

TIF  
Aktualitātes dzemdniecībā un ginekoloģijā 2016

# RISKA IZVĒRTĒJUMS DZEMDĪBĀS

dr. med., doc. Anna Miskova

# Lekcijas plāns

- Pacientu drošība dzemdniecībā
- Dzemdību sarežģījumi
- Grūtniecības/dzemdību izraisīta mātes saslimstība
- Smagi slimas pacientes atpazīšana
- Strukturēta pieeja smagi slimajai pacientei

Kas nogalina vienu sievieti  
katras stundas katru minūti?

Dzemdības

Kaut kur pasaulē katru minūti mirst  
viena sieviete sakarā ar grūtniecības  
vai dzemdību sarežģījumiem...

**ASINĒŠANA**

**INFEKCIJA**

# IR DIVI CIETUŠĪE



Save the Children®

Every day. In times of crisis. For our future.



## The Urban Disadvantage

On average,

# 1 woman in 30

is likely  
to die from a  
pregnancy-related cause.

# 7 out of 10

Roughly

women are likely to  
suffer the  
loss of a child  
in their lifetime.<sup>160</sup>

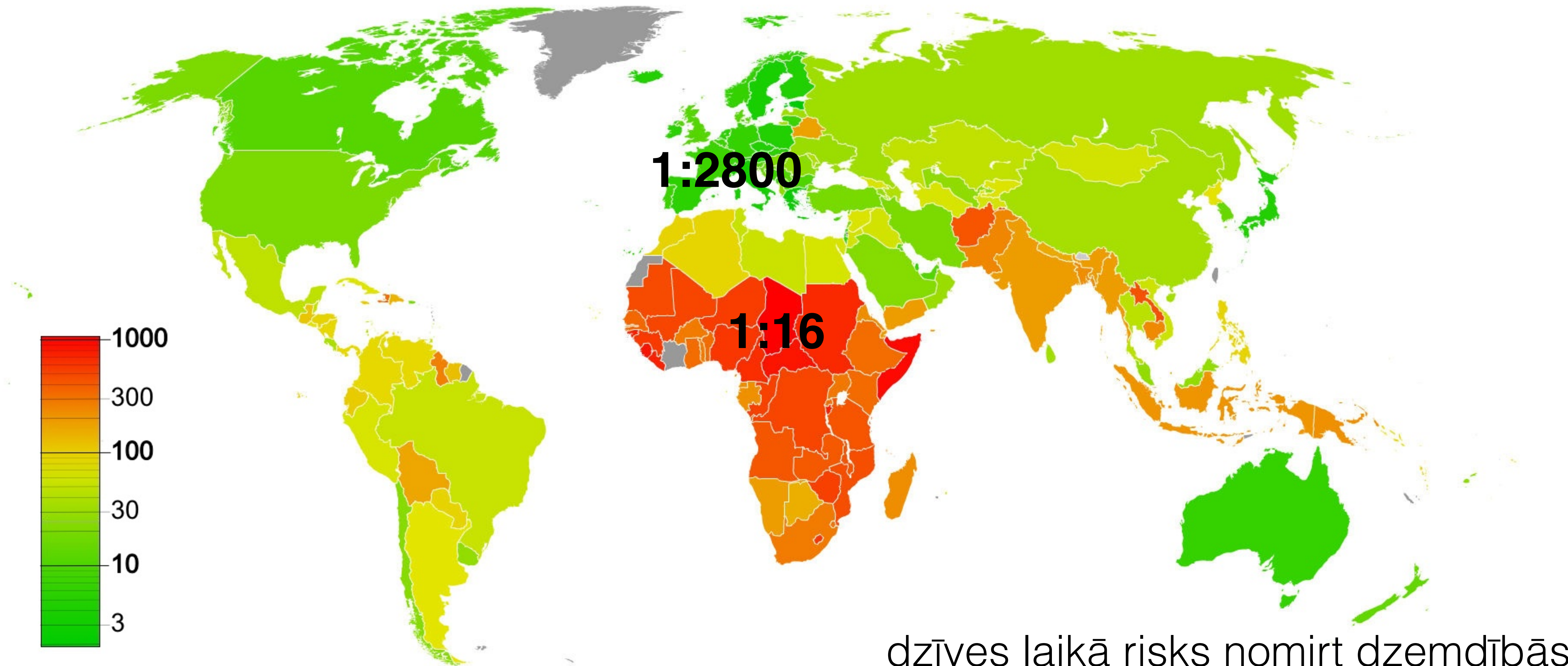
# 1 child in 8 dies

before  
his or her fifth  
birthday.



# 300.000.000

# Mātes mirstība



dzīves laikā risks nomirt dzemdībās

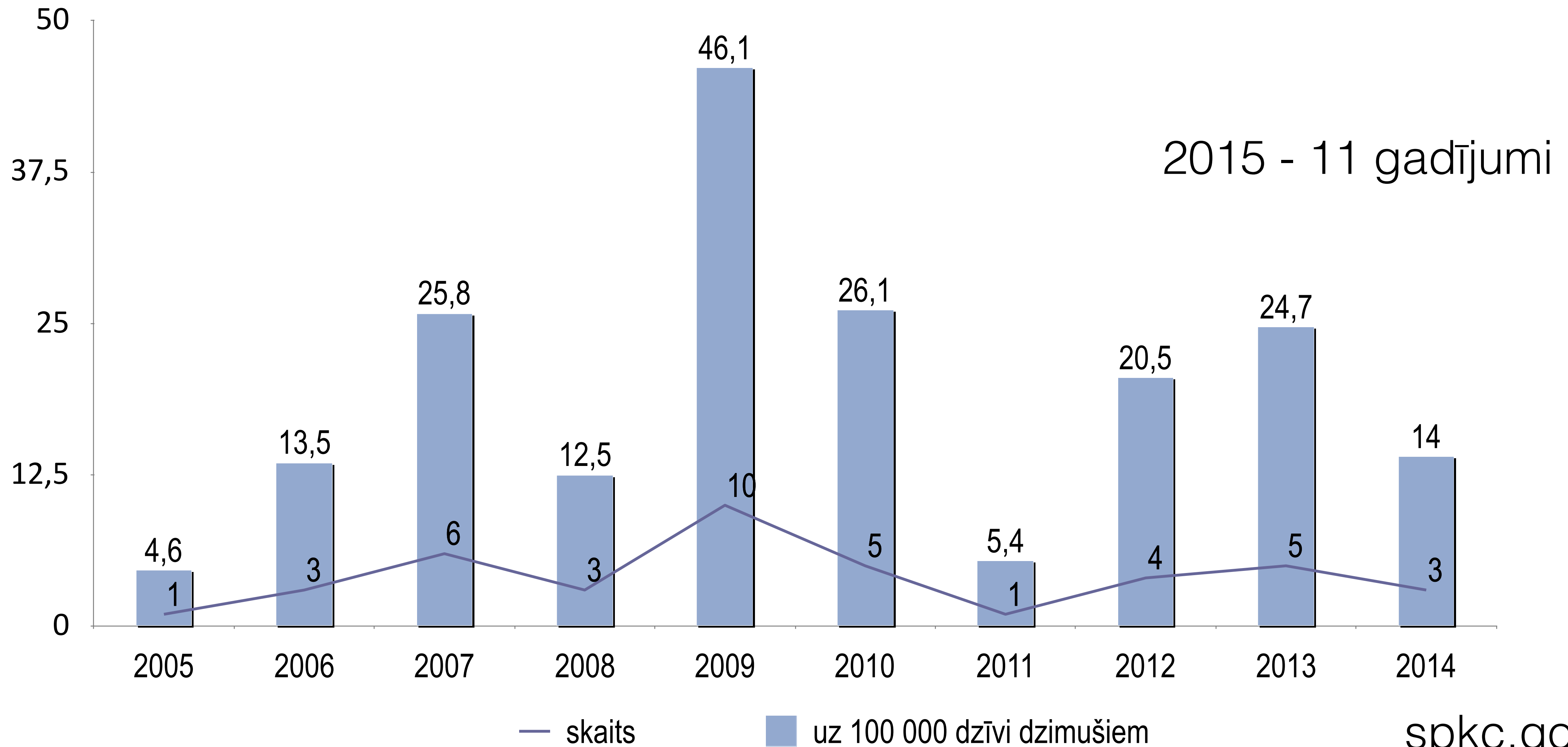
# Bez medicīniskas aprūpes

- Mātes mirstība palielinās 87 reizes
- Perinatāla mirstība 2.5 reizes

Faith Assembly Group



# Mātes mirstība Latvijā



Riska faktoru identifikācija ir  
drošības pamats

Mātes slimības	Placentas patoloģija	Augļa patoloģija	Citi faktori
Hipertireoidisms	Antifosfolipīdu sindroms	Samazināts augļa kustīgums	IVF grūtniecība
Simptomātiska hemoglobīnopātija	Sistēmisks <i>lupus erythematosus</i>	Mazūdeņainība	Iepriekš nedzīvs dzimis jaundzimušais
Cianotiska sirdskaite	Paaugstināts asinsspiediens (t.sk. Primāra arteriāla hipertensija)	Daudzūdeņainība	Iepriekš priekšlaicīga placentas atslāņošanās
Hroniska nieru slimība	Trombofīlija	Intrauterīna augļa augšanas aizture (kura nav saistīta ar placentas patoloģiju)	Teratogēno faktoru iedarbība
I tipa cukura diabēts	Izteikta placentas patoloģija	Pārnēsāta grūtniecība	
Izteikta dzemdes patoloģija	Novirzes <i>a. umbilicalis</i> doplerometrijas izmeklējumā	Izosensibilizēta grūtniecība	
Novirzes <i>a. uterina</i> doplerometrijas izmeklējumā		Daudzaugļu grūtniecība	
		Liels augļa svars	
		Augļa patoloģija / aneiploīdija	

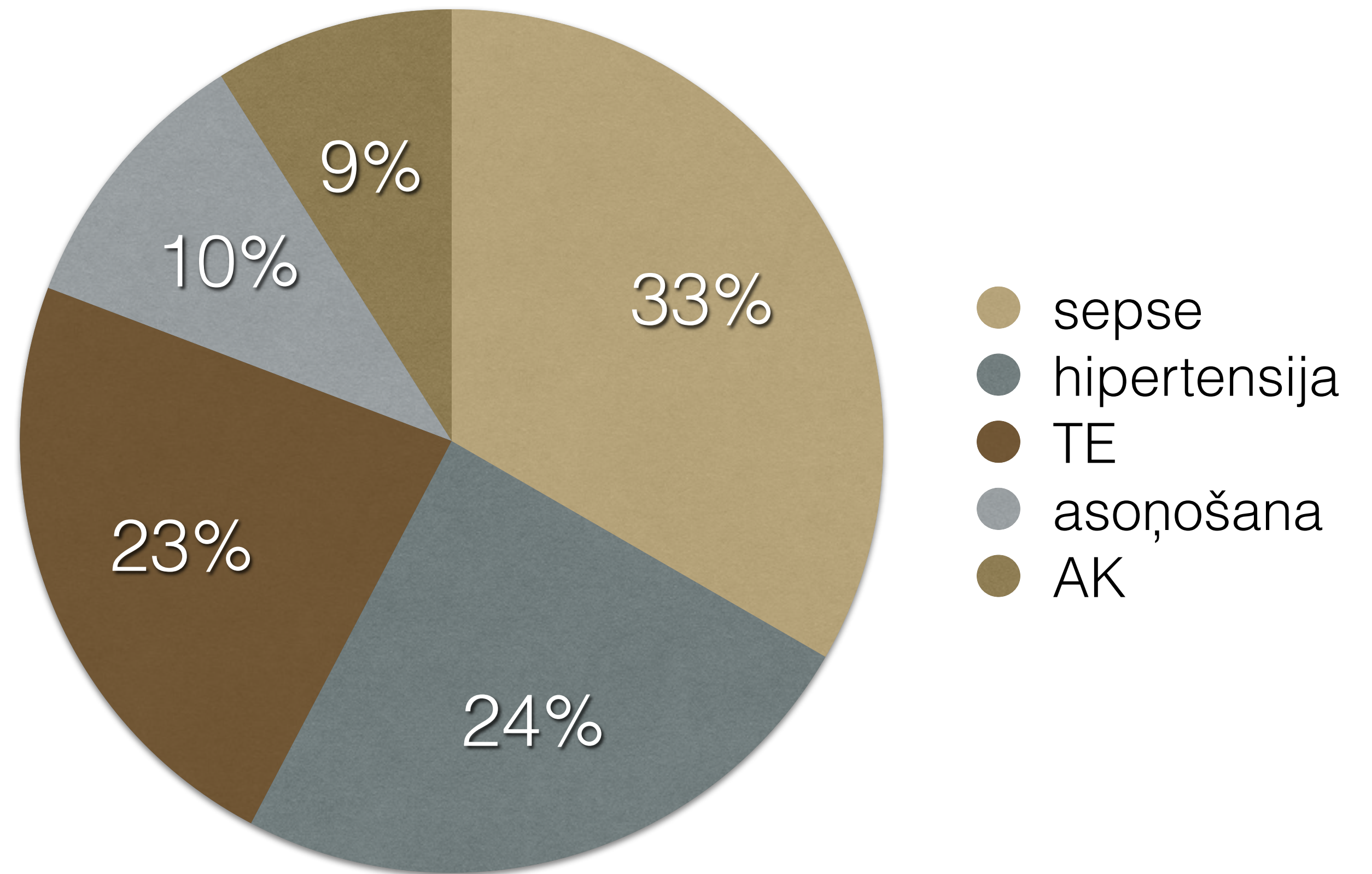
# Kam ir vislielākais risks?

- mātes vecums - const līdz 34 g.v.; >35-x2; >40-3x
- aptaukošanas - 22% KMI 25-29.9; 27% KMI >30
- socio-ekonomiska riska grupa
- bez antenatālas aprūpes
- melnādainas sievietes

# Tieša MM

**44% aprūpe neatbilst standartiem**

- sepse
- hipertensija
- trombembolisms
- asiņošana
- anestēzijas komplikācijas
- augļa ūdens embolija



# Netieša MM

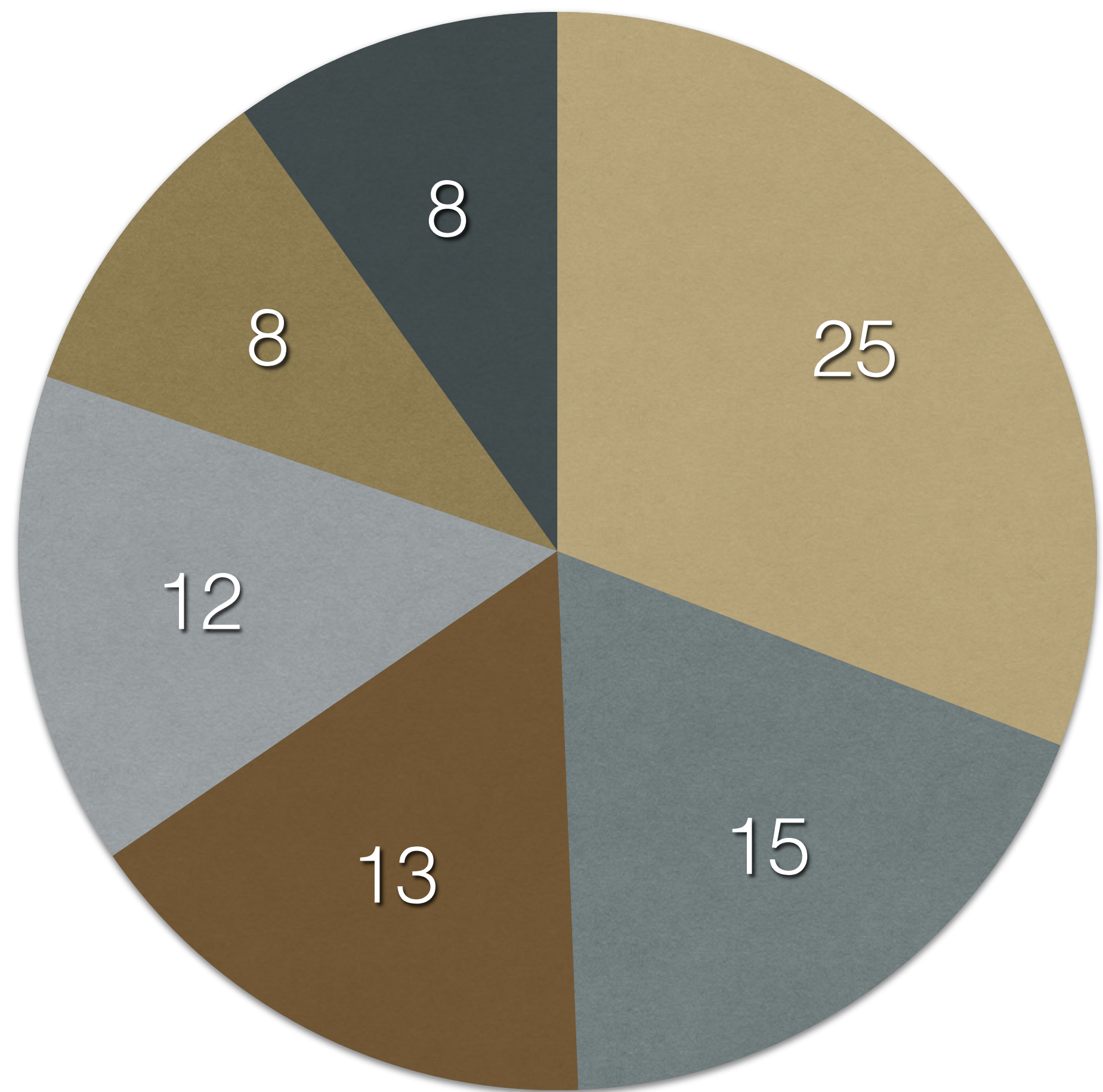
**31% aprūpe neatbilst  
standartiem**

- sirds - asinsvadu saslimšanas - galvenais MM cēlonis UK
- psihiatriska saslimšana (suicīds)
- citas saslimšanas - epilepsija (pārtrauc lietot medikamentus)
- komunikācijas trūkums starp speciālistiem

# Nejauša MM

- ceļu negadījumi - drošības josta
- vardarbība no partnera - manifestējas vai pasliktinās grūtniecības laikā

# PVO MM

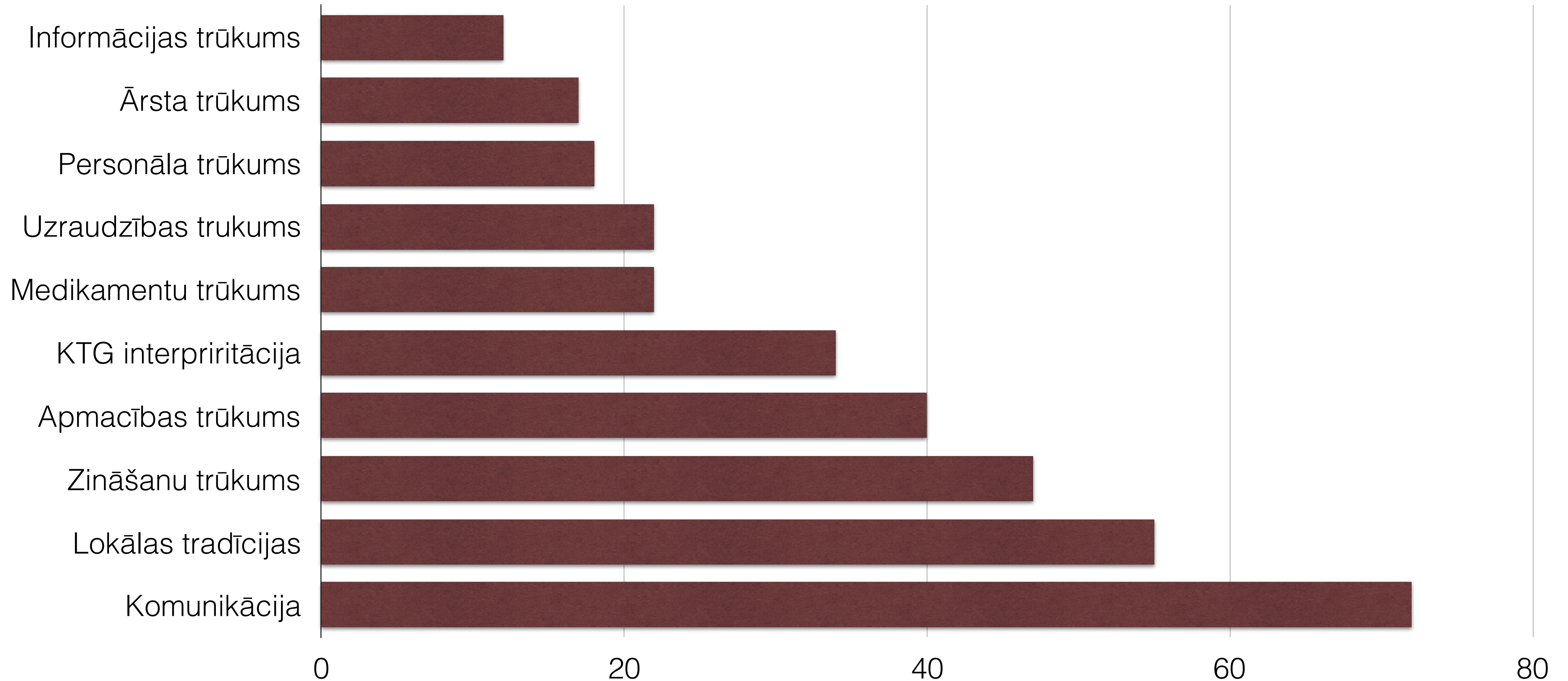


- asiņošana
- sepse
- aborts
- PE/E
- ieilgušas dzemdības
- citi
- netieša MM



Pacientu drošība dzemdniecībā

# Root causes of perinatal sentine events - The Joint Comission, 1995-2004



“Neizdevusies sazināšanās ir galvenais pacientu nāves, fiziskas vai psiholoģiskas traumas iemesls (nav saistīts ar slimības gaitu) pēdējo 10 gadu gaitā.”

–ASV Joint Commission

# Pacientu drošību palielina

- aprūpes kvalitātes iekšējais un ārējais audits
- medicīnas aprūpes protokoli un vadlīnijas
- kontroles lapas (okситocīns, indukcija, S.C., VTE profilakse)
- konfidenciāla kritisko gadījumu analīze
- multidisciplināras komandas simulācijas trenēšanā darba vidē
- KTG sertifikācija

# Nelabvēlīga iznākuma indikatori

- APGAR < 7 piektajā minūtē
- Asins pārliešana
- Dzemdību trauma auglim
- Intranatāla/perinatāla mirstība > 2500g
- Mātes mirstība
- Mātes ārstēšana ITN
- Mātes atpakaļ pārvešana operāciju/dzemdību zālē
- Negaidīta pārvešana JITN > 2500g
- Dzemdes *ruptura*

# Aprūpes kvalitātes iekšējais un ārējais audits



# Cilvēciskie faktori

- netehniskas prasmes (NTP)
- nav saistīti ar klīnisko prasmju tehniku un personālo izpildi
- nav saistīti ar iestādes tehnisko un instrumentālo ekipējumu
- optimizētas attiecības starp cilvēkiem un iestādes resursiem

# Netehniskas prasmes

- kognitīvas un sociālas prasmes nepieciešamas klīniskas rīcības izpildei
- ietver sevī prasmi pieņemt lēmumu un komandas darbu



“Netehniskas prasmes nozīmē specifiskas cilvēka kompetences, proti lēmuma pieņemšana kritiskajā situācijā, komandas savstarpēja sazināšanas, situācijas apzināšanas un darba pienākumu sadalē, kas var samazināt cilvēciskas kļūdas.”

–Gareth McGraw

# NTP klasifikācija

- situācijas apzināšanas
- lēmuma pieņemšana
- komandas darbs un savstarpēja sazināšanas
- profesionālas attiecības ar pacienti
- individuāla profesionāla uzvedība

Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i80–4.

# Kognitīvas NTP

- situācijas apzināšanas
- lēmuma pieņemšana - svarīgāka klīnicista prasme

Croskerry P. The theory and practice of clinical decision-making. Can J Anaesth 2005;52:R1–8.

# Sociālas NTP

- komandas darbs un savstarpēja sazināšanas
- profesionālas attiecības ar pacienti
- individuāla profesionāla uzvedība

Īpaši svarīgi jauniem profesionāļiem, var iegūt ātrāk vai vēlāk

# NTP šķēršļi

- zināšanas
- profesionāla apzināšanās
- hierarhija
- dzimums
- komandas struktūra
- valoda un komunikācija - pamata problēma

# Komandas zināšanas

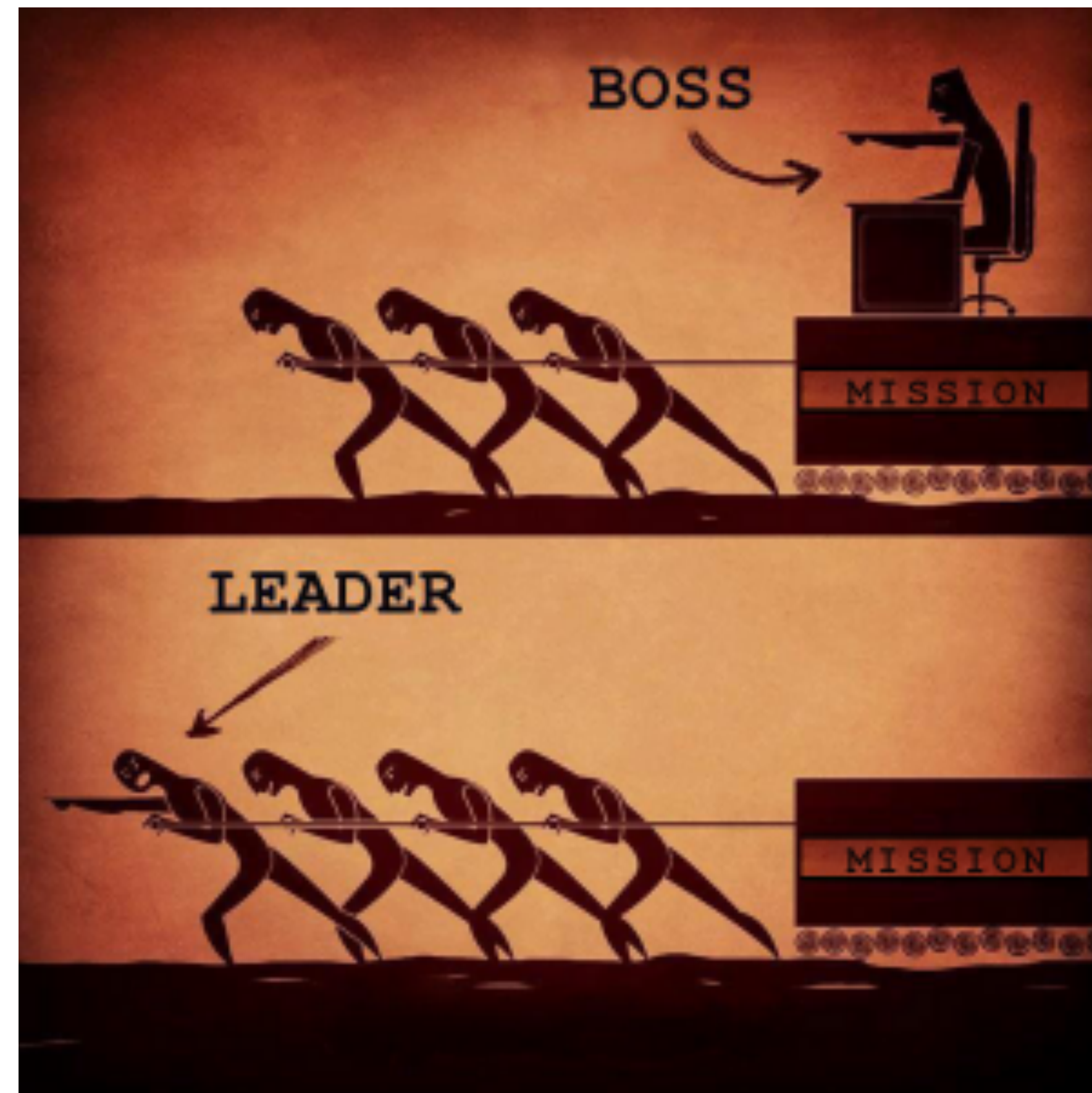
- zināšanu un klīnisko prasmju kompetences daudzveidība
- viedokļu daudzveidība
- iespēja katram izteikt savas domas
- komandas līderis un dalībnieki apzina savas kompetences un vienmērīgi sadala (van Schaik et al 2014)

# Profesionāla apzināšanās

- darbinieku savstarpējas saprašanās
- balstās uz vienotas terminoloģijas un saprašanos
- trūkums noved pie cilvēciskām kļūdām



# Hierarhija



tradicionāla hierarhija var būt šķērslis ideālai klīniskai izpildei



Dzemdību sarežģījumi

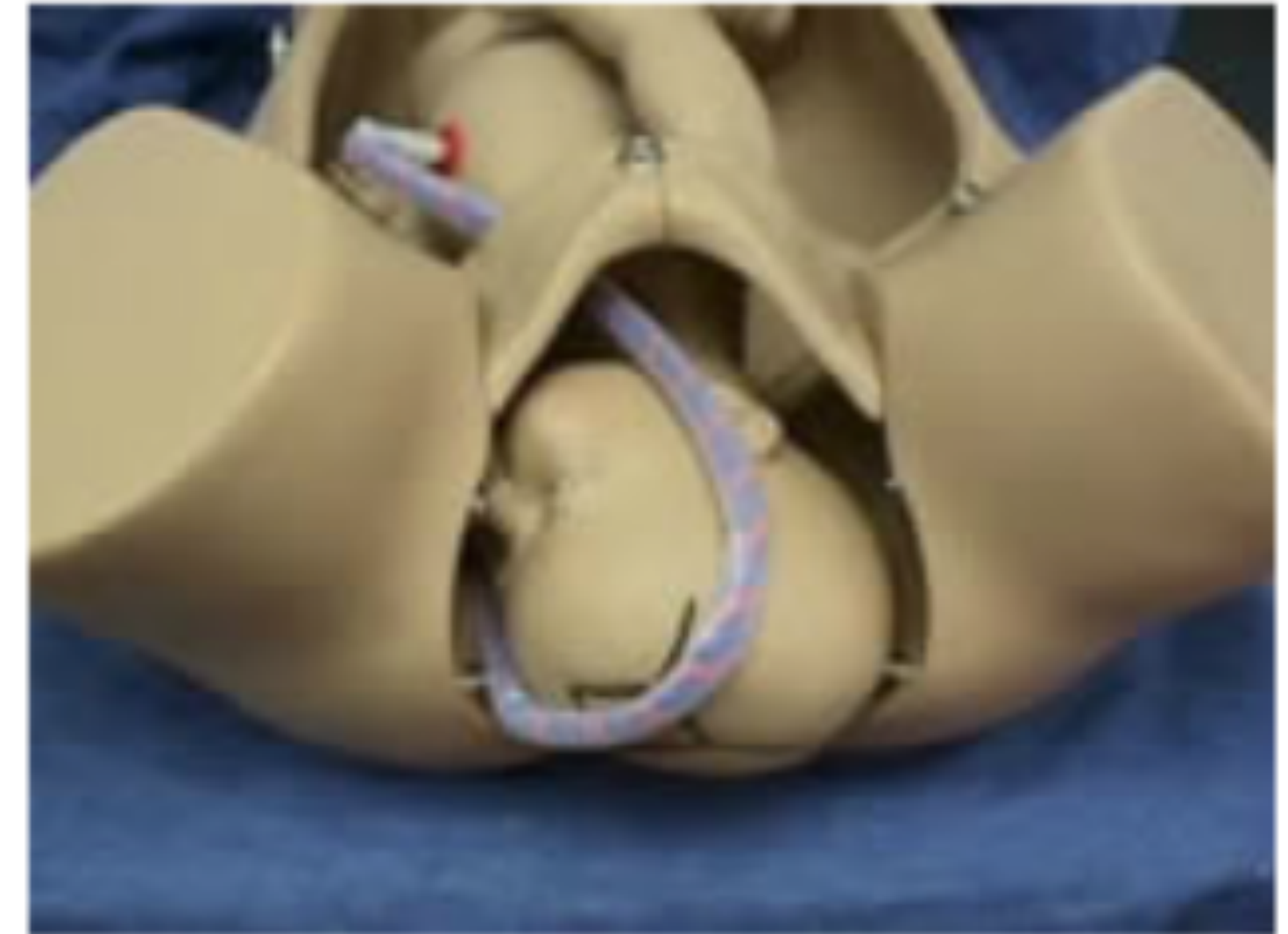
# Cilvēciskie faktori: dzemdību sarežģījumi

- kvalifikācijas trūkums
- dzemdību speciālista komunikācija ar pacientu/partneru un vecmāti/anesteziologu
- situācijas apzināšanās: jābūt gatavam veikt jaundzimušā reanimāciju un pēcdzemdību asiņošanas ārstēšanu plecu distocijas gadījumā
- izvairīties no fiksācijas uz vaginālām dzemdībām: atrisināt, ja dzemdības neprogresē droši

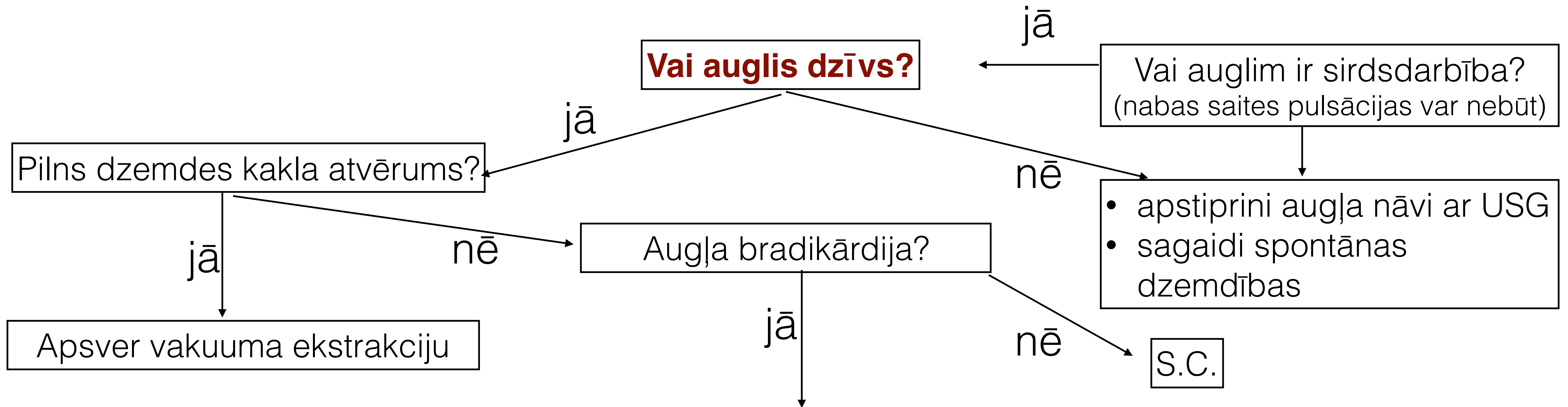
**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Nabas saites izkrišana

- 0.2% dzemdību
- perinatāla mirstība 25-50%
- mehāniska nabas saites kompresija
- nabassaites asinsvadu spazma - augstums, manipulācija



Kamēr apdomā ievietot nabas saiti makstī, vai ietin samitrinātajā ar silto fizioloģisko šķidrumu autiņā



- turpini KTG
- kateterizē urīnpūsli ar Foleja katetru
- piepildi urīnpūsli ar silto fizioloģisko šķidrumu
- pārvēd uz operācijas zāli - laiks SA, ja KTG atļauj
- pārgriežot ādu atbrīvo Foleja katetra spaili, esi gatavs pilnam pūslim vēdera dobumā

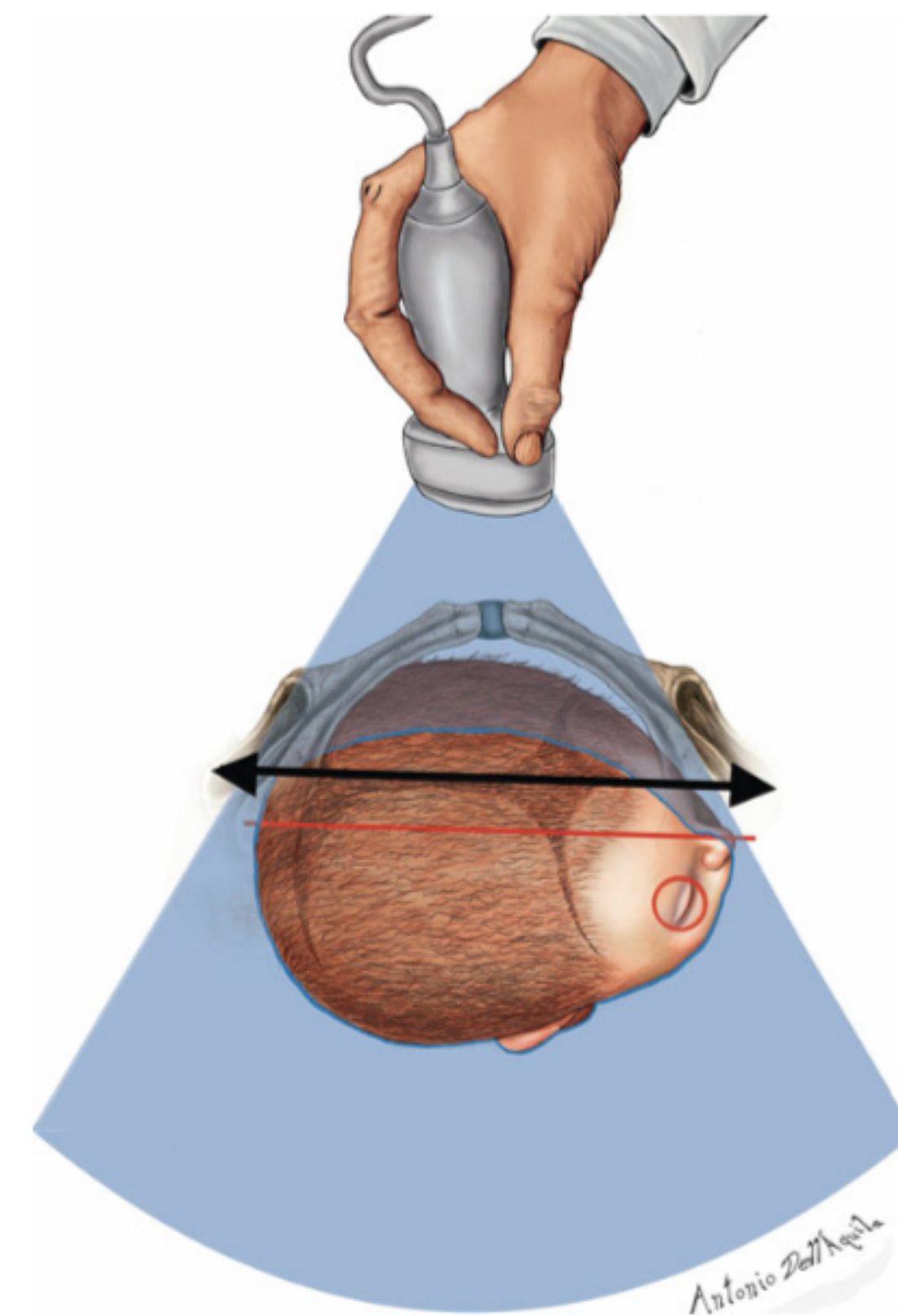
# Operatīvas vaginālas dzemdības

- precīzi jāidentificē augļa stāciju gan vagināli, gan abdomināli
- abdomināli: mazāk nekā 1/5 virs simfīzes
- BPD vizmās *spina ischii* līmeni, nevis mīkstie audi
- pilns atvērums
- augļa apvalki atvērti
- jābūt pārliectībai par pozīciju un veidu



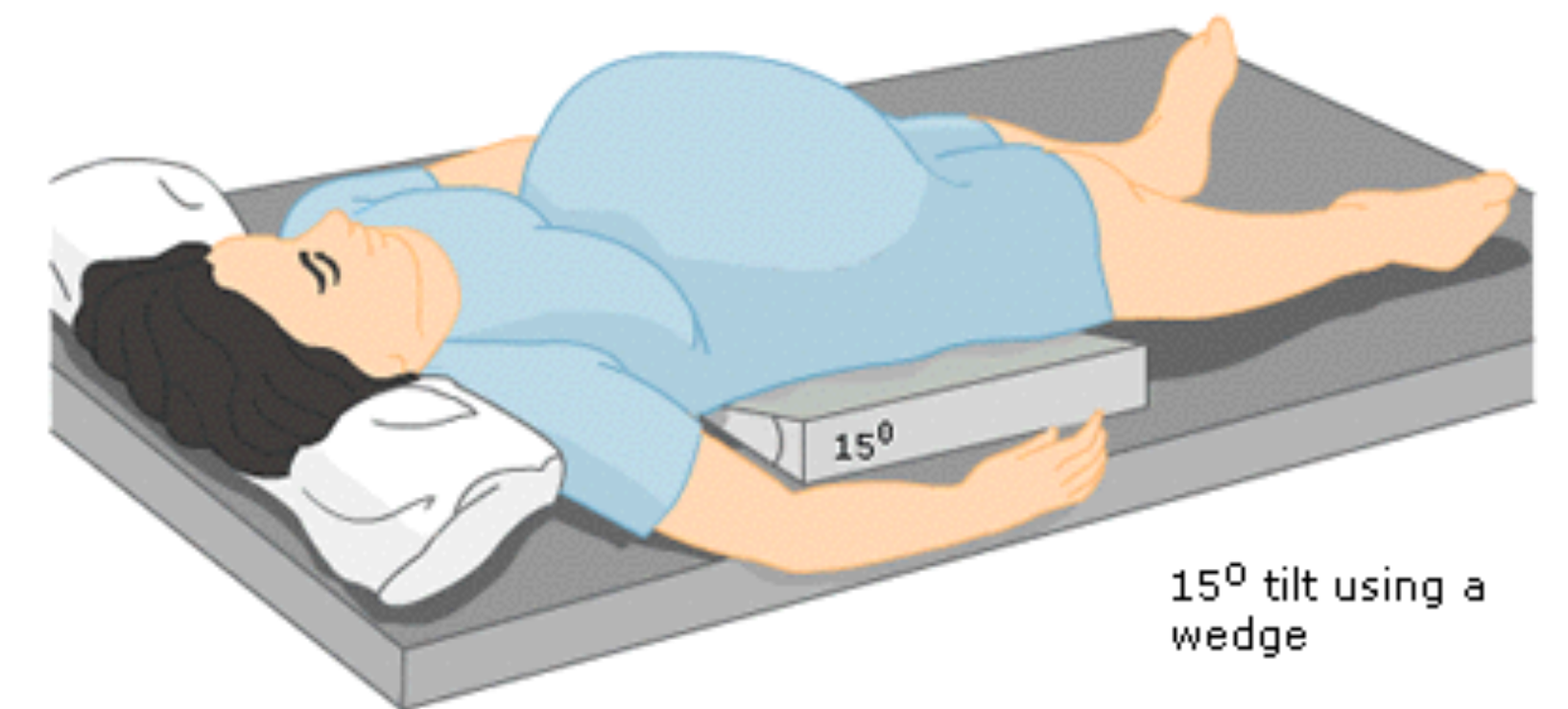
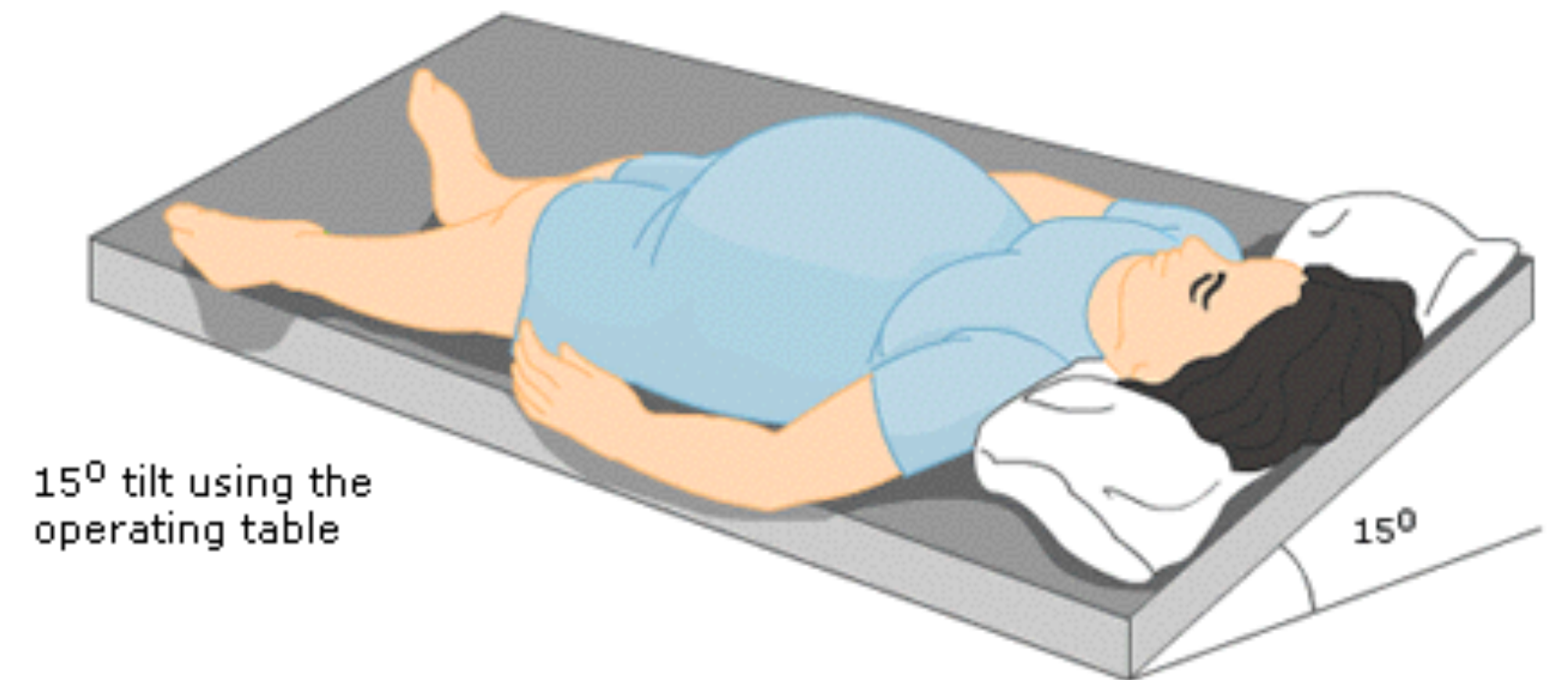
# Nav pārliiecības par pozīciju un veidu...

- iztaustīt ausi
- USG transabdomināli/translabiāli



# OVD drošība

- informēta mātes piekrišana
- atsāpināšana (atkarībā no izēvelētas metodes)
- tukšs urīnpūslis
- minimizēta aorto-kavāla kompresija
- jaundzimušā reanimācija
- prasmīgs operators
- “plāns B”
- esi gatavs plecu distocijai un asiņošanai



# OVD metodes izvēle

## Vakuumekstrakcija

- neatliekama atrisināšana zemu novietotai priekšguļošai daļai
- izejas BPD plaknē
- nav stangu pieredze

## Stangas

- sējas guļa (absolūta kontrindikācija VE)
- galva - tūpļa guļai
- asiņošana no augļa galvas
- < 34. gest. ned. (34.-36. - relatīvā kontrindikācija)
- *caput succedaneum*
- māte nespēj/negrib spiest
- autoimūna trombocitopēnija, hemofīlija...

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**



# Tūpļa guļa

- veikt ārējo augļa apgrozījumu
- samazina dzemdību skaitu tūpļa guļā par 62%
- samazina ķeizargriezienu skaitu par 45%
- iestājas dzemdībās, ir dinamika, paredzamais augļa svars <3500
- dzemdībās jābūt speciālistam ar pieredzi

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Plecu distocija

- 0.15-2% dzemdību
- neprognozējama
- 8% no intranatālas mirstības
- nopietna perinatāla saslimstība: cerebrāla hipoksija, cerebrāla trieka, atslēgas kaula, augšdelma lūzums
- *plexus brachialis* bojājums (laterālas kakla trakcijas!!!)
- pēcdzemdību asiņošana, mātes dzemdību traumatisms

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Plecu distocijas “check-list”



**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Dzemdes inversija

- stipras sāpes vēderā lejas daļā trešajā periodā
- vagināla asiņošana 94%
- šoka aina neatbilst asins zudumam (parasimpatiska stimulācija ar bradikardiju)
- placenta atdalīta/neatdalīta
- makstī ir veidojums
- nevar atrast *fundus uteri*

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Dzemdes inversijas ABC

- skābeklis
- divas I/V pieejas (14-16G)
- atropīns
- nekavējoties digitāla repozīcija
- digitāla repozīcija anestēzijā
- hidrostātska repozīcija
- ķirurģiskas tehnikas
- placentas atdalīšana pēc repozīcijas

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# Dvīņu dzemdības

- pareiza pacientu izvēle
- pirmais auglis galvas guļā
- biamniālie dvīņi
- bihoriālie vai monohoriālie
- esi gatavs pēcdzemdību asiņošanai

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

# S.C. galvas iesprūšana

- sagaidi, kad atslābst dzemde
- necīnies ar dzemdi - augļa galvas traumatizācija, brūces paplašināšana
- tokolīze - 1-2 min - atkārti
- kamēr gaidi dzemdes relaksāciju - rokā ir iegurni, nekustas - stimulē kontrakcijas

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

Dzemdību sarežģījumi

**Regulāra praktiskā  
apmācība!!!**



Grūtniecības/dzemdību izraisīta  
mātes saslimstība

# PE/E RF

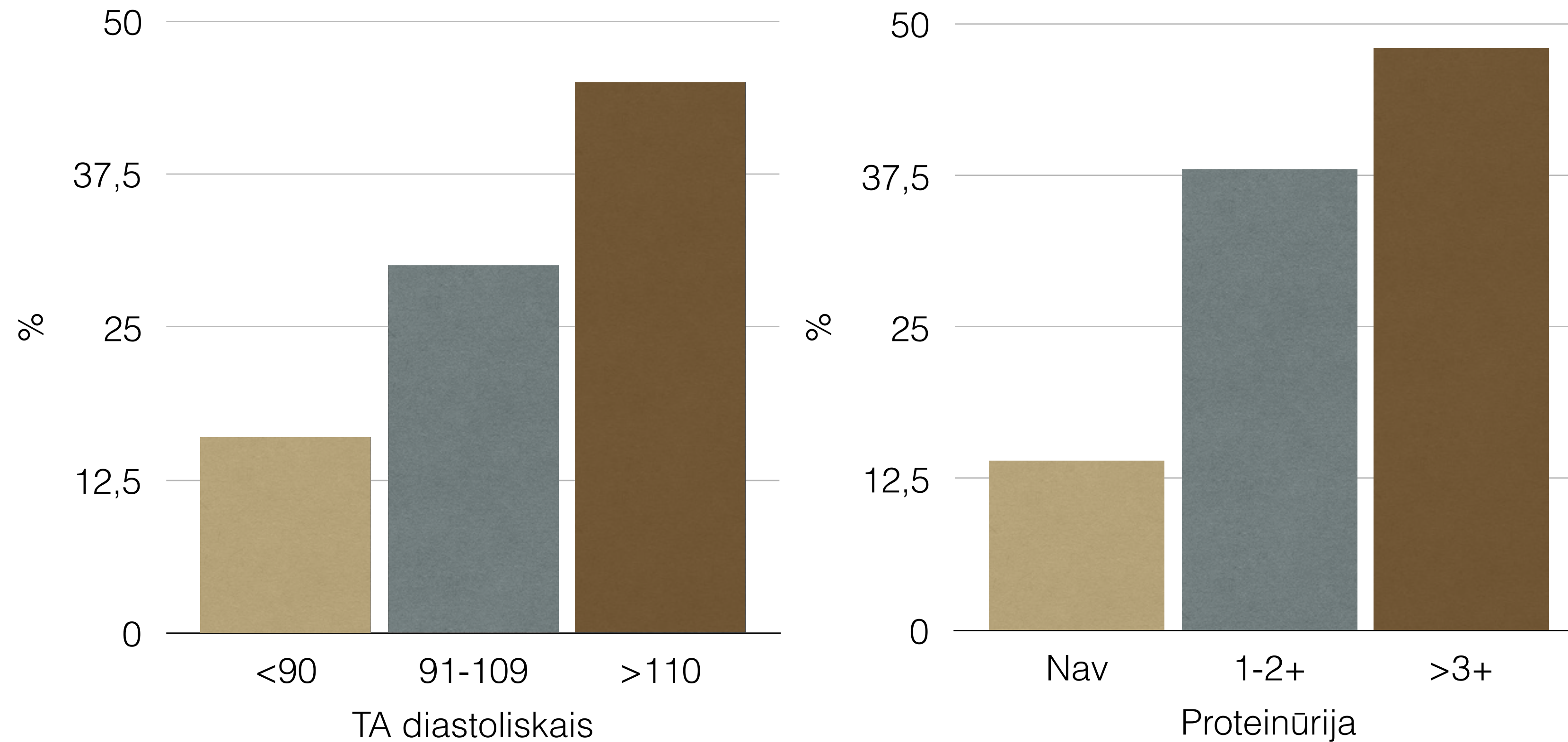
- Pirmā grūtniecība
- Preeklampsija anamnēzē
- Hroniskā hipertensija un/vai hroniska nieru slimība
- Trombofīlija
- Daudzaugļu grūtniecība
- Ārpusdzemdes apaugļošana
- Preeklampsija ģimenes anamnēzē
- CD I un CD II
- Aptaukošanās
- *Lupus erythematosus*
- Mātes vecums >40 gadi
- Grūtniecība no jauna partnera

# Faktori, kas samazina saslimstību un mirstību, kas asociējas ar PE/E

- Riska faktoru identifikācija
- Diagnozes noteikšana
- TA monitorēšana, antihipertensīva terapija
- Mātes un augļa monitorēšana
- Eklampsijas profilakse
- Optimāla dzemdību plāna noteikšana



# Klīniskās atradnes pacientēm ar eklampsiju



*Mattar, Sibai, Am J Obstet Gynecol 2000*

Ap 25% pacienšu ar gestācijas hipertensiju būs preeklampsija

–Johnny Appleseed

# Preeklampsijas diagnostiskie kritēriji

Asinsspiediens	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistoliskais 140 mmHg un/vai diastoliskais 90 mmHg vai &gt; divos mērījumos ar 4 stundu intervālu pēc 20 grūtniecības nedēļas iepriekš normotensīvai sievietei</li><li>• Sistoliskais 160 mmHg un/vai diastoliskais 110 mmHg vai &gt; tad intervāls starp mērījumiem dažas minūtēs</li></ul>
un	
Proteinūrija	<ul style="list-style-type: none"><li>• 300mg/24 stundu urīnā</li><li>• Olbaltuma/kreatinīna atteicība urīna porcijā</li><li>• Testsrēmeļu metode 1+ (citas nav pieejamas)</li></ul>
ja nav proteinūrijas no jauna	radies hipertensija un no jauna radies:
Trombocitopēnija	<100000/mkl
Nieru nepietiekamība	↑ kreatinīns
Traucēta aknu funkcija	↑ ALAT, ASAT
Plaušu tūska	
Cerebrāla simptomātika	

# Smagas preeklampsijas pazīmes

Sistoliskais asinsspiediens 160 mmHg vai > divos mērījumos ar 4 stundu intervālu, ja nav uzsākta antihipertensīva terapija

Diastoliskais asinsspiediens 110 mmHg vai > divos mērījumos ar 4 stundu intervālu, ja nav uzsākta antihipertensīva terapija

Trombocitopēnija <100000/mkl

↑ ALAT, ASAT, persistējošas sāpes labajā paribē vai epigastrijā

Progresējoša nieru nepietiekamība

Plaušu tūska

No jauna radies cerebrāls notikums vai redzes traucējumi

# Smaga PE vai E

Dzemdības 24 stundu laikā



Smaga preeklampsija = eklampsija

RF, TA, simptomi, diagnoze

MgSO<sub>4</sub> bolus 4g i/v 5 minutēs

TA kontrole, antihipertensīva terāpija

MgSO<sub>4</sub> 1g/stundā līdz dzemdībām un 24 stundas pēc

Dzemdību plāns

# Eklampsijas lēkme

- Spontāni pāriet: nevajag antikonvulsantus
- Novērst mātes traumatizāciju
- Skābeklis
- Pulsa oksimetrija
- MgSO<sub>4</sub>
- Persistējoša lēkme - antikonvulsanti

# KTG un lēkme

- Dzemdes hipertonus
- Bradikardija (3-10)
- Variablas / vēlīnas decelerācijas (10-15)
- Kompensatora tahikardija (15)

# Eklampsijas lēkmes vadīšana

1. solis: novērst mātes hipoksiju, nodrošināt elpošanu, cirkulāciju



2. solis: novērst mātes ievainojumu un aspirāciju



3. solis: Gaidīt, kad beigsies lēkme



4. solis: veikt lēkmes profilaksi ar MgSO<sub>4</sub>

# Eklampsijas lēkmes vadīšana

5. solis: novērst hipertensiju, novērst cerebrovaskulāro risku



6. solis: komplikāciju izvērtēšana (DIK, plaušu tūska), stāvokļa stabilizācija



7. uzsāk dzemdību indukciju / dzemdības 24 stundu laikā

# Cerebrovaskulārie riski

- Hipertensīva encefalopātija
- Cerebrālas hemorāģijas
- Sirds mazspēja
- Nieru bojājums
- Placentas atslāņošanās?

# Neatliekamā antihipertensīva terapija

Labetalols	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10-20 mg IV, tad 20-80 mg ik pēc 20-30 min, max deva 300 mg vai</li><li>• 1-2mg/min IV konstanti</li></ul> <p>PO: 200-2,400 mg/dn sadalot 2-3 devas</p>	<p>Pirmā izvēle Kontrindikācijas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• astma</li><li>• sirds slimība</li><li>• sirds mazspēja</li></ul>
Nifedipīns	<p>10-20 mg p/o ik pēc 30 min, tad 10-20 mg ik 2-6 stundām</p> <p>30-120 mg/dn prolongētas formas</p>	<p>Tahikardija Galvassāpes</p> <p>Nelietot sublingvālas formas</p>

# Eklampsija. Dzemdības.

- Indukcija
- Augļa nepatrauktā KTG
- Epidurāla anestēzija
- Dzemdības 24 stundās
- Priekšroka vaginālām dzemdībām (nav indikāciju SC)



# Asiņošanas cēloni dzemdniecībā

## Pirmsdzemdību un dzemdībās:

- *Placenta praevia*
- Placentas atslāņošana
- *Placenta accreta/increta/percreta*
- Dzemdes plīsums
- Koagulopātija

## Pēcdzemdību:

- Dzemdību ceļu trauma
- Placentas un apvalku retence
- Dzemdes atonija
- Dzemdes inversija
- Asinsvadu bojājums S.C. laikā

# *Placenta praevia* RF:

- Placenta praevia anamnēzē
- S.C. anamnēzē
- Daudz dzemdības anamnēzē (>4)
- Mātes vecums >40
- Dzemdies kiretāža anamnēzē
- Smēķēšana
- Asistēta grūtniecība

# Placentas atslāņošanas RF:

- hipertensīvi stāvokļi grūtniecības laikā
- multiparitāte
- > 40 g.v.
- placentas atslāņošanās iepriekšējās grūtniecības laikā
- smēķēšana
- kokaīna, amfetamīna lietošana
- priekšlaicīga augļūdens noplūšana
- strauja intrauterīnā spiediena pazemināšanās (daudzūdeņainība, dvīņu dzemdības)
- leiomioma
- trauma

# Izmaiņas KTG AP gadījumā

## Dzemdes kontrakcijas

- Biežas zemas amplitūdas
- ↑ bazālais tonuss
- Dzemdes uzbudināmība
- Tetāniskas kontrakcijas

## Augļa sirdstoņi

- Nav akcelerāciju
- Samazināta variabilitāte
- Variablas/velīnas decelerācijas
- Bradikardija

# PP un AP salīdzinājums

Pazīme	Placentas priekšguļa	Placentas atslāņošanās
Sāpīga dzemde	reti	Parasti
Arteriāla hipertensija	<5%	25 – 50%
Dzemes kontrakcijas	<25%	>75%
Nepareiza augļa guļa	35%	<5%
Augļa augšanas atpalicība	10 – 15%	>80%

# Dzemdē plīsuma RF:

- DP anamnēzē
- Rēta uz dzemdes (S.C., miomectomija, istmiskā ārpusdzemdes grūtniecība)
- “Kluss” plīsums anamnēzē (kiretaža, histeroskopija)
- Dzemdes tahisistola (hiperstimulācija)
- Dzemdes iestiepums (dvīņi, polihidramnions)
- Operatīvas vaginālas dzemdības
- Daudz dzemdības anamnēzē
- *Placenta percceta*
- Ilgstošas dzemdības ar augļa distociju

# *Placenta accreta* RF

- placentas implantācija apakšējā segmentā,
- placentas implantācija dzemdes rētas vietā
- anamnēzē dzemdes kiretāža

# Asiņošana agrīnā pēcdzemdību periodā

- 500 ml - vaginālas dzemdības
- 1000 ml - ķeizargrieziens
- bieži nav novērtēta - ir lielāka
- >2000 ml - masīva asiņošana

Etioloģija – visbiežākais iemesls asiņošanai agrīnā pēcdzemdību periodā ir dzemdes muskulatūras atonija - 70%.



# Vidējs asiņošanas risks

- Anamnēzē S.C./dzemdes ķirurģija
- Daudzaugļu grūtniecība
- Horionamnionīts
- Pēcdzemdību asiņošanas anamnēzē
- Dzemdes mioma
- Gaidāmais bērna svars >4kg
- Aptaukošanās
- Multiparitāte
- Nekontrolējama arteriāla hipertensija

# Augsts asiņošanas risks

- Priekšguļoša/zemu novietota placenta
- Placentas priekšlaicīga atslāņošanas
- Aizdomas par *placenta accreta*
- Asiņošana iestāšanas brīdī
- Zināma koagulopātija
- Ht <30
- Tr <75000
- Fibrinogēns < 2g/l
- Aknu darbības traucējumi

# Preventīvie pasākumi visām pacientēm

- **ASINS GRUPA + RH FAKTORS + ANTIVIĒLU SKRĪNINGS - MĀTES PASĒ ORIGINĀLS!!!**
- Oksitocīns 10 SV i/m - **VISĀM PACIENTĒM** VD
- Oksitocīns 5 SV i/v piecu min laikā S.C.
- ārējā dzemdes masaža
- IV pieeja?

# Preventīvie pasākumi - vidējais risks

- i/v pieeja
- Rh fenotips

# Preventīvie pasākumi - augsts risks

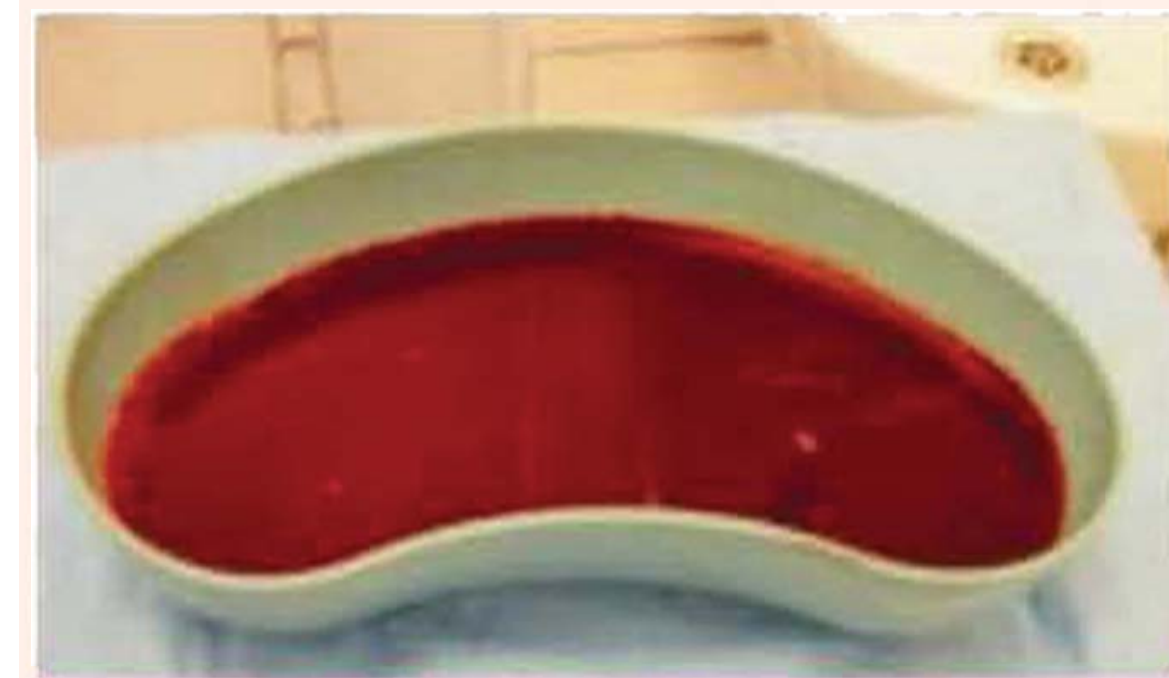
- Rh fenotips
- saderināt 2 EM
- i/v pieeja 16G



soiled sanitary towel  
**30ml**



incontinence pad  
**250 ml**



full kidney dish  
**500 ml**



saturated small swab (10x10cm)  
**60 ml**



saturated swab (45x45cm)  
**350 ml**



blood spilling on bed  
**1000 ml**



saturated sanitary towel  
**100 ml**



floor spill (100cm diameter)  
**500 ml**



blood spilling to floor  
**2000 ml**

	Klīniskie simptomi	Vispārējie/operatīvie pasākumi	Medikamenti
<b>Saukt palīgā!</b> Pieaicina ginekologu dzemdību speciālistu un maiņas atbildīgo vecmāti. Terapijas pasākumi veicami paralēli. <b>Saskaņots komandas darbs. Precīza uzskaitē un dokumentācija!</b>			
1. S O L I S	<p><b>Vagināla asiņošana</b> &gt;500 - 750 ml pēc vaginālām dzemdībām, &lt; 15% cirkulējošo asiņu &gt; 1000 ml pēc Sectio Caesarea</p> <p><b>Hemodinamika stabila</b></p> <p>(P&lt;100,SpO2 – N, TA- N, elpošana 14 -20x min, diurēze- 30 un&lt; ml/h, nemiers)/ <b><u>Uzmanību! Asins zuduma nenovērtēšana!</u></b></p> <p><b>Svērt un mērīt asins zudumu un izmantoto materiālu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 2 i/v pieejas( vismaz viena ar liela izmēra (Nr.14 vai Nr. 16 katetru);</li> <li>&gt; Vitālo funkciju monitorēšana (P,TA,SpO2),</li> <li>&gt; Asins paraugi analizēm un saderībai, pārbaudīt asins komponentu pieejamību</li> <li>&gt; urīnpūšļa kateterizēšana;</li> <li>&gt; <i>O2 inhalācijas10- 15 L/min</i></li> <li>&gt; <i>novērst pacientē hipotermiju, izvērtēt mentālo statusu</i></li> </ul> <p><b><u>Ātri identificēt asiņošanas iemeslu( 4 T)</u></b>  <b><u>T (Tone)- dzemdes tonusa pārbaude- mehāniski/ fizikālie uterotoniskie pasākumi</u></b>  <i>(krioterapija (ledus pūslis uz dzemdes),ārvējā dzemdes masāža, bimanuāla dzemdes kompresija</i>  <b><u>T (Tissue) -placentas audu un augļa apvalku daļēja aizture dzemdes dobumā- placentas makroskopiska apskate, USG</u></b>  <b><u>T (Trauma) – dzemdību ceļu traumatisms- dzemdību ceļu apskate Per speculam, sašūšana</u></b>  <b><u>T(Trombin)-koagulācijas traucējumi- koagulogiskie izmekējumi</u></b></p>	<p>i/v uzsākt kristaloīdu infūziju (Ringera lakt., S.NaCl 0,9%, )</p> <p><b>Oxytocin</b> 5 DV i/v bolus un 10- 40 DV i/v infūzs ar S. Nacl 0,9% -500 ml;</p> <p>ja terapija nav efektīva- <b>Methergyn</b> 0.2 mg i/m vai <b>leni</b> i/v,</p> <p>ja turpinās stipra asiņošana- pāriet uz 2. soli;</p> <p>ja uterotoniskais efekts nepietiekošs- <b>Misoprostol</b> (Cytotec) ± 800 mkg (4 x 200mkg) sublingvāli vai rektāli</p>
<b>Pieaicina anesteziologu, atbildīgos speciālistus (anesteziologs, atbildīgais dežūrārst, DzC virsārst) Operāciju zāle gatavībā!</b>			
2. S O L I S	<p><b>Asins zudums &gt; 750 – 1500 ml</b> &lt; 15- 30 % cirkulējošo asiņu</p> <p><b>Asiņošana turpinās</b> <b>Hemodinamika stabila</b> P&gt;100, TA- N vai pazemināts, SpO2 – pazemināts, elpošana 21 -30 x min, diurēze- 21- 30 ml/h, neliels uzbudinājums)</p>	<p>Pie aizdomām par placentas audu retenci vai dzemdes plīsumu– dzemdes dobuma manuāla revīzija; dzemdes dobuma instrumentāla revīzija(vēlams USG kontrolē)</p>	<p>KR/KO infūzija (75%/25%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Asins paraugus nogādāt laboratorijā</li> <li>&gt; Ja asiņošana turpinās, pasūtīt Er masu un SSP;</li> </ul>
<b>Pieaicina atbildīgos speciālistus (DzC vadītājs, anestezioloģijas bloka vadītājs)- pacienti pārvest uz operāciju zāli</b>			
3. S O L I S	<p>Asins zudums &gt; 1500 ml – 2000ml, 31-40% cirkulējošo asiņu Pacienta hemodinamika stabila vai hemorāģiskā šoka pazīmes (P&lt;120, TA- pazemināts, SpO2 pazemināts, elpošana 31 -40x min, diurēze- 5-19ml/h, uzbudinājums, apziņas traucējumi)</p>	<p>Iepriekš minētā terapija neefektīva un asiņošana turpinās <b>Intrakavitāra tamponāde</b> ( ar Bakri balonu vai Foley katetriem (ievadīt vairākus).</p> <p>Ja asiņošana turpinās pēc intrakavitārās tamponādes vai pēc Bakri balona deblokādes- <b>ķirurģiska terapija</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Pasūtīt Er masu un SSP;</li> </ul> <p>(sk. <i>Rīcības algoritms masīvas asiņošanas gadījumā</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; sākt hemotransfūziju</li> </ul> <p>(rekomendē – Er 20%,SSP- 30%, KR- 30%, KO- 20%)</p> <p>Vitālu indikāciju dēļ, ja sākotnēji nav pieejamas saderīgas grupas asinis, hemotransfūziju <b>sāk ar O grupas Rh negatīvu Er. masu</b></p> <p>Hemotransfūzijas mērķa kritēriji  Hb ir 7-9g/dl. (8);  trombocītu skaits &gt; 50x 10<sup>9</sup>/l  fibrinogēns &gt; 1.0 g/l  aktivētā protrombīna laiks (APTL) &lt; 1.5 no normas  protrombīns &lt; 1.5 x no normas  pH- 7,2  T&gt;35C  Calcium &gt;0,8 mmol</p> <p><b>Desmopressin (octostim)</b> – deva – 0,3 mkg/ kg s/c vai i/v atšķaidījumā ar Sol.NaCl 0.9% - 30 min. laikā.  <b>Fibrinogen-</b> 2-4 g</p>
<b>Pieaicina papildus speciālistus – galvenais speciālists, operatīvā medicīnas dienesta speciālisti – ginekologs, reanimatologs,)</b>			
4. S O L I S	<p>Asiņošana turpinās un/vai <b>nestabila hemodinamika</b> (P&gt;140, TA- pazemināts, SpO2 – pazemināts, elpošana &gt;40 x min, diurēze- oligo/anuria, apziņas traucējumi) <b>Asins zudums &gt; 2000 ml</b> &gt;40% cirkulējošo asiņu</p>	<p>Laparotomia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b><u>Konservatīvā ķirurģiskā terapija-</u></b></li> <li>• hemostatiskās dzemdes kompresijas šuves-B- Lynch, Hayman u.c.,</li> <li>• aa.uterinae un aa. Iliacae liģēšana</li> <li>&gt; <b><u>Ultima ratio – Hysterectomy</u></b></li> <li>&gt; <b><u>Vitālu indikāciju dēļ izvērtēt pacientē stāvokli un transportēšanas iespējas uz specializētu plaša profila stacionāru (invazīvās radioloģijas veikšanai, specializētai reanimācijas aprūpei)</u></b></li> </ul>	<p>Turpina zaudēt asins apjoma atjaunošanu (rekomendē – Er 20%,SSP- 20%, KR- 40%, KO- 20%) Asinsriti stabilizējoša terapija un pasākumi</p>

# VTE riska izvērtēšana

- vēlams dokumentēta
- plānojot grūtniecību
- stājoties uzskaitē
- hospitalizācijas brīdī
- pēc dzemdībām



# VTE profilakse

- Hidratācija
- Agrīna aktivizēšana
- Kompresijas zeķes, pārejoša pneimatiska kompresija
- MMH - atkarība no pacientes svara stājoties uzskaitē

# MMH - dzemdības

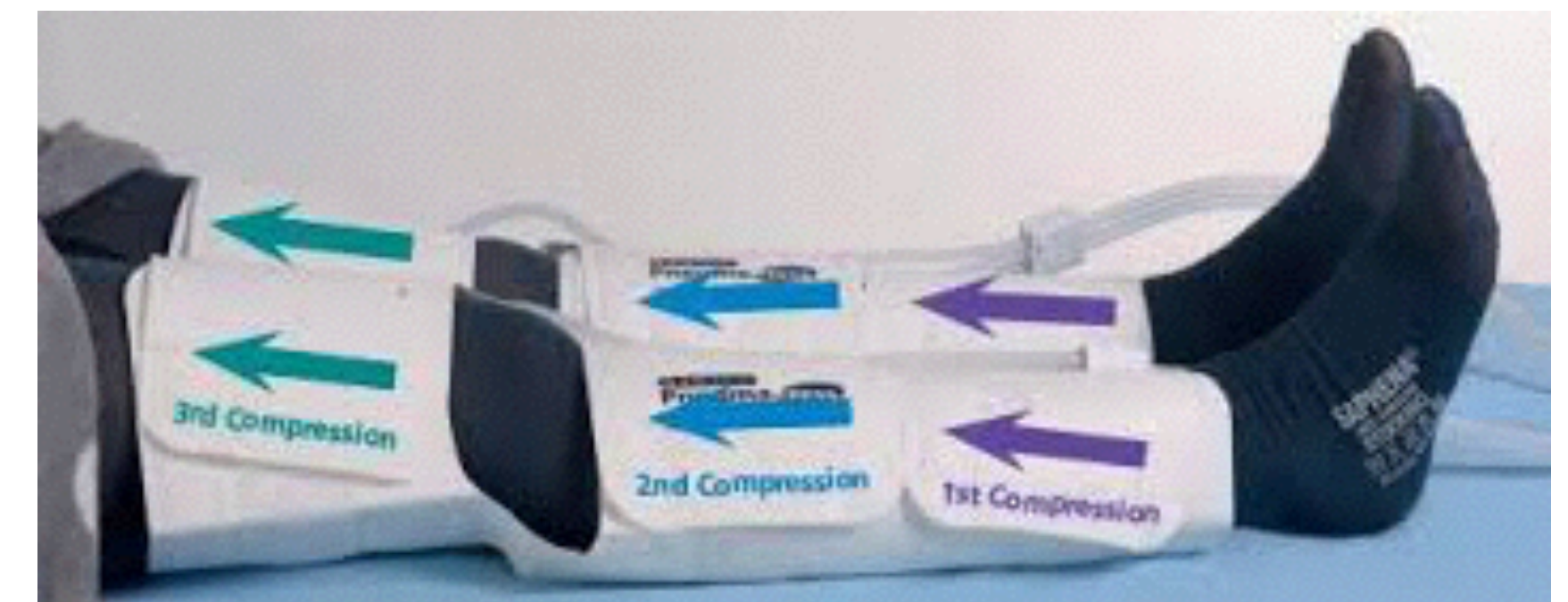
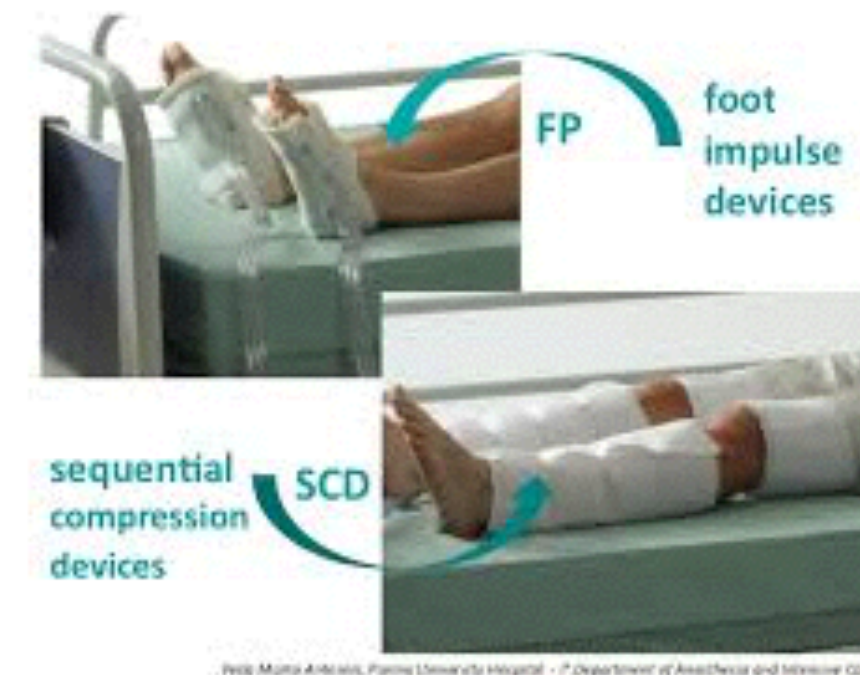
- pārtraukt līdz ar dzemdes darbības uzsākšanos
- uzsākt pēc dzemdībām agrīni
- pārtraukt, ja asiņaini izdalījumi
- reģionāla anestēzija - 12 stundas pēc pēdējas devas (24 st, ja terapeitiska deva)
- plāna S.C. - pārtraukt dienu pirms S.C., indukcija - *idem*
- EA, SA, S.C. dzemdības - uzsākt pēc 12 stundām
- turpināt 6 nedēļas

# Pēcdzemdību profilakse 7-10 dienas

Zināma augsta riska trombofīlija	3
Nopietna sistēmiska slimība (vēzis, sirdskaite, aktīva SSV, iekaisīga poliartropātija vai iekaisīgas zarnu slimības, nefrotiskais sindroms, I tipa diabēts ar nefropātiju, sirpjveida šūnu slimība, iv narkotiku lietošana pašreizējā brīdī)	3
Vecums virs 35 gadiem	1
Aptaukošanās (KMI kg / m <sup>2</sup> iestājoties)	1 = ja KMI > 30 2 = ja KMI > 40
Paritāte ≥ 3	1
Smēķēšana	1
Izteikta vēnu varikoze	1
Preeklampsija	1
Neplānots ķeizargrieziens dzemdībās	2
Plānots ķeizargrieziens	1
Dzemdību stangu lietošana	1
Ieilgušas dzemdības (> 24 stundām)	1
Pēcdzemdību asiņošana >1000 ml vai transfūzija	1
Priekšlaicīgas dzemdības <37 nedēļas	1
Nedzīvi dzimis auglis	1
Imobilizācija, dehidratācija	1
Ķirurģija grūtniecības laikā vai ≤ 6 nedēļas pēc dzemdībām, izņemot tūlītēju starpenes sašūšanu pēc dzemdībām	3

# MMH un asiņošana

- antenatāli - hematologa konsultācija
- asiņošana antenatāli vai dzemdībās
- koagulopātija
- progresējoša hematoma
- pēcdzemdību asiņošana
- uzsākt pēc atrisināšanas (12 stundas)





# VENOZĀS TROMBOEMBOLIJAS (VTE) RISKA NOVĒRTĒŠANA UN TAKTIKA PĒCDZEMDĪBU PERIODĀ (skatīt MAP-13/DZ)

Paciente \_\_\_\_\_ (Vārds, uzvārds) \_\_\_\_\_ (personas kods)

## RISKA FAKTORU IZVĒRTĒJUMS

Riska faktori	Punkti
Neplānots ķeizargrieziena dzemdībās	2
Zināma trombofīlija	2
Aptaukošanās (KMI > 40 kg/m <sup>2</sup> )	2
Ilgstoša hospitalizācija	2
Nopietnas sistēmiskas slimības / IV narkotiku lietošana	2
Vecums virs 35 gadiem	1
Aptaukošanās (KMI > 30 kg/m <sup>2</sup> )	1
Paritāte ≥ 3	1
Smēķēšana	1
Plānots ķeizargrieziena	1
Jebkura ķirurģiska iejaukšanās pēc dzemdībām	1
Izteikta vēnu varikoze	1
Esoša sistēmiska infekcija	1
Mazkusīgums > 3 dienas / ceļojums > 4 stundām pēdējās 2 nedēļās	1
Preeklampsija	1
Dzemdību stangu lietošana	1
Ieilgušas dzemdības (> 24 stundas)	1
Pēcdzemdību asiņošana (> 1000 ml) vai asins pārliešana	1
<b>Summa:</b>	

## NOZĪMĒJUMI

1	Agrīni aktivizēt pacienti – celties 2 stundas pēc dzemdībām / 4 stundas pēc ķeizargrieziena.	jā / nē
2	Normāls uztura režīms pēcdzemdību / pēcoperācijas periodā	jā / nē
3	VTE riska faktoru punktu summa ≥ 2 – apsvērt VTE profilaksi ar MMH vismaz 7 dienas (tabula)	jā / nē
4	VTE anamnēzē / pirms dzemdībām saņēmusi MMH – turpināt MMH 6 nedēļas	jā / nē

## Dalteparīna profilaktiskās devas pēc pacientes svara

Pacientes svars pirms grūtniecības (kg)	Dalteparīns (Delteparinum natrium) Fragmin® (SV) 1x dienā SC
< 50	2500
50 – 90	5000
91 – 130	7500
131 – 170	1000
> 170	75 SV / kg / d

Ārsts – ginekologs: \_\_\_\_\_  
MBAN vecmāte: \_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_

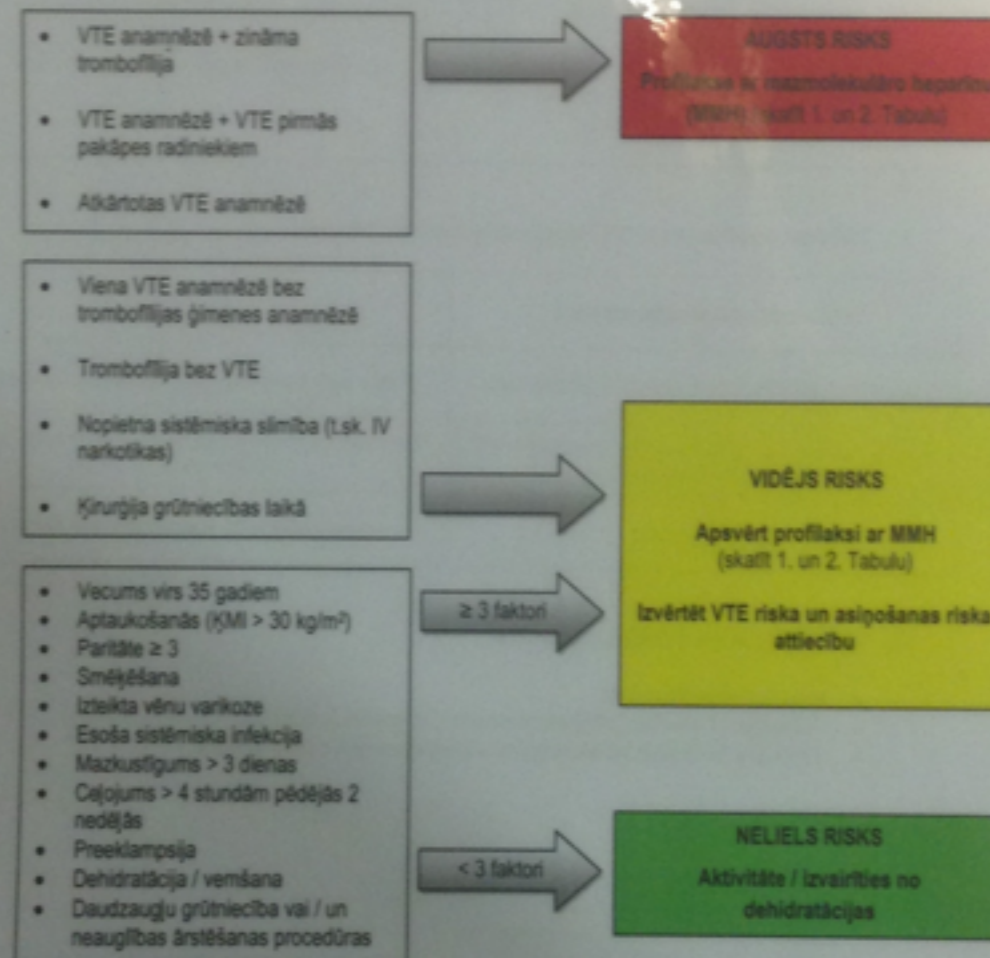
Medicīniskās aprīpes protokols		ID	MAP-13DZ
Venozās tromboembolijas riska novērtēšana un taktika dzemdniecībā		Versija	03
Izstrādāja: E.Lapiņš		Saskaņoja: D.Rezberga	Lapa: 1 no 4
		Aptiprināja: I.Krievberga	Spēkā stāšanās datums: 18.03.2015.
			Rīkuma Nr. V - 2702015

## Venozās tromboembolijas riska novērtēšana un taktika dzemdniecībā

### Vispārēji principi:

- Grūtniecības / dzemdību / un īpaši pēcdzemdību laikā venozās tromboembolijas (VTE) risks pieaug 10 reizes.
- Aktivitāte / agrīna mobilizācija / pietiekama šķidrums uzņemšana / izvairīšanās no dehidratācijas ir svarīgākie VTE profilakses pamatnoteikumi!
- Sevišķi ar iepriekš pārciestu dziļu vēnu trombozi jāapsver graduālo elastīgo kompresijas zeķu lietošana.

### VTE riska novērtējums un taktika pirms dzemdībām



Dzemdību nama īpašums. Taktika izvēlēta atbilstoši Valdes priekšlikumiem.

Medicīniskās aprīpes protokols		ID	MAP-13DZ
Venozās tromboembolijas riska novērtēšana un taktika dzemdniecībā		Versija	03
Izstrādāja: E.Lapiņš		Saskaņoja: D.Rezberga	Lapa: 2 no 4
		Aptiprināja: I.Krievberga	Spēkā stāšanās datums: 18.03.2015.
			Rīkuma Nr. V - 2702015

## VTE un asiņošanas riska novērtējums dzemdību laikā

- Visām pacientēm iestājoties dzemdību nodājā jāvērtē gan VTE, gan asiņošanas risks.

Vidējs asiņošanas risks	Augsts asiņošanas risks
Anamnēzē ķeizargrieziena / dzemdes ķirurģija Daudzauģu grūtniecība Hormonterapija Pēcdzemdību asiņošana anamnēzē Dzemdības mīnā Gaidāmas bērna svars > 4 kg Aptaukošanās (KMI > 35 kg/m <sup>2</sup> ) Daudzdzimība Multiplāritāte ≥ 5 Nekontrolējama arteriālā hipertensija (SAS > 200 mmHg / DAS > 120 mmHg)	Priekējūpļa / zemu novietota placenta Placentas priekšlaicīga atdalīšanās Aizdomas par celi pēdējā / ieaugušu placentu Asiņošana iestāšanās brīdī Zināma koagulopātija Ht < 30 + citi riska faktori Tr < 75 000 Fibrinogēns < 2 g/l Aknu darbības traucējumi (pagarināts PL)

- Tāpat taktika atkarīga no VTE riska un asiņošanas riska attiecības.

VTE - asiņošanas riska attiecība	Taktika
Augsts / vidējs VTE risks ar zemu asiņošanas risku	MMH + agrīna mobilizācija + pietiekama hidratācija
Augsts / vidējs VTE risks ar augstu asiņošanas risku (vai sievietei nepiekrīt MMH)	Kompresijas zeķes + agrīna mobilizācija + pietiekama hidratācija
Zems VTE risks	Agrīna mobilizācija + pietiekama hidratācija

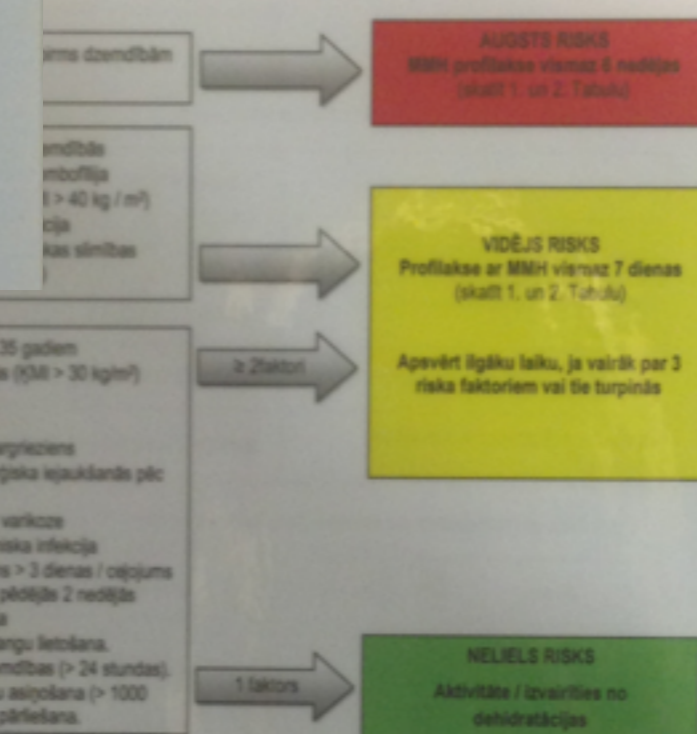
lana nav indicēta / ir jāatceļ, ja:

- Asiņošanas risks.
- Āgās 12 stundās gaidāmas dzemdības / dzemdību izraisīšana.
- Āgās 12 stundās gaidāma spināla / epidurālā anestēzija / analģēzija.

Dzemdību nama īpašums. Taktika izvēlēta atbilstoši Valdes priekšlikumiem.

Medicīniskās aprīpes protokols		ID	MAP-13DZ
Venozās tromboembolijas riska novērtēšana un taktika dzemdniecībā		Versija	03
Izstrādāja: E.Lapiņš		Saskaņoja: D.Rezberga	Lapa: 3 no 4
		Aptiprināja: I.Krievberga	Spēkā stāšanās datums: 18.03.2015.
			Rīkuma Nr. V - 2702015

### VTE riska novērtējums un taktika pēc dzemdībām



Dziļi vēnu tromboze. Diagnostika, profilakse un ārstēšana. Vaidinājas (2012)  
Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. RCOG Green - Top  
Guideline No. 37a (November 2008)

Dzemdību nama īpašums. Taktika izvēlēta atbilstoši Valdes priekšlikumiem.



# VTE grūtniecības laikā/pēcdzemdību periodā

- slimnīcas MAP (iesaistītie speciālisti)
- uzsākt ārstēšanu ar MMH nekavējoties (kontrindikācijas!), kamēr VTE nav izslēgta - terapeitiska deva - svars stājoties uzskaitē
- iznesta grūtniecība - nefrakcionētais heparīns



# PATE manifestācija

- hipotensija, smaga *dispnoe*, cianoze, cirkulatorais kolapss
- sāpes krūtīs (centrāli) - labā sirds kambara miokarda išēmija
- pēkšņs kolapss
- sirds apstāšanas un nāve

# PATE rīcība

- RF - sāpes krūtīs, *dispnoe*, tahikardija, kolapss
- agrīna IT speciālistu iesaistīšana

A. elpceļi, skābeklis

B. ventilācija/intubācija

C. masīva infūza terapija/MMH/NH/trombolīze

D. KPR/perimortem S.C

E. hipotermija palielina audu hipoksiju





# Sepses RF

- Aptaukošana
- Glikozes tolerances traucējumi / diabēts
- Immūnosupresija
- Anēmija
- Maksts izdalījumi
- IIS anamnēzē
- BGS infekcija
- Invazīvas prenatālas diagnostikas metodes
- Dzemdes kakla cerklāža
- Ilgstošs bezūdens periods >12 st
- AGS infekcija (maza vecuma bērnu aprūpe)

# Smaga sepse

- hipotensija (MAP<65; SAS<90mmHg)
- seruma laktāts >4mmol/l
- diurēze < 0.5ml/kg/st ilgāk nekā 2 stundas
- respiratorais distress
- kreatinīns > 176.8 mmol/l
- bilirubīns 34.2 mmol/l
- trombocitopēnija <  $10 \times 10^9/l$
- koagulopātija (INR >1,5)

# Rīcība sepses gadījumā

- Vitālo radītāju monitorēšana (elpošanas biežums, MAP)
- Asins kultūra pirms antibakteriālas terapijas nozīmēšanas
- Plaša spektra antibakteriāla terapija pirmās stundas laikā
- Intravenoza kristaloīdu ievadīšana (30 ml/kg) - pirmo trīs stundu laikā
- Agrīna IT speciālista iesaistīšana

# Ekstragenitālas saslimšanas

- speciālista dinamiska novērošana
- viegla un savlaicīga speciālista pieejamība
- vitālo un specifisko rādītāju monitorēšana un dokumentēšana
- multidisciplināra pieeja
- komunikācija starp speciālistiem

# Augļa ūdens embolija

- nenovēršama
- rēta un bīstama komplikācija gan mātei gan bērnam
- agrīna atdzisināšana un IT uzlabo prognozi
- specifiskas terapijas nav

Smagi slimas pacientes  
atpazīšana

# Bīstamie simptomi

- drudzis  $>38\text{C}$
- pulss  $>110\text{xmin}$
- galvassāpes
- elpošana  $>20\text{xmin}$
- aizdusa
- sāpes vēderā un vemšana/caureja
- nemiers/uztraukums

**dinamiska novērošana**  
**dokumentēšana**  
**analīze**

# Drudzis

- normāla temperatūra sepsi neizslēdz
- NPIL lietošana
- ja ir sepse slikta prognoze



# Aizdusa

- respiratora saslimšana
- sirds asinsvadu saslimšana
- PATE
- DKA

# Galvassāpes

- pēkšņas
- asociējas ar spranda stīvumu
- “kā nekād agrāk”
- neiroloģiska simptomātika

# Sāpes vēderā, vemšana/caureja

- ķirurģiska patoloģija
- intra-abdomināla sepse
- HELLP

# Uztraukums/agresija

- var būt nopietnas fiziskas saslimšanas pazīme
- šoka sākuma simptoms
- psihiskas saslimšanas - izslēgšanas diagnoze

Strukturēta pieeja smagi slimajai  
grūtniecei

# Strukturēta pieeja

Primāra izvērtēšana: problēmas identifikācija	A (airway) - elpceļi un mugurkaula kontrole B (breathing) - elpošana un ventilācija C (circulation) - cirkulācija, asiņošanas kontrole D (disability) - neiroloģisks statuss un glikoze E (exposure) - apkārtēja vidē
Mātes stabilizācija	A, B, C, D, E vadīšana
Augļa stāvokļa izvērtēšana	Augļa cirkulācija ir atkarīga no mātes, augli nevar stabilizēt, jā māte nav stabila
Specifiska āprūpe	Galīgā diagnoze: izmeklēšanas un ārstēšanas plāns

# A - elpceļi

- runāt ar pacienti: pacientes reakcija - elpceļu potence, plaušu kapacitāte, apziņa (smadzeņu perfūzija)
- sajūst gaisa plūsmu
- izmeklēt elpceļus
- grūtniecei vienmēr ir aspirācijas risks

# B - elpošana

- skaties - krūškurvja kustības
- klausies - elpošanas skaņu
- jūti - gaisa kustības

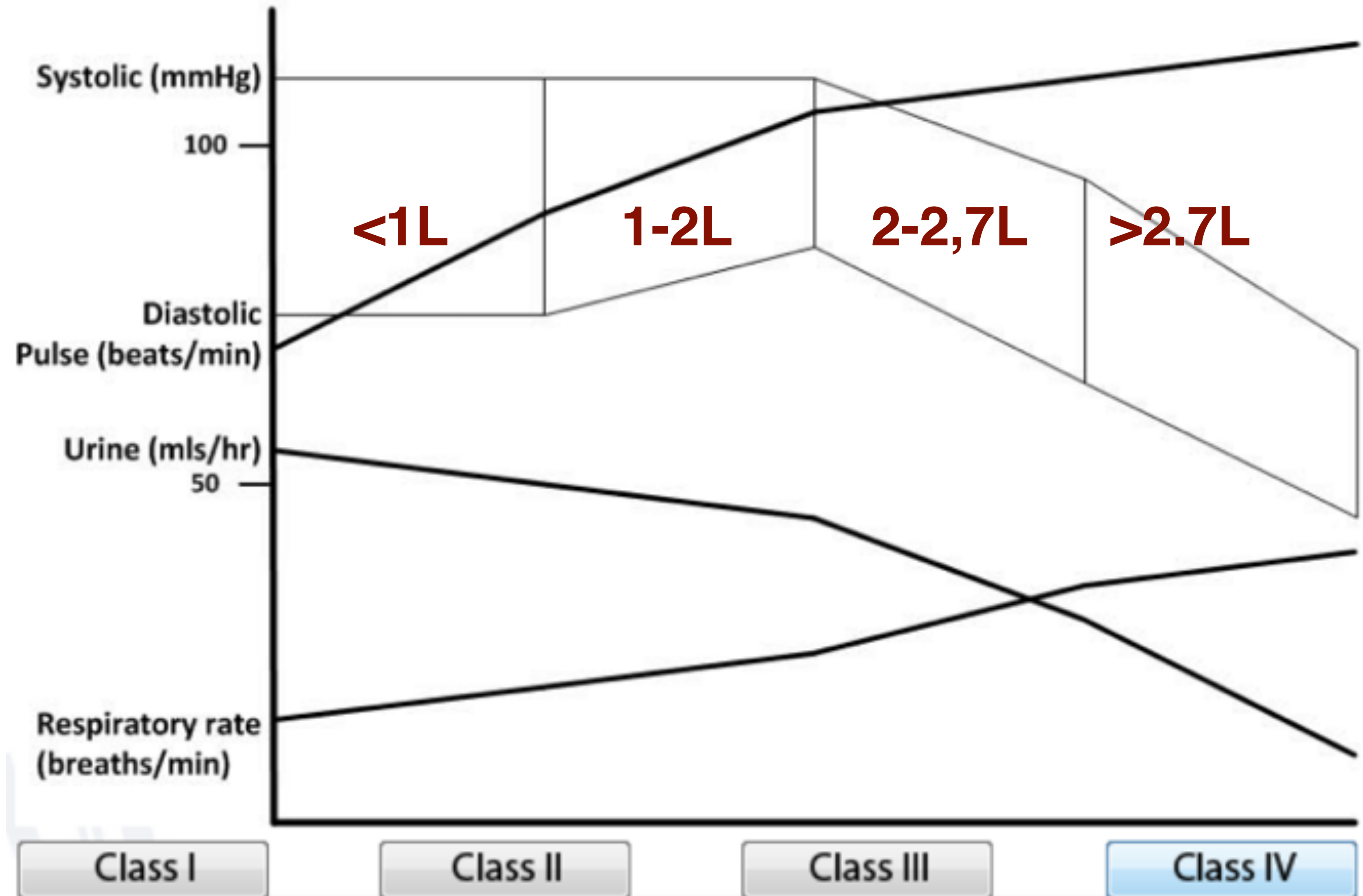
ir elpošana - skābeklis 12-15 l/min  
nav elpošanas - ventilācija un skābeklis 12-15l/min



# C - cirkulācija

- A un B problēma nozīmē C problēma
- nav cirkulācijas - uzsāk KPR
- grūtniece var pazaudēt 35% cirkulējoša asins tilpuma pirms hipovolēmijas pazīmēm (dzemdē un vēdera dobumā var uzkrāties 3 litri)
- fetoplacentārais komplekss ir cirkulācijas gala orgāns - augļa distress vienmēr pirms mātes hipovolemijas pazīmēm

	I	II	III	IV
<b>Asins zudums</b>	15%	15-30%	30-40%	>40%
<b>Ne grūtniece</b>	750ml	1000ml	1500ml	2000ml
<b>Grūtniece</b>	<1000ml	1000-2000ml	2000-2700ml	>2700ml
<b>Elpošana</b>	14-20	20-30	30-40	>40
<b>Pulss</b>	<100	<100	>120	>140
<b>Sistoliskais</b>	N	N	samazinās	samazinās
<b>Diastoloskais</b>	N	paaugstināts	samazinās	samazinās
<b>Apziņa</b>	uzbudināta	uzbudināta kavēta	kavēta	kavēta
<b>Diureze ml/st</b>	>30	20-30	5-15	<5



Visjūtīgākais hipovolēmijas raksturlielums ir stundas diurēze. **Ja stundas diurēze ir 1,2-2ml/kg/st** ir eivolēmija.

# D - CNS disfunkcija

- A (Alert)
- V (Voice) - atbild uz skaņu
- P (Pain) - atbild uz sāpi
- U (Unresponsive) - nav atbildes reakcijas

Pārbaudīt seruma glikozi - daļa no D izvērtēšanas

# E - apkārtēja vide

- apskaties, kas ir apkārt: asins uz grīdas vai sūknī, asiņošana no dzimumceļiem, brūces izskats
- atceries par hipotermiju

# Monitorēšana

- asins spiediens (neinvazīvi)
- pulsa oksimētrijs
- EKG
- RR
- diurēze
- kapnogrāfija

# Augļa labsajūtas un dzīvotspējas pārbaude

- Augļa labsajūtas izvērtējums sākas tad, kad mātei jau veic ārstēšanu
- Mātes stabilizācija un ārstēšana ir efektīvāka augļa ārstēšana
- Augļa sirdsdarbības anomālijas var būt mātes hipovolemijas indikators - dzemde ir mātes perfuzijas gala orgāns



# Specifiska aprūpe

- uzsāk pēc primāras izvērtēšanas un ārstēšanas pasaukumiem
- attiecīgo speciālistu iesaistīšana
- rūpīga dokumentācija un notikumu fiksēšana atbilstoši laikam
- komunikācija ar pacientes piederīgiem

# Strukturēta pieeja smagi slimajai grūtniecei ietver:

- primāra izvērtēšana un ārstēšana: ABCD un atdzīvināšana
- augļa stāvokļa izvērtēšana
- notikumu dokumentēšana un atkārtota izvērtēšana
- specifiska aprūpe

# Mātes mirstību samazina...

# Preeklampsija/eklampsija

- lokālais medicīnas aprūpes protokols - i/v labetalols
- hipertensijas kontrole
- slikta duša, vemšana trešajai trimestrī - izslēgt PE
- regulāra komandas simulācijas trenēšana

# Asiņošana

- lokālais medicīnas aprūpes protokols
- regulāra komandas simulācijas trenēšana
- transfūzijas MAPs un atbildīga persona
- dzemdes balona tamponādes un kompresijas šuvju tehnikas apgūšana
- paciente ar placentas priekšguļu un vairāk nekā 1 dzemdes rētu jāoperē stacionārā, kur ir nodrošināta asins pārlišana un histerektomija

# VTE

- lokālais medicīnas aprūpes protokols
- kompresijas ierīces pirms un pēc S.C.
- **VTE riska izvērtēšana**
- VTE profilakse 12 stundas pēc dzemdībām
- dispnoe, tachypnoe, tachycardia - rīcība nekavējoties!

# Sirds asinsvadu saslimšanas

- no jauna radusies aizdusa, vai pieprasījums vairāk nekā divi spilveni, lai aizmigtu pieprasa sirds funkcijas izmeklēšanu
- visas sievietes ar sirds asinsvadu saslimšanām jāsaņem kardiologa konsultāciju un/vai dinamisko novērošanu
- atteicas un jebkuru hronisko ekstragenitālo saslimšanu

# Augļu ūdens embolija

- lokālais medicīnas aprūpes protokols
- agresīva un agrīnā PKPR
- masīva infūzijas terapija
- koagulācijas faktoru aizvietošana
- agrīna ekspertu iesaistīšana: dzemdību speciālists, anesteziologs, intensīvas terapijas speciālists



# Suicīds/vardarbība

- pacientes ar psihiatrisko saslimšanu un dzīvojošas vardarbībā ir suicīda riska grupa
- jaunākas nelaulātas sievietes dzīvojošas vardarbībā ir homicīda riska grupa
- vismaz vienu reizi antenātāli jāsaņem konsultācija bez partnera un jāpievada palīdzība - vadlīnijas!

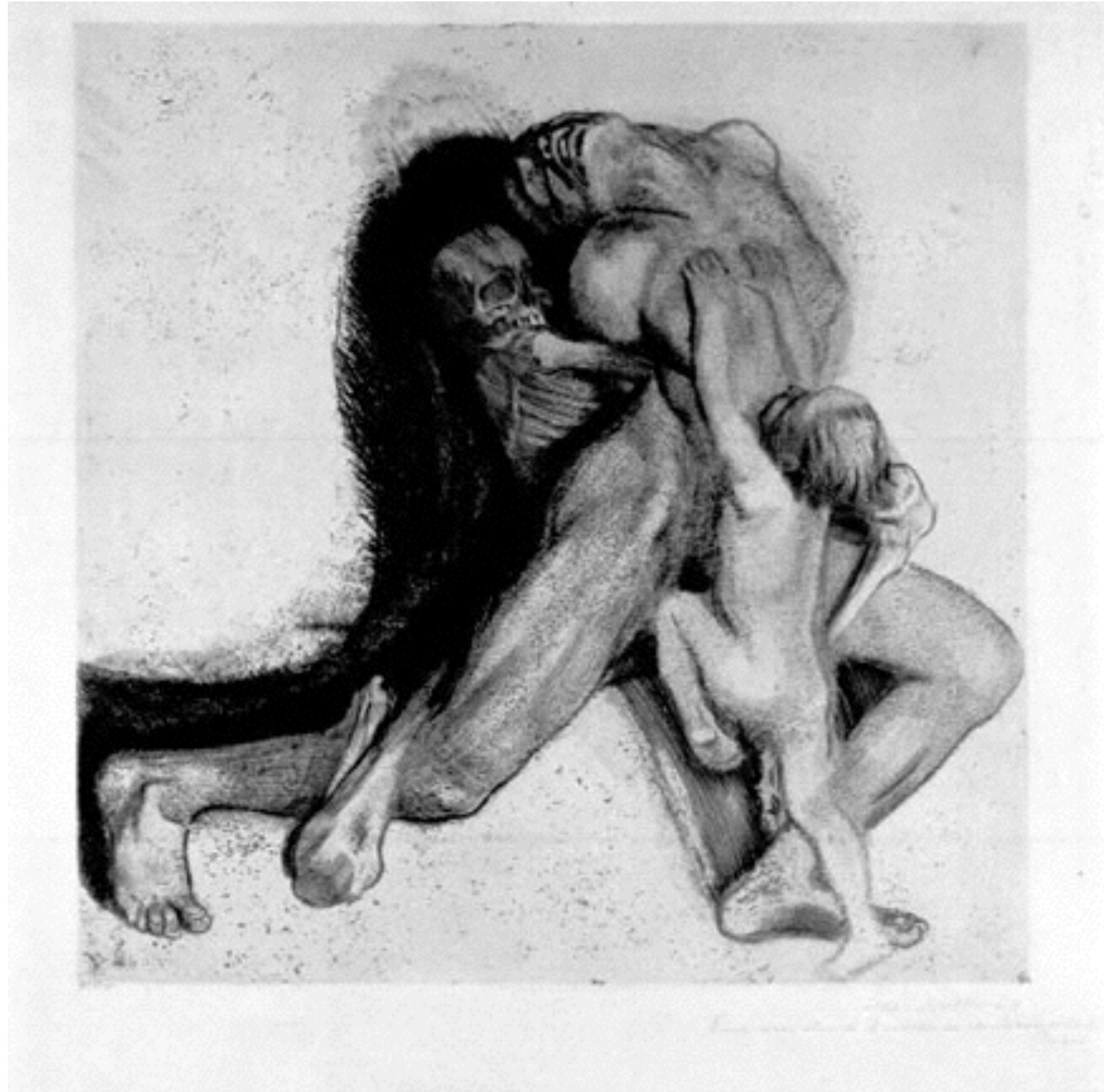
# Dzemdību sarežģījumi

**Regulāra praktiskā apmācība!!!**

**Dzemdību speciālistu kompetence  
un pieredze!!!**

# Labā dzemdību palīdzība

- Komunikācija
- Zināšanas
- Tehnoloģijas
- Organizācija
- Empātija - pacientu saprašana



Kathe Kollwitz (German, 1867 - 1945) Death and the Mother, 1910 Etching and roulette (with some aquatint and scraper) Paper.