

# Клиничко упатство за прекинување на бременоста

Скопје, Ноември 2020

## Цел на упатството

Целта на упатството е да обезбеди високо-квалитетна здравствена услуга за прекинување на бременоста до 22-та гестациска недела, базирана на современи практики и медицински докази и фокусирани на потребите на пациентките.

Упатството е изготвено врз основа на постоечките докази за безбедно изведување на прекинување на бременоста, користејќи ги упатствата од Светската здравствена организација (СЗО).

## Клиничка грижа при прекинување на бременоста

### А) Грижа пред прекинување на бременоста

Предуслов за упатување на пациентка за прекинување на бременоста е верификација на постоење на интраутерина бременост и утврдување на гестациската недела. Утврдувањето на гестациската недела е од големо значење за определување на соодветната метода за прекинување на бременост, како и за дефинирање на обемот на информации кои треба да и се дадат на пациентката за папувајќи ги одредбите од Законот за заштита на правата на пациентите.

#### *Проценка на гестациската недела*

Проценката на гестациската недела се прави најпрецизно со спроведување на ултразвучен преглед во првиот триместар и мерење на должината на ембрионот (*анг. Crown-rump length - CRL*). Истовремено треба да се верифицира присуство на срцева акција кај ембрионот (**Анекс 1.**). Во вториот триместар гестациската старост вообичаено се одредува преку стандардните биометриски параметри – бипариетален дијаметар (*анг. Biparietal diameter - BPD*). Проценка може да се направи и со клинички преглед и одредување на *betaHCG*, а во случај на несигурна проценка да се направи серумска концентрација на *betaHCG*.

#### *Анамнеза*

Анамнезата треба да содржи податоци за релевантни заболувања на пациентката од интерес за процедурата, употребата на лекови, алергии на лекови, должината на аменорејата, различни состојби во бременоста кои би можеле да предизвикаат аменореја, состојби кои можат да предизвикаат контраиндикации при хируршки или медикаментозно прекинување на бременоста, како и земање на детална гинеколошко-акушерска историја која вклучува претходни бремености, породувања, ектопични бремености и постоење на претходни или актуелни сексуално преносливи инфекции.

## *Физикален преглед*

При бимануелен преглед треба да се одреди големината на утерусот, како и евентуално постоење на знаци за бременоста (пр. омекнување на грлото на матката). Утерусот кој е поголем од очекуваното за конкретната гестациска старост може да е резултат на постоење на понапредната бременост, присуство на моларна бременост или пелвичен тумор или дистензија на мочниот меур. Утерусот кој е помал од очекуваното е индикација за рана или ектопична бременост.

## *Лабораториски испитувања*

Во подготовката за прекинување на бременоста, не се неопходни рутински лабораториски испитувања. Проценката за хепаталната и реналната функција се врши кај пациентки кои имаат преегзистентно хронично заболување на овие органски системи. Одредувањето на диференцијална крвна слика е корисно кога постои клиничко сомневање за анемија или се очекува поголема загуба на крв за време или по завршување на процедурата за прекинување на бременоста. Одредување на крвна група и *Rh* фактор е неопходно за соодветна администрација на *Rh* профилакса.

## *Ултразвучен преглед*

Ултразвучниот преглед е од големо значење за утврдување на бременоста, локација на бременоста (интраутерина наспроти ектопична) и проценка или верификација на гестациската старост, патолошката бременост, спонтан абортус инекомплетен абортус.

## *Инфекции на репродуктивниот тракт*

Кај хируршкото прекинување на бременоста, рутински се администрира антибиотска профилакса, додека кај медикаментозниот прекин на бременоста, заради малиот ризик од инфекција не е потребна администрација на антибиотска профилакса. Исклучок е само доколку медикаментозното прекинување на бременоста е во втор триместар и е со пролонгиран тек.

Доколку кај пациентката постојат јасни клинички знаци за генитална инфекција, се препорачува да се направи скрининг за сексуално преносливи инфекции (СПИ) и соодветен третман во случај на инфекција.

## *Административни информации*

Информациите за прекинување на бременоста ги дава специјалист гинеколог-акушер или друг соодветно обучен здравствен работник или соработник во здравствената установа. Информирањето на пациентката има за цел таа да добие точни информации за нејзините права и обврски кои произлегуваат од Законот за прекинување на бременоста. Пациентката која ќе реши да ја продолжи бременоста треба да се упати во соодветна здравствена установа со цел добивање на соодветна антенатална грижа.

## *Информации и советување за процедурата*

Информациите за процедурите околу прекинувањето на бременоста ги дава специјалист гинеколог-акушер. Пациентката има законско право да прифати или одбиеда и бидат дадени

медицинските информации. Информациите треба да бидат непристрасни, објективни и медицински веродостојни и да се однесуваат на следново:

- методите и постапката на прекинување на бременост, како и што може жената да очекува за време на прекинувањето на бременоста и по завршувањето на постапката, вклучително и за испитувањата кои треба да и се направат;
- што може да почувствува за време на процедурата (болка, крвање) и колку долго се очекува да трае процедурата и заздравувањето;
- како да се препознаат потенцијални компликации каде да се побара медицинска помош;
- употреба на аналгетици;
- кога ќе може да се врати на нормалните активности, вклучително и на сексуалниот живот;
- кога да се јави на контролен преглед;
- да се информира за избор на најсоодветниот метод на контрацепција, со цел спречување на несакана бременост по прекинувањето на бременоста;
- каде и како да добие дополнителни услуги и грижа по завршувањето на постапката за прекинување на бременост.

Пред почетокот на било каква процедура за прекинување на бременоста, пациентката треба да даде писмена согласност за прифаќање на спроведување на интервенцијата за прекинување на бременоста (Анекс 2). Ако пациентката е малолетна (помлада од 18 години) или е со ограничена деловна способност, прекинувањето на бременоста се врши со согласност од родителот односно старателот.

Малолетните пациентки и жените жртви на насилство можат да бидат изложени на притисок за вршење на прекинување на бременоста од страна на членовите на семејството или партнерот. Доколку здравствениот работник се посомнева дека пациентката е изложена на притисок, разговорот за прекинување на бременоста треба да се изврши насамо, или пациентката треба да се упати во специјализирана здравствена установа за понатамошно советување.

## Б. Процедури за изведување на прекинување на бременоста

### Б1. Процедури за изведување на прекинување на бременоста во првиот триместар

#### *Хируршко прекинување на бременоста во прв триместар*

Хируршко прекинување на бременоста во првиот триместар се изведува со вакуум аспирација на утерината празнина (мануелна или електрична). Аспирацијата се прави по претходна дилатација на цервикалниот канал со соодветни дилататори. Мануелната и електричната вакуум аспирација се изведува до постигнување на адекватно празнење на утерусот, проценето од страна на специјалистот гинеколог-акушер кој ја изведува процедурата. Доколку гинекологот процени дека празнењето е некомплетно, интервенцијата се завршува со киретажа на утерината празнина.

Претходна подготовка на цервиксот со простагландини или осмотски дилататори е неопходна кај извршување на хируршкото прекинување на бременоста над 12-тата гестациска недела и треба да биде земена во предвид кај сите жени, а особено кај малолетни пациентки и нулипари, независно од гестациската старост. Осмотските дилататори (ламинација) за подготовка на цервиксот се аплицираат најмалку 6 часа пред интервенцијата. Подготовката на цервиксот со простагландини се изведува со вагинална апликација на 400mcg misoprostol 3-4 часа или сублингвална апликација 1 час пред започнување на процедурата. Се препорачува рутинска антибиотска профилакса кај сите пациентки кои одбрале хируршки прекин на бременоста. Примарната препорака е администрација на *Doxycycline 0.1g b.i.d. p.o.* во времетраење од 3-7 дена, или друг соодветен широкоспектарен антибиотик (доколку пациентката е алергична на *Doxycycline*).

#### *Медикаментозно прекинување на бременост во првиот триместар (до 12-та гестациска недела или 84 дена)*

Медикаментозен прекин на бременост до 9-та гестациска недела (63 дена) се извршува **кај гинеколог во примарна здравствена заштита или во болничка установа**, додека медикаментозен прекин на бременост од 9-та до 12-та гестациска недела (63-84 дена) се извршува **исклучително во болничка установа**. До 7-та гестациска недела, процедурата започнува со администрација на 200mcg mifepristone орално и следена е со администрација на misoprostol во период од 24-48 часа, кој се администрира орално (400mcg по доза) или букално/сублингвално/вагинално (800 mcg единична доза).

Меѓу 7-та и 12-тата гестациска недела, процедурата започнува со администрација на 200mg mifepristone, и следена е со букална/сублингвална/вагинална администрација на misoprostol како единична доза (800mcg).

Модалитетите за администрација на misoprostol се дефинирани како:

- Орална – таблетите се голтаат веднаш
- Букална – таблетите се ставаат меѓу букалната слузница и тврдото непце, се чека да се растопат 30 минути и остатоците од таблетите се голтаат
- Вагинално – таблетите се аплицираат во форниксот на вагината и од пациентката се бара да лежи 30 минути
- Сублингвално – таблетите се поставуваат под јазикот (400µg одеднаш, во два наврати) за да се растопат во наредните 20 минути. Остатоците може да сепроголтаат.

*Mifepristone* се администрира во здравствена установа под надзор на специјалист гинеколог-акушер. *Misoprostol-om* до 9-та гестациска недела, може да се администрира и во домашни услови од страна на пациентката, а над 9-та гестациска недела *misoprostol* се администрира само во здравствена установа под надзор на специјалист гинеколог-акушер. На пациентката и се закажува контролен преглед по 7-14 дена, за да се потврди комплетниот прекин на бременоста. Доколку прекилот на бременоста е некомплетен, дозата на *misoprostol* се повторува или на пациентката и се понудува хируршки метод за прекин на бременоста, кој би бил извршен од специјалист гинеколог-акушер и во соодветни услови согласно Законот за прекинување на бременоста.

Процесот кај медикаментозниот прекин на бременоста е сличен на оној кај спонтаното прекинување на бременоста. Крвавењето вообичаено трае до 12 дена, а во ретки случаи може да се пролонгира и до 45 дена (за разлика од хируршкиот абортус каде крвавењето трае во просек од 9-10 дена). Несаканите ефекти вклучуваат гадење, повраќање или дијареја. Контраиндикациите за употреба на *mifepristone* и аналог на простагландини се акутно или хронично оштетување на црниот дроб, акутна и хронична бубрежна инсуфициенција, хередитарна порфирија, алергија на било кој од користените лекови, неконтролирана епилепсија, ектопична бременост, тешка астма неконтролирана со лекови, инсуфициенција на надбубрежна жлезда или малнутриција. Претпазливост е потребна кај пациентки кои се на долготраен третман со кортикостероиди и кај оние кои имаат хемофилија, тешка анемија и кардиоваскуларни ризик фактори. Треба да се пристапи со претпазливост во случај на антикоагулациска терапија или коагулациски пореметувања.

*Изведување на медикаментозно прекинување на бременоста во првиот триместар само со Misoprostol*

*(до 12-та гестациска недела или 84 дена) и во случај да не е достапен mifepristone*

Медикаментозен прекин на бременоста до 9-та гестациска недела (63 дена) само со *Misoprostol* се извршува **кај гинеколог во примарна здравствена заштита или во болничка установа**, додека медикаментозен прекин на бременост од 9-та до 12-та гестациска недела (63-84 дена) се извршува **исклучително во болничка установа**. Процедурата започнува со сублингвална, букална или вагинална администрација на 800µg *misoprostol*, со повторување на дозата во интервали од 3 часа (за сублингвална

администрација) или 3-12 часа (за букална или вагинална администрација) до постигнување на прекинување на бременост со администрација од најмногу 4 последователни дози. Несаканите ефекти се почести кога *misoprostol*-от се дава сублингално отколку ако се дава вагинално. Медикаментозниот прекин на бременоста изведен со комбинација од *mifepristone* и *misoprostol* е поефикасен од оној изведен само со *misoprostol*, и е асоциран со помалку несакани ефекти.

### *Аналгезија*

Хируршкото прекинување на бременоста во првиот триместар се изведува во локална (парацервикален блок) или краткотрајна интравенозна анестезија. Парацервикален блок се постигнува со субмукозна инјекција на *lidocaine* во 2-4 квадранти дистално од форниксот на вагината за да се обезбеди инфилтрација на нервите лоцирани во кардиналниот и сакро-утериниот лигамент. Кога се користи општа анестезија, лекарот специјалист по анестезиологија и реанимација мора да поседува соодветни медикаменти и апарати неопходни во случај на компликации. Медикаментозниот прекин на бременост во првиот триместар се изведува без анестезија.

По завршување на процедурата на прекинување на бременоста, на пациентката и се пропишуваат нестероидни антиинфламатори за аналгезија, по препорака од специјалистот гинеколог-акушер кој ја изведува процедурата. Се препорачува ординирање на *ibuprofen* или *paracetamol* во стандардни аналгетски дози, со напомена дека *paracetamol* е помалку ефикасен од *ibuprofen*. Во случај на перзистентна болка, може да бидат пропишани и опиодни аналгетици (*tramadol* со или без *paracetamol*). Видот на анестезија (доколку е апликативно) и аналгезија е избор на пациентката, по претходно информирање и советување од специјалист гинеколог-акушер.

## **Б2. Процедури за изведување прекинување на бременоста по 12-та гестациска недела**

Прекинување на бременост по 12-та гестациска недела се изведува исклучиво во болничка здравствена установа.

### *Хируршки прекинување на бременост од 12-та до 14-та гестациска недела*

Процедурата за избор на хируршки прекинување на бременост меѓу 12-та и 14-та гестациска недела е дилатација и евакуација, и се изведува од искусен специјалист гинеколог-акушер. По претходна подготовка на цервиксот со простагландини или осмотски дилататори, цервиксот се дилатира и се евакуира содржината на утерусот, по што се изведува инструментална ревизија на утерината празнина. По процедурата се администрира профилатички антибиотик и аналгетик, идентично како кај прекинување на бременоста во првиот триместар.

### *Медикаментозен прекинување на бременоста над 12та гестациска недела*

Процедурата за медикаментозен прекинување на бременостанад 12-тата гестациска недела започнува со орална администрација на 200mg *mifepristone* и последователна администрација на *misoprostol* во рок на 24-48 часа кој се администрира букално/сублингвално/вагинално (400µg). Се продолжува со 400µg *misoprostol* на секои 3 часа до завршување на прекилот на бременоста. Исфрлањето на плацентата се менаџира експектативно, освен во случаи на обилно крвање или кај фебрилни пациентки, кога се применуваат стандардна процедура за хируршка екстракција на плацентата од утерусот.

### Аналгезија

Процедурата за хируршко прекинување на бременоста во вториот триместар може да се изведе со локална (парацервикален блок) или краткотрајна интравенозна анестезија на начин идентичен со претходно опишаниот за хируршки прекин во првиот триместар. Пропишувањето на аналгетици по процедурата зависи од желбата и потребата на пациентката, по советување со специјалист гинеколог-акушер и при тоа важат истите препораки како кај прекинување на бременоста во првиот триместар.

## В. Изведување на медикаментозен абортус кај пациентки со специфични состојби

- Пациентка со претходно породување со царски рез - анамнеза за претходно породување со царски рез е ризик фактор за настанување на руптура на утерусот при изведување на медикаментозен абортус. Ризикот се зголемува пропорционално со гестациската старост. Кај вакви пациентки се препорачува редукција на иницијалната доза на *misoprostol* без промена на дозата на *mifepristone*. Корекција на дозите на *misoprostol* има за цел намалување на веројатноста на хипертстимулација на матката.
- Мултифетална бременост – медикаментозниот абортус е високоефективен и безбеден, независно од бројот на фетуси. Се применуваат стандардните процедури
- Интраутерина смрт на плодот – овие бремености се третираат на ист начин како бремености со вијабилен ембрион/фетус
- Прееклампсија – состојбата ретко се сретнува пред 24 гестациски недели, а внимание треба да се посвети на проценка на можноста на појава на еклампсија. Се применуваат вообичаените процедури за медикаментозено прекинување на бременоста.
- Контролирана астма – *mifepristone* има антистероиден ефект и го намалува ефектот на инхалираните кортикостероиди. Се препорачува администрација на двојно поголема доза од инхалаторот 2 дена по администрација на *mifepristone*.
- Епилепсија – не е контраиндикација за медикаментозен абортус. Некои антиконвулзивни медикаменти (*phenytoin*, *phenobarbital*, *carbamazepine*) го индуцираат метаболизмот на *mifepristone*, со што се намалува неговата серумска концентрација. Сепак, доколку пациентката се одлучи за медикаментозен абортус, истиот може да се спроведе на стандарден начин.

- Пациентки кои примаат психијатриска терапија – се применуваат стандардните процедури со напомена дека администрацијата на медикаментите би требало да биде под медицинска супервизија.
- Пациентки со тип 1 *diabetes mellitus* или тироидни заболувања – се применуваат стандардните процедури
- Одложена експулзија – кај мал процент на пациентки нема да дојде до експулзија на продуктите од концепција (и со тоа прекинување на бременост) по администрирање на максималната доза на *misoprostol*. Во тие случаи, се продолжува со администрација на *misoprostol* според стандардниот режим, следниот ден. Доколку повторно не дојде до прекин на бременоста, може да се повтори целата процедура (со *mifepristone*) следниот ден или да се разгледа можноста за хируршко прекинување на бременоста.

## Г. Грижа по прекинување на бременост

Се препорачува сите пациентки да се јават на специјалист гинеколог за контролен преглед по 7-14 дена од изведување на процедурата за прекинување на бременоста, иако тој е задолжителен само кај пациентките кои имале медикаментозен абортус само со *misoprostol*. Во текот на контролниот преглед, на секоја пациентка треба да и се дадат информации за симптомите и можните компликации по процедурата, на разбирлив и соодветен начин, со минимизирање на техничката, односно стручната терминологија, како и да се потенцира важноста од навремено барање медицинска помош. Информациите треба да содржат податоци за:

- Апстиненција од сексуални односи, особено со нов партнер, и вагинална апликација (тампони, медикаменти, вагинално туширање) за време на генитално крвавење;
- Информации за обезбедување на контрацепција;
- Барање медицинска помош, особено во случај на пелвична болка, покачена телесна температура, треска или обилно и/или пролонгирано генитално крвавење;
- Можности за превенција на сексуално преносливи инфекции и значењето на употреба на кондом (на пациентки кои се одлучиле за употреба на друг вид на контрацепција т.н. “двојна заштита”). Овие информации се особено важни за пациентки со повисок ризик од СПИ, вклучително и адолесценти;
- Информации за понатамошните постапки, враќање на менструалниот циклус и време на почеток на сексуална активност по процедурата;

*Rh* профилакса (анти *RhD* гамаглобулин) се администрира кај сите *Rh* негативни пациентки при хируршко прекинување на бременост, а кај медикаментозен абортус само кај *Rh* негативни пациентки над 12-та гестациска недела.

### Г1. Потврдување на прекин на бременоста

Потврда на комплетно прекинување на бременоста за врши со ултразвучен преглед или мерење на концентрација на betaHCG. Ултразвучниот преглед е исклучително корисен за детектирање на неуспешно прекинување (продолжена бременост) или некомплетно прекинување (задржани продукти од концепција во утерината празнина). Доколку како метода за верификација на прекилот се користи уринарно или серумско определување на *betaHCG*, треба да се има предвид дека тој може да се детектира во ниски концентрации и до 4 недели по успешен и комплетно прекинување на бременоста.

На пациентките со неуспешен прекин на бременоста (вијабилна бременост во утерината празнина) треба да им се понуди повторување на процедурата за прекин на бременоста (хируршка или медикаментозна) или пак продолжување на бременоста. Податоците за можниот тератоген ефект на лековите употребени за неуспешен медикаментозен прекин на бременоста се инсуфициентни, заради што не треба да се понуди прекинување на бременоста доколку по неуспешниот обид пациентката се одлучи да ја продолжи бременоста. Во такви случаи пациентката треба да се информира за можните ризици по фетусот и важноста од редовни антенатални прегледи.

## **G2. Советување за методите на планирање на семејство по прекинување на бременоста**

Секоја пациентка треба да добие информации и советување за методите за контрацепција, согласно правото на прифаќање и одбивање на медицинска информација, пред да ја напушти здравствената установа. Пожелно е пациентката да може да го добие избраниот метод во самата здравствена установа. Доколку тоа не е возможно, треба да добие информација и да биде упатена во друга соодветна здравствена установа.

По прекинувањето на бременоста (хируршки или медикаментозен) може да се користат речиси сите методи на семејно планирање, вклучително и интраутерини влошки и комбинирани орални контрацептиви, освен во неколку специфични состојби. За користење на методите базирани на одредување на плодни денови потребно е да се чека до наредната менструација, а во меѓувреме се советува употреба на друг метод.

Кондоми може да се користат по индуциран медикаментозен прекин на бременост. Почетокот на употребата на дијафрагми или цервикални капи треба да биде најрано 6 недели по прекинувањето на бременоста во втор триместар.

Кај хируршкото прекинување на бременоста во првиот триместар, интраутерина влошка може да се аплицира веднаш по процедурата, со што се постигнува поголема заштита од несакана бременост во споредба со одложената апликација.

Кај медикаментозниот метод, орална контрацепција може да се отпочне со земањето на првата таблета од пакувањето веднаш по исфрлањето на фетусот, додека интраутерина влошка може да се аплицира во период до 1 недела по исфрлањето на фетусот.

Во случај на септичен прекин на бременоста или анамнеза за претходна инфекција, не треба да се користат интраутерини влошки.

## **Д. Справување со итни, рани и доцни компликации од процедурите за прекинување на бременоста**

Компликациите од процедурите за прекинување на бременоста се ретки, доколку тие се изведуваат од соодветно обучен медицински кадар и во соодветни здравствени установи. Специјалистот гинеколог-акушер кој го изведува абортусот треба да ги препознае симптомите асоцирани со компликации по процедура за прекинување на бременоста (медикаментозен или хируршки) и во зависност од тежината на симптомите, да администрира соодветна терапија (антибиотици, утеротоници, терапија за менаџмент на анафилактична реакција), а при посериозни компликации пациентката да ја упати во здравствена установа на повисоко ниво за натамошна евалуација и третман.

### **Д1. Препознавање на компликации по процедура за прекинување на бременоста**

Симптомите како пелвична болка, абдоминална осетливост, засилен вагинален исцедок и покачена телесна температура и/или треска по процедурата за прекинување на бременоста асоцираат на пелвична инфекција. Кај потешки случаи, пелвичните инфекции се асоцирани и со мачнина, повраќање, мускулна слабост, абдоминална болка, хипотензија и тахикардија.

Пролонгираното и/или пообилно генитално крвање по процедура за прекинување на бременоста е индикативно за неуспешен или некомплетен прекин, повреда на утерусот (перфорација/руптура) или лацерација на цервикс.

Можни компликации од краткотрајна и.в. анестезија се: респираторна депресија, десатурација, хемодинамска нестабилност, мачнина и повраќање, парадоксална експитација, како и алергиска реакција на некој од анестетиците.

### **Д2. Процедури за справување со компликации**

На пациентките со неуспешна процедура за прекинување на бременоста (перзистентна интраутерина вијабилна бременост) треба да им се понуди повторување на истата (или друга процедура по избор) за прекинување на бременоста, но и опцијата да ја продолжат бременоста.

Некомплетниот прекин на бременоста може да се третира со администрација на misoprostol или хируршка метода за евакуација на утерусот. Во овие ситуации се преферира вакуум аспирација пред дилатација и киретажа, затоа што првата процедура е асоцирана со помалку загуба на крв и трае пократко.

Пациентките со обилно и/или пролонгирано крвавење, во зависност од причината, може да се третираат со реевакуација на утерусот и администрација на утеротоници.

Кај пациентки со сомнение за повреда на утерусот (перфорација), се спроведува навремена клиничка и ултразвучна евалуација за потврдување на дијагнозата. Доколку ваквата пациентка е хемодинамски стабилна, се третира со антибиотици и утеротоници и внимателно се следи. Кај пациентки кај кои овој пристап е неделотворен и кај хемодинамски компромитирани пациентки, третманот вклучува хируршка евалуација и интервенција (со лапароскопски или отворен пристап) и супституција со кристалоиди, плазма експандери и/или еритроцитен концентрат.

Инфекциите кои настануваат како последица на задржани продукти од концепцијата се третираат со антибиотици со широк спектар и утеротоници, а доколку не се постигнат адекватни резултати, се прави и реевакуација на утерусот.

Лацерациите на цервиксот најчесто остануваат недетектирани и самоограничувачки, без потреба од дополнителна интервенција.

Руптура на утерусот е ретка компликација која бара навремена хируршка евалуација и третман. Пациентки со понапредната возраст и пациентки со лузна на утерусот од претходна интервенција (породување со царски рез, миомектомија) имаат зголемен ризик од настанување на руптура на утерус при изведување на медикаментозниот прекин на бременост.

Трајни секвели по репродуктивното и општото здравје на пациентка по прекинување на бременоста изведен во соодветна здравствена установа се исклучително ретки.

Негативните психолошки последици кај некои пациентки по прекинување на бременоста најчесто се резултат на претходно постоечки психо-социјални проблеми, а не последица од самата интервенција.

## Ѓ. Здравствени установи

Процедурите за прекинување на бременоста се изведуваат во болничка здравствена установа која во својот состав има гинеколошко-акушерско одделение кое ги исполнува условите во однос на просторот, опремата и кадарот и има дозвола за работа согласно прописите од областа на здравствената заштита.

Прекинувањето на бременоста до 9-та гестациска недела со медикаментозниот метод може да се врши и во здравствена установа од примарна здравствена заштита што ги исполнува условите во однос на просторот, опремата и кадарот за вршење на гинеколошко-акушерска дејност согласно со прописите од областа на здравствената заштита и која добила дозвола за вршење на здравствената услуга согласно прописите од областа на здравствената заштита.

## Ѓ1. Неопходни лекови

За изведба на безбедено прекинување на бременоста, здравствената установа треба да ги поседува следниве лекови:

- Антибиотици за парентерална употреба
- Аналгетици (NSAIDs, *paracetamol*, опиоидни аналгетици)
- Анестетици (*lidocaine*, *propofol*)
- Утеротоници (*methylergometrine*, *oxytocin*, *prostin M15*, *misoprostol*)
- Лекови за медикаментозен абортус (*mifepristone*, *misoprostol*)
- Кристалоиди
- Плазма експандери
- Медикаменти за подготовка на цервикс (*prostin E2*, *misoprostol*, опционално осмотски дилататори)
- Анти RhD гама глобулин
- Терапија за справување со анафилактичка реакција

За медикаментозен прекин на бременоста до 9-та гестациска недела, кој се изведува амбулантски, нема потреба гинекологот да поседува терапија освен лековите потребни за процедурата (*misoprostol* и *mifepristone*) и задолжителна и ургентна терапија за амбуланти.

## Ревизија на упатството

Ревизија на упатството ќе се врши на временски интервал од три години.

## Анекс 1. Лабораториски и ултразвучни параметри за определување на гестациската старост на бременоста

Ултразвучен параметар со најголема сензитивност за одредување на гестациската старост е должина на ембрионот/фетусот од темето до тртката или официјално наречен **CRL (Crown-rump length)**, одредена во првиот триместар од бременоста.

**Забелешка:** За изведување на ран медикаментозен прекин на бременоста, доволен е само позитивен тест за бременост.

Корелација на вредностите на CRL со средната вредност на гестациската старост	CRL (mm)	Гестациска старост (недели)
	2-3	6
	4-9	7
	10-15	8
	16-22	9
	23-30	10
	31-40	11
	41-54	12

**Биохемиски параметар** за докажување на бременост е хуман хорионски гонадотропин (**hCG**)

Гестациски недели од последниот менструален циклус	Денови од концепцијата	Апроксимативна вредност на hCG за единична бременост (mIU/ ml)
3 недела	7 дена	0-5
4 недела	14 дена (очекуван циклус)	5-430
5 недела	21	180-7,400
6 недела	28	1,100-56,500
7-8 недела	35-49	7,600-230,000
9-12 недела	49-70	25,300-290,000

## Анекс 2 Писмена согласност за прекинување на бременоста

Шифра на пациентката	_____
Име и презиме на пациентката	_____
Име и презиме на лекарот	_____
Називна здравствената установа	_____
Датум	_____

### Изјавувам дека сум детално информирана засекоја од следниве информации:

- за постапката и колку долго се очекува да трае процедурата
- за симптомите кои можат да настанат од процедурата (болка, крвање) и колку време ќе трае заздравувањето;
- каде да побарам медицинска помош и друга помош доколку ми е потребна
- за испитувањата кои треба да ми се направат за прекинување на бременоста
- за употребата на аналгетици
- кога ќе можам да се вратам на нормалните активности, вклучително и на сексуалните активности;
- кога да се јавам на контролен преглед;
- за избор на најсоодветниот метод на контрацепција за да се спречи непланирана бременост по прекилот на бременоста;

Потврдувам дека сите информации ги добив на јасен и разбирлив начин.

### Изјавувам дека сум детално информирана за секоја од следниве информации (Само за пациентки кои ја прекинале бременоста со медикаментозен абортус):

- дека процедурата може да трае повеќе од 24 часа и дека постои можност од задржување на извесна количина од постелката во матката што ќе бара дополнителна медицинска интервенција
- дека постои мал ризик од повреда на матката при самата процедура, доколку сум имала претходни оперативни зафати на матката
- дека постои мал ризик од зголемено крвање од матката кое бара трансфузија на крв или хируршка интервенција (1 случај на 1000 пациентки)
- за малиот ризик од инфекција (1 случај на 100 пациентки) по изведување на процедурата и евентуалната потреба од употреба на антибиотици
- сите лекови, прегледи, тестови неопходни за процедурата
- за симптомите кои може да настанат по процедурата, како гадење, повраќање, дијареја, висока температура, стомачни болки и грчеви, крвање од матката
- дека можам да користам контрацепција веднаш по процедурата

Потврдувам дека сите информации ги добив на јасен и разбирлив начин .

**Потпис на пациентката:**

**Потпис на лекарот:**

### Анекс 3: Препораки за менаџирање со медикаментозен абортус

	<b>КОМБИНИРАН РЕЖИМ (ПРЕПОРАЧАН МЕТОД)<sup>†</sup></b>	<b>РЕЖИМ САМО СО MISOPROSTOL (АЛТЕРНАТИВЕН)</b>
<b>Индуциран абортус</b> < 12 гестациски нед.	<b>Mifepristone</b> ⇒⇒ 1 – 2 ДЕНА ⇒⇒ <b>Misoprostol</b> 200mg PO еднократно                      800µg B, PV или SL	<b>Misoprostol</b> 800µg B, PV или SL <sup>‡</sup>
<b>Индуциран абортус</b> > 12 гестациски нед.	<b>Mifepristone</b> ⇒⇒ 2 ДЕНА ⇒⇒ <b>Misoprostol</b> 200mg PO еднократно                      400µg B, PV или SL секои 3 часа	<b>Misoprostol</b> 400µg B, PV или SL секои 3 часа <sup>‡</sup>

	<b>КОМБИНИРАН РЕЖИМ (ПРЕПОРАЧАН МЕТОД)<sup>†</sup></b>	<b>РЕЖИМ САМО СО MISOPROSTOL (АЛТЕРНАТИВЕН)</b>
<b>Некомплетен абортус</b> < 13 гестациски нед.	<b>Mifepristone</b> Без	<b>Misoprostol</b> 600µg PO или 400µg <sup>‡</sup> SL
<b>Некомплетен абортус</b> ≥ 13 гестациски нед.	Без	400µg B, PV или SL на секои 3 часа <sup>‡</sup>

	<b>КОМБИНИРАН РЕЖИМ (ПРЕПОРАЧАН МЕТОД)<sup>†</sup></b>	<b>РЕЖИМ САМО СО MISOPROSTOL (АЛТЕРНАТИВЕН)</b>
<b>Интраутерина фетална смрт</b> ≥14-28 гестациски нед.	<b>Mifepristone</b> 200mg PO еднократно	<b>Misoprostol</b> 400µg SL (подобро) или PV на секои 4-6 часа <sup>‡</sup>

**B** - Букално; **PO**: орално; **V**: вагинално; **SL**: сублингвално

<sup>†</sup>Комбинираниот режим е препорачан заради поголемата ефикасност

<sup>‡</sup>Може да има потреба од повторување на дозите на misoprostol на 3-12 часа за постигнување на успешен абортус. Давателите на услуги треба да бидат внимателни и да употребат клиничка проценка за одредување на максималната доза на misoprostol кај бремени жени со претходна лузна на матката.

Руптура на утерус е ретка компликација; во предвид секогаш мора да бидат земени клиничката проценка и спремноста на здравствениот систем за итно менаџирање на пациентки со руптура на утерус.

## Е. Користена литература

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.

## Членови на работната група

1. Координатор – Проф. д-р Глигор Тофоски, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство во Скопје;
2. Асистент - Д-р Миле Тантуровски, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство во Скопје;
3. Доц. д-р Ана Данева-Маркова, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство во Скопје;
4. Доц. Д-р Јадранка Георгиевска - Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство во Скопје;
5. Д-р Павлина Коруноска – П.З.У “Коруноски”
6. Д-р Филип Исјановски – П.З.У “Ултрамедика”
7. М-р Ангелина Бачановиќ, Министерство за здравство;
8. М-р Нермина Факовиќ, Министерство за здравство;
9. Бојан Јовановски – ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување.

*Благодарност до Проф. Д-р Славејко Сапунов, Д-р Катерина Станкова – Нинова и Д-р Александар Блажевски за даденото стручно мислење при подготовка на клиничкото упатство за прекин на бременоста*