



Медикаментозен абортус во примарната здравствена з а ш т и т а

Издание на: ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2024 година

Уредник/-чка: Ева Спасевска

Автор: Доц. д-р Миле Тантуровски

Лектура: Виолета Танчева - Златева

Графичко уредување: Пиксел ЛТД

Печати: Контура

Тираж: 150

CIP - Каталогизација во публикација Национална и универзитетска
библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје
618.39-085(041)

ТАНТУРОВСКИ, Миле

Медикаментозен абортус во примарната здравствена заштита / Миле
Тантуровски. - Скопје : ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и
истражување, 2024 (Скопје : Контура). - 12 стр. ; 21 см

Фусноти кон текстот

ISBN 978-608-4859-68-0

а) Абортус, медикаментозен – Брошури

COBISS.MK-ID 63780869

РЕЗИМЕ

Раниот медикаментозен абортус е безбедна, ефективна и прифатлива алтернатива на хируршкиот абортус. Методата нуди приватност и автономија и може да се понуди како услуга од матичните гинеколози/гинеколозите од примарната здравствена заштита кои имаат завршено соодветна обука.

Медикаментозниот абортус во примарната здравствена заштита може да се изведува до 9-тата гестациска недела и се индуцира со администрација на мифепристон/мизопропростол (во согласност со член 19, став 2 од Законот за прекинување на бременоста, објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 101/19). Дополнително, болничките здравствени установи што во својот состав имаат гинеколошко-акушерско одделение кое ги исполнува условите во однос на просторот, опремата и кадарот и има дозвола за работа во согласност со прописите од областа на здравствената заштита, може да изведуваат медикаментозен абортус до 22 г. н. (во согласност со член 19, став 2 од Законот за прекинување на бременоста, објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 101/19). Постојат многу малку контраиндикации или состојби кај кои треба претпазливост за изведување на медикаментозен абортус.

Обезбедувањето информирана согласност од корисничките на медикаментозниот абортус вклучува и детално информирање за очекуваниот резултат, за несаканите ефекти и за можните компликации. Корисничките треба да бидат добро информирани кога да се јават на контролен преглед во ургентна амбуланта.

За сите кориснички на медикаментозен абортус треба да се закаже контролен преглед за потврда дека абортусот е комплетен. Како методи за потврда може да се користат ултразвучен преглед и/или одредување на концентрација на хуман хорионски гонадотропин во примерок од крв или со користење на уринарен тест со висока сензитивност.

Најголем дел од методите за планирање на семејството (контрацепција) може да се користат веднаш по медикаментозниот абортус. Доколку корисничката претпочита да користи интраутерина вложка, таа се аплицира по потврда дека абортусот е комплетен.

Табела 1. Релативни предности на медикаментозниот и на хируршкиот прекин на бременост

Вообичаено нема потреба од инвазивни процедури и се избегнува можноста од потенцијални хируршки компликации (пр., перфорација на утерус, ризици поврзани со анестезија).*

Побезбеден е за обезни кориснички и за кориснички кои имаат променета анатомија на утерината шуплина.

Поголема достапност (не е поврзан со употреба на специјализирана опрема, сала за интервенции, анестезија).

Обично може да се спроведе во домашни услови.

Помала веројатност за супсеквентна евакуација на ретинирани продукти од концепција.*

Обично бара само еден закажан преглед и се изведува во краткотрајна интравенска анестезија.

Крварењето завршува за неколку дена (крварењето кај медикаментозниот абортус може да потрае до 2 недели).

Помал е ризикот од обилно крварење и обично нема потреба од обезбедување пристап до ургентна амбуланта.

Се избегнува потенцијалниот стрес за корисничката од визуализација на гестацискиот сакус.

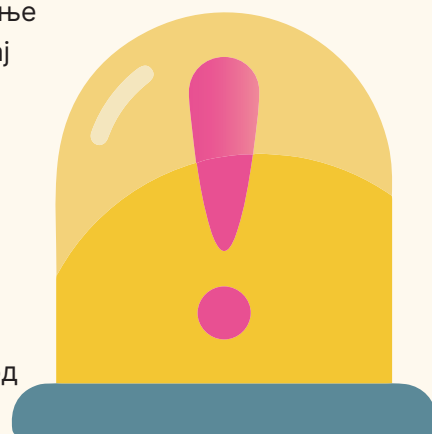
*Супсеквентна хируршка евакуација на утерината шуплина се јавува како потреба кај 3-5 % од медикаментозните абортуси и кај помалку од 1 % од хируршките абортуси.

КОНТРАИНДИКАЦИИ

Контраиндикациите за спроведување на медикаментозен абортус до 9-тата гестациска недела (63 дена од концепција) кај кориснички со потврдена интраутерина бременост се ретки, а најважните се прикажани сумарно во табела 2. Доењето и повеќеплодовата бременост не се контраиндикации за спроведување на медикаментозен абортус. Медикаментозниот абортус се преферира како метода за прекин, особено кај кориснички кои имаат постоечки ризици асоцирани со анестезија и е побезбеден кај кориснички со обезитет и/или состојби кои ја нарушуваат анатомијата на утерината шуплина (на пример, големи миоми).

МЕРКИ НА ПРЕТПАЗЛИВОСТ

Кај корисничките кои имаат тешка анемија, исхемична болест на срцеи/или тешки нарушувања на реналната или белодробната функција, потребна е консултација со специјалист пред спроведување на медикаментозниот абортус. Поради антиглукокортикоидниот ефект на мифепристонот, потребна е консултација со специјалист кај корисничките кои имаат нестабилна форма на астма, со цел зголемување на дозата на кортикостероидот за контрола на астмата. Кај корисничките со стабилна форма на астма и/или корисничките кои се на долгорочна терапија на одржување со инхалирање на кортикостероиди, треба да се обезбеди терапија за контрола на евентуална акутна егзацербација. Кај корисничките со инсулин-зависен дијабет треба да се советува внимателно следење на гликемијата поради можноста од појава на повраќање и/или дехидратација. Дополнителна претпазливост е потребна и кај корисничките кои имаат епилепсија која може да биде индуцирана од повраќање и/или болка.



Табела 2. Релативни предности на медикаментозниот и на хируршкиот прекин на бременост

Вообичаено нема потреба од инвазивни процедури и се избегнува можноста од потенцијални хируршки компликации (на пр., перфорација на утерус, ризици поврзани со анестезија).*

Побезбеден е за обезни кориснички и за кориснички кои имаат променета анатомија на утерината шуплина.

Поголема достапност (не е поврзан со употреба на специјализирана опрема, сала за интервенции, анестезија).

Обично може да се спроведе во домашни услови.

Помала е веројатноста за супсеквентна евакуација на ретинирани продукти од концепција.*

Обично бара само еден закажан преглед и се изведува во краткотрајна интравенска анестезија.

Крварењето завршува за неколку дена (крварењето кај медикаментозниот абортус може да потрае до 2 недели).

Помал е ризикот од обилно крварење и обично нема потреба од обезбедување пристап до ургентна амбуланта.

Се избегнува потенцијалниот стрес за корисничката од визуализација на гестацискиот сакус.

*Супсеквентна хируршка евакуација на утерината шуплина се јавува како потреба кај 3-5 % од медикаментозните абортуси и кај помалку од 1 % од хируршките абортуси.

ШТО ТРЕБА ДА СЕ НАПРАВИ ПРЕД ДАВАЊЕ НА ТАБЛЕТКИТЕ ЗА МЕДИКАМЕНТОЗЕН АБОРТУС?

Пред изведување на медикаментозниот прекин на бременоста, мора да се потврди постоење на интраутерина бременост и да се одреди точната гестациска старост.

Ултразвучен преглед

Постоење на интраутерина бременост се потврдува со визуализација на фетален пол или yolk sac во шуплината на матката. Овие структури обично може да се видат во 5-6 гестациска недела доколку се користи трансвагинален ултразвучен преглед; овие структури може да се визуализираат подоцна доколку се користи трансабдоминален ултразвучен преглед, особено кај обезни пациентки. Проценката на гестациската недела се прави најпрецизно со должината на ембрионот (англ. Crown-rump length – CRL).

Други иследувања

Во незадолжителни (опционални) иследувања спаѓаат:

- Скрининг за постоење на сексуално преносливи инфекции и/или генитални инфекции (доколку има клинички знаци)
- Одредување диференцијална крвна слика, доколку има клиничко сомнение за постоење на анемија или доколку корисничката е од популација со висока преваленца на сидеропенична анемија
- Лабораториски тестови за проценка на хепатална и ренална функција кај кориснички со постоечко хронично заболување на овие органски системи.

КАКО СЕ СПРОВЕДУВА МЕДИКАМЕНТОЗНИОТ АБОРТУС?¹

Мора да се обезбеди информирана согласност од корисничката за спроведување на процедурата за медикаментозен прекин на бременост. Корисничката задолжително мора да биде информирана за начинот на земање на лековите, за очекуваните ефекти, за несаканите ефекти и можните компликации, вклучувајќи и совети за тоа кога да се јави за контролен преглед во ургентна амбуланта.

¹ Процедурата се однесува на најкарактеристичниот режим на давање лекови; алтернативните режими, дози и начини на администрација се детално објаснети во Клиничкото упатство за прекин на бременост до 22-рата гестациска недела.

Мифепристонот го блокира дејството на прогестеронот, кој дејствува врз ендометриумот и помага во одржување на бременоста. Дополнително, мифепристонот го омекнува и дилатира цервиксот, поттикнува утерина активност и ја зголемува сензитивноста на утерусот на дејството на мизопростолот. Мизопростолот е синтетски аналог на простагландин E₁ и дејствува преку омекнување на цервиксот и индукција на утерини контракции.

Чекор 1: Се администрира 200 mg мифепристон орално, под надзор на ординирачкиот гинеколог од примарната здравствена заштита. Несаканите ефекти од оралната администрација на мифепристон се ретки; доколку настане повраќање во рок од 1 час од администрацијата, дозата треба да се повтори. Корисничката може да продолжи со нормални активности. Често може да се јави оскудно генитално крварење.

Чекор 2: Мизопростолот во доза од 800 mcg (4 таблети од по 200 mcg) се администрира букално 24-48 часа по давањето на мифепристонот, во време кое ѝ одговара на корисничката. Пожелно е 30-60 минути пред земањето на мизопростолот да се администрира аналгетик од класата на нестероидни антиинфламаторни лекови и антиеметик. Корисничката се советува да употребува нестероидни антиинфламаторни лекови (на пр., ибупрофен во стандардни аналгетски дози) и/или појаки аналгетици (на пр., комбинација на трамадол со парацетамол) за контролирање на болката. Пред администрација на мизопростолот, устата треба да се исплакне со вода; таблетите се администрираат меѓу букалната слузница и тврдото непце (2 таблети лево, 2 таблети десно) и се држат на тоа место 30 минути додека не се растопат. По 30 минути, остатоците од таблетите се проголтаат. Како несакани ефекти од давањето на мизопростолот може да се јават гадење, повраќање, главоболка, треска/покачена телесна температура и дијареја.

Алтернатива 1: Режим само со мизопростол – се даваат 800 mg мизопростол (4 таблети) букално; дозата се повторува на 3-12 ч. до постигнување на абортус.

Алтернатива 2: Комбиниран режим со летрозол + мизопростол – се започнува со земање на летрозол 10 mg орално секој ден во период од 3 дена, а потоа се администрира мизопростол 800 mg вагинално на четвртиот ден.

Очекувани ефекти

Од еден до четири часа по давањето на мизопростолот се јавува болка (како грчеви) која вообичаено е посилна од менструалната болка. Кратко по појавата на болката, се јавува генитално крварење, кое треба да е пообилно од менструално крварење. Крварењето вообичаено се намалува по исфрлање на продуктите на концепција; гестацискиот сакус може да се визуализира кај бремености поголеми од 7-мата гестациска недела. Во следните 5-7 дена гениталното крварење наликува на менструално крварење, а потоа се намалува. Кај приближно 65 % од корисничките крварењето целосно престанува до 14-тиот ден од администрацијата на мизопростолот; кај мал дел од корисничките оскудно генитално крварење и/или спотинг може да има и до 4-5 недели од почетокот на процедурата.

СЛЕДЕЊЕ

Сите кориснички на медикаментозен абортус треба да бидат следени. Потребните информации што треба да им се дадат на пациентките за грижа по медикаментозен абортус се прикажани во табела 3. Овие информации вклучуваат препораки за промена на дневните навики, како и информации за тоа кога да се јават на контролен преглед во ургентна амбуланта.

Рутинската администрација на анти-D профилакса за Rh-негативни пациентки не се препорачува кај корисничките на медикаментозен прекин на бременоста до 9-тата гестациска недела.

Контролен преглед

Нема медицинска причина за рутинско закажување на контрола по некомплицирани хируршки или медикаментозен абортус. Без разлика на тоа, на пациентката треба да ѝ се дадат информации за достапноста на дополнителните услуги, доколку за тоа има потреба или желба (табела 3).

Жените кои извршиле абортус треба да бидат адекватно информирани за симптомите на бременост која продолжила (што може, но не мора да индицира неуспех на абортусот), како и за другите медицински причини поради кои треба да се јават на контролен преглед, како, на пример: продолжено и обилно крварење, изостанок на крварење (кај жени со медикаментозен абортус), болка која не се смирува со аналгетици или треска.

Контролниот преглед (доколку се закаже) има за цел да се потврди успехот на процедурата, да се исклучи постоење на симптоми кои сугерираат можни компликации и да се разговара за евентуално почнување со некој метод за планирање на семејството.

Табела 3. Пример за информации за грижа по медикаментозен прекин на бременост

Општи совети

Во првите 7 дена по земањето на мизопростол, за да се намали ризикот од инфекција, треба да избегнувате:

- Сексуални односи
- Употреба на тампони/менструални чашки
- Пливање
- Капење во када/употреба на спа.

Кога да се јавите на преглед во ургентна амбуланта

Јавете се во ургентна амбуланта во кое било време доколку:

- Имате обилно крварење (повеќе од 2 големи влошки/час во 2 последователни часа)
- Исфрлате крвни грутки (коагулуми) со големина на лимон (или поголеми)
- Имате вртоглавица и/или срцебиење
- Имате изразена болка во стомакот, особено ако е локализирана само на една страна.

Кога да се јавите на преглед кај ординирачкиот доктор

Симптоми на продолжена бременост:

- **24 часа** по земање на мизопростол:
 - ✓ Немате генитално крварење или тоа е многу оскудно (помалку од менструално крварење)
 - ✓ Не сте исфрлиле видливи коагулуми или делови од бременоста
- **48 часа** по земање на мизопростол сè уште имате гадење
- Крварењето запрело за помалку од 4 дена од земањето на мизопростолот
- **14 дена** по земање на мизопростол сè уште имате чувствителност на дојките

Симптоми на ретинирани продукти од концепција:

- **7 дена** по земање на мизопростол
 - ✓ Сè уште исфрлате коагулуми
 - ✓ Сè уште имате болки/грчеви во матката
 - ✓ Сè уште крварите пообилно од менструално крварење
- **14 дена** по земање на мизопростол имате крварење кое не е намалено во интензитет од почетокот
- **4-5 недели** по земање на мизопростол имате генитално крварење кое е различно од нормално менструално крварење.

Симптоми на инфекција:

- Болка во долниот дел на стомакот
- Болка за време на односи
- Необичен вагинален исцедок
- Покачена телесна температура (над 38 °C)
- Гадење или повраќање
- Општа слабост.

КОМПЛИКАЦИИ

Компликациите од медикаментозниот абортус до 9-тата гестациска недела се ретки, но важно е тие навреме да бидат увидени и да се третираат соодветно. Стапките на појава на компликации објавени во литературата се:

- Ретинирани продукти од концепција со потреба од хируршка евакуација на шуплината на матката – 5 %
- Вијабилна бременост која продолжува – 0,8 %
- Инфекција на внатрешните генитални органи со потреба од парентерална администрација на антибиотици – 0,1-0,2 %
- Обилно крварење со потреба од трансфузија – 0,1 %.

Пациентките се советуваат за најчестите знаци и симптоми на компликации и за тоа кога да се јават во ургентна амбуланта и/или на контролен преглед кај ординирачкиот гинеколог (табела 3).

Ретинирани продукти од концепција

Знаци за ретенција на ткиво од бременоста по исфрлање на концептот се продолжено и пообилно крварење од очекуваното, проследено со грчеви и болки. Дијагнозата се потврдува на ултразвучен преглед.

Следењето на пациентката зависи од придружните симптоми, величината на ретинираните продукти, присуството на анемија и преференцата на корисничката. Опции за третман се: експектативен менаџмент, повторна доза на мизопростол (400 mcg букално, со дополнителна доза од 400 mcg букално за 4 часа по првата, доколку не дојде до појава на пообилно крварење) или хируршка евакуација на матката (инструментална ревизија). Доколку постојат клинички и/или лабораториски знаци за инфекција, се препишуваат широкоспектарни антибиотици.

Бременост која продолжува

Знаци за бременост која продолжила по медикаментозниот абортус се: отсутно или оскудно крварење 24 ч. по администрацијата на мизопростол, особено ако корисничката не видела исфрлени продукти на концепција. За потврда на дијагнозата се користат ултразвучен преглед и квантитативен тест за одредување на серумската концентрација на хуман хорионски гонадотропин. Доколку се потврди постоење на вијабилна бременост и таа е помала од 63 дена (9 г. н.), може да се повтори дозата на мифепристон и мизопростол или да се направи хируршки абортус. Доколку корисничката реши да ја задржи бременоста, треба да биде информирана дека постои ризик од појава на значајни фетални аномалии. Во таков случај се препорачува препраќање во терциерна установа за следење на бременоста.

Инфекција на внатрешните генитални органи

Инфекцијата на внатрешните генитални органи најчесто се изразува со суптилни симптоми. Најголем дел од овие случаи се поврзани со задржување на продукти од концепцијата. Инфекциите на горниот генитален тракт најчесто имаат полимикробијална природа и најчесто се предизвикани од анаеробни бактерии кои се присутни во вагината. Соевите на *Clostridium* и *Streptococcus pyogenes* може да предизвикаат тешки форми на инфекција. Во диференцијалната дијагноза секогаш треба да бидат земени предвид и причинители на сексуално преносливи инфекции како што се *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhea* и *Mycoplasma genitalium*.

Пациентките со клиничка слика треба да се третираат со орална администрација на антибиотик со широк спектар, како доксициклин (или алтернативно амоксицилин со клавулонска киселина) во период од 5-7 дена. Тешките форми на инфекција бараат хоспитализација и парентерална администрација на антибиотици.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. Закон за прекинување на бременоста („Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 101/19).
4. Закон за заштита на правата на пациентите („Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/11 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 190/19).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):676-692.
6. Purcell C., Cameron S., Lawton J., Glasier A., Harden J. Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences. *BJOG.* 2017;124(13):2001-2008.
7. Gerdtz C., Bell SO., Shankar M., et al Beyond safety: the 2022 WHO abortion guidelines and the future of abortion safety measurement.
8. World Health Organization. Abortion Care Guideline. WHO; 2022.
9. World Health Organization. WHO recommendations on self-care interventions: self-management of medical abortion. World Health Organization; 2022.



www.hera.org.mk