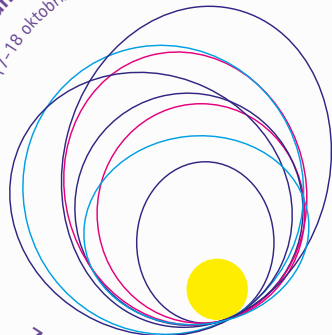


7. Latvijas Dzemdību speciālistu
un ginekologu kongress
17-18 oktobris, 2014, Rīga, Latvija



7th Latvian Congress of
Obstetricians and Gynaecologists
October 17-18, 2014, Riga, Latvia



7. Latvijas Dzemdību speciālistu un ginekologu kongress

1. Baltijas Kolposkopijas konference sadarbībā ar
Eiropas Kolposkopijas federāciju

2014. gada 16.–18. oktobris
Radisson Blu Latvija Hotel, Rīga, Latvija

7th Congress of Latvian Obstetricians and Gynaecologists

1st Baltic Colposcopy Conference in collaboration
with European Federation for Colposcopy

October 16–18, 2014
Radisson Blu Latvija Hotel, Riga, Latvia

PROGRAMMA TĒZES

PROGRAMME ABSTRACTS



esmya[®] 5mg

Ulipristal acetate

28 tabletes

Simptomātiskas dzemdes miomas preoperatīvai terapijai

- Ātra iedarbība - aptur dzemdes asiņošanu vidēji 7 dienu laikā^{1,2,3}
- Klīniski nozīmīgi samazina miomas mezglu izmērus²
- Atjauno sievietes dzīves kvalitāti^{1,2}
- Laba panesamība, reti sastopamas menopauzālas blakusparādības^{1,2,3,4}

 GEDEON RICHTER



Recepšu medikaments. Pirms medikamenta izrakstīšanas, lūdzu iepazīstieties ar pilnu zāļu aprakstu. Medikamenta blakusparādību gadījumā, lūdzu, zvanīt pa tālr.: +371 67 388 780 (24h) Informācija apstiprināta 07.09.2013.

1. Donnez J. et al. N Engl J Med 2012; 366(5): 409-420, 2. Donnez J. et al. N Engl J Med 2012; 366(5):421-432, 3. Donnez J. et al. Detailed analysis of Menstrual Bleeding during Treatment of Uterine Fibroids (UF) with the Selective Progesterone; Receptor Modulator Esmya[®] (ulipristal acetate). Abstract and plenary lecture presented at the 15th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence (Italy) on 7-10 March 2012, 4. Esmya[®] 5mg Summary of Product Characteristics (SmPC)

SATURS CONTENT

KOMITEJAS COMMITTEES	3
VISPĀRĒJĀ INFORMĀCIJA GENERAL INFORMATION	4
ZINĀTNISKĀ PROGRAMMA SCIENTIFIC PROGRAMME.....	5
MUTISKĀS UZSTĀŠANĀS ORAL PRESENTATIONS	18
STENDA REFERĀTI POSTER PRESENTATIONS	70
PUBLIKĀCIJAS PUBLICATIONS.....	111
PERSONU RĀDĪTĀJS INDEX	115



Cien. kolēģi!

Latvijas ginekologi un dzemdību speciālisti ir ļoti darbīga tauta! Viena no Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas labākajām tradīcijām ir mūsu kongresi – tas vienmēr ir ļoti svarīgs darba notikums mūsu profesionālajā dzīvē: tas ir mūsu darba rezultātu apkopojums, kā arī nākotnes perspektīvu, metožu un tehnoloģiju prezentācija.

2014. gada 16.–18. oktobrī viesnīcas “Radisson Blue Latvija” telpās notiks 7. Latvijas Dzemdību speciālistu un ginekologu kongress, bet ne tikai – laipni tiek gaidītas arī vecmātes, ģimenes ārsti un citu specialitāšu pārstāvji.

Šoreiz mūsu kongresa norisi bagātinās 1. Baltijas Kolposkopijas konference, kā arī laparoskopiskās šūšanas seminārs 15.–16. oktobrī Latvijas Jūras medicīnas centrā un ginekoloģiskās endokrinoloģijas aktualitāšu sesija.

Kongress vienmēr ir īpašs notikums asociācijas dzīvē gan profesionālā, gan sociālā dzīvē – informācija, jaunumi, darba rezultāti un komunikācija 3 dienu garumā stiprina koleģialitāti un savstarpējo sapratni.

Vēlētos Jūs lūgt būt daļai no mūsu profesionālajiem svētkiem!

Dr. DACE MATULE,
Kongresa organizācijas komitejas prezidente

Dear Colleagues,

With the great pleasure we announce the 7th Latvian Congress of Obstetricians and Gynecologists.

On behalf of the board of the Latvian Association of Obstetricians and Gynecologists I would like to thank all my colleagues for the work that has been done in the field of women's reproductive healthcare and for maintaining the quality of health in all stages of women's life.

It is a year of great celebration – 25 years ago a group of Latvian obstetricians with Professor Eriks Melks as a leader, founded LAGA – Latvian Gynecologist's and Obstetrician's Association – Latvian doctors for women in Latvia.

Our congress will be an event to share ideas and opinions, to give birth to creative knowledge. The program we have put together promises exciting revelations for everyone.

Each workshop and panel consists of experts in their respective fields and will address the most important topics. All colleagues are warmly welcomed to share their experience and submit abstracts. Congress highlights will be an international laparoscopic workshop, 1st Baltic Colposcopy Conference, a session on gynecological endocrinology topics.

One of the most important topics in Latvia is reproductive healthcare. Despite the enormous progress in the availability of safe contraception, there is still a high number of unplanned pregnancies. The reasons why women do not use safe contraception have been analyzed and we would like to share the results of our population studies during the congress to make conclusions for the future, together with the honorable guest speakers – experts in reproductive healthcare in Europe – Professor Lazdane and Professor Bitzer.

As Latvians are known as a singing and dancing nation – the same as our neighbours Lithuanians and Estonians, we can't imagine opening and going together to a party without good music and good Latvian food. These moments are always great for strengthening friendships and fostering good feelings between colleagues.

President of the Organizing Committee
Dr. DACE MATULE

KOMITEJAS COMMITTEES

ORGANIZĀCIJAS KOMITEJAS PREZIDENTE

PRESIDENT OF THE ORGANIZING COMMITTEE

Dr. Dace Matule
matule@parks.lv

ORGANIZĀCIJAS KOMITEJA ORGANIZING COMMITTEE

Dr. Ieva Erciņa
Dr. Valērija Godunova
Dr. Maira Jansone
Dr. Dace Matule
Dr. Dace Melka
Dr. Ināra Miltiņa
Prof. Dace Rezeberga
Dr. Ineta Vasaraudze
Prof. Ilze Vīberga
Dr. Sandra Vītiņa
Dr. Jana Žodzika

ZINĀTNISKĀ KOMITEJA SCIENTIFIC COMMITTEE

Prof. Dace Rezeberga
Assoc. Prof. Ilze Vīberga
Dr. Maira Jansone
Dr. Dace Matule
Dr. Dace Melka
Dr. Ināra Miltiņa

SEKRETARIĀTS SECRETARIAT

Vita Jostiņa
Māra Barbare
Con-Ex Latvia Tours Group
Aspazijas bulv. 24, Rīga
LV-1050, Latvija
E:mail: vita.jostina@latviatours.lv
Mob. tel.: + 371 29276390

VISPĀRĒJĀ INFORMĀCIJA

GENERAL INFORMATION

NORISES DATUMI

2014. gada 15.–18. oktobris

NORISES VIETAS

Viesnīca "Radisson Blu Latvija"

Elizabetes iela 55, Rīga, Latvija

Latvijas Jūras medicīnas centrs

Patversmes iela 23, Rīga, Latvija

KONGRESA REĢISTRĀCIJAS DARBA LAIKI

Latvijas Jūras medicīnas centrs, Patversmes iela 23
(laparoskopiskās šūšanas seminārs)

15. oktobris, 9:00–11:00

Viesnīca Radisson Blu Latvija, Elizabetes iela 55,
2. stāvs, konferenču centrs, halle nr. 2

16. oktobris, 7:45–18:45

17. oktobris, 7:30–19:30

18. oktobris, 7:30–18:30

KONGRESA VALODAS

Oficiālās kongresa valodas ir latviešu un angļu.

SERTIFIKĀTS

Kongresa sertifikātus izsniegs 18. oktobrī pēc kongresa noslēguma kongresa reģistrācijā.

Laparoskopiskās šūšanas semināra, ginekoloģiskās endokrinoloģijas sesijas un 1. Baltijas Kolposkopijas konferences sertifikātus izsniegs atbilstoši attiecīgajām programmām.

KONGRESA UN SESIJU IDENTIFIKĀCIJAS KARTES

Identifikācijas kartes tiks izsniegtas kongresa/sesiju materiālos reģistrācijas laikā.

Karte ir dalībnieka identifikācijas dokuments un jānēsā visos ar kongresu saistītajos pasākumos.

KONGRESA KOKTEILPIEŅEMŠANA

Kongresa kokteilpieņemšana notiks 17. oktobrī plkst. 19:00 kongresa norises vietā viesnīcā "Radisson Blu Latvija" zālē "Omega 2" un vestibilā.

DATES

October 15–18, 2014

VENUES

Radisson Blu Latvija Hotel

55 Elizabetes str. Rīga, Latvia

Latvian Maritime Medicine Centre

23 Patversmes str., Rīga, Latvia

CONGRESS REGISTRATION WORKING HOURS

Latvian Maritime Medicine Centre, Patversmes str. 23
(laparoscopic suturing workshop)

October 15, 9:00–11:00

Radisson Blu Latvija Hotel, Elizabetes str. 55,
2nd floor, Conference centre, hall nr. 2

October 16, 7:45–18:45

October 17, 7:30–19:30

October 18, 7:30–18:30

CONGRESS LANGUAGES

Official languages of the Congress are Latvian and English.

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Congress certificate will be handed out on October 18th after the closing of the congress.

Laparoscopic suturing seminar, gynaecological endocrinology session and 1st Baltic Colposcopy Conference certificates will be handed out accordingly to the session programmes.

CONGRESS AND SESSION BADGES

Identification badges are included in the congress/session materials provided upon registration.

It must be worn at all times during the events.

WELCOME RECEPTION

Congress welcome reception will take place on October 17 at 19:00 in the congress venue "Radisson Blu Latvija Hotel" in hall "Omega 2" and lobby.

ZINĀTNISKĀ PROGRAMMA SCIENTIFIC PROGRAMME

STARPTAUTISKS SEMINĀRS LAPAROSKOPISKAJĀ ŠŪŠANĀ 2014. gada 15.–16. oktobris Latvijas Jūras medicīnas centrs, Patversmes iela 23

Darba valodas – latviešu un angļu

Trešdiena, 15. oktobris

Pamata kurss laparoskopiskajā šūšanas tehnikā

Teorētiskā daļa

09:00–10:00 **Reģistrācija**

10:00–10:15 Ievads, kursu programmas prezentācija

10:15–10:30 Ergonomika laparoskopiskajā šūšanā

10:30–10:45 Adatas ievades veidi vēdera dobumā

10:45–11:00 Intrakorporālās šūšanas tehnika

11:00–11:15 Ekstrakorporālās šūšanas tehnika

11:15–12:00 **Kafijas pauze**

12:00–13:30 **Robotasistētās laparoskopiskās sakrokolpovaginopeksijas operācijas tiešraide no Maskavas apgabala zinātniski pētnieciskā institūta ginekoloģiskās endoskopijas operāciju zāles (prof. A. Popovs).**

13:30–14:00 **Kafijas pauze**

Praktiskā daļa

14:00 **Audu šūšana, izmantojot simulatorus.**

Moderators: Vilius Rudaitis, M.D., Ph.D., Viļņas universitātes slimnīcas Santarišku klinika, Dzemdniecības un ginekoloģijas centrs, Ginekoloģijas nodaļas vadītājs

10 dalībnieki katram simulatoram.

Ceturtdiena, 16. oktobris

8:30 **Pacientu demonstrācija.**

9:00–10:30 **Laparoskopiskās kolposakrovaginopeksijas operācijas tiešraide no Latvijas Jūras medicīnas centra operāciju zāles (prof. A. Popovs).**

10:30–11:00 **Kafijas pauze**

11:00–12:00 **Lekcija "Iegurņa pamatnes problēmas sievietei, to risinājums, riski un ieguvums" (prof. A. Popovs).**

12:00–13:30 **Laparoskopiskās kolposakrovaginopeksijas operācijas tiešraide no Latvijas Jūras medicīnas centra operāciju zāles (prof. A. Popovs).**

P. S. Sakarā ar operāciju veikšanu un to translāciju programmā iespējamas izmaiņas.

INTERNATIONAL WORKSHOP IN LAPAROSCOPIC SUTURING AND ENDOSCOPIC PELVIC FLOOR REPAIRMENT

October 15–16, 2014

Latvian Maritime Medicine Centre, 23 Patversmes str., Riga, Latvia

Working languages – Latvian and English

Wednesday, October 15

Basic course in laparoscopic suture technique

Theoretical part

09:00–10:00	Registration
10:00–10:15	Introduction, course programme presentation
10:15–10:30	Ergonomics of laparoscopic suture
10:30–10:45	Needle entry kinds in the abdominal cavity
10:45–11:00	Intracorporal suture technique
11:00–11:15	Extracorporal suture technique
11:15–12:00	Coffee break
12:00–13:30	Live broadcast of robot–assisted laparoscopic sacrocolpovaginopexia surgery directly from Scientific Research Institute of gynecological endoscopy of Moscow Region (prof. A. Popov).
13:30–14:00	Coffee break
	Practical part
14:00	Tissue sewing using pelvic trainer-hands on. <i>Moderator: Vilius Rudaitis, M.D., Ph.D., Vilnius University Santariskiu Clinics, Center of Obstetrics and Gynecology, Head of Gynecology department</i> 10 participants per each trainer-hands on.

Thursday, October 16

8:30	Demonstration of patients.
9:00–10:30	Live broadcast of laparoscopic sacrocolpovaginopexia surgery directly from Latvian Maritime Medicine Centre (prof. A. Popov).
10:30–11:00	Coffee break
11:00–12:00	Lecture “Woman pelvic floor problems, solutions, risks and benefits” (prof. A. Popov).
12:00–13:30	Live broadcast of laparoscopic sacrocolpovaginopexia surgery directly from Latvian Maritime Medicine Centre (prof. A. Popov).

P. S. Changes are possible because of processing of the operations and broadcasting.

1. BALTIJAS KOLPOKOPIJAS KONFERENCE SADARBĪBĀ AR EIROPAS KOLPOKOPIJAS FEDERĀCIJU 2014. gada 16.–17. oktobris Zāle "Alfa", Radisson Blu Latvija Hotel, Rīga, Latvija

Darba valoda – angļu

Ceturtdiena, 16. oktobris

13:30–14:30	Reģistrācija
14:30–14:40	Atklāšana
14:40–15:00	Eiropas kolposkopijas diploms (EFC) <i>(Charles Redman, Eiropas Kolposkopijas federācija, Lielbritānija)</i>
15:00–15:20	Dzemdības kakla priekšvēža slimību primārās un sekundārās profilakses aktualitātes un problēmas Latvijā <i>(Jana Žodžika, Latvija)</i>
15:20–15:40	Dzemdības kakla priekšvēža slimību primārās un sekundārās profilakses aktualitātes un problēmas Lietuvā <i>(Daiva Vaitkiene, Lietuva)</i>
15:40–16:00	Dzemdības kakla priekšvēža slimību primārās un sekundārās profilakses aktualitātes un problēmas Igaunijā <i>(Piret Veerus, Igaunija)</i>
16:00–16:30	Kafijas pauze
16:30–17:00	Kvalitātes kontrole kolposkopijā Eiropā <i>(Charles Redman, Eiropas Kolposkopijas federācija, Lielbritānija)</i>
17:00–17:40	HPV testēšanas klīniskā nozīme dzemdības kakla priekšvēža saslimšanu skrīningā <i>(Pekka Nieminen, Eiropas Kolposkopijas federācija, Somija)</i>
17:40–18:00	Diskusijas

Piektdiena, 17. oktobris

08:00–08:30	Kolposkopijas principi, t. sk. grūtniecības laikā <i>(Simon Leeson, Eiropas Kolposkopijas federācija, Lielbritānija)</i>
08:30–09:00	Kolposkopiskā diagnoze. Starptautiskās dzemdības kakla slimību un kolposkopijas federācijas (IFCPC) nomenklatūra <i>(Simon Leeson, Eiropas Kolposkopijas federācija, Lielbritānija)</i>
09:00–10:00	Interaktīvā sesija <i>(Eiropas Kolposkopijas federācija, Latvijas Kolposkopijas biedrība)</i>
10:00–10:30	Kafijas pauze
10:30–11:00	Dzemdības kakla priekšvēža saslimšanu ārstēšanās iespējas, iespējamās komplikācijas, recidīvi <i>(Pekka Nieminen, Eiropas Kolposkopijas federācija, Somija)</i>
11:00–13:00	Interaktīvā sesija <i>(Eiropas Kolposkopijas federācija, Latvijas Kolposkopijas biedrība)</i>
13:00–13:15	Diskusijas, noslēgums

**1ST BALTIC COLPOSCOPY CONFERENCE IN COLLABORATION
WITH EUROPEAN FEDERATION FOR COLPOSCOPY
October 16–17, 2014
Hall "Alfa", Radisson Blu Latvija Hotel, Riga, Latvia**

Working language – English

Thursday, October 16

13:30–14:30	Registration
14:30–14:40	Welcome
14:40–15:00	European colposcopy diploma (Charles Redman, EFC, UK)
15:00–15:20	Practices and problems of cervical precancerous disease primary and secondary prevention in Latvia (Jana Zodzika, Latvia)
15:20–15:40	Practices and problems of cervical precancerous disease primary and secondary prevention in Lithuania (Daiva Vaitkiene, Lithuania)
15:40–16:00	Practices and problems of cervical precancerous disease primary and secondary prevention in Estonia (Piret Veerus, Estonia)
16:00–16:30	Coffee break
16:30–17:00	Quality assurance in colposcopy in Europe (Charles Redman, EFC, UK)
17:00–17:40	Clinical role of HPV testing incervical cancer screening (Pekka Nieminen, EFC, Finland)
17:40–18:00	Discussions

Friday, October 17

08:00–08:30	Colposcopic principles, including pregnancy (Simon Leeson, EFC, UK)
08:30–09:00	Colposcopic diagnosis. IFPC nomenclature (Simon Leeson, EFC, UK)
09:00–10:00	Interactive session (EFC, Latvian Society for Colposcopy)
10:00–10:30	Coffee break
10:30–11:00	Management of cervical precancerous lesions, complication, CIN recurrence (Pekka Nieminen, EFC, Finland)
11:00–13:00	Interactive session (EFC, Latvian Society for Colposcopy)
13:00–13:15	Discussions and closing

AKTUALITĀTES GINEKOĻĪSKAJĀ ENDOKRINOĻĪJĀ 2014. gada 16. oktobris Zāle "Alfa", Radisson Blu Latvija Hotel, Rīga, Latvija

Darba valoda – angļu

Ceturtdiena, 16. oktobris

Sesija "Aktualitātes ginekoloģiskajā endokrinoloģijā"

Vadītāji: Prof. Aivars Lejnieks (Latvija), Prof. Andrea R. Genazzani (Itālija)

07:45–08:15	Reģistrācija
08:15–09:00	Progesterons: tā loma grūtniecības sākumā Andrea R. Genazzani (Itālija)
09:00–09:45	Insulīna rezistence un ar to saistītie klīniskie stāvokļi sievietes reprodūktīvajā vecumā Aivars Lejnieks (Latvija)
09:45–10:15	Kafijas pauze
10:15–11:00	Endrogēni sievietēm: kad un kurām? Andrea R. Genazzani (Itālija)
11:00–11:30	Menopauzes endokrīnie un metabolie aspekti Irena Ilovayskaya (Krievija)
11:30–12:00	HAT ieguvumi un indikācijas Irena Ilovayskaya (Krievija)
12:00–12:15	Diskusija

ACTUALITIES IN GYNAECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY October 17–18, 2014 Radisson Blu Latvija Hotel, Riga, Latvia

Working language – English

Thursday, October 16

Session "Actualities of Gynaecological Endocrinology"

Chairs: Prof. Aivars Lejnieks (Latvia), Prof. Andrea R. Genazzani (Italy)

07:45–08:15	Registration
08:15–09:00	Progesterone: role in early pregnancy Andrea R. Genazzani (Italy)
09:00–09:45	Insulin resistance and related clinical conditions in women reproductive health Aivars Lejnieks (Latvia)
09:45–10:15	Coffee break
10:15–11:00	Endrogens in women: when and for whom? Andrea R. Genazzani (Italy)
11:00–11:30	Endocrine and metabolic aspects of menopause Irena Ilovayskaya (Russia)
11:30–12:00	Indications and benefits of MRT Irena Ilovayskaya (Russia)
12:00–12:15	Discussion

7. LATVIJAS DZEMDĪBU SPECIĀLISTU UN GINEKOLOGU KONGRESS 2014. gada 17.–18. oktobris Radisson Blu Latvija Hotel, Rīga, Latvija

Piektdiena, 17. oktobris, 13:30–19:00, zāle "Omega 1"

	Plenārsēde, darba valodas – latviešu un angļu (sinchronā tulkošana) "Sievietes veselības aprūpe Latvijas veselības politikas perspektīvā"
13:30–14:45	Pusdienu "Esmya" satelītsimpozījs (Gedeon Richter)
14:45–15:20	Satelītsimpozījs "Philips tehnoloģiskie sasniegumi sievietes reprodūktīvajai veselībai"
15:20–15:30	Break
15:30–15:45	Kongresa atklāšana
15:45–16:00	Reprodūktīvā veselības aprūpe Latvijā – pakalpojumi un iespējas <i>Prof. Dace Rezeberga (Latvija)</i>
16:00–16:15	Perinatālās veselības problēmas Latvijā <i>Dr. Maira Jansone (Latvija)</i>
16:15–16:30	Problēmas neauglības diagnostikā <i>Dr. Valērija Godunova (Latvija)</i>
16:30–16:45	Vecmāšu loma Latvijas reprodūktīvās veselības sistēmā <i>Kristīne Embure-Zapoļska (Latvija)</i>
16:45–17:15	Kafijas pauze / Posteru apskate
17:15–17:30	Ginekoloģiskā onkoloģija Latvijā <i>Dr. Rolands Mačuks (Latvija)</i>
17:30–17:45	Dzemdē kakla vēža profilakse – problēmas un risinājumi <i>Dr. Jana Žodžika (Latvija)</i>
17:45–18:00	Ģimenes ārsta loma Latvijas reprodūktīvās veselības sistēmā <i>Dr. Līga Kozlovska (Latvija)</i>
18:00–18:15	Aborts – aktuāls diskusijas temats Latvijas politikā <i>Assoc. Prof. Ilze Vīberga (Latvija)</i>
18:15–18:30	Ginekologu–dzemdību speciālistu apmācība Latvijā "laikmetu griežos" <i>Assoc. Prof. Ilze Vīberga (Latvija)</i>
18:30–18:45	Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijai – 25! Kādi mēs esam? Kurzemes ginekologa pašportrets <i>Dr. Ieva Erciņa, Dr. Ieva Ramane (Latvija)</i>
18:45–19:00	Latvijas Ārstu biedrības apsveikums <i>Dr. Pēteris Apinis (Latvija)</i>

Sestdiena, 18. oktobris, 8:30–15:30, zāle "Omega 1"

08:00–08:30	Satelītsimpozījs "Jaunākā tehnoloģija atopiskā dermatīta terapijā grūtniecēm un ar krūti barojošām māmām" (Bayer) <i>Dr. M. Rone-Kupfere</i>
08:30–09:00	Satelītsimpozījs "Dzemdē kontracepcijas lietošanas vadlīnijas dzemdējušām un nedzemdējušām sievietēm. Pirmais lasījums" (Bayer) <i>Darba grupa: I. Vīberga, D. Dinsberga, I. Paegle, L. Gulbe, D. Delīžanova, K. Skrodele, I. Zālamane</i>
09:05–10:20	Sesija "Seksuālā un reprodūktīvā veselība" (Seksuālās un reprodūktīvās veselības eksperti no Pasaules veselības organizācijas un Eiropas kontracepcijas un reprodūktīvās veselības biedrības – Prof. Johannes Bitzer, Šveice un Prof. Gunta Lazdāne, Latvija, PVO, Assoc. Prof. Ilze Vīberga, Latvija) Sēdes vadītāja: Assoc. Prof. Ilze Vīberga
09:05–09:35	Reprodūktīvās veselības problēmas Eiropā 21. gadsimtā <i>Prof. Gunta Lazdāne (Latvija, PVO)</i>
09:35–10:05	Kā ginekologi var palīdzēt pacientiem ar seksuālām problēmām? <i>Prof. Johannes Bitzer (Šveice)</i>

10:05–10:20	Latvijas Universitātes studējošo zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības jautājumiem koncepcijas kontekstā <i>D. Kalāne, I. Vīberga (Latvija)</i>
10:20–10:50	Kafijas pauze
10:50–12:20	Paralēlā sesija “Operatīvā ginekoloģija Latvijā šodien”, zāle “Alfa” Sēdes vadītāji: Dr. Dace Melka, Dr. Nellija Lietuviete, Dr. Juris Vītols (Latvija)
10:50–11:00	Ķirurģiski ārstēta dziļās endometriozes klīniskā gadījuma prezentācija <i>Juris Vītols, K. Snipe, Jurgis Vītols, N. Bērza (Latvija)</i>
11:00–11:10	Endometriozes, kas simulē Krona slimību, MR diagnostika – gadījuma ziņojums <i>I. Sedleniece, A. Siviņš, E. Gasiņš, M. Leja (Latvija)</i>
11:10–11:20	Ambulatorās histeroskopijas iespējas un ierobežojumi universitātes klīnikā Vācijā <i>J. Vasiljeva, L. Kissner, M. Mangler (Vācija)</i>
11:20–11:30	Dzemdību submukozu miomas mezglu ķirurģiskās ārstēšanas pieredze JV klīnikā. Klīnisko gadījumu apskats <i>E. Gasiņš, A. Plēpe (Latvija)</i>
11:30–11:40	Veiksmīga grūtniecība pēc apjomīgas konservatīvas miomektomijas – gadījuma apraksts <i>I. Briedīte, N. Lietuviete, D. Matule, D. Rezeberga, D. Siviņa, Ē. Urtāne (Latvija)</i>
11:40–11:50	Mazā iegurna sastrēguma endovazāla terapija – pirmā pieredze Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā <i>S. Rudņicka (Latvija)</i>
11:50–12:00	Kritiskas metrorāģijas minimāli invazīva endovaskulāra ārstēšana – pirmā pieredze Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā <i>S. Rudņicka, D. Kuņicina, M. Puksta, N. Lietuviete, D. Rezeberga (Latvija)</i>
12:00–12:10	MESH pielietojums maksts ķirurģijā. Pieredze, problēmas, risinājumi <i>N. Lietuviete, D. Melka (Latvija)</i>
12:10–12:20	Retu ārpusdzemdes grūtniecības formu diagnostika un ārstēšana <i>I. Briedīte, I. Daize, Z. Grabe, K. Ķempe, N. Kilasonija, D. Kuņicina, N. Lietuviete, M. Puksta, R. Renemane, D. Rezeberga, I. Sauka, D. Siviņa, J. Žodžika (Latvija)</i>
12:20–12:30	Diskusija
12:30–13:30	Pusdienas Posteru apskate Komisija: D. Melka, I. Briška, I. Vēvere, A. Miskova (Latvija)
10:50–12:20	Paralēlā sesija “Prenatālās diagnostikas aktualitātes”, zāle “Omega 1” Sēdes vadītāji: Dr. Natālija Vedmedovska, Dr. Dace Matule, Dr. Zane Krastiņa (Latvija)
10:50–11:00	Pacientu informētības un līdzestības nozīme grūtnieču ģenētiskā skrīninga veiksmīgas īstenošanas procesā <i>L. Korņejeva (Latvija)</i>
11:00–11:10	I trimestra kombinētais skrīnings, vidējā riska pārrēķināšana – pirmie rezultāti <i>N. Vedmedovska, I. Bičevska, P. Domaševs, E. Kalēja, S. Tenberga (Latvija)</i>
11:10–11:20	Fetālas medicīnas iespējas, savlaicīgs komandas darbs <i>I. Bičevska (Latvija)</i>
11:20–11:30	Agrīnu hromosomālu patoloģiju diagnostikas iespējas Latvijā <i>I. Mālniece, J. Bārs, I. Grīnfelde, D. Ezeriņa, I. Lubaua, A. Stāmere (Latvija)</i>
11:30–11:40	Preimplantācijas hromosomālās un monogēnās diagnostikas ģenētiskie aspekti <i>L. Korņejeva (Latvija)</i>
11:40–11:50	Iedzimtu sirdskaišu prenatāla atpazīstamība pēdējos 5 gados Latvijā <i>V. Zidere (Lielbritānija), I. Lubaua, I. Lāce (Latvija)</i>
11:50–12:00	Preeklampsijas un IUAAA prognoze un profilakse <i>P. Domaševs (Latvija)</i>
12:00–12:10	Placenta praevia riska faktori, diagnostika, grūtniecības komplikācijas un dzemdību iznākums <i>N. Seimuškina, M. Jansone, A. Pazeičuka (Latvija)</i>
12:10–12:20	Iedzimtu anomāliju risks IVF dviņiem <i>K. Briška, N. Vedmedovska, V. Fodina (Latvija)</i>

12:20–12:30	Molekulāras kariotipēšanas izmantošanas iespēja atkārtotas agrīnas grūtniecības neiznēsāšanas etioloģijas noteikšanā <i>L. Voložonoka, A. Miskova (Latvija)</i>
12:30–13:30	Pusdienas Posteru apskate Komisija: D. Melka, I. Briška, I. Vēvere, A. Miskova (Latvija)
13:30–15:30	Paralēlā sesija "Perinatālās veselības aprūpe", zāle "Omega 1" Sēdes vadītāji: Dr. Austin Ugumadu (Lielbritānija), Prof. Dace Rezeberga, Dr. Maira Jansone (Latvija)
13:30–14:00	Antihipertenzīvie līdzekļi grūtniecības laikā <i>Dr. Austin Ugumadu (Lielbritānija)</i>
14:00–14:10	Grūtniecības atrisināšanas taktika un iznākums augļa iegurņa priekšguļas gadījumā šodien un pirms 20 gadiem <i>I. Rumjanceva, I. Miltiņa, D. Rezeberga (Latvija)</i>
14:10–14:20	Misoprostola perorālās un vaginālās ievades efektivitātes salīdzinājums dzemdību indukcijai <i>K. Elksne, I. Miltiņa, G. Bārtule, A. Brežinska, L. Grīnberga, S. Markova, J. Jaščuka, A. Plēpe, D. Rezeberga (Latvija)</i>
14:20–14:30	Grūtnieču motivācija izvēlēties vecmāti kā antenatālas aprūpes speciālisti <i>J. Mališauskiene, N. Vedmedovska (Latvija)</i>
14:30–14:40	Incidence, indikācijas un galvenie histerektomijas riska faktori ķeizargrieziena laikā sievietei Daugavpils reģionālajā slimnīcā <i>I. Titoviča (Latvija)</i>
14:40–14:50	Ārējā sfinktera inervācijas izmaiņu analīze sievietēm pēc dzemdībām <i>V. Začesta, D. Baranovska, K. Elksne, I. Jermakova, H. Plaudis, D. Rezeberga, I. Vidnere, O. Zeļenova (Latvija)</i>
14:50–15:00	HOXB3 gēnu produktu klātbūtne dažādu gestācijas vecumu placentās <i>I. Kreicberga, M. Pilmane, D. Rezeberga (Latvija)</i>
15:00–15:10	Rezus negatīvas grūtnieces antenatāla un agrīna pēcdzemdību perioda aprūpe Latvijā 2012. gadā <i>R. Galsona, E. Sokolova, Z. Krastiņa (Latvija)</i>
15:10–15:20	Simulācija dzemdniecībā – klīniskas kompetences izaugsme <i>A. Miskova (Latvija)</i>
15:20–15:35	Medicīnas mācīšanas pieredze Kauņas universitātē <i>R. Nadišauskiene (Lietuva)</i>
15:35–15:45	Diskusija
15:45–16:15	Kafijas pauze
13:30–15:30	Paralēlā sesija "Neauglības problēmas", zāle "Alfa" Sēdes vadītāji: Dr. Valērija Godunova, Dr. Violeta Fodina (Latvija)
13:30–14:00	Jaunas tehnoloģijas onkoloģisko slimnieku auglības saglabāšanā: olnīcu audu sasaldēšana <i>M.D., Ph.D. Zivile Gudleviciene (Lietuva)</i>
14:00–14:30	Surogācija neauglības ārstēšanā <i>M.D., Ph.D. Elvira Isakova (Krievija)</i>
14:30–14:40	Vīriešu neauglības diagnostiskie faktori un to ietekme uz ICSI rezultātiem <i>V. Godunova, S. Bogojubovs, N. Andrejeva, S. Funka, S. Burceva, I. Joņina, I. Grīviņa, A. Stāmere, L. Saulīte, M. Soldāne (Latvija)</i>
14:40–14:50	Reproduktīvās funkcijas saglabāšanas stratēģija onkoloģiskiem pacientiem <i>V. Fodina, A. Miskova (Latvija)</i>
14:50–15:00	Izejošā folikulstimulējošā hormona limeņa sievietei iespējamā saistība ar olnīcu stimulācijas terapijas rezultātu <i>M. Levenšteins, I. Vīberga (Latvija)</i>
15:00–15:10	Oocītu specifisko gēnu loma sievietes reprodukcijas procesos. Klīnisks gadījums <i>E. Barkāne, G. Treijs (Latvija)</i>
15:10–15:20	Latvijā pirmā progresējošā grūtniecība pacientei ar neauglību un dzemdes kakla vēzi pēc radikālas trahelektomijas ar sekojošu medicīnisku apaugļošanu <i>A. Mitiļdžans, J. Brikune, Z. Romanovskis, S. Vītiņa, J. Ļakutins, J. Bazarova, A. Grunskis, K. Utane (Latvija)</i>

15:20–15:30	Olšūnu vitrifikācijas ietekme uz ekstrakorporālas apaugļošanas klīniskajiem rezultātiem <i>J. Ļakutins, O. Babula, A. Bazarova, J. Brikune, A. Grunskis, K. Utane (Latvija)</i>
15:30–15:40	Hipogonadotropā amenoreja un neauglība <i>A. Tirāne, D. Delīžanova (Latvija)</i>
15:40–15:50	Salīdzinošs genoma hibridizācijas uz mikročipiem klīniskā pielietošana pirmsimplantācijas embriju ģenētiskajai testēšanai reprodūktīvās medicīnas ietvaros <i>L. Voložonoka (Latvija)</i>
15:50–16:00	Endometrija reģenerācija izmantojot mezenhimālās cilmes šūnas <i>I. Barr, N. Katz (Israel)</i>
15:45–16:15	Kafijas pauze
16:15–17:45	Paralēlā sesija “Ambulatorā ginekoloģija. Infekcijas”, zāle “Alfa” Sēdes vadītāji: Prof. Ruta Nadišauskiene (Lietuva), Doc. Natālija Vedmedovska, Doc. Anna Miskova (Latvija)
16:15–16:25	Ofisa histeroskopija ambulatorajā ginekologa praksē <i>I. Briška, K. Briška (Latvija)</i>
16:25–16:35	Levonorgestrelu saturošās intrauterinās sistēmas ietekme uz ogļhidrātu vielmaiņu premenopauzālām sievietēm ar normālu un paaugstinātu ķermeņa masu <i>I. Vasaraudze (Latvija)</i>
16:35–16:45	Kombinētās orālās kontracepcijas ietekme uz maksts mikrofloru <i>D. Bokučava, D. Rezeberga, R. Erts, N. Kalašņikova, I. Vidnere, M. Mohova (Latvija)</i>
16:45–16:55	Dzemdības kakla priekšvēža saslimšanu korelācija ar maksts pH izmaiņām Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas kolposkopijas referenes centra pacientēm <i>I. Jermakova, I. Pavlovska, D. Rezeberga, M. Utorova, O. Vasina, J. Žodžika (Latvija)</i>
16:55–17:05	Dzemdības kakla vēža sekundārās profilakses kvalitātes analīze Latvijā <i>I. Jermakova, I. Pavlovska, D. Rezeberga (Latvija), Ch. Redman (Lielbritānija), I. Štrumfa, M. Utorova, J. Žodžika (Latvija)</i>
17:05–17:15	Dzimumorgānu kārpju prevalences Baltijas valstīs: Igaunijas, Latvijas un Lietuvas nacionālo iedzīvotāju aptauju rezultāti <i>D. Rezeberga, A. Karnīte, (Latvija), A. Uuskula, R. Reile (Igaunija), Z. Logminiene, Z. Padaiga (Lietuva), M. Nigard (Igaunija)</i>
17:15–17:25	Hiperandrogēnisma iemeslu izpēte un raksturojums pusaugu meitenēm Latvijā <i>L. Līdaka, I. Troice, I. Vīberga (Latvija)</i>
17:25–17:35	Normālas un izmainītas maksts mikrofloras baktēriju veidi grūtniecēm Rīgā <i>N. Bērza, J. Žodžika, O. Vasina, I. Lukojanova, O. Melngaile, R. Pundure, A. Reinis, I. Skadiņš (Latvija)</i>
17:35–17:45	Diskusija
16:15–17:45	Paralēlā sesija “Onkoginekoloģijas aktualitātes”, zāle “Omega 1” Sēdes vadītāji: Prof. Gilbert Donders (Beļģija), Ronalds Mačuks (Latvija)
16:15–16:45	Vagināla atrofija krūts vēža pacientēm <i>Prof. Gilbert Donders (Beļģija)</i>
16:45–16:55	Dzemdības kakla vēža saslimstības rādītāju izmaiņas Latvijā 1983.–2013. gados <i>U. Kojalo, G. Briģis, I. Vīberga (Latvija)</i>
16:55–17:05	Limfostāze pēc ķirurģiskas un adjuvantas staru terapijas pacientēm ar dzemdības kakla vēzi <i>Jurģis Vītols, R. Mačuks (Latvija)</i>
17:05–17:15	Cik radikāla ir radikāla agrīna dzemdības kakla terapija pacientēm, kuras plāno grūtniecību? <i>J. Vasiljeva, A. Bartens, M. Lanowska, M. Mangler (Vācija)</i>
17:15–17:25	Auglības saglabāšana pacientei ar endometrijas vēzi – klīniskais gadījums <i>A. Miskova, V. Fodina, Z. Romanovskis (Latvija)</i>
17:25–17:35	Diskusija
17:45	Kongresa noslēgums / Posteru apbalvošana / Sertifikāti, zāle “Omega 1”

7TH CONGRESS OF LATVIAN OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS
17th -18th October
Radisson Blu Latvia Hotel, Riga, Latvia

Friday, 17th October, 13:30–19:00, hall “Omega 1”

	Plenary session, working languages – Latvian and English (synchronous translation) „Women’s health care in Latvia in perspective of health politics”
13:30–14:45	Lunch satellite symposium “Esmya” (Gedeon Richter)
14:45–15:20	Satellite symposium “Technological achievements for women’s reproductive health by Philips”
15:20–15:30	Break
15:30–15:45	Congress opening
15:45–16:00	Reproductive health care in Latvia – services and opportunities <i>Prof. Dace Rezeberga (Latvia)</i>
16:00–16:15	Problems in perinatal health care in Latvia <i>Dr. Maira Jansone (Latvia)</i>
16:15–16:30	Problems of diagnostics in infertility <i>Dr. Valerija Godunova (Latvia)</i>
16:30–16:45	Role of midwife in reproductive health care system in Latvia <i>Kristine Embure-Zapolska (Latvia)</i>
16:45–17:15	Coffee break / Poster viewing
17:15–17:30	Gynecological oncology in Latvia <i>Dr. Rolands Macuks (Latvia)</i>
17:30–17:45	Prevention of cervical cancer – problems and solutions <i>Dr. Jana Zodzika (Latvia)</i>
17:45–18:00	General practitioner’s role in reproductive health care system in Latvia <i>Dr. Liga Kozlovskā (Latvia)</i>
18:00–18:15	Abortion – hot topic for discussions in Latvia’s politics <i>Assoc. Prof. Ilze Viberga (Latvia)</i>
18:15–18:30	Training of gynecologists and obstetricians in Latvia <i>Assoc. Prof. Ilze Viberga (Latvia)</i>
18:30–18:45	25 years of Latvia’s Association of Gynecologists and obstetricians. Who we are? Self-portrait of gynecologist from Kurzeme. <i>Dr. Ieva Ercina, Dr. Ieva Ramane (Latvia)</i>
18:45–19:00	Greetings from Latvia’s Association of Physicians <i>Dr. Peteris Apinis (Latvia)</i>

Saturday, 18th October, 8:30–15:30, hall “Omega 1”

08:00–08:30	Satellite symposium “Latest technology in treating atopic dermatitis during pregnancy and breast feeding period” (Bayer) <i>Dr. M. Rone-Kupfere</i>
08:30–09:00	Satellite symposium “Decision to use intrauterine contraception” (Bayer) <i>Working group: I. Viberga, D. Dinsberga, I. Paegle, L. Gulbe, D. Delizanova, K. Skrodele, I. Zalmane</i>
09:05–10:20	Session “Sexual and reproductive health” (Experts from World Health Organization and European Society of Contraception and Reproductive Health Care – Prof. Johannes Bitzer, Switzerland, Prof. Gunta Lazdane, Latvia, WHO; Assoc. Prof. Ilze Viberga, Latvia) Chair: Assoc. Prof. Ilze Viberga (Latvia)
09:05–09:35	Challenges in reproductive health in Europe in the 21st century <i>Prof. Gunta Lazdane (Latvia, WHO)</i>
09:35–10:05	How can gynecologists help patients with sexual life problems? <i>Prof. Johannes Bitzer (Switzerland)</i>
10:05–10:20	Knowledge of sexual and reproductive health issues in the context of contraception of students of the University of Latvia. <i>D. Kalane, I. Viberga (Latvia)</i>

10:20–10:50	Coffee break
10:50–12:20	Parallel session “Gynaecological surgery in Latvia today”, hall “Alfa” Chairs: Dr. Dace Melka, Dr. Nellija Lietuviete, Dr. Juris Vitols (Latvia)
10:50–11:00	Surgically treated deep endometriosis – case presentation <i>Juris Vitols, K. Snipe, Jurgis Vitols, N. Berza (Latvia)</i>
11:00–11:10	Endometriosis that mimics Chron’s disease, MRI diagnostics – case report <i>I. Sedleniece, A. Sivins E. Gasins, M. Leja (Latvia)</i>
11:10–11:20	Usability and limitations of office hysteroscopy in university clinic in Germany <i>J. Vasiljeva, L. Kissner, M. Mangler (Germany)</i>
11:20–11:30	Experience of surgical treatment of submucous myoma in JV clinic. Report of case series. <i>E. Gasins, A. Plepe (Latvia)</i>
11:30–11:40	Successful pregnancy after enucleation of large myoma – case report <i>I. Briedite, N. Lietuviete, D. Matule, D. Rezeberga, D. Sivina, E. Urtane (Latvia)</i>
11:40–11:50	Pelvic congestion syndrome’s endovasal therapy – first experience in Riga’s Eastern Clinical University hospital. <i>S. Rudnicka (Latvia)</i>
11:50–12:00	Minimally invasive treatment of extreme uterine bleeding – first experience in Riga’s Eastern Clinical University hospital. <i>S. Rudnicka, D. Kunicina, M. Puksta, N. Lietuviete, D. Rezeberga (Latvia)</i>
12:00–12:10	Use of MESH in vaginal surgery. Experience, problems, solutions. <i>N. Lietuviete, D. Melka (Latvia)</i>
12:10–12:20	Rare forms of extrauterine pregnancies – diagnostics and treatment <i>I. Briedite, I. Daize, Z. Grabe, K. Kempe, N. Kilasonija, D. Kunicina, N. Lietuviete, M. Puksta, R. Renemane, D. Rezeberga, I. Sauka, D. Sivina, J. Zodzika (Latvia)</i>
12:20–12:30	Discussion
12:30–13:30	Lunch Poster viewing Jury: D. Melka, I. Briska, I. Vevere, A. Miskova (Latvia)
10:50–12:20	Parallel session “Highlights of Perinatal care”, hall “Omega 1” Chairs: Dr. Natalija Vedmedovska, Dr. Dace Matule, Dr. Zane Krastina (Latvia)
10:50–11:00	Importance of patient’s awareness and compliance in successful implementation of genetical screening programme <i>L. Kornejeva (Latvia)</i>
11:00–11:10	1st trimester combined screening – calculation of average risk – first results <i>N. Vedmedovska, I. Bicevska, P. Domasevs, E. Kaleja, S. Tenberga (Latvia)</i>
11:10–11:20	Possibilities of fetal medicine, timely team work. <i>I. Bicevska (Latvia)</i>
11:20–11:30	Early diagnostic possibilities of chromosomal pathology in Latvia <i>I. Malniece, J. Bars, I. Grinfelde, D. Ezerina, I. Lubaua, A. Stamere (Latvia)</i>
11:30–11:40	Genetical aspects of preimplantation chromosomal and monogenic diagnostics <i>L. Kornejeva (Latvia)</i>
11:40–11:50	Prenatal detection of congenital heart diseases in last five years in Latvia <i>V. Zidere (Great Britain), I. Lubaua, I. Lace (Latvia)</i>
11:50–12:00	Prognosis and prophylaxis of preeclampsia and IUGR <i>P. Domasevs (Latvia)</i>
12:00–12:10	Risk factors, diagnostics, pregnancy complications and delivery outcomes for patients with placenta praevia <i>N. Seimuskina, M. Jansone, A. Pazeicuka (Latvia)</i>
12:10–12:20	Risk of congenital anomalies in twins after IVF <i>K. Briska, N. Vedmedovska, V. Fodina (Latvia)</i>
12:20–12:30	Possibilities of molecular karyotyping in detecting etiology of recurrent early pregnancy loss <i>L. Volozonoka, A. Miskova (Latvia)</i>

12:30–13:30	Lunch Poster viewing Jury: D. Melka, I. Briska, I. Vevere, A. Miskova (Latvia)
13:30–15:30	Parallel session “Perinatal health care”, hall “Omega 1” Chairs: Dr. Austin Ugwumadu (Great Britain), Prof. Dace Rezeberga, Dr. Maira Jansone (Latvia)
13:30–14:00	Antihypertensive medication during pregnancy <i>Dr. Austin Ugwumadu (Great Britain)</i>
14:00–14:10	Management and outcomes in deliveries with breech presentation today and 20 years ago <i>I. Rumjanceva, I. Miltiņa, D. Rezeberga (Latvia)</i>
14:10–14:20	Comparison of efficacy of peroral vs vaginal administration of misoprostol in induction of labor <i>K. Elksne, I. Miltina, G. Bartule, A. Brezinska, L. Grinberga, S. Markova, J. Jascuka, A. Pepe, D. Rezeberga (Latvia)</i>
14:20–14:30	Woman’s motivation to choose midwife as antenatal care provider <i>J. Malisaukiene, N. Vedmedovska (Latvia)</i>
14:30–14:40	Incidence, indications and main risk factors for hysterectomy during cesarian section in Daugavpils regional hospital <i>I. Titovica (Latvia)</i>
14:40–14:50	Changes in innervation of external sfincter for women after delivery <i>V. Zacesta, D. Baranovska, K. Elksne, I. Jermakova, H. Plaudis, D. Rezeberga, I. Vidnere, O. Zelenova (Latvia)</i>
14:50–15:00	Presence of HOXB3 gene products in placenta of different gestational age <i>I. Kreicberga, M. Pilmane, D. Rezeberga (Latvia)</i>
15:00–15:10	Antenatal and early postnatal care of rhesus negative pregnant women in Latvia in 2012 <i>R. Galsone, E. Sokolova, Z. Krastina (Latvia)</i>
15:10–15:20	Simulation in obstetrics – growth of clinical competences <i>A. Miskova (Latvia)</i>
15:20–15:35	Experience of teaching the medicine in University of Kaunas <i>R. Nadisaukiene (Lithuania)</i>
15:35–15:45	Discussion
15:45–16:15	Coffee break
13:30–15:30	Parallel session “Infertility problems”, hall “Alfa” Chair: Dr. Valerija Godunova, Dr. Violeta Fodina (Latvia)
13:30–14:00	New technologies in preserving fertility for oncological patients: cryopreservation of ovarian tissue <i>M.D., Ph.D. Zivile Gudleviciene (Lithuania)</i>
14:00–14:30	Surrogacy in infertility treatment <i>M.D., Ph.D. Elvira Isakova (Russia)</i>
14:30–14:40	Diagnostic factors for male infertility and their influence on ICSI results <i>V. Godunova, S. Bogolubovs, N. Andrejeva, S. Funka, S. Burceva, I. Jonina, I. Grivina, A. Stamere, L. Saulite, M. Soldane (Latvia)</i>
14:40–14:50	Strategies of preserving fertility in oncological patients <i>V. Fodina, A. Miskova (Latvia)</i>
14:50–15:00	Baseline follicule stimulating hormone level and it’s possible correlation with the results of ovarian stimulation <i>M. Levensteins, I. Viberga (Latvia)</i>
15:00–15:10	Role of specific oocyte genes in women’s reproduction. Clinical case <i>E. Barkane, G. Treijs (Latvia)</i>
15:10–15:20	First progressing pregnancy in Latvia in patient with infertility and cervical cancer after radical trachelectomy and following assisted reproduction <i>A. Mitildzans, J. Brikune, Z. Romanovskis, S. Vitina, J. Lakutins, J. Bazarova, A. Grunskis, K. Utane (Latvia)</i>
15:20–15:30	Oocyte vitrification’s influence on results of extracorporal fertilization <i>J. Lakutins, O. Babula, A. Bazarova, J. Brikune, A. Grunskis, K. Utane (Latvia)</i>
15:30–15:40	Hypogonadotropic amenorrhoea and infertility <i>A. Tirane, D. Delizanova (Latvia)</i>
15:40–15:50	Use of embryo comparative genome hybridization to microarrays in preimplantation genetical testing in assisted reproduction <i>L. Volozonoka (Latvia)</i>

15:50–16:00	Endometrial regeneration using mesenchymal stem cells <i>I. Barr, N. Katz (Israel)</i>
15:45–16:15	Coffee break
16:15–17:45	Parallel session “Out-patient gynecology. Infections”, hall “Alfa” Chairs: Prof. Ruta Nadisauskiene (Lithuania), Doc. Natālija Vedmedovska, Doc. Anna Miskova (Latvia)
16:15–16:25	Use of office hysteroscopy in out-patient gynecology practice <i>I. Briska, K. Briska (Latvia)</i>
16:25–16:35	Influence of levonergestrel containing intrauterine device on carbohydrate metabolism in premenopausal women with normal and increased body weight <i>I. Vasaraudze (Latvia)</i>
16:35–16:45	Influence of combined oral contraception on vaginal microflora <i>D. Bokucava, D. Rezeberga, R. Erts, N. Kalasnikova, I. Vidnere, M. Mohova (Latvia)</i>
16:45–16:55	Correlation of premalignant cervical diseases with vaginal ph changes in patients of Riga’s Eastern hospital colposcopy reference center <i>I. Jermakova, I. Pavlovska, D. Rezeberga, M. Utorova, O. Vasina, J. Zodzika (Latvia)</i>
16:55–17:05	Some cervical cancer secondary prophylaxis quality aspects in Latvia <i>I. Jermakova, I. Pavlovska, D. Rezeberga (Latvia), Ch. Redman (Great Britain), I. Strumfa, M. Utorova, J. Zodzika (Latvia)</i>
17:05–17:15	Prevalence of genital warts in Baltic states: results of national surveys in Estonia, Latvia and Lithuania <i>D. Rezeberga, A. Karnite, (Latvia), A. Uuskula, R. Reile (Estonia), Z. Logminiene, Z. Padaiga (Lithuania), M. Nigard (Estonia)</i>
17:15–17:25	Hyperandrogenism in adolescent girls in Latvia – etiology and characteristics <i>L. Lidaka, I. Troice, I. Viberga (Latvia)</i>
17:25–17:35	Bacteria types in Normal and altered vaginal microflora in pregnant women in Riga <i>N. Berza, J. Zodzika, O. Vasina, I. Lukojanova, O. Melngaile, R. Pundure, A. Reinis, I. Skadiņš (Latvia)</i>
17:35–17:45	Discussion
16:15–17:45	Parallel session “Highlights of oncogynaecology”, hall “Omega 1” Chairs: Prof. Gilbert Donders (Belgium), Ronalds Macuks (Latvia)
16:15–16:45	Vaginal atrophy in breast cancer patients <i>Prof. Gilbert Donders (Belgium)</i>
16:45–16:55	Changes in cervical cancer incidence in Latvia from 1983 to 2013 <i>U. Kojalo, G. Brigis, I. Viberga (Latvia)</i>
16:55–17:05	Lymphostasis after surgical and adjuvant radiotherapy in patients with cervical cancer <i>Jurgis Vitols, R. Macuks (Latvia)</i>
17:05–17:15	Which radicality is radical enough in patients with early cervical cancer and the desire to have children? <i>J. Vasiljeva, A. Bartens, M. Lanowska, M. Mangler (Germany)</i>
17:15–17:25	Fertility preservation for patient with endometrial cancer – case report <i>A. Miskova, V. Fodina, Z. Romanovskis (Latvia)</i>
17:25–17:35	Discussion
17:45	Congress closing / Poster awards / Sertificates, room “Omega 1”

MUTISKĀS UZSTĀŠANĀS

ORAL PRESENTATIONS

REPRODUKTĪBĀS VESELĪBAS APRŪPE LATVIJĀ – PAKALPOJUMI UN IESPĒJAS.....	22
Dace Rezeberga	
PERINATĀLĀS VESELĪBAS PROBLĒMAS LATVIJĀ	23
Jansone M.	
PROBLEMS IN INFERTILITY DIAGNOSIS.....	24
Valerija Godunova	
GINEKOLOĢISKĀ ONKOLOĢIJA LATVIJĀ.....	25
Dr.med. Ronalds Mačuks	
DZEMDES KAKLA VĒŽA PROFILAKSE – PROBLĒMAS UN RISINĀJUMI	25
Jana Žodžika, Dace Rezeberga	
FAMILY DOCTORS’ ROLE IN REPRODUCTIVE HEALTH CARE	26
Liga Kozlovskā	
ABORTS – AKTUĀLS DISKUSIJAS TEMATS LATVIJAS POLITIKĀ.....	27
Vīberga I., Ķelle I.	
GINEKOLOGU–DZEMDĪBU SPECIALISTU APMĀCĪBA LATVIJĀ “LAIKMETU GRIEŽOS”.....	28
Vīberga I., Rezeberga D.	
KURZEMES GINEKOLOGA PAŠPORTRETS	29
Ieva Ramane, Inga Vēvere, Natālija Gailite, Eduards Ošiņš	
LATVIJAS UNIVERSITĀTES STUDĒJOŠO ZINĀŠANAS PAR SEKSUĀLĀS UN REPRODUKTĪVĀS VESELĪBAS JAUTĀJUMIEM KONTRACEPCIJAS KONTEKSTĀ	30
Kalāne D., Vīberga I.	
ĶIRURĢISKI ĀRSTĒTA DZIĻĀS ENDOMETRIOZES KLĪNISKĀ GADĪJUMA PREZENTĀCIJA.....	31
Juris Vītols, K. Snipe, Jurgis Vītols, N. Bērza	
ENDOMETRIOZES, KAS SIMULĒ KRONA SLIMĪBU MR DIAGNOSTIKA – GADĪJUMA ZIŅOJUMS.....	32
Ilze Sedleniece, Armands Sviņš, Egīls Gasiņš, Mārcis Leja	
USABILITY AND LIMITATIONS OF OFFICE HYSTEROSCOPY IN UNIVERSITY CLINIC IN GERMANY.....	32
J. Vasiljeva, L. Kissner, M. Mangler	

DZEMDES SUBMUKOZU MIOMAS MEZGLU ĶIRURĢISKĀS ĀRSTĒŠANAS PIEREDZE JV KLĪNIKĀ. KLĪNISKO GADĪJUMU APSKATS	33
Egīls Gasiņš, Agnese Plēpe	
VEIKSMĪGA GRŪTNIECĪBA PĒC APJOMĪGAS KONSERVATĪVAS MIOMEKTOMIJAS – GADĪJUMA APRAKSTS	34
Ieva Briedīte, Nellija Lietuviete, Dace Matule, Dace Rezeberga, Dace Siviņa, Ērika Urtāne	
MAZĀ IEGURŅA SASTRĒGUMA SINDROMA ENDOVAZĀLA TERAPIJA – PIRMĀ PIEREDZE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKAJĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCĀ.....	34
Svetlana Rudņicka	
KRITISKAS METRORĀGIJAS MINIMĀLI INVAZĪVA ENDOVASKULĀRA ĀRSTĒŠANA – PIRMĀ PIEREDZE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKAJĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCĀ.....	35
Svetlana Rudņicka, Diāna Kuņicina, Mārīte Puksta, Nellija Lietuviete, Dace Rezeberga	
MESH PIELIETOJUMS MAKSTS ĶIRURĢIJĀ. PIEREDZE, PROBLĒMAS, RISINĀJUMI	35
Nellija Lietuviete, Dace Melka	
RETU ĀRPUSDZEMDES GRŪTNIECĪBAS FORMU DIAGNOSTIKA UN ĀRSTĒŠANA	36
Ieva Briedīte, Ieva Daize, Zane Grabe, Kristīne Ķempe, Ņina Kilosonija, Diāna Kuņicina, Nellija Lietuviete, Mārīte Puksta, Renāte Renemane, Dace Rezeberga, Irēna Sauka, Dace Siviņa, Jana Žodžika	
PACIENTU INFORMĒTĪBAS UN LĪDZESTĪBAS NOZĪME GRŪTNIEČU ĢENĒTISKĀ SKRĪNINGA VEIKSMĪGAS ĪSTENOŠANAS PROCESĀ.....	37
Liene Korņejeva	
I TRIMESTRA KOMBINĒTAIS SKRĪNINGS, VIDĒJĀ RĪSKA PĀRRĒKINĀŠANA- PIRMIE REZULTĀTI.....	38
Natālija Vedmedovska, Iveta Bičevska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja, Santa Tenberga	
FETĀLĀS MEDICĪNAS IESPĒJAS, SAVLAICĪGS KOMANDAS DARBS.....	39
Iveta Bičevska, Natālija Vedmedovska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja, Santa Tenberga	
AGRĪŅU HROMOSOMĀLU PATOĻĢIJU DIAGNOSTIKAS IESPĒJAS LATVIJĀ	40
Ieva Mālniece ¹ , Jānis Bārs ¹ , Ieva Grīnfelde ¹ , Dace Ezeriņa ¹ , Ingūna Lubaua ² , Agnija Stāmere ³	
PREIMPLANTĀCIJAS HROMOSOMĀLĀS UN MONOGĒNĀS DIAGNOSTIKAS ĢENĒTISKIE ASPEKTI.....	41
Liene Korņejeva	
DETECTION RATE OF DUCTUS – DEPENDENT AND COMPLEX CONGENITAL HEART DEFECTS PRENATALLY IN LATVIA 2009-2013.....	41
Inguna Lubaua, Inga Lace, Vita Zidere	
PREEKLAMPSIJAS UN IUAAA PROGNOZE UN PROFILAKSE	42
PLACENTA PRAEVIA RĪSKA FAKTORI, DIAGNOSTIKA, GRŪTNIECĪBAS KOMPLĪKĀCIJAS UN DZEMDĪBU IZNĀKUMS	43
Nellija Seimuškina, Maira Jansone, Anastasija Pazeičuka	
IEDZIMTU ANOMĀLIJU RĪSKS IVF DVĪŅIEM	44
Katrīna Briška, Natālija Vedmedovska, Violeta Fodina	
MOLEKULĀRAS KARIOTIPĒŠANAS IZMANTOŠANAS IESPĒJA ATKĀRTOTAS AGRĪNAS GRŪTNIECĪBAS NEIZNĒSĀŠANAS ETIOĻĢIJAS NOTEIKŠANĀ	45
Ludmila Voložonoka, Anna Miskova	

GRŪTNIECĪBAS ATRISINĀŠANAS TAKTIKA UN IZNĀKUMS AUGĻA IEGURŅA PRIEKŠGUĻAS GADĪJUMĀ ŠODIEN UN PIRMS 20 GADIEM	46
Rumjanceva I., Miltiņa I., Rezeberga D.	
MISOPROSTOLA PERORĀLĀS UN VAGINĀLĀS IEVADES EFEKTIVĪTĀTES SALĪDZINĀJUMS DZEMDĪBU INDUKCIJAI	47
Karlina Elksne, Ināra Miltiņa, Guna Bārtule ¹ , Aija Brežinska ¹ , Linda Grīnberga ¹ , Santa Markova ¹ , Jūlija Jaščuka ² , Agnese Plēpe ² , Dace Rezeberga	
GRŪTNIEČU MOTIVĀCIJA IZVĒLĒTIES VECMĀTI KĀ ANTENATĀLAS APRŪPES SPECIĀLISTI	48
Jūlija Mališauskiene (<i>vecmāte, Bc.sal., Mg.oec., Mg.sc.ing.</i>) Natālija Vedmedovska (<i>dr.med. Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Latvija</i>)	
INCIDENCE, INDIKĀCIJAS UN GALVENIE HISTEREKTOMIJAS RISKA FAKTORI ĶEIZARGRIEZIENA LAIKĀ SIEVIETEI DAUGAVPILS REĢIONĀLAJĀ SLIMNĪCĀ	49
ĀRĒJĀ SFINKTERA INERVĀCIJAS IZMAIŅU ANALĪZE SIEVIETĒM PĒC DZEMDĪBĀM	50
V. Začesta, D. Baranovska, K. Elksne, I. Jermakova, H. Plaudis, D. Rezeberga, I. Vidnere, O. Zelenova	
HOXB3 ĢĒNU PRODUKTU KLĀTBŪTNE DAŽĀDU GESTĀCIJAS VECUMU PLACENTĀS	51
Ilze Kreicberga, Māra Pilmane, Dace Rezeberga	
REZUS NEGATĪVAS GRŪTNIECES ANTENATĀLA UN AGRĪNA PĒCDZEMDĪBU PERIODA APRŪPE LATVIJĀ 2012.GADĀ	52
Ramona Gālsone, Emma Sokolova, Zane Krastiņa	
SIMULĀCIJA DZEMDniecībā – KLĪNISKAS KOMPETENCES IZAUGSME	53
Anna Miskova	
VĪRIEŠU NEAUGLĪBAS DIAGNOSTISKE FAKTORI UN TO IETEKME UZ ICSI REZULTĀTIEM	54
Valerija Godunova, Natālija Andrejeva, Solvita Funka, Svetlana Burceva, Ilona Jonīna, Sergejs Bogoļubovs, Ingūna Stalidzāne, Agnija Stāmere, Līga Saulīte, Marta Soldāne	
FERTILITY PRESERVATION STRATEGY FOR ONCOLOGICAL PATIENTS REPRODUKTĪVAS FUNKCIJAS SAGLABĀŠANAS STRATĒGIJA ONKOĻĢISKIEM PACIENTIEM	55
Violeta Fodina, Anna Miskova	
IZEJOŠĀ FOLIKULSTIMULĒJOŠĀ HORMONA LĪMEŅA SIEVIETEI IESPĒJAMĀ SAISTĪBA AR OLNĪCU STIMULĀCIJAS TERAPIJAS REZULTĀTU	56
Levenšteins M., Vīberga I.	
OOCĪTU SPECIFISKO ĢĒNU LOMA SIEVIETES REPRODUKCIJAS PROCESOS	56
Dr. Eva Barkāne, Dr. Gints Treijs	
LATVIJĀ PIRMĀ PROGRESĒJOŠĀ GRŪTNIECĪBA PACIENTEI AR NEAUGLĪBU UN DZEMDES KAKLA VĒZI PĒC RADIKĀLAS TRAHELEKTOMIJAS AR SEKOJOŠU MEDICĪNISKU APAUGĻOŠANU	57
A. Mitļidžans, J. Brikune, Z. Romanovskis, S. Vītiņa, J. Ļakutins, A. Bazarova, A. Grunskis, K. Utāne	
OLŠŪNU VITRIFIKĀCIJAS IETEKME UZ EKSTRAKORPORĀLAS APAUGĻOŠANAS KLĪNISKAJIEM REZULTĀTIEM	58
J. Ļakutins, O. Babula, J. Bazarova, J. Brikune, A. Grunskis, K. Utāne	
HIPOGONADOTROPĀ AMENOREJA UN NEAUGLĪBA	58
Dr. A. Tirāne, dr. D. Deližanova	
SALĪDZINOŠĀS GENOMA HIBRIDIZĀCIJAS UZ MIKROČIPIEM KLĪNISKĀ PIELIETOŠANA PIRMSIMPLANTĀCIJAS EMBRIJU ĢENĒTISKAJAI TESTĒŠANAI REPRODUKTĪVĀS MEDICĪNAS IETVAROS	59
Ludmila Voložonoka	

ENDOMETRIAL REGENERATION USING AUTOLOGOUS MESENCHYMAL STEM CELLS	59
Ilya Barr, MD, Nathan Katz, PhD	
OFISA HISTEROSKOPIJA AMBULATORAJĀ GINEKOLOGA PRAKSĒ	60
Ingrīda Briška, Katrīna Briška	
LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERĪNĀS SISTĒMAS IETEKME UZ OGĻHIDRĀTU VIELMAIŅU PREMENOPAUZĀLĀM SIEVIETĒM AR NORMĀLU UN PAAUGSTINĀTU ĶERMEŅA MASU	61
Ineta Vasaraudze, Dace Rezeberga, Aivars Lejnieks	
KOMBINĒTĀS ORĀLĀS KONTRACEPCIJAS IETEKME UZ MAKSTS MIKROFLORU	62
Diana Bokuchava, Dace Rezeberga, Renārs Erts, Natalja Kalašņikova, Ilze Vidnere, Marija Mohova	
DZEMDES KAKLA PRIEKSVĒŽA SASLIMŠĀNU KORELĀCIJA AR MAKSTS PH IZMAIŅĀM RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCAS KOLPOSKOPIJAS REFERENCES CENTRA PACIENTĒM	63
Irina Jermakova, Inga Pavlovskā, Dace Rezeberga, Marina Utorova, Olga Vasina, Jana Žodžika	
SOME CERVICAL CANCER SECONDARY PROPHYLAXIS QUALITY ASPECTS IN LATVIA	64
Irina Jermakova, Inga Pavlovskā, Dace Rezeberga, Charles Redman, Ilze Štrumfa, Marina Utorova, Jana Žodžika	
DZIMUMORGĀNU KĀRPU PREVALENCE BALTIJAS VALSTĪS: IGAUNIJAS, LATVIJAS UN LIETUVAS NACIONĀLO IEDZĪVOTĀJU APTAUJU REZULTĀTI	64
Dace Rezeberga, Anda Karnīte, Anneli Uuskula, Rainer Reile, Zeneta Logminiene, Zilvinas Padaiga, Mary Nigard	
HIPERANDROĢĒSMA IEMESLU IZPĒTE UN RAKSTUROJUMS PUSAUGU MEITENĒM LATVIJĀ	65
Lidaka L., Troice I., Vīberga I.	
NORMĀLAS UN IZMAIŅĪTAS MAKSTS MIKROFLORAS BAKTĒRIJU VEIDI GRŪTNIECĒM RĪGĀ	66
Natālija Bērza, Jana Žodžika, Olga Vasina, Irina Lukojanova, Olita Melngaile, Rita Pundure, Aigars Reinis, Ingus Skadiņš	
DZEMDES KAKLA VĒŽA SASLIMSTĪBAS RĀDĪTĀJU IZMAIŅAS LATVIJĀ 1983. – 2013. GADOS	67
U. Kojalo, G. Briģis, I. Vīberga	
LIMFOSTĀZE PĒC ĶĪRURĢISKAS UN ADJUVANTAS STARU TERAPIJAS PACIENTĒM AR DZEMDES KAKLA VĒŽI	68
Jurģis Vītols, Mačuks R.	
WHICH RADICALITY IS RADICAL ENOUGH IN PATIENTS WITH EARLY CERVICAL CANCER AND THE DESIRE TO HAVE CHILDREN?	68
J. Vasiljeva, A. Bartens, M. Lanowska, M. Mangler	
AUGLĪBAS SAGLABĀŠANA PACIENTEI AR ENDOMETRIJA VĒŽI – KLĪNISKAIS GADĪJUMS	69
Anna Miskova, Violeta Fodina, Zenons Romanovskis	
<i>Darba vadītāja:</i> Dr. med. Anna Miskova	

SIEVIETES VESELĪBAS APRŪPE LATVIJAS VESELĪBAS POLITIKAS PERSPEKTĪVĀ

WOMEN'S HEALTH CARE IN LATVIA IN PERSPECTIVE OF HEALTH POLITICS

REPRODUKTĪBĀS VESELĪBAS APRŪPE LATVIJĀ – PAKALPOJUMI UN IESPĒJAS

Dace Rezeberga

Rīgas Dzemdību nams, Rīgas Stradiņa universitāte, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

MĒRĶIS. Aplūkot reprodūktīvās veselības pakalpojumus Latvijā, to izvietojumu, pieejamos cilvēkresursus.

METODES. Politikas plānošanas, SPKC, NVD datu analīze.

REZULTĀTI. 2013.gadā Latvijā bija 20 stacionāras dzemdību nodaļas, no kurām septiņās dzemdību skaits bijis mazāks par 500. Notikušas 235 plānotas dzemdības mājās. 42,5% no visām dzemdībām Latvijā notikušas Rīgā, 1/3 visu Latvijā dzimušo bērnu piedzimuši Rīgas Dzemdību namā.

2012.–2014. gadā veselības ministrija īstenoja Mātes un bērna veselības plānu, piesaistot ievērojamu papildus finansējumu. Tā ietvaros antenatālā skrīninga programma tika papildināta ar virkni izmeklējumiem: uzsākts I trimestra kombinētais ģenētiskais skrīnings, decentralizēti prenatalās diagnostikas invazīvo izmeklējumu pakalpojumi, paplašinātai riska grupai paredzēta prenatalā ehokardiogrāfija, gestācijas diabēta skrīnings, uzsākts B grupas streptokoka universāls skrīnings. I trimestra skrīninga pieejamība 2014. gadā ir ievērojami uzlabojusies. Izpratne par gestācijas diabēta skrīninga nozīmīgumu perinatālā rezultāta uzlabšanai joprojām ir nepilnīga: glikozes tolerances tests netiek nozīmēts visai riska grupai, testa rezultātu interpretācija nav pilnvērtīga un neseko darbība. Joprojām nepareizi tiek nozīmēta B grupas streptokoka ārstēšana grūtniecības laikā, lai gan profilakse ir jāveic tikai dzemdību laikā. Ir vērojama

virksne pozitīvu pārmaiņu perinatālās aprūpes kvalitātes indikatoros. Ar 2013. gadu ieviesta Mātes mirstības konfidencialā analīze. Pirmie rezultāti liecina, ka mātes mirstību būtiski ietekmē mātes sociodemogrāfiskie apstākļi, tomēr veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte ir būtiski jāuzlabo – nepieciešama izstrādāto vadlīniju ieviešana (dzīlo vēnu trombozes un plaušu embolijas profilakses nacionālās vadlīnijas), lokālu vadlīniju un algoritmu izstrādāšana, nepieciešams komandas darba treniņš katastrofu situāciju risināšanai katrā darba vietā.

Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmā netiek izvirzīti pakalpojumu kvalitātes kritēriji, bet tam būtiska loma tiks piešķirta jau tuvākajā nākotnē: pakalpojumu apjoms, atbilstošas kompetences cilvēkresursu pieejamība, tehnoloģiju nodrošinājums būs priekšnosacījumi valsts pakalpojumu nodrošināšanai. Šobrīd nav līdzsvaroti darba samaksas nosacījumi starp ambulatoro sektoru un stacionāro, neatliekamo palīdzību valsts un pašvaldību slimnīcās, salīdzinot ar privāto medicīnu. Darba samaksas nosacījumi vienlaicīgi ar pakalpojumu sadrumstalotību nenovēršami ved uz valsts sektora pakalpojumu sabrukumu.

SECINĀJUMI. Katra ārsta misija ir dzīvot, mācīties un atstāt garīgo mantojumu. Darbs sabiedrības labā ir tas garīgais mantojums, kas paliks pēc mums.

PERINATĀLĀS VESELĪBAS PROBLĒMAS LATVIJĀ

Jansone M.

Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Stradiņa universitāte

DARBA MĒRĶIS. Perinatālā mirstība Latvijā ik gadu turpina samazināties, bet tā joprojām ir augstāka nekā attīstītajās Eiropas valstīs. Tas radīja nepieciešamību perinatālā audita sistēmas ieviešanai.

DARBA METODES:

1. Aplūkoti perinatālās aprūpes statistiskie rādītāji valstī.
2. Kvalitatīvi izanalizēti Perinatālās mirstības gadījumi Paula Stradiņa KUS.

REZULTĀTI. 2012. gadā Latvijā bija 19.401 dzemdības, bet 2013. gadā – 20.089 dzemdības. 2013. gadā 13 (no 19) dzemdību

iestādēs dzemdību skaits bija lielāks par 500. Perinatālās mirstības rādītājs Latvijā 2012. gadā bija 9,3 un 2013. gadā – 7,3 uz 1000 dzimušiem. Paula Stradiņa KUS 2012. gadā bija 20129 dzemdības, bet 2013. gadā – 1914 dzemdības. Perinatālās mirstības rādītājs bija attiecīgi 16,4 un 22,7 uz 1000 dzimušiem.

SECINĀJUMI:

1. Latvijā pilnībā nedarbojas perinatālā reģionalizācija, neveidojas saikne starp ambulatoro un stacionāro aprūpi.
2. Jāievieš perinatālā audita sistēma veicot regulāru saslimstības un mirstības rādītāju analīzi ar sekojošu rekomendāciju izstrādi situācijas uzlabošanai.

PROBLEMS IN INFERTILITY DIAGNOSIS

Valerija Godunova

Ltd "VASU", Private clinic "JūsuĀrsti", Latvian Human Reproduction Society

RESEARCH BASE. Latvian IVF clinics

RESEARCH OBJECTIVES AND AIMS. To evaluate the diagnosis of infertility problems in Latvia

WORK METHODS. Includes all couples with infertility, who were treated using ART in the state infertility program since September 2012.

RESULTS. A result of research gaps were identified in the diagnosis of male infertility in Latvia, which lead to difficulties in treatment. Possible highlight certain points of diagnosis required for the successful treatment of male infertility. The reasons that impede treatment of male infertility can be divided into 3 categories:

1. Problems of men health
 - a. *The age of men starting IVF*
 - b. *Metabolic disorders*
 - c. *Hormonal disorders*
 - d. *Action of exogenic protoxicants*
 - e. *Genetic causes affecting men fertility*
2. Pathologies of sperm cells
 - a. *Teratozoospermia*
 - b. *Ultrastructural alteratozoospermia*
 - c. *DNA fragmentation*
 - d. *Nucleus compacting and chromatin density lesions in sperm cells*
 - e. *Virus infections*
 - f. *Aneuploidy*
3. Question of IVF, IVF-ICSI protocols
 - a. *Approaching to 100% of ICSI application in protocols – male factor*
 - b. *High percentage of unsuccessful IVF/ICSI protocols*
 - c. *Low fertilization rate*
 - d. *Problems of the development of DAY 3 embryos*
 - e. *Miscariages*
 - f. *Donation of sperm in case of azoospermia*

To determine the factors affecting the outcome of treatment, you must use the following approach to the diagnosis of a man:

1. Complex assessment of metabolism (Carbogydrate metabolism, lipid metabolism, detection of vitamin deficiency)
2. Evaluation of regulatory factors of the reproductive system – endocrinological (including inhibin b, estradiol) and genetic parameters (karyotype, AZF, CFTR)
3. Complex assessment of functional and morphological status of the reproductive system (Doppler usg of scrotum, trusg, biochemistry and oxidative stress in stress in the semen)
4. Advanced diagnostics of sperm
 - DNA fragmentation
 - Electron microscopy of sperm cells
 - FISH analysis for detection of aneuploidy
 - Functional maturity test (HBA test)
5. Consultation of couples (andrologist, reproductologist, endocrinologist, geneticist, embryologist)

As a result of diagnosis it is possible to use the latest methods of treatment which significantly improves the results of ART and saving resources.

The implementation of microsurgical operations. THE IMPLEMENTATION OF MICROSURGICAL OPERATIONS

 - Subinguinal microsurgical varicocelectomy by marmar including bilateral surgery

New algorithm in the management of patients with azoospermia:

 - Hormonal treatment before testicular biopsy (aromatase inhibitors, RFSH, HCG, GNRH)
 - Treatment of metabolic disorders
 - Subinguinal microsurgical varicocelectomy by marmar including bilateral – as a preparation for testis biopsy
 - Microsurgical biopsy of testis (MICROTESE)

CONCLUSIONS:

1. New diagnostic algorithm is the system of andrological support of infertile men.
2. Current system allows avoid or significantly decrease the use of donor's sperm.
3. Man is not being a witness, but a partner in the process becoming a father, in such way increasing his self-esteem. Improving the diagnosis and treatment of men in preparation for ART saves a lot of funds in the treatment of infertility.

GINEKOLOĢISKĀ ONKOLOĢIJA LATVIJĀ

Dr.med. Ronalds Mačuks

RAKUS Latvijas onkoloģijas centra Ginekoloģijas nodaļa, RSU Ginekoloģijas un dzemdniecības katedra

Ginekoloģiskās onkoloģijas svarīgākais resurss ir mūsu ārsti. Tie ir speciālisti, kas katru dienu palīdz Latvijas sievietēm izārstēties no onkoloģiskām saslimšanām, pagarinot to dzīvi, vienlaicīgi saglabājot iespējami labāku dzīves kvalitāti. Starp pēdējā laika nozīmīgākajiem sasniegumiem ir minama reproduktīvo funkciju saglabājošo operāciju ienākšana ikdienas praksē, kā arī ķirurģisko operāciju apjoma palielināšana olnīcu vēža ārstēšanā.

Neskatoties uz sasniegto, joprojām ir problēmas, kas būtu risināmas – ārstu un palīgpersonāla atalgojums stacionārā, rezidentu apmācība, dodot lielākas iespējas rezidentiem apgūt praktiskas ķirurģiskās iemaņas. Ir nepieciešams izveidot apmācīt tiesīgo ārstu vērtēšanas un piesaistītu atalgošanas sistēmu, kas motivētu mācīt. Tāpat ir nepieciešams uzlabot arī rezidentu disciplinētību, lai mā-

cību programmas apgūšanas laikā jaunajiem ārstiem nebūtu citu pienākumu.

Ņemot vērā, ka Latvija ir maza valsts un onkoloģijas ginekologu ir salīdzinoši maz, ir nepieciešamība pēc augsti kvalificētiem speciālistiem, kas regulāri papildina zināšanas ārvalstīs, apmeklējot starptautiskas konferences. Klīniskajā praksē, pieņemot lēmumus pacientu ārstēšanā, vairāk vajadzētu balstīties uz klīniskajām vadlīnijām un mazāk uz subjektīvo pieredzi. Lēmumi pacientu ārstēšana būtu jāpieņem nesteidzīgi, pēc plašākas diskusijas speciālistu starpā, atsaucoties uz dažādiem pētījumiem. Turklāt būtiski, lai pētījumiem un vadlīnijām sekotu ne tikai ginekoloģijas onkologi, bet arī konsilijos iesaistītie ķīmijterapieti un staru terapieti.

DZEMDES KAKLA VĒŽA PROFILAKSE – PROBLĒMAS UN RISINĀJUMI

Jana Žodžika^{1,2,3}, Dace Rezeberga^{1,2,3}

1 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte

3 – Slimību profilakses un kontroles centrs

MĒRĶIS. Latvijā saslimšana ar dzemdes kakla vēzi joprojām ir viena no augstākajām Eiropā. Lai arī kopš 2009. gada mūsu valstī ir uzsākts Valsts organizēta dzemdes kakla vēža skrīnings un no 2010. gada vakcinācija pret cilvēka papilomas vīrusu, pastāv virkne neatrisinātu problēmu, kas ierobežo šo programmu efektivitāti. Uzstāšanās mērķis ir izanalizēt ar dzemdes kakla vēža profilaksi saistītās problēmas un iespējamus risinājumus Latvijā.

METODE. Apkopota informācija par – ar Veselības ministrijas 2013. gadā rīkoto izveidotās darba grupas Valsts organizēta dzemdes kakla vēža skrīninga norises izvērtēšanai un 2014. gada 20. jūnijā Slimību profilakses un kontroles centrā noritējušās apakšējā galda diskusijas "Kvalitātes nodrošinājums valsts organizētajā dzemdes kakla vēža skrīninga – situācija Latvijā un attīstības virzieni", kurā piedalījās Eiropas Savienības eksperts dzemdes kakla skrīninga jautājumos Marks Arbins, rezultātiem.

REZULTĀTI. Tika identificētas sekojošas dzemdes kakla vēža profilakses problēmas Latvijā – zema vakcinācijas un skrīningamērķa populācijas aptvere un iesaistīšanās, neapmierinoša citoloģisko un kolposkopisko izmeklējumu kvalitāte, nepietiekoša primārās aprūpes ārstu loma dzemdes kakla vēža primārā un sekundārā profilaksē, kā arī profilaktisko pasākumu koordinācija, monitorings un uzraudzība. Nepieciešamie risinājumi – ir skaidri jādefinē skrīninga vadība un koordinācija, jāmotivē ģimenes ārstus iesaistīties vēža profilakses programmās, jāpanāk dzemdes kakla vēža slimību diagnostika un ārstēšana visos etapos atbilstoši Eiropas kvalitātes standartiem pamatā references centros, jāievieš cilvēka papilomas vīrusa testēšana pēc indikācijām.

SECINĀJUMI. Lai arī Latvijā tiek nodrošināta valsts apmaksāta dzemdes kakla vēža primārā un sekundārā profilakse, ir jāveic virkne kā profesionālu, tā arī organizatorisku pasākumu, lai panāktu saslimstības un mirstības samazināšanos.

FAMILY DOCTORS' ROLE IN REPRODUCTIVE HEALTH CARE

Līga Kozlovska

The Rural Family Doctor's Association of Latvia, Rīga Stradiņ's University

A woman's reproductive health takes an important place in her life. So, it is of a great necessity to investigate and evaluate the way general practitioner's consultation influences her reproductive health, and find out the drawbacks of primary health care.

The family doctor's role in women's reproductive health improving is of primary importance. The first patient's contact to a doctor is provided. And it means receiving information about issues of mental, physical and sexual health. This communication lasts life-long.

There are **1 million 997,5 thousand** inhabitants (May 2014) in Latvia, 1378 family doctors (GPs) and 1574 registered patients per 1 GP in Latvia.

Low birthrate and high mortality still remains in Latvia. Due to this natural increase of population is still negative. Such situation is in all Baltic states. However, the indicators are more unfavorable in Latvia than in Lithuania and Estonia.

For the sub-fields of SRH, the current WHO categories are used: family planning, maternal and perinatal health, STIs, HIV/AIDS and gynaecological cancers, (unsafe) abortion, sexual health.

Types of activities for SRH include information and education, counseling; diagnosis, treatment, including drug prescription (and distribution); management, including referral, follow-up care and

continuous patient record keeping, community health promotion, screening and prevention activities.

Primary health care (PHC) criteria for high quality care in sexual reproductive health (SRH) are accessibility, affordability, continuity of care, comprehensiveness, integration, coordination, social-medical approach, health promotion and prevention orientation, responsibility at the community level.

Four types of organization for SRH can be distinguished.

1. Family doctor or general practitioner (GP) model.
2. PHC centre model.
3. Private gynaecologist model (Latvian example).
4. Hospital polyclinic model (Latvian example) and youth SRH centres.

CONCLUSIONS. GPs, who consult women on reproductive health issues and perform primary and secondary prevention, can expect an improvement of women's health indicators in a period of time.

GPs that take care of women, coordinating the job and forwarding them to gynecologists, must expand their knowledge on purpose to better quality of care.

ABORTS – AKTUĀLS DISKUSIJAS TEMATS LATVIJAS POLITIKĀ

Viberga I.¹, Ķelle I.²

1 – Latvijas Universitāte

2 – Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācija Papardes zieds

MĒRĶIS. Pēdējos gados aizvien aktuālāks, plaši apspriests un diskutēts kļuvis jautājums par demogrāfisko situāciju Latvijā, kas tiek uzskatīta par kritisku. Tās pasliktināšanos gaida arī nākotnē. Dabiskais pieaugums valstī jau stabili ir negatīvs no 1995. gada un 2013. gadā ir -4,1 uz 1000 iedzīvotājiem. Pastāv gan sociāla, gan politiska un ekonomiska rakstura tiešas un netiešas ietekmes uz demogrāfiskiem procesiem sabiedrībā. Taču, nereti daži politiķi un dažādas nevalstiskas organizācijas un indivīdi maldīgi uzskata un mēģina kā negatīvo demogrāfisko procesu galveno un svarīgāko iemeslu izvirzīt neplānotas grūtniecības pārtraukšanu jeb abortu, tādējādi cenšoties panākt situāciju, lai tiktu ierobežotas vai pat aizliegtas sievietes tiesības veikt brīvu izvēli saglabāt vai nesaglabāt neplānotu un nevēlamu grūtniecību. Šis uzstāšanās mērķis ir apzināt situāciju šajā aspektā LR šobrīd un kā tā ir attīstījies no 2010. gada.

METODE. Izpētīt un apzināt LR demogrāfiskās statistikas rādītājus un to dinamiku, pastāvošos likumus, normatīvos aktus un rosinātās izmaiņas, iesaistītās valstiskās un nevalstiskās organizācijas un to aktivitātes, notikumu hronoloģiju, pētniecību, publikācijas nevēlamas grūtniecības pārtraukšanas jautājumā un aspektos.

REZULTĀTI. Nevēlamo grūtniecību pārtraukšanas procedūru absolūtais skaits un citi ar to saistītie statistiskie rādītāji, LR pēdējo

20 gadu laikā ir stabili un ievērojami samazinājies, t.i., par apmēram 6,5 reizēm, un turpina stabili samazināties. Mākslīga grūtniecības pārtraukšana Latvijā noteikti vairs nav ģimenes plānošanas metode, kā tas bija ceturtdaļgadsimtu jeb vienu paaudzi atpakaļ. LR šobrīd pastāv sabalansēts juridiskais aspekts, kas ļauj un nodrošina sievietes tiesības brīvi un patstāvīgi pieņemt lēmumu par neplānotas un nevēlamas grūtniecības pārtraukšanu. Taču valstī nepastāv un nav radīta atbalsta programma un mehānismi, lai mazinātu neplānotas un nevēlamas grūtniecības iestāšanās riskus sabiedrībā. Svarīgākie aspekti šādas programmas ietvarā ir sabiedrības, īpaši jauniešu izglītošana seksuālās un reproduktīvās veselības un augsti efektīvas kontracepcijas līdzekļu lietošanas jautājumos. LR nepastāv finansiāli atbalsta mehānismi, salīdzinot ar citām valstīm pasaulē, kontracepcijas līdzekļu iegādē ne riska vecuma, veselības problēmu grupām, ne ģimenēm, lai varētu veikt mērķtiecīgu ģimenes plānošanu.

SECINĀJUMI. LR pastāvošie normatīvie dokumenti nav jāmaina vai jālabo, un ir pienācis brīdis, kad valstij ir jāpalīdz Latvijas jaunajai sievietei ģimenes plānošanā, iegādājoties augsti efektīvas kontracepcijas līdzekļus, un jāpalīdz izglītēt nākošo paaudzi šajos jautājumos, jo Latvijas sieviete tikai pati saviem spēkiem un māku ir panākusi to pozitīvo, kas sasniegts šajā jautājumā šobrīd.

GINEKOLOGU–DZEMDĪBU SPECIALISTU APMĀCĪBA LATVIJĀ “LAIKMETU GRIEŽOS”

Viberga I.¹, Rezeberga D.²

1 – Latvijas Universitāte

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte

MĒRĶIS. Ņemot vērā visus ģeopolitiskos notikumus pagājušā gadsimta beigās un Latvijas neatkarības atgūšanu 1990.gadā, Latvijā notika izmaiņas daudzās ikdienas dzīves jomās, tajā skaitā ārstu profesionālās darbības regulējošos normatīvajos aktos, kas nosaka arī pēcdiploma apmācības vajadzības specializācijai noteiktāārsta specialitātē. Šī ziņojuma mērķis ir aplūkot ārstu ginekologu apmācības sistēmu LR kopš neatkarības atjaunošanas.

METODES. Izpētot Latvijas Ginekologu un Dzemdību speciālistu asociācijas Sertifikācijas komisijas protokolus un citus dokumentus, kā arī dokumentus, kas pieejami Latvijas Ārstu biedrībā, un bijušos vēsturiskos normatīvos aktus, un aptaujājot kolēģus, RSU un LU mācībspēkus, tika savākta un apstrādāta informācija par to, kā ir mainījies ginekologa un dzemdību speciālista apmācība un sagatavošanas process, lai jaunais speciālists varētu kvalitatīvi un profesionāli iekļauties Latvijas sieviešu veselības un grūtniecības aprūpē, dzemdību palīdzības sniegšanā.

REZULTĀTI. 1993.gadā tie 422 LR teritorijā praktizējošie ginekologi un dzemdību speciālisti, kuriem bija jau iegūti specialitāti apliecinājoši dokumenti (kvalifikācijas kategorijas vai internatūras vai kliniskās ordinatūras), laika periodā līdz 1997.gadam izgāja atkārtotu eksaminācijas procedūru un ieguva sertifikātu turpināt praktizēt LR teritorijā uz pieciem gadiem. Pamatojoties uz LR pieņem-

tiem normatīvajiem aktiem, 1993./1994.gadā Latvijas Medicīnas Akadēmijā (vēlāk 1997./1998.gadā arī Latvijas Universitātē) pirmie rezidenti sāka apgūt četrgadīgu specialitātes programmu. Paralēli rezidentūras apmācībai līdz 1999./2000.gadam bija arī iespējams uzsākt specialitātes apmācību kā stažierim, atbilstoši izstrādātajām prasībām, pēc kuru izpildīšanas, varēja kārtot sertifikācijas eksāmenu specialitātē. No 2002./2003.gada specialitātes apmācības programmas ilgums tika pagarināts uz pieciem gadiem atbilstoši EBCOG prasībām. 1997.gadā sertifikācijas eksāmenu kārtoja pirmie rezidentūras beidzēji un arī stažieri. Kopumā no 1997.gada līdz 2014.gadam apmācību specialitātē kā rezidenti ir izgājuši 83 jaunie speciālisti. Šobrīd apmācību turpina 37 rezidenti. No 1993./1994.gada līdz 2005.gadam sertifikātu specialitātē ir ieguvuši 119 stažieri. Latvijā šobrīd ir atzītas ginekologa, dzemdību speciālista pamatspecialitāte, subspecialitāte onkoloģijas ginekologa specialitātē, un ultrasonogrāfijas metode dzemdniecībā un ginekoloģijā.

SECINĀJUMI. LR šodien pastāv labas iespējas pilnvērtīgai specialitātes apgūšanai Eiropas prasību līmenī. Mūsu uzdevums ir veidot jau pilntiesīgi praktizējošo ārstu sapratni par veiksmīgu apmācības procesa realizāciju valstī, lai pēc rezidentūras beigšanas jaunie kolēģi būtu pilnībā gatavi strādāt patstāvīgi ne tikai de iure, bet arī de facto, tādējādi nodrošinot specialitātes pastāvēšanu, nostiprināšanu un izaugsmi LR.

KURZEMES GINEKOLOGA PAŠPORTRETS

Ieva Ramane, Inga Vēvere, Natālija Gailīte, Eduards Ošiņš

Kā vienu no aktuālākajām šī brīža problēmām medicīnā redzam personāla trūkumu, īpaši valsts sektorā.

DARBA MĒRĶIS. Noskaidrot Kurzemes zonā strādājošo ginekologu domas par savu noslodzi, veselību un darba norisi reģionā.

DARBA METODE. Kurzemes zonas (ietverot sekojošas pilsētas – Liepāja, Kuldīga, Talsi, Saldus, Grobiņa, Aizpute un Ventspils) ginekologu aptauja. Aptauja veikta aizpildot anonīmu anketu. Anketa izsniegta visiem ginekologiem, kas strādā un dzīvo Kurzemes zonā.

DARBA REZULTĀTI. Kopā izsūtītas 40 anketas, atbildes saņemtas uz 36 no tām. Vislielākais strādājošo ginekologu skaits ir vecuma grupā no 50-59 gadu vecumam – 42 %, taču ievērojams fakts, ka vecuma grupā no 70-79 gadiem ir 14 % no Kurzemes zonas strādājošajiem ginekologiem, savukārt vecuma grupā no 30-39 gadiem – 8 %. 25 % ginekologu strādā vairākās Kurzemes pilsētās. Analizētas ginekologu darbavietas pēc darba profila – 47 % kolēģu strādā tikai ambulatoro darbu valsts vai privātajā sektorā, 53% strādā gan stacionārā, gan ambulatori. Lielākajai daļai gan ambulatori,

gan stacionārā strādājošajiem ginekologiem summētais darba laiks pārsniedz darba likumā atļauto maksimālo darba stundu skaitu nedēļā. 30% ginekologi atzīmē, ka palielinātas darba slodzes dēļ cieš viņu fiziskā un psihiskā veselība, analizēti veselības traucējumu veidi. 19 % kolēģi neizmanto ikgadējo atvaļinājumu, kā biežākos iemeslus minot aizvietotāja trūkumu un finansiālas grūtības. 47% aptaujāto ginekologu uzskata, ka atpūtas laikā nespēj atjaunot darbā iztērētos resursus. 55% aptaujāto uzskata, ka strādājoši ginekologi ir nepietiekoši daudz, īpaši stacionārā, kā galvenos iemeslus tam minot zemu atalgojumu un vispārēju speciālistu trūkumu reģionos. Lai piesaistītu jaunus speciālistus reģioniem visbiežāk tiek minēts pašvaldības atbalsts maksājot lielāku darba algu, dzīvojamās platības un citu sociālo jautājumu risināšana, 14% ginekologi apsver arī citu valstu imigrantu piesaisti reģioniem, jo Latvijā sagatavotie speciālisti līdz reģioniem nokļūst nepietiekošā daudzumā, 11% kolēģu uzskata, ka par speciālistu piesaisti nebūtu jādome ārstiem.

SECINĀJUMI. Lai turpinātu nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpi reģionos nepieciešama valsts programma speciālistu piesaistei stacionārajam darbam un neatliekamajai palīdzībai dzemdniecībā un ginekoloģijā.

SEKSUĀLĀ UN REPRODUKTĪVĀ VESELĪBA SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

LATVIJAS UNIVERSITĀTES STUDĒJOŠO ZINĀŠANAS PAR SEKSUĀLĀS UN REPRODUKTĪVĀS VESELĪBAS JAUTĀJUMIEM KONTRACEPCIJAS KONTEKSTĀ

Kalāne D.¹, Višberga I.²

1 – Ārste, Latvijas Universitāte

2 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Neskatoties, ka abortu skaits Latvijā turpina samazināties, joprojām, saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas (PVO) datiem, abortu biežums Latvijā ir samērā augsts. PVO kā visefektīvāko abortu skaita samazināšanas instrumentu uzskata zināšanas par seksuālās un reproduktīvās veselības (SRV) jautājumiem. Latvijā nav pietiekamu datu par zināšanām SRV jomā, īpaši jauniešu vecuma grupā. Pētījuma mērķis ir noskaidrot, kādas ir Latvijas Universitātes (LU) studējošo zināšanas par SRV jautājumiem kontracepcijas kontekstā, un izvērtēt un salīdzināt LU studējošo zināšanas par kontracepcijas jautājumiem.

METODOLOĢIJA. Šķēsgriezuma, aprakstošs un salīdzinošs pētījums. Pētījumā iekļauti LU dažādu fakultāšu mācību programmu pirmā un trešā kursa studenti, kuri atbildēja un aizpildīja pilotētu, strukturētu un anonīmu anketu ar pētījuma jautājumiem par: vecumu, dzimumu, zināšanām par kontracepciju, reproduktīvo anamnēzi. Dati tika ievākti, studentiem atrodoties universitātē pirms lekcijām, un apkopoti un analizēti, izmantojot programmas MS Excel un SPSS 19.0.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. Vidējais studentu vecums bija 21 (SN±2,4) gads. 81% no respondentiem ir seksuāli aktīvi un viņu vidējais coitarche vecums bija 17 (SN±1,6) gadi, un vidējais dzimumpartneru skaits dzīves laikā bija 3,45 (SN±3,7). Minētajos aspektos pētījuma izlase ir reprezentabla Latvijas iedzīvotāju populācijai. Pirmā seksuāla kontakta laikā kontracepciju lietoja 88% studentu, un no tiem 86% izvēlējās prezervatīvu. 63% uz anketēšanas brīdi apgalvoja, ka viņiem ir viens pastāvīgs dzimumpartneris un vidējais pašreizējo seksuālo attiecību ilgums ir divi gadi, un 85% no šiem respondentiem pastāvīgi lieto kādu no kontracepcijas metodēm, un 47% tiek lietots prezervatīvs. Pastāvīgi kādu kontracepcijas metodi lieto 58% no seksuāli aktīviem respondentiem, no tiem 69% izvēlas prezervatīva kontracepcijas metodi. Pārbaudot LU studējošo zināšanas par dažādām kontracepcijas metodēm, izrādījās, ka pietiekams zināšanu līmenis studentiem ir tikai par prezervatīvu un pārtraukto dzimumaktu, bet par pārējām kontracepcijas metodēm zināšanas ir viduvējas vai vājas, lai gan trešā kursa studentiem zināšanas salīdzinoši ir labākas nekā pirmā kursa studentiem. Arī sievietēm un seksuāli aktīviem studentiem zināšanas par kontracepcijas metodēm un to lietošanu salīdzinoši ir labākas.

ATSLĒGAS VĀRDI: kontracepcija, jaunieši, studenti, zināšanas.

OPERATĪVĀ GINEKOLOĢIJA LATVIJĀ ŠODIEN GYNAECOLOGICAL SURGERY IN LATVIA TODAY

ĶIRURĢISKI ĀRSTĒTA DZIĻĀS ENDOMETRIOZES KLĪNISKĀ GADĪJUMA PREZENTĀCIJA

Juris Vītols¹, K. Snipe², Jurgis Vītols³, N. Bērza³

1 – "JV" klinika galvenais ginekologs, Rīga, Latvija

2 – Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca

3 – LU ginekoloģijas un dzemdniecības rezidents

IEVADS. Endometriozē ir mūsdienu ginekoloģijas viena no aktuālākajām problēmām. Patiesā slimības sastopamība vēljoprojām nav īsti zināma, un tās incidence ir atkarīga no populācijas. Smaga ģenitālā endometriozē var nopietni ietekmēt pacientes dzīves kvalitāti. Šāds stāvoklis var komplikēties ar izteiktu sāpju sindromu un dzemdei pieguļošo orgānu funkciju traucējumiem. Plaša patoloģiskā procesa izplatības, lokalizācijas un augstas pakāpes gadījumā ir nepieciešams pielietot ķirurģisku terapiju.

MĒRĶIS. Izvēlētais tēmas mērķis ir demonstrēt smagas dziļās endometriozes klīnisko gadījumu Latvijas populācijā un aprakstīt izmantoto ārstēšanas taktiku un rezultātus.

GADĪJUMA APSKATS. 48 gadus veca sieviete, konstantas sāpes vēdera lejas daļā un muguras labajā pusē, kas sākotnēji bijušas tikai mēnešreižu laikā. Regulāri lieto nesteroidos pretiekaisuma līdzekļus, 2-3 gadus pacientei sūdzības par nekontrolētu fēcū izdalīšanos un urināciju ar piepūli. Menometrorāģiju dēļ lieto *Duphaston* 20mg diennaktī. 2010. gadā pacientei tiek konstatēta labās puses

hidronefroze un hidroureters, kā arī masīvs infiltrāts mazajā iegurnī, kas obliterē taisno zarnu. Palpatori plašs nekustīgs, pie krusta kaula fiksēts rektosigmoidālās spraugas endometrioids process, kas ieaug maksts mugurējās sienas augšējā trešdaļā. Papildus izteikts rectum sašaurinājums. Tika pieņemts lēmums veikt laparoskopisku histerektomijai bez piedēkļiem ar sekojošu endometrioidā perēkļa izdalīšanu un rektosigmoidālu segmenta rezekciju ar zarnu anastomozī gals-gals, iepriekš gatavojot ar GnRH analogu. Histoloģiskā atbilde – hronisks cervicīts, adenomioze, leiomioma, olvada seroza cista un zarnas sienas endometriozē. Pēcoperācijas periodā pacientei izveidojas rektovagināla fistula, tiek izveidota stoma, ko vēlāk slēdz. 2014. gadā tiek veikta labās puses nefrektomija.

SECINĀJUMI. Neskatoties uz pēcoperācijas komplikācijām, pacientes dzīves kvalitāte ir manāmi uzlabojusies, nav sāpju sindroma un defekācijas traucējumi. Smagu dziļo endometriozē ķirurģiskā ārstēšanā jābūt multidisciplinārai pieejai, apkārtējo orgānu iespējamās iesaistes dēļ. Tā pat šāda ārstēšana uzlabo sievietes dzīves kvalitāti.

ENDOMETRIOZES, KAS SIMULĒ KRONA SLIMĪBU MR DIAGNOSTIKA – GADĪJUMA ZIŅOJUMS

Ilze Sedleniece, Armands Sīviņš, Egīls Gasiņš, Mārcis Leja

MĒRĶI. Endometrioze ir neskaidras izcelsmes patoloģija, kuras gadījumā endometrija audi ir lokalizēti ārpus dzemdes, tostarp arī kuņģa – zarnu traktā. Ja patoloģija skar tievās zarnas, slimības norise parasti ir labdabīga, taču reti iespējama zarnu obstrukcijas attīstība. Galvenais obstrukcijas cēlonis ir striktūru veidošanās un saaugumi, kas var simulēt Krona slimību vai malignitāti. Referāta mērķis ir demonstrēt klīnisko gadījumu – 42 g.v. pacienti ar periodiskām sāpēm vēderā un ileusa ainu, Krona slimībai tipisku magnētiskās rezonances (MR) atradi, bet pēcoperācijas materiālā pierādītu endometriozi, kā arī analizēt MR iespējas atipiskas endometriozes diagnostikā.

METODES. MR izmeklējums tika veikts, pacienti izmeklējot atbilstoši MR enterogrāfijas protokolam, sagatavojot ar 1500 ml 2,5% mannitola šķīdumu perorāli + 2ml Buscopani i/v īslaicīgai zarnu peristaltikas apstādīšanai.

REZULTĀTI. MR tika konstatēta ileum terminālās cilpas striktūra un gļotādas hipervaskularizācija ar pavadošu mezenterālu limfadenopātiju, kā arī prestenotiska tievo zarnu cilpu dilatācija – ileuss; vizuālā aina bija tipiska Krona slimībai. Vitālu indikāciju dēļ pacientei tika veikta ķirurģiska operācija – izmainīto tievo zarnu cilpu rezekcija. Patologhistoloģiski tika konstatēta endometrioze; Krona slimības morfoloģiskās pazīmes netika atrastas.

SECINĀJUMS. MR ir informatīva metode, kas dod priekšstatu par vizuālo ainu vēdera dobumā un mazajā iegurnī kopumā, romēr, neskatoties uz šķietami nešaubīgu iekaisīgas zarnu slimības MR ainu, endometrioze ir viena no patoloģijām, kas jāietver šo slimību diferenciāldiagnožu spektrā.

USABILITY AND LIMITATIONS OF OFFICE HYSTEROSCOPY IN UNIVERSITY CLINIC IN GERMANY

J. Vasiljeva, L. Kissner, M. Mangler

Clinic for gynaecology and gynaecological oncology, Charité Campus Mitte, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany

OBJECTIVES. Rapid development of endoscopic technique in the early 2000s ensured the smooth start for the improvement of hysteroscopy. However, there are still many myths regarding usability and limitations of office hysteroscopy.

METHODS AND RESULTS. We performed the retrospective analysis indications for performing the office hysteroscopy, brea-

king-off of procedure, successful operative manipulations and rate of complications of the last two years in our out-patient department regarding.

CONCLUSIONS. We would like to demonstrate videos to illustrate usability of office hysteroscopy in case of different indications and share our experience about the limitations of this technique.

DZEMDES SUBMUKOZU MIOMAS MEZGLU ĶIRURĢISKĀS ĀRSTĒŠANAS PIEREDZE JV KLĪNIKĀ. KLĪNISKO GADĪJUMŪ APSKĀTS

Egīls Gasiņš¹, Agnese Plēpe²

1 – JV Klīnika, reproduktīvās medicīnas centrs "Embrions."

2 – LU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē.

MĒRĶIS. Izvērtēt submukozu miomas mezglu ārstēšanas rezultātus pielietojot histerorezektoskopiju. Dzemdes mioma ir labdabīgs audzējs, kas skar 25 – 30% sieviešu reproduktīvajā vecumā. Ārstēšana pacientēm ar dzemdes miomām būtu jāpiemēro individuāli, ņemot vērā sievietes vecumu, simptomu esamību, miomas mezglu lokalizāciju, to lielumu un sievietes vēlmi saglabāt reproduktīvo funkciju. Mūsdienās dzemdes mioma ir biežākais iemesls histerektomijai. ASV ik gadu tiek veiktas aptuveni 600,000 histerektomijas, kā iemesls 39% ir dzemdes mioma. Šobrīd histerorezektoskopija kā ķirurģiskā ārstēšanas metode tiek pielietota visretāk. Bet pareizi izvēlētu miomas mezglu lokalizācijas gadījumā ārstēšana pielietojot histerorezektoskopiju ir ļoti efektīva. Tā dod tūlītēju rezultātus.

DARBA METODES. Trīs klīnisko gadījumu prezentācijas. Pacientes: 36. g., 30. g. un 38. g. jaunas ar dažāda lieluma un lokalizācijas submukoziem miomas mezgliem. (Grade I-II-mezgls 2.5cm ,

grade II ar mezglu 1.5cm (sarežģīta lokalizācija), un grade 0-I-mezgls 4.5cm (tiek pielietota premedikācija ar sol. Zoladex 3.6mg divas injekcijas). Pacientēm tika pielietota ķirurģiska ārstēšana – histerorezektoskopija.

REZULTĀTI. Operācijas rezultātā tika pilnībā izņemti miomas mezgli, nodrošinot stabilu hemostāzi, īsu hospitalizācijas ilgumu un saglabātu reproduktīvo funkciju.

SECINĀJUMI. Lai veiksmīgi operētu histerorezektoskopiski submukozus miomas mezglus ir jāizvēlas pareiza premedikācija asiņošanas mazināšanai. Svarīga ir precīza miomas mezgla lokalizācijas vieta precizējot to ultrasonoskopiski, kas atvieglo operācijas gaitu, saīsina operācijas laiku, samazina virsmas traumu un uzlabo rezultātus. Pēc lielu submukozu miomas mezglu izņemšanas būtu vēlama diagnostiska histeroskopija, dzemdes dobuma izvērtēšanai.

VEIKSMĪGA GRŪTNIĒCĪBA PĒC APJOMĪGAS KONSERVATĪVAS MIOMEKTOMIJAS – GADĪJUMA APRAKSTS

Ieva Briedīte^{1,2}, Nellija Lietuviēte¹, Dace Matule^{3,4}, Dace Rezeberga^{1,2,5}, Dace Sīviņa¹, Ērika Urtāne⁶

1 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca 'Gaiļezers', Ginekoloģijas klīnika

2 – Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra

3 – Matules, Melkas un Ligeres ginekoloģijas privātklīnika

4 – Medicīnas sabiedrība ARS

5 – Rīgas Dzemdību nams

6 – Jēkabpils reģionālā slimnīca, Ginekoloģijas nodaļa

MĒRĶIS. Pieaugot vecumam, kad sievietes izvēlas plānot pirmo vai kārtējo grūtniecību, arvien biežāk rodas situācijas, kad sievietes saskaras ar dzemdes miomas diagnozi jau pirms plānotās grūtniecības, tās laikā vai neilgi pēc dzemdībām. Situācijās, kad miomas mezglu izmēri, skaits un lokalizācija būtiski apdraud veiksmīgu grūtniecības iestāšanos un norisi, viena no ārstēšanas iespējām ir ķirurģiska miomas mezglu enukleācija pirms grūtniecības plānošanas. Šī darba mērķis ir demonstrēt veiksmīgu grūtniecības iznākumu pēc apjomīgas multiplu miomas mezglu konservatīvas miomektomijas operācijas.

METODE. Pacientei, kas plāno otro grūtniecību, konstatēta liela multipla dzemdes mioma, kas pēc izmēriem atbilst 22 grūtniecības nedēļām. Vecums 35 gadi, anamnēzē *Sectio Caesarea* 23 gadu vecumā (akūta operācija augļa distresa dēļ). Nozīmēta terapija ar *Esmya*[®], plānota konservatīva miomektomija. Pēc 3 mēnešu terpijas dzemde pēc izmēriem atbilst 16/17 grūtniecības nedēļām. Diagnoze – *Myoma uteri multiplex magna. Menometrorrhagia. Anaemia secundaria. Cicatrix uteri*. 2012.gada decembrī veikta operācija – laparotomija, multiplu miomas mezglu enukleācija, izdalīti 11 dažā-

da diametra subserozi un intramurāli miomas mezgli, veikta ložas nošūšana 3 kārtās ar atsevišķām šuvēm, operācijas laikā dzemdes dobums netiek atvērts. Pēcoperācijas periods norit bez sarežģījumiem. Histoloģiskā atbilde – leiomiomas mezgli.

REZULTĀTI. 2013.gada oktobrī spontāni iestājas grūtniecība. Paciente stājas savlaicīgā grūtniecības uzskaitē, sarežģījumi grūtniecības laikā – akūta labās lejas daivas pneimonija (18.ned.), saņēmusi antibakteriālu terapiju, dzelzs deficīta anēmija, saņēmusi perorālos dzelzs preparātus, vēnu varikoze. 2014.gada jūnijā grūtniecība tiek atrisināta 36 nedēļās ar *Sectio Caesarea* operāciju plānveida kārtā. Operācijas laikā ap dzemdi neliels saaugumu process, bet citādi dzemdes sieniņa neizmainīta, pilnvērtīga, operācija bez sarežģījumiem. Piedzimst zēns 2840g, 50cm, A-8/9 balles. Pēcoperācijas periods norit bez sarežģījumiem.

SECINĀJUMI. Konservatīva miomektomija ir dzemdi saudzējoša ķirurģiska operācija, kas tehniski veiksmīgas operācijas gadījumā ir savienojama ar veiksmīgu grūtniecības iznākumu pēcoperācijas periodā pat ļoti lielās multiplas dzemdes miomas gadījumā.

MAZĀ IEGURŅA SASTRĒGUMA SINDROMA ENDOVAZĀLA TERAPIJA – PIRMĀ PIEREDZE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKAJĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCĀ

Svetlana Rudņicka

RAKUS Klīnika "Gaiļezers" Invazīvas Radioloģijas nodaļa, Rīga, Latvija

MĒRĶIS. No mazā iegurņa sastrēguma sindroma cieš ~17 % sievietes vecumā no 20 līdz 45 gadiem, parasti sievietēm anamnēzē ir dzemdības. Klīniski sindroms izpaužas kā hroniskas iegurņa sāpes, kas pastiprinās dienas otrajā pusē, ilgstoši stāvot vai sēžot. Iespējamas arī postkoitālas sāpes, kas turpinās līdz pat 48h pēc dzimumakta. Diagnostikā pielieto ultrasonogrāfiju ar dopleru stāvus un gulus stāvokli, kompjūtertomogrāfiju, magnētiskās rezonanses izmeklējumus. Medikamentoza terapija ir neefektīva, bieži sievietei tiek nosūtīta pie psihiatra.

METODES. Tiks prezentēti klīniskie gadījumi, kur veikta patoloģisko vēnu endovazālā selektīvā embolizācija (EVE) pacientēm ar mazā iegurņa sastrēguma sindromu.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. EVE ir mazā iegurņa sastrēguma sindroma pirmās izvēles ārstēšanas metode ar ārstēšanas efektivitāti 85-95% gadījumos pat pie homolaterālas EVE, retāk var būt vajadzīga papildus kontrlaterāla EVE.

KRITISKAS METRORĀĢIJAS MINIMĀLI INVAZĪVA ENDOVASKULĀRA ĀRSTĒŠANA – PIRMĀ PIEREDZE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKAJĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCĀ

Svetlana Rudņicka¹, Diāna Kuņicina², Mārīte Puksta², Nellija Lietuvieta², Dace Rezeberga^{2,3}

1 – RAKUS Klīnika "Gaiļezers" Invazīvas Radioloģijas nodaļa, Rīga, Latvija

2 – RAKUS Klīnika "Gaiļezers" Ginekoloģijas klīnika

3 – Rīgas Stradiņa universitāte

MĒRĶIS. Akūta asiņošana no dzemdes dzemdniecībā un ginekoloģijā var būt dzīvību apdraudoša situācija, saistīta ar masīvu asins zudumu īsā laikā. Operatīvā terapija ne vienmēr var būt iespējama pacientes smagā stāvokļa dēļ, kā arī jaunām sievietēm priekšroka būtu dodama orgānu saudzējošām ārstēšanas metodēm, tāpēc mūsu dienās arvien plašāk tiek pielietota endovazāla hemostāze (EH).

METODES. Tiks prezentēti klīniskie gadījumi, kuri demonstrē endovazālas hemostāzes metodes pielietošanu neatliekamā palīdzībā RAKUS pacientēm ar aretriovenozu fistulu un hiperpolimenoreju.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. EH veiksmīgi pielietošanai ir nepieciešama piemērotu pacientu atlase, multidisciplināra pieeja, materiāli tehniskais nodrošinājums, t.sk., finansējums, un pakalpojuma pieejamība 24/7. Ar metodi var veiksmīgi ārstēt komplikētus pacientus ar ginekoloģisku patoloģiju.

MESH PIELIETOJUMS MAKSTS ĶIRURĢIJĀ. PIEREDZE, PROBLĒMAS, RISINĀJUMI

Nellija Lietuvieta¹, Dace Melka²

1 – RAKUS Ginekoloģijas klīnika

2 – LJMC Ginekoloģijas nodaļa

Pieaugot sieviešu dzīves ilgumam, pieaug arī to sieviešu skaits, kuriem ir dažādas ginekoloģisko noslīdējumu problēmas un kuras vēlas to adekvāti koriģēt. Noslīdējumi mēdz būt 4 % līdz 10 % sieviešu, bet dzemdējušām pat vairāk par 50%. Pedējo 20 gadu laikā parādījušās jaunās noslīdējumu ārstēšanas tehnoloģijas, jo esošo metodiku rezultāti ir:

- neapmierinoši;
- ar zemu efektivitāti (apmēram 3 gadi);
- esošo metožu komplikāciju risks ir augsts;
- komercintereses.

DARBA MĒRĶIS, MATERIĀLI UN METODES. Retrospektīva rezultātu analīze pacientēm, kurām MESH (Prolifta tipa) pielietoti maksts rekonstruktīvā ķirurģijā RAKUS Ginekoloģijas klīnikā un LJMC ginekoloģijas nodaļā no 2009 līdz 2014 gadam.

Darba mērķis bija izvērtēt aktuālas indikācijas MESH pielietojušām vaginālajā ķirurģijā, riska faktorus un komplikācijas.

REZULTĀTI. Vidējais operēto pacientu vecums 43 – 65 gadi.

Prolift anterior tipa operācijas tika pielietotas 67% gadījumos.

Prolift posterior tipa operācijas tika pielietotas 20% gadījumos.

Prolift total tipa operācijas pielietotas tika 13 % gadījumos.

Komplikācijas:

1 gadījums – izteiktas hroniskas iegurņa sāpes un prolift anterior MESH evakuācija 6 mēn. pēc operācijas.

5 gadījumi – maksts erozijas ar spontānu slēgšanos lokāli pielietojot HAT.

1 gadījums – dzemdes kakla amputācija 2 gadus pēc prolift anterior + posterior tipa operācijas sakarā ar tā hipertrofisku pagarināšanās, kas rada pacientei izteiktu diskomfortu.

Secinājumi:

Galvenās op. indikācijas:

1. Totāla dzemdes jeb maksts izkrišana.
2. Gados vecākām pacientēm.
3. Noslīdējuma recidīvi.
4. Augsts noslīdējumu recidīvu risks.

Komplikāciju iemesli:

1. MESH pozicionēšanas problēmas – arī pārliecīgs audu iesietpums.
2. Nav ievēroti perioperatīvās lokālas sagatavošanas noteikumi.
3. Neadekvātas indikācijas – sarežģīta operāciju norise.

PERSPEKTĪVAS:

1. Mesh pielietošanai tomēr būs sava niša.
2. Uzlabosies materiāla kvalitāte.
3. Vienkāršosies ievadišanas tehnoloģija.

RETU ĀRPUSDZEMDES GRŪTNIČĪBAS FORMU DIAGNOSTIKA UN ĀRSTĒŠANA

Ieva Briedīte^{1,2}, Ieva Daize¹, Zane Grabe^{1,2}, Kristīne Ķempe¹, Nīna Kilosonija¹,
Diāna Kuņicina^{1,2}, Nellija Lietuviete^{1,2}, Mārīte Puksta¹, Renāte Renemane¹,
Dace Rezeberga^{1,2,3}, Irēna Sauka¹, Dace Siviņa¹, Jana Žodžika^{1,2}

1 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca 'Gaiļezers', Ginekoloģijas klīnika

2 – Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra

3 – Rīgas Dzemdību nams

IEVADS. Ārpusdzemdes grūtniecība sastopama 1%–2% gadījumu no visām grūtniecībām un tā ir biežākais mātes mirstības iemesls pirmajā grūtniecības trimestrī. Vairāk kā 95% gadījumu ārpusdzemdes grūtniecība attīstās olvadā, bet citas lokalizācijas formas sastopamas reti. Pētījumi par retas lokalizācijas formas ārpusdzemdes grūtniecības diagnostiku un ārstēšanu ir nepietiekami un to diagnostika un optimālās ārstēšanas metodes izvēle joprojām rada grūtības.

DARBA MĒRĶIS. Apkopot datus par SIA RAKUS Ginekoloģijas klīnikā ārstētām pacientēm ar retas lokalizācijas ārpusdzemdes grūtniecības formām, lai noskaidrotu kādas diagnostikas metodes izmantotas un kāda bijusi ārstēšanas izvēle un salīdzināt tos ar citu klīniku pieredzi Eiropā un pasaulē.

METODE. Veikts retrospektīvs aprakstošs pētījums, analizējot slimības vēstures pacientēm ar retas lokalizācijas ārpusdzemdes grūtniecību, kuras stacionētas SIA RAKUS Ginekoloģijas klīnika laikā no 2012. gada 1. janvārim līdz 2014. 31. augustam.

REZULTĀTI. Kopumā RAKUS ginekoloģijas klīnika stacionētas 16 pacientes ar retas lokalizācijas ārpusdzemdes grūtniecību; 3 ar olnīcas grūtniecību, 4 ar dzemdes stūra grūtniecību, 6 ar ķeizargrieziena rētas grūtniecību, 2 ar dzemdes kakla grūtniecību un vienā gadījumā augļa ola bija lokalizēta kreisajos parametrijos. Diagnostikai noteica β -hcg līmeni asinīs un veica transvaginālu ultrasonoskopiju, izņemot vienu gadījumu, kad paciente sakarā ar hemorāģisku šoku

uzreiz pārvesta uz operācijas zāli un dzemdes stūra grūtniecība diagnosticēta laparoskopijas laikā. Transvaginālā ultrasonoskopija bija precīza, diagnosticējot visus ķeizargrieziena rētas grūtniecības gadījumus, abus cervikālās grūtniecības gadījumus, vienu olnīcas grūtniecības gadījumu un trīs stūra grūtniecības gadījumus. Divos gadījumos pacientēm ar ķeizargrieziena rētas grūtniecību, veikti papildus izmeklējumi – vienai kompjūtertomoģrafija, otrai diagnostiska laparoskopija, kuri nebija informatīvi. Atlikušos gadījumos – 2 olnīcu grūtniecības, dzemdes parametriju grūtniecība – precīzu diagnoze noteica operācijas laikā.

Ķirurģiska ārstēšana pielietota dzemdes parametriju grūtniecības, visos ķeizargrieziena rētas, olnīcas cervikālās grūtniecības gadījumos, 3 dzemdes stūra grūtniecības gadījumos. Medikamentoza ārstēšana pielietota 1 dzemdes stūra grūtniecības gadījumā.

SECINĀJUMI. Retu ārpusdzemdes grūtniecību formu diagnostika jābalsta uz tranvaginālo ultrasonoģrafiju kombinācijā ar β -horiongonadotropīna līmeņa noteikšanu asins serumā.

Laicīga retu grūtniecību formu diagnostika rada iespēju izvēlēties saudzējošāku ārstēšanas metodi un samazināt smagu komplikāciju risku.

Ārstēšanas metodes izvēli nosaka objektīvā atradne, ka arī pacientes vēlmes un izpratne par ar konkrēto ārstēšanas metodi saistītiem ieguvumiem un riskiem.

Literatūrā trūkst uz pierādījumiem balstītu datu par retas lokalizācijas ārpusdzemdes grūtniecības ārstēšanu.

PRENATĀLĀS DIAGNOSTIKAS AKTUALITĀTES HIGHLIGHTS OF PERINATAL CARE

PACIENTU INFORMĒTĪBAS UN LĪDZESTĪBAS NOZĪME GRŪTNIEČU ĢENĒTISKĀ SKRĪNINGA VEIKSMĪGAS ĪSTENOŠANAS PROCESĀ

Liene Korņejeva

Rīgas pilsētas Dzemdību nams

IEVADS. Ģenētiskais skrīnings ir izmeklējumu kopums, kura mērķis ir atlasīt paaugstināta hromosomu aneiploidiju riska grūtniecības. Riska grupas grūtniecēm tiek piedāvāta papildus izmeklēšana, lai apstiprinātu vai izslēgtu augļa hromosomālu patoloģiju. Ja patoloģija tiek apstiprināta, ģimenei tiek piedāvāta izvēle grūtniecību pārtraukt vai saglabāt. Skrīnings tiek veikts visām grūtniecēm, kuras nav no tā veikšanas atteikušās, tomēr informācija par skrīninga norises iemesliem un sagaidāmajiem rezultātiem bieži sievietes sasniedz tikai tad, ja skrīninga rezultāti ir izmainīti. Turklāt, ja ultrasonogrāfijas atradne bieži ir konkrēta un pacientam izprotama, bioķīmiskā skrīninga rezultāti nav tik viennozīmīgi un prasa korektu interpretāciju.

MĒRĶIS. Prezentācijas mērķis ir akcentēt bioķīmiskā skrīninga interpretācijas pamatprincipus, kā arī aktualizēt pacienta informētības un informēta lēmuma pieņemšanas iespējas nozīmi gan ārsta-pacienta sadarbības nodrošināšanā, gan pacienta trauksmes mazināšanā.

SECINĀJUMI. Informācija par saņemtiem izmainītiem bioķīmiskā skrīninga rezultātiem pēc literatūras datiem būtiski palielina sievietes nedrošības sajūtu un bažas par bērna veselību. Šāda trauksme un bažas var saglabāties postnatāli un ietekmēt mātes – bērna piesaistes veidošanās procesu. Neskatoties uz pašu faktu par izmainītu rezultātu, ir būtiski, kā ģenētiskā skrīninga datus traktē aprūpes sniedzējs. Arī izmainīta skrīninga gadījumā sievietes attieksmi pret sevi un savu gaidāmo bērnu, kā arī līdzestību iespējamās invazīvās manipulācijās nosaka iespēja pašai pieņemt informētu lēmumu par tālāku izmeklēšanas gaitu.

I TRIMESTRA KOMBINĒTAIS SKRĪNINGS, VIDĒJĀ RISKĀ PĀRRĒKINĀŠANA- PIRMIE REZULTĀTI

Natālija Vedmedovska, Iveta Bičevska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja, Santa Tenberga

Rīgas pilsētas Dzemdību nams, Perinatālas diagnostikas nodaļa

IEVADS. Saskaņā ar MK(Nr.611) noteikumiem, Latvijā prenatālās diagnostikas pamatmetode ir kombinētais I trimestra skrīnings – skausta krokas mērīšana un bioķīmisko marķieru noteikšana ar riska rekalkulāciju vidēji augsta riska (1:51-1:999) grupas grūtniecēm. Ja koriģētais risks ir $\geq 1 : 250$, tad rezultātu interpretēt kā pozitīvu un rekomendē veikt augļa kariotipa diagnostiku. Invazīvas metodes kariotipa noteikšanai ļauj apstiprināt vai izslēgt augļa hromosomu patoloģiju, bet saistītas ar spontānas grūtniecības pārtraukšanās risku pēc procedūras.

MĒRĶIS. Noteikt rekalkulācijas riska minimālās robežvērtības, pie kurām piedāvāt invazīvu procedūru ar mērķi samazināt grūtniecības pārtraukšanās risku un izmeklēšanas izmaksas.

MATERIĀLS UN METODES. Laika periodā no 2013. gada 1. jūlija līdz 2014. gada 1. septembrim, Rīgas Dzemdību nama Perinatālās diagnostikas centrā vidēji augsta riska grupas grūtniecēm rekalkulācijas tiek veiktas 150 gadījumos. Riska izvērtēšanu veica ārsti-eksperti, kas savā rīcībā ieguvuši Fetal Medicine Foundation programmu.

Saskaņā ar apstiprinātu algoritmu invazīvās metodes (horija bārktiņu un/vai amniocentēzes) kariotipa noteikšanai tiek veiktas 50 gadījumos. No analīzes tiek izslēgti gadījumi, ar I trimestra skrīninga augstu risku ($\geq 1:50$), skausta krokas mērījumu ≥ 3 mm, un I trimestrī konstatētām anatomiskām anomālijām. Tikai gadījumi, kuriem varējām sekot līdz grūtniecības garumā, tiek iekļauti analizē.

REZULTĀTI. No 150 gadījumiem, kuriem tiek veikta rekalkulācija, 50 grūtniecēm tika veikta diagnostiskā kariotipa noteikšana. Hromosomāla patoloģija apstiprināta 3 gadījumos: 1- 21.hromosomas trisomija (koriģētais risks 1:4) un 2 gadījumi-18. hromosomas trisomija (koriģētie riski 1:4 un 1:15). 1 spontāns aborts notika 7 dienu laikā ar priekšlaicīgu augļūdeņu noplūšanu, ko var uzskatīt par invazīvas procedūras komplikāciju (2%). Vēlāk pacientēm ar normālu kariotipu konstatēta pyelectasia-2, hypospadiā-1, un ventriculomegalia-1gadījumos (8%). Minētās grūtniecības atrisinājas ar labvēlīgu prognozi.

Kopējas invazīvo procedūru izmaksas, ko apmaksāja valsts par procedūras veikšanu, ir 34095.5 EUR. Gadījumā, ja invazīvā procedūra būtu piedāvāta grūtniecēm ar kombinētā riska rekalkulāciju 1:100, kopējas izmaksas būtu tikai 1346,75 EUR- par 60,5 % mazāk, un būtu saglabāta 1 grūtniecība.

SECINĀJUMI. Neskatoties uz nelielu pacientu skaitu, varam sniegt priekšlikumu pārskatīt prenatālas diagnostikas vadlīnijas un rekomendēt invazīvas procedūras kariotipa noteikšanai grūtniecēm ar rekalkulētu I trimestra kombinētā skrīninga risku $\geq 1:100$. Tas ļaus samazināt diagnostikas procedūru izmaksas un komplikāciju skaitu. Protams, katru konkrētu gadījumu nepieciešams izvērtēt individuāli, ar sekojošu pedantisku ultrasonogrāfiju II trimestrī. Nepieciešamības gadījumā aicināt konsilijā ārstus-ģenētiķus.

FETĀLĀS MEDICĪNAS IESPĒJAS, SAVLAICĪGS KOMANDAS DARBS

Iveta Bičevska, Natālija Vedmedovska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja, Santa Tenberga

IEVADS. Fetālā ķirurģija indicēta gadījumos, kad augļa patoloģija ietekmē to attīstību, bet patoloģijas korekcija ļauj auglim normāli attīstīties. Fetālā ķirurģija kontrindicēta gadījumos kad augļa patoloģijas nav savienojamas ar dzīvību un pie hromosomālām anomālijām.

MĒRĶIS. Mūsu mērķis nodemonstrēt mūsdienas fetālās medicīnas iespējas un pierādīt augļa anomāliju savlaicīgas diagnostikas nozīmi.

MATERIĀLS UN METODES. Mēs demonstrēsim 3 kliniskus gadījumus ar dažādiem iznākumiem, kurus izdevās atrisināt pateicoties fetālajai ķirurģijai laikā periodā no oktobra 2013. gada līdz augustam 2014. gadam.

Gadījums N1

Grūtniece 31.g.v., P1, nosūtīta uz Rīgas Dzemdību namu 25.10.2013. ar spontānu monohoriālu biamniālu (MHBA) diviņu grūtniecību 18+1 nedēļās. Auglis Donors ar intrauterīnu augšanas aizturi (IUAAA, aprēķinātais dzimšanas svars < 3%, tukšs urīnpūslis, pozitīva plūsma *a. umbilicalis* (AU) un *ductus venosus* (DV) baseinos, augļūdeņi lielākajā kvadrantā (AF DP) <2 (oligohidramnion). Recipients ar ģeneralizētu tūsku, kardiomegāliju ar aritmijas/bradikardijas epizodēm. Recipientam patoloģiska UA plūsma, reversa DV plūsma; AF DP>8 (polihidramnion). Dzemdes kakls slēgts 41mm. Spontāna grūtniecība.

Ar diagnozi FFTS *Quintero 4* nosūtīta uz "Fetal Medicine Unit", Leuvenas Universitātes Slimnīcu, Belģijā (projekts N E112), kur tika veikta nabas saites oklūzija auglim-recipientam (dekompensācijas stāvoklī, apgrūtināta pieeja pie placentas) un amnioredukcija. Pēc iejaukšanas grūtniecība noritēja bez komplikācijām. Dzemdības tika inducētas 37 grūtniecības nedēļās. Piedzima meitene ar svaru ...Līdz šim bērna attīstība atbilst vecuma normai.

Gadījums N2

Grūtniece 20.g.v., nosūtīta uz Rīgas Dzemdību namu 27.06.2014. ar spontānu MHBA diviņu grūtniecību 23+0 nedēļās. Recipients ar polihidramniju (AF DP12.5), normāliem doplerometriskiem rādītājiem. Donors ar oligohidramniju (DP 1.8-2), normāliem doplerometriskiem rādītājiem un pildītu urīnpūsli. Aprēķināta svara diskordance 25%.

Ar diagnozi FFTS *Quintero 1* nosūtīta uz "Fetal Medicine Unit", Leuvenas Universitātes Slimnīcu, Belģijā (projekts N E112), kur tika veikta komunicējošo asinsvadu lāzerkoagulācija un amnioredukcija. Pēc operācijas 2 mēnešu laikā saglabājas paaugstināts maksimālais sistoliskais ātrums *A. Cerebri Media* baseinā ex-recipientam, kas liecināja par vieglu diviņu anēmijas-policitēmijas sindromu (TAPS). Grūtniecība tiks atrisināta 36-37 grūtniecības nedēļās.

Gadījums N3

Grūtniece 29.g.v., (G2P1-SC 2008.g.), nosūtīta uz Rīgas Dzemdību namu 01.06.2014. ar spontānu grūtniecību 21+4 nedēļās ar labas puses diafragmālo trūci. Kreisas plaušas diametrs 14x12mm, augļa plaušu /galvas koeficientu (O/E LHR OR) 28%, kas liecina par smagu plaušu hipoplāziju. Grūtniecei tiek veikta diagnostiska amniocentēze kariotipa noteikšanai un ehokardiogrāfija auglim.

28 grūtniecības nedēļās "Fetal Medicine Unit", Leuvenas Universitātes Slimnīcā, Belģijā (projekts N E112) tiek veikta Fetoskopiska Endolumināla trahejas oklūzija (FETO). Operācija noritēja bez komplikācijām, 7 dienu laikā novēroja kreisās plaušas palielināšanos par 68 %. 12.diena pēc operācijas notikusi priekšlaicīgs augļūdeņu noplūšana (PAUN). Uz antibakteriālas (Azitromicīns) un tokolītiskas terapijas (Atosibāns) fona grūtniecību prolongēja līdz 33+2 grūtniecības nedēļai, kad notika pilnīga apvalku sepe-rācija ar nabassaites konstrikciju un augļa distresu. Grūtniecei tiek veikta steidzama ķeizargrieziena operācija ar EXIT (*ekstra -uterina* dzemdību procedūra – balona evakuācija, plaušu šķidruma atsūkšana, surfaktanta nozīmēšana, un trahejas intubācija, kas tiek veiktas saglabājot auglim placentāro asinsriti ar pēc tam sekojošu dzemdību atrisināšanu) procedūru. Piedzima puika ar svaru ...un patreiz jaundzimušajam tiek veikta SIM ventilācijas (Synchronized Intermittent Mandatory). Tālākie rezultāti būs pieejami kongresa laikā.

SECINĀJUMI. Mēs nodemonstrējām gadījumus ar dažādiem iznākumiem, kuras liecina ka fetālā medicīna ātri attīstās, un mums ir lielas iespējas palīdzēt saglabāt grūtniecību un samazināt perinatālo mirstību un saslimstību. Ir liela nozīme zināšanai par fetālās terapijas iespējām un komandas darbu.

AGRĪNU HROMOSOMĀLU PATOLOĢIJU DIAGNOSTIKAS IESPĒJAS LATVIJĀ

Ieva Mālniece¹, Jānis Bārs¹, Ieva Grīnfelde¹, Dace Ezeriņa¹, Ingūna Lubaua², Agnija Stāmere³

1 – BKUS MĢK Prenatālās diagnostikas nodaļa

2 – BKUS Kardioloģijas klīnika

3 – BKUS MĢK Citoģenētiskā laboratorija

IEVADS. Tā kā viens no lielākiem jaundzimušo un zīdaiņu mirstības un invaliditātes cēloņiem ir iedzimtas augļa hromosomālas un strukturālas patoloģijas, nepieciešama agrīna prenatālās diagnostikas metodes izstrāde arī Latvijā, kas ļautu agrīni diagnosticēt iedzimtas augļa patoloģijas I trimestrī. Sekojot ultrasonogrāfijas aparatūras attīstībai, iespējams arvien agrīnāk diagnosticēt augļa strukturālus defektus. *Hydrops foetus totalis* bieži kombinējas ar hromosomālu patoloģiju (12%), kardiovaskulāru patoloģiju (21%), hematoloģisku patoloģiju (10%), infekciju (5%) un citiem perinatāliem stāvokļiem. Šī veida patoloģija netiek apstiprināta Latvijā, jo grūtniecības tiek atrisinātas kā neperspektīvas bez diagnostikas. Šobrīd Latvijā pamatmetode prenatālā diagnostikas jomā ir amniocentēze, kuras laikā iegūst amniocītu kultūru augļa kariotipa diagnostikai. Tā kā metodi nav mērķtiecīgi pielietot ātrāk par 16. gestācijas nedēļu, paciente augļa kariotipa rezultātu iegūst tikai ap 19.–20. gestācijas nedēļu, kad pārlicenoši ir jūtamas augļa kustības. Augļa hromosomālas patoloģijas gadījumā viena no iespējām ir grūtniecības atrisināšana, kas ir psiholoģiski vēl grūtāk izdarāms pieaugot gestācijas laikam. Horiona bārkstiņas biopsija tiešā ultrasonogrāfijas kontrolē ir viens no pamata izmeklējumiem pasaulē augļa hromosomālu patoloģiju aizdomu gadījumā kopš 1980. gada.

DARBA MĒRĶI:

- izpētīt hromosomālo patoloģiju biežumu pirmajā grūtniecības trimestrī, veicot horija bārkstiņu biopsiju augsta riska grūtniecēm ar paaugstinātu bioģimisko risku un/vai pozitīviem ultrasonogrāfiskiem marķieriem vai strukturāliem augļa defektiem
- veikt pilnvērtīgu iedzimto augļa attīstības anomāliju reģistru Latvijas populācijā

METODIKA. Horija biopsija tika veikta izmantojot transabdominālu horija bārkstiņu biopsijas metodi, iegūtais materiāls tika ievietots speciāli sagatavotā barotnē un nosūtīts tālākai izmeklēšanai ar FISH metodi un kultivēta kultūra kariotipa noteikšanai BKUS MĢK citoģenētiskajā laboratorijā.

SECINĀJUMI. Hromosomālas patoloģijas ir iespējams veiksmīgi pierādīt agrīni pirmajā grūtniecības trimestrī, lai lemtu par grūtniecības prolongācijas mērķtiecību. Kopējais hromosomālo patoloģiju biežums ir lielāks nekā aprēķināts dzīvi dzimušiem. Incidence dzīvi dzimušiem pierāda, cik veiksmīgi prenatālā diagnostika tiek veikta valstīs, kurās atļauta grūtniecības pārtraukšana medicīnisku indikāciju dēļ (T21 LV 0.7:1000; PVO 0.9 – 1:1000)

PREIMPLANTĀCIJAS HROMOSOMĀLĀS UN MONOGĒNĀS DIAGNOSTIKAS ĢENĒTISKIE ASPEKTI

Liene Korņejeva

IVF Rīga, Rīgas pilsētas Dzemdību nams, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Medicīniskās Ģenētikas klīnika.

Preimplantācijas diagnostika ir embrija ģenētiska izmeklēšana pirms tā ievietošanas dzemdē. Šādai izmeklēšanas metodei ir vairākas indikācijas, kuru dēļ pēc ārpusdzemdes apaugļošanas iegūtajam embrijam tiek analizēts hromosomu komplekts vai arī veikta molekulāra analīze.

Hromosomu aneiploidija (skaita izmaiņas) vai aberācijas (struktūras izmaiņas) ir biežākais grūtniecības neiestāšanās vai pārtraukšanās iemesls pirmajā grūtniecības trimestrī. Liela daļa šādu defektu rodas vecāku dzimumšūnu veidošanās procesa laikā, nepareizi sadaloties hromosomu komplektam. Kļūdu rezultātā apaugļošanās procesā piedalās dzimumšūnas ar vienu vai vairākām liekām vai trūkstošām hromosomām, veidojot defektīvu zigotu. Pirms implantācijas veicot embriju šūnu analīzi, iespējams atlasīt hromosomāli normālus embrijus, tādējādi paaugstinot embriju implantācijas iespēju un samazinot grūtniecības spontānas pārtraukšanās riskus, kā arī risku, ka bērns piedzims ar hromosomālu anomāliju. Šāda analīze tiek rekomendēta pāriem, kuru neauglības

iemesls varētu būt augļa de novo vai pārmantota hromosomāla aneiploidija.

Otra indikācija preimplantācijas diagnostikai ir saistīta ar monogēniem defektiem – sindromiem un slimībām, kuru etioloģija ir viena gēna defekts. Šādā gadījumā parasti ģimenē ir viens vai vairāki bērni ar ģenētisku saslimšanu un ir augsts risks, ka arī nākamais bērns varētu šo slimību mantot. Pēc ārpusdzemdes apaugļošanas tiek analizēta DNS, kas iegūta no embriju šūnām, un implantēti embriji, kuri mutācijas konkrētajā gēnā nav mantojuši.

Gan hromosomālo, gan molekulāro analīzi ir iespējams veikt arī grūtniecības laikā – izmantojot amniocentēzi vai horija biopsiju, bet ne vienmēr grūtniecība norit līdz laikam, kad šīs analīzes var veikt, kā arī izmainīta rezultāta gadījumā ģimenei tiek piedāvāts pārtraukt jau norītošu grūtniecību. Preimplantācijas diagnostika nav panaceja un nav piemērojama visiem gadījumiem, bet pēc rūpīgas indikāciju atlases ir un būs ģimenes, kurām šis ir pieņemamākais un piemērotākais risinājums, lai iegūtu iespēju iznēsāt veselū bērniņu.

DETECTION RATE OF DUCTUS – DEPENDENT AND COMPLEX CONGENITAL HEART DEFECTS PRENATALLY IN LATVIA 2009-2013

Inguna Lubaua^{1,2}, Inga Lace^{1,2}, Vita Zidere³

1 – Rīga Stradiņš University

2 – Clinic of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, University Hospital for Children; Rīga, Latvia

3 – King's College Hospital; Evelina Children's Hospital; London, UK

Congenital heart disease (CHD) occurs in approximately 0,8-2% excluding patent ductus arteriosus. In Latvia about 180 newborn infants with CHD are born each year. About 30 of them have a condition necessitating treatment or intervention during the first year

of life. Increasing experience in fetal ultrasound leads to more frequent diagnoses of CHD prenatally. Prenatal detection rate of newborns with ductus -dependent and complex CHD has improved in the last five years. Prenatal detection of CHD is still a challenge.

PREEKLAMPSIJAS UN IUAAA PROGNOZE UN PROFILAKSE

AKTUALITĀTES. PREEKLAMPSIJA (PE) UN IUAAA ir viens no galvenajiem perinatālās (bet PE arī mātes) saslimstības un mirstības iemesliem pasaulē. Lai gan PE un IUAAA izpaužas grūtniecības otrajā pusē, sākotnēji patoloģija veidojas placētā līdz grūtniecības 12. nedēļai. PE rašanās mehānisms nav īsti skaidrs, bet lomu spēlē vairāki mātes, tēva un augļa faktori, no kuriem būtiskākie ir mātes imunoloģiskā intolerance, patoloģiska placentas implantācija, ģenētiski faktori, kardiovaskulāras un iekaisīgas izmaiņas. PE patoģenēzes pamatā ir patoloģiska trofoblāsta invāzija dzemdes asinsvados ar sekojošu proangiogēnu un antiangiogēnu faktoru disbalansu, kas spēlē noteicošu lomu endotēlija disfunkcijas un pastiprinātas trombocītu aktivācijas attīstībā. Hiperkoagulācija ir svarīga patoģenēzes daļa PE attīstībā, kas var izskaidrot aspirīna spēju samazināt PE attīstību. Tāpēc arī trombofilijas, saistītas ar specifisku gēnu mutāciju, ir nopietns PE riska faktors.

Būtiski atzīmēt, ka PE risks pozitīvi korelē pirmās pakāpes radnieku vidū, kas pierāda slimības pārmantojamību. Tomēr, tā kā PE ir ģenētiski un fenotipiski kompleksa slimība, ir maz ticams, ka pārmantojamība ir saistīta tikai ar kādu noteiktu gēnu un ģenētiskā predispozīcija dažādās populācijās var būt atšķirīga. Bez trombofilijas, arī gēni atbildīgie par endotēlija funkciju, par vazoaktīviem proteīniem, par okedatīvu stresu/lipīdu metabolismu un par imunoregulāciju var veicināt PE un IUAAA attīstību.

MĒRĶIS:

- izpētīt zemu devu aspirīna lietošanas efektivitāti augsta preeklampsijas riska grūtniecēm;
- pētīt dažādu gēnu saistību ar PE mūsu populācijā, izveidot dažādu sekvenču variāciju paneli, kas var tikt izmantots tālāk klīniskajā praksē, lai noteiktu preeklampsijas individuālo risku, kā arī iespējami labāko veidu kā to novērst.

PĒTĪJUMA HIPOTĒZES:

1. PE attīstība grūtniecēm Latvijā ir ģenētiski noteikta un saistīta ar gēnu polimorfismu – F5, MTHFR, F2, SERPINE1, ACE, TNF, IL10; šie gēni ir iespējami atbildīgi par PE attīstību;
2. Mutācijas minētos gēnos var izskaidrot aspirīna rezistenci grūtniecēm ar augstu PE risku;

3. Aspirīna lietošana grūtniecēm ar augstu PE risku uzlabo placentāro funkciju un grūtniecības iznākumu kā mātei, tā bērnam;
4. Doplerometriskie mērījumi korelē ar perinatāliem iznākumiem;
5. Kombinējot agrīnus PE marķierus ar atsevišķu gēnu noteikšanu, ir iespējams individualizēt pieeju agrīnai PE profilaksei – mazu aspirīna devu nozīmēšanai.

METODES. Pētījumā tiks iekļautas grūtnieces ar vienaugļa grūtniecību (bez hromosomālām patoloģijām), kurām I trimestra skrīninga laikā ar FMF (*Fetal Medicine Foundation*) akreditētas programmas palīdzību tiek konstatēts augsts PE un IUAA attīstības risks.

Grūtnieces ar aprēķinātu augstu PE attīstības risku (aptuveni 10% no iedzīvotāju skaita) tiks randomizētas divās grupās (eksperimentālā grupa un kontroles grupa I). Eksperimentālajai grupai tiks nozīmēts aspirīns mazās devās (150mg diennaktī). Kontroles grupai I aspirīna lietošana nav paredzēta. Aspirīnu paredzēts nozīmēt un izsniegt brīdī, kad sieviete tiek iekļauta pētījumā (līdz 14. nedēļai), lietojot to līdz 34. grūtniecības nedēļai. Abās grūtnieču grupās tiks veikti sērijveida ultrasonogrāfiskie izmeklējumi, sekojot augļa augšanai un attīstībai, kā arī *a.uterina PI* mērījumi 19-21⁺⁶ un 34. grūtniecības nedēļās. Gadījumi ar apstiprinātām hromosomālām patoloģijām tiks izslēgti no pētījuma. Veselas grūtnieces ar vienaugļa grūtniecību, neapgrūtinātu akušierisku un ginekoloģisku anamnēzi un zemu PE attīstības risku tiks iekļautas pētījumā kā kontroles grupa II.

Mūsu pētījums tiks veikts laika posmā 2014. – 2017.gads. Pētījumā tiks iekļautas vismaz 510 grūtnieces, kuras plāno dzemdības Rīgas Dzemdību namā un kuru sadalījums būs sekojošs – 170 eksperimentāla grupa, 170 – kontroles grupa I, 170 grūtnieces- kontroles grupa II. Pētījuma iznākumi dažādās pētījuma grupās sniegs informāciju par taktikas un ārstēšanas īstermiņa un ilgtermiņa priekšrocībām.

PE ārstēšanas efektivitāte tiks analizēta pēc primāriem (grūtniecības) un sekundāriem (jaundzimušā) perinatālo iznākumu kritērijiem.

PLACENTA PRAEVIA RISKA FAKTORI, DIAGNOSTIKA, GRŪTNIČĪBAS KOMPLIKĀCIJAS UN DZEMDĪBU IZNĀKUMS

Nelliņa Seimuškina^{1,2}, Maira Jansone^{1,2}, Anastasija Pazeičuka^{2,3}

1 – Rīgas Stradiņa Universitāte

2 – Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

3 – Latvijas Universitāte

DARBA MĒRĶIS. Noteikt riska faktoru saistību ar *placenta praevia* attīstību, tās prenatālas diagnostikas iespējas, grūtniecības gaitu un dzemdību iznākumu.

MATERIĀLI UN METODES. Tika veikts retrospektīvs, analītisks pētījums laika periodā no 01.01.2012 līdz 31.12.2012. Kopā tika izanalizētas 21 Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Perinatālās aprūpes centra dzemdību vēstures. Dzemdību vēstures tika analizētas ar atlasītiem pacientiem, kurām minētajā laika periodā tika diagnosticēta *placenta praevia*.

REZULTĀTI. 2012. gadā Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā ir bijušas 2029 dzemdības, no tām 721 jeb 35,5% dzemdības tika atrisinātas ar ķeizargrieziena operāciju. 21 gadījumos jeb 2,9% par iemeslu ķeizargrieziena operācijai ir bijusi *placenta praevia*. Vidējais pacientu vecums bija $32,2 \pm 5,5$ gadi. 42,8% (9) gadījumu grūtnieces bija vecākas par 35 gadiem.

33,3% jeb 7 gadījumos *placenta praevia* kombinējās ar *placenta accreta*, bet tikai 19% (4) gadījumu pacientēm grūtniecības laikā tika veikta MRI, jo bija aizdomas par placentas ieaugšanu.

18,2% (4) gadījumu grūtniecība tika pārtraukta priekšlaicīgi stipras asiņošanas dēļ, 31,8% (6) tika veikta dzemdes amputācija pirmajās 48 stundās.

SECINĀJUMI:

1. Pie *placenta praevia* nozīmīgiem galveno komplikāciju riska faktoriem pieder grūtnieces vecums, multiparitāte (ierobežota placentas migrācija), daudzaugļu grūtniecība, ķeizargrieziena operācija un *placenta praevia* anamnēzē.
2. *Placenta praevia* var komplikēties ar dzīvībai bīstamu asiņošanu, kura var būt pārtraukta, nekavējoties atrisinot grūtniecību.
3. Pastāv paaugstināts placentas ieaugšanas risks, ja ir rēta uz dzemdes, un *placenta praevia* piestiprināta rētas apvidū.
4. *Placenta praevia* neiznēstībā ir biežākais perinatālās mirstības iemesls.

IEDZIMTU ANOMĀLIJU RISKS IVF DVĪŅIEM

Katrīna Briška¹, Natālija Vedmedovska², Violeta Fodina³

1 – Latvijas Universitāte

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte

3 – IVF Rīga

IEVADS. Pēdējo 25-30 gadu laikā visā pasaulē strauji palielinājis daudzaugļu grūtniecību skaits. Viens no iemesliem pieaugoša asistēto reprodaktīvo tehnoloģiju pielietošana. Pētījumi demonstrē, ka dvīņu grūtniecības gadījumā iedzimto anomāliju un augļa trisomijas risks ir lielāks nekā vienaugļa grūtniecībā.

MĒRĶIS. Analizēt datus par iedzimto anomāliju biežumu dvīņu grūtniecībās, kas ieņemtas mākslīgās apaugļošanas ceļā un salīdzināt tos ar vienaugļa grūtniecībām, kuras iestājušas spontāni vai IVF/ICSI ceļā.

METODES UN MATERIĀLI. Retrospektīvs gadījumā kontrolēts pētījums tiek veikts analizējot grūtniecības iznākumus reprodaktīvo tehnoloģijas klīnikā "IVF Rīga". Pētījuma ietvaros tika analizētas 98 mākslīgās apaugļošanas ceļā iegūto grūtniecību vēstures. 14 dvīņu grūtniecības tika iekļautas pētījumā kā gadījuma (pētījuma) grupa. Lai izslēgtu pacientu selekcijas kļūdas, tika veidotas divas kontroles grupas. Brīdī, kad tika iekļauts gadījums ar dvīņu ICSI grūtniecību, kā kontroles grupas pacients tika iekļauts grūtniece ar vienaugļa ICSI grūtniecību (kontroles grupa I) un 2 grūtnieces ar vienaugļa

spontānu grūtniecību (kontroles grupa II). Kopā pētījumā tika iekļautas 32 pacientes kā kontroles grupa. Lai novērtētu perinatālo iznākumu, tika izmantoti sekojoši kritēriji: apstiprināta augļa/jaundzimuša strukturāla patoloģija un hromosomāla aberācija.

REZULTĀTI. Kopējais iedzimtu anomāliju skaits statistiski ticami neatšķiras starp grupām. Pētījuma grupā 1 gadījumā konstatēta multipla strukturāla patoloģija 1 auglim – sirds patoloģija un nieru agenēzija. Kontroles grupā I – apakšdelmstrukturāla patoloģija konstatēta 1 auglim un abpusējas greizas pēdas 1 gadījumā. Starp spontāni ieņemtām vienaugļa grūtniecībām (kontroles grupa II) 1 gadījumā konstatēts Rubinstein-Taybi sindroms, 1 gadījumā hipospādijs un 1 gadījumā pēdu polidaktilija ar labās puses aortas loku.

SECINĀJUMI. Pieņemts uzskatīt, ka IVF/ICSI dvīņu iedzimto patoloģiju risks ir augstāks, kā vienaugļu grūtniecībām. Mūsu rezultāti demonstrē, ka risks uz iedzimtu patoloģiju attīstību IVF dvīņiem un spontānām vienaugļa grūtniecībām ir vienāds. To var izskaidrot ar attīstījušām tehnoloģijām reprodaktīvo tehnoloģijas nozarē un uzlabotu prenatālu diagnostiku.

MOLEKULĀRAS KARIOTIPĒŠANAS IZMANTOŠANAS IESPĒJA ATKĀRTOTAS AGRĪNAS GRŪTNIĒCĪBAS NEIZNĒSĀŠANAS ETIOLOĢIJAS NOTEIKŠANĀ

Ludmila Voložonoka¹, Anna Miskova²

1 – iVF Rīga

2 – RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra

Agrīna grūtniecības pārtraukšanās ir viena no biežākām klīniskām problēmām ginekoloģijā. Pirmajā trimestrī patraucās 10-15% no fiksētām klīniskām grūtniecībām, turklāt, pieaugot mātes vecumam, agrīnas grūtniecības pārtraukšanās risks palielinās. Apmēram 50-70% gadījumos agrīnas grūtniecības pārtraukšanās iemesls ir augļa hromosomālās aberācijas.

Atkārtota agrīna grūtniecības pārtraukšanās jeb ieraduma aborts ir definēts kā trīs un vairāk klīnisko grūtniecību pārtraukšanās, taču pētījumi liecina, kā klīniskās izmeklēšanas patoloģiskās atradnes neatšķiras pacientēm, kurām patraucās divas grūtniecības no pacientēm, kurām patraucās trīs. Pierādītie ieraduma aborta iemesli ir dzimumorgānu, endokrīnās un imunoloģiskās sistēmu patoloģijas kā arī tādas vecāku kariotipa izmaiņas kā līdzsvarotās hromosomu aberācijas, bet vairāk nekā 40% pāriem ar ieraduma abortu netiek atrasta asociēta patoloģija.

Uz doto brīdi ir zināms, ka idiopātiskas atkārtotas agrīnas grūtniecības pārtraukšanās galvenais iemesls ir embrija hromosomu skaitliskās un strukturālās aberācijas (monosomijas, trisomijas, translokācijas).

Klasisku citoģenētiskas metožu (FISH, kariotipēšana) pielietošana abortīva materiāla hromosomu komplekta analīzei ir ierobežota.

Kariotipējot, veiksmīgai metafāžu hromosomu analīzei, nepieciešama horija bārkstiņu šūnu kultivēšana, kuras priekšnosacījums ir savlaicīga *conceptus* audu ievietošana speciālajā barotnē, kamēr šūnas ir dzīvas. Diemžēl, klīniskajos apstākļos dzīvo šūnu izdalīšana ir apgrūtināta, jo spontāni vai inducēts medikamentozī izdalītais materiāls bieži vien ir *post mortem* izmainīts, bet akūtas abrazijas gadījumā aktualizējas jautājums par materiāla saglabāšanu un transportēšanu.

Inovātīva molekulārās kariotipēšanas metode – salīdzinošā genomā hibridizācija uz mikročipiem (aCGH) ļauj precīzi veikt abortīvā materiāla hromosomu komplekta izmeklēšanu. Substrāts aCGH analīzei ir genomiskā DNS, kura var tikt izdalīta arī no bojā gājušo grūtniecības audu šūnām un pat parafinā iekļautiem audu blokiem – nav vajadzības pēc dzīvām šūnām un to kultivēšanas.

Atšķirībā no standarta kariotipēšanas un FISH, aCGH priekšrocība ir vienlaicīga visu hromosomu pārbaude uz skaitliskajām un strukturālajām aberācijām, kas dod lielāku rezolūciju par standarta kariotipēšanu un atklāj par ~30% vairāk hromosomālo aberāciju salīdzinājumā ar, piemēram, 9 hromosomu FISH paneli. Metodes pielietošanai ir būtiska klīniska nozīme ieraduma aborta etioloģijas noteikšanā un turpmāka ārstēšanas plāna sastādīšanā.

PERINATĀLĀS VESELĪBAS APRŪPE PERINATAL HEALTH CARE

GRŪTNIĒCĪBAS ATRISINĀŠANAS TAKTIKA UN IZNĀKUMS AUGĻA IEGURŅA PRIEKŠGUĻAS GADĪJUMĀ ŠODIEN UN PIRMS 20 GADIEM

Rumjanceva I.¹, Miltiņa I.², Rezeberga D.³

1 – RSU Tālākizglītības fakultātes 5. studiju gada rezidente, Rīgas Dzemdību nams

2 – RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedras asistente, Rīgas Dzemdību nama Dzemdību centra vadītāja

3 – RSU asociēta profesore, RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedras vadītāja, Rīgas Dzemdību nama galvenā ginekoloģe

MĒRĶIS. noteikt grūtniecības atrisināšanas taktikas saistību ar jaundzimušā veselību un fizisko attīstību šodien un pirms 20 gadiem, kā arī izvērtēt Latvijas ginekologu, dzemdību speciālistu un vecmāšu zināšanas un praksi par augļa ārējo apgrozījumu.

METODES. Pētījums sastāv no 2 daļām. Pētījuma pirmā daļa ir retrospektīva, kurā veikta datu analīze no 816 Rīgas Dzemdību nama dzemdību vēsturēm, jaundzimušā attīstības vēsturēm pēc vienaugļa spontānām vaginālām un operatīvām dzemdībām augļa iegurņa priekšguļas gadījumā laika periodā no 1991. g. līdz 1993. g. (I grupa) un no 2011. g. līdz 2013. g. (II grupa). Pētījumā tika iekļautas dzemdētājas ar gestācijas laiku ≥ 37 nedēļām. Pētījumā ņēma vērā grūtnieču anamnēzi, grūtniecības sarežģījumus, grūtniecības atrisināšanas taktiku, dzemdību iznākumu, jaundzimušā veselību un fizisko attīstību. Pētījuma otrajā daļā medicīnas personāls aizpildīja anketas par attieksmi pret augļa ārējo apgrozījumu, kā arī par respondenta iemaņām un pieredzi veikt augļa ārējo apgrozījumu. Medicīnas personāla aptauja noritēja 2014. g. 4. aprīlī Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas “Dzemdniecības aktualitātes” sēdes laikā. Kopā ir iegūtas 87 aptaujas anketas.

REZULTĀTI.

1. DAĻA. Dzemdību skaits anamnēzē, gestācijas laiks, jaundzimušo neatšķiras starp grupām. I grupā spontānu dzemdību skaits bija statistiski ticami lielāks (105 (24,42%)) nekā II

grupā (74 (19,17%)). Grūtniecības atrisināšanu ar ķeizargriezienu statistiski ticami biežāk novēroja II grupā (311 (80,57%)) salīdzinot ar pētījuma I grupu (325 (75,58%)). Akūtu ķeizargriezienu skaits I grupā bija statistiski ticami lielāks nekā II grupā salīdzinot ar plāna ķeizargriezienu skaitu. Mūsu pētījumā netika konstatētas statistiski ticamas atšķirības starp grupām attiecībā uz perinatālu mirstību, novērtējumu pēc Apgares skalas 5. min < 7 ballēm, jaundzimušā ievietošana jaundzimušo intensīvās terapijas nodaļā, augļa *Pl. brachialis* bojājumu, augļa garā kaula/atslēgas kaula lūzumu dzemdībās.

2. DAĻA. 63% medicīnas personāla rekomendē veikt augļa ārējo apgrozījumu 36.-37. grūtniecības nedēļā. 10,96 % respondentu veic augļa ārējo apgrozījumu, bet 26,02% sāktu veikt šo manipulāciju, ja būtu organizēti speciālie kursi.

SECINĀJUMI. Ķeizargriezienu skaits pēdējos gados ir palielinājies salīdzinot ar deviņdesmitajiem gadiem, taču statistiski ticamas izmaiņas attiecībā uz augļa traumatisma samazināšanos dzemdībās netika konstatētas. Rūpīgi ir jāatlasa dzemdētājas dzemdībām pa dabīgiem dzemdību ceļiem. Medicīnas personālam jāpilnveido prasme ar regulāriem treniņiem dzemdību vadīšanai pa dabīgiem dzemdību ceļiem augļa iegurņa priekšguļas gadījumā. Veikt augļa ārējo apgrozījumu ir jāpiedāvā katrai grūtniecei augļa iegurņa priekšguļas gadījumā, kurai nav kontraindikācijas šīs manipulācijas veikšanai.

MISOPROSTOLA PERORĀLĀS UN VAGINĀLĀS IEVADES EFEKTIVITĀTES SALĪDZINĀJUMS DZEMDĪBU INDUKCIJAI

Karlina Elksne^{1,2}, Ināra Miltiņa^{1,2}, Guna Bārtule¹, Aija Brežinska¹, Linda Grīnberga¹,
Santa Markova¹, Jūlija Jaščuka², Agnese Plēpe², Dace Rezeberga^{1,2}

1 – Rīgas Dzemdību nams

2 – Rīgas Stradiņa universitāte

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Misoprostols ir populārs un bieži lietots medikaments dzemdību indukcijai, taču joprojām pasaulē nav vienotu ideālu devu, ievades veida un biežuma vadlīniju. Līdz šim visplašāk pielietota ir vaginālā ievade, tomēr tā īstenošanai nepieciešamas vairākkārtējas vaginālas manipulācijas, līdz ar to pastāv paaugstināts infekcijas risks un zemāka pacientu apmierinātība. Šo iemesla dēļ visā pasaulē dzemdību indukcijai tiek salīdzināta vagināla un perorāla misoprostola lietošana.

Noskaidrot klīniskās atšķirības, dzemdību indukcijai izmantojot perorālu vai intravaginālu Misoprostolu, lai pamatojoties uz šiem datiem varētu paaugstināt zāļu lietošanas efektivitāti, kā arī pilnveidot dzemdību indukcijas algoritmu.

MATERIĀLS UN METODES. Šajā prospektīvajā pētījumā tika iesaistītas 210 sievietes ar iznestu grūtniecību, kas stacionētas Rīgas Dzemdību namā no 2014. gada janvāra līdz augustam, un kurām indicēta dzemdību indukcija. Pacientes tika sadalītas 2 grupās atbilstoši slimības vēsturu numuriem, lai sadalījums neietekmētu pētījuma rezultātus. Pētījuma grupā 99 pacientes medikamentu saņēma perorāli, bet kontroles grupā bija 111 pacientes, kurām medikaments tika ievadīts vagināli. Klīniskie dati tika iegūti no medicīniskās dokumentācijas un veicot pacientu aptauju. Dati tika apstrādāti ar programmām R un LibreOffice Calc, P vērtība <0,05 tika uzskatīta par statistiski ticamu. Pētījums ir saņēmis RSU Ētikas Komitejas atļauju.

REZULTĀTI. Pētījuma un kontroles grupu vidējais vecums bija 28,5 un 28,7 gadi. Statistisku atšķirību nebija arī paredzamo dzemdību skaitam, ķermeņa masas indeksam, Bišopa skalas novērtējumam, kā arī indikācijām, kuru dēļ veikta indukcija. Toties rezultāti liecina, ka pētījuma grupas pacientes medikamentu saņēma biežāk – 3 reizes pret 1,2 reizēm ($p < 0,05$), kā arī ilgāks bija laika periods no indukcijas sākšanas līdz dzemdību darbības sākumam – 509 minūtes pret 390 minūtēm.

Salīdzinot dzemdību datus, konstatējām, ka grupām procentuāli neatšķīrās pielietoto vakuumekstrāciju un epiziotomiju skaits (attiecīgi 5 % pret 4% un 7% pret 5%), minimāla atšķirība tika konstatēta vajadzībā pēc oksitocīna pielietojuma dzemdībās – 46% pret 42%. Taču konstatējām, ka dzemdības ar ķeizargriezīnu biežāk tika atrisinātas kontroles grupā (14% pret 19%; $p < 0,05$). Jaundzimušo Apgares skalas rādītāji bija līdzīgi abām pētījuma grupām.

SECINĀJUMI. Perorālai un vaginālai misoprostola ievadei ir līdzvērtīgs drošības profils.

Lietojot Misoprostolu perorāli ir potenciāls samazināt ķeizargriezīnu skaitu inducētajām pacientēm. Pilnvērtīgāku datu ieguvei nepieciešams pētījumu turpināt.

GRŪTNIEČU MOTIVĀCIJA IZVĒLĒTIES VECMĀTI KĀ ANTENATĀLAS APRŪPES SPECIĀLISTI

Jūlija Mališauskiene (*vecmāte, Bc.sal., Mg.oec., Mg.sc.ing.*)

Natālija Vedmedovska (*dr.med. Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Latvija*)

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Noskaidrot grūtnieču motivāciju izvēlēties vecmāti fizioloģiskās grūtniecības vadīšanai.

METODES. Neeksperimentāls, kvantitatīvs aprakstošs šķērsriezuma pētījums-rakstveida klātienes aptauja ar pētījumam izstrādāto instrumentu-anketu. Pētījuma instrumenta izstrādei izmantota Alderfera motivācijas teorija jeb ERG teorija (angl. *Existence, Relatedness, Growth* – eksistence, saistība, izaugsme). Pētījuma laikā tika izdalītas 137 anketas, 104 no tām autore atzinusi par derīgām, 33 par nederīgām.

PĒTĪJUMA REZULTĀTI. Trīs respondentes bija vecumā no 18 līdz 20 gadiem, 65 respondentes vecumā no 21 līdz 30 gadiem, 35 respondentes vecumā no 31 līdz 40 gadiem un viena respondente vecumā no 41 līdz 45 gadiem. Pēc dzīvesvietas respondentes sadalās šādi: 59 no Rīgas, 25 no Rīgas rajona, deviņas no citas Latvijas pilsētas, viena no lauku teritorijas. 61 respondente dzīvo reģistrētā laulībā, 37 respondentes dzīvo ar pastāvīgo partneri, un sešām nav pastāvīga partnera. 50 sievietēm šis bija pirmās dzemdības, 37 sievietēm otrās, 17 sievietēm vismaz trešās. Par grūtniecības vadīšanas speciālistu ārstu-ginekologu izvēlējās 82 sievietes, vecmāti – 20 un citu speciālistu (ģimenes ārstu, ginekologu-endokrinologu) – divas. Dati par grūtniecības norisi: 44 respondentes atbildēja, ka grūtniecība noritējusi labi un viņas bijuša pilnīgi veselas, 57 respondentēm noritēja labi ar nenozīmīgiem veselības traucējumiem, divām nori-

tēja ar nopietnām veselības problēmām, viena atbildēja, ka nezina. 89 respondentēm ir būtiski saņemt grūtniecības vadīšanas pakalpojumus bez maksas, 15 respondentēm tas nav būtiski. Sadarbība ar speciālistu un kopīgu lēmumu pieņemšana par grūtniecības vadīšanas taktiku ir ļoti svarīga 87 respondentēm, nav tik ļoti svarīga divām respondentēm, 15 respondentes atzīmēja, ka viņām nav profesionālo zināšanu un visa atbildība par viņu grūtniecību jāuzņemas speciālistam.

SECINĀJUMI. Aptaujā piedalījās 104 sievietes, kas ir ļoti neliels skaits no kopējā sieviešu skaita reproduktīvajā vecumā, tāpēc pētījumā iegūtie rezultāti nevar būt attiecināmi uz visu Latvijas teritoriju, bet tikai uz šā pētījuma dalībniecēm. Aptaujas dalībnieces ir motivētas rūpēties par savu veselību grūtniecības laikā. Gandrīz visas sievietes savu fizioloģisko grūtniecību vadījušas pie ārsta-ginekologa. Grūtniecēm trūkst informētības par iespējām vadīt grūtniecību pie vecmātēm, tāpēc tās nav motivētas mainīt ierastu aprūpes modeli – aprūpi pie ārsta-ginekologa. Informētības trūkums ir galvenais motivācijas faktors, kas neļauj sievietēm izdarīt izvēli. Tikai trešdaļa grūtnieču izprot vecmātes amata būtību. Sabiedrība caur plašsaziņas līdzekļiem jāinformē par vecmāšu lomu un iespējām. Latvijā ir vairāki ierobežojumi vecmāšu autonomam darbam antenatālajā aprūpē. Pētījumā ievērots vispārīnāšanas princips, jo no tā izriet nepieciešamība pētīt šo problēmu tālāk.

INCIDENCE, INDIKĀCIJAS UN GALVENIE HISTEREKTOMIJAS RISKA FAKTORI ĶEIZARGRIEZIENA LAIKĀ SIEVIETEI DAUGAVPILS REĢIONĀLAJĀ SLIMNĪCĀ

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Noteikt histerektomijas biežumu ķeizargrieziena (CS) operācijas laikā un salīdzināt ar literatūras datiem. Noteikt histerektomijas indikācijas CS operācijas laikā un salīdzināt ar literatūras datiem. Noteikt histerektomijas riska faktorus CS operācijas laikā.

MATERIĀLI UN METODES. Pētījums ir retrospektīvs. Tas tika veikts, izmantojot Daugavpils Reģionālās slimnīcas (DRS) dzemdību nama arhīvu materiālus. Pētījumā tika analizētas slimības vēstures par veiktajiem CS laika posmā no 2007. gada janvāra līdz 2011. gada decembrim. Pētījumā tika iekļautas 1004 sievietes, kurām tika veikts CS. 18 grūtniecēm CS operācijas laikā tika veikta histerektomija. Tika apkopotas indikācijas histerektomijai. Tika vērtēts histerektomijas risks sievietēm ar: vecumu ≥ 35 gadiem, dzemdību skaitu ≥ 3 , CS anamnēzē, mākslīgiem abortiem anamnēzē, dzemdes miomu, *placenta praevia*. Iegūtie dati apkopoti un statistiski apstrādāti, izmantojot Microsoft Office Excel 2007 un SPSS 19,0 datorprogrammas.

REZULTĀTI. Histerektomiju CS laikā incidence ir 18 histerektomijas uz 1000 CS. Vadošā histerektomijas indikācija ir hipotoniskā dzemdes asiņošana ($n=10$). CS, viens vai divi mākslīgie aborti

anamnēzē nav saistīti ar histerektomiju. Vienpakāpju analizē histerektomija bija statistiski ticami saistīta ar sievietes vecumu ≥ 35 gadi, dzemdību skaitu ≥ 3 , mākslīgiem abortiem anamnēzē, trim un vairāk mākslīgiem abortiem anamnēzē, *placenta praevia* un miomu. Daudzpakāpju analizē histerektomija bija statistiski ticami saistīta ar trim un vairāk mākslīgiem abortiem anamnēzē (aOR = 10,6, $p=0,018$), *placenta praevia* (aOR = 581,2, $p<0,001$) un miomu (aOR = 73,9, $p<0,001$). Pārējie riska faktori bija zaudējuši ticamību.

SECINĀJUMI. DRS veikto histerektomiju biežums CS operācijas laikā (18 histerektomiju/1000 CS) ir lielāks nekā Eiropā, ASV un Ķīnā. DRS ir biežāk sastopamas tādas indikācijas histerektomijai, kā hipotoniska dzemdes asiņošana un liela mioma, nekā pēc literatūras datiem. Trīs un vairāk abortu anamnēzē, 3-4 pakāpes *placenta praevia* un mioma bija neatkarīgi histerektomijas riska faktori pētītajā populācijā. Vecums lielāks par 35 gadiem, dzemdību skaits trīs un vairāk, mākslīgie aborti anamnēzē ir saistīti ar histerektomiju tikai vienpakāpju analizē. Tādi potenciāli riska faktori kā ķeizargrieziena anamnēzē, viens vai divi mākslīgie aborti anamnēzē nebija saistīti ar histerektomiju pētītajā populācijā.

ATSLĒGVĀRDI: ķeizargrieziena, histerektomija, riska faktori.

ĀRĒJĀ SFINKTERA INERVĀCIJAS IZMAIŅU ANALĪZE SIEVIETĒM PĒC DZEMDĪBĀM

V. Začesta¹, D. Baranovska², K. Elksne¹, I. Jermakova², H. Plaudis⁴, D. Rezeberga¹, I. Vidnere⁴, O. Zelenova¹

1 – Rīgas Dzemdību nams

2 – Ārstu prakse Quartus

3 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, 4 Medicīnas sabiedrība ARS

IEVADS. Ir pierādīta jaunas minimāli invazīvas metodes – virsmas elektromiogrāfijas (EMG) izmantošana starpenes inervācijas novērtēšanai. Literatūras dati liecina par iegurņa pamatnes inervācijas funkcionālu asimetriju un tās saistību ar vēlāku fekālo inkontinenci, ja dominantās inervācijas pusē bijusi trauma. Fekālās inkontinences problēmas līdz galam nav atzīta, jo simptomi parādās vairākus gadus pēc dzemdībām: to sastop 1,3 līdz 11% sieviešu pēc 64 g.v. Līdzšinējie EMG izmeklējumi ir atklājuši, ka epiziotomija būtiski samazina inervācijas zonu skaitu sievietēm pēc dzemdībām, bet neatbild uz jautājumu, vai šīs izmaiņas ir paliekošas un vai tās var novērst.

DARBA MĒRĶIS. Darba mērķis ir ar EMG palīdzību atrast ārējā sfinktera inervācijas modeli pirms dzemdībām un analizēt pēc dzemdībām radušās izmaiņas ilgtermiņā, tādējādi novērtējot EMG potenciālu starpenes traumu samazināšanā dzemdībās.

MATERIĀLI UN METODES. Šis ir prospektīvs kohortas pētījums, kurā tiek iekļautas iepriekš nedzemdējušas sievietes – grūtnieces otrajā trimestrī. Lai izslēgtu obstruktīvās defekācijas sindromu, grūtnieces aizpilda Longo anketu. EMG laikā tiek identificēta inervācijas zonu (IZ) lokalizācija, signālu amplitūdas vidējā absolūtā vērtība, motoro vienību darbības potenciālu skaits sekundē. 8 ne-

dējas un gadu pēc dzemdībām atkārtoti tiek veikta EMG, kā arī ievākta informācija par dzemdību gaitu, aizpildītas Longo un fekālās inkontinences anketas.

REZULTĀTI. Līdz tēžu iesniegšanas brīdim veikti 48 EMG mērījumi pirms dzemdībām, un IZ sadalījums bija heterogēns: 38% inervācija dominēja labajā pusē, 34% kreisajā, 28% – simetriski. Vidējā signālu amplitūda pirms dzemdībām bija 3,6 μV miera, un 14,2 μV kontrahētā stāvoklī. Miera stāvoklī motoro vienību darbības potenciālu skaits sekundē bija 18, kontrakcijā – 37. Līdz šim dzemdējušas 20 sievietes: spontāni plisumi 55%, epiziotomijas 15%, bez plisumiem 20%, ķeizargrieziens 10%. Pētījums turpinās un dati tiks prezentēti kongresā. Preliminārie rezultāti liek domāt, ka sievietēm ar epiziotomiju dominantās inervācijas pusē IZ skaits un signālu amplitūda samazinās.

SECINĀJUMI.

Pētījumā iegūtā EMG informācija par sfinktera inervāciju var kalpot klīniskajiem speciālistiem optimālākas epiziotomijas griezienu vietas izvēlei. Sievietēm, kam pēc dzemdībām konstatētas būtiskas sfinktera inervācijas izmaiņas, tiek dota iespēja saņemt rekomendācijas fekālās inkontinences profilaksei.

HOXB3 GĒNU PRODUKTU KLĀTBŪTNE DAŽĀDU GESTĀCIJAS VECUMU PLACENTĀS

Ilze Kreicberga^{1,3}, Māra Pilmane², Dace Rezeberga^{1,3}

1 – Rīgas Stradiņa universitātes (RSU) Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra

2 – RSU Anatomijas un antropoloģijas institūts

3 – Rīgas pašvaldības SIA Rīgas Dzemdību nams

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Pētīt HoxB3 gēnu produktu klātbūtni dažāda gestācijas vecuma pēcdzemdību placentās, tos attiecinot uz grūtniecības riska faktoriem, antropometriskajiem un klīniskajiem indikatoriem, lai identificētu svarīgākos placentas stāvokļa un augļa labsajūtas prognostiskos faktoros.

MATERIĀLI UN METODES. 2009. gada 12. martā pētījumu akceptēja Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komiteja. Pētījuma tika iekļautas 53 pilngadīgas, HIV negatīvas pacientes ar pilnvērtīgu antenatālu aprūpi bez smagām sistēmas slimībām, kuras tika uzņemtas dzemdībām Rīgas Dzemdību namā un piekrita dalībai pētījumā. Tika izdalītas 3 pacientu grupas: 14 laicīgu dzemdību gadījumi ar veselu bērnu, 25 priekšlaicīgi dzemdību gadījumi ar neiznēsātu bērnu un 14 dažādu grūtniecības laiku dzemdības ar klīniski nozīmīgu augļa distresu antenatāli vai dzemdību laikā.

Placentu preparāti tika pakļauti *IHM* krāsošanai ar *Santa Cruz* ražotām *HoxB3* poliklonālām truša antivielām atšķaidījumā 1:100. Atrade tika vērtēta puskvantitatīvi pēc *HoxB3* pozitīvu šūnu daudzuma redzes laukā (Pilmane et al., 1998) no 0 līdz ļoti daudz +++++. Statistiskai datu apstrādei tika piešķirts rangs, izmantojot ascēdējošo modificēto ranga piešķiršanas metodi (Pozzi, 2008). *Pearson* korelācija tika izmantota, lai noteiktu iespējamo korelāciju starp

antropoloģiskajiem un klīniskajiem datiem un molekulārajiem faktoriem, izmantojot *IBM SPSS 19.0*; statistiska ticamība noteikta $p < 0,05$.

REZULTĀTI. *HoxB3* gēnu produktu pozitīvās šūnas tika atrastas visos placentas preparātos no atsevišķām šūnām (0/+) līdz daudzām šūnām (+++) (6.26. att. un 6.27. att.); to daudzums nekorelēja ar gestācijas laiku. Izvērtējot korelāciju starp *HoxB3* produktu pozitīvo šūnu rangiem un klīniskajiem parametriem, iezīmējās statistiski nozīmīga korelācija ar mātes un bērna ķermeņa garenvirziena mērījumiem: visā pētījumā *HoxB3* rangs vērtības negatīvi korelēja ar bērna *Pondarela* indeksu ($p=0,018$), laicīgu dzemdību placentās tās uzrādīja pozitīvu korelāciju ar bērna ķermeņa garumu ($p=0,046$), priekšlaicīgu dzemdību placentās negatīvu korelāciju ar bērna *Pondarela* indeksu ($p=0,008$), bet distresa placentās – pozitīvu korelāciju ar mātes augumu ($p=0,032$).

SECINĀJUMS. *Homeobox* gēna *HoxB3* produktu pozitīvās šūnas atrodamas visās placentās no 22. nedēļām līdz iznēsātībai; to daudzums nekorelē ar grūtniecības laiku, bet gan ar dažiem jaundzimušo antropometriskajiem rādītājiem, liecinot par to lomu augļa garenvirziena augšanā.

REZUS NEGATĪVAS GRŪTNIECES ANTENATĀLA UN AGRĪNA PĒCDZEMDĪBU PERIODA APRŪPE LATVIJĀ 2012.GADĀ

Ramona Galsone¹, Emma Sokolova¹, Zane Krastiņa^{1,2}

1 – Latvijas Universitāte

2 – Paula Stradiņa Klīniskā Universitātes slimnīcā

MĒRĶIS. Noteikt rezus negatīvo grūtnieču incidenci, kā arī noteikt rezus pozitīvo piedzimušo bērnu skaitu, rezus negatīvo māšu grupā Latvijā 2012.gadā. Izanalizēt cik adekvāta bija nedēļnieču antivielu titra pret D antigēnu noteikšana un imunizācija antenatāla un agrīna pēcdzemdību periodā.

METODES. Retrospektīvs pētījums notika Paula Stradiņa Klīniskā Universitātes slimnīcā, Jūrmalas slimnīcā, Vidzemes slimnīcā, Daugavpils reģionālā slimnīcā arhīvos. Tika apkopotas 2012.g. dzemdību vēstures, atlasot rezus negatīvas grūtnieces. Nedzemdējošo grūtnieču un nedēļnieču vēstures ar antenatālo aprūpi ārpus Latvijas teritorijas tika izslēgtas. Datu statistiskā apkopošana un analīze tika veikta SPSS 21.0 un Excel 2010 vidēs. Pētījuma grupas tika salīdzinātas, izmantojot divu neatkarīgo paraugkopu T – testu ar 95% ticamības intervālu.

REZULTĀTI. Resus negatīvo grūtnieču incidence 2012.g. 15.54%. Resus pozitīvo piedzimušo bērnu skaits rezus negatīvo māšu grupā 57.4%. Bērnu tēviem tika noteikta rezus piederība 59.9% gadījumu antenatālas aprūpes laikā. Salīdzinot slimnīcu grupā vismazāka noteikšanas incidence dzemdējošām ir novērojama Vidzemes slimnīcā – 38.3%.

Sensitizētas grūtnieces novēro 3.5%. Antivielu daudzums pret D antigēnu 1. trimestrī tika noteiktas 42.7%. Salīdzinot slimnīcu grupā vismazākā noteikšanas incidence dzemdējošām ir novērojama Jūrmalas slimnīcā – 28.4%. Antivielu daudzums pret D antigēnu 2. trimestrī tika noteikts 37.1%. Antivielu daudzums bez noteikšanas datuma novērojams 10.2%.

1.6% grūtniecēm tika ievadīts Ig 28. grūtniecības nedēļā. Pēc dzemdībām tika ievadīts 90% sievietēm ar rezus pozitīvu bērnu. Vislielākā neievadīšanas incidence novērojama Vidzemes slimnīcā – 16.5%, bet mēnešu grupā maijā – 33.3%. Ig ievadīšana pēc amniocentēzes novērojama 50% gadījumā.

SECINĀJUMI. Iegūtie rezultāti liecina, ka rezus negatīvas grūtnieces nav reti sastopama situācija Latvijā – 15.54%. Tas saskan ar ASV datiem – 14%. Resus pozitīvo piedzimušo bērnu skaits lielāks nekā rezus negatīvo, kas var korelē ar sensitizācijas risku. Sensitizētas grūtnieces novēro 3.5% gadījumu, kas ir augsts radītājs, salīdzinot ar citiem pētījumiem 0.3 – 0.8%. Antivielu noteikšana 1. un 2. trimestrī ir nepietiekoša, jo nerasniedz pusi no visām grūtniecēm. Tika novērota zema PVO vadlīniju ievērošana Ig ievadīšanā 3. trimestra sākumā – 1.6%, bet salīdzinoši augsta pēc dzemdībām – 90%. Pētījuma rezultāti noderīgi antenatālas un postnatālas aprūpes uzlabošanai Latvijā.

SIMULĀCIJA DZEMDNIECĪBĀ – KLĪNISKAS KOMPETENCES IZAUGSME

Anna Miskova

RSU Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra

Apvienoto Nāciju (*United Nations*) Tūkstošgades attīstības mērķis (*Millenium Development Goals*) ir samazināt bērnu mirstību (50% no kuras ir jaundzimušo mirstība) un mātes mirstību. Viens no ceļiem šī mērķa sasniegšanai ir droša grūtniecība un dzemdības.

Neatliekamās situācijas dzemdniecībā ir neparedzamas un pēkšņas. Veiksmīga neatliekamo situāciju vadīšana pieprasa multidisciplināras komandas strauju un koordinētu rīcību.

Literatūras dati (*Centre for Maternal and Child Enquiries review 2011*) liecina, ka ~70% mātes mirstības gadījumu bija iespējams novērst ar kvalitatīvu aprūpi. Galveno perinatālās mirstības cēloņu skaitā ir arī slikta sazināšanās starp kolēģiem un neefektīva diskoordinēta aprūpes komandas rīcība. Pēc *ASV Joint Commision* slēdziena neizdevusies sazināšanās kolēģu starpā ir galvenais pacientu nāves, fiziskas vai psiholoģiskas traumas iemesls (nav saistīts ar slimības gaitu) pēdējo 10 gadu gaitā.

Eiropas valstīs, Amerikas Savienotās Valstīs un Kanādā profesionālas klīniskas izaugsmes standarts ir neatliekamo situāciju simulēšana darbā vidē. Simulācija dzemdību zālē balstās uz reālo neatliekamo situāciju krīzes menedžmentu. Svarīgi, lai simulācija

notiktu reālajā vidē un kolēģu starpā, jo savstarpēja sazināšanās, kas ir informācijas pārnese ar mērķi izprast situācijas nozīmi, parasti stresā situācijā pasliktinās, bet efektīvas sazināšanās tehnikas uzlabo izpratni. Ir pierādīts, ka multidisciplināras komandas trenēšana uzlabo darbinieku sazināšanos, darba kvalitāti, samazina klīniskās kļūdas (cilvēciskais faktors, medikamenti), palielina pacientu un ārsta drošību. Nepārtraukta klīnisko situāciju simulēšana un komandas darba trenēšana dzemdniecībā uzlabo savstarpējo sazināšanos kritiskajā situācijā, uzlabo aprūpes drošību, samazina perinatālo saslimstību un mirstību.

RSU klīnisko prasmju apmācības centrā ir aprīkota dzemdību zāle, kurā ar *Laerdal SimMom* un *SimNewborn* simulatoriem ir iespējams modelēt visas neatliekamās situācijas dzemdniecībā: asiņošanu, instrumentālas vaginālas dzemdības, plecu distociju, dzemdības tūpļa guļā, jaundzimušo reanimāciju utt. Īpaši svarīga ir komandas darba trenēšana savā darbā vidē, kas prasa simulācijas izmantošanu klīnikā. Mūsdienīgas drošas klīniskas aprūpes standarts ir neatliekamo situāciju modelēšana pazīstamajā klīniskajā vidē kolēģu starpā, kurus apvieno darbs vienā klīnikā.

NEAUGLĪBAS PROBLĒMAS INFERTILITY PROBLEMS

VĪRIEŠU NEAUGLĪBAS DIAGNOSTISKIE FAKTORI UN TO IETEKME UZ ICSI REZULTĀTIEM

Valerija Godunova¹, Natālija Andrejeva¹, Solvita Funka¹, Svetlana Burceva¹, Ilona Joņina¹, Sergejs Bogožubovs², Ingūna Stalidzāne³, Agnija Stāmere³, Līga Saulīte¹, Marta Soldāne¹

1 – SIA "VASU", "Privātklīnika Jūsu Ārsti"

2 – Zinātniskās endokrinoloģijas centrs, Maskava; Tveras nacionālā medicīnas akadēmija

3 – E. Gulbja laboratorija

PĒTĪJUMA BĀZE. SIA "VASU", "Privātklīnika Jūsu Ārsti"

PĒTĪJUMA MĒRĶI UN UZDEVUMI. Izvērtēt neauglīgu vīriešu spermas un klīnisko parametru ietekmi uz embrioloģisko un klīnisko IVF/ICSI iznākumu.

DARBA METODES. Pētījumā tika iekļauti 50 vīrieši, kuriem sakarā ar esošo oligoastenoteratozoospermiju grūtniecības sasniegšanai esošās partnerattiecībās tika veikti IVF/ICSI cikli. Tika izvērtēti vīriešu klīniskie parametri – neauglības ilgums, ķermeņa masas indekss, FSH, LH, estradiola, TSH līmeņi asins serumā, varikocēles esamība, sēklinieku summārais apjoms. Spermā pētāmie parametri – spermatozoīdu koncentrācija, kustīgums (A+B), morfoloģija, spermatozoīdu DNS fragmentācijas indekss, tests ar hialuronskābi, spermatozoīdu aneiploīdijas procents. Tika pētīta doto faktoru ietekme uz ICSI embrioloģiskiem rezultātiem – fertilizācijas procentu, labas kvalitātes embriju daudzums.

DARBA REZULTĀTI. Starp pacientu klīniskiem parametriem, tādiem kā neauglības ilgums, FSH, LH, testosterona, estradiola, TSH līmenis asins serumā, sēklinieku summārais apjoms, un ICSI rezultātiem netika atrasta ticama korelācija. Tika konstatēta ticama ietekme uz ICSI embrioloģiskiem un klīniskiem iznākumiem sekojošiem izpētes parametriem – spermatozoīdu morfoloģija, DNS fragmentācijas indekss, spermatozoīdu aneiploīdijas procents.

SECINĀJUMI. Pētījumā tika parādīta klīnisko un spermatoģisko parametru korelācija neauglīgo vīriešu starpā, kuriem kā neauglības ārstēšanas metode tiek izmantota ICSI, ar protokolu embrioloģiskiem iznākumiem un ar implantācijas rezultātiem.

Šajā darbā gūtos rezultātus vēlams turpināt pētīt, paplašinot pētījuma atlases kritērijus.

FERTILITY PRESERVATION STRATEGY FOR ONCOLOGICAL PATIENTS REPRODUKTĪVAS FUNKCIJAS SAGLABĀŠANAS STRATĒGIJA ONKOLOĢISKIEM PACIENTIEM

Violeta Fodina¹, Anna Miskova²

1 – iVF Rīga, reproduktoloģijas klīnika

2 – RSU, Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra

Visā pasaulē palielinās saslimstība ar ļaundabīgām saslimšanām. Saslimstības pieaugums daļēji ir saistīts ar populācijas novecojumu, bet nevar būt pilnībā ar to izskaidrojams, jo daļa pacientu ir jaunie cilvēki. Pēc Latvijas Slimību Profilakses un Kontroles Centra datiem 2012. gadā ar ļaundabīgām saslimšanām saslima 275 vīrieši un 489 sievietes vecumā līdz 45 gadiem.

Ņemot vērā, ka šodien attīstītajās valstīs jaunie cilvēki ir tendēti atlikt pirmo vēlamu grūtniecību, pagarinās tā saucamais "reproduktīva riska logs" – laiks līdz pirmām dzemdībām. Tas nozīmē, ka pēc 30 gadiem ar neauglību riskē sastapties 15% sieviešu, bet pēc 35 gadiem jau 30% sieviešu.

Pētījumi parādā, ka pacientiem, kas izcīnīja vēzi bērnībā, vēlāk dzimst veseli bērni, ja reproduktīva funkcija ir saglabāta. Reproductīvas funkcijas atjaunošana ir atkarīga no pacientu vecuma un auglības iespējām pirms vēža ārstēšanas. Menstruācijas atjaunojas līdz pat 50% sievietēm, kas jaunākas pār 40 gadiem pēc krūts vēža ķīmijterapijas, bet 90-95% sievietēm vecākām par 40 gadiem iestājas menopauze. Faktiski pēc 35 gadiem sieviete ar lielāku varbūtību būs neauglīga pēc vēža ārstēšanas. Tas ir saistīts ar olšūnu skaita progresīvu samazināšanos pēc 30 gadiem un ķīmijterapijas un/vai apstarošanas iedarbību. Nav iespējams paredzēt, kā vēža ārstēšana ietekmēs pacientu reproduktīvo veselību. Līdz ar to patreiz ir iz-

strādātās metodes, kas ļauj saglabāt reproduktīvo funkciju: orgānu saglabājošas ķirurģiskas iejaukšanas, dzimumorgānu aizsardzība apstarošanas laikā, dzimumšūnu vai embriju sasaldēšana.

Spermas sasaldēšana ir izvēles metode vīriešiem un dzimumnobraudējiem zēniem vecumā no 13 gadiem (pirms tam spermatozoidu daudzums ejakulātā var būt nepietiekošs apaugļošanai). Sievietēm auglības saglabāšanas izvēles metode ir olšūnu paņemšana sasaldēšanai vai ārpusdzemdes apaugļošana un tālāka embriju sasaldēšana. Ir pierādīts, ka atsaldēta embrija pārnese ir tik pat efektīva, kā svaiga embrija pārnese un asociējas ar mazāku priekšlaicīgo dzemdību un maza gestācijas laika bērnu piedzimšanu. Sieviete bez partnera vai dzimumnobraudēšai meitenei izvēlas olšūnu ātro sasaldēšanu vai vitrifikācijas metodi.

Reproduktīvas funkcijas realizācijas priekšnosacījums pacientiem, kas izcīnīja vēzi ir savlaicīga agrīna slimības diagnostika un efektīva mūsdienīga ārstēšana. Vēža pacientu aptaujas parādā, ka trim pacientiem no četriem vecumā līdz 35 gadiem diagnozes uzstādīšanas brīdī, bērnu nav. Pēc ilgstošas remisijas sasniegšanas, kas šodien ir iespējams, neauglība var būt faktors, kas ievērojami samazina dzīves kvalitāti. Pacientiem vismaz ir jābūt informētiem par auglības saglabāšanas iespējām. Šajā prezentācijā mēs apskatīsim mūsdienīgas auglības saglabāšanas stratēģijas.

IZEJOŠĀ FOLIKULSTIMULĒJOŠĀ HORMONA LĪMEŅA SIEVIETEI IESPĒJAMĀ SAISTĪBA AR OLNĪCU STIMULĀCIJAS TERAPIJAS RĒZULTĀTU

Levenšteins M.¹, Vīberga I.²

¹ – Ārsts, Latvijas Universitāte

² – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Izpētīt izejas FSH līmeņa serumā sievietei saistību ar olnīcu stimulācijas iznākumu.

METODOLOĢIJA. Retrospektīvs, aprakstošs pētījums, analizējot datus no pacientu ambulatorajām kartēm. Pētījuma izlase ir 66 sievietes, kurām "Klinika EGV" no 2012. gada 1.februāra līdz 2013. gada 20. decembrim veikta olnīcu stimulācija pēc garā protokola, izmantojot Diferelinu 3,75 mg (*Triptorelinum*), Gonalu F (*Follitropinum alfa*) un Ovitrelle (*Choriongonadotropinum alfa*). Izlase tika sadalīta divās grupās, pamatojoties uz sievietes vecumu: līdz un vairāk par 36 gadiem. Tika iegūti dati par menstruālā cikla (MC), konstitucionāliem parametriem, reproduktīvo un ginekoloģisko anamnēzi, laboratoriem un ultrasonogrāfiskajiem rādītājiem. Dati analizēti izmantojot datorprogrammas *Microsoft Excel 2011* un *IBM SPSS Statistic 19*. Salīdzinot pētījuma izlases apakšgrupas lietoja Hi-kvadrāta vai Vitnija – Manna testu un statistiski ticama atšķirība ir pie $p < 0,05$. Korelācijas noteikšanai izmantots Spirmena korelācijas koeficients.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. Pētījumā iekļauto IVF pacientu vidējais vecums ir 33 (± 4) gadi. Ir noskaidrots, ka pastāv vāja saistība starp izejošā FSH līmeņa serumā jeb 2. – 5. MC dienā un stimulācijas rezultātā iegūto olšūnu skaitu, kas nesasniedza statistisko nozīmību. Novēro, ka ar zemāku folikulu stimulējošā hormona (FSH) līmeni ieguva vairāk olšūnas nekā ar augstāku bazālo FSH līmeni serumā. Visā pētījuma izlasē pastāv saistība starp izejošā, jeb 2. – 5. MC dienas FSH un lutinizējošā hormona (LH) attiecību un stimulācijas rezultātā iegūto olšūnu skaitu.

1. Novērojama sakarība starp izejošā FSH līmeņa serumā un stimulācijas rezultātā iegūto olšūnu skaitu.
2. Novērojama iespējama saistība starp izejošās FSH/LH attiecības un stimulācijas rezultātā iegūto olšūnu skaitu.
3. Netiek novērota saistība starp sievietes vecumu un iegūto olšūnu skaitu.

OOĀTU SPECIFISKO ĢĒNU LOMA SIEVIETES REPRODUKCIJAS PROCESOS

Dr. Eva Barkāne, Dr. Gints Treijs

Reproduktīvās medicīnas centrs Embrions

Oocīts ir lielākā un skaitliski retākā šūna sievietes organismā. Tai piemīt unikālas un atšķirīgas īpašības: pirmkārt, tā ir šūna – "ilgdzīvotāja", otrkārt, pārnēs sievietes ģenētisko informāciju nākamām paaudzēm. Oocītam ir unikāla loma folikula augšanas, ovulācijas, fertilizācijas un agrīnās embriogēneses procesos. Oocīts ilgu laiku tika uzskatīts kā "pasīvs elements" dominātā folikulā, kura monitorizēšanai tika piešķirta galvenā loma. Pētījumi molekulārajā bioloģijā pēdējā desmitgadē šo uzskatu ir izmainījuši. Sievietes reproduktīvo procesu regulācijas procesos piedalās milzīgs daudzums specifisku oocītu ģēnu. Kaut arī ģēnu loma oocītu un folikulu augšanas un attīstības procesos joprojām nav pilnībā izprasta, esošie pētījumi pierāda specifisku oocītu ģēnu svarīgo ietekmi šajos procesos. Oocīta loma folikula augšanā ir multifunkcionāls un ļoti komplekss process. Oocītu specifiskie ģēni ir iesaistīti ovulācijas un agrīnās embriogēneses procesos, tie ietekmē granulozo šūnu proliferāciju preantrālā un antrālā folikulā, *cumulus* formēšanos un ekspansiju folikulā, kā arī steroīdo hormonu sintēzi. Oocītu specifiskie ģēni iespējams ir kandidātgēni dažādām reproduktīvas sistēmas saslimšanām, tādām kā PCOS, priekšlaicīgs olnīcu izsūkuma sindroms (POF) un neizskaidrojama neauglība. Ne-

auglība skar vidēji 15% pārus visā pasaulē. Vidēji 20% no tām klasificē kā neizskaidrojamu neauglību.

KLĪNISKS GADĪJUMS. Paciente 25 g.v., klīnikā Embrion tika veiktas divas ART procedūras: pirmajā ieguva 12 oocītus, apaugļojās – 2, ET -1, HCG (-); otrajā ieguva 13 oocītus, apaugļojās – 1, kas otrajā dienā apstājās augšanā, ET netika veikts. Gadu vēlāk tika veikta IVF procedūra ar donora olšūnām, kuras rezultātā iestājās viena augļa grūtniecība. Laktācijas 8 mēnesī sievietei iestājās spontāna grūtniecība. Abos gadījumos sieviete dzemdēja iznestas meitenītes. Gadījums tika uzskatīts par piemērotu, lai to iekļauto oocītu ģēnu izpēti pētījumā *Adam Mickiewicz* Eksperimentālās Bioloģijas Universitātē Krakovā Polijā.

REZULTĀTS. Asins paraugu izpēte atklāja, ka *zona pellucida* (ZP4) gēna 9 eksonā (TCT) serīns (S) aizvietots ar cisteīnu (C) un tam papildus pievienots izoleicīns (I). Šo gēna daļu dēvē par "zona pellucida līdzīgo domēnu" un tam ir būtiska loma spermatozoīdu adhēzijas un akrosomu reakcijas procesā. Defekts ZP4 gēnā varētu būt saistīts ar fertilizācijas procesa traucējumiem konkrētai pacientei.

LATVIJĀ PIRMĀ PROGRESĒJOŠĀ GRŪTNIECĪBA PACIENTEI AR NEAUGLĪBU UN DZEMDES KAKLA VĒZI PĒC RADIKĀLAS TRAHELEKTOMIJAS AR SEKOJOŠU MEDICĪNISKU APAUGĻOŠANU

A. Mitiļdzans^{1,2}, J. Brikune¹, Z. Romanovskis², S. Vītiņa³, J. Ļakutins¹, A. Bazarova¹, A. Grunskis¹, K. Utāne¹

1 – AVA-Clinic

2 – RAKUS, Latvijas Onkoloģijas Centrs, Onkoķirurģijas klinika onkoginekoloģijas nodaļa

3 – P. Stradiņa kliniskā universitātes slimnīca, Dzemdību nodaļa

DARBA MĒRĶIS. Dzemdes kakla vēzis ir viens no galvenajiem sieviešu reproduktīvās funkcijas zaudējuma iemesliem. Operācijas un tam sekojošās medicīniskās apaugļošanas terapijas mērķis bija nedzemdējušas sievietes reproduktīvās funkcijas saglabāšana.

MATERIĀLI UN METODES. 2013. gada aprīlī pacientei (dzim.1985.) ar sekundāru neauglību pēc labās puses salpingektomijas ārpusdzemdes grūtniecības dēļ un astenoteratozoospermijas vīram tika diagnosticēts dzemdes kakla vēzis IB1 stadijā. Piemērota operatīva terapija – abpusēja iegurņa limfadenektomija un abdomināla radikāla trahelektomija, liģējot dzemdes asinsvadus un nodrošinot dzemdes ķermeņa apasiņošanu ar olnīcas asinsvadiem. Dzemdes kakls tika ekscidēts kopā ar maksts augšējo trešdaļu un paracervikālajiem audiem. Apkārt ārējai mutei tika uzlikta ethybond cirkulārā šuve priekšlaicīgu dzemdību profilaksei. Dzemdes ķermenis tika piešūts pie maksts izmantojot Stumdorfa šuves. Pēcooperācijas periods noritēja bez komplikācijām.

Onkoginekoloģiskajā kontrolē kliniski un citoloģiski dati par slimības recidīvu netika atrasti.

2014.gada martā pacientei tika veikts medicīniskās apaugļošanas cikls. Olnīcu stimulācija veikta pēc isā protokola ar GnRh-antagonistiem, kopējā r-FSH stimulācijas deva 1200 IU. Punkcijas laikā

iegūtas piecas nobriedušas olšūnas. Olšūnu apaugļošana veikta ar ICSI metodi, izmantojot partnera spermu. Olšūnas kultivētas pie +37°C, 6% CO₂, 5% O₂. Visas olšūnas pareizi apaugļojās. Embriju kultivācija tika veikta līdz trešajai dienai, iegūti pieci embriji. Trešajā dienā veikta viena embrija pārstādīšana dzemdes dobumā. Četri embriji kriokonservēti ar vitrifikācijas metodi.

Paciente stājās uzskaitē astotajā grūtniecības nedēļā. 14/15 grūtniecības nedēļā P. Stradiņa KUS dzemdību nodaļā tika veikta dzemdes amputācijas stubra sašūšana (priekšlaicīgu dzemdību profilakse).

REZULTĀTI. RAKUS LOC, onkoķirurģiskās klinikas, onkoginekoloģijas nodaļas un AVA-clinic specialīstu sadarbības rezultātā pacientei ar diagnozi Ca colli uteri FIGO – IB1 T1b1N0M0G2 et Infertilitas secundaria status post salpingectomy dextrae, Asthenoteratozoospermia pēc ārstēšanas iestājās grūtniecība. Šobrīd turpinās pacientes grūtniecības novērošana saskaņā ar LR grūtnieču antenatālās aprūpes programmu.

SECINĀJUMS. Jaunas operatīvas tehnikas un progresīvas tehnoloģijas izmantošana ļauj saglabāt reproduktīvu funkciju sievietēm ar īpaši sarežģītām ginekoloģiskām patoloģijām.

OLŠŪNU VITRIFIKĀCIJAS IETEKME UZ EKSTRAKORPORĀLAS APAUĢĻOŠANAS KLĪNISKAJĒM REZULTĀTIEM

J. Ļakutins, O. Babula, J. Bazarova, J. Brikune, A. Grunskis, K. Utāne

AVA-Clinic, Member of Fertilinova Clinics

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Salīdzināt rezultātus medicīniskās apauglības ciklos ar donora olšūnām starp svaigiem cikliem un cikliem ar vitrificētām olšūnām un novērtēt olšūnu vitrificācijas ietekmi uz:

- olšūnu izdzīvošanu un apauglīšanos pēc vitrificācijas,
- agrīnu embriju attīstību,
- grūtniecības iestāšanās biežumu,
- implantācijas rādītāju.

METODE. Pētījumā retrospektīvi tika analizēti 102 neauglības ārstēšanas cikli ar donoru olšūnām. Analizētie cikli tika sadalīti divās grupās: pirmajā (pētījuma) grupā 37 cikli ar vitrificētām olšūnām – kopā 375 olšūnas, bet otrā (kontroles) grupā 65 cikli ar svaigām olšūnām – kopā 787 olšūnas. Visas olšūnas apauglēja ar ICSI metodi. Embriju kultivācija tika veikta pie +37°C, 6% CO₂, 5% O₂ līdz trešajai vai piektajai dienai. Visi analizētie cikli noslēdzās ar embriju pārstādīšanu (ET) dzemdes dobumā, kura laikā tika pārstādīti viens vai divi labas kvalitātes embriji. Visos gadījumos par statistiski ticamu bija pieņemts $p < 0,05$.

REZULTĀTI. Vidējais olšūnu donora vecums pētījuma grupā bija $24,6 \pm 4,0$, bet kontroles grupā $26 \pm 4,2$ gadi ($p > 0,05$). Vidējais pa-

cientes vecums bija $42,9 \pm 4,4$ pētījuma grupā un $42,4 \pm 3,6$ gadi kontroles grupā ($p > 0,05$). Pētījuma grupā no 375 olšūnām pēc atkausēšanas izdzīvoja 350 (93,3%). No tām 346 olšūnas bija nobriedušas un 4 nenobriedušas. No 346 olšūnām pētījuma grupā pareizi apauglējās 251 (72,5%), savukārt kontroles grupā no 787 – pareizi apauglējās 693 (88%) olšūnas ($p < 0,05$). Pētījuma grupā no visām 2PN-zigotām ieguva 238 embrijus (200 labas kvalitātes), bet kontroles grupā 681 embriju (533 labas kvalitātes). Embriju dalīšanas rādītājs bija 94,8% pētījuma grupā un 98,3% kontroles grupā ($p > 0,05$). Vidējais embriju daudzums uz ET pētījuma grupā bija 1,78, bet kontroles grupā 1,68 ($p > 0,05$). Bioķīmiskā grūtniecība iestājās 56,8% gadījumos pētījuma grupā un 60% gadījumos kontroles grupā ($p > 0,05$). Savukārt progresējošās (pēc 22 gr.n.) grūtniecības rādītājs pētījuma grupā bija 44,4% un kontroles grupā 43,1% ($p > 0,05$). Implantācijas rādītājs bija 35,4% pētījuma grupā un 33% kontroles grupā ($p > 0,05$).

SECINĀJUMI. Pētījuma rezultāti liecina, ka olšūnu vitrificācija ir droša un efektīva olšūnu kriokonservācijas metode. Iegūtie rezultāti norāda uz iespējamu vitrificācijas ietekmi uz olšūnu fertilizāciju ($p < 0,05$). Savukārt galvenie klīniskie (implantācijas un grūtniecības iestāšanās biežums) rādītāji starp ārstēšanas cikliem ar svaigām un vitrificētām olšūnām neatšķiras.

HIPOGONADOTROPĀ AMENOREJA UN NEAUGLĪBA

Dr. A. Tirāne, dr. D. Deližanova

MĒRĶIS. Latvijā sievietēm ar hipofīzes saslimšanu un tai sekojošu mazspēju praktiski nav iespējams tikt pie bērna dabiskā ceļā. Mūsu mērķis dalīties savā pieredzē ar trīs veiksmīgām grūtniecībām.

METODE. Paciente tiek vispusīgi izmeklēta, tiek noteikts gonadotropīnu, estrogēnu, androgēnu lielums, folikulu daudzums olnīcās, vīra spermogramma, pēc vajadzības olvadu caurlaidība. Vēlams MR izmeklēšana hipofīzei.

Pie atbilstoši pozitīviem rezultātiem uzsāk terapiju ar FSH, LH preparātiem. Mēs izvēlējamies Merionalu. Terapiju uzsākām ar ma-

zām devām, tās palielinot. USS veicām monitoringu-folikuļu lielumu, dominanto folikuli, endometrija biezumu, arī estrogēnu līmeni asinīs. Pie atbilstošiem parametriem-dominantais folikuls 20mm un endometrijs 8-10 mm tika injicēts Pregnils 10000 vien. Pēc tam uzsākām progesterona terapiju.

REZULTĀTI. Terapija tika veikta 3 pacientēm, kuras visas dzemdēja dzīvus veselus, izņestus bērnus.

SECINĀJUMS. Tā kā metode nav sarežģīta un finansiāli pieejama, tad iesakām to plašāk lietot sievietēm ar šo diagnozi.

SALĪDZINOŠĀS GENOMA HIBRIDIZĀCIJAS UZ MIKROČIPIEM KLĪNISKĀ PIELIETOŠANA PIRMSIMPLANTĀCIJAS EMBRIJU ĢENĒTISKAJAI TESTĒŠANAI REPRODUKTĪVĀS MEDICĪNAS IETVAROS

Ludmila Voložonoka

IVF Rīga

Pirmsimplantācijas ģenētiskās diagnostikas (PGD) aizsākumi ir meklējami jau 20. gs beigās; sākotnēji pirmsimplantācijas stadijas embriju ģenētiskā testēšana tika piemērota atsevišķos gadījumos kā alternatīva forma prenatalajai augļa diagnostikai. Taču iekš mūsdienu reprodiktīvo tehnoloģiju attīstības fona un stapdisciplināro zinātnes sasniegumu efektīvu pielietošanu tajā, embriju ģenētiskā pārbaude pirms to pārvešanas sievietes dzemdē ir ieguvusi plašu pielietojumu kā arī raksturojas ar plašu indikāciju klāstu. Uz doto brīdi inovatīva metode – salīdzinošā genoma hibridizācija uz mikročipiem (array comparative genomic hybridization – aCGH) ir kļuvusi par zelta standartu pirmsimplantācijas embriju ģenētiskajai testēšanai IVF cikla ietvaros.

Uz doto brīdi ir pierādīts, ka par iemeslu lielākajai daļai neveiksmīgu IVF ciklu ir aneuploidu jeb embriju ar izmainītu hromosomālo kompleksu attīstība, turklāt šis daudzums pieaug proporcionāli mātes vecumam. Lielākā daļa aneuploidu embriju nav spējīgi implantēties dzemdes gļotādā vai arī izraisa augļa bojāeju agrīnās grūtniecības stadijās, taču, kā zināms, daļa hromosomālo aberāciju ir savietojamas ar prenatalo attīstību kā rezultātā dzimst bērni, piemēram, ar Dauna, Patau vai citām hromosomālām patoloģijām, kam raksturīga garīgās un/ vai fiziskās attīstības aizture.

Līdz ar to, lai palielinātu veiksmīgu IVF ciklu skaitu dažādu preimplantācijas ģenētiskā skrīninga (PGS) indikāciju gadījumā, kā

arī limitētu bērnu ar hromosomālajām patoloģijām piedzimšanu pēc asistētās reproduktoloģijas tehnoloģiju pielietošanas, ir nepieciešams efektīvs risinājums pirmsimplantācijas embriju ģenētiskajai testēšanai.

Pirmo reizi Baltijas valstīs šāda iespēja ir kļuvusi pieejama, izmantojot aCGH. Salīdzinājumā ar iepriekš biežāk izmantoto metodi augstākminētiem mērķiem – FISH (fluorescent in situ hybridization), aCGH priekšrocība ir vienlaicīga visu embriju hromosomu pārbaude uz skaitliskajām un strukturālajām aberācijām, kas ar FISH nav iespējama. Statistika rāda, ka avancēta embriju selekcija, veicot PGS ar aCGH atklāj par ~30% vairāk hromosomālo aberāciju salīdzinājumā ar 9 hromosomu FISH paneli.

Turklāt aCGH dod iespēju atsijāt embrijus transfēram arī gadījumos, ja viens vai abi vecāki ir hromosomālo aberāciju nēsātāji vai tiem ir risks bērna piedzimšanai ar X vai Y hromosomām saistīta iedzimšanas tipa patoloģiju (piemēram, fragilās X hromosomas sindroms, Dišēna-Bekera muskuļu distrofija, AZF mikrodēlēcijas sindroms u.c.).

Balstoties uz ārzemju kliniku uzkrāto pieredzi, ir pamats uzskatīt, ka kontrolētai aCGH izmantošanai reprodiktīvās medicīnas ietvaros ir neapšaubāmas priekšrocības, kas sekmē veiksmīgu IVF ciklu iznākumu dažādu indikāciju gadījumos.

ENDOMETRIAL REGENERATION USING AUTOLOGOUS MESENCHYMAL STEM CELLS

Ilya Barr, MD, Nathan Katz, PhD

International Fertility Medical Center; Regenerative Medical Center – Israel

Stem cells are present in human endometrium and have a key role in endometrial regeneration in normal cycling and after parturition. Markers have been identified for human endometrial mesenchymal stem cells. Emerging from their perivascular location in functional and basal endometrium, they develop to endometrial epithelium. Stem cells participate in tissue regeneration in different ways. They a. directly differentiate into tissue-specific cells; b. influence in tissue regeneration by secreting soluble factors promoting vascularization, cell proliferation and differentiation; c. modulate inflammatory process.

Adipose tissue derived stem cells, may be used, autologously, to regenerate thin and dysfunctional endometrium, intrauterine adhesions and Asherman's syndrome.

The mechanism of action of adult stem cells in tissue regeneration process, will be presented.

Case reports of adipose tissue derived stem cells endometrial regeneration, will be presented.

In a pilot clinical study of endometrial regeneration using autologous adipose tissue derived stem cells, we treated 7 patients with Endometrial adhesions, thin and out of phase endometrium and repeated implantation failure. Intrauterine adhesions have been resolved, the endometrium have been diagnosed as in phase secretory. Three clinical pregnancies have been achieved (out of eight embryo transfers). One healthy baby already delivered.

AMBULATORĀ GINEKOLOĢIJA. INFEKCIJAS OUT-PATIENT GYNAECOLOGY. INFECTIONS

OFISA HISTEROSKOPIJA AMBULATORAJĀ GINEKOLOGA PRAKSĒ

Ingrīda Briška, Katrīna Briška

IB Klīnika Sigulda, Latvija

Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. analizēt 5 gadu pieredzi darbā ar ofisa histeroskopijas metodi neskaidras dzemdes asiņošanas un neauglības formu diagnostikā.

METODES. Retrospektīvi analizētas 77 ofisa histeroskopijas izmeklēšanas epizodes. Šajos gadījumos nav lietota nekāda anestēzija vai lokāli lietoti Lidocaini vai Misopristoli 200 mg vagināli 8 h pirms izmeklēšanas. Nav analizēti gadījumi, kad fleksiblo diagnostisko Olympus histeroskopu diametrā 3.1 mm lieto kā papildus diagnostikas metodi pirms vai pēc kādas iepriekš veiktas procedūras narkozē (piemēram proves abrāzijas).

REZULTĀTI. 20-30.g v. Pacienšu grupā bija 6 sievietes, kas izmeklētas sakarā ar neauglību un neskaidru asiņošanu. No tām 3 konstatēti endometrija polipi, 1- submukozs miomas mezgls, 3- endometrija hiperplāzija. 50%-(3 pacientēm) nepieciešama histerorezektoskopija vispārējā narkozē, pārējām paņemts aspirāts un endometrija biopsija.

30.-40.g.v.-31 paciente tika izmeklēta. No tām sakarā ar neauglību- 5 un tur savukārt diagnosticēja 3 endometrija polipus un veica

histerorezektoskopijas, bet 2 pacientēm dzemdes dobuma patoloģiju nekonstatēja. Neskaidru asiņošanu gadījumos konstatēti 7 endometrija polipi, 4 hiperplāzijas procesi un vēl 4 hiperplāzijas procesi ar Mirēnu dzemdes dobumā, 2- adenomiozes gadījumi, 3 submukozi miomas mezgli. Pārējās izmeklēšanās dzemdes dobuma patoloģiju neatrada. Uz rezektoskopiju nosūtītas 10 patientes, uz proves abrāziju (narkozē!)- 3 patientes. Respektīvi- tikai 42% pacienšu bija nepieciešama izmeklēšana vispārējā narkozē!

40.-50.g.v. grupā-23 patientes izmeklētas sakarā ar neskaidru asiņošanu. Iemesli- ļoti līdzīgi kā iepriekšējā grupā, 65% gadījumu patientes nosūtītas uz izmeklēšanu narkozē.

50.-60.g.v. pacienšu grupā, kas izmeklētas sakarā ar neskaidru dzemdes asiņošanu- 4- bez vizuālas patoloģijas, konstatēti 7 polipi, dzemdes septa-1, submukozs miomas mezgls-1, endometrija hiperplāzija- 4 pacientēm. No visām 17 pacientēm uz histerorezektoskopiju nosūtītas 7, uz proves abrāziju 2, tas nozīmē, ka 47% gadījumu nebija vajadzīga vispārēja narkoze.

SECINĀJUMI. Dzemdes dobuma vizuāla izmeklēšana ar fleksiblo diagnostisko histeroskopu dod pārliecību par diagnozes precizitāti un tālākās izmeklēšanas vai ārstēšanas iespējām.

LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERĪNĀS SISTĒMAS IETEKME UZ OGĻHIDRĀTU VIELMAIŅU PREMENOPAUZĀLĀM SIEVIETĒM AR NŌRMĀLU UN PAAUGSTINĀTU ŅĒRMEŅA MASU

Ineta Vasaraudze^{1,2}, Dace Rezeberga^{2,3}, Aivars Lejnietks^{3,4}

1 – I. Vasaraudzes privātklinika SIA

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra, Latvija

3 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Latvija

4 – Rīgas Stradiņa Universitāte Iekšējo slimību katedra, Latvija

IEVADS. Pēc Eurostat newrelease (172/2011) datiem Latvijā 31% sievietes reproduktīvajā vecumā ir ar virssvaru. Pētījumi par LNG IUS ietekmi uz vielmaiņas procesiem pārsvarā veikti sievietēm ar normālu ķermeņa masu, tāpēc LNG IUS ietekme uz ogļhidrātu vielmaiņas parametriem sievietēm ar virssvaru rada pastiprinātu interesi.

DARBA MĒRĶIS UN METODES. Pētījuma mērķis ir izprast LNG IUS ietekmi uz ogļhidrātu vielmaiņu fertīlā vecuma sievietēm Latvijā ar normālu un paaugstinātu ŅMI, izmantojot antropometriskos mērījumus un asins paraugu analīzi. Pētījums veikts no 2011. gada 01. septembra līdz 2014. gada 01. janvārim I. Vasaraudzes privātklinika SIA. Pētījumā iesaistītas 54 sievietes, kas sadalītas 4 grupās: 1.grupa(13 sievietes) kontracepcijai izvēlējās kombinētās hormonālās kontracepcijas tabletes (dienogests + etnilestradiola valerāts); 2.grupa (8 sievietes) izvēlējās nehormonālās lokālās kontracepcijas metodes; 3.grupa (14 sievietes) izvēlējās LNG IUS un tām bija virssvars (ŅMI>25); 4.grupa (19 sievietes) izvēlējās LNG IUS un tām bija normāls svars (ŅMI< zem 25). Tukšas dūšas glikozes un C-peptīda līmenis tika noteikts visām dalībniecēm uzsākot pētījumu, 6 un 12 mēnešus pēc kontracepcijas lietošanas uzsākšanas. No šiem parametriem tika aprēķināts HOMA-IR, HOMA-S% un HOMA-B%.

REZULTĀTI. Tukšas dūšas glikozes līmenis 1., 3., un 4.grupās pieauga par 0.05, 0.14 un 0.01 vienībām, attiecīgi, pēc 6 mēnešiem; 2.grupā tas samazinājās par 0.16 vienībām; bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām (p=0.94), šādas izmaiņas tika novērotas arī pēc 12 mēnešiem (p=0.97). HOMA-IR pēc 6 mēnešu kontracepcijas lietošanas pieauga par 0.14 vienībām 2.grupā, 0.23- 3.grupā un 0.65- 4.grupā, attiecīgi, bet samazinājās par 0.01vienību 1.grupā; bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām (p=0.42). Pēc 12 mēnešu kontracepcijas lietošanas HOMA-IR bija palielinājies par 0.24 vienībām 1.grupā, bet samazinājies par 0.09 vienībām 2.grupā, 0.06 vienībām 3.grupā un atgriezies sākuma pozīcijā 4.grupā; bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām (p=0.65).

SECINĀJUMI:

1. Vislielākās izmaiņas ogļhidrātu vielmaiņas rādītājos tiek vērotas 6 mēnešus pēc kontracepcijas lietošanas uzsākšanas.
2. Hormonālās kontracepcijas lietotājām pirmo 6 mēnešu laikā pieaugošo insulīna rezistenci izsauc insulīna jutības samazināšanās, kas pēc 12 mēnešu kontracepcijas lietošanas atgriežas sākotnējās pozīcijās.

KOMBINĒTĀS ORĀLĀS KONTRACEPCIJAS IETEKME UZ MAKSTS MIKROFLORU

Diana Bokuchava, Dace Rezeberga, Renārs Erts, Natalja Kalašņikova, Ilze Vidnere, Marija Mohova

MĒRĶIS. Kombinētā orālā kontracepcija (KOK) ir viena no vispopulārākajām kontracepcijas metodēm. Neskatoties uz plašo KOK pielietojumu, joprojām nav skaidrības par daļiem no tās blakusefektīem. Publicēto pētījumu dati par KOK ietekmi uz maksts floru ir ļoti pretrunīgi. Mūsu mērķis bija noskaidrot KOK ietekmi uz maksts vidi (laktobacilāro pakāpi, maksts pH) un, vai KOK paaugstina maksts endogēnās floras savairošanās risku un recidivējošā *Candida* vulvovaginīta risku.

METODES. Pētījums tika veikts no 2012. gada 25. oktobra līdz 2014. gada 10. jūnijam. Pētījuma dizains sastāvēja no 2 daļām: prospektīva kohortas pētījuma un šķērsriezuma pētījuma. Tika pētītas trīs pacienšu grupas. Pirmajā grupā tika iekļautas 27 sievietes, kuras pētījuma laikā uzsāka lietot KOK. Šo sieviešu maksts mikroflora un ar to saistītā anamnēze un sūdzības tika izvērtētas pirms KOK uzsākšanas un 6 mēnešus pēc tās. Otrajā grupā bija iekļautas 30 sievietes, kuras pētījuma sākumā jau lietoja KOK vismaz 6 mēnešus, un trešajā grupā bija 68 sievietes, kas KOK nelietoja vismaz 6 mēnešus, bet izmantoja pārtraukto dzimumaktu vai "kalendāro metodi" kontracepcijas nolūkos. Otrajai un trešajai grupai bija tikai viena vizīte.

Maksts mikroflora tika izvērtēta ar natīvas mikroskopijas palīdzību (400 x palielinājumā), maksts pH noteica ar stripiem. Sūdzību un anamnēzes izvērtēšanai tika izmantota pacienšu anketēšana.

REZULTĀTI. Statistiski ticama sakarību starp KOK un *Candida* atradni natīvā mikroskopijā netika novērota nevienai no pētāmajām grupām. Savukārt, salīdzinot *Candida* vulvovaginīta sastopamības biežumu pēdējā gada laikā starp 2. un 3. grupu, konstatēja statistiski ticamu sakarību starp KOK un *Candida* vulvovaginīta biežumu ($\chi^2=9,78$; $df=1$; $p=0,002$; $\phi=0,30$). Salīdzinot otro un trešo grupu, konstatēja, ka KOK lietotājām maksts pH < 4.4 ir statistiski ticami biežāk ($\chi^2=4,03$; $df=1$; $p=0,04$; $\phi=0,19$), ka arī ir labāka laktobacilārā pakāpe ($p=0,03$). Statistiski ticama korelācija tika konstatēta starp sūdzībām par niezi dzimumorgānos un *Candida* infekciju ($p=0,01$; $\phi=0,14$), smakojošiem izdalījumiem un BV ($p=0,02$; $\phi=0,29$), dedzināšanas sajūtu un AV ($p=0,03$; $\phi=0,32$).

SECINĀJUMI. KOK uzlabo maksts laktobacilāro pakāpi un nodrošina skābu maksts vidi, kas iespējams var pasargāt sievietes no BV infekcijas, bet paaugstina *Candida* vulvovaginīta risku.

DZEMDES KAKLA PRIEKŠVĒŽA SASLIMŠĀNU KORELĀCIJA AR MAKSTS PH IZMAIŅĀM RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCAS KOLPOŠKOPIJAS REFERENCES CENTRA PACIENTĒM

Irina Jermakova^{1,2}, Inga Pavlovska², Dace Rezeberga^{1,2}, Marina Utorova², Olga Vasina^{1,2}, Jana Žodžika^{1,2}

1 – Rīgas Stradiņa Universitāte, Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra

2 – Rīgas Austrumu Klīniskās Universitātes Slimnīca

IEVADS. Maksts pH korelē ar maksts mikrofloras izmaiņām un dzimumceļu iekaisuma procesiem, kuri ir cervikālas intraepiteliālas neoplāzijas (CIN) persistences kofaktori.

MĒRĶIS. Noteikt maksts pH izmaiņu saistību ar dzemdes kakla priekšvēža saslimšanām Latvijā.

METODES:

- Pētījuma grupa: 50 sievietes vecumā no 18 līdz 65 gadiem ar izmainītām citoloģijas analizēm 1.vizītes laikā Rīgas Austrumu Klīniskās Universitātes Slimnīcas Kolposkopijas references centrā
- Kontroles grupa: 35 sievietes 20-62 gadu vecumā ar normāliem citoloģijas rezultātiem
- pH mērījums tika veikts ar Machery Nagel stripiem.
- Visām pacientēm no pētījuma grupas tika veikta mērķa biopsija kolposkopijas kontrolē un materiāls nosūtīts histoloģiskai izmeklēšanai.

REZULTĀTI. Paaugstināts pH līmenis >4,4 tika konstatēts 8 gadījumos no 14 pacientēm ar zema riska priekšvēža saslimšanām (LSIL) un 22 gadījumos no 36 pacientēm ar augsta riska priekšvēža saslimšanām (HSIL). Kontroles grupā pH>4,4 tika atrasts 9 no 35 pacientēm (p=0.01). Analizējot biopsiju histoloģijas rezultātus, augstas pakāpes cervikāla intraepiteliāla neoplāzija (CIN II/III) tika dokumentēta 37 pacientēm no pētījuma grupas, no kurām 23 pacientēm tika iepriekš konstatēts paaugstināts pH līmenis makstī >4,4.

SECINĀJUMI:

- Tika atrasta nozīmīga korelācija starp paaugstinātu maksts pH un izmaiņām citoloģijas un histoloģijas analizēs.
- Mūsu atradne apstiprina saistību starp izmainīto maksts pH un dzemdes kakla priekšvēža saslimšanu attīstību un persistenci.
- Plāno turpināt padziļināto izmeklēšanu maksts mikrofloras izmaiņu dažādiem aspektiem pacientēm ar dzemdes kakla priekšvēža saslimšanām.

SOME CERVICAL CANCER SECONDARY PROPHYLAXIS QUALITY ASPECTS IN LATVIA

Irina Jermakova^{1,2}, Inga Pavlovska², Dace Rezeberga^{1,2}, Charles Redman³,
Ilze Štrumfa¹, Marina Utorova², Jana Žodžika^{1,2}

1 – Rīga Stradins University, Riga – Latvia

2 – Rīga East Clinical University hospital, Riga – Latvia

3 – University Hospital of North Staffordshire, UK

INTRODUCTION. Cervical cancer screening programme was established in Latvia in 2009. Organized colposcopy service as a part of a program started in June 2012. The aim of our study was to evaluate how to adapt and to realize quality assurance (QA) colposcopic standards in Latvia based on experience of European Federation of colposcopy guidelines.

METHODS. Theoretical and practical knowledge were obtained during BSCCP training programme and attending QA group visits in the hospitals of the United Kingdom which helped to understand and recognize the importance of colposcopy service functioning according QA standards. Colposcopy services at the only colposcopy reference center in Latvia Riga East Clinical University hospital were established in 2012 with the focus on maintenance of QA.

RESULTS. We analyzed the clinical data obtained in 2012-2014 in colposcopy reference center. Some of QA standards were imple-

mented: uniform colposcopy data collection with 100% squamocolumnar junction visualization and documentation, protocols of the referral cytology are available at time of colposcopy as well as colposcopic examination prior to treatment of abnormal cytology is mandatory.

However, waiting time for women referred to colposcopy unmet QA standards because of lack of accessibility of colposcopy service in our country. Women have still been managed as inpatients due to the problems with relevant equipment.

Multidisciplinary team meetings as an important aspect of colposcopic QA have never taken place and are in a focus of our efforts to establish effective liaison between units.

CONCLUSION. Future development of QA standards in colposcopy in Latvia will be required and regular audit of it will be provided.

DZIMUMORGĀNU KĀRPU PREVALENCE BALTIJAS VALSTĪS: IGAUNIJAS, LATVIJAS UN LIETUVAS NACIONĀLO IEDZĪVOTĀJU APTAUJU REZULTĀTI

Dace Rezeberga¹, Anda Karnīte¹, Anneli Uuskula², Rainer Reile²,
Zeneta Logminiene³, Zilvinas Padaiga³, Mary Nigard⁴

1 – RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Sabiedrības veselības katedra

2 – Tartu universitātes Sabiedrības veselības katedra

3 – Lietuvas dabas zinību universitāte, Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedra

4 – Norvēģijas vēža reģistrs, Zinātnes nodaļa

MĒRĶIS. Lai gan dzimumorgānu kārpas, ko izraisa HPV 11. un 16. tipi ir viena no visbiežāk satopamām seksuāli transmisīvām infekcijām, to epidemioloģija ir maz izpētīta. .

METODES. Lai izpētītu dzimumorgānu kārpu sastopamību, 2011.-2013. gadā Visās trijās Baltijas valstīs tika veikta iedzīvotāju aptauja. Pētījumā tika iekļauti 18-45 gadus veci iedzīvotāji – sievietes un vīrieši. Aptaujas anketā tika iekļauti jautājumi par dzimumorgānu kārpu simptomiem, sociodemogrāfiskiem rādītājiem un seksuālām parašām. Ģenerālās populācijas raksturošanai anketas uzaicināja aizpildīt 16 959 respondentiem, no kuriem anketas aizpildīja 7760 (45,8%).

REZULTĀTI. Klīniski diagnosticētu dzimumorgānu kārpu prevalence sievietēm bija sekojoša – Igaunijā 4,6%, Latvijā 2,9%, Lietuvā 1,5%, vīriešiem Igaunijā 2,8%, Latvijā 1,9%. Vīriešu vidū pirmo reizi diagnoze uzstādīta 24,6 gadu vecumā, sievietēm 24,5 gadu vecumā. Riska faktori bija sekojošie: cita diagnosticēta STI, lielāks skaits dzimumpartneru dzīves laikā (5+).

SECINĀJUMI. Dzimumorgānu kārpu prevalence Baltijas valstīs ir zemāka nekā Eiropas ģenerālā populācijā

HIPERANDROGĒNISMA IEMESLU IZPĒTE UN RAKSTUROJUMS PUSAUGU MEITENĒM LATVIJĀ

Lidaka L.¹, Troice I.², Vīberga I.³

1 – Ārste, Ginekoloģijas un dzemdību speciālitātes rezidente, Latvijas Universitāte

2 – Ārste, Latvijas Universitāte

3 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Izpētīt Latvijā pēdējo 10 gadu laikā ar hiperandrogēnismu ārstēto pusaugu meiteņu profilu, izvērtējot hiperandrogēnisma klīniskos simptomus un izmeklējumu datus.

METODOLOĢIJA. Retrospektīvs, aprakstošs pētījums. Pētījuma izlase ir 51 meitene, kas ir izmeklētas Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā ar diagnozi AGS, kas bija septiņas ar klasisko un četras ar neklasisko formu, un PCOS, kas bija 40 meitenes, no 2003. līdz 2012. gadam. Dati iegūti no pacienšu slimības vēsturēm par vecumu, fizikālie rādītājiem, dzimumattīstības izvērtējumu, laboratoriskiem un radioloģiskiem izmeklējumiem. Dati apkopoti un statistiski apstrādāti, analizēti, izmantojot MS Excel un SPSS 19.0 datorprogrammas, un salīdzināti grupās, izmantojot *t* testu un Spīrmena korelācijas koeficientu, sasniedzot statistiskās ticamības līmeni, ja $p < 0,05$

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. AGS klasiskās formas diagnosticēšanas brīdī vidējais meiteņu vecums ir bijis 42 dienas, vidējais augums ir 140,7 ($\pm 15,9$) cm, kas, izmantojot procentīju līkni, ir par īsu, vidējais meiteņu svars 44,1 ($\pm 13,5$) kg, kas ir atbilstošs, vidējais KMI ir 21,9 ($\pm 4,5$) kg/m², kas ir palielināts, un dzimumattīstība notiek atbilstoši vecumam bez hiperandrogēnisma pazīmēm.

AGS neklasiskās formas meitenēm vidējais vecums diagnozes uzstādīšanas brīdī 13 ($\pm 3,2$) gadi, vidējais augums 162,2 ($\pm 6,6$) cm,

vidējais svars 61,8 ($\pm 17,9$) kg, kas atbilst normai, vidējais KMI ir 22,2 ($\pm 4,4$) kg/m², kas ir palielināts, un dzimumattīstība ir atbilstoši vecumam. Pastiprināts apmatojums, hiperpigmentācija ir novērojama trim, *acne vulgaris* un strijas un AKTH paaugstināts un rentgenoloģiski kaulu vecums pārsniedz patieso vecumu divām, A, 17–OHP ir paaugstināts visām meitenēm.

PCOS meiteņu vidējais vecums diagnozes uzstādīšanas brīdī ir 15,6 (± 2) gadi, vidējais svars ir 62,5 ($\pm 16,5$) kg, kas ir nedaudz paaugstināts, vidējais augums ir 164,1 ($\pm 5,9$) cm, kas atbilst normai, vidējais KMI ir 25 ($\pm 7,6$) kg/m², kas ir palielināts. 24 meitenēm ir neregulāras menstruācijas un piecām ir *amenoreja*. Ir *acne vulgaris* esamība 12 meitenēm, pastiprināta apmatojuma 22 meitenēm, striju vienai meitenei. Paaugstināts E2, kortizols ir divām, A 23, T sešām, DHEAs septiņām, 17–OHP četrām, AKTH trim, prolaktīns 12 meitenēm.

Meitenei ar hiperandrogēnismu pastāv vidēji cieša, bet statistisko ticamību nesasniedzīga, KMI korelācija ar kortizolu, C-peptīdu, A, prolaktīnu, un menstruālā cikla traucējumu gadījumā statistiski ticami paaugstināts ir T, LH, prolaktīns, un hirsūtisma gadījumā kortizols. AGS un PCOS pusaudzei laboratoro izmeklējumu aspektā statistiski ticama atšķirība ir attiecībā uz prolaktīnu.

Izteikties par AGS formu un PCOS jeb hiperandrogēnisma saņemšanu meitenēm Latvijā nav iespējams. Nepieciešams izveidot protokolizētu diagnostisko pieeju pusaudzei ar hiperandrogēnismu Latvijā.

NORMĀLAS UN IZMAINĪTAS MAKSTS MIKROFLORAS BAKTĒRIJU VEIDI GRŪTNIECĒM RĪGĀ

Natālija Bērza^{1,3}, Jana Žodžika², Olga Vasina², Irina Lukojanova⁴,
Olita Melngaile⁴, Rita Pundure⁵, Aigars Reinis³, Ingus Skadiņš³

1 – Latvijas Universitāte

2 – Rīgas Stradiņa universitāte, Ginekoloģijas un dzemdniecības katedra

3 – Rīgas Stradiņa Universitāte, Bioloģijas un mikrobioloģijas katedra

4 – AS "Veselības centru apvienība"

5 – SIA "Dzirciema poliklīnika"

IEVADS. Maksts flora ir dinamiska un mainīga vide, kurā sadzīvo savā starpā daudz mikroorganismu. Daļa no šiem mikroorganismiem aizsargā maksts vidi pret patoloģiskās floras vairošanos, taču maksts infekcijas ir viens no biežākiem iemesliem, kādēļ sievietes meklē ārsta palīdzību. Vēl daudzas lietas nav īsti skaidras par maksts floras lomu un savstarpēju mijiedarbību.

DARBA MĒRĶIS. Izanalizēt maksts mikrofloras veidu un mikroorganismu sugu sastopamību grūtniecēm pirmajā trimestrī, izmantojot dažādas diagnostikas metodes.

METODES. Šajā pētījumā tika analizēta 65 grūtnieču, kas stājās grūtniecības uzskaitē līdz 12. grūtniecības nedēļai, maksts mikroflora. Grūtnieces tika sadalītas divās grupās A grupa ar normālu pH (45 dalībnieces) un B grupa ar pH paaugstinātu ($\geq 4,7$) ar 20 dalībniecēm grupā. Grūtnieču mikroflora tika analizēta ar natīvās mikroskopijas, Nugent skalu un PĶR metodēm.

REZULTĀTI. *Lactobacillus* ģints pārstāvji tika atrasti ar PĶR metodi visām grūtniecēm. Visbiežāk grūtnieču florā bija sastopams

L. crispatus, *L. jensenii*, un *L. inners* nedaudz retāk bija sastopams *L. gasseri* un *L. plantaris*, bet visretākās sugas bija *L. rhamnosus* un *L. reuteri*, kuras tika atrasta tikai divām pacientēm. *G. vaginalis* tika noteikti abās pacienšu grupās taču, BV un starpfloras grupā pēc Nugent skalas, IIb un III laktobacilārās pakāpes un paaugstināta pH grupā *G. vaginalis* tika atrasta ievērojami biežāk nekā normālās floras grupā. *Megasphaera*, *Leptotrichia* atrade normālajā florā bija zemāka nekā patoloģiskajās grupās pēc Nugent skalas un Laktobacilārās pakāpes, taču *Leptotrichia* atrade abās pH grupā statistiski ticami neatšķīrās. *A. vaginae* bija sastopams lielākoties tikai patoloģiskajā grupā.

SECINĀJUMI. Maksts izdalījumu natīvā mikroskopija un krāsošana pēc grama metodes (Nugent skala) ir vienkāršas metodes, kas ļauj īsā laikā noteikt maksts mikrofloras veidu un noteikt piederību riska grupai. *G. vaginalis* biežāk ir sastopama grūtniecēm ar lielāku partneru skaitu dzīves laikā. *A. vaginae* lielākoties ir sastopams pacientēm ar bakteriālo vaginozu un aerobo vaginītu. *Megasphaera* un *Leptotrichia* ir biežāk atrodama pacientēm ar patoloģisku floru. PĶR nav izmantojama kā rutīnas maksts floras diagnostikas metode.

ONKOGINEKOLOĢIJAS AKTUALITĀTES HIGHLIGHTS OF ONKOGYNAECOLOGY

DZEMDES KAKLA VĒŽA SASLIMSTĪBAS RĀDĪTĀJU IZMAIŅAS LATVIJĀ 1983. – 2013. GADOS

U. Kojalo¹, G. Briģis², I. Viberga³

1 – Rīgas Stradiņa universitāte, Statistikas laboratorija

2 – Rīgas Stradiņa universitāte, Sabiedrības veselības epidemioloģijas katedra

3 – Latvijas Universitāte, Medicīnas fakultāte

MĒRĶIS. Darba mērķis ir aprēķināt dzemdes kakla vecuma standartizētos saslimstības rādītājus periodā no 1983.–2013.gadam un parādīt, kādas izmaiņas saslimstības rādītājos notikušas saistībā ar dzemdes kakla savlaicīgās atklāšanas programmas ieviešanu.

METODOLOĢIJA. Pētījumā tika iekļauti dati, kas iegūti no ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskajām slimībām. Izlasē tika iekļautas 5890 sievietes, kurām diagnosticēts un histoloģiski apstiprināts dzemdes kakla vēzis laika periodā no 1983.–2013.gadam. Vecuma standartizētie rādītāji aprēķināti pēc tiešās standartizācijas metodes, izmantojot 1983.–1999.gadiem pasaules standartpopulāciju, un 2000.–2013. gadiem izmantota jaunā 2000.–2025.gadu pasaules standartpopulācija. Aprēķiniem izmantota tiešā standartizācijas metode. Saslimstības izmaiņas tika noteiktas ar savienojuma punktu regresijas metodi, izmantojot *National Cancer Institute* programmu *Joinpoint Software 4.1.0*. Savienojumu punktu regresija ir metode, kas tiek izmantota analizējot izmaiņas laikā. Ar aprēķiniem tiek noteikti laika periodi, kad rādītāji mainās lineāri, kā arī laika punktus, kuros minētie periodi mainās. Katram aprēķinātam periodam tiek noteikts ikgadējais izmaiņas procents (IIP) un tā 95% ticamības intervāls. Dati apstrādāti izmantojot *MS Excel 2010* un *IBM SPSS 20.0* programmas.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. No 1983.–1989. gadam saslimstība ar dzemdes kakla vēzi Latvijā ir samazinājusies no 9,9 līdz 7,4 gadījumiem uz 100 000 sievietēm jeb no 7,1 līdz 5,2 pēc vecuma standartizēšanas un pēc tam pakāpeniski pieaug līdz 24,4 gadījumiem uz 100 000 sievietēm jeb 17,7 kā standartizēts rādītājs. Var novērot relatīvu plato fāzi 1989.–1993.gadam. Laika posmā no 2008.–2013.gadam saslimstības pieaugums ir straujākais. Ir trīs periodi, kad var runāt par saslimstības rādītāju izmaiņām: no 1983.–1990. gadam vērojams kritums ar negatīvu ikgadējo izmaiņas pieaugumu jeb -2,5%; no 1990.–1993.gadam straujš pieaugums ar ikgadējo izmaiņas pieaugumu 14,9%; un laika periods no 1993.–2013.gadam, kad ikgadējais izmaiņas pieaugums saslimstībai ir 3,8%.

Agrīni atklāto gadījumu saslimstībai ir divi būtiski periodi: līdz 1992.gadam ir kritums par 3,2% gadā; pēc tam, kad sākas pieaugums par 2,7% gadā.

Vēlīni atklātām formām līdz 1989.gadam saslimstībai nav tendences mainīties, kad IIP ir -0,2%, tad periodā līdz 1993.gadam ļoti strauji pieaug gadījumu skaits un IIP ir 51,6%; trešais periods no 1993.–2013., kurā turpina pieaugt ar IIP 3,8%.

Vienmērīgs saslimstības pieaugums vērojams vecuma grupā no 20–39 gadiem jeb IIP 6,3% un ne tik straujš pieaugums grupā no 40–59 gadiem jeb IIP 3,8%. Grupā no 60–69 gadiem vērojami augsti saslimstības rādītāji, bet nemainīgi jeb IIP 0,3%. Tikai vecumā virs 70 var novērot divus periodus: līdz 2000.gadam saslimstības rādītājiem ir tendence pieaugt jeb IIP 7% un pēc tam tā paliek nemainīga jeb IIP -0,8%.

Saslimstība ar dzemdes kakla vēzi Latvijā ir mainījusi savas tendences 1990.gadā no saslimstības krituma iepriekš uz strauju tās pieaugumu līdz 1993.gadam un no 1993.gada uz mazāk strauju saslimstības pieaugumu. Šobrīd ir pārāgrī runāt par saslimstības rādītāju izmaiņām saistībā ar savlaicīgās vēža atklāšanas programmu, kura ieviesta Latvijā 2009.gadā.

LIMFOSTĀZE PĒC ĶIRURĢISKAS UN ADJUVANTAS STARU TERAPIJAS PACIENTĒM AR DZEMDES KAKLA VĒZI

Jurgis Vītols¹, Mačuks R.²

1 – LU ginekoloģijas un dzemniecības rezidents

2 – Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca, Latvijas Onkoloģijas centrs

DARBA MĒRĶIS. Salīdzināt limfostāzes sastopamību pēc ķirurģiskas un kombinētas ķirurģiskas/staru terapijas pacientēm ar dzemdes kakla vēzi.

MATERIĀLI UN METODES. Laika periodā no 2013. gada novembra līdz 2014. gada februārim tika veikts retrospektīvs pētījums, kurā tika iekļautas 33 sievietes ar dzemdes kakla vēzi. Pētījumā tika analizēts limfedēmas biežums pacientēm, kam veikta tikai ķirurģiska terapija un kurām veikta ķirurģiska un adjuvanta staru terapija laika posmā no 2012. gada 1. janvāra līdz 2013. gada 1. jūlijam.

REZULTĀTI. 18 pacientēm ārstēšanā tika pielietota kombinēta terapija, 15 pacientes saņēma tikai ķirurģisku terapiju. Limfedēma tika konstatēta desmit (56%) pacientēm, kam veikta ķirurģiska ārstēšana ar adjuvantu staru terapiju, četrām (27%) sievietēm bez papildus staru terapijas ($p=0,098$). No pirmās grupas piecas pa-

cientes atzīmēja darbaspējas pasliktināšanos ($p=0,604$), septiņām esošais stāvoklis ir pazeminājies ikdienā veicamo aktivitāšu apjomu ($p=0,741$) un astoņas izjut vizuālu diskomfortu limfedēmas dēļ ($p=0,053$). Salīdzinot pacientes ar limfedēmu un tās, kam limfedēma nav konstatēta, pirmajā grupā 71% sieviešu bija negatīvas izmaiņas ikdienas aktivitātēs ($p<0,01$), 64% gadījumu pacientes izjut vizuālu diskomfortu ($p<0,01$) un 50% pacientēm ir negatīvas izmaiņas darbā ($p=0,03$). Pacientes, kurām konstatēta limfedēma un kuras veikušas vidēji $3,8\pm 1,6$ (min=1, max=5) profilaktiskās un ārstnieciskās aktivitātes, atzīmē savu stāvokļa uzlabošanos laikā ($p=0,046$). Uzlabošanos neatzīmēja sievietes, kas veikušas vidēji $1,87\pm 0,83$ (min=0, max=2) aktivitātes.

SECINĀJUMI. Limfedēma ir biežāka pacientēm, kam veikta ķirurģiska un adjuvanta staru terapija. Šīm sievietēm ir samazināta dzīves kvalitāte, kā arī viņas ir slikti informētas par limfostāzes profilakses iespējām.

WHICH RADICALITY IS RADICAL ENOUGH IN PATIENTS WITH EARLY CERVICAL CANCER AND THE DESIRE TO HAVE CHILDREN?

J. Vasiljeva, A. Bartens, M. Lanowska, M. Mangler

Clinic for gynaecology and gynaecological oncology, Charité Campus Mitte, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany

OBJECTIVES. The mean age of patients diagnosed with cervical cancer decreased within the last years. At the same time women in Germany postpone childbearing in later years. Therefore, fertility-preserving strategies for patients with early cervical cancer have found their way into German guidelines.

The radical trachelectomy (RVT) is a method removing the cervix and surrounding parametrium offered to women with cervical cancer of a tumour size of less than 2cm. RVT is difficult to perform technically and only few centers throughout Europe carry out the operation. Furthermore, the rate of preterm delivery is 50% after RVT. Alternatively patients are treated by tumour removal only (simple conisation (SC)) in many countries in Europe. After conization only 11% of patients will suffer from preterm delivery.

So far, there is no prospective, randomized trial comparing the fertility-preserving strategies.

METHODS. SIMRA is prospective randomized controlled trial to compare two fertility preserving operative methods of simple conization and radical trachelectomy in patients with early cervical cancer and the desire to have children.

Patients with early cervical cancer and the desire to have children are included. At first sentinel or pelvic lymphonodectomy by laparoscopy followed by frozen section analysis of the nodes are performed. The patients with negative nodes will undergo a SC randomized in arm A and a RVT in arm B.

RESULTS. The recurrence rates within the two groups after 5 years observation time and the disease-free survival will be investigated, as well as the rate of preterm delivery, which is allegedly reduced after SC.

CONCLUSIONS. We would like to present this trial, which is already started, but still open for the new participating centers.

AUGLĪBAS SAGLABĀŠANA PACIENTEI AR ENDOMETRIJA VĒZI – KLĪNISKAIS GADĪJUMS

Anna Miskova¹, Violeta Fodina², Zenons Romanovskis³

1 – RSU Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra

2 – iVF Rīga

3 – Latvijas onkoloģijas centrs

Paciente 33 g.v. griežas pie ambulatora ginekologa sakarā ar asiņainiem izdalījumiem no dzimumceļiem pēdēja pusgada laikā, kas nav saistīti ar menstruālo ciklu. Citu sūdzību nav. TVUS konstatē submukozu veidojumu – polipu vai miomas mezglu, rekomendē histerorektoskopiju. Dzemdes dobumā konstatē plānu endometriju, labā olvada atveres augšējā stūrī vizualizē polipu 15x12mm, kas aizsedz olvada atveri. Ar cilpu noņem polipu, atsedzas olvada atvere. Dzemdes dobums pareizas formas, gluds, veic dzemdes dobuma abraziiju. Histoloģiskā preparāta apraksts: uz endometrija dziedzeru atipiskas hiperplāzijas fona – grade Ic augsti diferencēta polipa endometriālā adenokarcinoma. Histoloģiskais slēdziens pārskatīts Latvijas onkoloģijas centrā (LOC), kur paciente bija stacionēta. Paciente atteicās no radikālas ārstēšanas un pēc ārstu konsīlija tika nolemts veikt atkārtotu dzemdes dobuma frakcionēto abraziiju un dzemdes MR izmeklēšanu. Atkārtotas frakcionētas abraziijas materiāla histoloģiskais apraksts: visos preparātos endometrija sekretora dziedzeru hiperplāzija. Dzemdes kakla frakcionētas abraziijas materiāla citoloģiskais apraksts: no cervikālā kanāla: prizmatiskā epitēlijā šūnas bez izteiktām morfoloģiskām izmaiņām; citas šūnas neatrod. Duglasa dobuma punkcijas materiāla citoloģiskais ap-

raksts: retas šūnu grupas. USG vēdera dobumam un mazajam iegurnim bez īpatnībām. MR iegurnim bez īpatnībām. Konsīlija slēdziens: indicēta hormonu terapija ar Megaplex 160mg dienā ar sekojošu dzemdes dobuma abraziiju vai histeroskopiju pēc 3 mēnešiem. Pēc 3 mēnešiem paciente tiek atkārtoti stacionēta LOC, kur tiek veikta dzemdes dobuma un dzemdes kakla frakcionēta abraziija, Duglasa dobuma punkcija. Histoloģiska materiāla apraksts: cervikālā kanāla polips ar stromas decuduāli līdzīgu metamorfozi, endometrijs ar šaurām kriptām, stromas decuduāli līdzīga metamorfoze. Citoloģiskā materiāla apraksts: aspirātā no dzemdes dobuma ir endometrija šūnu grupas ar tendenci uz atrofiju; malignas šūnas nav atrastas; Duglasa dobuma punktātā ir mezotēlija šūnas retos sakopojumos. Paciente turpina lietot Megaplex hormonu terapiju pa 160mg dienā 6 mēnešu garumā. Pēc 6 mēnešiem veic TVUS, kas ir bez patoloģiskas atradnes un dzemdes dobuma aspirācijas biopsiju: endometrija fibroadenomatozs polips. Paciente nosūtīta pie reproduktologa, jo plānoja grūtniecību. Pēc mēneša tiek veikta dzemdes dobuma inseminācija ar donora spermu. Pacientei iestājas grūtniecība. Grūtniecības gaita bez sarežģījumiem, kas beidzas ar iznesta vesela bērna piedzimšanu. Paciente nosūtīta tālākai onkologa novērošanai.

STENDA REFERĀTI POSTER PRESENTATIONS

ĶEIZARGRIEZIENU INDIKĀCIJAS RĪGAS DZEMDĪBU NAMĀ	73
Laura Keiša, Anna Miskova	
AMNIOCENTĒZE GRŪTNIĒCĪBAS PĀRTRAUKŠANAI DVĪNIM AR 21. HROMOSOMAS TRISOMIJU BH BA DAUDZAUGĻU GRŪTNIĒCĪBAS GADĪJUMĀ – KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS	74
Pazeičuka A., Krastiņa Z., Mālniece I., Vītiņa Z.	
CASE REPORT: PRETERM BIRTH COMPLICATED BY PLACENTA ACCRETA AND POSTPARTUM HAEMORRHAGE MANAGED BY UTERINE ARTERY EMBOLISATION	75
Anna Jekabsone, Ieva Kalere, Elīna Tetere, Dace Matule, Sandra Vitina	
ST SEGMENTA ANALĪZE (STAN) DZEMDĪBĀS – RĪGAS DZEMDĪBU NAMA PIEREDZE	76
Natalja Avramenko-Vasiljeva, Vija Veisa, Linda Grinberga, Zane Tomsone, Ināra Miltiņa, Dace Rezeberga	
PALIELINĀTAS ĶERMEŅA MASAS IETEKME UZ DZEMDĪBU PROCESU	77
Laura Kaļiņina, Intra Kļaviņa	
THE EFFECT OF EXCESSIVE WRIGHT ON LABOUR	78
Laura Kalinina, Intra Klavina	
MATERNAL DIABETES AND PREGNANCY OUTCOMES IN THE LATVIAN POPULATION 2007-2012	79
Elina Tetere, Ieva Kalere, Anna Jekabsone, Ieva Strele, Sandra Vitina, Iriša Zile, Santa Pildava, Anita Villerusa	
IUAA – IZPLATĪBA, ĀRSTĒŠANA, TAKTIKA, DZEMDĪBU VADĪŠANA	80
Diāna Andžāne	
ARTERIA CERBERI MEDIA MAKSIMĀLĀS PLŪSMAS ĀTRUMA (ACM MPA) KORELĀCIJA AR JAUNDZIMUŠĀ DZIMŠANAS HEMOGLOBĪNU, BILIRUBĪNA LĪMENI RHD IZOSENSIBILIZĒTU GRŪTNIĒCĪBU GADĪJUMĀ	81
Dr. Zane Krastiņa, Agnese Plēpe, Ieva Mālniece	
MĀTES UN JAUNDZIMUŠĀ KOMPLIKĀCIJU ATTĪSTĪBA PRIEKŠLAICĪGI NOPLŪDUŠU AUGĻA ŪDEŅU GADĪJUMĀ NO 22. LĪDZ 34. GRŪTNIĒCĪBAS NEDĒĻAI	82
Mohova M., Vīberga I.	
VAGINĀLAS DZEMDĪBAS PĒC ĶEIZARGRIEZIENA OPERĀCIJAS	83
Pazeičuka A., Jansone M.	
EVALUATION OF EPISIOTOMY RELATED TRAUMA ON ANAL SPHINCTER MUSCLE BY MEANS OF SURFACE ELECTROMYOGRAPHY (RESULTS OF THE MULTICENTER STUDY TASI-2)	84
V. Začesta, O. Zelenova, D. Rezeberga	
VECMĀTE ĢIMENES ĀRSTA PRAKSES MODELĪ	85
Madara Gaile, Liāna Deklava, Inga Millere	

PLAZMINOGĒNA AKTIVATORA INHIBITORA-1, MIELOPEROKSIDĀZES, VASKULĀRĀ ENDOTĒLIJA AUGŠANAS FAKTORA UN TUMORA NEKROZES FAKTORA A IZMAIŅAS SIEVIETĒM AR GESTĀCIJAS DIABĒTU	86
Karlīna Elksne, Zane Pauniņa, Antra Jurka, Dace Rezeberga, Pēteris Treņjakovs	
DRAUDOŠS ABORTS – SIMPTOMI UN IETEKME UZ GRŪTNIĒCĪBAS NORISI	87
Pūcite B., Žodžika J., Kokare M., Kvēpa D., Ševņina G.	
RĒZUS SISTĒMAS IZOSENSIBILIZĒTU UN RĒZUS KONFLIKTA GRŪTNIĒČU NOVĒROŠANA UN VADĪŠANA LATVIJĀ 2012. GADĀ.	88
Emma Sokolova, Ramona Galsone <i>Darba vadītāja:</i> dr. Zane Krastiņa	
PIRMDCZEMDĒTĀJAS VECUMS VIRS 35 GADIEM, AR TO SAISTĪTAS KOMPLIKĀCIJAS UN PERINATĀLIE IZNĀKUMI	89
Marija Urbo, Natālija Vedmedovska	
MAKROSOMIJAS RISKĀ FAKTORU SASTOPAMĪBA.	90
Renija Aleksejeva, Brigita Janicka <i>Darba vadītāja:</i> Doc. Biruta Geidāne	
PERORĀLĀ KONTRACEPCIJA UN DZEMDES KAKLA INTRAEPITELĪĀLIE BOJĀJUMI	91
Melānija Orleāna, Viktorija Kovaļevska	
NEPIETIEKAMS JODA NODROŠINĀJUMS GRŪTNIĒCĒM LATVIJĀ.	92
Ilze Konrāde, Ieva Kalere, Ieva Strēle, Marina Makrecka-Kuka, Anna Jēkabsons, Elīna Tetere, Vija Veisa, Didzis Gavars, Dace Rezeberga, Valdis Pīrāgs, Aivars Lejnīeks, Maija Dambrova	
INOSITOLA LIETOŠANA PACIENTĒM AR POLICISTISKU OLNĪCU SINDROMU HORMONĀLĀ LĪDZSVARA UN OVULĀCIJAS ATJAUNOŠANAI, PLĀNOJOT GRŪTNIĒCĪBU	93
Inta Dinsberga, Ineta Vasaraudze	
VAGINAL MICROFLORA IN MENOPAUSE AND IMPACT OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY ON IT	94
Elina Tetere, Jana Zodzika, Dace Matule	
COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPLAINS INDUCED BY WOMEN REPRODUCTIVE ORGAN SYSTEM DISEASES WITH COMPLAINS FROM FUNCTIONAL DISORDERS; DATA FROM OUTPATIENT GYNAECOLOGY PRACTICE	95
Margarita Puķīte	
AKŪTS MIOKARDA INFARKTS GRŪTNIĒCĪBAS LAIKĀ – KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS.	96
Jansone M., Vītiņa S., Molčanova E., Krastiņa Z.	
TRĪŅU GRŪTNIĒCĪBAS VADĪŠANA- PĀRSTEIGUMI UN DILEMMAS (GADĪJUMA APRAKSTS)	97
Natālija Vedmedovska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja	
URĪNPŪŠĻA ENDOMETRIOZE, RISINĀJUMI UROLOGA PRAKSĒ	97
V. Lietuvietis, I. Kukulis, N. Lietuviete	
JATROGĒNS URETERU BOJĀJUMS GINEKOLOĢIJĀ: PROBLĒMA UN TĀS RISINĀJUMS	98
Areta Tula, Māris Jakubovskis, Rolands Dāle, Ivars Kukulis, Nellija Lietuviete, Vilnis Lietuvietis	
DZEMDES MIOMATOZO MEZGLU ENDOVAZĀLĀS EMBOLIZĀCIJAS REZULTĀTI	99
Maksimenko J., Vīberga I.	
GIGANTISKA MUCINOZA CISTADENOMA KOMBINĀCIJĀ AR TERATOMU PACIENTEI MENOPAUZĒ	100
Ieva Daize, Zane Grabe, Diāna Kuņicina, Nellija Lietuviete, Mārīte Puksta, Renāte Renemane, Dace Rezeberga, Dace Siviņa, Jana Žodžika	

AN EVALUATION OF HYSTEROSCOPY FOR THE ASSESSMENT OF INTRAUTERINE PATHOLOGY	100
Natalja Mošna, Ilona Kampara, Inta Dinsberga	
IEGŪTA VIII FAKTORA DEFICĪTA IZRAISĪTA MASĪVA ASIŅOŠANA JAUNAI SIEVIETEI PĒC GINEKOLOĢISKAS OPERĀCIJAS – GADĪJUMA APRAKSTS	101
Ņina Kilosonija, Nellija Lietuviete, Sandra Lejniece	
TRANSCERVIKĀLAS KONSERVATĪVAS SUBMUKOZAS MIOMEKTOMIJAS KLĪNISKĀ GADĪJUMA APSKATS	101
Juris Vītols, Jurgis Vītols, N. Bērza	
TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY	102
Areta Tula, Zane Grabe, Nellija Lietuviete, Dace Rezeberga	
FATĀLA DZEMDES ĶERMEŅA ĻAUNDABĪGA SASLIMŠANA. KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS	103
Liga Puksta-Gulbe, Zēnons Romanovskis, Lilita Malaha, Mārīte Puksta	
SEPSE PĒC DZEMDES KAKLA ELEKTROEKSCĪZIJAS. KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS	104
Liga Puksta-Gulbe, Dace Rezeberga, Mārīte Puksta, Renāte Renemane, Dace Sīviņa, Diāna Kuņicina, Nellija Lietuviete	
DZEMDES KAKLA PRIEKŠVĒŽA SLIMĪBU ĀRSTĒŠANAS KVALITĀTE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCAS KOLPOKOPIJAS KABINETĀ 2012.-2013. GADĀ.	105
Marta Spodareva-Burjaka, Jana Žodžika, Irina Jermakova, Dace Rezeberga, Inga Pavlovskā, Marina Utorova, Anželika Beresteviča	
RADIKĀLA TRAELEKTOMIJA PACIENTEI AR INVAZĪVU DZEMDES KAKLA VĒZI- PIRMĀ PIEREDZE LATVIJĀ. KLĪNISKAIS GADĪJUMS	106
E. Ņesterenko, A. Evert, L. Švampane, I. Zamullo	
P53, P63 UN KI-67 EKSPRESIJA PACIENTĒM AR CERVIKĀLU INTRAEPITELIĀLU NEOPLĀZIJU UN TO NOZĪME SLIMĪBAS PROGRESIJAS PROGNOZĒ	107
Androniks Mitiljdžans, Androniks Mumdzans, Sergejs Isajevs, Dace Rezeberga	
LATVIJĀ ĶIRURĢISKI ĀRSTĒTO ENDOMETRIOZES SLIMNIEČU RAKSTUROJUMS UN DZĪVES KVALITĀTES ASPEKTI	108
Fomina N., Vīberga I.	
OPINIONS OF GYNECOLOGIC PATIENTS ABOUT IMPACT OF PLANNED HYSTERECTOMY ON THEIR REPRODUCTIVE FUNCTION	109
Ieva Briedīte, Gunta Ancane, Nellija Lietuviete	
OLNĪCU HORMONĀLĀ PROFILA, ANTRĀLO FOLIKULU APASIŅOŠANAS UN OLNĪCU ATBILDES REAKCIJAS KORELĀCIJA, IZVĒRTĒJOT DOMINĒJOŠO FOLIKULU OLNĪCU STIMULĀCIJAS CIKLOS	110
A. Tirāne, I. Erciņa, A. Vīgule, K. Ķempe	
NEW TECHNOLOGY IN EMBRYO SELECTION- EMBRYOSCOPE JAUNĀKĀ TEHNOĻĪJA EMBRIJU SELEKCIJĀ- EMBRYOSCOPE	110
Madara Majauska	

ĶEIZARGRIEZIENU INDIKĀCIJAS RĪGAS DZEMDĪBU NAMĀ

Laura Keiša, Anna Miskova

IEVADS. Visā pasaulē un arī Latvijā ķeizargriezienu īpatsvars pieaug salīdzinot ar dzemdībām pa dabiskajiem dzemdību ceļiem. 2012. gadā Rīgas Dzemdību namā (RDzN) 23.4% no visām dzemdībām tika atrisinātas ar ķeizargriezienu.

DARBA MĒRĶIS. noskaidrot un izanalizēt plāna un akūtu ķeizargriezienu indikācijas, kā arī salīdzināt indikācijas, sadalot akūtos ķeizargriezienus, 2 grupās: ar dzemdību darbību un bez tās.

MATERIĀLI UN METODES. Tika veikts retrospektīvs aprakstošs pētījums. Pētījumā tika iekļautas 1000 dzemdētājas, kurām tika veikts ķeizargrieziens RDzN 2012. gadā, no tām 536 dzemdētājām tika veikts akūts ķeizargrieziens. Kopumā 273 gadījumos bija sākusies dzemdību darbība (I grupa) un 263 tika veikts akūts ķeizargrieziens, bez dzemdību darbības (II grupa). 464 gadījumos tika veikts plāna ķeizargrieziens. Dati tika iegūti no RDzN arhivētām vēsturēm.

Iegūtie dati statistiski apstrādāti ar MS Excel un SPSS 20.0, rezultāti tika uzskatīti par ticamiem, ja $p < 0.05$.

Pētījums tika veikts saskaņā ar RSU Ētikas komisijas atļauju (28.03.2013.).

REZULTĀTI. Ķeizargriezienu visbiežākās indikācijas bija ķeizargrieziens anamnēzē (41.30%), augļa distress (13.30%), dzemdību disfunkcija (11.60%). Plāna ķeizargriezienu trīs visbiežākās indikācijas bija ķeizargrieziens anamnēzē (62.50%), citas (mātes veselības stāvoklis, iedzimtas augļa patoloģijas u.c.) (17.85%), nepareiza augļa priekšguļa (13.36%). Akūtie ķeizargriezieni daudz biežāk tika izdarīti augļa distesa, ķeizargriezienu anamnēzē un dzemdību disfunkcijas dēļ. I grupai biežāk veica ķeizargriezienu cefalopelviskas disproporcijas un dzemdību disfunkcijas dēļ, II grupai – ķeizargriezienu anamnēzē, nepareizas augļa priekšguļas un citu iemeslu dēļ.

SECINĀJUMI. Latvijas ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas vadlīnijās ir noteiktas 2 absolūtās indikācijas – placentas priekšguļa un cefalopelviskā disproporcija. Šajā pētījumā iekļautās ķeizargriezienu operācijas 4% gadījumos tika veiktas absolūto indikāciju dēļ. Dzemdību speciālistiem pirms lēmuma pieņemšanas ir nepieciešams rūpīgi analizēt plāna ķeizargriezienu indikācijas. Savukārt dzemdības pa dabīgajiem dzemdību ceļiem jāplāno, ja vien nav kontraindikācijas, tādējādi samazinot ķeizargriezienu skaitu.

AMNIOCENTĒZE GRŪTNIĒCĪBAS PĀRTRAUKŠANAI DVĪNIM AR 21. HROMOSOMAS TRISOMIJU BH BA DAUDZAUGĻU GRŪTNIĒCĪBAS GADĪJUMĀ – KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS

Pazeičuka A.^{1,2}, Krastiņa Z.^{1,2}, Mālniece I.^{2,3,4}, Vītiņa Z.⁵

1 – Latvijas Universitāte,

2 – VSIA Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca,

3 – Rīgas Stradiņa Universitāte,

4 – VSIA Bērnu klīniskā universitātes slimnīca,

5 – Klīnika EGV

IEVADS. Amniocentēze grūtniecības pārtraukšanai dvīnim vai selektīva augļa redukcija ir intrauterīna augļa nāves indukcijas procedūra vienam auglim bihoriālas daudzaugļu grūtniecības gadījumā. Visbiežāk to izmanto auglim ar pierādītu strukturālu vai hromosomālu patoloģiju. Procedūras mērķis ir veiksmīgi atrisināt grūtniecību, nodrošinot vesela bērna piedzimšanu, samazinot perinatālo saslimstību un mirstību.

METODE. Retrospektīvs klīniska gadījuma apraksts.

REZULTĀTI. Pacientei I. G., 40 g. v. (G3 P2) pēc ICSI iestājusies BH BA dvīņu grūtniecība.

Veicot I trimestra kombinēto skrīningu, konstatē paaugstinātu risku 21. hromosomas trisomijai (> 1:50). Grūtnieci nosūta uz konsultāciju pie ārsta ģenētiķa. Tika indicēta diagnostiska amniocentēze, pielietojot interfāzes FISH metodi. Rezultātā konstatē, ka pirmajam auglim ir sievietes kariotips ar normālu hromosomu skaitu (46, XX), bet otrajam auglim ir izmainīts vīrieša dzimuma augļa kariotips, 21. hromosomas trisomija (47, XY, +21).

Pacientei tika piedāvātas dažādas grūtniecības atrisināšanas iespējas. Pēc ģimenes vēlmēm pacientei 16./17. grūtniecības nedēļā, transabdominālas ultrasonogrāfijas kontrolē, tika veikta selektīva redukcija dvīnim ar 21. hromosomas trisomiju.

2014. gada martā pacientei piedzima vesela meitenīte. Kopā ar placentu izdalījies otrs mumificējies auglis atsevišķos apvalkos.

SECINĀJUMI:

1. Lai nodrošinātu vesela bērna piedzimšanu, antenatālai aprūpei ir jābūt ļoti rūpīgai, īpaši daudzaugļu grūtniecības gadījumā.
2. Izmaiņas I trimestra kombinētā skrīninga rezultātos ir indikācija padziļinātām augļa izmeklēšanas metodēm.
3. Pielietojot invazīvas prenatālas diagnostikas metodes, iespējams agrīni diagnosticēt augļa hromosomālas anomālijas.
4. Selektīva augļa redukcija BH BA daudzaugļu grūtniecības gadījumā ir pamatots risks, novēršot slima dvīņa augļa esošo smagu fizisku vai garīgu veselības stāvokli un vesela dvīņa augļa garīgās vai fiziskās veselības kaitējumu.

CASE REPORT: PRETERM BIRTH COMPLICATED BY PLACENTA ACCRETA AND POSTPARTUM HAEMORRHAGE MANAGED BY UTERINE ARTERY EMBOLISATION

Anna Jekabsone, Ieva Kalere, Elina Tetere, Dace Matule, Sandra Vitina

OBJECTIVE. Preterm birth (PTB) is associated with high morbidity and mortality of the newborn; therefore, it is important to identify the risk factors involved. Although various causes of PTB, such as preeclampsia, intra-amniotic infection and foetal intrauterine growth restriction, are well recognized, the major factors of PTB remain idiopathic.

CASE. We present the case of a young woman undergoing her second pregnancy. At week 15/16 she presented with mucous vaginal discharge and a cervical length of 27.1 mm. At gestational week 18/19 the patient was admitted to a hospital with complaints of tightening lower abdominal pain. At vaginal examination the amniotic sac was visualized and an emergency cervical cerclage (CC) performed. At week 24/25, the patient was admitted to a hospital at 04:37 AM, presenting with bloody vaginal discharge, uterine contractions and elevated body temperature. At 02:00 PM, green water with a smell broke. It was decided to continue the labour *per vias naturales*. At 07:15 PM, a spontaneous delivery resulted in the birth of a girl, weighing 660 g, Apgar score was 5 at the 1st and 6 at the 5th minute of life.

The newborn was admitted to the Intensive Care Unit (ICU). At 07:30 PM, no signs of placental expulsion were detected and a PPH was observed. Uterine cavity revision showed an accrete placenta (AP). After the uterine cavity abrasion and Bakri balloon tamponade, the bleeding ceased, but the estimated blood loss was 3L and the patient was admitted to the ICU. At 10:00 PM, the patient complained of severe abdominal pain and the bleeding reoccurred. Bilateral uterine artery embolization (UAE) was done by an invasive radiologist at 10:35 PM. The patient received blood transfusions. Her hemodynamic state remained stable and her overall condition rapidly improved.

CONCLUSIONS. This case demonstrates multiple risk factors: cervical insufficiency managed by CC, infection, and AP, resulting in PTB. The role of each of these factors is unclear. AP is associated with a high risk of PPH. Due to life-threatening blood loss, it is often managed by use of a hysterectomy, but the young age of the patient was a reason to prefer a uterine-sparing strategy. UAE is not widely used in Latvia, but, if available, it should be considered in young women with PPH.

ST SEGMENTA ANALĪZE (STAN) DZEMDĪBĀS – RĪGAS DZEMDĪBU NAMA PIEREDZE

Natalja Avramenko-Vasiļjeva¹, Vija Veisa^{1,2}, Linda Grīnberga¹, Zane Tomsone¹, Ināra Miltiņa^{1,2}, Dace Rezeberga^{1,2}

1 – Rīgas Dzemdību nams, Latvija

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte, Latvija

IEVADS. STAN ir sistēma iekšējai augļa stāvokļa intrauterīnai monitorēšanai dzemdību laikā. Tā reģistrē kardiogrammu (KTG), augļa elektrokardiogrammu (EKG) un automātiski analizē ST segmentu augļa kardiogrammā. ST segmenta analīze balstās uz augļa EKG izmaiņām, kas rodas miokardā skābekļa deficīta apstākļos. Biežākas STAN indikācijas ir ārējās augļa KTG izmaiņas.

DARBA MĒRĶIS. Apkopot un izvērtēt STAN lietošanu Rīgas Dzemdību namā.

Darba metodes. Tika analizētas dzemdību vēstures pacientēm, kurām dzemdībās lietota STAN (N=152), laika posmā no 2012. gada septembra līdz 2014. gada jūnijam.

DARBA REZULTĀTI. Biežāk STAN lietota pirmdzemdētājām (84%), no 26 līdz 30 gadu vecumā (36%) un iznestas grūtniecības gadījumā. 28% dzemdētāju novērota grūtniecības prolongācija (≥41 grūtniecības nedēļa). Galvenās STAN pielietošanas indikācijas (82%) bija KTG izmaiņas, 11% mekonīāli augļūdeņi, 5% dzemde rēta, 3% apgrūtināts KTG pieraksts adipozitātes dēļ. Dzemdē kakla dilatācija sākot STAN 68% bija 4-6 cm. Priekšlaicīgs augļa apvalku plīsums novērots 21%, dzemdību indukcija ar prostaglandīnu preparātiem 29%, epidurālā analgēzija pielie-

tota 14%, dzemdību disfunkcija bija 39% gadījumu, dzemdību stimulācija ar oksitocīnu 68% un mekonīāli augļūdeņi 48%. Vidējais STAN pieraksta ilgums bija 1-2 stundas (60%). 70% gadījumu notika spontānās dzemdības, 24% veikta ķeizargrieziena operācija (Dzemdību namā 3013.gadā 21,6%), bet 8 gadījumos (6%) veikta augļa vakuumekstrakcija (Dzemdību namā 3013.gadā 1,5%),.

Jaundzimušo izvērtējums pēc Apgares skalas 1. minūtē 90% gadījumu bija ≥7, 2 gadījumos 0-3 balles un 13 gadījumos (9%) 4-6 balles. Jaundzimušo novērtējums pēc Apgares skalas pēc 5 min 99% gadījumu bija ≥7 balles. 14 jaundzimušajiem (9%) bija nepieciešama terapija jaundzimušo intensīvas terapijas nodaļā.

SECINĀJUMI. Pasaulē veikti pētījumi, liecina, ka STAN pielietojums samazina vaginālu operatīvu dzemdību skaitu, nepieciešamību veikt augļa asiņu pH mērījumus dzemdībās, jaundzimušo acidozes biežumu. Ņemot vērā, ka metode Latvijā pieejama nesen un pētījuma grupa neliela, korekta metodes efektivitātes izvērtēšana no mūsu datu apkopojuma ir apgrūtināta. Praktiskajā pieredzē STAN sevi pierādījusi kā mūsdienīga papildus iespēja augļa intrauterīnā monitorēšanā dzemdību laikā, kas palīdz izlemt par piemērotāko taktiku dzemdībās.

PALIELINĀTAS ĶERMEŅA MASAS IETEKME UZ DZEMDĪBU PROCESU

Laura Kaļiņina, Intra Kļaviņa

Rīgas Stradiņa universitāte, Sabiedrības veselības un dzemdību aprūpes katedra

IEVADS. Aptaukošanās ir viena no nopietnākajām sabiedrības veselības problēmām Eiropas reģionā 21.gadsimtā. Pēc Eiropas Komisijas 2008.gada statistikas datiem, sievietes Latvijā ar palielinātu ķermeņa masu ieņem trešo vietu ar 20.9% uzreiz aiz Maltas (21.2%) un Apvienotās Karalistes (23.9%).

Jaunākie pētījumi rāda, ka sievietes ar palielinātu ķermeņa masu vēl pirms grūtniecības iestāšanās, ir riska grupā grūtniecības komplikācijām un veselības problēmām bērnam. Komplikāciju skaits grūtniecības laikā un dzemdībās, palielinās attiecīgi palielinoties pirmsgrūtniecības ĶMI sievietēm ar vienaugļa grūtniecību.

MĒRĶIS. Izpētīt palielinātas ķermeņa masas ietekmi uz dzemdību procesu.

METODES. 2014.gadā no februāra līdz marta beigām tika izstrādāts prospektīvs kohorta pētījums. Pēc speciāli izstrādāta protokola un pētījuma apstiprināšanas Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejā, izskatot Rīgas Dzemdību namā no visām medicīniskajām dokumentācijām 356 medicīniskās dokumentācijas, no kurām par derīgām atzītas 262.

REZULTĀTI. Svara pieaugums grūtniecības laikā ir palielināts visām ĶMI grupām. Sievietēm ar palielinātu ķermeņa masas indeksu (26.1-29 un >29) ir lielāks risks grūtniecības komplikācijām. Arteriālā hipertensija bija visbiežāk sastopamā komplikācija grūtniecības laikā sievietēm ar palielinātu ķermeņa masas indeksu. Preeklampsija bija konstatēta 5 respondentēm, no kurām viena ar ĶMI 26.1-29 un četras ĶMI grupā ≥ 29 . Sievietēm ar normālu ķermeņa masas indeksu preeklampsijas gadījumi grūtniecības laikā netika konstatēti. Dzemdību indukcijas nepieciešamība palielinās, palielinoties ĶMI. Apkopojot datus ir redzams, ka visām ĶMI grupām dzemdību stimulācijas nepieciešamība ir ļoti līdzīga Pirmdzemdētājām vidējais dzemdību ilgums ir garāks, neatkarīgi no ĶMI, salīdzinot ar atkārtoti dzemdējošām sievietēm. Lielāks risks dzemdību norises komplikācijām ir sievietēm ĶMI grupā >29. Šai grupai ir lielāks risks primārai vai sekundārai dzemdes distocijai. Arī dzemdes kakla un augļa distocija bija sastopama grupā ar ĶMI >29. Augļa distresa sastopamība kā operatīvu dzemdību iemeslam ir lielāka kontroles grupai. Dzemdes disfunkcijas hipoaktīvās formas un augļa galviņas-mātes iegurņa disproporcija visām grupām ir ļoti līdzīga. Risks starpenes traumatismam ir sievietēm ĶMI grupā 26.1-29. Lielāks risks liekākam asins zudumam ir ĶMI grupā 26.1-29.

Palielinoties ĶMI, palielinās arī jaundzimušā svars. Apkopojot datus par jaundzimušā vērtējumu pēc Apgares skalas, ir redzams, ka ĶMI nav nozīmīgas saistības ar Apgares skalas vērtējumu.

SECINĀJUMI. Grūtniecības laikā sievietēm ir jāpievērš uzmanība svara kontrolei un diētai. Sievietēm ar palielinātu ĶMI ir palielināts risks atsevišķām grūtniecības norises un dzemdību komplikācijām.

THE EFFECT OF EXCESSIVE WEIGHT ON LABOUR

Laura Kalinina, Intra Klavina

Riga Stradins university, Public health and maternity care department

INTRODUCTION AND BACKGROUND. Obesity is one of the most common health problems in European region in 21st century. According to European Commission BMI statistics, the highest proportions of obese women were recorded in the United Kingdom (23.9 %), Malta (21.1 %), Latvia (20.9 %).

According to the research performed by the Centre of Disease Prevention and Control in 2012, concerning the facts influencing the health of Latvian inhabitants, it turned out that there is a relatively high proportion of overweight. The prevalence of overweight for women is 27,8% and obesity 18,6%. The number of complications during pregnancy and labor increases by the increase of pre-pregnancy BMI of woman having singleton birth.

OBJECTIVE. To investigate the effect of excessive weight on labour.

METHODOLOGY. From February 2014 till the end of March was designed a prospective cohort study. Following a protocol developed specifically for the study and approval of Riga Stradins university Ethics Committee examining Riga Dzemdību nams 356 medical records, of which valid was 262.

RESULTS. Weight gain during pregnancy is increased for all BMI groups. Women with BMI 26.1-29 and >29 have a higher risk of pregnancy complications. Arterial hypertension was the most common complication of pregnancy in women with increased body mass index. Pre-eclampsia was found in five respondents, one with a BMI of 26.1-29 and four BMI groups ≥ 29 . In woman with normal body mass index pre-eclampsia has not been established. Necessity of induction of labor increases by the increase of BMI. The average duration of labour in primigravidas is longer comparing with multigravidas, apart from BMI. Women with a BMI >29 have a higher risk of labor complications. This group has a higher risk of primary or secondary uterine dystocia. Also cervix and fetal dystocia occurred in BMI group >29. Fetal distress as the incidence of operative delivery was higher in control group. Women at the BMI range between 26.1 and 29 has a higher risk of traumatism of perineum. The research has proved that by the increase of BMI, the weight of the newborn also increases. There are no significant relationship with BMI and Apgar score.

CONCLUSION. During pregnancy, women should pay attention to weight control and diet. Women with a higher BMI are at increased risk for certain complications of pregnancy and labor.

MATERNAL DIABETES AND PREGNANCY OUTCOMES IN THE LATVIAN POPULATION 2007-2012

Elina Tetere, Ieva Kalere, Anna Jekabsone, Ieva Strele, Sandra Vitina, Irisa Zile, Santa Pildava, Anita Villerusa

OBJECTIVE. Diabetes mellitus (DM) is recognised as a risk factor for adverse maternal and neonatal outcomes. The most common types of diabetes occurring during pregnancy are gestational DM (GDM), type 1 diabetes (T1DM), and type 2 diabetes (T2DM). T1DM and T2DM are sometimes referred to as pre-existing DM.

AIM. The aim of this study was to describe the differences of delivery term and newborn health status with respect to maternal DM.

METHODS. We used data from the Latvian Birth Register and the Diabetes Register from 2007-2012. Latvian Birth Register included 123 687 consecutive singleton births (all births from 22 full weeks of gestation & birth weight ≥ 500 g). For the purposes of study only last delivery was used for women delivering more than once during this period, as result 106 375 women having singleton births were identified. Data analysis was performed using IBM SPSS.

RESULTS. There were 165 newborns of mothers with T1DM, 69 with T2DM, 823 with GDM included in this study. Preterm delivery rate was significantly higher in the DM group than in the group

without DM: 11.2% vs. 4.8%, respectively ($p < 0.001$). In the group of pre-existing DM, a Caesarean section was performed in 70.7% of cases, which was statistically significantly higher than in the group without maternal DM – 23.4% ($p < 0.001$) and the group with GDM, where the proportion of Caesarean sections was 41.7% of deliveries ($p < 0.001$). Prevalence of macrosomia was 12.0% in the diabetes group and 2.5% in the group without DM ($p < 0.001$). The median birthweight of newborns of diabetic pregnant women was 3730 (3288; 4162) grams, which was significantly higher than in pregnancies without maternal DM – 3520 (3200; 3840) grams ($p < 0.001$). The prevalence of an Apgar score less than 7 at five minutes after birth was 2.6% in newborns of women with DM compared to 1.5% in the group without DM ($p = 0.002$).

CONCLUSIONS. Diabetes in pregnancy is associated with higher rates of preterm delivery, Caesarean section, foetal macrosomia and low Apgar scores. The results of this study suggest an inadequate metabolic compensation during pregnancy in women with DM despite treatment options. Further studies are required to assess the association of adverse perinatal outcomes and metabolic compensation.

IUAA – IZPLATĪBA, ĀRSTĒŠANA, TAKTIKA, DZEMDĪBU VADĪŠANA

Diāna Andžāne

RSU, Medicīnas fakultāte, 6. studiju gads.

Darba vadītāja: Dr. med. Anna Miskova

IEVADS. Intrauterīna augšanas aizture (IUAA) ir par iemeslu paaugstinātai saslimstībai un mirstībai gan auglim, gan jaundzimušiem, gan bērniem, kā arī uzņēmībai pret slimībām pieaugušo gados. Šīs patoloģijas attīstību nosaka dažādi faktori, no kuriem daudzi ir novēršami. Joprojām nav izstrādātas pietiekoši efektīvas grūtniecības un dzemdību vadīšanas taktikas, kas spētu pasargāt gan māti, gan bērnu no nevēlamām sekām.

DARBA MĒRĶIS. Izprast IUAA ietekmi uz augli un grūtnieci kā arī nelabvēlīgo seku izvairīšanās iespējas.

MATERIĀLI UN METODES. Pētījuma laikā tika izskatīti Rīgas Dzemdību nama pacientu dati par 2013. gadu. Pētījumā tika iekļautas grūtnieces, kurām dzima jaundzimušie ar svaru zem 10. procentīles, kā arī tika izstrādāta kontroles grupa. Jaundzimušo svars tika novērtēts pēc Intrauterine Growth Curves. Data source: Pediatrix Medical Group.

REZULTĀTI. Atbilstoši kritērijiem, gadījumu grupā tika iekļautas 209 grūtnieces un kontroles grupā tikpat pacienšu. Gadījumu grupas jaundzimušo svars vidēji atbilda 5,6 procentilēm, bet kontroles grupā 47,3 procentilēm. IUAA sastopamība populācijā ir 3,2%. Jaundzimušo novērtējums pēc Apgares skalas bija zemāks gadījumu grupā gan pēc vienas minūtes (7,54 vs. 7,77, $p < 0,0001$), gan pēc piecām (8,83 vs. 8,57, $p < 0,0001$). Gadījumu grupā biežāk sastop placentas patoloģiju, nabassaites vai augļa apvalku patoloģiju, pre eklampsiju, mazūdeņainību, hemodinamikas traucējumus, zaļus augļūdeņus, intrauterīnu infekciju, akūtu ķeizargriezīgu, akūtu augļa distresu, ekstraģenitālu patoloģiju, nepietiekošu uzņemto svaru grūtniecības laikā, mātes smēķēšanu, grūtniecību bez antenatālās aprūpes. Pēcdzemdību stacionārā ilgāku laiku pavadīja gadījumu grupas nedēļnieces gan pēc spontānām dzemdībām (4,03 vs. 3,35 dienas), gan pēc ķeizargrieziena (5,6 vs. 4,5 dienas). Vērtējot grūtnie-

cības atrisināšanas veidus, netika konstatēta atšķirība novērtējumā pēc Apgares skalas starp spontānām dzemdībām, inducētām dzemdībām vai ķeizargriezīgu. Antenatāli IUAA diagnosticē 30,6% augļiem, kuru svars ir zem 10. procentīles piedzimstot un 45,6% augļu, kuru svars piedzimstot bija zem 3. procentīles. Tām pacientēm, kas stacionāras grūtniecības laikā un kā stacionēšanas iemesls ir norādīta IUAA, 70% gadījumu intravenozi nozīmēja Ringera šķīdumu.

SECINĀJUMI. IUAA negatīvi ietekmē ne tikai augli, bet arī māti, kā dēļ tā ir spiesta aizturēties stacionārā ilgāku laika periodu bērna dēļ. Konstatējot auglim IUAA, nogaidoša taktika attiecībā uz grūtniecības atrisināšanu ir pamatota. IUAA antenatālā diagnostika ir neprecīza. Grūtniecības vadīšanas taktika balstās uz riska faktoru novēršanu, rūpīgu novērošanu un uteroplacentārās asinsrites iespējamo uzlabošanu, jo optimālas un efektīvas IUAA ārstēšanas metodes nav konstatētas.

SUMMARY. IUGR – distribution, treatment, tactics, delivery management. Intrauterine growth restriction is the cause of morbidity and mortality for fetus, newborn and children. The aim was to comprehend the mutual influence between intrauterine growth restriction and pregnant woman as well as the possibility of avoidance of adverse consequences. The research was made in Riga Maternity Hospital. In the group of occasion were included pregnant women who gave birth to newborns whose weight was fewer than 10. percentile (209 pregnant women), in the group of control were 209 pregnant women. Evaluating the necessary data it is possible to come to a conclusion that intrauterine fetal growth retardation negatively affects not only the fetal, but also the mother and as a result she is forced to stay in hospital for a longer period of time because of the child. Establishing the intrauterine growth restriction, temporizing tactic in regard to the resolution of pregnancy is justified.

ARTERIA CERBERI MEDIA MAKSIMĀLĀS PLŪSMAS ĀTRUMA (ACM MPA) KORELĀCIJA AR JAUNDZIMUŠĀ DZIMŠANAS HEMOGLOBĪNU, BILIRUBĪNA LĪMENI RHD IZOSENSIBILIZĒTU GRŪTNIĒCĪBU GADĪJUMĀ

Dr. Zane Krastiņa¹, Agnese Plēpe², Ieva Mālniece³

1 – PSKUS Dzemdniecības un ginekoloģijas klinika, prenatālās diagnostikas nodaļa. SIA Auxilia Prima

2 – LU rezidente ginekoloģijas un dzemdību speciālista specialitātē

3 – PSKUS Dzemdniecības un ginekoloģijas klinika

MĒRĶIS. Izvērtēt ACM MPA mērījumu korelāciju ar jaundzimušā dzimšanas hemoglobīnu, bilirubīna līmeni, prognozējot iespējamo augļa anēmizāciju un hiperbilirubinēmijas veidošanās iespējamību.

Jau vairāk, kā 10 gadus galvenā neinvazīvā diagnostikas metode Rh izosensibilizētu grūtniecību gadījumos ir arteria cerberi media maksimālās plūsmas ātruma (ACM MPA) mērījumu veikšana auglim izmantojot doplerometriju, kā rezultātā ir iespējams spriest par iespējamu augļa anēmijas esamību.

METODES. Retrospektīvs -aprakstošs pētījums. Tika veikta strukturēta datu savākšana no jaundzimušo klīniskajām vēsturēm Paula Stradiņa Klīniskajā Universitātes slimnīcā laika posmā no 2003.g. janvāra līdz 2014.g. augustam jaundzimušajiem kuriem ir bijusi Rh izosensibilizācija. Tika veikti korelācijas aprēķini starp ACM un jaundzimušā hemoglobīna un bilirubīna līmeņa izmaiņām uzreiz pēc dzimšanas.

REZULTĀTI. Kopā tika izanalizētas 40 jaundzimušo vēstures, pacientēm ar Rh izosensibilizāciju. Rezultāti vēl tiek apkopoti.

MĀTES UN JAUNDZIMUŠĀ KOMPLIKĀCIJU ATTĪSTĪBA PRIEKŠLAICĪGI NOPLŪDUŠU AUGĻA ŪDEŅU GADĪJUMĀ NO 22. LĪDZ 34. GRŪTNIECĪBAS NEDĒĻAI

Mohova M.¹, Viberga I.²

1 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Medicīnas sabiedrība "ARS", Jelgavas pilsētas slimnīca

2 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Pirmslaika priekšlaicīga augļa ūdens noplūšana (PPAŪN) ir saistīta ar dzemdību un jaundzimušā komplikācijām. Horioamnionīts (HA) ir dzemdību komplikācija, kura ietekmē māti un jaundzimušo gan perinatālajā periodā, gan ilgtermiņā. Pētījuma mērķis ir izanalizēt PPAŪN un HA saistību ar komplikāciju attīstību mātei un jaundzimušajam.

METODOĻĢIJA. Pētījums ir retrospektīvs aprakstošs un gadījuma-kontroles pētījums. Pētījuma materiāls ir stacionētās PSKUS Perinatālas aprūpes centrā 85 sievietes vienaugļa grūtniecībā no 22 līdz 34 grūtniecības nedēļām laika periodā no 01.01.2012. līdz 31.12.2012. ar PPAŪN. PPAŪN pierādīta ar apskati spoguļos un Nitrazīna testu. Bezūdens periods definēts kā laika periods no augļa apvalku plīsuma līdz bērna piedzimšanai. HA diagnostikai lietoti kliniskie kritēriji: mātes tahikardija un hipertermija, augļa tahikardija, dzemdes hiperkontraktilitāte, izdalījumi no maksts ar smaku. Dzemdības bija inducētas 34 grūtniecības nedēļās vai pirms tam, ja bijušas indikācijas un vadītas pa dabīgiem ceļiem, izņemot gadījumos, kad tam bija kontraindikācijas. Pētījuma izlase sadalīta gadījuma grupā, iekļaujot 13 grūtnieces, kurām attīstījās HA, un kontroles grupā, iekļaujot 72 pacientes bez HA. Salīdzinot grupas, statistiski ticama atšķirība raksturlielumos ir, ja $p < 0,05$.

REZULTĀTI. Vidējais grūtniecības laiks dzemdību brīdī bija 27 un 32 nedēļas, un vidējais bezūdens periods bija 264 un 86 stundas, attiecīgi gadījuma un kontroles grupās, $p < 0,01$. Ķeizargrieziena

biežums gadījumu grupā bija 8% un 33% kontroles grupā, $p < 0,05$. Placentas atslāņošanās un nabas saites izkrišanas gadījumu grupā nebija un bija 3% kontroles grupā, $p > 0,05$. Augļa respiratorā distresa (RDS) biežums grupās bija 54% un 4%, $p < 0,01$. Neonatālas pneimonijas biežums bija 23% gadījuma grupā un 11% kontroles grupā, nekrotizējoša enterokolīta nebija gadījuma grupā un 4% kontroles grupā, intraventrikulāras hemorāģijas bija 23% gadījuma grupā un 13% kontroles grupā, neonatālas sepses biežums bija 15% gadījuma grupā un 3% kontroles grupā, un salīdzinot, $p < 0,05$. Nebija sastopami mātes mirstības un nopietnas saslimstības gadījumi.

SECINĀJUMI:

1. Pacientēm ar PPAŪN no 22. līdz 34. grūtniecības nedēļai klinisks HA attīstās, ja bezūdens periods ir garāks par 169 stundām.
2. Minētās situācijas gadījumos RDS būtiski biežāk konstatē jaundzimušajiem, ja ir attīstījies klinisks HA.
3. Minētās situācijas gadījumos grūtniecība būtiski biežāk tiek atrisināta ar ķeizargrieziena operāciju pacientēm ar klinisku HA.
4. Placentas atslāņošanās un nabas saites izkrišana notiek vienādi bieži kā HA attīstības gadījumā, kā arī bez tā.

ATSLĒGVĀRDI: klinisks horioamnionīts, pirmslaika priekšlaicīga augļa ūdens noplūšana

VAGINĀLAS DZEMDĪBAS PĒC ŅEIZARGRIEZIENA OPERĀCIJAS

Pazeičuka A.^{1,2}, Jansone M.^{2,3}

1 – Latvijas Universitāte

2 – VSIA Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

3 – Rīgas Stradiņa Universitāte

IEVADS. Ņeizargriezienu operāciju skaits pieaug gan Latvijā, gan arī citās pasaules valstīs. Laika posmā no 2000. līdz 2012. gadam Ņeizargriezienu operāciju biežums Latvijā pieaudzis no 15,0% līdz 22,9%. Viens no iespējamiem skaidrojumiem ir salīdzinoši zems vaginālo dzemdību īpatsvars pacientēm ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē.

Sievietēm, kurām iepriekš bijusi Ņeizargriezienu operācija, nākamajā grūtniecībā var plānot atkārtotu Ņeizargriezienu vai piedāvāt vaginālas dzemdības.

MĒRĶIS. Izvērtēt indikācijas dzemdību vadišanas taktikas izvēlei pacientēm ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē; izvērtēt dzemdību norisi un iznākumu pacientēm ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē, kuras izvēlējās vaginālas dzemdības.

MATERIĀLI UN METODES. Tika veikts retrospektīvs, analītisks pētījums. Pētījuma veikšanai tika analizētas visas 2012. gada VSIA Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Perinatālās aprūpes centra dzemdību vēstures. Atlasīta pētījuma grupa ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē – 331 paciente.

Iegūtie dati tika statistiski apstrādāti ar *MS Excel 2007* un *SPSS 20.0* programmu palīdzību.

REZULTĀTI. 2012. gadā no visām 2029 dzemdībām, 331 (16%) dzemdētājai anamnēzē ir bijusi Ņeizargriezienu operācija. Lielākai daļai pacientu tika veikta atkārtota Ņeizargriezienu operācija – 280 (85%). Visbiežāk vienīgā indikācija atkārtotu operatīvu dzemdību veikšanai bija dzemdes rēta – 178 (63%) gadījumos.

Vaginālas dzemdības tika sāktas vadīt 51 pacientei ar dzemdes rētu. No tām 40 (78%) sievietes piedzemdēja pa dabīgiem dzemdību ceļiem, 11 (22%) pacientēm dzemdības tika pabeigtas ar akūtu Ņeizargriezienu operāciju.

SECINĀJUMI:

1. VSIA Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Perinatālās aprūpes centrā 2012. gadā biežākais Ņeizargriezienu operāciju iemesls bija operatīvas dzemdības anamnēzē.
2. Atkārtotas operatīvas dzemdības ir biežākais dzemdību atrisināšanas veids pacientēm ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē.
3. Mēģinot dzemdēt vagināli ar Ņeizargriezienu operāciju anamnēzē, ir augsts veiksmīgu vaginālu dzemdību iznākums.
4. Veiksmīgs vaginālu dzemdību iznākums pacientēm ar dzemdes rētu atkarīgs no vairākiem faktoriem, tāpēc individuāli jāapsver dzemdību vadišanas taktikas izvēle.

EVALUATION OF EPISIOTOMY RELATED TRAUMA ON ANAL SPHINCTER MUSCLE BY MEANS OF SURFACE ELECTROMYOGRAPHY (RESULTS OF THE MULTICENTER STUDY TASI-2)

V. Začesta, O. Zelenova, D. Rezeberga

Riga Maternity Hospital

INTRODUCTION. Recent studies demonstrated that functional asymmetry of pelvic floor innervation exists. This asymmetry is strongly associated with postpartum incontinence in those cases in which the trauma occurs on the dominant side of innervation. Right side episiotomy is the most common obstetric surgical intervention. The damage of pudendal nerve during episiotomy could lead to anal sphincter mass decrease and anal incontinence. Pre-emptive location of innervation zones (IZs) with anal sphincter electromyography (EMG) could allow choosing the least invasive side for episiotomy and presumably reduce the incidence of anal incontinence.

STUDY AIM. The aim of the study is to validate the surface EMG as a screening tool to locate the IZs of external anal sphincter (EAS), and to evaluate the effect of episiotomy related trauma on the external anal sphincter muscle.

METHODS. In this prospective cohort study, 511 pregnant primiparous women, by nine clinical partners from five European Countries, were involved and surface EMG was performed to detect the distribution of IZs of EAS. EMG measurements were performed at the 28th – 34th gestational week and 6-8 weeks after delivery. The study was conducted in double blind, meaning that the clinical

partners did not receive any information regarding the IZs, and the signal analysis was performed without having information about the type of delivery.

RESULTS. 331 women returned for the second test. The subjects were divided in four groups according to the delivery mode (Caesarean, vaginal with no evident damage, spontaneous lacerations and episiotomies). The numbers of IZs were compared before and after delivery. In the 82 women who underwent right mediolateral episiotomy, a statistically significant reduction of IZs was observed (mean=0.62, 95%CI [-1.03:-0.21]), after delivery, in the right ventral quadrant (side of episiotomy) of the EAS while women who had Caesarean section, spontaneous lacerations or no evident damage did not present any significant change in the innervation pattern.

CONCLUSIONS. Right episiotomy reduces the number of IZs on the right-ventral side of the EAS. Knowledge of the pre-partum distribution of IZs allows obstetricians choose the side where to perform episiotomy. This knowledge, which can be obtained with a disposable probe and a minimally invasive surface EMG pre-partum test, is expected to reduce the consequences of episiotomy and subsequently minimize the risk of anal incontinence.

VECMĀTE ĢIMENES ĀRSTA PRAKSES MODELĪ

Madara Gaile, Liāna Deklava, Inga Millere

Rīgas Stradiņa universitāte, Māszinību un dzemdību aprūpes katedra

IEVADS. Komandas modelis ģimenes ārsts – vecmāte – māsa spētu sniegt visaptverošu aprūpi, nodrošinot ārstniecību, profilaksi, veselības veicināšanu un izglītošanu visai ģimenei kopumā. Tas varētu būt labāks prakses piemērs kā nodrošināt pilnvērtīgu primāro veselības aprūpi ģimenes ārsta prakses ietvaros.

MĒRĶIS. Noskaidrot paredzamos vecmātes darbības aspektus ģimenes ārsta praksē.

METODES. Izvirzītā mērķa sasniegšanai tiek izmantotas divas pētniecības metodes: aptauja, ar Likerta skalas izmantošanu atbilstu variantos un daļēji strukturēta ekspertu intervija.

REZULTĀTI. Pētījuma izlasi veido 283 dalībnieki- 102 ģimenes ārsti, 91 vecmāte un 90 māsas. Respondentu vēlme strādāt komandā ģimenes ārsts – vecmāte – māsa: izlases vidējā vērtība M 2,86 (SD 0,97) (min – 1, max – 4). 31% vēlētos strādāt, 34% “drīzāk jā” un 35% “drīzāk nē”. Ģimenes ārsti šo modeli atbalsta mazāk, M 2,97 (SD 0,93) un vismazāk tajā vēlētos strādāt M 2,56 (SD 1,01), uzsverot nevēlēšanos uzņemties lieku atbildību, pieredzes trūkumu darbā ar grūtniecēm, un atzīmējot, ka vecmātēm ir jāstrādā pie ginekologiem. Kā galvenie vecmātes pienākumi tiek minēti: pēc vecmāšu viedokļa- konsultēšana krūts barošanas jautājumos M 3,78 (SD 0,55),

grūtnieces izglītošana un konsultēšana prakses ietvaros M 3,71 (SD 0,56), izglītošana ģimenes plānošanas un seksuāli reprodūktīvajos jautājumos M 3,69 (SD 0,55), pēc dzemdību aprūpe ģimenes ārsta darbavietā vai mājas apstākļos M 3,65 (SD 0,67). Jāatzīmē, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības iepriekš minēto vecmātes pienākumu novērtēšanā- māsas un ārsti šos pienākumus mazāk attiecina uz vecmāti. Izvērtējot vecmātes un māsas sadarbību, respondenti atzīmē (89%) ka tā izpaužas pacientu veselības aprūpes jautājumu koordinēšanā un risināšanā, ģimenes ārsta informēšanā par savā pārraudzībā esošajiem pacientiem.

SECINĀJUMI. Pētījuma izlasē komandas modelis ģimenes ārsts – vecmāte – māsa ir guvis teorētisku atbalstu, tomēr tā īstenošanai Latvijā ir pamatotu šķēršļu kopums, būtiskākie no tiem ir finanšu trūkums un veselības nozares politika, arī ģimenes ārsti šo modeli atbalsta mazāk par citiem respondentiem. Pastāv viedoklis ka šis modelis ir attiecināms uz ģimenes ārsta praksēm, kurās ir lielāks reģistrēto jaundzimušo skaits, praksēm lielākās pilsētās un ģimenes ārstu koppraksēm, kurās vecmātes pienākumi ir: izglītošana ģimenes plānošanas un seksuāli reprodūktīvajos jautājumos, iesaistīšanās grūtnieču un pēcdzemdību perioda aprūpē. Vecmātes darbības fokusgrupu veido jaunieši, sievietes reprodūktīvajā vecumā, grūtnieces, nedēļnieces, jaunās māmiņas un jaundzimušie.

PLAZMINOGĒNA AKTIVATORA INHIBITORA-1, MIELOPEROKSIDĀZES, VASKULĀRĀ ENDOTĒLIJA AUGŠANAS FAKTORA UN TUMORA NEKROZES FAKTORA α IZMAIŅAS SIEVIETĒM AR GESTĀCIJAS DIABĒTU

Karlina Elksne^{1,2}, Zane Pauniņa², Antra Jurka², Dace Rezeberga^{1,2}, Pēteris Tretjakovs²

1 – Rīgas Dzemdību nams

2 – Rīgas Stradiņa universitāte

PĒTĪJUMA MĒRĶIS. Sievietēm ar gestācijas diabētu (GD) ir lielāks risks dažādām dzemdību komplikācijām, kā arī lielāka iespējama vēlākās dzīves laikā attīstīties dislipidēmijai, hipertensijai un otrā tipa diabētam. Šīs slimības patoģenēze ir sarežģīta, un visā pasaulē tiek intensīvi meklēti tajā iesaistītie biomarkēri, kas varētu kalpot slimības un tās komplikāciju agrīnai prognozēšanai. Plazminogēna aktivatora inhibitora-1 (PAI-1) ir galvenais regulators plazminogēna aktivatora sistēmā, kurai ir liela nozīme hemostāzes, trombozes un citu bioloģisko procesu veidošanā. Mieloperoksidāze (MPO) ir peroksidāzes enzīms, kas visvairāk ekspresēts neitrofilajos granulocītos, un palielinās dažādu saslimšanu, ieskaitot koronāro sirds slimību, gadījumos. Vaskulārā endotēlija augšanas faktors (VEGF) ir signālproteīns, kas stimulē angioģenēzi. Tumora nekrozes faktors α (TNF α) ir makrofāgu producēts adipokīns, kuram ir liela nozīme sistēmiskajā iekaisuma reakcijā. Mūsu pētījuma mērķis bija noskaidrot šiem citokīniem ir saistība ar gestācijas diabēta attīstību, un to iespējama tikt pielietotiem slimības agrīnā diagnostikā.

MATERIĀLS UN METODES. Pētījuma ietvaros tika analizētas 2 pacientu grupas- 30 sievietes, kurām konstatēts GD un kontroles grupa- 81 vesela grūtniece. Pacientēm tika ņemti asins

paraugi, no kuriem tika atdalīts serums. Biomarkēri tika noteikti ar Luminex xMAP tehnoloģiju – imunoloģisko analīzi. Datu statistiskā apstrāde tika veikta, izmantojot statistiskās apstrādes programmu R, kā arī programmu LibreOffice Calc. Statistiskās atšķirības ticamības novērtēšanai starp grupām tika izmantoti – Fisher exact test kvalitatīvajiem mainīgajiem lielumiem un Ttest – kvantitatīvajiem mainīgajiem lielumiem. Visos gadījumos $p < 0,05$ tika uzskatīts par statistiski nozīmīgu.

REZULTĀTI. Pētījuma un kontroles grupām netika novērotas atšķirības pacienšu vecuma (29,62 pret 30,33 gadi) un paredzamo dzemdību skaitā. GD grupā biežāk dzemdībās konstatēja augļa makrosomiju un grūtniecības atrisināšanai biežāk tika pielietots akūts ķeizargrieziens.

Starp grupām netika atrastas statistiski būtiskas atšķirības MPO un VEGF koncentrācijas līmeni serumā. Taču PAI-1 un TNF α koncentrācija bija paaugstināta grūtniecēm ar GD.

SECINĀJUMI. PAI-1 un TNF α koncentrācijas ir paaugstinātas grūtniecēm ar GD, kas liecina par šo citokīnu iesaisti slimības patoģenēzē. Nepieciešami tālāki pētījumi par PAI-1 un TNF α iespējamo izmantošanu GD agrīnā prognozēšanā.

DRAUDOŠS ABORTS – SIMPTOMI UN IETEKME UZ GRŪTNIĒCĪBAS NORISI

Pūcīte B.^{1,2,3}, Žodžika J.^{1,4}, Kokare M.², Kvēpa D.³, Ševņina G.³

1 – Rīgas Stradiņa universitāte

2 – P. Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

3 – Vecmīlgrāvja Primārās veselības centrs

IEVADS. Aptuveni no 25-30% no grūtniecēm pirmajā trimestrī (kurām ir apstiprināta grūtniecība dzemdes dobumā ar pozitīvu augļa sirdsdarbību) skar asiņaini izdalījumi no dzimumceļiem un/vai nelielas velkošas sāpēs vēdera lejasdaļā, ko sauc par draudošu abortu. Latvijā joprojām nav viennozīmīga nostāja gan ginekologiem, gan arī pacientēm par taktiku šādu situāciju gadījumā. Darba mērķis bija izvērtēt pirmā trimestra draudoša aborta simptomus un to ietekmi uz grūtniecības iznākumu grūtniecēm ar un bez dzimtām augļa patoloģijām, kā arī izveidot informācijas bukletu pacientēm un algoritmu speciālistiem par iespējamo rīcību atbilstošā situācijā.

DARBA METODES. Aprakstoši retrospektīvs pētījums, kurā datu analīze tika veikta divos etapos – 1. pētījuma materiāls – Vecmīlgrāvja Primārās veselības centrā, kur tika analizētas visas 2011. – 2012. gada grūtnieču kartes. Pētījuma grupā iekļāva 42 grūtnieces ar un kontroles grupā 201 grūtnieci bez draudoša aborta simptomiem. 2. pētījums norisinājās Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas 25.nodaļā laika posmā no 2012. – 2014.gada februārim un Vecmīlgrāvja Primārās veselības centrā, kur tika analizētas 2011. – 2012. gada grūtnieču kartes. Pētījuma grupā iekļāva 50 grūtnieces ar pierādītām augļa iedzimtām vai morfoloģiskām patoloģijām, kuras tika nosūtītas uz medicīnisku abortu uz Paula Stradiņa Klīnisko universitātes slimnīcu un kontroles grupā 223 grūtnieces bez iedzimtām augļa patoloģijām, kuras novērojās Vecmīlgrāvja Primārās veselības centrā. Ir saņemta Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas atļauja.

REZULTĀTI. Šajā pētījumā tika konstatēts, ka grūtniecēm ar draudoša aborta simptomiem pirmajā trimestrī ir biežāk izmainīts I trimestra skrīnings (3 no 42 vs 3 no 201, $p = 0,049$) un ultrasonogrāfiskā atradne visā grūtniecības laikā (32 no 42 vs 26 no 201, $p = 0,01$), lielākā daļā gadījumu ir normāla iznesta grūtniecība (59%), taču ir palielināts spontānu abortu (14 no 42 vs 6 no 201, $p = 0,01$), priekšlaicīgu dzemdību (3 no 42 vs 7 no 201, $p = 0,057$) un jaundzimušo zemāka svara risks (5 no 42 vs 8 no 201, $p = 0,035$). Visbiežāk augļa hromosomālas un strukturālas patoloģijas konstatēja vidēji 11. grūtniecības nedēļā, un šīm pacientēm nebija asiņaini izdalījumi pirmajā trimestrī (vs 24 no 223 bez augļa patoloģijām), šīs grūtnieces un viņu dzīvesbiedri bija vecāki (vidējais vecums: $30,34 \pm 8,16$ no $n=50$ vs $27,3 \pm 5,57$ no $n=223$, $p = 0,021$ un bērna tēva vecums: $33,4 \pm 8,2$ no $n=50$ vs $30,9 \pm 6,9$ no $n=223$, $p = 0,032$) un biežāk laulāti nekā gadījumos bez augļu patoloģijas (27 no 50 vs 86 no 223, $p = 0,045$).

SECINĀJUMI. Grūtniecēm ar draudoša aborta simptomiem pirmajā trimestrī ir biežāk izmainīts I trimestra skrīnings un ultrasonogrāfiskā atradne visā grūtniecības laikā, lielākā daļā gadījumu ir normāla iznesta grūtniecība, taču ir palielināts spontānu abortu, priekšlaicīgu dzemdību un jaundzimušo zemāka svara risks. Grūtniecēm ar pierādītām augļa hromosomālām un strukturālām anomālījām, kurām patoloģijas diagnosticē pēc 11. grūtniecības nedēļas, nav tipiski asiņaini izdalījumi pirmajā trimestrī, šīs grūtnieces un viņu dzīvesbiedri ir vecāki un biežāk laulāti nekā gadījumos bez augļu patoloģijas.

RĒZUS SISTĒMAS IZOSENSIBILIZĒTU UN RĒZUS KONFLIKTA GRŪTNIEČU NOVĒROŠANA UN VADĪŠANA LATVIJĀ 2012. GADĀ

Emma Sokolova¹, Ramona Galsone¹

Darba vadītāja: dr. Zane Krastiņa²

1 – Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes 6.kursa studente

2 – Paula Stradiņa Klīniskās Universitātes slimnīcas perinatālās aprūpes centrs, ginekoloģijas nodaļa

MĒRĶIS. Noteikt rēzus sistēmas izosensibilizēto grūtnieču skaitu, kā arī rēzus konflikta grūtnieču skaitu Latvijā 2012.gadā. Ar mērķi uzlabot rēzus sensibilizēto un konflikta grūtnieču aprūpi antenatāli un agrīni pēcdzemdību periodā, papildus izanalizēt vai grūtniecības laikā rēzus izosensibilizācija progresēja līdz rēzus konfliktam, cik jaundzimušie tika stacionēti intensīvās terapijas palātās, vai tika veiktas intrauterīnas hemotransfūzijas auglim.

METODES. Retrospektīvā pētījumā Paula Stradiņa Klīniskā Universitātes slimnīcā, Jūrmalas slimnīcā, Vidzemes slimnīcā, Daugavpils reģionālā slimnīcā tika apkopoti arhīva dati no 2012.gada dzemdību vēsturēm, atlasot rēzus izosensibilizētas un rēzus konflikta grūtnieces. Šie dati salīdzināti pa Latvijas reģioniem. Dati analizēti izmantojot SPSS programmas 21.0 versiju.

REZULTĀTI. Rēzus izosensibilizētas grūtnieces sastāda 3,5 % no rēzus negatīvām grūtniecēm. Grūtniecības laikā rēzus sensibilizācija progresēja līdz rēzus konfliktam 33,3 % gadījumos. Intrauterīnas hemotransfūzijas auglim tika veiktas 11,1 %. Pozitīvs antivielu titrs pirmajā grūtniecības trimestrī novērots 44,4% grūtnieču, negatīvs – 14,8 %, nav datu par 40,7 % grūtniecēm. Grūtnieces ar pozitīvu antivielu titru pirmajā trimestrī (44,4 %) tikai 14,8 % gadījumos tika izmeklētas padziļināti un nāca pie speciālista ik 2-3 nedēļas. Pārējie rezultāti vēl top un tiks apstrādāti.

SECINĀJUMI. Iegūtie dati liecina par to, ka antivielas pret D antigēnu pirmajā trimestrī netika pārbaudītas gandrīz pusei grūtnieču. Grūtnieces ar pozitīvu antivielu titru pirmajā trimestrī tika nepietiekoši papildus izmeklētas. Grūtniecības laikā rēzus izosensibilizācija progresēja apmēram 1/3 no grūtniecēm, kas ir rezultāts nepareizai grūtniecības vadīšanai. Pārējie secinājumi vēl top.

PIRMZEMDĒTĀJAS VECUMS VIRS 35 GADIEM, AR TO SAISTĪTAS KOMPLIKĀCIJAS UN PERINATĀLIE IZNĀKUMI

Marija Urbo¹, Natālija Vedmedovska²

1 – Rīgas Stradiņa universitāte, Profesionālais bakalaura veselības aprūpē, SIA iVF Rīga

2 – Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Latvija

IEVADS. Darba tēmas izvēle tika balstīta uz mūsdienu sabiedrības aktualitātēm, kā samazināt grūtniecības un dzemdību komplikāciju skaitu, kā arī nelabvēlīgus perinatālus iznākumus pirmdzemdētājam pēc 35 gadu vecuma.

Pēdējo desmit gadu laikā ir strauji palielinājies vēlino dzemdību skaits visā pasaulē. Vairāki aplūkoti pētījumi uzskata, ka pirmdzemdētājam virs 35 gadu vecuma ir lielāks risks attīstīties gestācijas cukura diabētam, grūtniecības hipertensijai, placentas patoloģiskai piestiprināšanai, kā arī lielāks dzemdību komplikāciju skaits, piemēram – vakuuma ekstrakcija, ķeizargrieziena operācija, placentas manuāla ablācija. Biežāk sastopams Dauna sindroms jaundzimušajiem vai priekšlaicīga piedzimšana.

DARBA MĒRĶIS. Noskaidrot grūtniecības un dzemdību komplikācijas, kā arī perinatālus iznākumus pirmdzemdētājam virs 35 gadu vecuma.

PĒTĪJUMA INSTRUMENTS, METODES. Neeksperimentālais aprakstošs retrospektīvs gadījuma kontroles pētījums. Izstrādāti kritēriji un protokols, pēc kura tika izpētītas un atlasītas dzemdību vēstures. Pētījuma populācija sadalīta divās grupās – kontroles (n=473) un pētījuma grupa (n=473), kuras vēlāk bija salīdzinātas.

REZULTĀTI. Izpētot 946 dzemdību vēstures tika iegūti daudz dažādi dati, kas liecina, ka katrai sievietei ir individuāla grūtniecības un dzemdību norise un perinatālie iznākumi.

Pirmdzemdētājam virs 35 gadu vecuma ir lielāks grūtniecības komplikāciju skaits – gestācijas cukura diabēts ($p<0.05$), preeklampsija/eklampsija un grūtniecības hipertensija ($p<0.05$). Statistiski ticamas atšķirības starp grupām netika atrastas starp placentas priekšlaicīgu atslāpošanās. Tika pierādīts, ka pētījuma grupā ir augstāks dzemdību komplikāciju skaits – vaginālās asistētās dzemdības ($p<0.05$), ķeizargrieziena operācija ($p<0.005$), placentas manuāla ablācija ($p<0.05$). Biežāk sastopami arī nelabvēlīgie perinatālie iznākumi – Dauna sindroma ($p<0.05$), novietošana jaundzimušo intensīvas terapijas nodaļā ($p<0.001$), RD ($p<0.05$), 1 min Apgares skalas rādītāji <7 ballēm ($p<0.005$). Statistiski ticamas atšķirības netika atrastas starp jaundzimušo svaru un priekšlaicīgi dzimušajiem.

SECINĀJUMI. Pētījuma laikā tika pierādīts, ka ne viss vecums pats par sevi ietekmē nelabvēlīgo perinatālo iznākumu biežumu, bet ar vecumu saistītās saslimšanas, piemēram, gestācijas cukura diabēts un iepriekš veikto ginekoloģisko invazīvo manipulāciju rezultāts. Līdz ar vecumu palielinās risks saslimt ar ekstraģenitālām, seksuāli-transmisīvām, nespecifiskām dzimumceļu infekcijām un ginekoloģiskām saslimšanām, līdz ar to, sievietēm virs 35 gadu vecuma ir daudzreiz lielāks risks smagākai grūtniecības un dzemdību norisei. Vecmātei/ginekologam ir jābūt gataviem šādu komplikāciju attīstībai. Laicīgi atpazīts un likvidēts riska faktors vai patoloģija, kas var radīt tālākās komplikācijas, samazina arī nelabvēlīgo iznākumu riskus, kas sekmē veselīgākās paaudzes attīstībai.

MAKROSOMIJAS RISKĀ FAKTORU SASTOPAMĪBA

Renija Aleksejeva, Brigita Janicka

RSU MFV

Darba vadītāja: Doc. Biruta Geidāne

MĒRĶIS. Apkopot un analizēt makrosomijas riska faktoru sastopamību Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcā stacionētām dzemdētājām, kuru jaundzimušā svars ir 4 kg un vairāk.

METODES. Pētījuma veids- retrospektīvs, aprakstošs
Pētījuma grupa- 2012. un 2013. gada Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcā stacionētas pacientes (110), kuru jaundzimušā svars ir 4kg un vairāk.

Pētījuma metode- Strukturēta datu savākšana, apkopošana no dzemdību vēsturēm. Datu apkopošana ir anonīma, analīze veikta izmantojot statistiskās analīzes programmu SPSS.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. No analizētajām dzemdību vēsturēm, sievietēm, kuru jaundzimušā svars 4 kg un vairāk:

- vidējais vecums ir 30.4 gadi (SD=5.21) , kas neatšķiras no analizētās literatūras datiem.

- samazināts svars pirms dzemdībām ir 4.55 % , normāls svars pirms dzemdībām ir 58.18 % , liekais svars ir 23.64 % , aptaukošanās 13. 64 % . Makrosomiju biežāk novēro jaundzimušajiem, kuru mātēm ķermeņa masas indekss atbilst normai.

-kaitīgais ieradums smēķēšana ir 7.27 % , 92. 73% kaitīgo ieradumu nav. Pēc analizētajiem literatūras avotiem smēķēšana netiek

uzskatītu par vienu no provocējošiem faktoriem makrosomijas attīstībā, kas sakrīt ar iegūtajiem datiem.

- pregestācijas cukura diabēts ir 2.73 % , gestācijas cukura diabēts ir 5.45 % .
- dzemdības laikā no 22-37. nedēļai notikušas 2.73%, 97.27%-laicīgi.
- jaundzimušā dzimums ir zēns 73.64%, bet meitene 26.36%, kas atbilst analizētās literatūras datiem.
- vidējais svara pieaugums ir 16.6 kg. 37 % svara pieaugums ir virs 18.kg.
- jaundzimušā vērtējums pēc Apagares skalas-8/9 57.27 % , 7/8 1 4.55%, 9/10 10.52 % . 5/7, 6/7, 6/8, 5/6- 1.82%., kas liecina par jaundzimušā stāvokli pēc dzemdībām.
- biežāk sastopamā komplikācija ir starpenes plīsumi- 32.73%, dzemdes kakla plīsumi 18.18% dzemdes distocija 16.36 % un plecu distocija 1.82%. Bez sarežģījumiem dzemdības noritējušas 12.73%.
- 39% gadījumu veikts ķeizargrieziens. 15.5 % ir augļa distress.
- iepriekš dzemdējušas ir 55%, turklāt no šīm sievietēm 44% ir dzimuši bērni ar svaru virs 4 kg, kas atbilst analizētās literatūras datiem.

PERORĀLĀ KONTRACEPCIJA UN DZEMDES KAKLA INTRAEPITELIĀLIE BOJĀJUMI

Melānija Orleāna¹, Viktorija Kovaļevska²

1 – klīnika "Denta"

2 – Rīgas Stradiņa Universitātes studente

MĒRĶI. Šī pētījuma nolūks bija turpināt demonstrēt videokolposkopijas lomu, kā vadošo diagnostikas metodi, lai noteiktu dzemdes kakla epiteliālos bojājumus perorālās kontracepcijas lietotājiem četru gadu laika gaitā.

PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES. Tika veikts dzemdes kakla videokolposkopijas novērtējums 89 pacientēm (2009.-2012.g.), vecumā no 16-25 gadiem bez iepriekšējas perorālās kontracepcijas lietošanas un bez cervikālas patoloģijas. Pētījuma pacientes sāka lietot perorālo kontracepciju, kas saturēja etiniles-tradiolu 2009.g. un turpināja lietot turpmākos 4 gadus. Iepriekšējais pētījums (2005.-2008.g.), kas ietvēra 100 pacientes nenorādīja, vai pacientes pirms tam bija perorālās kontracepcijas lietotājas. Iepriekšējo pētījumu atradnes ietvēra ektopiju (columnar epithelium), kā arī atipiskas atradnes – atipisku transformācijas zonu, mozaikas, bāzes leukoplakijas un leukoplākijas, atipisku asinsvadu, leukoplakijas ar keratozi (coarse leukoplakia) un mozaikas ar keratozi (coarse moosaic) kombinācijas. Dzemdes kakla intraepiteliālos bojājumus

šī pētījuma laikā konstatēja pielietojot standartmetodes – citoloģiju, videokolposkopiju (vienkāršu, etiķskābes, Lugola, metilēnzilā testus) un mērķa biopsiju.

REZULTĀTI. 2009.-2012.g. pētījumā netika konstatētas patoloģijas 45 gadījumos; ektopiju diagnosticēja 27 gadījumos; bāzes leukoplakija, mozaikas un leukoplākijas konstatēja 15 gadījumos, mozaika ar keratozi (coarse moosaic) – 1 gadījumā, leukoplākija ar keratozi (coarse leukoplakia) – 1 gadījumā.

SECINĀJUMI. Iepriekšējo pētījumu dati uzsver cilindriskā epitēlija (columnar epithelium) vai ektopijas prevalenci perorālās kontracepcijas lietotājiem. Pēdējā pētījumā (2009.-2012.g) ektopija bija izteikta jaunām sievietēm vecumā no 16-20 gadiem. Ektopija šajā grupā tika diagnosticēta 16 gadījumos. Histoloģiskie izmeklējumi ir nepieciešami, pat tad, ja onkocitoloģija ir negatīva. Secinājumi par citām patoloģiskām atradnēm prasa dziļāku izpēti plašākā populācijā.

NEPIETIEKAMS JODA NODROŠINĀJUMS GRŪTNIECĒM LATVIJĀ

Ilze Konrāde^{1,2}, Ieva Kalere¹, Ieva Strēle¹, Marina Makrečka-Kuka^{1,3}, Anna Jēkabsons¹, Elīna Tetere¹,
Vija Veisa¹, Didzis Gavars⁴, Dace Rezeberga¹, Valdis Pīrāgs⁵, Aivars Lejnietis^{1,2}, Maija Dambrova^{1,3}

1 – Rīgas Stradiņa Universitāte

2 – Rīgas Austrumu Klīniskā Universitātes slimnīca

3 – Latvijas Organiskās sintēzes institūts

4 – E. Gulbja laboratorija

5 – Latvijas Universitāte

IEVADS. Nepietiekama joda uzņemšana grūtniecības laikā var izraisīt vairogdziedzera disfunkciju. Tās sekas ir traucēta augļa smadzeņu attīstība un samazināts intelektuālais potenciāls turpmākajā dzīvē. Kaut gan Latvijā nodrošinājums ar jodu tiek uzskatīts par pietiekamu un Latvija ir viena no valstīm, kur nav ieviesta obligātā sāls jodēšanas programma, tomēr jaundzimušo TSH skrīninga dati liecina par joda trūkumu.

DARBA MĒRĶIS, MATERIĀLS UN METODES. Pētījumā iesaistītas 829 grūtnieces dažādās Latvijas pilsētās. Grūtnieces aizpildīja anketu par viegli identificējamu joda avotu lietošanu uzturā (N=739). Pētījuma dalībniecēm noteica TSH, fT4 un antiTPO antivielas asinīs (N=631) un jodūriju (joda koncentrāciju urīnā standartizēti uz 1 gramu kreatinīna – µg/g Cr) (N=716). Apsēkojuma atbilstību bioētikas normām apstiprinājusi PSKUS Attīstības fonda ētikas komiteja.

REZULTĀTI. Standartizētā jodūrijas mediāna grūtniecēm bija 80,7 (IQR 46,0–130,6) µg/g Cr. 81% grūtnieču jodūrija bija zem

Pasaules Veselības organizācijas rekomendēto jodūriju 150-250 µg/g. Viszemākā jodūrija bija pirmajā grūtniecības trimestrī bija 56,0 (IQ=36.4-100.6) µg/g Cr, R =53,837,05,113,2) µg/g Cr, nedaudz augstāka otrajā trimestrī 87.5 (IQR=46.4-141.7) µg/g Cr un trešajā trimestrī 86.9 (IQR=53.8-140.6) µg/g Cr. Grūtniecēm, kas regulāri lietoja jodu saturošus uztura bagātinātājus, zivis vai jodēto sāli, jodūrijas mediāna bija nozīmīgi augstāka nekā tām, kas nelietoja nevienu viegli identificējamu joda avotu (28.9% of respondentu; p=0.007). Grūtniecēm, kuras lietoja jodu saturošus uztura bagātinātājus (6,4%) nenovēroja ticamu jodūrijas atšķirību, salīdzinot ar pārējām 96.2 un 79.9 µg/g Cr, p=0.30. Netika novērota anti TPO antivielu korelācija ar jodūriju (Spearman's ρ=-0.012, p=0,78)

SECINĀJUMI. Joda nodrošinājums grūtniecēm Latvijā nav pietiekams. Lai izvairītos no joda deficīta radītā intelektuālā potenciāla attīstības ierobežojuma, grūtniecēm jāiesaka lietot uztura bagātinātājus, kas satur vismaz 150 µg joda. Jāizvērtē nepieciešamība monitorēt jodūriju, lai sasniegtu nepieciešamo joda koncentrāciju un neveicinātu vairogdziedzera autoimunitāti.

INOSITOLA LIETOŠANA PACIENTĒM AR POLICISTISKU OLNĪCU SINDROMU HORMONĀLĀ LĪDZSVARA UN OVULĀCIJAS ATJAUNOŠANAI, PLĀNOJOT GRŪTNIECĪBU

Inta Dinsberga¹, Ineta Vasaraudze^{2,3}

1 – Veselības centrs 4 SIA

2 – I. Vasaraudzes privātklīnika SIA

3 – Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra

TĒMAS AKTUALITĀTE. Policistisku olnīcu sindroms (PCOS) ir viens no biežāk sastopamajiem endokrīnajiem sindromiem sievietēm: 5%-10% populācijā. Tā ir kombinēta vielmaiņas un endokrīna patoloģija, kam raksturīga hiperandrogēnija, hroniska anovulācija un neauglība. PCOS ir kompleksa ietekme uz sievietes veselību un dzīves kvalitāti.

DARBA HIPOTĒZE. Inositola monoterapija ir vienlīdz efektīva ar kombinēto terapiju (metformīns plus inositols) ovulācijas atjaunošanai, plānojot grūtniecību.

DARBA MĒRĶIS. Salīdzināt inositola un inositola + metformīna kombinācijas ietekmi uz progesterona līmeni luteīnajā fāzē un spontānas ovulācijas un grūtniecības iestāšanos pacientēm ar PCOS.

MATERIĀLS UN METODES. Pētījumā piedalījās 21 paciente ar kliniski un laboratoriski pierādītu PCOS diagnozi: 11 patientes saņēma 2mg inositola un 200µg folskābes (Inofolic) monoterapijā 2 reizes dienā – 1.grupa; 10 patientes saņēma kombinēto terapiju: Inofolic 2 reizes dienā un metformīnu 500 mg 3 reizes dienā – 2.grupa, nozīmēto terapiju grupas saņēma 6 mēnešus.

Pacientēm tika noteikts seruma progesterona līmenis, kā arī veikta transvagināla ultrasonogrāfija menstruālā cikla luteīnās fāzes vidū, uzsākot terapiju un pēc 6 mēnešiem.

Dati tika apkopoti MS Excel tabulās un apstrādāti ar IBM SPSS 21 datu apstrādes programmu.

REZULTĀTI. Pētījumā dalībnieču vidējais vecums bija 29,6 gadi (22 – 37 gadi). Vidējais progesterona līmenis asins serumā terapiju uzsākot bija (M=1,74; SD=1,07) mmol/l, bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām (p=0,26). Abu grupu pacientēm pēc 6 mēnešu terapijas progesterona līmenis asins serumā paaugstinājās vairākas reizes: 1.grupas pacientēm vidēji 11 reizes, bet 2.grupas pacientēm vidēji 17 reizes. Vidējais progesterona līmenis abās grupās atšķiras par 4,43 vienībām: 1.grupā M=18,12; SD=15,01 un 2.grupā M=22,55; SD=10,27, tomēr bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām (p=0,50).

Abās grupās 6 mēnešu laikā 60 % pacienšu atjaunojās spontāna ovulācija.

1. grupā grūtniecība iestājās 45,45% gadījumu, bet 2. grupā 40% gadījumu. Grūtniecības iestāšanās izmaiņu statistisko ticamību aprēķināt nav iespējams sakarā ar nelielo pētījumā iesaistīto pacienšu skaitu.

SECINĀJUMI. Inofolic monoterapija ir līdzvērtīga kombinētajai terapijai, lietojot Inofolic kopā ar metformīnu, progesterona līmeņa asins serumā korekcijai un spontānas ovulācijas atjaunošanai, plānojot grūtniecību.

Abi terapijas veidi var tikt lietoti hormonālā līdzsvara un ovulācijas atjaunošanai pacientēm ar PCOS, plānojot grūtniecību.

VAGINAL MICROFLORA IN MENOPAUSE AND IMPACT OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY ON IT

Elina Tetere, Jana Zodzika, Dace Matule

OBJECTIVE. Prevalence of aerobic vaginitis and urinary tract infections in menopause increase due to oestrogen deficiency. A decline in oestrogen secretion, decreasing count of lactobacilli, and an increase of vaginal pH lead to vaginal dryness, burning, and pain during sexual intercourse. An interrelationship exists between vaginal oestrogen and the vaginal microflora. Oestrogen proliferates vaginal epithelium. In response to oestrogen, the level of glycogen production and release into the vagina is increased, which supports the growth of lactobacilli, generates an acidic pH, and maintains vaginal health.

AIM. The aim of this study was to assess the characteristics of vaginal microflora in menopause and the impact of hormone replacement therapy (HRT) on this microflora.

METHODS. 32 participants were included in the study. All visited a gynecologist in the Medical Company "ARS" during the period from April 2013 to January 2014. This study included 5 women in a menopause group (MG) who were using HRT, 8 women in a MG who were not using HRT, and 19 women in a reproductive age group (RAG). During the visit, women filled in questionnaire forms. The vaginal pH and vaginal wet mount were assessed, and were then analyzed using native microscopy.

RESULTS. Women in the MG who were not using HRT complained of vaginal burning more frequently (3 out of 8) compared to the RAG (0 out of 19; $p=0.02$) and the MG who were using HRT (0 out of 5; $p=0.2$). Mean vaginal pH in the MG who did not use HRT was 5.5, which was significantly higher than that of the RAG – 4.6 ($p=0.03$). In the MG which was using HRT, the mean vaginal pH was 4.5 and it did not significantly differ from the RAG ($p=0.45$). Altered vaginal microflora (lactobacillar stages IIb and III) was more often seen in the MG which was using HRT (6 out of 8), compared to the RAG (6 out of 19; $p=0.049$) and the MG which was not using HRT (1 out of 5; $p=0.09$).

CONCLUSIONS. Women in MG who did not use HRT experienced vaginal burning, a decreased count of lactobacilli and an increased vaginal pH more often than women in a RAG. Women in MG who did use HRT had no such complaints, and the vaginal microflora and pH showed no significant difference from women in RAG. This study suggests that HRT reduces symptoms and complaints related to the atrophy of vaginal mucosa and improves quality of life in menopausal women.

COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPLAINS INDUCED BY WOMEN REPRODUCTIVE ORGAN SYSTEM DISEASES WITH COMPLAINS FROM FUNCTIONAL DISORDERS; DATA FROM OUTPATIENT GYNAECOLOGY PRACTICE

Margarita Puķīte

ārste – ginekoloģe, SIA "Ārstes Margarita Puķītes prakse"

Recent literature data showed that number of patients with functional gynaecological disorders increased in the last decade. Diagnostics of functional disorders is common problem to resolve for outpatient gynaecologists. Both, modern technologies and professional competence of the gynaecologist, helps to differentiate diseases of the reproductive organ systems from complains induced by functional (without any organ damage) disorders.

AIMS. Main aim was to analyze the correlation between diseases of reproductive organ systems and complains induced by functional disorders in outpatient gynaecology practice. Secondary aim was to evaluate patient complains during the consultation confirmed by additional examinations.

METHODS. Retrospective analysis of the outpatient case records from time period of year 2010 to 2013. The data evaluation and correlation of complains/diagnosis was performed with descriptive statistics. Correlation analysis was made with SPSS program (version 20.0).

RESULTS.

In total 6382 patient case records were evaluated. Obtained data showed that main complains were related to increased dis-

charge (38.0 ± 5.18 ; ($p < 0.005$)), discomfort in the vulvae (19.0 ± 4.73 ; ($p < 0.005$)), problems related to pregnancy (13.0 ± 2.10 ; ($p < 0.005$)), dysmenorrhea (12.0 ± 2.08 ; ($p < 0.005$)), acyclic genital bleeding (11.0 ± 1.98 ; ($p < 0.005$)), check up after unprotected coitus (7.0 ± 1.18 ; ($p < 0.005$)).

A close correlation ($|r| > 0,66$) was obtained between objectively confirmed diagnosis and patient complains – related with pregnancy, dysmenorrhea. Direct correlation ($|r| > 0$) was obtained between objectively confirmed diagnosis and patient complains – acyclic genital bleeding. Indirect correlation ($|r| < 0$) was obtained between objectively confirmed diagnosis and patient complains – increased discharge, discomfort in the vulvae and sexually transmitted diseases after unprotected coitus.

CONCLUSIONS. From the obtained data it can be concluded that exists some statistically confirmed correlation between objectively confirmed diagnosis of reproductive organ systems and complains induced by functional disorders. The strongest correlation was found between objectively confirmed diagnosis of reproductive organ systems and acyclic genital bleeding. The weakest correlation was due to increased discharge, discomfort in the vulvae and sexually transmitted diseases after unprotected coitus.

AKŪTS MIOKARDA INFARKTS GRŪTNIĒCĪBAS LAIKĀ – KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS

Jansone M.², Vītiņa S.², Molčanova E.^{1,2}, Krastiņa Z.^{1,2}

1 – Latvijas Universitāte

2 – VSIA Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

IEVADS. Miokarda infarkts ir miokarda nekrotizēšanās, kas rodas koronārās artērijas oklūzijas rezultātā. Saslimstība ar akūtu miokarda infarktu grūtniecības laikā svārstās no 0.6 līdz 10,000 grūtniecībām, ar mirstības rādītāju 5,1% līdz 37%. Lielākā daļa grūtnieču nāves gadījumi notiek miokarda infarkta laikā vai divas nedēļas pēc tā. Augļa nāve iestājas 12%–34% gadījumu, no kuriem lielākā daļa ir saistīta ar mātes nāvi. Grūtniecēm reproduktīvajā vecumā saslimstība ar miokarda infarktu pieaug trīs, četras reizes. Risku palielina grūtnieces vecums un vairākas grūtniecības anamnēzē. Risks miokarda infarktam ir visas grūtniecības laikā, tomēr biežāk tas notiek grūtniecības trešajā trimestrī un skar miokarda priekšējo sienu.

METODE. Retrospektīvs klīniska gadījuma apraksts.

REZULTĀTI. Paciente V.G., 39 g.v. 17.06.14 pārvesta ar SMC no Jēkabpils slimnīcas uz PSKUS 32 nodaļu sakarā ar akūtu MI kopš 15.06. Dienu vēlāk tiek veikta akūta koronarogrāfija, kur konstatē LAD distālās daļas trombozi. 20.06. stāvoklis no kardioloģiskās pušes stabilizējās, tiek pārvesta uz 17 nodaļu. Nodaļā paaugstināts asinsspiediens, proteīnūrija, doplerometrijā 1 A pakāpes uteroplacentāri asinsrites traucējumi. Pāris dienas vēlāk atkārtota epizode ar paaugstinātu TA uz antihipertenzīvās terapijas fona, profūza svīšana un sāpes kreisās lāpstiņas rajonā. EKG, bioķīmiskie marķieri bez negatīvas dinamikas. 01.07. – EhoKG konstatē KK galotnes aneirismu diametrā 2 cm ar viegli samazinātu KK izsveides frakciju. Neskatoties uz antihipertenzīvo terapiju, TA pieturas 200/120 mmHg, grūtniecību nolemj atrisināt ar ķeizargriezienu palīdzību. 07.07. 31+5 grūtniecības nedēļā plkst. 9.20 ķeizargriezienu laikā

dzima dzīvs puika. Paciente pārvesta uz 32 intensīvās terapijas nodaļu, vispārējais stāvoklis hemodinamiski stabils. 3. pēcoperācijas dienā USG vēderam – dzemdes dobumā asins receklis 36 mm. Hae-matometra, kontrole dinamiskā. 4. pēcoperācijas dienā visas brūces garumā infiltrāts. No brūces izdalās asiņaini-serozs šķidrums. 5. pēcoperācijas dienā temperatūra 37,8°, sāpes operācijas brūces rajonā. Nākošajā rītā stipras sāpes vēdera priekšējā sienā, plaša zemādas hematoma rētas rajonā. Veic CT ar kontrastvielu, kur konstatē vēdera priekšējās sienas asiņošanu no mm. rectus abdominis labajā pusē. Tajā dienā tiek veikta A. Epigastrica inferior dextra oklūzija un a. epigastrica inferior sinistra embolizācija. Pēc manipulācijas vispārējais stāvoklis apmierinošs, paaugstināta ķermeņa temperatūra, brūce infiltrēta visā garumā, izdalījumi no brūces asiņaini-serozi niecīgā daudzumā, vairākās vietās pa vēdera priekšējo sienu intrakutānas hemorāģijas. 8. pēcoperācijas dienā i/v narkozē tiek veikta dzemdes dobuma instrumentāla revīzija. Atlikušās pēcoperācijas dienās vispārējais stāvoklis stabils, novērotas ķermeņa temperatūras paaugstināšanās epizodes. 28.08. vispārējā apmierinošā stāvoklī paciente tiek izrakstīta no slimnīcas.

SECINĀJUMI:

1. Sakarā ar kardiovaskulārās sistēmas pārmaiņām grūtniecības laikā, normāla fizioloģiska grūtniecība ir riska faktors miokarda infarkta attīstībai.
2. Miokarda infarkts grūtniecības laikā var ietekmēt gan augļa, gan mātes veselības stāvokli.
3. Lai nodrošinātu vesela bērna piedzimšanu, antenātālai aprūpei ir jābūt īpaši rūpīgai pacientei ar sirds asinsvadu sistēmas problēmu anamnēzi un/vai ģimenes anamnēzi.

TRĪŅU GRŪTNIĒCĪBAS VADĪŠANA- PĀRSTEIGUMI UN DILĒMMAS (GADĪJUMA APRAKSTS)

Natālija Vedmedovska, Pāvels Domaševs, Edīte Kalēja

IEVADS. Daudzaugļu grūtniecību skaits sarucis, jo veicot embriju transfēru, neiesaka veikt trīs un vairāk embriju transfēru. Tomēr veicot arī 2 embriju transfēru, ir iespējamas komplikācijas un īpatnības, kas raksturīgas tikai daudzaugļu grūtniecībai. Gadījuma aprakstā iekļauta 2 embriju transfēra grūtniecība, kas izveidojās par BH TA trīņu grūtniecību.

GADĪJUMA APRAKSTS. 17+1 grūtniecības nedēļās Rīgas Dzemdību nama Prenatālās diagnostikas centrā atsūtīta sieviete ar iespējamu FFTS MH dviņu pārim BH TA trīņu grūtniecībā. Anamnēzē neauglība ar divu embriju transfēru IVF ciklā.

Pirmreizējie rādītāji- F1 (atsevišķs auglis) atbilst gestācijas vecumam, ar atbilstošiem normai doplerometriskiem parametriem, aprēķinātu svaru 193g.; F2-MH dvinis- recipients- ar dziļāko augļūdens kabatu 8.4cm, atbilstošiem normai doplerometriskiem parametriem un aprēķinātu svaru 210g.; F3-MH dvinis- donors- ar dziļāko augļūdens kabatu 2.4cm, ar pozitīvu, reizēm iztrūkstošu beigu diastolisko plūsmu nabassaites artērijā (AU), periodiski uzpildītu urīnpūsli, aprēķinātu svaru 156g. Svara atšķirība monohoriālo dviņu starpā- 25%. Vecāki bija informēti, ka iejaukšana šajā posmā nav nepieciešama, jo polihidramnijs nav pietiekami liels, lai būtu droša fetoskopiska pieeja lazerkoagulācijai, un dvinim-donoram augļūdeņi dziļākajā kvadrantā bija > 2cm. No monohoriālo dviņu selektīvās redukcijas vecāki atteikušies. Situācija saglabājās stabila

līdz 22+5 grūtniecības nedēļai, kad konstatēja F3-donoram- konstanti reversu plūsmu AU, ACM (arteria cerebri media) PSV >1.5MoM, kas nevarēja izslēgt dviņu anēmijas-policitēmijas sekās (TAPS).

25. grūtniecības nedēļās F3- normalizējusies plūsma AU un ACM, augļūdens daudzuma palielināšanās- dziļākā augļūdens kabata līdz 4cm, progresējoša augļa augšana, F2- dziļākās augļūdens kabatas samazināšanās līdz 7cm;

30+1 grūtniecības nedēļās F3- negatīva plūsma nabassaites artērijā, samazinājās PI ACM, augšanas aizture un augļūdens dziļākā kabata 1.8cm. F1 un F2- ar normāliem doplerometriskiem parametriem, augšanas attīstību un biofizikālajiem profiliem.

IZNĀKUMS. Ķeizargrieziens veikts 32+1 grūtniecības nedēļās; F1- 1944g, pēc Apgara- 8/8; F2-1812g, pēc Apgara- 8/8; F3-1248g, pēc Apgara- 6/7/8.

6. dzīves dienā visas trīs meitenes pārvestas uz BKUS ar diagnozēm: neiznestība, RDS F1, F2 un mazs gestācijas vecumam, neiznestība, RDS- F3.

SECINĀJUMI. Gadījums parāda, ka daudzaugļu grūtniecība joprojām ir mistērija un vairāk pētījumi ir nepieciešami, lai uzlabotu mūsu zināšanas par īstermiņa un ilgtermiņa iznākumiem un piemērotākajām grūtniecības vadīšanas metodēm daudzaugļu grūtniecības gadījumā.

URĪNPŪŠĻA ENDOMETRIOZE, RISINĀJUMI UROLOGA PRAKSĒ

V. Lietuvietis¹, I. Kukulis¹, N. Lietuviete²

1 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca (RAKUS), Uroloģijas Klīnika

2 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca (RAKUS), Ginekoloģijas Klīnika

DARBA MĒRĶIS. Demonstrēt reti sastopamas patoloģijas – urīnpūšļa endometriozes gadījumus uroloģijas praksē diagnostiku un ķirurģisko ārstēšanu.

METODES. Analizēta divu fertila vecuma sieviešu slimības nozīme, diagnostikas un terapijas stratēģija, veikts gadījuma apraksts.

REZULTĀTI. RAKUS Uroloģijas klīnikā 2014. gadā, ārstētas divas pacientes ar dziļo endometriozī. Vadošie simptomi: sāpes urīnpūslī menstruāciju laikā, bieža mikcija, dizūrija, vienai no pacientēm makrohematūrijas epizode. Radioloģiski (US, DT un MRI) konstatēts veidojums urīnpūšļa sienā. Pacientēm veic diagnostisku cistoskopiju, urīnvadu stentēšanu un diagnostisku laparoskopiju. Vienai

no pacientēm iesaistītie orgāni – urīnpūslis un labā olnīca. Otrai pacientei endometriozes perēkli urīnpūšļa sienā, labajā olnīcā un S-veida zarnā. Pacientēm veikta operatīva terapija: urīnpūšļa rezekcija, olnīcas rezekcija, pacientei ar endometriozes perēkli S-veida zarnā – zarnas rezekcija. Operācijas veiktas vienā etapā, piedaloties urologam, ginekologam un ķirurgam. Pēcoperācijas periods bez komplikācijām, ārstēšanās laiks stacionārā 7 un 8 dienas. 14. pēcoperācijas dienā evakuēti urīnvadu stenti.

SECINĀJUMI. Pacientēm ar dziļo endometriozī, vairāku mazā iegurņa orgānu iesaisti, veiksmīga rezultāta sasniegšanai būtiska dažādu specialitāšu ārstu kopēja sadarbība, multidisciplināra pieeja.

JATROGĒNS URETERU BOJĀJUMS GINEKOLOĢIJĀ: PROBLĒMA UN TĀS RISINĀJUMS

Areta Tula, Māris Jakubovskis, Rolands Dāle, Ivars Kukulis, Nellija Lietuviete, Vilnis Lietuvietis

RAKUS "Gaiļezers"

MĒRĶIS. Aktualizēt jatrogēna ureteru bojājuma problēmu ginekoloģijā, akcentējot diagnostiku un rīcības taktiku.

METODES. Klīniskā gadījuma apraksts un analīze.

REZULTĀTI. Jatrogēns ureteru bojājums ir mazināzīvu mazā iegurņa operāciju komplikācija, kas var maldīgi izpausties kā izolēta uroloģiska patoloģija ar komplikētu gaitu, kavējot precīzas diagnozes noteikšanu gadījumos, kad uroloģiskie simptomi netiek saistīti ar pacientes ginekoloģisko anamnēzi. Lai gan tādiem attēlagnostikas izmeklējumiem kā ultrasonogrāfijai un datortomogrāfijai ir uzvedinoša loma precīzas diagnozes noteikšanā, to interpretācija, neņemot vērā pacientes anamnēzi, kas saistīta ar ķirurģisku ie-

jaukšanos mazajā iegurnī, var sniegt nepilnīgus un pat maldinošus datus. Citu metožu starpā, kas izmantojamas ureteru bojājuma diagnostikā, ir antegrādā urogrāfija, ureteroskopija, kā arī urīnvada biopsija, savukārt uretera bojājuma ārstēšanā lietojamas tādas metodes kā perkutānā nefrostomija, ureteru stentēšana, lāzertērija, pielovezikālā stentēšana un ureteroneocistostomija. KomPLICĒTOS gadījumos urīnvadu funkciju atjaunošanai var būt nepieciešama vairāku ārstēšanas metožu kombinācija.

SECINĀJUMI. Laparoskopiska ginekoloģiska operācija anamnēzē ir būtisks riska faktors ureteru bojājumam, kurš, laicīgi novērtēts, novērš komplikētu saslimšanas gaitu un ļauj izvēlēties efektīvu ārstēšanas taktiku.

DZEMDES MIOMATOZO MEZGLU ENDOVAZĀLĀS EMBOLIZĀCIJAS REZULTĀTI

Maksimenco J.¹, Vīberga I.²

1 – Ārste, Ginekoloģijas un dzemdību speciālītātes rezidente, Latvijas Universitāte

2 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Izvērtēt dzemdes lielumu, miomatozo mezglu izmēru izmaiņu dinamiku, izmantojot USG izmeklēšanu, dzelzs deficīta anēmijas dinamiku, postembolizācijas sindroma esamību miomas pacientēm, pirms un sešus mēnešus pēc miomas mezglu endovazālās embolizācijas (EVE) procedūras.

METODOLOĢIJA. Retrospektīvs šķēsgriezuma aprakstošs pētījums, izmantojot speciāli izstrādātu datu ievākšanas anketu no RAKUS arhivētām slimības vēsturēm un ambulatorās statistiskās daļas ambulatorajām kartēm laika periodā no 2011. gada līdz 2014. gadam par 22 miomas slimniececēm, kam veikta EVE procedūra. Ievāktie dati par pacientu reproduktīvo funkciju, pirms un pēc EVE klīnisko simptomātiku, laboratoriem un radioloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, radiācijas devu EVE laikā, pēcprocedūras postembolizācijas sindroma un komplikāciju attīstību un rezultātiem analizēti, izmantojot programmu Statistika 7 un veicot viena faktora dispersijas analīzi ar sekojošu multiplo salīdzināšanu pēc Fišera un lineārās regresijas analīzi, izmantojot determinācijas koeficientu un korelācijas koeficientu, un uzskatot rezultātus par statistiski ticamiem, ja p vērtība ir līdz 0,05.

REZULTĀTI. Vidējais EVE pacientu vecums ir 43 (±4) gadi un 95% ir bijusi vismaz viena grūtniecība anamnēzē. Stipra menstruāla asiņošana kā prevalējošais simptoms pirms EVE bija 91% un pēc sešiem mēnešiem sūdzās 18%, stipras sāpes menstruāciju laikā pirms EVE bija 63% un pēc sešiem mēnešiem par to nesūdzējās

nevienu pacientu, blakus esošo orgānu darbības traucējumu simptomu kopumu pirms EVE sūdzējās 23% un pēc sešiem mēnešiem par to nesūdzējās nevienu pacientu, samazināts Hb līmenis asinīs pirms EVE bija 68% un 54% pacientu bija Htc rādītāja novirze no normāla rādītāja un pēc sešiem mēnešiem tie bija 5% gadījumu, $p < 0,05$. Vidējais lielākā miomas mezgla izmērs pirms procedūras ir 8,84 (±5) cm un mezgla samazināšanās pēc EVE ir vidēji par 45 (±0,8) %, $p < 0,05$. Lineārās regresijas analīzē, konstatētie ciešu proporcionālu sakarību starp pacientu dzemdes lielumu un lielākā mezgla izmēra parametru, $r = 0,7029$, $p < 0,05$. Pēc EVE hematoma punkcijas vietā abās pusēs izveidojās 36% un vienā pusē 14% gadījumu, un 9% attīstījās sekundāra amenoreja, un 5% bija urinācijas traucējumi.

SECINĀJUMI:

1. Miomas slimniecei ir dzemdes lieluma un dominējošā miomas mezgla izmēra samazināšanās sešu mēnešu laikā pēc EVE, jādama, pateicoties asins plūsmas izmaiņām galvenajās dzemdes artērijās.
2. Pēc EVE miomas pacientei pēc sešiem mēnešiem samazinās menstruālā asiņošana un izžūd sāpes menstruāciju laikā.
3. Dzelzs deficīta anēmijas laboratorie rādītāji pacientei uzlabojas pēc EVE procedūras.
4. EVE procedūra ir vērtējama kā efektīva ārstniecības metode miomas slimniecei.

GIGANTISKA MUCINOZA CISTADENOMA KOMBINĀCIJĀ AR TERATOMU PACIENTEI MENOPAUZĒ

Ieva Daize¹, Zane Grabe^{1,2}, Diāna Kuņicina^{1,2}, Nellija Lietuviete^{1,2}, Mārīte Puksta¹,
Renāte Renemane¹, Dace Rezeberga^{1,2,3}, Dace Siviņa¹, Jana Žodžika^{1,2}

IEVADS. Epiteliālie olnīcu audzēji satopami apmēram 65-75% gadījumu no visiem olnīcu audzējiem, 15-20% gadījumi tie ir mucinozi audzēji. Labdabīgi mucinozie olnīcu audzēji biežāk sastopami sievietēm vecuma no 44 līdz 49 gadiem, parasti tie ir vienpusēji un var sasniegt milzīgus izmērus līdz pat 50 cm diametrā. Germinogēno audzēju biežums ir apmēram 15-20% no visiem olnīcu audzējiem un biežāk novērojamas teratomas. Vidējais pacienšu vecums ir 18 gadi, teratomas reti ir sievietēm vecākām par 40 gadiem, tās 10% gadījumu ir bilaterāls.

MĒRĶIS. Demonstrēt 72 gadus vecu pacientē ar lielu labdabīgu olnīcu audzēju, masīvu ascitu un vēdera dobuma un krūšu kurvja orgānu saspiedumu.

REZULTĀTI. Paciente R.L. 72 g.v. stacionēta SIA RAKUS Ginekoloģijas klīnikā neatliekamai palīdzībai, jo sūdzējās par elpas trūkumu, vēdera apjoma palielināšanos un vispārēju ķermeņa tūska. Pacienti izmeklējot, konstatēts, ka pacientē ir liels cistisks olnīcu veidojums, masīvs ascīts, kāju tūska un pacientē ir galēji kahektiska,

pastāv aizdomas par ļaundabīgu olnīcu audzēju. Veikti papildus izmeklējumi-ascīta punktāta citoloģiska izmeklēšana, vēdera orgānu ultrasonoskopija, plaušu rentgens, noteikti onkomarķieri, pacienti konsultējās onkoginekologs, bet pārlicinoši dati par onkoprocēsu netika iegūti. Ņemot vērā to, ka pacientē pieaug elpas trūkums un ir vēdera orgānu saspiedums, nolēmts pacientē operēt. Pirms operācijas veikta ascīta punkcija, lai panāktu vēdera orgānu daļēju dekompresiju. Operācija veikta endotraheālā narkozē, pacientē intubēta sēdus pozīcijā, bet operācijas laikā novietota uz kreisajiem sāniem. Laparatomijas laikā konstatēts apmēram seši litri mucinoza šķidrums un no kreisās olnīcas izejošs daudzkameru mucinozs veidojums izmēros 40x50 cm un veikta dzemdes ekstirpācija ar piedēkļiem. Histoloģiski konstatēta olnīcas nobriedusi teratoma, kombinācijā ar mucinozu cistadenomu. Pēcoperācijas periods noritēja bez sarežģījumiem.

SECINĀJUMI. Pacientē ar milzīgu olnīcu veidojumu menopauzē, nepieciešama multidisciplināra pieeja un papildus sagatavošana pirmsoperācijas periodā.

AN EVALUATION OF HYSTEROSCOPY FOR THE ASSESSMENT OF INTRAUTERINE PATHOLOGY

Natalja Mošna, Ilona Kampara, Inta Dinsberga

Health Centre 4

AIM. To assess the use of hysteroscopy for the evaluation of the uterine cavity in case of abnormal uterine bleeding (AUB) or heavy menstrual bleeding (HMB) and to compare the hysteroscopy findings with histological diagnosis.

METHODS. This is a retrospective – descriptive study analysing data of 482 hysteroscopy procedure protocols, that took place in the Health Centre 4 gynaecology department, during 2010 January – 2014 May, and histological diagnosis data. The data analysis was performed using SPSS Statistics 17.0, CIA, MS Excel 2007 software.

RESULTS. A total of 482 hysteroscopy procedure protocols were recruited in the study.

Hysteroscopy followed by dilatation and curettage with histological analysis of the material was done for all patients. Patients were aged 17 to 60 years, the mean patient age was 35,32 years (SD 7,8). Endometrial polyps 34,4%(n=166) and endometrial polyps with

endometrial hyperplasia 62,2% (n=300) were most common uterine abnormalities diagnosed by hysteroscopy. Most common secondary hysteroscopy diagnosis were uterine cavity adhesions – 5,4% (n=26). Most common histological diagnoses were: endometrial polyps 56,4% (n=272) and endometrial polyps with endometrial hyperplasia 32,4% (n=156); endometrial hyperplasia was histologically diagnosed in 2,7% (n=13), endometrial adenocarcinoma in 0,4% (n=2), functional endometrial polyps in 2,9% (n=14), endometrium in secretory phase in 1,9% (n=9). CIN I/II/III lesions were histologically identified in 1,7% (n=8)/0,2% (n=1)/0,2% (n=1). Hysteroscopy and histological diagnosis coincides in 92,5% (n=446): perfectly coincides 50,4% (n=243), partly coincides 42,1% (n=203).

CONCLUSIONS. Hysteroscopy is a minimally invasive gynecological procedure that can be used for the assessment of various types of intrauterine pathology, especially endometrial polyps and endometrial polyps with endometrial hyperplasia.

IEGŪTA VIII FAKTORA DEFICĪTA IZRAISĪTA MASĪVA ASIŅOŠANA JAUNAI SIEVIETEI PĒC GINEKOLOĢISKAS OPERĀCIJAS – GADĪJUMA APRAKSTS

Ņina Kilosonija^{1,3}, Nellija Lietuvieta^{1,3}, Sandra Lejniece^{2,3}

1 – RAKUS Klīnika "Gaiļezers" Ginekoloģijas klīnika

2 – RAKUS Ķīmijterapijas un hematoloģijas klīnika

3 – Rīgas Stradiņa universitāte

MĒRĶIS. Iepazīstināt ar iegūta VIII faktora deficīta klīniskām izpausmēm jaunai sievietei gadu pēc dzemdībām. Iegūts VIII deficīts ir reta hemofilijas forma. VIII faktora autoantivielu sastopamība ir 0.2 – 1 uz miljonu populācijas, tās var veidoties spontāni saistībā ar dažādām autoimūnām un hroniskām iekaisīgām saslimšanām. Dzemdības var būt provocējošs faktors.

METODES. Tiks prezentēts klīniskais gadījums RAKUS ginekoloģijas klīnikā, kur sievietei pēcdzemdību periodā sakarā ar komplikācijām pēc apendektomijas pirmo reizi diagnosticēts iegūts VIII

faktora deficīts. Sakarā ar dažādu iemeslu dēļ savlaicīgi neuzsāktu specifisko terapiju, pēc ginekoloģiskas operācijas izveidojās dzīvību apdraudoša asiņošana, kuras dēļ pacienti no reģionālās daudzprofilu slimnīcas pārveda ārstēšanai uz universitātes slimnīcu.

REZULTĀTI UN SECINĀJUMI. Pateicoties multidisciplinārai pieejai un specifisko medikamentu pieejamībai universitātes slimnīcā, iznākums ir pozitīvs. Pārdomas rada aprūpes pēctecības nodrošināšana un resursu trūkums, kas varēja novest pie sliktā iznākuma triju bērnu mātei.

TRANSCERVIKĀLAS KONSERVATĪVAS SUBMUKOZAS MIOMEKTOMIJAS KLĪNISKĀ GADĪJUMA APSKATS

Juris Vītols¹, Jurgis Vītols², N. Bērza²

1 – "JV klīnika" galvenais ginekologs

2 – LU ginekoloģijas un dzemdniecības rezidents

IEVADS. Dzemdes mioma ir labdabīgs gludās muskulatūras audzējs, kas skar no 25 līdz pat 50 % sieviešu reproduktīvajā vecumā. Submukozie mezgli var būt stipru menstruālo asiņošanu cēlonis, un pat rezultēties ar anēmiju, kā arī neauglības iemesls. Medikamentozi terapijai lielākoties ir tikai īslaicīgs efekts, vai arī tā ir izmantojama preoperatīvajā sagatavošanas periodā. Risinot jautājumu par operatīvo terapiju ir jāņem vērā pacientes vecums, reproduktīvie plāni, mezgla/-u lokalizācija dzemdes dobumā un atrašanās dziļums dzemdes sienā.

MĒRĶIS. Ņemot vērā iepriekš minēto jāizšķiras par operācijas veidu un apjomu – histeroskopiska mezgla rezekcija, transcervikāla mezgla ablācija, histerektomija vai manis piedāvātā metode – transcervikāla konservatīva miomektomija.

GADĪJUMA APSKATS. 39 gadus veca paciente ar submukozu dzemdes miomu kopš 2000. gada. Anamnēzē divas dzemdības un trīs aborti. Menstruālais cikls 6/27, menometrorāģijas, Hb – 93 g/l, Er-3,28-1012. Paciente plāno grūtniecību. Iepriekš veiktas četras histeroskopiskas rezekcijas bez vēlama rezultāta. "JV klīnikā" tiek veikta *trachelotomy anterior, enucleatio nodus fibromatosus submucosus magna*. Operācijas materiāls – 235 gramus smags leiomiomatozs mezgls.

SECINĀJUMI. Dzemdes saglabāšanas nolūkā jāatceras, ka vēlamu rezultātu sasniegšanai iespējams izmantot arī konvencionālas ķirurģijas metodes.

TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY

Areta Tula, Zane Grabe, Nellija Lietuviete, Dace Rezeberga

Riga Stradiņš University, Riga East Clinical University Hospital, Riga, Latvia

OBJECTIVES. To investigate different treatment regimens for cervical pregnancy and establish potential recommendations for treatment of choice.

METHODS. Literature overview, retrospective case record analysis.

RESULTS. Hysterectomy is by no means the method of first choice for the treatment of cervical pregnancy, however, it is still practiced in rare cases. Systemic methotrexate use has been reported to be successful in treatment of cervical pregnancy accompanied by local potassium chloride injection in case of cardiac activity in 99 cases with a need for further intervention (uterine artery embolization, uterine artery ligation, hysteroscopy, balloon tamponade, cervical cerclage) in 20 patients and hysterectomy in only 6 of these patients, while dilatation and curettage alone bears a greater risk for uncontrollable bleeding and calls for extra measures therefore is very seldom used as the only method of treatment; another more and more commonly used treatment regimen is the use of uterine artery embolization – demonstrated to be a key ele-

ment for successful treatment when accompanying other conservative treatment regimens in 25 cases and failing in only one case.

CONCLUSIONS/SUMMARY. despite the fact that cervical pregnancy is one of the rarest forms of ectopic pregnancy – not exceeding 1% of cases, it is a potentially life-threatening condition with no evidence-based clinical treatment guidelines. Management of this pathology usually involves a combination of various methods upon individual preference. However, some recommendations – based on literature reviews – can be made: in hemodynamically stable patients medical over surgical treatment with intramuscular multidose methotrexate administration should be the treatment of choice accompanied by intraamniotic/ intrafetal injection of potassium chloride when fetal cardiac activity is present. Surgical intervention is saved for cases of severe haemorrhage and includes combinations of such methods as uterine artery embolisation, uterine artery ligation, dilatation and curettage, hysteroscopy, cervical cerclage and balloon tamponade; uterine artery embolization is becoming a common component of cervical pregnancy treatment regimens.

FATĀLA DZEMDES ĶERMEŅA ĻAUNDABĪGA SASLIMŠANA. KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRĀKSTS

Līga Puksta-Gulbe^{1,2}, Zenons Romanovskis², Lilita Malaha², Mārīte Puksta¹

1 – SIA RAKUS klīnika "Gaiļezers"

2 – SIA RAKUS klīnika "Latvijas onkoloģijas centrs"

IEVADS. Saslimstība ar onkoloģiskām slimībām pasaulē ik gadu palielinās, un saslimšana noris visās vecuma grupās. Dzemdes ķermeņa jeb endometrija vēzis ir biežākā sastopamā vēža lokalizācija sievietēm menopauzē. Visbiežākā izpausme 90% gadījumu ir acikliska vai menopauzāla asiņošana no maksts, kas saistās ar endometrija adenokarcinomu. Pie izmeklēšanas konstatē dzemdes palielinājumu. Ultrasonogrāfijā vizualizē endometrija sabiezējumu ar pastiprinātu vaskularizāciju. Pamata ārstēšanas metode ir ķirurģiska – *totāla histerektomija ar dzemdes piedēkļiem*, kam nepieciešamības gadījumā (atkarībā no slimības stadijas) seko staru vai ķīmijterapija. Dzīvildze ir atkarīga no stadijas ārstēšanas brīdī – tā I slimības stadijā 5 gadu dzīvildze ir 75-88%, bet IV stadijā tikai 15-17%. Tipiskās metastazēšanās vietas ir iliakālie un paraaortālie limfmezgli, olvadi, olnīcas, plaušas, aknas, smadzenes un kauli.

DARBA UZDEVUMS. Izklāstīt klīnisko gadījumu.

DARBA METODE. Tika izanalizēta klīniskā slimības vēsture 57 gadus vecai pacientei ar ielaistu dzemdes ķermeņa vēzi.

DARBA REZULTĀTS. 11.01.2014. klīnikā "Gaiļezers" stacionāri 57 gadus veca paciente ar sūdzībām par sāpēm vēdera lejas daļā, temperatūru līdz 37,6°C, strutaini asiņainiem izdalījumiem no maksts. Anamnēzē – pēdējā ginekologa apskate pirms 4 gadiem, bijušas 2 dzemdības, 2 aborti, menopauze no 49 gadiem. Asiņošana no maksts kopš 2013.gada augusta. Objektīvi: paciente kavēta,

uz jautājumiem atbild lēni. Dzemdes kakls tīrs, izdalījumi strutaini asiņaini, dzemde palielināta līdz 20 gr.ned., ierobežoti kustīga, blīva. Asins analīzēs leikocitoze, trombocitēmija, anēmija. Veikta dzemdes dobuma abrazija – histoloģiski pierādīta zemu diferencēta karcinoma. Pacienti pārved uz LOC. Intoksikācija pieaug, ir izteikts elektrolītu disbalanss. Paciente daļēji komatozā stāvoklī. Papildus izmeklējumi izslēdz metastātisku procesu galvas smadzenēs, plaušās, aknās. Tiek veikta asins komponentu transfūzija, antibakteriāla terapija, koriģēts elektrolītu disbalanss. Asiņošana no maksts turpinās. Pēc vitālām indikācijām veikta operatīva terapija – *hysterectomia totalis cum adnexibus, suturatio parietis vesicae urinae, resectio omentii*. Pacientes vispārējais stāvoklis pēc operācijas strauji uzlabojas, intoksikācija izzūd. Pacienti izraksta no stacionāra 12 pēcoperācijas dienā. (12.02.2014). Paciente mirst maija mēnesī. Galīgā klīniskā diagnoze izrakstot no stacionāra: Ca corporis uteri IV a. MTS in l/nod infraabdominalis, ovarium, omentum. Metrorrhagia. Anaemia secundaria.

SECINĀJUMI:

1. Ginekologiem ir jāveic izglītojošais darbs, lai pacientes regulāri profilaktiskos nolūkos apmeklētu speciālistu.
2. Pacientes jābrīdina par klīniskajiem simptomiem, pie kuriem nepieciešama tūlītēja vizīte pie ginekologa.
3. Savlaicīga ļaundabīgas saslimšanas diagnostika un ārstēšana uzlabo pacientes dzīvildzi un dzīves kvalitāti, kā arī ir saistīta ar mazākām veselības aprūpes izmaksām.

SEPSE PĒC DZEMDES KAKLA ELEKTROEKSCĪZIJAS. KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS

Līga Puksta-Gulbe, Dace Rezeberga, Mārīte Puksta, Renāte Renemane,
Dace Sīviņa, Diāna Kuņicina, Nellija Lietuviete

SIA "Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca" klīnika "Gaiļezers"

IEVADS. Toksiskā šoka sindroms (TŠS) ir potenciāli letāla slimšana, ko izraisa *Staphylococcus aureus* un *Streptococcus pyogenes* ar izdalītajiem toksīniem. Klīniskā izpausme ir atkarīga no izraisītāja. *Staphylococcus aureus* izdalot enterotoksīnu-B klīniski veselīgiem indivīdiem izraisa drudzi, hipotenziju, sliktu dūšu, vemšanu, caureju, apjukumu, kas progresē stuporā, kam pievienojas multiplu orgānu bojājumi. *Streptococcus pyogenes* izdala pirogēnu eksotoksīnu, un to parasti sastop indivīdiem ar jau esošu ādas vai gļotādu bojājumu, un infekciozu iekaisumu. TŠS var rasties pēc nelielām intravaginālām ginekoloģiskām manipulācijām vai menstruālo tamponu lietošanas. Pacientēm ar TŠS ir nepieciešama ātra un kvalitatīva medicīniskā aprūpe, nereti intensīvajā terapijā. Uz adekvātu antibakteriālu un simptomātisku terapiju pacientēm ir pozitīvs efekts dažu dienu laikā, bet līdz pilnīgai rekovalencei ir nepieciešamas vairākas nedēļas.

DARBA UZDEVUMS. Izklāstīt retu klīnisko gadījumu.

DARBA METODE. Tika analizēta klīniskā slimības vēsture pacientei ar TŠS pēc dzemdes kakla elektroekscīzijas.

DARBA REZULTĀTI. SIA RAKUS klīnikā "Gaiļezers" 16.06.2014. pl.19.40 akūtā kārtā tika hospitalizēta 28 gadus veca paciente ar sūdzībām par asiņošanu no dzimumceļiem 2 stundas. Pacientei pl.14.00 veikta dzemdes kakla elektroekscīzija dēļ CIN III. Anamnēzē

nav datu par nopietnām saslimšanām. Bijusi dzemdes dobuma abrāzija 2012.gadā. 1 medikamentozs aborts 2009.gadā. Paciente pie iestāšanās Neatliekamās palīdzības klīnikā vispārējā smagā stāvoklī, bāla, izteikta hipotenzija (86/53mmHg), kavēta. Pie apskates konstatē, ka no dzimumceļiem izdalās asinis mērenā daudzumā. Pacientei īslaicīgā i/v anestēzijā tiek veikta revīzija, kur konstatē aktīvu asiņošanu no dzemdes kakla, kur bijusi vienzobu spailēs fiksācijas vieta. Veikta dūriena vietas apšūšana, sangvināciju nenovēro. Laboratorajos izmeklējumos konstatē izteiktu koagulācijas rādītāju samazinājumu (Protrombīns 19.32%; APTL 79.86s; Fibrinogēns <0.3g/L), izmaiņas bioķīmiskajos rādītājos. Pacienti stacionārā Intensīvās terapijas klīnikā. Tiek veikta masīva asins komponentu transfūzija. 17.06.2014. pievienojas sepse, nieru un aknu parenhīmas difūzs bojājums, ascīts, hidrotoraks. Pacienti pārved uz Toksikoloģijas un sepses klīniku. Pacientes vispārējais stāvoklis saņemot plaša spektra terapiju labojas un paciente 01.07.2014. tiek izrakstīta no slimnīcas vispārējā apmierinošā stāvoklī. Galīgā klīniskā diagnoze: Septisks šoks. Stāvoklis pēc dzemdes kakla elektroekscīzijas. Stāvoklis pēc akūtas asiņošanas no ekscīzijas vietas. DIC sindroms. Sekundāra anēmija. Sekundārs nieru un aknu toksisks bojājums. Abpusēja lejasdaivu pneimonija. Hidrotorakss. Ascīts.

SECINĀJUMS. Pacientēm ar TŠS nepieciešama savlaicīga, multidisciplināra pieeja, un plaša medikamentozā spektra ārstēšana stacionārā.

DZEMDES KAKLA PRIEKŠVĒŽA SLIMĪBU ĀRSTĒŠANAS KVALITĀTE RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCAS KOLPOSKOPIJAS KABINETĀ 2012.-2013. GADĀ

Marta Spodareva-Burjaka¹, Jana Žodžika^{1,2}, Irina Jermakova^{1,2}, Dace Rezeberga^{1,2}, Inga Pavlovska², Marina Utorova², Anželika Beresteviča²

1 – Rīgas Stradiņa universitāte

2 – Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca

MĒRĶIS. Pētījuma mērķis bija izvērtēt dzemdes kakla priekšvēža slimību ārstēšanas kvalitāti Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Kolposkopijas kabinetā 2012.–2013. gadā

METODES. Retrospektīvs pētījums, kurā tiks iekļautas pacientes, kurām laika periodā no 02.05.2012 līdz 31.07.2013 tika veiktas dzemdes kakla elektroekscīzijas Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Kolposkopijas kabinetā. Izmantojot speciāli izstrādātu anketu, tiks ievākta un apkopota informācija par pacientu anamnēzes datiem, kolposkopijas rezultātiem pirms ārstēšanas, citoloģijas rezultātiem pirms ārstēšanas, ārstēšanas metodes, kā arī citoloģijas un kolposkopijas rezultātiem 6 un 12 mēnešus pēc operācijas, izmantojot medicīnisko dokumentāciju. Datu statistiska apstrāde tiks veikta ar datorprogrammu MS Excel 2010. Pētījums ir saņēmis Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas atļauju.

REZULTĀTI. Laika periodā no 02.05.2012 līdz 31.07.2013 Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Kolposkopijas kabinetā tika veiktas 197 dzemdes kakla elektroekscīzijas. Pirms

elektroekscīzijas kolposkopija tika veikta 96,9% pacientu. Pirmsoperācijas histoloģiju dati liecina, ka 60,6% pacientu tika konstatēts CIN3, 37,7% – CIN2, 1,7% tika konstatēta norma. 11,2% pacientu histoloģiska analīze netika taisīta. 39,2% pacientu atzīmēja, ka gaidīšanas laiks starp citoloģijas analīzi un kolposkopijas procedūru nepārsniedza 1 mēnesi, 35,4% 1-2 mēnešus, laiku, kas ir lielāks par 6 mēnešiem, atzīmēja 4,4% pacientu. Dzemdes kakla priekšvēža saslimšanu ārstēšanai pielietoja galvenokārt elektroekscīziju ar cilpu (69,5%) un elektrokonizāciju (30,5%). Elektroekscīziju rezultātā panākt tīras robežas izdevās 93,8%, bet operācijas materiāla histoloģijas dati liecina, ka no visām ekscīzijām 86,8% tika konstatēts CIN2+. 6,1% gadījumos 6-12 mēnešu laikā pēc operācijas atkārtoti manifestējās CIN2+.

SECINĀJUMI. Dzemdes kakla priekšvēža slimību ārstēšanas kvalitāte Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Kolposkopijas kabinetā 2012.–2013. gadā kopumā atbilst Eiropas Kolposkopijas federācijas kvalitātes standartiem, tomēr ir ļoti būtiski nepārtraukti turpināt analizēt darba kvalitāti un ieviest atbilstošu elektronisku datu bāzi.

RADIKĀLA TRAELEKTOMIJA PACIENTEI AR INVAZĪVU DZEMDES KAKLA VĒZI- PIRMĀ PIEREDZE LATVIJĀ. KLĪNISKAIS GADĪJUMS

E. Ņesterenko, A. Evart, L. Švampane, I. Zamullo

SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca klīnika "Latvijas Onkoloģijas centrs"

MĒRĶIS. Veikt pacientes ar invazīvu dzemdes kakla vēzi slimības gaitas analīzi pēc, pirmo reizi Latvijā veiktas, fertilitātes saglabājošās, ķirurģiskās ārstēšanas.

PROBLĒMAS AKTUALITĀTE. Fertilitātes saglabāšana pacientēm ar invazīvu dzemdes kakla vēzi. Trahelektomija dod iespēju saglabāt fertilitāti, ievērojot radikālus onkoloģijas ārstēšanas principus.

KLĪNISKĀ GADĪJUMA APRAKSTS. Tiek demonstrēta slimības gaita 26 gadus vecai pacientei ar dzemdes kakla vēzi IB stadiju, kurai tika veikta radikālā abdomināla trahelektomija.

Pacientei anamnēzē: dzemdības 2002. gadā, asiņošana pēc coitus pēdējo 6 mēnešu laikā.

2009.gada novembrī – veikta cervikāla kanāla un dzemdes dobuma abrazija.

Histoloģiski pierādīta plakanšūnu carcinoma ar invāziju līdz 0,2cm.

MRT: dzemdes kakla maligns (1,1 cm) veidojums bez iekšējās stromas gredzena cauraugšanas un parametriju infiltrācijas.

Paciente vēlmes saglabāt reproduktīvu funkciju, veikta radikāla abdomināla trahelektomija.

11.01.2010. – Laparotomija.

Trachelectomia radicalis abdominalis sine adnexibus.

Histoloģija: Kakls – plakanšūnu vēzis ar pārragošanos, invāziju līdz 10 mm, GII. Limfmezglos, rezekcijas līnijā, parametrijos – mts nekonstatē.

Klīniska diagnoze: Ca colli uteri IB1 (T1b1,N0, M0) GII.

Paciente izrakstīta ar rekomendācijām veikt citoloģisko kontroli LOC poliklinikā ik pēc 3 mēnešiem.

Paciente 3 gadus lietoja KOKus pēc pašas lēmuma un regulāri novērojās LOCā.

20.01.2013. – morfoloģiski pierādīts recidīvs cervikāla kanāla stumbrā.

04.02.2013. – Laparotomija.

Histerectomia sine adnexibus.

Transpositio ovariorum ex pelvis minor.

Paciente saņēmusi staru terapijas (kopēja deva 50,4 Gr) un ķīmijterapijas kursu ar Cisplatinu (kopēja deva 165 mg) vienlaicīgi.

14.06.2013. – pacientei konstatēta veziko-vagināla fistula. Tika plānota fistulas slēgšana, bet

08.07.2013. – paciente akūti hospitalizēta ķirurģijas nodaļā ar tievu zarnu ileusu.

10.07.2013. – Tievās zarnas rezekcija

22.08.2013. – Hospitalizēta uroloģijas klīnikā, kur veikta veziko-vaginālas fistulas plastika.

26.08. 2013. – plāna kārtā CT krūšu kurvja orgāniem kontrole: konstatēti sīki perēkļi plaušu bazālajās daļās. Diferenciālā diagnoze starp mts procesu un tuberkulozi

Paciente smēķē ap 20 cigaretes dienā.

02.01.2014. – paciente izmeklēta. tuberkulozes un plaušu slimību centrā sakarā ar neskaidriem abpusējiem perēkļiem plaušās. Perēkļi traktēti kā fibroza rakstura izmaiņas plaušās.

12.06.2014. – CT kontrole vēdera dobumam, retroperitoneālai telpai un mazajam iegurnim – pārlicinošu datu par patoloģiska procesa progresiju nav.

Dotajā brīdī paciente klīniski vesela.

SECINĀJUMI:

- neskatoties uz rūpīgo pacienšu atlasīšanai un uz ārstēšanas labiem rezultātiem, nepieciešama stingra pēcoperācijas novērošana agrīnai iespējamu recidīvu verifikācijai;
- dotajā gadījumā paciente savlaicīgi neizmantoja saglabāto fertilitāti.

P53, P63 UN KI-67 EKSPRESIJA PACIENTĒM AR CERVIKĀLU INTRAEPITELIĀLU NEOPLĀZIJU UN TO NOZĪME SLIMĪBAS PROGRESIJAS PROGNOZĒ

Androniks Mitīdžans¹, Androniks Mumdzans², Sergejs Isajevs³, Dace Rezeberga⁴

1 – RAKUS, Latvijas Onkoloģijas Centrs, Onkoķirurģijas klinika onkoginekoloģijas nodaļa

2 – Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, UK

3 – RAKUS, Patoloģijas centrs, Latvijas Universitāte

4 – Rīgas Stradiņa Universitāte, Rīgas Dzemdību nams, RAKUS ginekoloģijas klinika

DARBA MĒRĶIS. Dzemdes kakla intraepiteliālā neoplāzija (CIN), ir displastisks process dzemdes kakla plakanšūnu epitēlijā ar potenciālu malignizācijas iespēju dzemdes kakla vēzī. Mūsu pētījuma mērķis bija noteikt un salīdzināt trīs potenciālu biomarkieru-p53, P63 un Ki-67 ekspresiju pacientēm ar dažādas pakāpes CIN, kā arī noskaidrot, vai šos marķierus var izmantot displāzijas progresijas prognozei.

MATERIĀLS UN METODES. Kolposkopijas kontrolē sievietēm ar citoloģiski apstiprinātu dažādas pakāpes CIN tika ņemta biopsija no dzemdes kakla turpmākai histoloģiskai un imūnohistoķīmiskajai izmeklēšanai. Paraugi tika krāsoti ar hematoksilīnu-eozīnu un imūnohistoķīmiski, lai novērtētu p53, p63 un Ki-67 ekspresiju. Imūnohistoķīmisko krāsošanu veica, izmantojot polimēra metodi (EnVision kits). Preparāti tika analizēti, izmantojot morfometriskās metodes, kā arī digitālu datorprogrammu Image Pro Plus. Datu statistisku analīzi veica izmantojot one way ANOVA un Kruskala Vallisa testu ar sekojošu Danna pēctestu. Korelācijas tika novērtētas, izmantojot Spīrmana testu. Rezultāti tika novērtēti kā statistiski ticami, ja $p < 0.05$.

REZULTĀTI. Pētījumā kopumā tika iekļauta 34 paciente – 10 pacientēm tika konstatēti CIN1, 12 pacientēm CIN2 un 12 pacientēm CIN3. Kontroles grupā tika iekļautas 5 patientes bez klīniskas vai citoloģiskas displāzijas. Vidējais pacientu vecums bija 35.1 ± 11.6 gadi. Darbā netika atrastas atšķirības starp pacientu vecumu un CIN pakāpi, kā arī Ki-67, p53 un p63 ekspresiju.

Mūsu pētījumā iegūtie rezultāti parādīja, ka pacientēm ar CIN3 bija paaugstināta Ki-67 ekspresija daudzkārtainajā plakanajā epitēlijā, salīdzinājumā ar CIN2 un CIN1 pacientēm (atbilstoši, 72 ± 19 pret 41 ± 10 šūnas/mm², $p=0.01$ un 71 ± 19 pret 13 ± 6 šūnas/mm², $p < 0.001$). Pacientēm ar CIN3 bija arī paaugstināta p63 ekspresija daudzkārtainajā plakanajā epitēlijā, salīdzinājumā ar CIN2 un CIN1 pacientēm (atbilstoši, 78 ± 22 pret 44 ± 16 šūnas/mm², $p=0.02$ un 78 ± 22 pret 14 ± 8 šūnas/mm², $p < 0.001$). Pētījumā konstatējām, ka pacientēm ar CIN3 ir paaugstināta p53 ekspresija, salīdzinājumā ar CIN2 un CIN1 pacientēm (atbilstoši, 12 ± 4 pret 6 ± 1 šūnas/mm², $p=0.01$ un 12 ± 4 pret 2 ± 1 šūnas/mm², $p < 0.001$).

SECINĀJUMI. p53, p63 un Ki-67 kvantitatīvā ekspresijas noteikšana ļauj novērtēt CIN pakāpi un prognozi.

LATVIJĀ ĶIRURĢISKI ĀRSTĒTO ENDOMETRIOZES SLIMNIEČU RAKSTUROJUMS UN DZĪVES KVALITĀTES ASPEKTI

Fomina N.¹, ViBERGA I.²

1 – Ārste, Ginekoloģijas un dzemdību speciālitātes rezidente, Latvijas Universitāte

2 – Ginekoloģe, dzemdību speciāliste, Asoc. profesore, Latvijas Universitāte

MĒRĶIS. Noskaidrot pacienšu, kam veikta endometriozes operatīva terapija, sociodemogrāfiskos, reproduktīvos un klīniskos rādītājus, veikto operācijas apjomu un izvērtēt endometriozes radīto simptomu ietekmi uz dzīves kvalitātes aspektiem.

METODOLOĢIJA. Multicentrisks šķērsgriezuma aprakstošs pētījums, kas veikts laika posmā no 2012. gada decembra līdz 2013. gada oktobrim. Pētījumā izlase ir 95 sievietes, kam veikta endometriozes ķirurģiska terapija un diagnoze apstiprināta ķirurģiski. Pētījums veikts deviņos Latvijas stacionāros. Datu iegūšana, veicot pacienšu un ārstējošo ārstu anonīmu anketēšanu. Pacientes sniedza datus par demogrāfiskiem datiem, menstruālo ciklu, reproduktīvu anamnēzi, slimību anamnēzi, iepriekš saņemto terapiju, aizpildīja specifisku piecu sadaļu anketu jeb *EHP-30* latvisko versiju, kas ir izstrādāta dzīves kvalitātes analīzei pacientēm ar endometriozī, analizējot dažādu endometriozī raksturojošu klīnisko simptomu ietekmi uz sievietes dzīves kvalitāti. Ārsta anketā iegūti dati endometriozes stadiju, perēkļu un saaugumu lokalizāciju, endometriomu lokalizāciju un operācijas apjomu. Statistiska datu analīze veikta SPSS 19.0 datorprogrammā.

REZULTĀTI. Pētījuma pacientes ir vecumā no 19 līdz 57 gadiem. Vidējais endometriozes pacientu vecums ir 32,5 gadi ($SD=6,8$). Vidējais ķMI ir 22,1 m²/kg ($SD=4,1$). Vidējais *menarhe* vecums ir 13,1 gads ($\pm 2,3$ gadi) un 63% pacienšu nav noviržu menstruālajā ciklā. 58 sievietēm nebija bijusi grūtniecība. 48 pacientēm konstatēta trešā endometriozes stadija.

Dzīves kvalitātes anketas analīzē konstatē, ka simptomu sadaļu skalu saskaņotības jeb Kronbaha Alfa koeficienta vērtība ir no 0,81 – 0,93, kas norāda uz ļoti nozīmīgu klīnisko simptomu ietekmi uz sievietes dzīves kvalitāti, izņemot anketas sadaļu par endometriozes ārstēšanu. Vissliktākais dzīves kvalitātes rādītājs endometriozes dēļ ir sāpju kontroles un spēka izsūkuma sadaļā jeb 47,6 procentpunkti un neauglības sadaļā jeb 40,87 procentpunkti.

SECINĀJUMI. Endometrioze skar reproduktīva vecuma sievietes. Menstruālā cikla garums, menstruācijas ilgums un menstruālās asiņošanas stiprums nevar tikt uzskatīti par paaugstinātu riska faktoru pētījumā iekļautām endometriozes slimniecēm. Visbiežāk tiek diagnosticēta endometriozes III stadija. Operācijas laikā biežāk pielietota manipulācija Latvijā ir endometriomas izgriešana/izlobīšana. Dzīves kvalitāti endometriozes pacientei visvairāk ietekmē ar neauglību un sāpēm saistītie simptomi.

OPINIONS OF GYNECOLOGIC PATIENTS ABOUT IMPACT OF PLANNED HYSTERECTOMY ON THEIR REPRODUCTIVE FUNCTION

Ieva Briedite^{1,2}, Gunta Ancane³, Nellija Lietuviete¹

1 – Riga East Clinical University Hospital 'Gailezers', Gynecology Clinic, Latvia

2 – Riga Stradins University, Department of Obstetrics and Gynecology, Latvia

3 – Riga Stradins University, Department and Clinic of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Latvia

AIM. Conclusion about scheduled hysterectomy usually brings women to many questions about operation and postoperative changes in their bodies. After hysterectomy woman may be influenced by both physiological and psychological factors. Losing the uterus can make women worry about feeling less womanly after operation, or losing their sexual attractiveness. There is still no single view about real impact of hysterectomy on sexuality, data are discrepant. Most probably women will neither lose their sexual desire after hysterectomy, nor lose their feminine shape or style. Objective of this study was to summarize opinions and concerns of women on the day before planned hysterectomy.

METHOD. 54 patients of wide spectrum Gynecology clinic were recruited to participate. Inclusion criteria were: age 18-50 years, scheduled to undergo planned hysterectomy without ovariectomy due to benign indication, voluntary agreed to participate. Inquiry form was used to collect answers. Study was approved by the Committee of Ethics.

RESULTS. All patients had been thinking about impact of hysterectomy on their future life. 75.93% had worried that hysterectomy can have a negative effect on their future, 59.26% asked

other women with hysterectomy experience about changes after operation, 51.85% searched information from Internet sources, 87.04% wanted to receive more information from gynecologist. 51.85% thought they will feel less feminine without uterus, 59.26% worried that partners will find them less feminine. 31.48% thought that their sexual life will become worse, 27.78% thought it will not change, 22.22% thought it will improve. 68.52% had regular sexual partners, 56.76% of them had only partly told their partner about operation, 24.32% had not told at all, 18.92% had told everything. 14.81% had concerns about 'cleaning' of the body without regular bleeding, 20.37% thought they will have earlier and more heavy menopausal symptoms, 29.63% thought they will need to use HRT after operation, 5.56% were not sure if they can discontinue birth control method after hysterectomy.

CONCLUSIONS. Impact of hysterectomy on their lives is very important for the patients, they want to have more information from gynecologists. They are afraid of negative effects and are not ready to talk honestly to their partners. Myths and doubts are still present on the day before hysterectomy. Gynecologists should actively discuss more about planned operation with patients instead of waiting for them to ask questions.

OLNĪCU HORMONĀLĀ PROFILA, ANTRĀLO FOLIKULU APASIŅOŠANAS UN OLNĪCU ATBILDES REAKCIJAS KORELĀCIJA, IZVĒRTĒJOT DOMINĒJOŠO FOLIKULU OLNĪCU STIMULĀCIJAS CIKLOS

A. Tirāne, I. Erciņa, A. Vigule, K. Ķempe

Astra-Re

MĒRĶIS. Šī pētījuma mērķis bija noskaidrot saistību starp seruma folikulstimulējošā hormona (FSH), estradiola (E2), progesterona (P), transvagināla krāsu Doppler saistību, izvērtējot antrālo folikulu gatavību potenciālajai grūtniecības plānošanai pirms cilvēka horiongonadotropīna (hCG) nozīmēšanas i/m.

METODE. tika veikti secīgi seruma FSH, E2, progesterona mērījumi abām pētījuma grupām. Abām grupām tika veikts antrālo folikulu augšanas monitorings menstruālā cikla 10.-14.dienā. Otrajai grupai tika veikta arī papildus folikulu izmeklēšana ar krāsu Doppler metodi, iedalot folikulus 4 grupās atkarībā no folikulu vaskularizācijas, kā arī rezistences indeksa un sistoliskās plūsmas ātruma mē-

rījumi. Ovulācijas apliecināšanai tika veikts seruma progesterona mērījums 21.MC.

REZULTĀTI. Grūtniecības iestāšanās tika konstatēta procentuāli vairāk III un IV klases folikuliem, kuriem rezistences indekss RI<50 un sistoliskās plūsmas ātrums >11 cm/s, kas ir izrietoši parametri no MC sākumā konstatētās hormonālās aktivitātes olnīcu asi.

SECINĀJUMI. FSH, E2 līmeņi, antrālo folikulu monitorings ar krāsu Doppler menstruālā cikla folikulārā fāzē uzlabo potenciālās grūtniecības iestāšanās predikciju, kā arī sniedz papildus klīnisko informāciju par stimulācijas iznākumu.

NEW TECHNOLOGY IN EMBRYO SELECTION- EMBRYOSCOPE JAUNĀKĀ TEHNOLOĢIJA EMBRIJU SELEKCIJĀ- EMBRYOSCOPE

Madara Majauska

IVF Rīga – embryologists

Mūsdienās, pieaugot mākslīgās apaugļošanas procedūru nepieciešamībai un rūpēm par pacientu drošību, tiek ieteikts pacientiem veikt viena embrija pārnesi dzemdes dobumā. Līdz ar to tas ir jauns izaicinājums ikvienam embriologam, lai varētu izvēlēties potenciālāko embriju uz embriju pārnesi.

Gametu un embriju morfoloģisks novērtējums tiek izmantots jau kopš mākslīgās apaugļošanas pirmsākumiem. Sākumā to izmantoja, lai noteiktu embriju dališanās, bet šobrīd to izmanto, lai efektīvi noteiktu potenciālākos embrijus un ierobežotu daudzaugļu grūtniecību.

Integrējot IVF laboratorijā inkubatoru ar time-lapse sistēmu (EmbryoScope), tas ir viens no veidiem kā uzlabot embriju selekciju. Kā arī tas samazina ārējās vides faktoru ietekmi uz embrijiem. Pēc apaugļošanas olšūnas uzreiz tiek ievietotas time-lapse inkubatorā un bez pārtraukuma tiek kultivētas līdz embriju pārneses procedūrai. Ar standarta inkubatoru embriji noteiktā laika posmā vienreiz

dienā tiek izņemti, lai varētu novērtēt viņu attīstību, tādejādi pakļaujot tos ārējās vides faktoriem kā paaugstināts skābekļa daudzums, temperatūras izmaiņas un pazemināts CO2 daudzums.

Time-lapse sistēma dod iespēju uzlabot embriju selekciju. Ar 15 minūšu intervālu tiek uzņemti embrija attēli, kas ļauj novērtēt embriju morfoloģiju un attīstību jebkurā interesējošā laika posmā. Tiek novērota embrija agrīna dališanās, vienmērīga dališanās atbilstoši attīstības dienai, fragmentācijas daudzums, blastocīstu veidošanās un kodolu skaits blastomērā. Pēc Basile et al (2013) pētījuma hromosomāli normāliem un abnormāliem embrijiem ir dažādā morfoloģiska dališanās. Salīdzinot šīs atšķirības ir izstrādāts algoritms pēc kura ir iespējams neinvazīvi veikt potenciālo embriju selekciju.

Izmantojot time-lapse inkubatorus var uzlabot embriju selekciju, kā arī iespējams samazināt daudzaugļu grūtniecību risku, spontānos abortus un grūtniecības neiestāšanos, jo pēc morfoloģikas tiek izvēlēti labākie embriji.

PUBLIKĀCIJAS PUBLICATIONS

LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERĪNĀS SISTĒMAS IETEKME UZ LIPĪDU VIELMAIŅU PREMENOPAUZĀLĀ VECUMA SIEVIETĒM AR NORMĀLU UN PAAUGSTINĀTU ĶERMEŅA MASU.....	112
Ineta Vasaraudze, Dace Rezeberga, Aivars Lejnieks	
LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERĪNĀS SISTĒMAS LIETOŠANAS IETEKME UZ KARDIOMETABOLĀ RISKA FAKTORIEM REPRODUKTĪVĀ VECUMA SIEVIETĒM.....	113
Ineta Vasaraudze, Dace Rezeberga, Aivars Lejnieks	
PUSAUDŽU REPRODUKTĪVO VESELĪBU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI	114
S. Volkova	

LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERĪNĀS SISTĒMAS IETEKME UZ LIPĪDU VIELMAIŅU PREMENOPAUZĀLĀ VECUMA SIEVIETĒM AR NORMĀLU UN PAAUGSTINĀTU ĶERMEŅA MASU

Ineta Vasaraudze^{1,2}, Dace Rezeberga, Aivars Lejnieks^{3,4}

1 – I. Vasaraudzes privātklinika SIA

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra, Latvija

3 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Latvija

4 – Rīgas Stradiņa Universitāte Iekšējās slimību katedra, Latvija

IEVADS. Latvijā ir ievērojams reproduktīvā vecuma sievietu īpatsvars ar paaugstinātu ķermeņa masu un saslimstība ar kardiovaskulārām saslimšanām ir viena no augstākajām Eiropas Savienībā. Līdz šim Latvijā nav veikti pētījumi par hormonālās kontracepcijas ietekmi uz kardiovaskulāro risku attīstību.

DARBA MĒRĶIS UN METODES. Pētījuma mērķis ir izprast LNG IUS ietekmi uz lipīdu vielmaiņu fertīlā vecuma sievietēm Latvijā ar normālu un paaugstinātu ķermeņa masas indeksu (ĶMI), izmantojot antropometrisko mērījumu un asins paraugu analīzi. Pētījums veikts no 2011. gada 01. septembra līdz 2014. gada 01. janvārim I. Vasaraudzes privātklinika SIA. Pētījumā iesaistītas 54 sievietes, kas sadalītas 4 grupās: 1.grupa (13 sievietes) kontracepcijai izvēlējās kombinētās hormonālās kontracepcijas tabletes (dienogests + etinilestradiola valerāts); 2.grupa (8 sievietes) izvēlējās nehormonālās lokālās kontracepcijas metodes; 3.grupa (14 sievietes) izvēlējās LNG IUS un tām bija virssvars (ĶMI>25); 4.grupa (19 sievietes) izvēlējās LNG IUS un tām bija normāls svars (ĶMI< zem 25). Tukšas dūšas kopējais holesterīna (KH), zema blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ZBLH), augsta blīvuma lipoproteīnu holesterīna (ABLH) un triglicerīdu (TG), C reaktīvā proteīna(CRO) līmenis un antropometriskie

rādītāji tika noteikti uzsākot pētījumu un 6 un 12 mēnešus pēc kontracepcijas metodes uzsākšanas.

REZULTĀTI. Ķermeņa masa, ĶMI un vēdera apkārtmērs statistiski ticami bija lielāki 4.grupā ($p<0.001$) uzsākot pētījumu un šāds rādītājs saglabājās visu pētījuma laiku, starp pārējām grupām statistiski ticamas atšķirības nebija ($p>0.05$). KH, TG, ZBLH un CRO rādītāji uzsākot pētījumu bija bez statistiski ticamas atšķirības starp grupām un šādi parametri saglabājās visu pētījuma laiku. KH, TG, ZBLH līmenis neatšķirības starp grupām ($p=0.48$), bet LNG IUS lietotājam vērojama parametra samazināšanās pēc 6 mēnešiem un šī tendence saglabājas arī pēc 12 mēnešiem. ABLH statistiski ticami mazāks ir 4.grupā, uzsākot pētījumu ($p=0.06$), un šāda tendence saglabājas pēc 6 mēnešiem ($p=0.05$).

SECINĀJUMI.

1. LNG IUS lietošanai ir neitrāla ietekme uz ķermeņa masu, ĶMI un vidukļa apkārtmēru premenopauzālā vecuma sievietēm ar normālu svaru un virssvaru.
2. Visām LNG IUS lietotājām vēro KH, ZBLH un TG līmeņa samazināšanos kontracepcijas lietošanas laikā.

LEVONORGESTRELU SATUROŠĀS INTRAUTERINĀS SISTĒMAS LIETOŠANAS IETEKME UZ KARDIOMETABOLĀ RISKĀ FAKTORIEM REPRODUKTĪVĀ VECUMA SIEVIETĒM

Ineta Vasaraudze^{1,2}, Dace Rezeberga^{2,3}, Aivars Lejnietis^{3,4}

1 – I. Vasaraudzes privātklinika SIA

2 – Rīgas Stradiņa Universitāte Dzemdniecības un Ginekoloģijas katedra, Latvija

3 – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Latvija

4 – Rīgas Stradiņa Universitāte Iekšējās slimību katedra, Latvija

MĒRĶIS. Pētījuma mērķis ir izprast levonorgestrelu saturošās intrauterinās sistēmas (LNG IUS) ietekmi uz metabolā sindroma (MtS) kritēriju attīstību fertīlā vecuma sievietēm Latvijā, izmantojot antropometriskos mērījumus un asins paraugu analīzi.

METODES. Pētījumā iekļautas 53 reproduktīvā vecuma sievietes, kuras no 01.09.2011. līdz 01.01.2014. vērsās SIA I. Vasaraudzes privātklinika ar vēlmi uzsākt kontracepcijas lietošanu un sniedza rakstisku piekrišanu dalībai pētījumā. Dalībniecēm tika mērīts vidukļa apkārtmērs, ķermeņa masa, noteikts ķermeņa masas indekss (ĶMI) un mērīts arteriālais asinsspiediens (TA), kā arī ņemti asins paraugi triglicerīdu, augsta blīvuma lipoproteīnu (ABLH) un tukšas dūšas glikozes līmeņa noteikšanai – uzsākot pētījumu, pēc 6 un 12 mēnešu kontracepcijas lietošanas. Atkarībā no izvēlētās kontracepcijas metodes pētījuma dalībnieces tika iedalītas 4 grupās: 1.grupa- nelieto hormonālo kontracepciju (8 dalībnieces), 2.grupa-lieto kombinētās orālās kontracepcijas tabletes estradiola valerāts + dienogests (12 dalībnieces), 3.grupa- lieto LNG IUS un to ĶMI ir mazāks par 25 (19 dalībnieces), 4.grupa- lieto LNG IUS un to ĶMI ir lielāks par 25 (14 dalībnieces).

REZULTĀTI. Uzsākot pētījumu statistiski ticama atšķirība starp grupām konstatēta vidukļa apkārtmēra, ķermeņa masas un ĶMI rādītājos ($p < 0.001$), visi rādītāji, bija palielināti 4.grupā, bet starp pārējām grupām atšķirības netika konstatētas; šīs atšķirības saglabājās visu pētījuma laiku. Triglicerīdu ($p = 0.44$), ABLH ($p = 0.06$), tukšas dūšas glikozes līmenis ($p = 0.2$) un TA ($p = 0.98$) pētījuma laikā statistiski ticami starp grupām neatšķīrās. Izvērtējot kardiometabolo risku pēc 5 MtS parametru klātbūtnes pētījumu grupās, tika novērots, ka 1 rādītājs 12 mēnešu laikā mainās 25% 1. un 2. grupas dalībnieču, 31.6% 3.grupas dalībnieču un 35.8% 4 grupas dalībnieču, 2 MtS rādītāju maiņu 12 mēnešu laikā konstatēja tikai 3. un 4.grupas dalībniecēm: 5.3% un 7.1%, attiecīgi, bet 3 rādītāji mainījās tikai 4.grupā 7.1%.

SECINĀJUMI.

1. LNG IUS lietošanai ir nenozīmīga ietekme uz kardiometabolā riska faktoru attīstību reproduktīvā vecuma sievietēm.
2. Visievērojamākās izmaiņas kardiometabolo riska faktoru attīstībā vēro pacientēm ar paaugstinātu ĶMI.
3. Pētāmo parametru izmaiņas notiek pirmo 6 mēnešu laikā pēc kontracepcijas metodes uzsākšanas.

PUSAUDŽU REPRODUKTĪVO VESELĪBU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI

S. Volkova

RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Rīga, Latvija

IEVADS. Mūsdienu sabiedrības intereses arvien biežāk tiek saistītas ar pusaudžu veselības jautājumiem. Pieaug pusaudžu vēlme saņemt adekvātu, saprotamu, precīzu un konfidenciālu informāciju par seksuāli transmisīvām slimībām, menstruālā cikla traucējumiem, kontracepciju, higiēnu, krūts dziedzera saslimšanām.

Pusaudžu problēmas ginekoloģijā ir augsts reproduktīvās veselības traucējumu risks nākotnē.

MĒRĶIS. Analizēt pusaudžu reproduktīvās un veselības stāvokli, apzināt galvenos seksuālās veselības traucējumus jauniešu vidū.

METODE. 232 ambulatoro kārtu analīze meitenēm vecuma grupā 14-18 gadi VC "Pļavnieki".

REZULTĀTI. Analizējot iegūtos datus konstatējām, ka galvenie ginekologa apmeklējuma iemesli ir:

- Veselības pārbaude – 21% (pirmā saskarsme ar ginekologu);
- Vagināla kandidomikoze- 20.1%;

- Menstruālā cikla traucējumi-18.1%;
- BV-17.8%;
- Dismenoreja I -12.1%;
- Hlamidoze – 7.1%;
- Krūts dziedzera slimības -2.2%;
- Olnīcu cistas -1.6%.

Kontracepciju izmanto tikai apmēram 50% seksuāli aktīvo pusaudžu. Prezervatīvi ir visbiežāk izmantotā kontracepcijas metode jauniešu vidū.

SECINĀJUMI. Paaugstināt jauniešu līmeni seksuālās un reproduktīvās, kā arī garīgas veselības jomā.

Informēt pusaudžus par mūsdienu kontracepcijas metodēm, lai pasargātu jauniešus no nevēlamās grūtniecības.

Nepieciešams atbalstīt Jauniešu veselības centru izveidi, lai nodrošinātu jauniešiem draudzīgu veselības pakalpojumu.

Nepieciešams turpināt jauniešu izglītošanu dzimumaudzināšanas jautājumos, samazināt neplānoto grūtniecību skaitu un saslimšanas ar STS pusaudžu vidū, atveseļot mūsu jaunatni un radīt veselu nākotnes paaudzi.

PERSONU RĀDĪTĀJS INDEX

A

Aleksejeva, Renija 90
Ancane, Gunta 109
Andrejeva, Natālija 54
Andžāne, Diāna 80
Avramenko-Vasiljeva, Natalja 76

B

Babula, O. 58
Baranovska, D. 50
Barkāne, Eva 56
Barr, Ilya 59
Bārs, Jānis 40
Bartens, A. 68
Bārtule, Guna 47
Bazarova, A. 57
Bazarova, J. 58
Beresteviča, Anželika 105
Bērza, Natālija 31, 66, 101
Bičevska, Iveta 38, 39
Bogoļubovs, Sergejs 54
Bokuchava, Diana 62
Brežinska, Aija 47
Briedīte, Ieva 34, 36, 109
Brīģis, G. 67
Brikune, J. 57, 58
Briška, Ingrīda 60
Briška, Katrīna 44, 60
Burceva, Svetlana 54

D

Daize, Ieva 36, 100
Dāle, Rolands 98
Dambrova, Maija 92
Deklava, Liāna 85
Deližanova, D. 58
Dinsberga, Inta 93, 100
Domaševs, Pāvels 38, 39, 97

E

Elksne, Karlina 47, 50, 86
Erciņa, I. 110

Erts, Renārs 62
Evart, A. 106
Ezeriņa, Dace 40

F

Fodina, Violeta 44, 55, 69
Fomina, N. 108
Funka, Solvita 54

G

Gaile, Madara 85
Gailīte, Natālija 29
Galsone, Ramona 52, 88
Gasiņš, Egīls 32, 33
Gavars, Didzis 92
Geidāne, Biruta 90
Godunova, Valerija 24, 54
Grabe, Zane 36, 100, 102
Grinberga, Linda 47, 76
Grīnfelde, Ieva 40
Grunskis, A. 57, 58

I

Isajevs, Sergejs 107

J

Jakubovskis, Māris 98
Janicka, Brigita 90
Jansone, Maira 23, 43, 83, 96
Jaščuka, Jūlija 47
Jēkabsons, Anna 75, 79, 92
Jermakova, Irina 50, 63, 64, 105
Joņina, Ilona 54
Jurka, Antra 86

K

Kalāne, D. 30
Kalašņikova, Natalja 62
Kalēja, Edīte 38, 39, 97
Kalere, Ieva 75, 79, 92
Kaļiņina, Laura 77, 78
Kampara, Ilona 100

Karnīte, Anda 64
Katz, Nathan 59
Keiša, Laura 73
Kilosonija, Ņina 36, 101
Kissner, L. 32
Kļaviņa, Intra 77, 78
Kojalo, U. 67
Kokare, M. 87
Konrāde, Ilze 92
Korņejeva, Liene 37, 41
Kovaļevska, Viktorija 91
Kozlovskā, Liga 26
Krašņina, Zane 52, 74, 81, 88, 96
Kreicberga, Ilze 51
Kukulis, Ivars 97, 98
Kuņicina, Diāna 35, 36, 100, 104
Kvēpa, D. 87

Ķ

Ķelle, I. 27
Ķempe, Kristīne 36, 110

L

Lāce, Inga 41
Lanowska, M. 68
Leja, Mārcis 32
Lejniece, Sandra 101
Lejnieks, Aivars 61, 92, 112, 113
Levenšteins, M. 56
Līdaka, L. 65
Lietuviete, Nellija 34, 35, 36, 97, 98, 100,
101, 102, 104, 109
Lietuvietis, Vilnis 97, 98
Logminiene, Zeneta 64
Lubaua, Ingūna 40, 41
Lukojanova, Irina 66

Ļ

Ļakutins, J. 57, 58

M

Mačuks, Ronalds 25, 68

Majauska, Madara 110
Makrečka-Kuka, Marina 92
Maksimenko, J. 99
Malaha, Lilita 103
Mališauskiene, Jūlija 48
Mālniece, Ieva 40, 74, 81
Mangler, M. 32, 68
Markova, Santa 47
Matule, Dace 34, 75, 94
Melka, Dace 35
Melngaile, Olita 66
Millere, Inga 85
Miltiņa, Ināra 46, 47, 76
Miskova, Anna 45, 53, 55, 69, 73, 80
Mitiļdzans, Androniks 57, 107
Mohova, Marija 62, 82
Molčanova, E. 96
Mošna, Natalja 100
Mumdzans, Androniks 107

N

Nigard, Mary 64

Ņ

Ņesterenko, E. 106

O

Orleāna, Melānija 91
Ošiņš, Eduards 29

P

Padaiga, Zilvinas 64
Pauniņa, Zane 86
Pavlovska, Inga 63, 64, 105
Pazeičuka, Anastasija 43, 74, 83
Pildava, Santa 79
Pilmane, Māra 51
Pīrāgs, Valdis 92
Plaudis, H. 50
Plēpe, Agnese 33, 47, 81
Pūcite, B. 87
Puksta-Gulbe, Līga 103, 104
Puksta, Mārīte 35, 36, 100, 103, 104

Puķīte, Margarita 95
Pundure, Rita 66

R

Ramane, Ieva 29
Redman, Charles 64
Reile, Rainer 64
Reinis, Aigars 66
Renemane, Renāte 36, 100, 104
Rezeberga, Dace 22, 25, 28, 34, 35, 36, 46,
47, 50, 51, 61, 62, 63, 64, 76, 84, 86,
92, 100, 102, 104, 105, 107, 112, 113
Romanovskis, Zenons 57, 69, 103
Rudņicka, Svetlana 34, 35
Rumjančeva, I. 46

S

Sauka, Irēna 36
Saulīte, Līga 54
Sedleniece, Ilze 32
Seimuškina, Nellija 43
Sīviņa, Dace 34, 36, 100, 104
Sīviņš, Armands 32
Skadiņš, Ingus 66
Snipe, K. 31
Sokolova, Emma 52, 88
Soldāne, Marta 54
Spodareva-Burjaka, Marta 105
Stalidzāne, Ingūna 54
Stāmere, Agnija 40, 54
Strēle, Ieva 79, 92

Š

Ševņina, G. 87
Štrumfa, Ilze 64
Švampane, L. 106

T

Tenberga, Santa 38, 39
Tetere, Elīna 75, 79, 92, 94
Tirāne, A. 58, 110
Tomsone, Zane 76
Treijs, Gints 56

Tretjakovs, Pēteris 86
Troice, I. 65
Tula, Areta 98, 102

U

Urbo, Marija 89
Urtāne, Ērika 34
Utāne, K. 57, 58
Utorova, Marina 63, 64, 105
Uuskula, Anneli 64

V

Vasaraudze, Ineta 61, 93, 112, 113
Vasiljeva, J. 32, 68
Vasina, Olga 63, 66
Vedmedovska, Natālija 38, 39, 44, 48,
89, 97
Veisa, Vija 76, 92
Vēvere, Inga 29
Vīberga, I. 27, 28, 30, 56, 65, 67, 82, 99, 108
Vidnere, I. 50
Vidnere, Ilze 62
Vigule, A. 110
Villerusa, Anita 79
Vītiņa, Sandra 57, 75, 79, 96
Vītiņa, Z. 74
Vītols, Jurgis 31, 68, 101
Vītols, Juris 31, 101
Volkova, S. 114
Voložonoka, Ludmila 45, 59

Z

Začesta, V. 50, 84
Zamullo, I. 106
Zelenova, O. 50, 84
Zidere, Vita 41
Zile, Iriša 79

Ž

Žodžika, Jana 25, 36, 63, 64, 66, 87, 94,
100, 105

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



Es neesmu lietojusi kontracepcijas tabletes jau 2 gadus, 3 mēnešus un 4 dienas, izbaudot vairāk nekā 99 % pārliecību, ka neiestāsies neplānota grūtniecība.



Flerec - jauna kontracepcijas iespēja, kas trīs gadus ļauj nedomāt par aizsargāšanos:

- pasaulē mazākā intrauterīnā sistēma (IUS) ar šaurāko ievadīšanas uzgali;¹
- ilgtermiņa efektivitāte (Perla indekss 0.33);¹

 **flerec**[®]
13.5 MG INTRAUTERĪNA SISTĒMA
LEVONORGESTRELS

Atsauce: 1. Jaydess [summary of product characteristics]. Bayer Pharma AG, Berlin, Germany, December 2012

Saisināts zāļu apraksts Flerec 13,5 mg intrauterīna ierīce.

▼ Sim zālēm tiek piemērota papildu uzraudzība.

Sastāvs: Flerec satur 13,5 mg levonorgestrela. **Indikācijas:** Kontracepcija, kas ir efektīva līdz 3 gadiem. **Devas un lietošanas veids:** Flerec tiek ievadīta dzemdes dobumā un ir efektīva līdz trīs gadiem. Flerec jāievada septiņu dienu laikā pēc menstruāciju sākuma. Flerec nomainīt pret jaunu ierīci var jebkurā cikla laikā. Flerec var ievadīt arī tūlīt pēc aborta grūtniecības pirmajā trimestrī. Pēcdzemdību periodā ierīci drīkst ievadīt, ja dzemdē ir pilnībā savilkusies, bet ne ātrāk kā sešas nedēļas pēc dzemdībām. Ja savilkšanās ir būtiski kavēta, līdz ievadīšanai jāgaida 12 nedēļas. Ja ir apgrūtināta ievadīšana un/vai neparastas sāpes vai asiņošana ievadīšanas laikā, nekavējoties jāveic izmeklēšana un ultrasonogrāfiska kontrole, lai izslēgtu perforāciju. Flerec var atšķirt no citām IUS ar ultraskaņas laikā redzamu sudraba gredzenu. Flerec T-veida karkass satur bārija sulfātu, kas ļauj to ieraudzīt rentgenoloģiskajā izmeklēšanā. Flerec izņem, ar pinceti saudzīgi velkot aiz pavedieniem. Ja pavedieni nav redzami un ierīce atrodas dzemdes dobumā, to var izņemt ar šaura āķa palīdzību. Šādā gadījumā var būt nepieciešama cervikālā kanāla paplašināšana vai cita veida ķirurģiska leļaušanās. Ierīce jāizņem ne vēlāk kā trešā gada beigās. Ja paciente vēlas arī turpmāk izmantot šo kontracepcijas metodi, šajā pašā laikā var ievadīt jaunu ierīci. Ja grūtniecības iestāšanās nav vēlama, sievietēm fertīlā vecumā ierīci var izņemt 7 dienu laikā pēc menstruācijas sākšanās, pārļiecinoties, ka menstruālais cikls ir saglabāts. Ja ierīce ir izņemta citā cikla laikā un pacientei nedēļas laikā ir bijuši dzimumsakari, sievietei var iestāties grūtniecība, ja pēc ierīces izņemšanas tūlīt nav ievadīta jauna ierīce. **Kontraindikācijas:** Grūtniecība. Akūtas vai recidivējošas iegurņa iekaisuma slimības vai stāvokļi, kas saistīti ar paaugstinātu iegurņa orgānu infekciju risku. Akūts cervicīts vai vaginīts. Pēcdzemdību endometriālais vai aborts ar infekciju pēdējo trīs mēnešu laikā. Cervikālā intraepitēliālā neoplāzija, kamēr tā nav likvidēta. Dzemdes vai dzemdes kakla ļaundabīgi audzēji. Progesterona jutīgi audzēji, piemēram, krūts vēzis. Nezināmas izcelsmes patoloģiska vagināla asiņošana. Iedzimta vai iegūta dzemdes patoloģija, tai skaitā fibromioma, kas varētu traucēt intrauterīnas ierīces ievadīšanu un/vai izņemšanu (ja deformēts dzemdes dobums). Akūta aknu slimība vai aknu audzējs. Paaugstināta jutība pret aktīvo vielu un/vai jebkuru no palīgvielām. **Īpaši brīdinājumi un piesardzība lietošanā:** Flerec jālieto piesardzīgi, kā arī jāapsver, vai sistēma nebūtu jāizņem, ja ir kāds no turpmāk minētajiem stāvokļiem vai tas rodas pirmo reizi: migrēna, fokāla migrēna ar asimetrisku redzes zudumu vai citiem simptomiem, kas liecina par pārejošu smadzeņu išēmiju, ļoti stipras galvassāpes, dzelte, izteikta asinsspiediena paaugstināšanās, smagas arteriālo asinsspādu slimības, piemēram, insults vai miokarda infarkts. Mazas levonorgestrela devas var ietekmēt glikozes toleranci, tāpēc diabēta slimniekiem, kas lieto Flerec, jākontrolē glikozes koncentrācija asinīs. Tomēr parasti nav nepieciešams mainīt diabēta terapijas režīmu levonorgestrela IUS lietošanā. Pirms sistēmas ievadīšanas sievietei jāinformē par Flerec efektivitāti, iespējamo risku, tai skaitā ektoģiskas grūtniecības risku. Ārstam jāveic izmeklēšana, tai skaitā iegurņa orgānu izmeklēšana, krūts dziedzeru izmeklēšana un ultrasonogrāfija, lai izslēgtu perforāciju. Šāda ierīce ir jāizņem. **Nevēlamās blakusparādības:** Ļoti bieži novēro galvassāpes, sāpes vēderā/iegurnī, pinnes, seborēju, asiņošanas izmaiņas, tai skaitā pastiprinātu un samazinātu menstruālo asiņošanu, smērēšanos, neregulāru asiņošanu un amenoreju, olnīcu cistu, vulvovaginītu. Bieži novēro nomāktu garastāvokli, depresiju, migrēnu, sliktu dūšu, alopeciju, augšējā genitālā trakta infekciju, dismenoreju, sāpes/diskomfortu krūts dziedzeros, izdalījumu, ierīces izkrišanu. Retāk novēro hirsutismu. Reti novēro dzemdes perforāciju. Ziņots par sekojošām nelabvēlīgām blakusparādībām, kas saistītas ar Flerec ievadīšanu vai izņemšanu: sāpes procedūras laikā, asiņošana procedūras laikā, ar ievadīšanu saistīta vazovagāla reakcija, ko pavada reibonis vai sinkope. Procedūra var izraisīt krampjus epilepsijas pacientēm. **Iepakojums:** Viena intrauterīna ierīce. **Teksta pēdējās pārskatīšanas datums:** 24.05.2013. **Reģistrācijas apliecības īpašnieks:** Bayer Pharma AG, Vācija. **Receptu zāles. SIA Bayer:** Skaņstes iela 50, Rīga, LV1013, Latvija. Tālrunis: +371 67845563.

Saskaņots: LLY04/2014/0308

ZELTA SPONSORS / GOLD SPONSOR



SUDRABA SPONSORI / SILVER SPONSORS



GEDEON RICHTER

SPONSORI / SPONSORS



SPONSORI / SPONSORS

