

Tehnika vršenja namjernog prekida trudnoće

Tehnika vršenja namjernog prekida trudnoće zavisi prvenstveno o starosti trudnoće. Prekid trudnoće u prvom trimestru se vrši metodom *aspiracije* uterusa ili pak metodom evakuacije abort kliještima. Na početku II trimestra trudnoća se najčešće prekida dilatacijom cervikalnog kanala i *evakuacijom* sadržaja uterusa abort kliještima. Ako je pak trudnoća veća onda se ona vrši metodama kojima se izazivaju kontrakcije maternice, a izuzetno rijetko se koristi *histerotomija* ili mali carski rez (*sactio caesarea parva*).



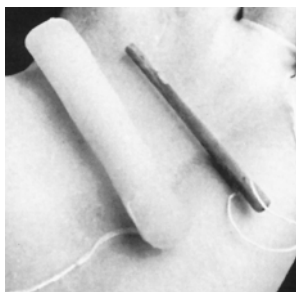
Prekid trudnoće u I trimestru

Metoda *dilatacije cervikalnog kanala*, nakon koje slijedi evakuacija sadržaja uterusa i kiretaža najstarija je metoda vršenja namjernog prekida trudnoće.



Slika br.21. Dilatacija cerviksa, aspiracija i kiretaža

Cervikalni kanal se dilatira pomoću različito oblikovanih dilatora pri čemu se dilatira cervikalni



Slika br. 22. Laminaria

kanal do širine koja je dovoljna da omogući pražnjenje materišta u cijelosti. Da bi se smanjila

moćnost oštećenja cerviksa naglom dilatacijom koriste se *laminarija* koja privlačenjem tekućine nabubre, izazivajući tako postepenu dilataciju unutar šest sati (slika br. 22)

Postepeno izazivanje proširenja cervikalnog kanala vrši se i upotrebom *prostaglandina* (vaginalete). Nakon dilatacije slijedi evakuacija uterinog sadržaja ili abortnim kliještima ili aspiracijom pomoću negativnog pritiska. Nakon evakuacije intrauterinog sadržaja, pomoću kireta različitih veličina, što zavisi od veličine trudnoće, provjeri se da li je uterus dobro ispražnjen, što se zaključuje po karakterističnom zvuku koji pravi kireta u praznom materištu ili pjenušavom kiretamanu.

Endometrijska aspiracija ili menstrualna regulacija je metoda aspiracije uterusa bez prethodne dilatacije cervikalnog kanala koja se primjenjuje za prekid trudnoće do šest nedjelja. Metoda se sastoji u aspiraciji sadržaja uterusa pomoću tankih, fleksibilnih, kanila promjera 4-6mm i vakuum-aspiratora.

Zadnjih godina u upotrebi su i antiprogesteronski preparati, koji blokadom progesteronskih receptora sprečavaju djelovanje progesterona. Preparat *Ru 486* (*Mifepriston*) trebao bi da značajno promijeniti pristup prekidu male trudnoće.

Prekid trudnoće u II trimestru

Veće trudnoće od 14 nedjelja najčešće se prekidaju izazivanjem *uterinih kontrakcija*. Lijekovi koji se koriste za indukciju mogu biti aplicirati ekstraamnijalno ili intraamnijalno, a prostaglandini još i intravenski, intramuskularno i intravaginalno.

Izuzetno rijetko, kada razne ginekološke i druge bolesti predstavljaju indikaciju za *histerektomiju*, a usput je prisutna i neželjena trudnoća, može se izvršiti totalna ekstirpacija gravidnog uterusa.

Komplikacije namjernog prekida trudnoće

Namjerni prekid trudnoće praćen je određenim morbiditetom i mortalitetom bez obzira na usavršavanje operativne tehnike i provođenje odgovarajućih preventivnih mjera. Visina mortaliteta i morbiditeta u vezi sa namjernim prekidom trudnoće ovisi o: trajanju trudnoće, tehnici zahvata i eventualnim dodatnim operacijama, anesteziji, opštem zdravstvenom stanju žene kao i o broju prethodnih pobačaja i porođaja. Liberalizacija propisa o abortusu dovela je do značajnog sniženja mortaliteta u vezi s tim zahvatom. Morbiditet zbog pobačaja raste za oko 20% sa svakom nedjeljom trudnoće, a najniža je kod prekida trudnoće do 8. nedjelja.

Komplikacije u vezi sa namjernim prekidom trudnoće se dijele na rane i kasne.

Rane komplikacije

Rane komplikacije se dalje dijele na neposredne, koje nastanu u toku samog zahvata i 3 sata nakon njega, i naknadne koje nastanu od 3 sata pa do mjesec dana nakon pobačaja.

Neposredne komplikacije obuhvataju, prije svega, traume nastale u toku samog zahvata kao što su *perforacije uterusa i laceracije cerviksa, zatim krvarenja i komplikacije anestezije*. Najmanje neposrednih komplikacija, 0,85%, registrovano je nakon endometrijalne aspiracije.

Naknadne komplikacije obuhvaćaju *krvarenja* uzrokovana zaostalim placentalnim tkivom ili hipotonijom uterusa, zatim slijede *infekcije i tromboflebitis*. U ovom periodu mogu se javiti i *psihičke* posljedice u smislu žaljenja za izgubljenom trudnoćom.

Kod prekida trudnoće u drugom trimestru mogu da se jave neke vrlo opasne rane komplikacije koje su prije svega vezane za upotrebu hipertoničnog rastvora NaCl (lokalna nekroza tkiva sa infekcijom, defibrinacijom i hipernatriemijom). Primjena prostaglandina ne izaziva samo kontrakcije glatke muskulature uterusa već i ostalim mjestima u organizmu, te može doći do vazokonstrikcije, bronhokonstrikcije, povraćanja,

proljeva i grčeva. Osim navedenih komplikacija sreću se još i *endometrioza*, *tromboflebitis*, *plućna embolija* i *diseminovana intravaskularna koagulacija* u postoperativnom periodu nakon hysterotomije.

Kasne komplikacije

Gotovo sve kasne posljedice abortusa se odnose na *buduću plodnost žene*, te na tok i ishod sljedećih trudnoća. Mada se o mogućim kasnim poljedicama vještačkog prekida trudnoće mnogo raspravljalo i pisalo zbog različitih metodoloških nedostataka teško je prihvatiti eventualne zaključke takvih ispitivanja. Bez obzira na kontradiktornost pojedinih ispitivanja, prethodno izvršen abortus nesumnjivo može uticati na tok i ishod kasnijih trudnoća, ali u kojoj mjeri to je još otvoreno pitanje.

U mnogim studijama je pokazana veća učestalost spontanih pobačaja, prijevremenih porođaja i rađanja, djece niže porođajne težine kod žena koje su prethodno imale namjerni prekid trudnoće. Kao razlog tome navode se, s jedne strane oštećenja grlića tokom dilatacije, a s druge strane, placentna insuficijencija nastala kao posljedica oštećenja bazalnog sloja

endometrijuma, usljed grube kiretaže. U skladu sa današnjim saznanjima o umjetnom prekidu trudnoće smatra se da je takav zahvat, izvršen do 7. nedjelje trudnoće, metodom aspiracije uterusa, od strane iskusnog operatora, vrlo siguran zahvat praćen minimalnim komplikacijama.

Rizik zahvata povećavaju slijedeći faktori:

- anomalije materice
- retroverzija i hiperantefleksija materice
- stanja poslije operacija na uterusu
- submukozni i intramuralni miomi
- nuliparitet
- žene bez vaginalnih porođaja
- hronične upale grlića
- veličina trudnoće
- trudnoće začete u vrijeme dojenja
- upalne bolesti male zdjelice
- veći broj namjernih prekida trudnoće

Šta treba znati u vezi sa prekidom trudnoće?

Nakon prekida trudnoće uobičajeno je krvarenje koje je slično onom pred kraj menstruacije. Bolovi obično prestaju istog dana ali je moguće da se jave i nakon uzimanja lijekova.

Lijekovi koji su daju nakon intervencije imaju ulogu da spriječe eventualne komplikacije prije svega upale.

Nakon 4-5 dana od intervencije moguće je da se javi nešto jače krvarenje praćeno bolovima u dnu stomaka ali koje ne traje dugo -najviše jedan dan. Nakon toga, krvarenje se naglo smanjuje i obično nakon nekoliko dana sasvim prestaje. Moguće je međutim, da se krvarenje i produži ali nije normalno da traje duže od 15 dana.

Dok god krvarenja ima nije preporučljivo imati seksualne odnose, te kupati se u kadi, bazenu ili otvorenim vodama, jer to može dovesti do infekcije i niza posljedica koje ona nosi.

Takođe je važno da se u tom periodu ne koriste tamponi nego higijenski ulošci jer i oni mogu dovesti upale.

Kontrolni pregled je preporučljivo obaviti nakon 10 do 15 dana, po mogućnosti kod doktora koji je radio intervenciju. To je idealno vrijeme za pregled jer u to vrijeme krvarenje već treba da prestane a materica se vraća na normalnu veličinu. Osim toga, komplikacije koje mogu da prate prekid trudnoće mogu se na vrijeme uočiti i jednostavno i brzo otkloniti, te na taj način spriječiti mnoge ozbiljne komplikacije. Kontrolni pregled ima cilj i razgovor metodama zaštite od neplanirane trudnoće.

Prva menstruacija nakon abortusa obično se javi za mjesec dana odnosno u intervalu 25 do 35 dana. Međutim, ako se menstruacija ne javi u tom periodu potrebno se javiti na pregled jer je moguće da se radi ili o novoj trudnoći ili o nekim komplikacija vezanim za prekid trudnoće.

Svim ženama koje su imale namjerni prekid trudnoće preporučuje se kolposkopski pregled grlića 6-8 sedmica nakon abortusa, jer se radi o zahvatu koji je povezan sa određenom traumom grlića koja se tim pregledom može otkriti i tako omogućiti odgovarajuće liječenje.

Da li bi trebalo zabraniti prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga?

Pokretanje pitanja zabrane prekida trudnoće u mnogim zemljama je naišlo na veliko negodovanje naročito kod žena. Ženski pokreti su protiv zabrane abortusa jer je po njima materica dio ženskog tijela, kao što je to i zub, krajnik ili “slijepo crijevo” i ženino je pravo da odlučuje o tome. Međutim, postavlja se pitanje šta je sa “sadržajem uterusa” –jer on nije samo ženin. Drugi se pitaju: Ko to osim Boga ima pravo da odlučuje o životu i smrti?

I kod nas su sve češći zahtjevi za pooštavanjem kriterija za odobravanjem legalnog pobačaja ili čak za njegovom zabranom. Ni je li prekid trudnoće prevelik luksuz za zemlju koja je u ratu izgubila 200 hiljada ljudi i koja ima rastući problem sa bračnom neplodnošću? Međutim, da li je to pravi put?

Naš stav je da prekid trudnoće ne bi trebalo zabraniti iz najmanje dva razloga:

1. Žena koja je čvrsto odlučila da prekine trudnoću teško će odustati od te namjere. Iskustva starijih kolega pokazuju da su se sretali sa ozbiljnim komplikacijama u vrijeme kada je prekid trudnoće bio zabranjen. Legalizacijom pobačaja to je postalo ružna prošlost s kojom svakako ne bi željeli ponovo da se suočimo.

2. Samo željeno dijete će imati i sretno djetinjstvo.

Ako se ne izvrši prekid te trudnoće, roditelje se dijete koje će živjeti bez jednog ili oba roditelja ili uz djeda i nenu, često i u domu za napuštenu djecu. Je li to ono što želimo?

Skandinavske zemlje imaju veoma liberalne uslove za prekid trudnoće ali su ujedno zemlje u kojima je najmanje prekida trudnoće u Evropi. Zašto? U tim zemljama je prekid trudnoće sramota, znak zdravstvene neprosvjećenosti i nekulture. To je samo jedan od puteva ka borbi protiv abortusa kao načina planiranja porodice. Govori se da bi povećanje cijena namjernog prekida trudnoće iz nemedicinskih razloga imalo pozitivnog efekta, ali je bojazan da to bude razlog povećanja incidence ilegalnih abortusa a time i ozbiljnih komplikacija koje ih prate. Ovo su neki primjeri kako se može riješiti problem abortusa. Međutim, svi se slažu u jednoj konstataciji da je najvažnije je da do trudnoće ne dođe a ako već dođe da se to uradi u prvih šest nedjelja trudnoće.

Rizične grupe u vezi sa abortusom

U pogledu korištenja namjernog prekida trudnoće u svrhu kontrole rađanja izdvojicemo tri rizične grupe:

1. adolescentice,
2. žene u prvoj godini nakon porođaja i
3. žene reproduktivne dobi koje su ispunile svoju želju za potomstvom.

1. Trudnoća u adolescentnoj dobi danas je sve češća, kako zbog ranijeg somatskog sazrijevanja, tako i zbog nepoznavanja fiziologije reprodukcije i regulacije fertiliteta. Isključite li se rijetke trudnoće koje su u nekim sredinama, ne samo društveno prihvatljive nego čak i poželjne, većina trudnoća u ovoj dobi je slučajna, neplanirana i neželjena. Broj adolescentica koje se odlučuju na prekid trudnoće raste i u svijetu i kod nas. Udio adolescentica u ukupnom broju žena kod kojih je izvršen namjerni prekid trudnoće npr. u Engleskoj iznosi 25%, u SAD oko 30%, a kod nas oko 2%. Najčešće se radi o prekidu prve trudnoće kao i trudnoće u II trimestru. Uzroci ovoj pojavi su brojni i kompleksni. Naime, zbog neredovnih menstruacija i neiskustva u prepoznavanju trudnoće, djevojka kasno otkrije da je trudna a to saznanje je onda praćeno strahom od osude sredine i oklijevanjem da se povjeri roditeljima. Sve

to dovodi do toga da djevojka izgubi dragocjeno vrijeme i dolazi ljekaru sa odmaklom trudnoćom. Udio adolescentica koje se odlučuju na prekid trudnoće iznad 12 nedjelja je u stalnom porastu.

3. Žene u prvoj godini nakon porođaja. Najčešće neplanirane trudnoće dešavaju se baš u periodu poslije porođaja, pogotovo kod dojilja koje imaju neredovne menstruacije ili ih uopšte nemaju jer žive u uvjerenju da za vrijeme dojenja ne može doći do trudnoće. Do trudnoće može doći i u vrijeme laktacije ali u daleko manjem procentu. Poseban problem predstavljaju žene koje ne dođu na vrijeme na prvu kontrolu poslije porođaja. Tu na žalost spadaju i medicinski obrazovane žene i intelektualke koje vjerovatno okupirane rastućim obavezama prema bebi zapostave brigu o sebi. Obično se prvi put nakon porođaja jave kad u nekom momentu posumnjaju na trudnoću. Tada smo obično u prilici konstatovati da se radi o većoj trudnoći. Dolazi se u nedoumicu da li prekidati veću trudnoću i dovesti u opasnost zdravlje i buduću reproduktivnu sposobnost majke ili roditi neplanirano dijete.

3. Žene reproduktivne dobi koje su ispunile svoju želju za potomstvom. Ovo su žene, koje zbog nedovoljne informisanosti i predrasuda ali i zbog pozitivnog iskustva u vezi sa prekidom trudnoće, ne žele da se zaštite od neželjene trudnoće. Njima je lakše doći na “kiretažu” ako “u čuvanju” ostanu trudne jer imaju saglasnost od supruga i jednostavan put do ginekologa koga već dobro znaju. Tu na žalost postoji problem i u slaboj informisanosti ljekara uopšte ali čak i ginekologa. Na primjer neki ljekari zabranjuju intrauterini uložak ženama koje su imale carski rez što medicinski nije opravdano. U Engleskoj npr. intrauterini uložak stavljaju još za vrijeme carskog reza tj. nakon ekstrakcije posteljice. Isto tako neki zabranjuju kontraceptivne pilule ženama sa neredovnim menstruacijama ili onima koje su u djetinjstvu prebolovale žuticu, što takođe nije ispravno. Poseban problem su žene starije od 40 godina koje vjeruju da ne mogu ostati trudne te nerado prihvataju mjere zaštite od neželjene trudnoće. Nije rijedak slučaj da oskudniju menstruaciju ili njen izostanak pripisuju klimaksu, te da se jave sa odmaklom trudnoćom koja se zakonski ne smije prekidati. Tada se pravi dvostruku problem; s jedne strane rađa se neželjeno dijete, a s druge strane trudnoća u tim godinama je povezana sa većim i težim komplikacijama u pogledu zdravlja i majke i djeteta.

Neke preporuke u vezi sa kontracepcijom i namjernim prekidom trudnoće

1. Abortus ne treba da bude način planiranja porodice ne samo zbog zdravstvenih nego i zbog moralnih, etičkih pa i vjerskih razloga
4. Zdravstvena i seksualna edukacija putem brošura, dnevne štampe, radija i televizije, u školama ali i na Univerzitetu
5. Iskoristiti svaki posjet žene ljekaru u cilju informisanja o mogućnostima kontrole rađanja
6. Pred kraj trudnoće početi informisanje o kontracepciji nakon porođaja i u laktaciji
7. Obezbjediti dostupnost postkoitalne kontracepcije
8. Posvetiti malo više pažnje u razgovoru sa ženom koja je izrazila želju za prekidom trudnoće
9. Ako je ipak došlo do neželjene trudnoće prekid trudnoće bi trebalo učiniti što prije, uz prethodno obavljen ultrazvučni pregled metodom vakuum aspiracije
10. Dilatacija sa laminarijom smanjuje lezije grlića
11. Prekid trudnoće kod adolescentica je idealno uraditi u opštoj anesteziji što dodatno povećava sigurnost postupka a smanjuje psihičke posljedice
12. Obavezna kontrola 10 do 15 dana poslije abortusa

Literatura

- Balić A, Balić D, Habibović A, Adžajlić A. Namjerni prekid trudnoće: za i protiv. *MedArh* 2003; 57 (4):223-226.
- Bajraktarević S. *Ginekologija*. Beograd, Naučna knjiga, 1963.
- Benson RC, Pernoll ML. *Handbook of Obstetrics and Gynecology*, Ninth edition. New York, McGraw-Hill, Inc. 1994.
- Benson RC. *Priručnik iz akušerstva i ginekologije*. Drugo izdanje. Beograd, Savremena administracija, 1989.
- Berkow R, Fletcher AJ. *The Merck Manual of diagnosis and therapy*. Rahway, Merck & Co., Inc. 1992. 1755-1911.
- Budak-Morović A. *Sudsko-medicinske ekspertize*. Beograd - Zagreb. Medicinska knjiga, 1955.
- DeCherney AH, Pernoll M. *Current obstetrics and gynecologic diagnosis and treatment*. Eight edition. East Norwalk, Appleton & Lange, Connecticut, 1991.
- Dickey RP. *Managing contraceptive pill patients*. Seventh edition. Durant, EMIS, 1993.
- Drobnjak P, Berić B, Šulović V. *Ginekologija*. Četvrto preštampano izdanje. Beograd-Zagreb, Medicinska knjiga, 1987.
- Dodson MC, Star RA, et al. *Objectives for a clinical experience in obstetrics and gynecology*. Third edition. Michigan, The department of obstetrics, gynecology and reproductive biology, 1993.
- Dražančić A. *Nomenclatura gynaecologica et obstetrica/ Nazivlje u ginekologiji i porodništvu*. Naklada LJEVAK, Zagreb, 2002.
- Grgurević M, Pavlić Z, Grizelj V. *Ginekologija*. III obnovljeno i dopunjeno izdanje. Zagreb, JUMENA, 1987.
- Guillebaud J. *Contraception, Your Questions Answered*, London, Churchill Livingstone, 1993.

- Hacker NF, Moore JG. Essentials of obstetrics and gynecology. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1986.
- Harrison CV. Precis V: an update in obstetrics and gynecology. Washington, ACOG, 1994.
- Hatcher RA, Rinehar W, Blackburn R, Geller JS. The Essential of Contraceptive Technology: a handbook for clinic staff. Baltimore, Population Information Program, 1997.
- Hiršl-Hečej V. Kontracepcija. Zagreb, Klinika za dječije bolesti, 2001.
- Huff RW, Pauerstein CJ. Human reproduction. John Wiley and Sons, USA, 1979.
- Jones III, Wentz AC, Burnett LS. Novak's Textbook of Gynecology. Baltimore-Hong Kong-London-Sydney, Williams&Wilkins, 1988.
- Jukić S. Patologija ženskog polnog sustava. III izdanje. Zagreb, AGM, 1999.
- Luesly DM. Common condition in gynaecology. London – Weinheim – New York – Tokio – Melbourne –Madras, Chapman and hall medical, 1997.
- Kurjak A i sar. Ginekologija i perinatologija. Zagreb, Naprijed, 1989.
- Kurjak A. i sar. Ginekologija i perinatologija I i II. Varaždinske Toplice, Golden Time, 1995.
- Meigis JV, Sturgis SH. Progress in gynecology. New York, London, Grune and Stratton, 1963.
- Mladenović D, Mladenović-Bogdanović Z, Mladenović-Mihailović A. Ginekologija i akušerstvo. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001.
- Novak E, Woodruff JD. Novak's gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. Sewenth edition. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1974.
- Page EW, Vilee CA, Vilee DB. Human reproduction. Second edition. Toronto, W. B. Saunders Co, 1976.
- Pernoll ML. Current obstetric and gynecology, diagnosis and treatment. Norwalk Connecticut, Appleton & Lange, 1991.

- Pschyrembel W. Praktična ginekologija. Beograd-Zagreb, Medicinska knjiga, 1969.
- Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Seventh edition. Philadelphia - New York, Lippincott - Raven, 1994.
- Šimić S, Šimić M, Šimić O. Ginekologija i opstetricija – akutna i urgentna stanja, Sarajevo, MÜLLER, 2003.
- Šimunić V. Ginekologija. Naklada LJEVAK, Zagreb, 2001.
- Šimunić V i sar. Kontracepcija i reprodukcijisko zdravlje. FotoSoft, Zagreb, 2002.
- Šimunić V i sar. Kontracepcija i reprodukcijisko zdravlje. FotoSoft, Zagreb, 2002.
- Zuspan FP, Iams JD. Manual of obstetrics and gynecology. Second edition. St. Louis – Philadelphia - Baltimore-Toronto, 1990.
- Willocks J. Essential of obstetrics and gynaecology. Third edition. Edinburgh – London – Melbourne - New York, Churchill Livingstone, 1986.
- Wynn RM. Obstetrics and gynecology: the clinical care, Second edition. Philadelphia, Lea & Febiger, 1979.