

Raseduse katkestamise juhend



ENSi ravijuhend, versioon 2, kinnitatud Eesti Naistearstide Seltsi poolt 04. märtsil 2016

Koostajad: Pille Soplepmann, Made Laanpere, Kai Part, Liis Järva, Helle Karro

Juhend on suunatud medikutele, kes puutuvad oma töös kokku raseduse katkestamisega. Juhendi eesmärgiks on, et raseduse katkestamine oleks meditsiiniliselt turvaline, tõenduspõhine ja patsiendi individuaalseid vajadusi arvestav.

Juhend pakub soovitusi kontratseptsiooninõustamiseks, et toetada naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist ning vähendada raseduse katkestamisi, sh kordusaborte.

Juhend on soovituslik.

Käesolev juhend asendab Eesti Naistearstide Seltsi juhatuse 11.02.2005 kinnitatud „Medikamentoosne raseduse katkestamine“ ravijuhendi versiooni 1.

Sisukord

1. Lühendid
2. Tõenduspõhisuse määratlus
3. Epidemioloogia
4. Raseduse katkestamise meditsiinilised, legaalsed ja eetilised aspektid
5. Abordieelne periood
 - 5.1. Raseduse tuvastamine
 - 5.2. Patsiendi nõustamine abordiga kaasnevate sümptomite, tüsistuste ja tagajärgede kohta
 - 5.2. Abordi meetodi valik
 - 5.4. Uuringud ja kliinilised aspektid
 - 5.5. Kontratseptsiooninõustamine
6. Abordi protseduur
 - 6.1. Kirurgiline abort
 - 6.1.1. Emakakaela ettevalmistus
 - 6.1.2. Raseduse kestus kuni 12 nädalat
 - 6.1.3. Valu kontroll
 - 6.1.4. Verejooksu kontroll
 - 6.1.5. Varased tüsistused ja käitumistaktika
 - 6.2. Medikamentoosne abort
 - 6.2.1. Ravimite toimemehhanism, efektiivsus ja ohutus
 - 6.2.2. Vastunäidustused medikamentoosseks abordiks
 - 6.2.3. Ravimite manustamisviisid
 - 6.2.4. Skeemid
 - a. Raseduse kestus kuni 9 nädalat
 - b. Raseduse kestus 9–12 nädalat
 - 6.2.5. Valu kontroll
 - 6.2.6. Kõrvaltoimed ja nende ravi
7. Abordijärgne periood
 - 7.1. Anti-reesus profülaktika
 - 7.2. Nõustamine vahetult pärast aborti
 - 7.3. Abordijärgne visiit
 - 7.4. Hilistüsistuste käsitlemine
 - 7.5. Kontratseptsioon

Kirjandus

Lisad

1. Lühendid

EAR	Eesti Abordiregister
EBCOG	<i>European Board and College of Obstetrics and Gynaecology</i> (Euroopa Naistearstide Seltside Ühendus)
ENS	Eesti Naistearstide Selts
FIGO	<i>International Federation of Gynaecology and Obstetrics</i> (Rahvusvaheline Naistearstide Föderatsioon)
hCG	inimese kooriongonadotropiin
i/v	veenisisene manustamine
i/m	lihasesisene manustamine
KA	kirurgiline abort
KHK	kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon
MA	medikamentoosne abort
MSPVR	mittesteroidsed põletikuvastased ravimid
PID	vaagnaorganite põletik
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i> (Briti Kuninglik Naistearstide Ühendus)
s/c	nahaalune manustamine
STLI	seksuaalsel teel levivad infektsioonid
UH	ultraheliuuring
WHO	<i>World Health Organization</i> (Maailma Terviseorganisatsioon)

2. Tõenduspõhisuse määratlus

<i>Klass</i>	<i>Tõenduse tase</i>
A	tegevussoovitus põhineb vähemalt ühe randomiseeritud kontrolliga uuringu või mitme randomiseeritud kontrolliga uuringute meta-analüüsi tulemustel
B	tegevussoovitus põhineb (a) hästi kavandatud kontrollitud randomiseerimata uuringute; (b) hästi kavandatud eksperimentaalsete või sekkumisuuringute; (c) hästi kavandatud kirjeldavate ja korrelatsiooniuringute ning juhtumikirjelduste tulemustel
C	tegevussoovitus põhineb ekspertide koostatud raportitel või ekspertarvamustel ning respektseeritud institutsioonide kliinilistel kogemustel
D	tegevussoovitus põhineb Eesti headel kliinilistel kogemustel ja tavadel

Tõenduspõhisuse määratlemisel on käesolevas juhendis aluseks võetud Maailma Terviseorganisatsiooni,¹ Suurbritannia² ja Soome³ ravijuhised.

3. Epidemioloogia

Eesti Abordiregister (EAR)

EAR (alates 1999 nimega Raseduskatkestusandmekogu) asutati 1994, eesmärgiga koguda pidevalt ja süstemaatiliselt informatsiooni Eesti tervishoiuasutustes teostatud abortide kohta.⁴

Andmete kogumise alusdokument on abordikaart, mis täidetakse igas tervishoiuasutuses toimunud raseduse katkemise või katkestamise kohta. EARile esitavad andmeid kõik Eesti Vabariigi territooriumil rasedusi katkestavad ja katkenud rasedusega naistele arstiabi osutavad tervishoiuasutused (k.a. eraarstid). EARis toimub andmete kodeerimine, sisestamine, kontrollimine ja täpsustamine (koostöös tervishoiuasutuste ja rahvastikuregistriga), andmete töötlus ja päringutele vastamine, andmete säilitamine ja paberdokumentide arhiveerimine. Alates 06.11.1998 peatati ajutiselt abordikaartide saatmine, kuid see taastati 02.06.1999. Sellest alates ei tohi enam abordikaardile märkida isikukoodi.

Riike, kus statistikat abortide kohta kogutakse süsteemselt ja sarnaselt Eestiga, ei ole palju, mistõttu on abordiandmeid sageli keeruline võrrelda, seda ka Euroopa Liidus.⁵

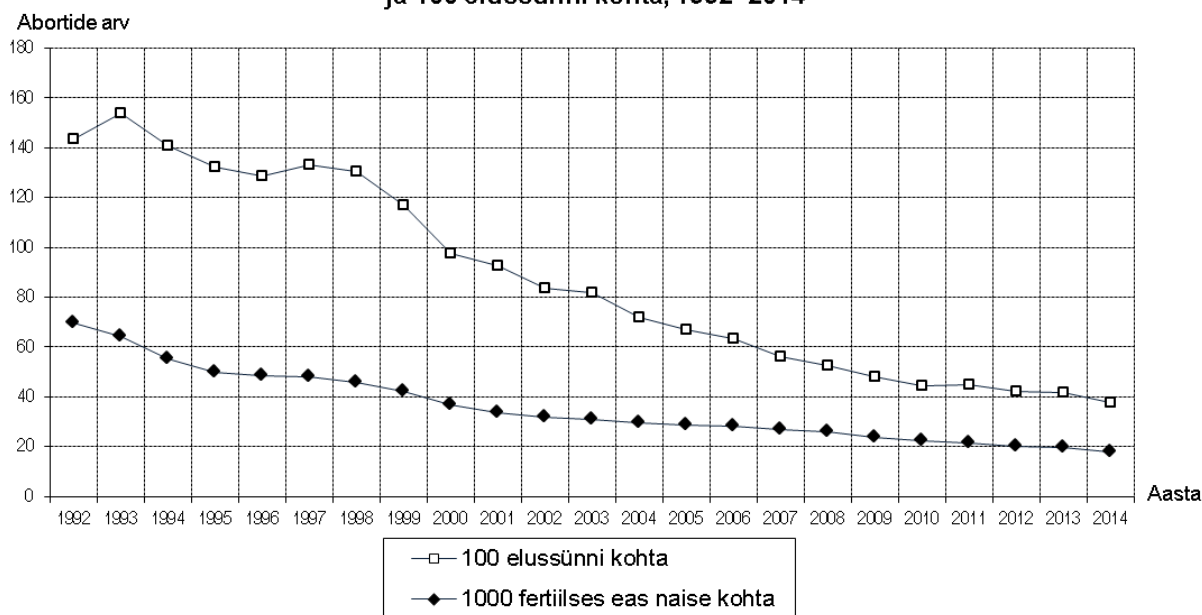
Abordistatistika

Eestis on viimase kahe aastakümne vältel nii abortide üldarv kui ka abortiivsuskordaja (abortide arv 1000 viljakas eas naise kohta) pidevalt ja märkimisväärselt langenud. See on peamiselt seotud efektiivsete rasedumisvastaste meetodite kättesaadavusega, muutustega tervishoiuteenuse pakkumises (noorte nõustamiskeskuste võrgustiku asutamine) ning kooli kohustusliku seksuaalhariduse sisseviimise ja arendamisega alates 1996. aastast.^{6,7}

1992. aastal oli Eestis 25 803 indutseeritud (naise oma soovil või meditsiinilistel näidustustel) aborti ja abortiivsuskordaja oli 69,6.

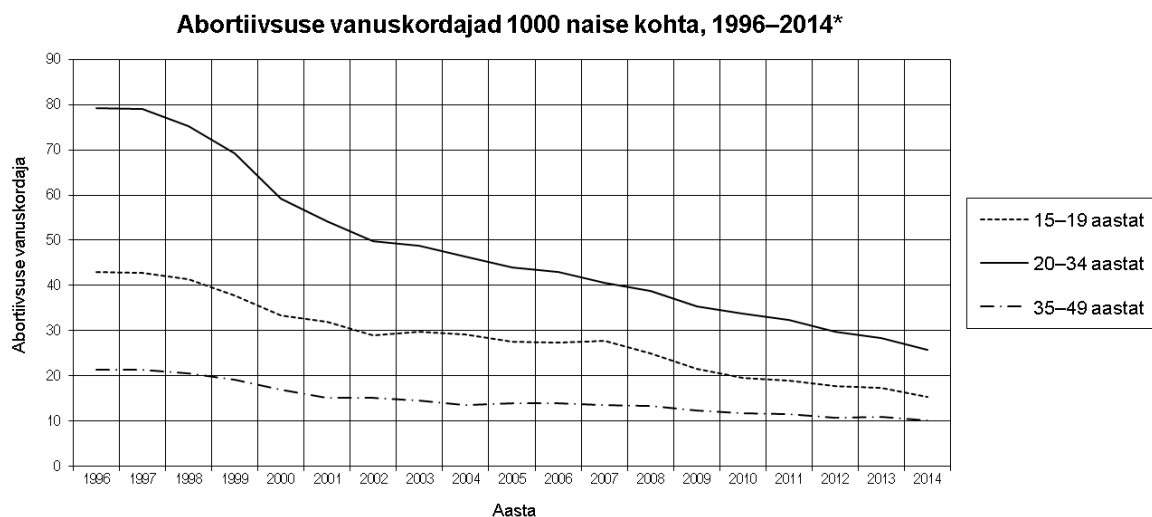
2014. aastal oli Eestis 5188 indutseeritud aborti ja abortiivsuskordaja oli 17,7. Legaalselt indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta oli 2013. aastal 37,6, mis on praktiliselt neli korda madalam kui 1992. aastal (143,3) (joonis 1).

Legaalselt indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise ja 100 elussünni kohta, 1992–2014



Joonis 1

Abortide arvu langus on märgatav kõigis vanuserühmades, kuid kõige enam vanuses 20–29 aastat, s.o. vanuserühmas, kus abortiivsuskindajad on olnud kogu perioodi vältel kõrgeimad (joonis 2).



Joonis 2

Aastal 2014 oli keskmine raseduse kestus indutseeritud abordi korral 7+0 nädalat. Kõigist indutseeritud abortidest olid 62% medikamentoossed abordid. Maakondade järgi oli 2014. aastal abortiivsuskindaja kõige kõrgem Ida-Virumaal ja kõige madalam Hiiumaal. Enamiku abortide korral (99,5%) esimese 24 tunni jooksul tüsistusi ei esinenud.

4. Raseduse katkestamise meditsiinilised, legaalsed ja eetilised aspektid

Raseduse katkestamist reguleerib Eestis „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus“, mis on vastu võetud 25.11.1998. Viimane muudatus on sisse viidud 2015. aastal.⁸

Raseduse katkestamist puudutavat seadusandlust ja patsiendi seksuaaltervisega seotud inimõigusi peavad tundma kõik naistearstid.

Raseduse katkestamisel tuleb järgida inimõigusi: informeeritud vabatahtlikku otsustamisõigust ja autonoomiat; mitte-diskrimineerimist vanuse, rahvuse, usu, puude, seksuaalse orientatsiooni või eelnevate abortide arvu tõttu; õigust konfidentsiaalsusele ja privaatsusele.⁹

Raseduse katkestamise kättesaadavus

Raseduse katkestamise sooviga patsiendile peab tagama võimaluse vastuvõtuks nii ruttu kui võimalik (mitte hiljem kui viie tööpäeva jooksul) ja patsiendi vajadusele vastava viivitusteta suunamise raseduse katkestamisele (C).^{2,9}

Raseduse katkestamise vabatahtlikkus

Raseduse katkestamine peab olema alati vabatahtlik ja nõusolek selleks tuleb vormistada kirjalikult.

Piiratud teovõimega isikute, sh alaealiste raseduse katkestamiseks ei ole vaja lapsevanema või eestkostja (seadusliku esindaja) kirjalikku nõusolekut. Raseduse katkestamise korral tuleb juhinduda võlaõigusseaduse §-st 766, mille lõike 4 järgi kuulub otsustusõigus patsiendi seaduslikule esindajale niivõrd, kuivõrd patsient ei ole võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida (<https://www.riigiteataja.ee/akt/961235>).

Alaealisi patsiente tuleb teavitada vanemate või tema nimetatud usaldusväärse(te) täiskasvanu(te) kaasamise olulisusest – patsient valib ise, keda ta otsustamisprotsessi kaasata soovib. Vajadusel tuleb kaasata protsessi kolmas osapool: sotsiaaltöötaja, psühholoog või muu asjakohane nõustaja. Kaasamine ei tohi olla barjääriks raseduse katkestamisele või seda edasi lükata.^{1,10}

Nõustamine

Professionaalne nõustamine on mitte-hinnanguline ja keskendub patsiendi vajadustele. Naistele, kes vajavad otsustamisel abi vastuoluliste tunnete ja muude rasedusega või isikliku eluga seotud lahendamata küsimuste tõttu, kellel on füüsilised või psüühilised terviseprobleemid, kes kannatavad lähisuhtevägivalla või muude pereprobleemide käes, peab võimaldama asjakohast täiendavat erapooletut ja tõendus põhiseid nõustamist (C).⁹

Rasedust katkestada soovivale naisele tuleb selgitada raseduse katkestamise olemust ning sellega seonduvaid riske, sealhulgas võimalikke tüsistusi, ning teavitada patsienti asjakohase täiendava nõustamise võimalustest. Nõustamise kohta koostatakse akt, millele kirjutavad alla nõustatud isik ja nõustamise läbi viinud tervishoiutöötaja. Nõustamisakt vormistatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb raseduse katkestamise teostanud tervishoiuasutusse ja teine nõustatavale (vt lisa 1).

Seadusest tulenevalt on naisel, kelle rasedus katkestati, õigus raseduse katkestamisele järgneva kahe nädala jooksul väljaspool järjekorda konsulteerida raseduse olemasolu ja kestuse tuvastanud arstiga vältimatu abi tingimustel.⁸

Raseduse katkestamise ajaline piirang

Rasedust võib naise soovil katkestada, kui see on kestnud vähem kui 12 nädalat (kuni 11 nädalat ja 6 päeva kaasa arvatud).⁸

Raseduse katkestamise koht

Rasedust võib katkestada vaid naistearst ja seda saab teha vaid tervishoiuteenuse osutaja, kellel on selleks günekoloogia tegevusluba. Raseduse katkestamine peab toimuma tingimustes, mis tagavad naistele turvalisuse, privaatsuse ja väärikuse.

Raseduse katkestamisest keeldumine

Naistearsti või muud tervishoiutöötajat ei saa kohustada rasedust katkestama ega raseduse katkestamise protseduurist osa võtma. Vastavalt RCOGi² ja FIGO¹¹ eetilistele seisukohtadele on sellisel juhul arstil kohustus kanda hoolt, et patsiendi edasisuunamine teisele arstile ei põhjusta raseduse katkestamisel viivitusi.

Abordikaardi täitmine

Raviasutuses tuleb täita abordikaart ja edastada Eesti Meditsiinilisele Sünniregistrile ja Raseduskatkestusandmekogule iga toimunud aborti kohta. Aborti toimumise päevaks MA korral loetakse misoprostooli manustamise päeva.

5. Abordieelne periood

5.1. Raseduse tuvastamine

Raseduse diagnoosib naistearst või ämmaemand günekoloogilise läbivaatuse käigus, soovitatav on raseduse kestuse (gestatsiooniaja) ja lokalisatsiooni määramine ultraheliuuringuga (UH) (C).

Raseduse kestust arvestatakse täisnädalates ja päevades või päevades (tabel 1) lähtudes viimase menstruatsiooni alguspäevast, günekoloogilisest läbivaatusest ja/või UHst.

Tabel 1. Rasedusnädalad ja -päevad

Nädalad	< 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Päevad	0–6	7–13	14–20	21–27	28–34	35–41	42–48	49–55	56–62	63–69	70–76	77–83

5.2. Patsiendi nõustamine abordiga kaasnevate sümptomite, võimalike tüsistuste ja tagajärgede kohta

Raseduse tuvastamisel on oluline anda patsiendile teavet raseduse katkestamise olemuse, kaasnevate sümptomite ja võimalike tüsistuste kohta.

Abordiga kaasnevad sümptomid

Kõiki patsiente tuleb teavitada sümptomitest, mis kaasnevad raseduse katkestamisega. Kehalistest sümptomitest võib esineda alakõhuvalu, vereeritust ja gastrointestinaalseid sümptomeid – neid esineb rohkem pärast medikamentooset aborti (MA). Vereeritus MA korral on keskmisest menstruatsiooniaegsest vere hulgast suurem ja võib kesta kauem kui kirurgilise aborti (KA) korral.

Enamiku naiste jaoks on raseduse katkestamine emotsionaalselt raske. Normaalsest emotsionaalsetest reaktsioonidest võib esineda kaotustunnet, kurbust, kergendustunnet, viha, süütunnet ja kahetsust. Sellest, millised on raseduse katkestamise põhjused, kuidas naist raseduse katkestamise käigus professionaalselt toetatakse ja kas ta saab langetada informeeritusel põhineva otsuse, sõltub abordijärgsete emotsionaalsete reaktsioonide iseloom. Vajadusel tuleb patsient suunata vaimse tervise spetsialisti vastuvõtule (C).²

Võimalikud tüsistused

Abordi plaanivatele naistele tuleb rõhutada, et raseduse katkestamine on üldiselt ohutu protseduur.¹² Aborti tüsistustest ja riskidest tuleb nõustamise käigus rääkida patsiendile arusaadavalt, et ta saaks teha informeeritud otsuse. Turvalistes tingimustes läbi viidud aborti tagajärjel suuremuse tõenäosus on 0,6 : 100 000 aborti kohta - see on vähem kui suuremus sünnituse tagajärjel.¹³ Raskeid vahetult protseduuriaegseid või -järgseid tüsistusi (sh verejooksu, sepsist ja emaka perforatsiooni) esineb harva, 1–2 juhtu 1000 raseduse katkestamise kohta (B).^{2,5,12} Tüsistuste risk tõuseb raseduse kestuse suurenedes – mida varem rasedus katkestatakse, seda ohutum see on (B).¹²

Pole leitud olulisi erinevusi tüsistuste esinemise sageduses KA ja MA korral.^{14,15}

Raseduse jätkumine

Naisi tuleb teavitada, et nii pärast KAd kui MAd on madal risk (< 1 : 100) raseduse jätkumiseks, sel juhul tuleb aborti protseduuri korrata (B).^{2,12}

Uuringus leiti, et KA (< 12 rasedusnädalat) korral jätkub rasedus 0,23% tõenäosusega.¹⁶

Risk on suurem sünnitanud naistel ja < 6-nädalaste raseduste korral, väiksema diameetriga vaakumotsiku kasutamise, vähesema kogemusega personali ja emaka väärarendi korral.

MA korral suureneb raseduse jätkumise tõenäosus raseduse kestuse suurenemisega.

KA ja MA võrdlevas uuringus < 12-nädalase raseduse katkestamisel oli KA korral raseduse jätkumise tõenäosus 0,5% ja MA korral 0,9%.¹⁷

Mittetäielik abort

Naisi tuleb teavitada, et kuni 2% juhtudest pärast KAd ja 5% juhtudest pärast MAd võib olla vajalik kirurgiline või medikamentoosne sekkumine raseduse jätkumise või mittetäieliku aborti tõttu (C).²

Verejooks

Kuigi üldiselt esineb tõsist verejooksu sagedamini MA kui KA korral, on selle esinemissagedus harv. Suure (> 500 ml või vereülekannet nõudva) verejooksu risk on < 1 : 1000 (B).

Verekaotust on abordi ajal ja abordijärgselt keeruline hinnata standardiseeritud hindamise meetodite puudumise ja mittetäieliku juhtumite registreerimise tõttu. Hinnanguliselt on raseduse katkestamise korral > 500 ml verejooksu risk 0,2% ja vereülekannet nõudvate verejooksude risk veelgi väiksem.¹⁸ Risk on madalam väiksema raseduse korral (alla 13-nädalaste raseduste korral 0,88 : 1000).

Emaka perforatsioon (ainult KA korral)

Emaka perforatsiooni risk on 1–4 : 1000, risk väheneb väiksema raseduse kestuse ja kogenuma personali korral (B).

Emakakaela vigastus (ainult KA korral)

Emakakaela vigastuse risk viimastes uuringutes on < 0,2:100; risk väheneb väiksema raseduse kestuse ja kogenuma personali korral.² Emakakaela vigastused on vähenenud pärast emakakaela ettevalmistuse kasutuselevõttu (B).^{2, 12}

Patsiente tuleb teavitada, et nimetatud tüsistuste korral (emaka perforatsioon, emakakaela vigastus) võib olla vajalik vereülekanne, laparoskoopia või laparotoomia (B).

Abordijärgne infektsioon

Naisi tuleb teavitada, et abordijärgset vaagna elundite infektsiooni (PIDi) esineb vähem kui 1% juhtudest sõltumata abordi meetodist ning see on enamasti põhjustatud eelneva nakkuse olemasolust.¹⁹ Klamüdioosi, gonorröa ja bakteriaalse vaginoozi esinemine abordi ajal on riskiteguriks abordijärgse infektsiooni, sh PIDi tekkeks, mis võib suurendada riski hilisema tubaarse viljatuse ja emakavälise raseduse tekkeks. STLI testimine ja ravi abordieelselt või antibakteriaalne profülaktika vähendavad infektsiooniriski (B).²

Võimalikud tagajärjed

Psühholoogilised mõjud

Naisi tuleb teavitada, et abordijärgselt vaimse tervise häirete esinemise tõenäosus ei ole suurem kui soovimatu rasedusega jätkamise korral.²⁰ Kui varasemalt on esinenud vaimse tervise häireid, siis võivad need pärast soovimatu raseduse katkestamist süveneda (B).

Enneaegne sünnitus

Naisi tuleb teavitada, et KAde arvu suurenedes (kolm ja enam) võib vähesel määral suureneda enneaegse sünnituse risk. Seda seostatakse võimaliku abordieelse või -järgse põletikuga, mehaanilise emaka limaskestast kahjustamisega KA ajal või emakakaela traumaga dilatatsiooni käigus (B).²¹

Rinnavähk

Raseduse katkestamine ei ole seotud rinnavähi riski suurenemisega (A).

Emakavälise raseduse, viljatuse, platsenta eesasetuse

Tüsistusteta I trimestri abordil ei ole seost emakavälise raseduse, viljatuse ja platsenta eesasetuse riski tõusuga (B).

5.3. Abordi meetodi valik

Abordi meetodeid on kaks:

- medikamentoosne
- kirurgiline

Abordi meetodi valib patsient, arstil tuleb teda sobiva meetodi valikul nõustada ja toetada (C).

Tabel 2. Kirurgilise ja medikamentoosse abordi võrdlus esimesel raseduskolmandikul (kuni 12 rasedusnädalat)

Kirurgiline abort	Medikamentoosne abort
toimub meditsiinasutuses päevakirurgia osakonnas	võib toimuda osaliselt kodus (kuni 63-päevase raseduse korral)
vajalik kirurgiline sekkumine ja anesteesia	ei vaja kirurgilist sekkumist ja anesteesiat
vähem autonoomsust ja privaatsust	patsient kontrollib oma keha, rohkem privaatsust ja iseseisvust
	„loomulikum“, sarnased protsessid nagu raseduse iseenesliku katkemise korral
kiire, raseduse katkestamine ühemomentne	aeganõudvam, raseduse katkemine kestab kauem
abordi toimumist on võimalik kohe hinnata	võib vajada rohkem visiite, et hinnata abordi toimumist
patsient on abordi käigus anesteesias, võib kogeda vahetult abordijärgselt alakõhuvalu ja veritsust tupest; harva võimalikud protseduuriaegsed tüsistused	patsient kogeb abordi käigus alakõhuvalu ja veritsust tupest (harva iiveldust, kõhulahtisust, kehatemperatuuri tõusu, külmavärinaid), võib seetõttu vajada sümptomaatilist ravi
järelveritsus vähene ja lühike	järelveritsus 10-14 päeva, harva kuni 45 päeva
umbes 2%-l vajalik reabrasioon mittetäieliku abordi tõttu	umbes 5%-l vajalik abrasioon pikenenud/rohkenenud järelveritsuse või mittetäieliku abordi tõttu
Võib olla eelistatud järgnevates situatsioonides: vastunäidustused MAks, allergia mifepristooni või misoprostooli suhtes	Võib olla eelistatud järgnevates situatsioonides: <ul style="list-style-type: none"> • tugevalt ülekaalulised patsiendid • emaka müoomi, väärarendite, varasemate emakakaela operatsioonide korral • patsiendi soov vältida kirurgilist sekkumist

Raseduse katkestamise protseduuri kohta tuleb käsitleda järgmisi aspekte (D):

- protseduuri kestus;
- ärkamise ja taastumise aeg;
- võimalikud kõrvaltoimed (nt valu, verejooks, iiveldus, kõhulahtisus, oksendamine);
- anesteesia ja valuvaigistite valik;

- kaasnevad sümptomid, võimalikud tüsistused ja tagajärjed;
- kuhu pöörduda erakorraliselt pärast aborti;
- soovitud protseduurijärgse elurežiimi kohta;
- järelkontrolli vajalikkus.²²

5.4. Uuringud ja kliinilised aspektid

- Üldhaiguste, günekoloogiline ja reproduktiivanamnees; allergia anesteetikumide, antibiootikumide jt ravimite vastu.
- Reesusfaktori ja veregrupi määramine koos erütrotsüütide vastaste antikehade määramisega, kui seda ei ole enne teostatud (C).
- Testimine suguteede põletike, sh STLI suhtes ja vajadusel ravi (A, C). Kõiki naisi tuleb testida *C. trachomatis*'e, HIV ja süüfilise suhtes ning hinnata vajadust testida teiste STLide (nt gonorröa) suhtes (B).
- Hemoglobiini määramine on soovituslik, eriti aneemia kahtluse korral (C).²³

Kui kliiniliselt on tegemist infektsiooniga, tuleb ravi alustada kohe.

Kui STLI testide vastuseid ei saa katkestatava raseduse suuruse tõttu oodata, ei tohi aborti teostamine viibida ja tuleb alustada kohe antibakteriaalse profülaktikaga (1 g asitromütsiini suu kaudu + 1 g metronidasooli suu kaudu).

Kuna BV on oluline PIDi riskitegur, mis võib olla hilisema kroonilise vaagnavalu, tubaarse infertiilsuse põhjustajaks ja tõsta emakavälise raseduse riski, siis on soovitatav teha antibakteriaalset profülaktilist ravi kõigile **KA vajavatele naistele** (A), kasutades metronidasoolravi (nt abordipäeva hommikul 1 g metronidasooli suu kaudu) (C).³

MA ajal tehtava antibakteriaalse profülaktika kohta randomiseeritud kontrolliga uuringud puuduvad, kuid PIDi risk on väga madal ja seetõttu pole see soovituslik (C).^{2,24,25}

Profülaktiline laia toimespektriga antibakteriaalne ravi võib olla näidustatud ka kordusabrasiooni korral ja MA järgse abrasiooni korral (C).³

5.5. Kontratseptsiooninõustamine

Kontratseptsioonist peab rääkima abordieelse- ja järgsel visiidil, vajadusel ka enne päevastatsionaarist lahkumist. Protseduuri ajal, mil patsient on psühholoogilise ja emotsionaalse pinge all, tuleb nõustamist vältida (C).

Nõustamine tõhusate kontratseptsioonimeetodite osas on abordieelse visiidi kohustuslik osa. Pärast seda, kui rasedus on tuvastatud ja edasine plaan kokku lepitud, tuleb patsiendile tutvustada võimalusi abordijärgseks kontratseptsiooniks. Nõustamine peab olema individuaalne ja lähtuma meditsiinilise sobivuse kriteeriumitest.²⁶

Abordijärgselt sobivad kõik efektiivsed rasestumisvastased meetodid, kordusabordi ennetamisel kõige tõhusamaks on osutunud pikaajaliste rasestumisvastaste meetodite kasutamine vahetult abordijärgselt (emakasisesed vahendid ja implantaat) (B). Retseptiravimid tuleb välja kirjutada enne aborti (D).

6. Abordi protseduur

6.1. Kirurgiline abort

Raseduse kirurgiline katkestamine toimub vaakumaspiratsiooni teel.

6.1.1. Emakakaela ettevalmistus

Emakakaela ettevalmistus lihtsustab emakakaela laiendamist ja vähendab KA korral emakakaela traumasid (B).

Emakakaela ettevalmistus on näidustatud:

- noortele (alla 18-aastastele);
- 9–11-nädalase rasedusega sünnitamata patsientidele;
- emakakaela anomaaliate ja eelnenud emakakaela operatsioonide korral.

Emakakaela ettevalmistuseks kasutatakse misoprostooli või teisi prostaglandiine, mifepristooni või laminaare (osmootsed hüdrofiilsed dilataatorid). Misoprostooli kasutatakse vaginaalselt või sublingvaalselt, vaginaalsel manustamisel on gastrointestinaalseid kõrvaltoimeid vähem kui sublingvaalsel manustamisel. Kuna misoprostooli manustamise tulemusena võivad tekkida krampplikud emaka kokkutõmbed, valu ja veritsus, tuleks vältida liiga varajast misoprostooli manustamist (nt eelmisel öhtul hommikuse protseduuri korral) (D).²⁷

Tabel 3. Emakakaela ettevalmistus enne kirurgilist aborti

Misoprostooli manustamine		
Doos	Manustamine	Aeg
400 µg	vaginaalselt	3 tundi enne protseduuri
400 µg	sublingvaalselt	2–3 tundi enne protseduuri

6.1.2. Raseduse kestus kuni 12 nädalat

Valikmeetodiks on vaakumaspiratsioon (B).

Enne protseduuri puhastatakse desinfitseeriva lahusega välissuguelundid, tupp ja emakakael. Bimanuaalse palpatsiooniga tehakse kindlaks emaka suurus ja asend. Emakaõõne suuna ja suuruse täpsustamiseks sondeeritakse emakaõõs. Dilateeritakse emakakaelakanal. Vaakumaspiratsiooniotsiku abil eemaldatakse emakaõõnest raseduskude. Rutiinne küreti kasutamine ei ole vajalik. Kui emakas on tühi, tekib tugev emaka kontraktsioon, mis muudab aspiratsiooniotsiku liikumise raskemaks. Vajadusel aspireeritakse lahtine veri.

Raseduse suuruse korral alla 7 nädala on võimalusel soovitatav UH-kontroll, veendumaks, et lootemuna on eemaldatud (C).

6.1.3. Verejooksu kontroll

Verejooksu korral on uterotooniliste preparaatide (oksütotsiin, metüülgometriin) manustamine näidustatud, kuid nende kasutamist rutiinselt verejooksu profülaktikaks ei soovitata (A).

6.1.4. Valu kontroll

Valu tekib emakakaela dilatatsioonist, emakakaela sisesuudme ärritusest, emaka fikseerimisest, emaka seina mehaanilisest abrasiioonist, emakalihase kontraktsioonist. KAd võib teostada lokaalses anestesias, kuid tavapäraselt tehakse seda Eestis intravenoosses anestesias.

Abordijärgses valutustamises kasutada vajadusel MSPVRe (nt ibuprofeeni) või opioide (B). Profülaktiline valutustamine paratsetamooliga nii oralselt kui ka rektaalselt on ebaefektiivne ja seetõttu mittesoovitatav (A).

6.1.5. Varased tüsistused ja käitumistaktika

Pärast KA protseduuri on paari tunni jooksul vajalik patsiendi jälgimine, et mööduks narkoosi mõju ja saaks välistada võimalikud vahetud tüsistused.

Tabel 4. Kirurgilise abordi varased tüsistused ja ravi²²

Tüsistus	Sümptom	Diagnostika	Ravi
„tühi emakas“	vähe koelist materjali või materjali puudumine	<ul style="list-style-type: none"> • pole rase? Tee UH ja hCG • emakaväline rasedus? • <i>uterus duplex?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • kui kinnitub emakasisese raseduse diagnoos, korda vaakumaspiratsiooni • emakavälise raseduse kinnitumisel saada patsient statsionaari
retensioon, mittetäielik abort	emakaõõnes residuaalkude, võivad kaasneda veritsus ja kõhuvalu	UH	<ul style="list-style-type: none"> • kogenud naistearsti teostatud abrasiioon
perforatsioon sondiga	sond läheb sügavamale kui eeldatav emaka suurus	UH	<ul style="list-style-type: none"> • enamasti ei vaja kirurgilist sekkumist • jälgida 24 tundi või suunata edasi statsionaari • uterotoonikumide manustamine
emakakaela või emakakeha perforatsioon	<ul style="list-style-type: none"> • perforatsiooni kahtlus, kui aspiratsiooniotsik 	UH, laparoskoopia	<ul style="list-style-type: none"> • katkestada kohe protseduur, eemaldada aspiratsiooniotsik

mittetäieliku abordi korral	<p>läheb sügavamale kui eeldatav emaka suurus</p> <ul style="list-style-type: none"> • aspiratsiooniootsikus võib olla nähtav omentumirasv, sooleling või esinevad šoki ilmingud 		<p>emakast</p> <ul style="list-style-type: none"> • mitte manustada uterotoonikume kui on kahtlus omentumi või soolelingu aspiratsioonile • viia patsient kohe operatsioonisaali
emakakaela või emakakeha perforatsioon täieliku abordi korral	<ul style="list-style-type: none"> • perforatsiooni kahtlus, kui aspiratsiooniootsik läheb sügavamale kui eeldatav emaka suurus • võib olla tugev kõhuvalu või verejooks 	veendu, et emakas on tühi, kasutades ettevaatlikult küretti	<ul style="list-style-type: none"> • i/v tilkinfusioon vedelikuasendajatega, antibiootiline ja uterotooniline ravi • veendu, et emakasse pole aspireeritud sool või omentum • jälgida 24 h või suunata edasi statsionaari • jälgida hemodünaamikat ja kontrollida sisemise verejooksu suhtes • üldseisundi halvenedes, verejooksu ja valu tugevnemisel operatiivne ravi
kõhuvalu	kramplikud valud/ kontraktsioonid	hematometra?	<ul style="list-style-type: none"> • emakaõone sisu aspiratsioon • kontraktsioonivahendid • antibakteriaalne ravi
verejooks	tugev verejooks tupe kaudu	<ul style="list-style-type: none"> • raseduskoe, loote osiste peetumine • emakakaela trauma? 	<ul style="list-style-type: none"> • raseduskoe, loote osiste peetumisel reabrasioon • emakakaela trauma –komprimeeri 5 minutit, kui verejooks kestab – suturatsioon
vasovagaalne reaktsioon või süngoop	minestamine, higistamine, aeglane pulss, aeglane hingamine, iiveldus, hüpotensioon, letargia	hinnata vererõhku, pulsi- ja hingamis-sagedust	<ul style="list-style-type: none"> • lõpetada protseduur • avada hingamisteed • keerata patsient küljele (vältimaks oksemasside sattumist hingamisteedesse) • tõsta patsiendi jalad üles
allergia ravimite vastu	nahalööve, nõgestõbi, mõnikord hingamisraskused	kontrolli ravimiallergiat	<ul style="list-style-type: none"> • antihistamiinikumid • tugev reaktsioon –adrenaliini manustamine s/c

6.2. Medikamentoosne abort

MA on raseduse katkestamine ravimite abil.

Käesolev ravijuhis käsitleb mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooni kasutamist raseduse katkestamiseks patsiendi omal soovil kuni 11. rasedusnädala lõpuni (< 84 päeva).

6.2.1. Ravimite toimemehhanism, efektiivsus ja ohutus

Ravimite toimemehhanism

Mifepristoon on antiprogestiin, mis inhibeerib progesterooni toime. Mifepristooni mõjul tekib detsiduaalkoe nekroos, emakakael pehmeneb, tõuseb emaka kontraktiilsus.²⁸ Detsiidua irdumisel vabanevad endogeensed prostaglandiinid, mis muudavad müomeetriumi viis korda tundlikumaks eksogeensete prostaglandiinide suhtes, mistõttu mifepristooni kombineeritakse prostaglandiini analoogiga (misoprostool).

Misoprostool on prostaglandiin E1 analoog ning põhjustab emaka kontraktsioone. Misoprostool toimib ka emakakaela pehmendavalt ja kergendab emakakaela avanemist.

Mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooni efektiivsus (raseduse katke medikamentooselt ilma kirurgilise sekkumiseta) sõltub:^{29,30,31}

- raseduse suuruselt:
 - MA efektiivsus raseduse suuruses kuni 7 nädalat on 95–98% (A);
 - MA efektiivsus raseduse suuruses 7–9 nädalat on 93–98% (A);
 - MA efektiivsus raseduse suuruses 9–12 nädalat on 88–97% (B);
- misoprostooli doosist ja annustamise viisist;
- pariteedist (rohkem sünnitanud naistel on efektiivsus madalam).

Mifepristooni ja misoprostooli kombinatsioon on ohutu – pole täheldatud pikaajalisi riske tervisele, nt viljatuse teket. Mifepristooni loodet kahjustava toime kohta andmed puuduvad, misoprostoolil on madal teratogeenne risk, mistõttu raseduse jätkumisel pärast MAd on soovitatav raseduse kirurgiline katkestamine. Raseduse jätkumisel on sündinud lastel kirjeldatud kolju defekte, kraniiaalnrvi pareesi (Möbiuse sündroom), näo väärarendeid, jäsemete defekte (komppöidsust) (B).³²

6.2.2. Vastunäidustused medikamentooselt abortiks^{2,23}

Absoluutsed vastunäidustused:

- allergia misoprostooli või mifepristooni suhtes;
- kaasasündinud porfüüria;
- äge või krooniline neerupealiste puudulikkus;
- emakavälise raseduse kahtlus.

Suhtelised vastunäidustused:

- süsteemne kortikosteroidravi (sh raske bronhiaalastma; kortisoolravi annust suurendatakse mõneks päevaks);

- kliiniliselt olulised veritsushäired (nt von Willebrandi haigus, antikoagulantravi);
- raskekujuline aneemia;
- kaasnev südamehaigus või kardiovaskulaarsed riskitegurid (nt südame isheemiatõbi).

Emakasisene vahend tuleb enne MA eemaldada.

Rinnaga toitmisel võib mifepristooni ja misoprostooli väike kogus erituda rinnapiima. Pärast mifepristooni manustamist on täheldatud loote veres adrenokortikotroopse hormooni ja kortisooli taseme tõusu, mille kliiniline toime on ebaselge.

Misoprostooli soovitatakse manustada vahetult pärast rinnaga toitmist, see metaboliseeritakse kiiresti. Järgmine imetamine võiks toimuda oraalse manustamise korral 4 tunni möödudes, vaginaalse manustamise korral 6 tunni möödudes.

6.2.3. Ravimite manustamisviisid

Raviskeemid, mis koosnevad 200 mg mifepristoonist suu kaudu ja misoprostoolist, sobivad kasutamiseks ja on efektiivsed mistahes gestatsiooniajaga raseduse korral (B).

Mifepristooni manustatakse alati suu kaudu. Misoprostooli manustamiseks on erinevaid võimalusi (tabel 5).

Tabel 5. Misoprostooli manustamisviisid

Manustamisviis	Kasutamiseõpetus	Märkused
vaginaalne	ravim asetatakse sügavale tuppe, seejärel ollakse 30 minutit lamavas asendis	<ul style="list-style-type: none"> • kuni 49-päevase raseduse korral on vähemalt sama efektiivne kui oraalse manustamise korral; üle 49-päevase raseduse korral on efektiivsem kui oraalse manustamise korral • vähem kõrvaltoimeid, võrreldes teiste manustamisviisidega
suukaudne	ravim neelatakse tervelt alla	<ul style="list-style-type: none"> • võib kasutada kuni 49-päevase raseduse ja üle 12-nädalase raseduse korral • kõrvaltoimed: kõhulahtisus, palavik, külmavärinad
bukaalne	ravim asetatakse põse ja igemete vahele ning neelatakse alla 30 minuti möödudes	<ul style="list-style-type: none"> • võrreldes vaginaalse manustamisega esineb kõrvaltoimena rohkem palavikku ja külmavärinad
sublingvaalne	ravim asetatakse keele alla ja neelatakse alla 30 minuti möödudes	<ul style="list-style-type: none"> • kiireim toime ja kõrgeim plasmakontsentratsioon • võrreldes vaginaalse manustamisega esineb rohkem gastrointestinaalseid kõrvaltoimeid (oksendamise, kõhulahtisus), palavik ja külmavärinad

6.2.4. Ravimite manustamise skeemid vastavalt gestatsiooniajale

Raseduse kestus kuni 9 nädalat (< 63 päeva) (B)

I visiit

Mifepristooni võib manustada kohe pärast seda, kui patsienti on MA osas nõustatud ja raseduse suurus UHga täpsustatud, ootamata ära analüüside tulemusi.

Mifepristooni 200 mg suu kaudu

II visiit

24–48 h pärast mifepristooni manustamist toimub misoprostooli manustamine. Kui abort on toimunud (2–5% juhtudest) ja see UHga kinnitatakse, siis ei ole vaja misoprostooli manustada.

Misoprostooli manustamine:

- **800 µg vaginaalselt** (lubatud ka bukaalne või sublingvaalne manustamine) VÕI
- **400 µg suu kaudu** (ainult < 49-päevase raseduse korral)

Kui rasedus ei katke nelja tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist, võib manustada korduva 400 µg misoprostooli annuse suukaudselt või vaginaalselt (B).

Pärast misoprostooli manustamist on ohutu ja lubatav vastava soovi korral haiglast lahkuda (abort jätkub kodus) (D).

Misoprostooli manustamisel kodus peab patsient olema täpselt informeeritud:

- millal ja kuidas misoprostooli manustada;
- millal ja kuidas kasutada valuvaigisteid;
- millal ja kuhu pöörduda raseduse katkemise kindlakstegemiseks, lisaküsimuste, probleemide või tüsistuste korral.³³

Kirjanduse andmetel on ka kodus misoprostooli manustamine kuni 9-nädalase raseduse katkestamise korral turvaline ja efektiivne.^{23,34}

Raseduse kestus 9–12 nädalat (63–83 päeva) (A)

I visiit

Mifepristooni 200 mg suu kaudu

II visiit

36–48 tunni möödudes manustatakse päevastatsionaaris:

- **800 µg misoprostooli vaginaalselt**
- **edasi 400 µg misoprostooli vaginaalselt või suukaudselt iga 3 tunni järel, kuni lootemuna väljumiseni, kuni 4 doosi**

6.2.5. Valu kontroll

Valutustamist MA ajal ja pärast pakutakse kõikidele naistele. Lisaks sõnalisele toetusele on soovitatavad MSPVRid (nt ibuprofeen 400–800 mg suukaudselt), mõned naised võivad vajada opioidseid valuvaigisteid (B).

Suukaudne MSPVR peaks olema manustatud 30–45 minutit enne protseduuri, saavutamaks efektiivset valuvaigistavat toimet.

Oraalne paratsetamool on MA puhul ebaefektiivne ning pole seetõttu monopreparaadina soovitatav (A).

6.2.6. Ravimite kõrvaltoimed ja nende ravi

MA käigus võib misoprostool harva põhjustada palavikku ja külmavärinaid 1–2 tunni jooksul pärast preparaadi manustamist. Palaviku korral võib anda MSPVRe. Kui palavik kestab üle nelja tunni või tekib järgmistel päevadel pärast misoprostooli manustamist, siis võib kahtlustada infektsiooni.

Umbes pooltel patsientidest tekib iiveldus ja kolmandikul oksendamine. Need sümptomid võivad olla seotud ka rasedusega. Vajadusel manustatakse antiemeetilisi ravimeid.

Pärast misoprostooli manustamist esineb vähem kui neljandikul patsientidest kerge ja spontaanselt mööduv kõhulahtisus, mis reeglina ei vaja ravi.

Võib esineda mööduvat peavalu, minestustunnet ja uimasust, mida ravitakse vajadusel sümptomaatiliselt.

7. Abordijärgne periood

7.1. Anti-reesus profülaktika

Isosensibilisatsioonita Rh-negatiivsetele naistele piisab 625 RÜ (125 mcg) anti-D Ig (D) ja kirjanduse põhjal ka 250 RÜ õlavarre deltalihasesse 72 tunni jooksul pärast aborti kui raseduse kestus on < 12 nädalat (B), kuigi puudub tõendus selle vajalikkuse kohta < 63-päevase raseduse korral ja medikamentoosse meetodi kasutamise korral.³⁵

Anti-reesus profülaktika ei ole tõenäoliselt vajalik < 63-päevaste raseduste medikamentoosel katkestamisel (D), sest teoreetiline risk Rh-isosensibilisatsiooniks on väga madal (C).

Anti-reesus profülaktika ei ole vajalik naistel, kellel juba on tekkinud Rh-antikehad.

7.2. Nõustamine vahetult pärast aborti

Patsiendile tuleb anda kaasa kirjalik teave (epikriis) teostatud protseduuri kohta (D).

Patsiente tuleb lisaks nõustada:

- tavapärase abordiga kaasnevate sümptomite suhtes;
- järgmiste erakorralist abi nõudvate sümptomite suhtes:
 - veritsus on suurem kui tavapärase menstruatsiooni ajal;
 - tugev alakõhuvalu või selle intensiivsuse suurenemine;
 - minestamine, oksendamine, kõrge palavik või külmavärinad üle 24 tunni,

- ebameeldiva lõhnaga eritis;
- verejooks rohkem kui kaks nädalat KA ja rohkem kui 45 päeva või pärast järgmist menstruatsiooni MA korral;
- sümptomite suhtes, mis võivad viidata raseduse jätkumisele;
- kuhu vajadusel erakorraliselt pöörduda;
- järelkontrolli vajalikkuse ja aja suhtes;
- vajadusel täiendavalt abordijärgse kontratseptsiooni suhtes (D).

7.3. Abordijärgne visiit

Abordijärgse visiidi eesmärk ja näidustused

Abordijärgse visiidi eesmärk on raseduse katkemise sedastamine, kontratseptsioonialane nõustamine ja psühholoogilise toetuse pakkumine.

Kõigile ei ole abordijärgne visiit vajalik.

Tüsistusteta KA ja ≤ 9 nädalase MA korral ei ole järelkontroll rutiinselt vajalik (B).

Kui KA või MA on kulgenud tüsistusteta ja aborti toimumine on koheselt kindlaks tehtud, siis ei ole rutiinne abordijärgne visiit vajalik, kui patsient seda ei soovi.²³

Abordijärgset visiiti tuleb pakkuda kõikidele, kes:

- seda soovivad,
- kelle rasedus katkes kodus,
- kellel oli üle 9 nädalane rasedus ja see katkestati MAgA,
- kelle rasedus katkestati misoprostooliga monopreparaadina,¹⁰
- kes võivad vajada täiendavat emotsionaalset tuge või kontratseptsiooninõustamist (D).

Abordijärgse visiidi vajadust aborti toimumise hindamiseks tuleb rõhutada järgmistel juhtudel:

- naistele, kellel esinevad jätkuvalt raseduse sümptomid või kellel esines pärast MAD väga vähene veritsus;
- naistele, kellel esinevad jätkuvad kramplikud valud, palavik või rohke vereeritus.

Abordi toimumise hindamine

Pole kindlaid algoritme, millal ja kuidas kõige paremini aborti toimumist hinnata. Järelkontrolli MA toimumise hindamiseks võib teostada 2 nädalat pärast MAD, kuid seda võib hinnata ka hiljem, nt pärast menstruatsiooni (D).

MA toimumise hindamiseks võib kasutada vaginaalset läbivaatust, ultraheliuuringut ja hCG määramist (naise enda poolt uriinist või seerumist).³⁶ Rutiinne UH pole vajalik, sest on mittespetsiifiline. See on näidustatud vaid kaebuste korral, raseduse jätkumise kahtluse korral või retensioonile iseloomulike sümptomite korral (C). Emakaõõne läbimõõdu hinnang

UHga ilma retensioonile viitavate sümptomiteta ei ole hea positiivse ennustatava väärtusega ning võib seetõttu põhjustada valepositiivset abordijärgse retensiooni diagnoosi³⁷ ja viia mittevajaliku kirurgilise sekkumiseni. Abordi mittetoimumisele viitab UHI vaid lootemuna olemasolu. Nekrootiline detsiduaalne kude, veri ja verehüübed näivad sonograafial hüperehhogeense massina ja võivad simuleerida retensiooni. Selline hüperehhogeenne mass emakaõõnes on patoloogilise tähendusega vaid kliiniliste sümptomite (tugev või pikalt esinenud veritsus, palavik, tugev kõhuvalu) esinemisel.

Kasutada võib hCG määramist. Kui kasutada MA toimumise hindamiseks seerumi hCGd, siis peab arvestama, et hCG võib olla leitav veel 4 nädalat pärast raseduse katkemist.

2 nädalat pärast MAD peaks seerumi hCG olema alla 500 IU/l.³ Raseduse jätkumisel on seerumi hCG üle 10 000 IU/l.³

Kirjanduse andmetel ka naise enda tehtav hCG-test uriinist sobib abordi toimumise hindamiseks < 49-päevaste raseduste MA korral. Kaks kuni neli nädalat pärast MAD uriinist tehtud negatiivne hCG-test (kaebusteta patsiendid) ja meediku tehtud telefonivisiit hoiavad ära asjatud haiglaviisid.^{28,38,39,40}

Kauem kui 49 päeva kestnud raseduste katkestamise toimumise hindamiseks võib see meetod olla ebatäpne (hCG on pärast aborti kauem leitav, medikamentoosse meetodi efektiivsus väheneb mõnevõrra gestatsiooniaja suurenedes).

7.4. Tüsistuste käsitlemine

Raseduse jätkumine

Raseduspuhuste sümptomite jätkumisel ja kliiniliselt sedastatud raseduse jätkumise korral (UH näitab lootemuna olemasolu) on soovitatav raseduse kirurgiline lõpetamine, kuid naise valikul võib kasutada ka misoproostooli korduvat manustamist.

Misoproostooli korduv manustamine on efektiivne 40% raseduse jätkumise juhtudest.⁴¹

Mittetäieliku abordi korral on soovitatav sõltuvalt kliinilisest seisundist ja naise valikust kas:

- jälgimistaktika (kui rohke vereeritus ja põletikutunnused puuduvad). Paljud retensioonid resorbeeruvad või väljuvad iseeneslikult. Soovituslik kontrolli aeg on pärast menstruatsiooni;
- korduv misoproostooli manustamine;
- vaakumaspiratsiooni teel emaka tühjendamine.

Tabel 6. Soovitused misoproostooli kasutamiseks mittetäieliku abordi ravis¹²

Annus	Manustamisviis
600 µg	suu kaudu
400 µg	sublingvaalselt
400–800 µg	vaginaalselt, eelduseks vähene veritsus tupe kaudu

Vaginaalne vereeritus

See on pärast MAd ootuspärane. Keskmiselt kestab vähenevas hulgas vaginaalne vereeritus 2 nädalat, kuid üksikutel juhtudel võib see kesta ka kuni 45 päeva. Verekaotuse suurus on raske mõõta, kuid vereklompide eritumine, kahe suure hügieenisideme täismärgumine kahe tunni vältel,²³ süngoop ja ortostaas viitavad suurenenud verekaotusele. Objektiivselt on see hinnatav hemoglobiini väärtuse määramisega.

Rohke ja pikaajalise veritsuse, aneemia või põletikutunnuste korral võib olla raviks vajalik vaakumaspiratsioon.

Verejooksu põhjusteks pärast KAd võivad olla mittetäielik vaakumaspiratsioon, emakakaela trauma, koagulopaatia või harvem emaka perforatsioon.

Verejooksu ravi sõltub põhjusest ja selle raskusastmest. Hemodünaamiliselt ebastabiilsele patsiendile on esmalt vajalik vedelike infusioon, vajadusel uterotooniline ravi (misoprostool, oksütotsiin või metüülgometriin). Enne kirurgilist protseduuri kontrollida emakakaela võimaliku rebendi ja sonograafiliselt emakat võimaliku perforatsiooni suhtes (vaba vedelik kõhukoopas). Veritsuse jätkumisel pärast retensioonikoe evakuatsiooni on soovitatav emaka tamponeerimine Foley kateetriga.

Lisaks vaakumabrasioonile on aktsepteeritav ka hüsteroskoopia nii diagnoosi püstitamiseks kui ka patoloogilise lisamassi korral raviks (retensiooni reseksioon).

Palavik/valu

Palavik ei ole abordijärgsetel päevadel reeglina normaalne leid ning vajab seetõttu täpsustamist võimaliku infektsiooni suhtes. Emaka kokkutõmmetest tingitud alakõhuvalude esinemine võib olla normaalne paari tunni kuni paari päeva vältel. Täpsustada tuleks valu intensiivsus, lokalisatsioon ja muster. Püsiv või tugevnev alakõhuvalu koos tugevama veritsuse ja/või palavikuga vajavad täpsustavaid uuringuid võimaliku infektsiooni suhtes. PIDle võivad viidata palavik, alakõhuvalu, külmavärinad ja/või mädane eritis tupest.

Vajalik on patsiendi vaginaalne bimanuaalne läbivaatus. Võimalik on emakakaela ja emaka, ka adnekside valulikkus palpatsioonil, samuti saab selle käigus hinnata veritsuse või suurenenud vooluse hulka ja iseloomu.

- Rahuldavas üldseisundis patsient PIDga – võimalik ambulatoorne antibakteriaalne ravi.
- Generaliseerunud infektsiooniga patsient hospitaliseerida, alustada esmalt laia toimespektriga antibakteriaalset ravi ja seejärel vajadusel kirurgiline sekkumine.

7.5. Kontratseptsioon

Abordijärgselt tekib ovulatsioon esimese kuu jooksul 90% naistest.⁴²

Sõltumata raseduse suurusest, tuleb kontratseptsioonimeetodeid hakata kasutama kohe pärast aborti – viivitus on seotud kordusabordi riskiga (B).

Naisi tuleb nõustada pikaajaliste meetodite (emakasisene vahend, implantaat) suurema efektiivsuse suhtes (B).

Kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon (KHK), minipillid, süstitavad progestageeni sisaldavad vahendid, implantaat.

Kontratseptsiooniga alustatakse samal päeval, mil antakse esimene tablett MA korral või KA toimumise päeval (B). KHK tabletid (v.a Qlaira[®]), minipillid, süstitavad progestageeni sisaldavad meetodid ja implantaat on efektiivsed, kui neid alustada nelja abordijärgse päeva jooksul. Tuperõnga ja plaastri korral tuleb alustada hiljemalt aborti toimumise päeval.⁴³ KHK kasutamine on ohutu, see ei pikenda ega suurenda abordijärgset veritsust.⁴⁴

Emakasisene vahend (sisaldab vaske) või süsteem (sisaldab hormooni levonorgestrel)

KA korral võib emakasisese vahendi/süsteemi paigaldada emakasse protseduuri lõpus (B). MA korral tohib selle paigaldada siis, kui täielik aborti toimumine on kinnitatud (B). Kui seda ei paigaldata ravisutuses viibimise ajal, siis tuleb patsiendile kindlustada abordijärgne visiit aborti toimumise kindlakstegemiseks ja emakasisese vahendi/süsteemi paigaldamiseks. Emakasisese süsteemi korral on selle paigaldamine aborti käigus seotud vähema abordijärgse veritsuste riskiga, võrreldes nendega, kellele see paigaldati hiljem, s.o pärast abordijärgset menstruatsiooni.²

Steriliseerimine

Sterilisatsiooni on võimalik on teostada kohe pärast aborti, järgides RKSSist³ tulenevaid piiranguid. Siiski, arvestades raseduse katkestamisega kaasnevat võimalikku emotsionaalset stressi, on steriliseerimise otsust mõistlikum lükata edasi ja kasutada seni muid tõhusaid rasestumisvastaseid meetodeid (B).

Enne, kui patsient lahkub ravisutusest, on vajalik veenduda, et ta on saanud nõustamist rasestumisvastaste meetodite osas. Naised, kes ei alusta kontratseptsiooni tarvitamist kohe pärast aborti, vajavad abordijärgset visiiti kontratseptsioonilaseks nõustamiseks.

KIRJANDUS

¹ World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2012.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/n/

² Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Guideline Number 7. London: RCOG; 2011.

www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion

-
- ³ Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi27050>
- ⁴ Tervise Arengu Instituut. Eesti Meditsiiniline Sünni- ja Abordiregister. <http://www.tai.ee/et/tegevused/registrid/meditsiiniline-sunniregister-ja-raseduskatkestusandmekogu/statistika>
- ⁵ Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, da Silva MO et al. Terminations of pregnancy in the European Union. *Br J Obstet Gynaecol* 2012;119:324–32.
- ⁶ Laanpere M, Ringmets I, Part K, et al. Induced abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion. *BMC Womens Health* 2014;14:81.
- ⁷ Haldre K, Part K, Ketting E. Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: The role of sexuality education and youth-friendly services. *Eur J Contracep Repr* 2012; 7:351–6.
- ⁸ Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. <https://www.riigiteataja.ee/akt/120022015011>
- ⁹ European Board and College of Obstetrics and Gynaecology Standards of Care for Women. Standards of Care for Women’s Health in Europe, 2014. http://www.ebcog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=178
- ¹⁰ World Health Organization. Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Geneva: WHO, 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/
- ¹¹ Ethical issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health. London: FIGO, 2012. <https://www.glowm.com/pdf/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>
- ¹² Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortion care. Best Practice Paper No. 2. London: RCOG, 2015. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
- ¹³ Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* 2012;119:215-9.
- ¹⁴ Say L, Brahmi D, Kulier R, Campana A, Gülmezoglu AM. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD003037.
- ¹⁵ Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;114:795–804.
- ¹⁶ Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985;66:533–7.
- ¹⁷ Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion. A comparative review. *Hum Reprod Update* 2007;13:37–52.

-
- ¹⁸ Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2009. Statistical Bulletin 2010/1. London: DH; 2010.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_116039
- ¹⁹ Heisterberg L, Hebjorn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:76-80.
- ²⁰ National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Academy of Medical Royal Colleges, 2011. www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION_REPORT_WEB%20FINAL.pdf
- ²¹ Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction* 2012;27:3315–20.
- ²² International Federation of Planned Parenthood. First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures, London: IPPF, 2008.
http://www.ippf.org/sites/default/files/abortion_guidelines_and_protocol_english.pdf
- ²³ Lohr PA, Fjerstad M, DeSilva U, Lyus R. Abortion – clinical review. *BMJ* 2014;348:f7553.
- ²⁴ Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first-trimester induced abortion. Review by the Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library* 2012, Issue 3.
- ²⁵ Achilles SL, Reeves MF; Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP Guideline 20102. *Contraception* 2011;83:295–309.
- ²⁶ World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 2015.
- ²⁷ Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;2:CD007207.
- ²⁸ American College of Obstetricians and Gynaecologists. Medical Management of First-Trimester Abortion. AGOG, 2014.
<http://www.acog.org/~media/Practice%20Bulletins/Committee%20on%20Practice%20Bulletins%20--%20Gynecology/Public/pb143.pdf?dmc=1&ts=20140703T1932230602>
- ²⁹ Bartley J, Tong S, Everington D ym. Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception* 2000;62:297-303.
- ³⁰ Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT ym. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002;109:1281–9.
- ³¹ von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG* 2003; 110: 808–18.

³² Fonseca W, Alencar AJ, Mota FS, Coelho HL. Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 1991;338:56.

<http://www.uptodate.com/contents/first-trimester-medication-abortion-termination-of-pregnancy/abstract/85>

³³ World Health Organization. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva: WHO, 2006. <https://searchworks.stanford.edu/view/7769334>

³⁴ Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2011;89:360-70.

³⁵ Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *AOGS* 2003;82:892–903.

³⁶ Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006;74:66–8.

³⁷ Wolman I, Altman E, Faith G, Har-Toov J, Amster R, Gull I, Jaffa AJ. Combined clinical and ultrasonographic work-up for the diagnosis of retained products of conception. *Fertil Steril* 2009;92:1162–4.

³⁸ Oppegaard K, Qvigstad E, Sunde K, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet Glob Health* 2015;3:e537–45.

³⁹ Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception* 2012;86:67–73.

⁴⁰ Michie L, Cameron ST. Simplified follow-up after early medical abortion: 12-month experience of a telephone call and self-performed low-sensitivity urine pregnancy test. *Contraception* 2014;89:440–45.

⁴¹ Reeves MF, Kudva A, Creinin MD. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception* 2008;78:332-5.

⁴² Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinol* 1988;118:161–7.

⁴³ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance Quick Starting Contraception Clinical Effectiveness Unit. RCOG; London, 2010.

⁴⁴ Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception* 2009;80:355–62.