

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

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

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

ĢIMENES PLĀNOŠANA SOCIĀLI ATSTUMTAJĀM UN AUGSTA PERINATĀLĀ RISKA GRUPAS SIEVIETĒM

Rīga
2019

Anotācija

Metodiskajā līdzeklī “Ģimenes plānošana sociāli atstumtajām un augsta perinatālā riska grupas sievietēm” tiek sniegta informāciju par ģimenes plānošanas jēdzienu, kontracepcijas metodēm un to lietošanas pamatprincipiem dažādās medicīniskajās situācijās, kā arī par grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas metodēm, likumdošanu, izmeklējumiem, kontrindikācijām un komplikācijām.

Metodiskais materiāls ir paredzēts ārstiem, māsām, ārsta palīgiem un vecmātēm. Šī materiāla mērķis ir sniegt zināšanas par ģimenes plānošanas pamata nostādņēm un konsultēšanas nozīmi pirms mākslīgi pārtrauktas grūtniecības un attīstīt prasmes konsultēt sievietes ģimenes plānošanas jautājumos.

Galvenie uzdevumi:

1. Sniegt zināšanas par ģimenes plānošanas nozīmi katram indivīdam un sabiedrībai kopumā.
2. Veicināt izpratni par dažādu kontracepcijas metožu darbības mehānismiem.
3. Sniegt priekšstatu par konsultēšanas principiem pirms kontracepcijas nozīmēšanas un mākslīgi pārtrauktas grūtniecības.
4. Sniegt zināšanas par grūtniecības pārtraukšanas metodēm.

Metodiskā līdzekļa autore ir *Dr. med.* Jana Žodžika, Rīgas Stradiņa universitātes Dzemdniecības un ginekoloģijas katedras docente, ginekoloģe – ultrasonogrāfijas un kalposkopijas speciāliste Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Ginekoloģijas klīnikā.

Izmantoto saīsinājumu saraksts

- AK – avārijas kontracepcija
- Cu-IUI – vara intrauterīnā ierīce
- FSH – folikulu stimulējošais hormons
- HIUS – hormonālā intrauterīnā sistēma
- HKP – hormonālais kontracepcijas plāksteris
- HKR – hormonālais kontracepcijas riņķis
- I – subdermāla progesterona implanta kontracepcija
- IK – injicējamā kontracepcija
- IUI – intrauterīnā ierīce
- KIK – kombinētā injicējamā kontracepcija
- KOK – kombinētā orālā kontracepcija
- ĶMI – ķermeņa masas indekss
- LH – luteinizējošais hormons
- NA – nav attiecināms
- PIK – progesterona injicējamā kontracepcija
- POK – progesterona perorālā kontracepcija
- STI – seksuāli transmisīvās infekcijas

Satura rādītājs

1. ĢIMENES PLĀNOŠANAS JĒDZIENS	6
2. KONTRACEPCIJAS METODEDES	7
2.1. Kontracepcijas metožu iedalījums	7
2.2. Kontracepcijas efektivitāte	8
2.3. Hormonālās kontracepcijas metodes	9
2.3.1. Kombinētā orālā kontracepcija (KOK).....	9
2.3.2. Hormonālais kontracepcijas plāksteris (HKP).....	11
2.3.3. Hormonālais kontracepcijas riņķis (HKR)	12
2.3.4. Injicējamā kontracepcija (IK)	13
2.3.5. Progesterona perorālā kontracepcija (POK)	14
2.3.6. Subdermāla implanta kontracepcija (I).....	16
2.3.7. Avārijas kontracepcija (AK).....	16
2.4. Intrauterīnā kontracepcija	17
2.4.1. Dzemdes spirāle jeb intrauterīnā ierīce (IUI).....	17
2.4.2. Intrauterīnā hormonālā spirāle jeb sistēma (HIUS)	18
2.5. Barjermetodes	19
2.5.1. Vīriešu prezervatīvs	19
2.5.2. Sieviešu prezervatīvs	19
2.5.3. Maksts diafragma.....	20
2.5.4. Dzemdes kakla uzmava	20
2.6. Ķirurģiskās metodes	20
2.6.1. Olvadu nosiešana vai pārdalīšana	21
2.6.2. Sēklas vadu pārdalīšana (vazektomija).....	21
2.7. Citas kontracepcijas metodes	22
2.7.1. Spermicīdi	22
2.7.2. Dabiskā ģimenes plānošana	22
2.7.3. Laktācijas amenoreja	22
2.7.4. Pārtrauktais dzimumakts.....	23
2.8. Kontracepcijas rīks	23
3. MĀKSLĪGA GRŪTNIECĪBAS PĀRTRAUKŠANA	24
3.1. Legāls aborts	24
3.2. Medicīniskais aborts	26
3.3. Konsultācija un izmeklējumi pirms mākslīgā aborta	27
3.4. Antibakteriālā profilakse pirms aborta	28
3.5. Mākslīgā aborta metodes	29
3.5.1. Ķirurģiskais aborts	29
3.5.2. Medikamentoza aborts	29
3.6. Mākslīgā aborta komplikācijas	31
Izmantotās literatūras un avotu saraksts	33
PIELIKUMI	35

Ievads

Metodiskajā materiālā tiek apskatīts, kas ir ģimenes plānošanas jēdziens, kādi ir ieguvumi ģimenes plānošanai un kādas ir iespējamās ģimenes plānošanas problēmas.

Materiālā tiek sniegta arī informācija par kontracepcijas metodēm un to darbības mehānismiem, par metožu izvēles principiem, pozitīviem efektiem, kā arī par katras metodes blaknēm un veselības riskiem. Metodiskajā materiālā var iegūt informāciju arī par katras konkrētās metodes pielietošanu atbilstoši pacientes noteiktajām blakusslimībām un reproduktīvo anamnēzi.

Nobeigumā iegūsi informāciju par galvenajiem grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas iemesliem Latvijā un pasaulē, par pieejamām grūtniecības pārtraukšanas metodēm un regulējošiem normatīvajiem aktiem Latvijā, metožu kontrindikācijām un iespējamajām komplikācijām.

Materiāla mērķis un uzdevums ir sniegt zināšanas par ģimenes plānošanas nozīmi katram indivīdam un sabiedrībai kopumā, veicināt izpratni par metožu darbības mehānismiem, kontracepcijas konsultēšanas principiem un kontracepcijas līdzekļu lietošanas rekomendācijām dažādu medicīnisko situāciju gadījumos (kontracepcijas rīku), kā arī sniegt zināšanas par grūtniecības pārtraukšanas metodēm.

1. ĢIMENES PLĀNOŠANAS JĒDZIENS

Ģimenes plānošana dod iespēju sasniegt vēlamu bērnu skaitu un noteiktu starplaiku starp grūtniecībām. Tā tiek realizēta, izmantojot dažādas kontracepcijas metodes. Kontracepcija ir pasākumu komplekss, ko lieto, lai novērstu neplānotas grūtniecības iestāšanos.

Ģimenes plānošanas ieguvumi pasaules mērogā:

- samazinās ar grūtniecību saistītie veselības riski, pusaudžu grūtniecību skaits;
- samazinās bērnu mirstība;
- dažas ģimenes plānošanas metodes pasargā arī no HIV/AIDS un citām STI;
- samazinās kriminālo abortu skaits;
- iespēja pieņemt lēmumus par savu seksuālo un reproduktīvo veselību;
- palēninās populācijas pieaugums (svarīgi pārapdzīvotos reģionos).

Globālā ģimenes plānošanas problēma – aptuveni 200 miljonu pāru pasaulē vēlētos grūtniecības plānot, tomēr nelieto nevienu no kontracepcijas metodēm.

Iespējamie kontracepcijas nelietošanas iemesli:

- ierobežota kontracepcijas metožu izvēle;
- ierobežota pieejamība;
- bailes no blaknēm;
- reliģiskie uzskati un kultūras pretestība;
- zems medicīniskās aprūpes līmenis;
- ar dzimumu saistītie ierobežojumi. [13]

Latvijas seksuālās un reproduktīvas veselības pētījumā (2003–2011) tika noskaidrots, ka biežākie neplānotas grūtniecības iemesli ir kontracepcijas nelietošana (46%) un nepareiza kontracepcijas lietošana (33%), no kuriem prezervatīvus lietoja 34%, pārtrauktais dzimumakts bija 28%, kalendāro metodi izmantoja 25%, savukārt KOK lietoja tikai 15%, bet IUI – 13%. Kā vieni no būtiskākajiem faktoriem, kas nosaka kontracepcijas līdzekļu izvēli, tika minēti izmaksas un pieejamība bez ārsta receptes. Joprojām daudzi pāri nelieto vai izmanto nedrošas kontracepcijas metodes [6; 7].

Būtiska loma ģimenes plānošanā ir ne tikai ginekologiem, bet arī ģimenes ārstiem, kuriem vajadzētu aktīvāk interesēties par kontracepcijas izmantošanu savā kopienā, jo īpaši augsta riska sievietēm ar zemiem ienākumiem, daudz bērnu ģimenēm, pacientēm ar hroniskām saslimšanām, sociālā riska grupu sievietēm, pusaudzēm.

2. KONTRACEPCIJAS METODES

Kontracepcija ir pasākumu kopums, ko lieto, lai novērstu neplānotu grūtniecības iestāšanos. Mūsdienās pastāv daudz dažādu kontracepcijas metožu, kuru lietošana ir atkarīga no dažādiem faktoriem:

- sievietes un/vai vīrieša veselības faktoriem;
- sievietes un/vai vīrieša dzīves perioda;
- sievietes un/vai vīrieša sadzīves faktoriem;
- metodes pieejamības konkrētā valstī;
- medicīnas profesionāļu, kā arī visas sabiedrības attieksmes un zināšanām par tām. [8]

2.1. Kontracepcijas metožu iedalījums

Kontracepcijas metodes iedala pēc:

- 1) darbības mehānisma [8;13; *skat. 2.1. tabulu*];
- 2) kontracepcijas lietotāja pāri (vīrieša / sievietes) [8];
- 3) auglības atgriezeniskuma (atgriezeniska / neatgriezeniska) [8].

2.1. tabula

Kontracepcijas iedalījums pēc darbības mehānisma [8;13]

Hormonālā	Intrauterīnā	Barjermetodes	Ķirurģiskā	Citas
- KOK - POK - Avārijas kontracepcija - Injicējamā kontracepcija - Hormonālais kontraceptīvais plāksteris - Hormonālais kontracepcijas riņķis - Subdermāla implanta kontracepcija	- Dzemdes spirāle jeb intrauterīnā ierīce (IUI) - Hormonālā intrauterīnā sistēma (HIUS)	- Vīriešu prezervatīvs - Sieviešu prezervatīvs - Maksts diafragma - Dzemdes kakla uzdeva	- Olvadu nosiešana vai pārdalīšana - Sēklas vadu pārdalīšana	- Spermicīdi - Kalendārā - Laktācijas amenoreja - Pārtrauktais dzimumakts

2.2. Kontracepcijas efektivitāte

Metodes efektivitāti novērtē ar Perla indeksu (PI):

$$\frac{(\text{kopējais iestājušo grūtniecību skaits, lietojot metodi,} \times 1200)}{\text{kopējais metodes lietošanas ilgums mēnešos}}$$

Jo Perla indekss mazāks, jo metode ir efektīvāka. Metodes efektivitāti raksturo arī ar neveiksmju (grūtniecības iestāšanos) skaitu, lietojot konkrēto kontracepcijas metodi, uz 100 sievietēm gada laikā. Iespējams arī izvērtēt kontracepcijas metodes efektivitāti, izsakot to procentos – jo augstāks ir procents, jo efektīvāka ir metode [8; 13].

Kontracepciju var izvēlēties atkarībā no metodes efektivitātes [8] (*skat. 2.2. tabulu*).

2.2. tabula

Kontracepcijas izvēles principi [8]

Visefektīvākā (pasargā no grūtniecības > 99%)	Ļoti efektīva (pasargā no grūtniecības ~ 91–99%)	Augsti efektīva (pasargā no grūtniecības ~ 81–90%)	Efektīva (pasargā no grūtniecības < 80%)
- Sterilizācija - IUI/IUHS - Implants	- KOK - Injekcijas - Plāksteris - Riņķis	- Prezervatīvs - Diafragma	- Kalendārā metode - Uzmava - Spermicīdi

Kontracepcijas efektivitāte atšķiras tipiskas un perfektas lietošanas gadījumā [8] (*skat. 2.3. tabulu*).

2.3. tabula

Kontracepcijas efektivitāte tipiskas un perfektas lietošanas gadījumā [8]

Metode	Tipiska lietošana (%)	Perfekta lietošana (%)
Dzemes kakla uzmava	32	26
Spermicīdi	29	18
Vīriešu kondomi	15	2
KOK	8	0,3
HIUS	0,1	0,1
Sieviešu sterilizācija	0,5	0,5

2.3. Hormonālās kontracepcijas metodes

Darbības mehānisms

Estrogēnu komponents:

- kavē FSH sekrēciju un novērš dominantā folikula selekciju un folikula attīstību.

Progestīnu komponents:

- kavē LH sintēzi un novērš ovulāciju;
- padara endometriju neuzņēmīgu augļa olas implantācijai, to aizvietojo ar atrofiskiem un nepilnīgiem dziedzeriem;
- ietekmē cervikālā kanāla epitēlija šūnas, radot biezu gļotu slāni, kas apgrūtina spermatozoīdu iekļūšanu dzemdē. [8; 13]

Hormonālās kontracepcijas veidi

1. Perorāla (kombinēta (KOK) / progestīnu (POK) / neatliekamā-avārijas).
2. Injicējama (kombinēta / progestīnu).
3. Plāksteris.
4. Maksts riņķis.
5. Hormonālā intrauterīnā sistēma (HIS).
6. Subdermāla (progestīnu implants). [8; 13; 14]

2.3.1. Kombinētā orālā kontracepcija (KOK)

KOK sastāvā ir divi hormoni:

- sintētiskie steroīdie estrogēni: etinilestradiols (EE), estradiols (E₂) vai estradiola valerāts (E₂V);
- kombinācijā ar kādu progestīnu (*Progesteronum, Drospirenonum, Levonorgestrelum, Gestodenum, Norgestimatum, Desogestrelum, Dienogestum, Cyproteroni acetat*) [8; 13; 14].

Efektivitāte:

- ja lieto pareizi, neizlaižot tabletes, tad iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm), lietojot KOK pirmo gadu [13].

Blaknes:

- izmaiņas ikmēneša asiņošanā:
 - samazinās asiņošanas apjoms, samazinās dienu skaits;
 - asiņošana starp regulārām, normālām mēnešreizēm pirmos 3 mēnešus;
- galvassāpes;

- slikta dūša, vemšana;
- ķermeņa masas pārmaiņas;
- garastāvokļa maiņa;
- *acne* (var pasliktināt stāvokli, bet parasti uzlabo). [13].

Pozitīvie efekti:

- novērš grūtniecības iestāšanos;
- samazina endometrija un olnīcu vēža attīstības risku;
- samazina olnīcu cistu attīstības iespēju;
- samazina menstruālās asiņošanas apjomu;
- mazina anēmijas risku;
- samazinās menstruālās sāpes, zūd ovulācijas sāpes;
- samazinās policistisko olnīcu simptomi (neregulāras mēnešreizes, *acne*, pastiprināts apmatojums uz sejas un ķermeņa);
- samazinās endometriozes simptomi (sāpes, neregulāras mēnešreizes). [8; 13; 14]

Zināmie veselības riski:

- dziļo vēnu tromboze, plaušu artēriju trombembolija;
- ļoti reti: insults, miokarda infarkts. [8; 13; 14]

Pirms nozīmēt KOK, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei ir kontrindikācijas KOK lietošanai (*skat. 1. pielikumu*).

Lietošana:

- klasiski iepakojumā ir 21 tablete; rekomendē sākt lietot pirmajā cikla dienā; katru dienu vienā un tajā pašā laikā jāiedzer pa vienai tabletei, turpina lietot 21 dienu bez pārtraukuma;
- pēc tam ir 7 dienu pārtraukums, kura laikā parādās menstruācijām līdzīga asiņošana;
- ja paciente ir aizmirsusi iedzert 1 vai 2 tabletes, jāizdzer tablete, tiklīdz atceras, un turpmāk jāturpina tabletes lietot kā parasti;
- ja paciente ir aizmirsusi iedzert 3 vai vairāk tabletes:
 - jāizdzer tablete, tiklīdz atceras, un jāturpina lietot kā parasti;
 - nākamās 7 dienas jāapsver lietot prezervatīvu vai atturēties no dzimumdzīves;
 - ja pēdējās 5 dienās ir bijis neaizsargāts dzimumakts, tad jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana;
- ja divu stundu laikā pēc tabletes iedzeršanas ir bijusi vemšanas epizode vai caureja, jāiedzer nākamā tablete un jāturpina lietot kā parasti. [8; 13; 14]

KOK drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē KOK (*skat. 1. pielikumu*), turklāt arī vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem līdz 50 gadu vecumam nav bijušas trombozes;
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārliecība, ka paciente nav stāvoklī. [8; 13; 14]

2.3.2. Hormonālais kontracepcijas plāksteris (HKP)

Plāns, matricveida transdermāls (zāles organismā nokļūst caur ādu) plāksteris, kas satur kombinēto kontracepciju ar divām aktīvām vielām: 6 mg norelgestromīna un 600 mcg etinilestradiola, darbojas tāpat kā KOK [8; 13; 14].

Efektivitāte:

- ja lieto pareizi, regulāri mainot plāksteri, tad iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm), lietojot HKP pirmo gadu;
- kontracepcijas efektivitāte var būt zemāka sievietēm, kuru ķermeņa masa pārsniedz 90 kg. [13]

Blaknes līdzīgas, kā lietojot KOK. Papildus var būt novērojams ādas apsārtums, izsitumi plākstera piestiprināšanās vietā [8; 13; 14].

Lietošana:

- trīs nedēļas lieto pa vienam plāksterim, ceturtajā nedēļā nelieto; pirmo plāksteri uzlīmē 1. menstruālā cikla dienā, to nomaina 8. dienā, un otro – 15. dienā; plāksteri pārstāj lietot 22. dienā, un to nelieto 7 dienas;
- plāksteri līmē uz sēžamvietas, vēdera, augšdelma vai muguras augšdaļas; vietai, kur pielīmē plāksteri, jābūt tīrai, sausai un brīvai no apmatojuma;
- katrs nākamais plāksteris ir jālīmē citā vietā, taču tos var līmēt vienā ķermeņa apvidū;
- nedrīkst līmēt uz krūtīm un uz apsārtušas, iekaisušas vai bojātas ādas;
- ja sieviete plāksteri aizmirst uzlīmēt vai tas bijis atlīmējies > 48 h, plāksteris jāuzlīmē tiklīdz kā atceras un nākamās 7 dienas jāapsver lietot prezervatīvu vai atturēties no dzimumdzīves;
- ja pēdējās 5 dienās ir bijis neaizsargāts dzimumakts, tad jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana. [8; 13; 14]

HKP drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē HKP (*skat. 1. pielikumu*), un vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem nav bijušas trombozes līdz 50 gadu vecumam;
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī. [13]

Pirms HKP nozīmēšanas ir svarīgi noskaidrot, vai pacientei nav kontrindikāciju HKP lietošanai (*skat. 1. pielikumu*) [8; 13; 14].

2.3.3. Hormonālais kontracepcijas riņķis (HKR)

Elastīgs, caurspīdīgs, bezkrāsains riņķis. Tas satur kombinēto kontracepciju ar divām aktīvām vielām: 11,7 mg etonogestrēla un 2,7 mg etinilestradiola. Esošie hormoni darbojas tāpat kā KOK. Hormoni nokļūst tieši asinsritē caur maksts gļotādu. [8; 13; 14]

Efektivitāte un blaknes ir līdzīgas, kā lietojot KOK.

Lietošana:

- riņķis jāievada makstī starp 1. un 5. menstruālā cikla dienu; riņķis atrodas makstī 21 dienu, pēc tam tas jāizņem, un seko 7 dienas bez riņķa;
- ja riņķis izkrīt no maksts, tas jānoskalo ar aukstu vai remdenu ūdeni un jāievada makstī cik vien iespējams ātri; ja riņķi ievada vēlāk nekā pēc 48 h, tad nākamās 7 dienas jāapsver lietot prezervatīvu vai atturēties no dzimumdzīves. [8; 13].

HKR drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē HKR (*skat. 1. pielikumu*), un vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem nav bijušas trombozes līdz 50 gadu vecumam;
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī. [13]

Pirms HKR nozīmēšanas ir svarīgi noskaidrot, vai pacientei nav kontrindikāciju HKR lietošanai (*skat. 1. pielikumu*) [8; 13; 14].

2.3.4. Injicējamā kontracepcija (IK)

Injicējama kontracepcija nozīmē i/m ievadi ar noteiktu laika intervālu. Šāda kontracepcija ir ērta sievietēm, kuras aizmirst regulāri lietot citas kontracepcijas metodes (piemēram, katru dienu lietot KOK) [8].

Kombinētā injicējamā kontracepcija (KIK) (estrogēns + progestīns):

medroxyprogesterone acetate (MPA) + estradiol cypionate,

norethisterone enanthate (NET-EN) + estradiol valerate.

Darbības mehānisms un efekti līdzīgi KOK.

Lietošana:

- injekciju veic i/m ik 4 nedēļas;
- auglība atgriežas vidēji 5 mēnešu laikā, pārtraucot IK [8; 13].

Efektivitāte:

- ja lieto pareizi, regulāri veicot injekcijas, tad pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 1 grūtniecība uz 2000 sievietēm) [13].

KIK drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē KIK (*skat. 1. pielikumu*), un vai pirmās pakāpes ģimenes locekļiem nav bijušas trombozes līdz 50 gadu vecumam;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī. [8; 13; 14]

Pirms nozīmēt KIK, ir svarīgi noskaidrot, vai pacientei nav kontraindikāciju KIK lietošanai (*skat. 1. pielikumu*) [8; 13; 14].

Progesterona injicējama kontracepcija – (PIK) (medroksiproģesterona acetāts).

Darbības mehānismu nosaka progesteronu efekti (*skat. iepriekš*).

Lietošana:

- injekcijas veic i/m ik 3 mēnešus;
- pārtraucot lietošanu, amenoreja un neauglība saglabājas aptuveni vidēji 6–8 mēnešus. [8; 13]

Efektivitāte:

- ja lieto pareizi, regulāri veicot injekcijas, tad pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm) [13].

Speciālās indikācijas:

- ja pacientei ir nepieciešama endometriozes simptomu mazināšana un viņa neplāno grūtniecību [13].

Blakusparādības:

- pirmos 3 mēnešus neregulāra, prolongēta asiņošana;
- lietojot gadu, 25–50% gadījumu attīstās amenoreja, neregulāra asiņošana;
- svara pieaugums 1–2 kg;
- galvassāpes;
- slikta dūša;
- garastāvokļa izmaiņas;
- samazināts libido;
- iespējama kaulu blīvuma samazināšanās. [8; 13; 14]

PIK drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē PIK (skat. *1. pielikumu*);
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī.

Pirms nozīmēt PIK, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei nav kontraindikāciju PIK lietošanai (skat. *1. pielikumu*) [8; 13; 14].

2.3.5. Progesterona perorālā kontracepcija (POK)

POK satur zemu progesterona devu, kas nosaka POK darbības mehānismu [8].

Efektivitāte:

- metode ir ļoti efektīva; ja precīzi ievēro lietošanas instrukciju (neizlaiž tablešu lietošanas reizes), tad iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 3 grūtniecības uz 1000 sievietēm), lietojot POK pirmo gadu. [13]

Blakusefekti:

- sievietēm, kas zīda bērnu, pēc POK lietošanas vēlāk atjaunojas menstruālā asiņošana;
- neregulāras asiņošanas;
- anovulatora amenoreja;
- prolongēta asiņošana;
- galvassāpes, slikta dūša;
- garastāvokļa izmaiņas;
- krūtīs paaugstināts jutīgums, sāpīgums. [8; 13; 14]

Lietošana:

- rekomendē uzsākt pirmajās piecās menstruālā cikla dienās;
- POK jālieto bez pārtraukumiem, katru dienu, vienā laikā (< 3 h atšķirība);
- POK jālieto precīzi, jo kontrceptīvais efekts dzemdes kakla gļotu slānī ātri zūd, ja ir aizmirsts iedzert kārtējo tableti:
 - ja sieviete ir aizmiršusi iedzert tableti ilgāk par 3 h, tas jāizdara, tiklīdz to atceras, un jāturpina kontracepcijas lietošana; taču nākamās 48 h ir jālieto papildu kontracepcijas metodes vai jāatturas no dzimumattiecībām;
 - ja šo 48 h laikā ir bijušas dzimumattiecības bez aizsargāšanās, jāapsver avārijas kontracepcijas lietošana;
- ja divu stundu laikā pēc tabletes iedzeršanas ir bijusi vemšanas epizode vai caureja, jāiedzer nākamā tablete un jāturpina lietot kā parasti; ja vemšana un caureja turpinās ilgāk par 24 h, jāturpina lietot kontracepciju, bet piesardzības nolūkos jāatturas no dzimumattiecībām vai jāizmanto papildu kontracepcijas metodes. [8; 13; 14]

POK drīkst nozīmēt ginekologs un ģimenes ārsts:

- jāizmēra asinsspiediens un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmu, kuru gadījumā nerekomendē POK (skat. 1. pielikums);
- neveicot mazā iegurņa izmeklēšanu;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārlicība, ka paciente nav stāvoklī. [8; 13; 14]

Pirms nozīmēt POK, svarīgi ir noskaidrot, vai pacientei nav kontrindikāciju POK lietošanai (skat. 1. pielikumu) [8; 13; 14].

2.3.6. Subdermāla implanta kontracepcija (I)

Implants ir neliels plastikāta stienītis, kurš lēni izdala progesteronu, kas nosaka tā darbības mehānismu [8].

Lietošana:

- lai implantu varētu ievietot, ir jāveic mazinvasīva procedūra; implantu ievada zemādā augšdelma iekšējā virsmā ar speciālu ierīci; implantā esošais progestīns lēni nonāk sievietes asinsritē un nodrošina kontraceptīvo efektu;
- implants darbojas 3 vai 5 gadus atkarībā no ražotāja; pēc darbības beigām implants ir jāizņem caur mazu griezienu ādā. [13]

Efektivitāte:

- pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 1 grūtniecība uz 1000 sievietēm) [13].

Blaknes:

- ir līdzīgas citu progesteronu saturošu kontracepcijas līdzekļu (POK un PIK) blaknēm.

Rekomendācijas subdermālo implantu lietošanai dažādās klīniskajās situācijās *skat. 1. pielikumā* [8; 13; 14].

2.3.7. Avārijas kontracepcija (AK)

N.B.! Metode nav paredzēta regulārai lietošanai!

AK nav nepieciešama recepte.

AK parasti satur progestīnu – *Levonorgestrelum*, taču ir pieejama arī AK ar *Ulipristal acetat* vai kombinētā orālā avārijas kontracepcija [8; 13].

Avārijas kontracepcija jālieto pēc neaizsargāta dzimumakta; jo ātrāk tiks izdzerta tablete, jo augstāka būs efektivitāte; rekomendē lietošanu 5 dienu laikā pēc neaizsargātā dzimumakta [8; 13].

Efektivitāte:

- ja 100 sievietēm vienu reizi būs dzimumattiecības bez kontracepcijas metodēm 2. vai 3. menstruālā cikla nedēļā, tad apmēram 8 no šīm sievietēm iestāsies grūtniecība;
- ja visas 100 sievietes lieto *Ulipristal acetat* (< 5 d.), tad < 1 sievietei iestāsies grūtniecība;
- ja visas 100 sievietes lieto tikai progestīnu saturošu AK (< 5 d.), tad 1 sievietei iestāsies grūtniecība;
- AK nav efektīva, ja implantācija jau ir notikusi. [13]

Blakusparādības:

- vienu līdz divām dienām pēc AK lietošanas var sākties neregulāra asiņošana;
- nākamās menstruācijas var sākties ātrāk vai vēlāk;
- slikta dūša, vemšana. [8; 13; 14]

Ja paciente zīda ar krūti, tad 1 nedēļu pēc AK lietošanas nerekomendē zīdīšanu, jo medikaments nonāk arī mātes pienā; šīs nedēļas laikā rekomendē piena atslaukšanu ar sūkni.

AK var būt mazāk efektīva sievietēm, kurām $\text{KMI} > 30 \text{ kg/m}^2$.

Drīkst lietot pacientes, kurām anamnēzē ir kardiovaskulāras saslimšanas, migrēna, aknu slimības [8; 13; 14].

2.4. Intrauterīnā kontracepcija

2.4.1. Dzemes spirāle jeb intrauterīnā ierīce (IUI)

Biežāk izmanto IUI ar vara spirāli (Cu-IUI) – tas ir plastikāta kontraceptīvs, kas apvīts ar vara stieplīti [8].

Darbības mehānisms:

- padara spermatozoīdus nekustīgus un apgrūtina olšūnas virzīšanos uz dzemdi; ja olšūna ir apaugļota, spirāle neļauj embrijam nostiprināties dzemdē;
- spirāļu darbības mehānisms pilnībā nav izprasts. [8; 13; 14]

Efektivitāte:

- pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 6 grūtniecības uz 1000 sievietēm) [13].

Blakusefekti:

- izmaiņas menstruālās asiņošanas veidā, īpaši pirmajos 3–6 mēnešos;
- prolongēta, spēcīga asiņošana;
- īslaicīga asiņošana vai smērēšanās cikla vidū;
- mēnešreižu laikā ir izteiktākas sāpes. [8; 13; 14]

Kontrindikācijas:

- alerģija uz varu, plastikātu.

Rekomendācijas IUI lietošanai dažādās klīniskajās situācijās skat. *1. pielikumā*. [8; 13; 14]

Lietošana:

- var ievadīt jebkurā menstruālā cikla dienā, tomēr vispiemērotākās ir menstruāciju pēdējās dienas;
- IUI drīkst ievadīt 4 nedēļas vai < 48 h laikā pēc dzemdībām;
- IUI var lietot kā avārijas kontracepciju;
- lietošanas ilgums 5–7 gadi. [8; 13; 14]

IUI drīkst nozīmēt ginekologs:

- ir nepieciešama ginekoloģiskā apskate un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē IUI (*skat. 1. pielikums*);
- STI riska grupai (jaunākas par 25 gadiem, vairāk nekā 6 dzimumpartneri dzīves laikā, vienlaicīgi vairāki partneri, anamnēzē STI, nestabilas partnerattiecības) vēlams veikt STI izmeklējumus, ieskaitot HIV;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārliecība, ka paciente nav stāvoklī. [8; 13; 14]

2.4.2. Intrauterīnā hormonālā spirāle jeb sistēma (HIUS)

HIUS ir spirāle, kas nepārtraukti izdala nelielu levonorgestrela devu, kas sabiezina dzemdes kakla gļotas un neļauj spermatozoīdiem nokļūt dzemdē [8].

Efektivitāte:

- pirmā gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm) [13].

Blakusefekti:

- menstruāciju neregularitāte, apjoma samazināšanās, traipīšanās, amenoreja;
- akne;
- galvassāpes;
- svara pieaugums. [8; 13; 14]

Lietošanas ilgums 3–5 gadi:

- var ievadīt jebkurā menstruālā cikla dienā, tomēr vispiemērotākās ir menstruāciju pēdējās dienas;
- drīkst ievadīt 4 nedēļas pēc dzemdībām. [8; 13; 14]

Rekomendācijas HIUS lietošanai dažādās klīniskajās situācijās skat. *1. pielikumā*. [8; 13; 14]

HIUS drīkst nozīmēt ginekologs:

- ir nepieciešama ginekoloģiskā apskate un jānoskaidro, vai sievietes anamnēzē nav veselības problēmas, kuru gadījumā nerekomendē HIUS lietošanu (*skat. 5. pielikumu*);
- STI riska grupai (par 25 gadiem jaunākas sievietes, vairāk nekā 6 dzimumpartneri dzīves laikā, vienlaikus vairāki partneri, anamnēzē STI, nestabilas partnerattiecības) vēlams veikt STI izmeklējumus, ieskaitot HIV;
- neveicot papildu asins analīzes;
- bez dzemdes kakla citoloģiskās uztriepes;
- neveicot krūšu papildu izmeklēšanu;
- neveicot grūtniecības testu, ja ir pārliecība, ka paciente nav stāvoklī. [8; 13; 14]

2.5. Barjermetodes

Barjermetodēm praktiski nav kontrindikāciju. Tās ir vienīgās kontracepcijas metodes, kas samazina STI transmisijas risku. Ir piemērojami cilvēkiem ar nepastāvīgiem vai vairākiem dzimumpartneriem. Lai paaugstinātu efektivitāti un pasargātu no STI, var lietot kombinācijā ar citām, iepriekš minētajām, kontracepcijas metodēm. [8; 13]

2.5.1. Vīriešu prezervatīvs

Prezervatīvs palīdz aizsargāties gan no seksuāli transmisīvām infekcijām, gan no grūtniecības. Pareizi lietojot prezervatīvu, HIV transmisijas iespēja samazinās par 80–95%.

Efektivitāte:

- kontracepcijas efektivitāte ir atkarīga no kvalitatīvas un pareizas lietošanas: lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 2 grūtniecības uz 100 sievietēm; praksē lietojot, pirmā gada laikā iestājas 13 grūtniecības uz 100 sievietēm.

Kontrindikācijas: kontrindicēti pacientiem ar smagu lateksa alerģiju. Šādos gadījumos var iegādāties speciālus prezervatīvus, kas domāti šādiem pacientiem. [8; 13; 14]

2.5.2. Sieviešu prezervatīvs

Sieviešu prezervatīvs ir maksts aizsargs, kas pirms dzimumakta tiek ievietots makstī. Sieviešu prezervatīvam ir divi fleksibli riņķi: viens riņķis ir prezervatīva beigu daļā, kas palīdz prezervatīvu ievietot makstī, otrs – sākuma daļā, atrodas ārpus maksts un palīdz prezervatīva proksimālo daļu noturēt ārpusē.

Sieviešu prezervatīvs samazina risku inficēties gan ar STI, gan pasargā no grūtniecības.

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 5 grūtniecības uz 100 sievietēm;
- praksē lietojot, pirmā gada laikā iestājas 21 grūtniecība uz 100 sievietēm. [8; 13; 14]

2.5.3. Maksts diafragma

Maksts difragma ir sekla kupolveida gumijas uzmava ar elastīgu apmali, kurā parasti iepilda spermicīdu un pirms dzimumakta ievada makstī.

Var samazināt risku inficēties ar hlamīdijām, gonoreju, trihomonām.

Katrai pacientei pirms lietošanas rekomendē speciālista konsultāciju un veikt mazā iegurņa izmeklēšanu, lai palīdzētu izvēlēties atbilstoša izmēra diafragmu.

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 16 grūtniecības uz 100 sievietēm.

Blakusefekti:

- diafragma var izraisīt kairinājuma sajūtu makstī vai dzimumloceklim.

N.B.! Nelietot pirmās 6 nedēļas pēc dzemdībām [8; 13; 14].

2.5.4. Dzemdes kakla uzmava

Dzemdes kakla uzmava ir gumijas uzpirkstenveida ierīce, ko parasti lieto kopā ar spermicīdu un uzliek uz dzemdes kakla pirms dzimumakta.

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 26 grūtniecības uz 100 sievietēm;
- lielāka efektivitāte ir sievietēm, kuras nav dzemdējušas (16 grūtniecības uz 100 sievietēm).

Nerekomendē izmantot sievietēm, kurām ir ārstēta cervikāla intraepiteliāla neoplāzija (CIN) vai dzemdes kakla vēzis [8; 13; 14].

2.6. Ķirurģiskās metodes

Ķirurģiskās kontracepcijas lietošanu nosaka likumdošana, un to drīkst izdarīt:

- 1) pacientam, kas ir vecāks par 25 gadiem, – ar viņa rakstveida piekrišanu;

2) medicīnisku indikāciju dēļ pacientam (arī jaunākam par 25 gadiem) ar ārstu konsīlija apstiprinājumu (konsīlija sastāvā ir ginekologs – dzemdību speciālists – vai urologs atkarībā no pacienta dzimuma un divi ārsti – attiecīgās medicīnas nozares speciālisti) un pacienta rakstveida piekrišanu, bet, ja pacienta rīcībspēja ir ierobežota, ar tiesas lēmumu – ar pacienta aizgādņa un pacienta kopīgu rakstveida piekrišanu (ja saskaņā ar tiesas lēmumu aizgādnis ar aizgādņībā esošo rīkojas kopīgi) vai ar aizgādņa rakstveida piekrišanu (ja saskaņā ar tiesas lēmumu aizgādnis attiecīgajā jomā rīkojas patstāvīgi). [8; 13; 14]

2.6.1. Olvadu nosiešana vai pārdalīšana

Olvadu nosiešana vai pārdalīšana ir neatgriezeniska kontracepcijas metode, kas neietekmē sievietes veselību, seksualitāti un menstruālo ciklu.

Parasti izmanto kādu no ķirurģiskajām pieejām:

- mini-laparotomiju – veic nelielus iegriezumus vēdera priekšējā sienā, olvadus izceļ caur šiem iegriezumiem. Tālāk var veikt katra olvada neliela apgabala ekscīziju vai veikt olvadu bloķēšanu ar klipšiem. Pēc procedūras olvadus ievieto atpakaļ vēdera dobumā;
- laparoskopijas laikā bloķē vai veic olvadu fragmenta ekscīziju.

Efektivitāte:

- iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm pēc pirmā pēcoperācijas gada (jeb 5 grūtniecības uz 1000 sievietēm) [8; 13; 14].

2.6.2. Sēklas vadu pārdalīšana (vazektomija)

Caur nelielu iegriezumu sēklinieka maisiņā tiek lokalizēti sēklas vadi un tos nosien, pārgriež vai klipē, lai nepieļautu spermas atbrīvošanu un izvadīšanu.

Efekts iestājas 3 mēnešus pēc procedūras, tāpēc šajā laika posmā ir jāizmanto citas kontracepcijas metodes. Rekomendē pēc 3 mēnešiem veikt pārbaudi, lai pārliecinātos, ka spermas sekretā nav spermatozoīdu.

Efektivitāte:

- pirmā pēcoperācijas gada laikā iestājas mazāk nekā 1 grūtniecība uz 100 sievietēm (jeb mazāk nekā 2 grūtniecības uz 1000 sievietēm), kuru partnerim ir veikta vazektomija [8; 13; 14].

2.7. Citas kontracepcijas metodes

2.7.1. Spermicīdi

Spermicīdi ir ķīmiskas vielas, kurus ievada distāli makstī tuvu dzemdes kaklam. Spermicīdi bojā spermatozoīdu šūnu membrānu un inhibē spermatozoīda fermentus.

Visplašāk tiek izmantots nonoksinols-9.

Spermicīdi pieejami dažādos veidos – kā krēmi, gēli, svecītes, putojošas tabletes, sūkliši.

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 16 grūtniecības uz 100 sievietēm;
- lietojot praksē, pirmā gada laikā iestājas 21 grūtniecība uz 100 sievietēm.

Blaknes:

- kairinājuma sajūta makstī vai dzimumloceklim;
- bieži lietojot, nonoksinols-9 palielina HIV transmisijas risku.

Var uzsākt lietošanu, negriežoties pie veselības aprūpes speciālista [8; 13; 14].

2.7.2. Dabiskā ģimenes plānošana

Dabiskā ģimenes plānošana nozīmē, ka sieviete, sekojot savam menstruālajam ciklam un fizioloģiskajām pārmaiņām cikla laikā, nosaka savu ovulācijas laiku un fertilās dienas.

Sievietes var izmantot vienu vai vairākas metodes, lai noteiktu šo laiku:

- kalkulejot ovulācijas periodu, balstoties uz menstruālā cikla garumu; parasti šis periods ir no 8. līdz 19. menstruālā cikla dienai, kuru laikā izvairās no neaizsargātām vaginālām dzimumattiecībām;
- sekojot fizioloģiskām pārmaiņām:
 - dzemdes kakla un maksts sekrēta pārmaiņām;
 - bazālās temperatūras izmaiņām (notiek temperatūras paaugstināšanās).

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, pirmā gada laikā iestājas 15 grūtniecības uz 100 sievietēm [8; 13; 14].

2.7.3. Laktācijas amenoreja

Laktācijas amenoreja var būt efektīva līdz 6 mēnešiem pēc bērna dzimšanas, ja sieviete pilnā apjomā zīda bērnu un ikmēneša asiņošana nav atsākusies.

Efektivitāte, ievērojot visus nosacījumus: iestājas mazāk par 1 grūtniecību uz 100 sievietēm [8; 13; 14].

2.7.4. Pārtrauktais dzimumakts

Pārtrauktais dzimumakts nozīmē, ka dzimumakts tiek pārtraukts pirms spermas ejakulācijas makstī.

Efektivitāte:

- lietojot atbilstoši instrukcijām, viena gada laikā iestājas 4 grūtniecības uz 100 sievietēm;
- lietojot praksē, viena gada laikā iestājas 20 grūtniecības uz 100 sievietēm.

Izvēloties šo metodi:

- vīrietim pirms dzimumakta rekomendē urinēt un noslaucīt dzimumlocekļa galviņu, lai noņemtu sēklas paliekas;
- ja vīrietis nav savlaicīgi pārtraucis dzimumaktu un ejakulācija notikusi makstī, rekomendē apsvērt avārijas kontracepcijas izmantošanu. [8; 13; 14]

2.8. Kontracepcijas rīks

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) eksperti, pamatojoties uz zinātnisko pētījumu pierādījumiem, regulāri publicē kontracepcijas līdzekļu lietošanas rekomendācijas dažādās klīniskajās situācijās. Šo rekomendāciju apkopojumu sauc par kontracepcijas rīku (*skat. 2.4. tabulu un 1. pielikumu*) [14].

2.4. tabula

Kontracepcijas rīkā apkopoto ģimenes plānošanas metožu lietošanas ieteikumu kategorijas dažādās medicīniskajās situācijās [14]

Kategorija	Ir iespējams pilnīgs klīniskais novērtējums	Ir ierobežots pilnīgs klīniskais novērtējums
1.	Metodi lieto jebkuros apstākļos	Lieto
2.	Parasti metodi lieto	Lieto
3.	Parasti metodi neiesaka lietot, izņemot gadījumus, kad nav pieejama vai pieņemama vairāk piemērota metode	Nelieto
4.	Metodi noteikti nelieto	Nelieto

3. MĀKSLĪGA GRŪTNIECĪBAS PĀRTRAUKŠANA

Mākslīgs aborts nozīmē, ka grūtniecība tiek mākslīgi pārtraukta. Latvijā vidējais sieviešu vecums, kurā mākslīgi tiek pārtraukta grūtniecība, ir 29 gadi. Latvijā veiktie pētījumi parāda, ka 84% sieviešu, kas veic abortu, ir pastāvīgās partnerattiecībās ar vīrieti, no kura iestājusies grūtniecība, 15% atrodas bērna kopšanas atvaļinājumā, vairāk nekā 50% ir strādājošas un 25% ar augstāko izglītību [1; 7].

Sievietes izvēlas veikt mākslīgo abortu dažādu iemeslu dēļ: vai nu tā ir sievietes izvēle, vai arī sievietes partneris šobrīd nevēlas grūtniecību, sievietes ģimene neatbalsta grūtniecības turpināšanu, sociālekonomiskie iemesli, grūtniecība ir iestājusies pēc izvarošanas vai asinsgrēka rezultātā, augļa patoloģija, grūtniecība apdraud sievietes psihisko vai fizisko veselību vai pat dzīvību [7].

Mākslīgs aborts var būt divējāds:

- legāls aborts jeb aborts pēc sievietes lūguma;
- medicīnisks aborts.

3.1. tabula

Mākslīgo abortu statistika – abortu skaits Latvijā 2009.–2017. gadā [1]

Gads	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Abortu skaits									
Kopā	12435	10820	10320	9231	8715	8550	7854	7370	6599
T.sk. mākslīgie	8881	7443	7089	6197	5557	5318	4802	4366	3917
Abortu skaits uz 1000 sievietēm 15-49 gadu vecumā									
Kopā	23,5	21,2	21,0	19,4	18,9	19,0	17,9	17,1	15,7
T.sk. mākslīgie	16,8	14,6	14,4	13,0	12,0	11,8	10,9	10,2	9,3
Abortu skaits uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem									
Kopā	574	565	559	472	430	399	362	340	321
T.sk. mākslīgie	410	389	384	317	274	248	221	202	190

3.1. Legāls aborts

Legāls aborts ir grūtniecības pārtraukšana ārstniecības iestādē pēc sievietes vēlēšanās līdz grūtniecības 12. nedēļai (11 nedēļām 7 dienām), kas izvērtēta ārstniecības jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktā kārtībā un atbilst obligātajām prasībām [4].

Likumdošana: Ministru kabineta 2003. gada 28. oktobra noteikumi Nr. 590 (prot. Nr. 56 9.§) *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība*, un likuma *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums* VI nodaļas *Grūtniecības pārtraukšana* 25. pants.

Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība [5]

Ja sieviete ambulatorā apmeklējuma laikā ir izteikusi vēlēšanos pārtraukt grūtniecību, ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts rīkojas šādi:

- 1) apstiprina progresējošu grūtniecību;
- 2) informē sievieti par grūtniecības pārtraukšanas būtību un ietekmi uz veselību un iespējamiem medicīniskajiem sarežģījumiem, kā arī par iespēju saglabāt topošajam bērnam dzīvību;
- 3) aizpilda un izsniedz sievietei nosūtījumu uz laboratorisku izmeklēšanu, nosūtījumā norādot šādus izmeklējumus:
 - maksts mikrofloras iztriepe;
 - mikroprecipitācijas reakcija ar inaktivētu serumu (SED);
 - asins grupa un rēzus (Rh) faktora noteikšana;
 - citus izmeklējumus (ja nepieciešams) [5].

Pēc laboratorisko izmeklējumu rezultātu izvērtēšanas un medicīnisko kontraindikāciju izslēgšanas ārsts aizpilda un izsniedz sievietei nosūtījumu grūtniecības pārtraukšanai. Nosūtījumā un ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē atzīmē nosūtījuma izsniegšanas **gadu, mēnesi, datumu un stundu** [4; 5].

Ginekologs vai ģimenes ārsts grūtniecības pārtraukšanai sievieti nosūta uz:

- 1) stacionāru ārstniecības iestādi;
- 2) ambulatorās ārstniecības iestādes dienas stacionāru, izņemot gadījumus:
 - ja tā ir pirmā grūtniecība;
 - ja sievietei ir 16 gadu vai mazāk:
 - norīkojumu uz grūtniecības pārtraukšanu pēc pašas vēlēšanās drīkst izsniegt, ja vismaz viens no viņas vecākiem vai aizbildnis grūtniecības pārtraukšanai ir devis rakstveida piekrišanu;
 - ja radies strīds ar vecākiem vai aizbildni par grūtniecības saglabāšanu, grūtniecības pārtraukšanai nepieciešams bāriņtiesas (pagasttiesas) lēmums;
 - ja sievietei ir ģenitālas vai ekstraģenitālas sasilšanas, kuras, pārtraucot grūtniecību, var radīt draudus sievietes dzīvībai;
 - ja grūtniecība ilgst vairāk par 8 nedēļām [5].

Ārstniecības iestādē grūtniecību pārtrauc, ja sieviete ir:

- 1) saņēmusi informāciju no ginekologa (dzemdību speciālista) par grūtniecības pārtraukšanas gaitu un iespējamiem sarežģījumiem;
- 2) izvēlējusies atsāpināšanas veidu un saņēmusi informāciju no ārsta anesteziologa par iespējamiem atsāpināšanas procedūras sarežģījumiem [5].

Grūtniecības pārtraukšanu ginekologs (dzemdību speciālists) drīkst veikt ārstniecības iestādes stacionārā nodaļā ne agrāk kā 72 stundas pēc grūtniecības pārtraukšanas norīkojuma izsniegšanas [4; 5].

Līdz izrakstīšanai no ārstniecības iestādes pēc grūtniecības pārtraukšanas ginekologs (dzemdību speciālists) konsultē sievieti par ģimenes plānošanas jautājumiem un iesaka piemērotus kontracepcijas līdzekļus [5].

3.2. Medicīniskais aborts

Medicīniskais aborts ir grūtniecības pārtraukšana medicīnisku indikāciju dēļ līdz grūtniecības 24. nedēļai (23 nedēļām 7 dienām) vai, ja grūtniecība ir izvarošanas sekas, līdz grūtniecības 12. nedēļai (11 nedēļām 7 dienām) ārstniecības iestādē, kas izvērtēta ārstniecības jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktā kārtībā un atbilst obligātajām prasībām [4; 5].

Likumdošana: Ministru kabineta 2003. gada 28. oktobra noteikumi Nr. 590 (prot. Nr. 56 9.§) *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība* un likuma *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums* VI nodaļas *Grūtniecības pārtraukšana* 25. pants [5].

Ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts, izvērtējot sievietes veselības stāvokli, grūtniecības norisi un augļa attīstību vai pamatojoties uz tiesībaizsardzības iestādes izsniegtu izziņu par izvarošanu, rīkojas šādi:

- 1) organizē konsīliju:
 - ja sievietes saslimšanas dēļ iespējami vai radušies sarežģījumi grūtniecības gaitā;
 - ja grūtniecība ir izvarošanas sekas;
- 2) izsniedz nosūtījumu papildu izmeklēšanai pie ārsta (ģenētiķa), ja ir iespējami vai radušies augļa attīstības traucējumi [5].

Ja sievietes saslimšanas dēļ ir iespējami vai radušies sarežģījumi grūtniecības gaitā, konsīlijā piedalās:

- 1) ambulatorā ārstniecības iestādē – ginekologs (dzemdību speciālists), ģimenes ārsts un attiecīgais speciālists;
- 2) stacionārā ārstniecības iestādē – ginekologs (dzemdību speciālists), ginekoloģiskās nodaļas vadītājs un attiecīgais speciālists [5].

Ja grūtniecība ir izvarošanas sekas, konsīlijā piedalās ginekologi (dzemdību speciālisti).

Pacientei, kura ir jaunāka par 16 gadiem, grūtniecības pārtraukšana medicīnisku indikāciju dēļ vai gadījumā, kad tā iestājusies izvarošanas rezultātā, ir pieļaujama, ja ir ārstu konsīlija apstiprinājums vai tiesībaizsardzības iestādes izsniegta izziņa par izvarošanas gadījumu un ja vismaz viens no pacientes vecākiem vai aizbildnis ir devis rakstveida piekrišanu [4; 5].

Ja sievietei ir iespējami vai radušies augļa attīstības traucējumi, konsīliju organizē ārsts (ģenētiķis), un tajā piedalās arī ginekologs (dzemdību speciālists), kā arī ginekologs, kuram ir sertifikāts ultraskaņas izmeklēšanā dzemdniecībā un ginekoloģijā [5].

Pamatojoties uz konsīlija atzinumu, ginekologs (dzemdību speciālists) vai ģimenes ārsts informē sievieti par iespējamiem sarežģījumiem, ja grūtniecība tiks saglabāta, un izsniedz nosūtījumu uz grūtniecības pārtraukšanu stacionārā ārstniecības iestādē. Konsīlija atzinumu pievieno medicīniskajai dokumentācijai [5].

3.3. Konsultācija un izmeklējumi pirms mākslīgā aborta

Konsultācijai pirms mākslīgā aborta jānorit labvēlīgā un emocionāli neitrālā gaisotnē, lai apspriestu ar pacientu iemeslus, kuri pamudinājuši viņu pārtraukt grūtniecību [9; 10; 12].

Ja iestājusies nevēlama grūtniecība, sieviete ir izvēles priekšā. Pieņemot lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu, ir svarīgi situāciju kārtīgi pārdomāt, neļaujoties pirmajām emocijām. Sieviete šādā grūtā situācijā bieži rod nepieciešamo atbalstu, ja aprunājas ar kādu uzticamu cilvēku. Lēmums par grūtniecības saglabāšanu vai pārtraukšanu parasti nav viegls, to ietekmē sievietes vērtības, priekšstati, ģimenes situācija, iespējas saņemt atbalstu un apkārtējo viedoklis. Šaubas un neziņa ir normālas izjūtas šādā situācijā. Sievietei ir jāsaņem informācija, ka jebkurā situācijā ir vairākas izvēles. Sieviete var saglabāt grūtniecību un audzināt bērnu pati, meklēt palīdzību pie tuviniekiem, vērsties pie organizācijām, kas palīdz grūtībās nonākušām sievietēm, atdot bērnu adoptīvai, un ir vēl citas iespējas (<http://papardeszieds.lv/materiali/>). Izvēle saglabāt vai pārtraukt grūtniecību ir sievietes rokās. Tikai sieviete pati konkrētajā situācijā var izvērtēt visus “par” un “pret” un pieņemt pareizāko lēmumu, ieklausīties savās sajūtās un apsvērt dažādus variantus, tomēr pirms lēmuma pieņemšanas ir svarīgi nodrošināt pacientei plašu informāciju par aborta procedūru, par tā norisi un iespējamiem sarežģījumiem [8; 9; 10; 12].

Lai mazinātu komplikāciju risku, pirms mākslīgās grūtniecības pārtraukšanas jāveic:

- 1) anamnēzes ievākšana par sirds un asinsvadu slimībām, astmu, anēmiju, alerģiju uz medikamentiem un jānoskaidro, kādus medikamentus paciente lieto pastāvīgi;
- 2) reproduktīvā anamnēze (vai ir bijusi ķeizargrieziena operācija);
- 3) objektīvā izmeklēšana – pulss, asinsspiediens, sirds un plaušu auskultācija, temperatūra;
- 4) ginekoloģiskā izmeklēšana un grūtniecības laika noteikšana:
 - ārējo dzimumorgānu apskate, pārlicinoties, vai nav pazīmju (čūlas, kondilomas, izdalījumi u.c.), kas liecina par seksuāli transmisīvām infekcijām;
 - apskate spoguļos, pārlicinoties, vai nav pazīmju, kas liecina par seksuāli transmisīvām infekcijām;
 - bimanuālā izmeklēšana; ja ginekoloģiskās izmeklēšanas laikā dzemdes lielums neatbilst pēc pēdējām menstruācijām aprēķinātajam grūtniecības laikam, tad ir nepieciešama ultrasonogrāfija grūtniecības laika precizēšanai;
 - izmeklējumi atbilstoši MK noteikumiem [8; 9; 10; 12].

Ja sievietei ir palielināts seksuāli transmisīvo infekciju (STI) risks vai ir to klīniskā aina, vēlama papildizmeklēšana uz STI infekcijām (piem., *Chlamydia urogenitalis*). Sievietēm, kuras pieder STI riska grupai, rekomendē sākt antibakteriālo terapiju (ar doksiciklīnu) 2–3 dienas pirms mākslīgās grūtniecības pārtraukšanas. [8; 9; 10; 12]

Konsultācijas laikā ar pacienti ir jāpārrunā medicīniskā aborta metodes, to ietekme uz veselību un arī par iespējamiem sarežģījumiem. Jāatrod laiks, lai atbildētu uz pacienti interesējošajiem jautājumiem.

Pirms aborta jāpārrunā ar sievieti par augstas efektivitātes kontracepcijas metodi, kuru sieviete varēs uzsākt lietot pēc aborta [8; 9; 10; 12].

3.4. Antibakteriālā profilakse pirms aborta

Lai mazinātu infekciozo komplikāciju risku, pirms ķirurģiskā aborta iesaka veikt profilaksi – 100 mg doksiciklīna 1 h pirms operācijas vai 200 mg doksiciklīna 2 h pēc operācijas; ja ir liecības par bakteriālo vaginozi, papildus nozīmē metronidazolu 1g rektāli vai 800 mg orāli tieši pirms aborta vai aborta laikā [8; 9; 10; 12].

3.5. Mākslīgā aborta metodes

3.5.1. Ķirurģiskais aborts

Vakuumekskohleācija – šo metodi var izmantot līdz 12. grūtniecības nedēļai (speciālos apstākļos – līdz 15. nedēļai). Tā ir drošākā un efektīvākā ķirurģiskā aborta metode līdz 12. grūtniecības nedēļai.

Dilatācija un kiretāža – ir alternatīva vakuumaspirācijas metodei, bet ir saistīta ar lielākām sāpēm un lielāku komplikāciju risku.

Dilatācija un evakuācija – piemērota no 13. līdz 24. grūtniecības nedēļai.

Pēc ķirurģiskā aborta:

- visām sievietēm ar Rh negatīvu asinsgrupu ir jāsaņem AntiD imūnglobulīna injekcija izosensibilizācijas profilaksei;
- jāievēro higiēnas norādījumi;
- atturēties no dzimumdzīves vismaz divas nedēļas un līdz ir beigusies asiņošana;
- nelietot maksts tamponus līdz nākamajām menstruācijām;
- 24 stundas nemazgāties vannā. [2; 9; 11; 15]

3.5.2. Medikamentoza aborts

Medikamentoza aborts kā alternatīva metode ķirurģiskai grūtniecības pārtraukšanai rada sievietei izvēles iespējas, izvēloties grūtniecības pārtraukšanas veidu [8].

Medikamentoza aborts ir grūtniecības pārtraukšana ar farmakoloģiskiem preparātiem, lietojot mifepristonu un mizoprostolu – mifepristons apstādina grūtniecības attīstību un mizoprostols stimulē dzemdes kontrakcijas [9; 10; 11; 12; 15].

Medikamentozo abortu var izvēlēties dzemdē lokalizētas grūtniecības pārtraukšanai laikposmā līdz 63. amenorejas dienām (rēķinot no pēdējo menstruāciju 1. dienas):

- optimāli ir veikt medikamentozu abortu līdz 49 grūtniecības dienām, lietojot perorāli mifepristonu un mizoprostolu;
- ja grūtniecības laiks pārsniedz 49 dienas un ir līdz 63 grūtniecības dienām, medikamentozu abortu veic, lietojot mifepristonu perorāli un mizoprostolu bukāli, sublingvāli vai vagināli [3].

Medikamentozo abortu lieto tikai pacientēm, kas ir vecākas par 18 gadiem [3].

Medikamentozā aborta **priekšrocības**:

- augsta efektivitāte līdz 98,5%;

- ir iespējams novērst komplikāciju risku, kas varētu rasties ķirurģiskā aborta un anestēzijas laikā;
- samazinās ascendējošās infekcijas risks, jo medikamentozā aborta laikā netiek traucēta “aizsargājošā sistēma” – dzemdes kakla kanāls; nav nepieciešamas invazīvās metodes (injekcijas, ķirurģiskā manipulācija), kuru laikā varētu pieaugt risks inficēties ar vīrusa hepatītu B, C, HIV.
- netiek traucēti endometrijs, miometrijs un dzemdes kakls;
- ja mizoprostolu lieto sublingvāli vai bukāli, augļa ola izdalās 3–4 stundu laikā, tāpēc ascendējošās infekcijas risks ir minimāls;
- medikamentozs aborts ir izvēles metode pirmās grūtniecības pārtraukšanai;
- ir daļa pacienšu, kurām ir psiholoģiski vieglāk lietot tabletes;
- medikamentozs aborts ir ar labu panesamību – 93,6% pacienšu ir apmierinātas ar medikamentozā aborta norisi;
- medikamentozā aborta ieviešana palielina pacientes izvēles iespējas [9; 10; 11; 12; 15].

Kontrindikācijas:

- grūtniecība nav apstiprināta ar ginekoloģisko izmeklēšanu, ultrasonogrāfiski vai ar bioloģiskiem testiem;
- grūtniecības ilgums pārsniedz 63 amenorejas dienas (rēķinot no pēdējo menstruāciju 1. dienas);
- apstiprināta ārpusdzemdes grūtniecība vai ir aizdomas par to;
- veikta dzimumorgānu apgraizīšana vai cirkumcīzija;
- iepriekš zināma alerģija uz prostaglandīniem vai paaugstināta jutība pret aktīvām vielām vai jebkuru no palīgvielām u.c. kontrindikācijas, kas saistītas ar konkrētiem medicīniskās tehnoloģijas realizācijai lietotajiem medikamentiem;
- smaga, terapeitiski nekontrolējama astma;
- iedzimta porfirija;
- hroniska virsnieru mazspēja;
- pacientei nav iespējas ierasties uz kontroles vizīti, lai novērtētu, vai grūtniecība ir pilnīgi pārtraukta;
- pacientei ir grūti saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību 2 nedēļu laikā pēc medikamentu lietošanas;
- pacientes lietotie medikamenti nav paredzēti lietošanai pacientes grūtniecības pārtraukšanas laikposmā [5; 9; 10; 11; 12; 15].

Pacientu informēšana:

- vizītē pie ginekologa, dzemdību speciālista vai ģimenes ārsta sieviete pirms grūtniecības pārtraukšanas viņai saprotamā valodā tiek mutiski un rakstiski informēta par medikamentozā aborta būtību, iespējamiem sarežģījumiem un sagaidāmiem rezultātiem; paciente ir jāinformē, ka aborta pabeigšanai var būt nepieciešama ķirurģiska iejaukšanās;
- pirms medikamentozā aborta procedūras uzsākšanas sieviete vēlreiz tiek mutiski informēta par iespējamiem sarežģījumiem;
- tā kā neatliekamajos gadījumos ir svarīga piekļuve piemērotai medicīniskajai aprūpei, šo medicīnisko tehnoloģiju izmanto tikai pacientēm, kurām ir piekļuve medicīniskai iestādei, kurā var veikt ķirurģisku iejaukšanos nepilna aborta gadījumā, asins pārlišanu vai reanimāciju laika periodā no pirmās vizītes līdz laikam, kad ginekologs, dzemdību speciālists, kurš izsniedzis zāles, atļauj izrakstīties [5; 8; 9; 10; 12; 15].

Pēc medikamentozā aborta:

- visām sievietēm ar Rh negatīvu asinsgrupu ir jāsaņem AntiD imūnglobulīna injekcija izosensibilizācijas profilaksei;
- jāievēro higiēnas norādījumi, nedrīkst lietot maksts tamponus līdz nākamajai menstruācijai;
- jāatturas no dzimumdzīves vismaz nedēļu vai līdz brīdim, kad ir beigusies asiņošana un sieviete jūtas labi [5; 9; 10; 11; 12; 15].

3.6. Mākslīgā aborta komplikācijas

Ķirurģiskā aborta komplikācijas:

- dzemdes perforācija;
- dzemdes kakla bojājums;
- daļēja vai pilnīga Ašermana sindroma attīstība (rētaudu un saaugumu attīstība dzemdes dobumā).

Medikamentozā aborta komplikācijas:

- gastrointestināls diskomforts;
- alerģiskās reakcijas.

Kopīgās komplikācijas:

- asiņošana procedūras laikā un pēc tās;
- iekaisums un infekcijas;
- sāpes;
- augļa olas retence;
- neizdevusies augļa olas evakuācija un tai sekojoša progresējoša grūtniecība;
- rēzus vai AB0 asinsgrupu izosensibilizācija. [9; 10; 11; 12; 15]

3.2. tabula

**Biežāko komplikāciju salīdzinājums
starp ķirurģisko un medikamentozo abortu, % [8; 15]**

Komplikācija	Ķirurģiskais aborts	Medikamentozais aborts
Asiņošana	2,1	15,6
Infekcija	1,7	1,7
Nepilnīgs aborts	1,6	6,7
Trauma	0,6	0,03
Trombemboliskie notikumi	0,08	0,08
Atkārtota abrāzija	1,8	5,9
Nāve	0,02	0,009

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

1. *Abortu statistika: Statistikas dati par abortiem 2009.–2017. gadā.* SPKC, 2018.
2. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. (2013). *Ķirurģisks aborts līdz 12. grūtniecības nedēļai: Izvērsti medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts.* Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnolojiu-datu-bze/17-dzemdniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/irurisks-aborts-ldz-12grtniecibas-nedai>
3. Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija. (2014). *Medikamentozs aborts līdz 63. amenorejas dienai, lietojot mifepristonu un mizoprostolu: Izvērsti medicīniskās tehnoloģijas metodes apraksts.* Pieejams: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/rstniecib-izmantojamo-medicnisko-tehnolojiu-datu-bze/17-dzemdniecibas-un-ginekologijas-mediciniskie-pakalpojumi-un-medici-niskas-apauglosanas-pakalpojumi/310-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/medikamentozs-aborts-lidz-63amenorejas-dienai-lietojot-mifepristonu-un-mizoprostolu>
4. Ministru kabineta 21.06.2018. noteikumi Nr. 132 (6218) *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums.*
5. Ministru kabineta 23.10.2007. noteikumi Nr. 590 (3749) *Grūtniecības pārtraukšanas organizatoriskā kārtība.*
6. Putniņa, A. (2011). *Iedzīvotāju reproduktīvā veselība: Pārskats par situāciju Latvijā (2003–2011).* Rīga: Papardes zieds.
7. Spridzāne, A., Mošna, N., Vīberga, I., Tula, A., Līdaka, L. (2014). Nevēlama grūtniecība un kontracepcijas prakse Latvijā. *Latvijas Ārsts*, aprīlis 2014.
8. Vīberga, I. (2013). *Ginekoloģija.* Rīga: Medicīnas apgāds.
9. International Planned Parenthood Federation. (2008). *First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures.* London: IPPF.
10. National Abortion Federation. (2018). *Clinical policy guidelines for abortion care.* Washington: National Abortion Federation.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The care of women requesting induced abortion, 3rd edition.* RCOG press.
12. WHO. (2009). *Clinical practice handbook for safe abortion.* Switzerland: WHO.

13. WHO. (2018). *Family planning: A global handbook for providers, 3rd edition*. Switzerland: WHO.
14. WHO. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edition*. Switzerland: WHO.
15. WHO. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition*. Switzerland: WHO.

PIELIKUMI

Kontracepcijas rīks

Pacientes raksturojums, blakussaslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Grūtniecība	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4
Vecums, nesmēķē									
1) no <i>menarche</i> līdz 18 gadiem	1	1	1	1	1	2	1	2	2
2) no 18 līdz 40 gadiem					1	1	1	1	1
3) > 40 gadi	2	2	2	2	1	2	1		
Smēķēšana									
1) < 35 gadu vecumā	2	2	2	2	1	1	1	1	1
2) > 35 gadu vecumā	3/4	3/4	3/4	3/4	1	1	1	1	1
Aptaukošanās (KMI > 30 kg/m ²)	2	2	2	2	1	2 (ja < 18g.v.); 1	1	1	1
Nedzemdējusi	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Dzemdējusi	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Pacientes raksturojums, blakussaslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Krūts barošana:									
< 6 nedēļas kopš dzemdībām	4	4	4	4	2	3	2	1	2 (ja < 48 h)
> 6 ned. līdz 6 mēn. kopš dzemdībām	3	3	3	3	1	1	1	1	1
> 6 mēn. kopš dzemdībām	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Pēc dzemdībām, nebaro ar krūti:									
1) < 21 diena	3/4	3/4	3/4	3/4	1	1	1	1	1
2) > 21 līdz 42 dienas									
a) nav citu riska faktoru trombembolijām	2	2	2	2	1	1	1	3	3
b) ir citi riska faktori trombembolijām	3	3	3	3	1	1	1	> 48 h līdz 4 nedēļas	
3) > 42 dienas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
								Pēc 4 ned.	
Pēcdzemdību sepse / septiskais aborts	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Pēc aborta vai ektopiskās grūtniecības	1	1	1	1	1/2	1	1	1	1
Vairāki kardiovaskulāro slimību riska faktori	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Hipertensija (nekontrolēta)	3/4	3/4	3/4	3/4	1/2	2/3	1/2	1	2
Dislipidēmija	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Koronārā sirds slimība	4	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2/3
Insults	4	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2
Trombofilija (pārmantotā vai iegūtā)	4	4	4	4	2	2	2	1	2
Dziļo vēnu tromboze / trombembolija anamnēzē	4	4	4	4	2	2	2	1	2
Varikozās vēnas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Virpusējo vēnu tromboze	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Komplicēta sirds vārstu slimība	4	4	4	4	1	1	1	2	2

Migrēna bez auras 1) < 35 g.v. – uzsākt lietošanu – turpināt lietot	2	2	2	2	1	2	2	1	2
	3	3	3	3	2	2	2	1	2
2) ≥ 35 g.v. – uzsākt lietošanu – turpināt lietot	3	3	3	3	1	2	2	1	2
	4	4	4	4	2	2	2	1	2
Migrēna ar auru – uzsākt lietošanu – turpināt lietot	4	4	4	4	2	2	2	1	2
	4	4	4	4	3	3	3	1	3

Pacientes raksturojums, blakussaslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Galvassāpes (nesaistītas ar migrēnu) 1) uzsākt lietošanu 2) turpināt lietot	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Epilepsija	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Depresija	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Endometriozes	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Smaga dismenoreja	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Krūts vēzis	4	4	4	4	4	4	4	1	4
Endometrija vēzis	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Dzemes kakla vēzis	2	2	2	2	1	2	2	4	4
Olnīcu vēzis	1	1	1	1	1	1	1	3	3
Iegurņa iekaisuma slimība anamnēzē: 1) ar sekojošo grūtniecību 2) bez sekojošas grūtniecības	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
2)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Šobrīd esošā iegurņa iekaisuma slimība: 1) uzsākt lietošanu 2) turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	4	4
1)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
2)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
STI 1) šobrīd esošs purulenta cervicīts vai gonoreja, vai hlamīdijas – uzsākt lietošanu – turpināt lietošanu 2) citas STI vai vaginīts 3) paaugstināts risks STI – uzsākt lietošanu – turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	4	4
– uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
– turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
– uzsākt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2/3	2/3
– turpināt lietošanu	1	1	1	1	1	1	1	2	2
HIV/AIDS	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Vairogdziedzera slimības	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Pacientes raksturojums, blakussaslimšanas un reproduktīvā anamnēze	KOK	HKP	HKR	IK	POK	IK	Imp.	IUI	HIUS
				KIK		PIK			
Diabēts									
1) bez komplikācijām	2	2	2	2	2	2	2	1	2
2) neiropātija / retinopātija / nefropātija	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
3) citas vaskulārās slimības vai diabēta stāžs > 20 gadi	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Dzelzs deficīta anēmija	1	1	1	1	1	1	1	2	1
Žultakmeņu slimība	2/3	2/3	2/3	2	2	2	2	1	2
Ciroze	4	4	4	3	3	3	3	1	3
Aknu audzēji									
1) labdabīgi – fokālā nodulārā hiperplāzija – hepatocelulārā adenoma	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	4	4	4	3	3	3	3	1	3
2) ļaundabīgi	4	4	4	4	3	3	3	1	3
Lieto antiretrovirālu terapiju*									
1) uzsāk lietot	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	2/3	2/3
2) turpina lietot								2	2
Lieto antikonvulsantu terapiju*									
1) noteiktais antikonvulsants (fenitoīns, karbamazepīns, barbiturāti, primidoms, topiramāts, okskarbazepīns)	3	3	3	2	3	1	2	1	1
2) lamotrigīns	3	3	3	3	1	1	1	1	1
Lieto antimikrobiālu terapiju*									
1) plaša spektra antibiotikas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2) antifungāli	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3) antiparazītiskie	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4) rifamicīns	3	3	3	2	3	1	2	1	1

* Sīkāku informāciju par konkrētu medikamentu skat. Zāļu aprakstos.