.

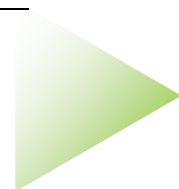
Zīdains – bērns līdz viena gada vecumam.

Zīdaiņu mirstība – pirmajā dzīves gadā mirušo bērnu skaits (parasti uz 1000 dzīvi dzimušiem).

Zīdaiņa nāve – dzīvi dzimuša bērna nāve pirmajā dzīves gadā (līdz 11 mēnešiem 30 dienām).

SAĪSINĀJUMI

ARI	Akūta respiratora (elpceļu) infekcija
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
ES	Visas (27) Eiropas Savienības dalībvalstis
MK	Ministru kabinets
PVO	Pasaules Veselības organizācija
PNA	Perinatālā aprūpe
PAC	Perinatālās aprūpes centrs
STS	Seksuālās transmisijas slimības
SVA	Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra”
VSMTVA	Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra



ATSAUCES

- ¹ Laml T., Hartmann B.W., Kirchengast S, Preyer O., Albrech A.E., Husslei P.W. Impact of Maternal Anthropometry and Smoking on Neonatal Birth Weight. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, (2000) V50, N4, p: 231-236;
- ² Blair P., Fleming P.J., Bensley D., Smith I, Bacon C., Taylor E., Berry J., Golding J., Tripp J. Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. *BMJ*, 1996; N313, pp:195-198;
- ³ I.Maksima „Grūtniecības un psihoaktīvās vielas”, Sabiedrības veselības aģentūras apkopotā informācija no zinātniskās literatūras. http://www.sva.lv/lv/actual/lasit/?news_id=43;
- ⁴ Rezeberga D. "Dzimumceļu infekcijas, to ietekme uz grūtniecības norisi un iznākumu Latvijā", 2006;
- ⁵ 14.09.2004. grozījumi Nr.791 MK 08.07.2003. noteikumos Nr.381 „Noteikumi par bērna piedzimšanas pabalsta apmēru, tā pārskatīšanas kārtību un pabalsta piešķiršanas un izmaksas kārtību”;
- ⁶ Hisanori Minakami, Ikuo Sato. Birth-Weight-Specific Perinatal Mortality in Japan, 1989-1993: Singleton versus Multifetal Pregnancies. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, (1999) V48, N1, p: 38-42;
- ⁷ MK 04.09.2003. rīkojums Nr.556 „Pamatnostādnes „Veselīgs uzturs (2003.–2013.)”;
- ⁸ „Zīdīšanas ABC”, Zīdīšanas veicināšanas komisija; Veselības veicināšanas valsts aģentūra, 2005;51 lp.
- ⁹ World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003;
- ¹⁰ Mātes un bērna veselības aprūpes stratēģija Latvijā. MK 13.02.2001 protokols Nr. 7, §41;
- ¹¹ Schafer E., Volunteer peer counsellors increase breastfeeding duration among rural low-income women, 1998, *Birth* 25:101-106;
- ¹² Sciacca J., Phipps B., Dube D., Ratliff M., Influences on breastfeeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program, 1995, *Journal of the American Dietetic Association* 95(3): 323;
- ¹³ The Baby-Friendly Hospital Initiative. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
- ¹⁴ The Baby-Friendly Hospital Initiative. <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html>
- ¹⁵ Mazulim draudzīgas slimnīcas iniciatīva Latvijā. SVA. <http://www.sva.lv/lv/veseliba/imesveselb/>
- ¹⁶ Roģe S. Informācijas un atbalsta ietekme uz ekskluzīvo zīdīšanu Latvijā pēc 2002. un 2006.gada aptaujām. SVA, Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības fakultāte, 2006;
- ¹⁷ State of Food and Nutrition in NSW Series, Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding, 2004;
- ¹⁸ Trapencieris M. Atkarību izraisošo vielu lietojošās sievietes un viņu jaundzimušie bērni;
- ¹⁹ Major and chronic diseases. Report 2007. European commission, 2008;
- ²⁰ Regional strategy on sexual and reproductive health, WHO 2001;
- ²¹ European strategy for child and adolescent health and development, WHO 2005;
- ²² Bērniem piemērota pasaule. ANO Ģenerālā Asambleja, 27.speciālā sesija par bērniem, 2002.gada maijs <http://www.unicef.org/specialsession/> ;
- ²³ Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002 May;
- ²⁴ Deklarācija „Par globālu bērnu zīdīšanas aizsardzību, veicināšanu un atbalstu (Innocenti declaration)”. UNICEF/PVO, Florence, 01.08.1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- ²⁵ Bērnu tiesību aizsardzības likums. LR Saeima, 19.06.1998
- ²⁶ Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. 10. redakcija. Rīga, 1996.