

# PRIMALJSKA SKRB KOD ABORTUSA

---

Žilić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:396254>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-09**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI**  
**FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA**  
**PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ PRIMALJSTVA**

**Marija Žilić**

**PRIMALJSKA SKRB KOD ABORTUSA**

**Završni rad**

**Rijeka, 2021.**

**UNIVERSITY OF RIJEKA**  
**FACULTY OF HEALTH STUDIES**  
**UNDERGRADUATE STUDY OF MIDWIFERY**

**Marija Žilić**

**MIDWIFERY CARE IN ABORTION**

**Final work**

**Rijeka, 2021.**

Mentor rada: Damir Čerimagić, dr.med.

Pregledni rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_ Natalija Vuletić, dr.med. \_\_\_\_

2. \_\_\_\_ Eduard Eškinja, dr.med. \_\_\_\_

3. \_\_\_\_ Damir Čerimagić, dr.med. \_\_\_\_

## Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

## Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Studij primaljstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Marija Žilić
JMBAG	03510055297

## Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	Damir Ćerimagić
Datum predaje rada	17.09.2021.
Identifikacijski br. podneska	1652206196
Datum provjere rada	20-Sep-2021
Ime datoteke	Zavr_ni_rad_Marija_ili.docx
Veličina datoteke	76.06K
Broj znakova	60,903
Broj riječi	9,451
Broj stranica	45

## Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	
	10%

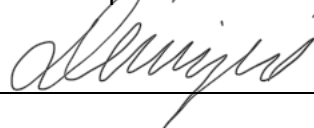
## Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	20.09.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

20.09.2021.

Potpis mentora



## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. STATISTIKA.....	2
3. NAMJERNI POBAČAJ.....	3
3.1.MEDIKAMENTOZNI POBAČAJ.....	4
3.1.1. Nuspojave i komplikacije.....	5
3.1.1.1. Abdominalna bol.....	6
3.1.1.2.Obilno i prolongirano krvarenje.....	6
3.1.1.3.Vanmaternična trudnoća.....	7
3.1.1.4.Vrućica i infekcija.....	8
3.1.2. Kontraindikacije.....	9
3.2.KIRURŠKI POBAČAJ.....	10
3.2.1. Priprema cerviksa.....	11
3.2.2. Paracervikalni blok.....	12
3.2.3. Dilatacija cerviksa.....	12
3.2.4. Aspiracija.....	13
3.2.5. Evaluacija tkiva.....	14
3.2.5.1. Neadekvatni produkti začeca.....	14
3.2.5.2.Molarna trudnoća.....	15
3.2.6. Praćenje i oporavak.....	15
3.2.7. Komplikacije.....	16
3.2.7.1. Infekcija.....	17
3.2.7.2. Krvarenje.....	18
3.2.7.3. Laceracije vrata maternice.....	19
3.2.7.4. Perforacija maternice.....	19
3.2.7.5. Hematometar.....	20
3.2.7.6. Zadržani produkt začeca.....	20
3.2.7.7. Zadržana trudnoća.....	21
3.2.7.8. Komplikacije povezane s anestezijom.....	22
3.2.8. Kontraindikacije.....	22
3.2.8.1. Anomalije i abnormalnosti maternice.....	22

3.2.8.2. Višeplodna trudnoća.....	23
4. PRIMALJSKA SKRB.....	24
4.1. Savjetovanje i informiranje.....	24
4.1.1. Kontracepcija.....	25
4.2. Informacije o metodama pobačaja.....	27
4.3. Skrb prije abortusa.....	27
4.4. Skrb nakon abortusa.....	29
4.5. Dodatne mjere potpore.....	30
5. PSIHIČKO STANJE ŽENE NAKON POBAČAJA.....	31
6. ZAKLJUČAK.....	32
7. LITERATURA.....	33
8. ŽIVOTOPIS.....	36

## **KRATICE**

IUD – intrauterini uložak ( spirala, mirena)

FDA – Food and Drug Administration (uprava za hranu i lijekove)

NSAID – nesteroidni protuupalni lijekovi (Non-steroidal anti-inflammatory drugs)

MUA – ručni aspirator (manual uterine aspirator)

EVA – električni vakuumski aspirator (electric vacuum aspirator)

βhCG – beta humani korionski gonadotropin

μg - mikrogram



## SAŽETAK

Kroz povijest se pobačaj činio na svakojake načine koji vrlo često nisu bili pouzdani i sigurni po ženin život. U današnje vrijeme su pobačaji sigurni, te je stopa komplikacije vrlo mala, a smrtnosti nema ako je pobačaj, naravno, učinjen legalno u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi. Na svjetskoj razini stopa pobačaja čak je triput veća (35/1000) u odnosu na Hrvatsku [4.]. Pobačaj se može učiniti kirurškim putem, dilatacijom cerviksa, kiretažom, te evakuacijom, odnosno aspiracijom maternice. Ili medikamentozno oralnom primjenom mizoprostola i mifepristona po protokolu Svjetske zdravstvene organizacije. Neke od komplikacija abortusa su abdominalna bol, krvarenje, neke od rjeđih su infekcija, laceracije cerviksa, perforacija maternice itd. Kontraindikacije su alergije na prostaglandine, vanmaternična trudnoća, IUD, poneke anomalije i abnormalnosti maternice.

Da bi se što više spriječile neželjene komplikacije bitan je individualni, holistički pristup svakoj ženi. Primaljska skrb prilikom abortusa započinje edukacijom, odnosno savjetovanjem i informiranjem o svim dostupnim metodama pobačaja kao i njihovim prednostima i nedostacima. Naravno, žene treba educirati o kontracepciji kako ne bi došlo do ponovne neželjene trudnoće. Slijedi prikupljanje anamnestičkih podataka i ostala fizička priprema za pobačaj.

Nakon abortusa primaljska skrb se bazira na praćenje općeg zdravstvenog stanja žene, te na edukaciju o daljnjoj skrbi i spriječavanju mogućih komplikacija. Također, na ženino psihičko stanje i percepciju boli tijekom i nakon abortusa pozitivno utječe prisustvo pratnje. Pratnja može biti osoba od povjerenja ili zdravstveni djelatnik.

Zbog ženinog psihičkog stanja radi pobačaja je vrlo bitno da nije osuđivana u svojoj obitelji i krugu prijatelja, da je odluku donijela sama bez ičijeg utjecaja. Svaka žena će nakon prekida trudnoće osjećati tugu ili olakšanje, što je prirodno. Premda, mali broj žena će imati trajnije psihičke posljedice kao na primjer psihološke poremećaje, poremećaje sna, žaljenje, a u ekstremnijim slučajevima čak psihoza i suicid.

## SUMMARY

Throughout history, abortion has been done in all sorts of ways that very often have not been reliable and safe for a woman's life. Nowadays, abortions are safe, and the complication rate is very low, and there is no mortality if the abortion is, of course, done legally in an authorized health facility. Globally, the abortion rate is even three times higher (35/1000) compared to Croatia [4.]. Abortion can be done surgically by way of cervical dilatation, curettage, and evacuation or aspiration of the uterus. Or medical abortion by oral application of misoprostol and mifepristone according to the protocol of the World Health Organization. Some of the complications of abortion are abdominal pain, bleeding. Some of the rarer are infections, cervical lacerations, uterine perforation, etc. Contraindications are allergies to prostaglandins, ectopic pregnancy, IUD, some abnormalities and uterine abnormalities.

In order to prevent unwanted complications as much as possible, an individual, holistic approach to each woman is essential. Midwifery care during abortion begins with education, ie counseling and informing about all available methods of abortion as well as their advantages and disadvantages. Of course, women should be educated about contraception to avoid re-emerging unwanted pregnancies. This is followed by the collection of anamnestic data and other physical preparation for abortion.

After an abortion, midwifery care is based on monitoring the general health of the woman, and on education about further care and prevention of possible complications. Also, a woman's mental state and perception of pain during and after an abortion is positively affected by the presence of an escort. An escort can be a trusted person or a healthcare professional.

Due to the woman's mental state due to abortion, it is very important that she is not condemned in her family and circle of friends, that she made the decision alone without anyone's influence. Every woman will feel sadness or relief after abortion, which is natural. Although a small number of women will have more lasting psychological consequences such as psychological disorders, sleep disorders, regret, and in more extreme cases even psychosis and suicide.

## 1. UVOD

Tijekom povijesti pobačaj nije bio nepoznanica. Izvođenje namjernih pobačaja seže iz antičkog preko rimskog i grčkog doba sve do današnjeg, modernog doba. Tada je namjerni prekid trudnoće bio općeprihvaćen i koristile su se svakojake metode. Uključivale su konzumaciju određenih, abortificirajućih biljaka kao napitka ili kupki od kojih su neke bile otrovne i uzrokovale smrt. Također, ženama se savjetovalo da se bave teškim fizičkim aktivnostima, puštanje krvi, korištenje oštarih predmeta i slično. Pojavom kršćanstva pobačaj u ranim tjednima trudnoće postaje grijeh, a u kasnijim ubojstvo.

U današnje vrijeme abortus ili pobačaj, bio on namjerni ili spontani, označava prekid trudnoće do dvadeset i drugog tjedna gestacije bez obzira na težinu ploda, odnosno do 500 grama. Pobačaj do šesnaestog tjedna se naziva rani pobačaj, a nakon šesnaestog do dvadeset i drugog tjedna se naziva kasni pobačaj. Namjerni, artifičijalni odnosno medicinski potpomognut prekid trudnoće je svojevuljan prekid trudnoće koji je u Republici Hrvatskoj legalan i obavlja se prema zakonu iz 1978. godine koji glasi: „Prekid trudnoće se može izvršiti do isteka deset tjedana od dana začeća“, što podrazumijeva dvanaest tjedana gestacije [1.]. Postoje dvije vrste namjernog pobačaja kirurški i medikamentozni pobačaj. Kirurški se najčešće obavlja u većini zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, premda i medikamentozni ali u znatno manjoj mjeri. Također, u namjerne pobačaje spada i medicinski indiciran prekid trudnoće. Spontani pobačaj je gubitak trudnoće prije dvadeset i drugog tjedna gestacije, kad fetus nije sposoban preživjeti izvan maternice. Najčešće se javlja u prvom trimestru. U svijetu se svaka četvrta trudnoća prekine jednom od metoda namjernog pobačja.

## 2. STATISTIKA

U Republici Hrvatskoj se ukupan broj pobačaja, u razdoblju od 2000. do 2015. godine, znatno smanjio. Najveći pad od čak 60,1 % nalazimo kod legalno induciranih. Broj spontanih pobačaja snižen je za 50,5 %, dok su ostali pobačaji u porastu za 10,1% [4.]. Može se reći da je za ovakav pad stope pobačaja zasluženije smanjenje broja žena fertile dobi i veća informiranost o načinima kontracepcije. Također, učestalost pobačaja u Republici Hrvatskoj varira među dobnim skupinama. Legalno inducirani pobačaji u 2015. bili su najčešći u dobnj skupini od 30. do 39. godine (45,5 %) [4.]. Potom u dobnj skupini od 20. do 29. godine s udjelom od 36,7 % [4.]. Slijedi dobnj skupina od 40. do 49. sa 19,3 %, dok je najmanji udio pobačaja u najmlađoj dobnj skupini, do 19 godina (7,5 %) [4.]. Maloljetničke trudnoće su globalni javnozdravstveni problem, stoga bez obzira na nisku stopu u Hrvatskoj, vrlo je važno pozornost obratiti upravo na edukaciju mladih i prevenciju trudnoća kod adolescenata.

Određen broj pobačaja završava komplikacijama koje mogu završiti smrtnim ishodom. No, Republika Hrvatska ima vrlo dobro razvijenu zdravstvenu zaštitu pa je stopa smrtnosti nakon pobačaja izrazito niska. U razdoblju od 2003. do 2015. godine dogodila su se samo 3 smrtna ishoda. Što u navedenom razdoblju čini stopu smrtnosti od 2,2 / 100 000 pobačaja. . U usporedbi s drugim zemljama u razvoju, kod nas je stanje neusporedivo povoljnije, jer najnovije studije procjenjuju da je od 8 do 18 % maternalnih smrti diljem svijeta uzrokovano pobačajem u neodgovarajućim uvjetima [4.]. Premda nije poznat udio pobačaja obavljenih u nezakoniti ovlaštenim ustanovama i onih izvedenih u nesigurnim i neprimjerenim uvjetima, smatra se da je u Republici Hrvatskoj ta stopa jako niska. U 2015. godini zbog komplikacija nakon pobačaja (ukupno svi pobačaji) stopa hospitaliziranih bila samo 0,23/1000 žena fertile dobi (na 782 438 žena u fertile dobi bile su 182 hospitalizacije, bez smrtnog ishoda) [4.]. To je točno 30 puta niža stopa hospitalizacija zbog komplikacija nakon pobačaja u usporedbi s drugim zemljama u razvoju [4.]. Pretpostavlja se da u Republici Hrvatskoj najveći broj pobačaja izvode stručne osobe u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama. Upravo zbog toga je broj komplikacija relativno nizak, a u slučaju pojave ikakvih komplikacija je većini žena zdravstvena skrb pružena pravovremeno. Razlog tome je obavljanje svih pobačaja u zdravstvenim ustanovama gdje žene ostaju

hospitalizirane 24 ili 48 sati i na kontrolni pregled dolaze deset ili četrnaest dana nakon učinjenog abortusa.

### **3. NAMJERNI POBAČAJ**

U namjerne, artifičialne pobačaje spadaju prekidi trudnoće kirurškim i medikamentoznim metodama. Način dovršetka trudnoće ovisi o gestacijskoj dobi, izboru pacijentice i njezinom zdravstvenom stanju, anamnezi, iskustvu ginekologa i pravilima klinike u kojoj će se pobačaj izvršiti te dostupnosti lijekova i opreme. Pacijentica koja želi prekinuti svoju trudnoću bi trebala imati uvid u obje metode dovršetka trudnoće i slobodu izbora nakon savjetovanja o prednostima i nedostacima svake metode.

Prije prekida trudnoće, liječnik i primalja detaljno prikupljaju anamnestičke podatke, evaluiraju povijest bolesti, usredotočujući se na porodničku, ginekološku, relevantnu medicinsku, kiruršku i psihosocijalnu povijest pacijentice. Također, velika pozornost se obraća na lijekove i alergije, te svakom izvještaju o kardiovaskularnim i respiratornim bolestima i poremećajima krvarenja ili zgrušavanja krvi, trombofiliji ili anemiji, uključujući uporabu antikoagulansa.

Medikamentozni način prekida trudnoće najčešće obuhvaća kombinaciju mifepristona i mizoprostola, a kirurški način obuhvaća dilataciju vrata maternice i evakuaciju. Prema dostupnim podacima obje metode su podjednako učinkovite. Glavna razlika je u iskustvu same pacijentice.

### 3.1. MEDIKAMENTOZNI POBAČAJ

Najčešći način medikamentoznog pobačaja neželjene trudnoće je kombinacija lijekova mifepristona s mizoprostolom. Mifepriston je sintetički steroid koji dovodi do nekroze decidue, smekšanja cerviksa, povećava kontraktilnost maternice dvadeset i četiri do trideset i šest sati od primjene i pet puta povećava osjetljivost na prostaglandine. Mizoprostol je analog prostaglandina E1, koji također povećava kontraktilnost maternice. Mizoprostol se vrlo dobro apsorbira kroz sluznicu te se može primjenjivati oralno, bukalno, sublingvalno, vaginalno i rektalno [1.]. No, ako bi se mizoprostol samostalno koristio u prekidu neželjene trudnoće ne bih bio toliko učinkovit kao u kombinaciji s mifepristonom.

Američka uprava za hranu i lijekove (Food and Drug Administration – FDA) odobrila je 2000. godine mizoprostol kao supstancu koju se može koristiti za prekid trudnoće [1.]. U svijetu se rabe različiti protokoli prekida trudnoće kombinacijom mifepristona i mizoprostola, dok se u Republici Hrvatskoj koristi protokol Svjetske zdravstvene organizacije za prekid neželjene trudnoće od devetog do dvanaestog tjedna gestacije (36 – 84 dana). Mifepriston se primjeni oralno, te nakon 36 – 48 sati se vaginalno primjeni doza mizoprostola od 800 µg, zatim se ponovno svaka tri sata vaginalno ili sublingvalno primjenjuje doza od 400 µg mizoprostola. Ukupno se najviše može primijeniti pet doza. Nakon utvrđene neželjene trudnoće kod primarnog ginekologa ukoliko se žena odluči za pobačaj uputiti će se u ovlaštenu zdravstvenu ustanovu. Tamo specijalist ginekolog ponavlja ultrazvučni pregled i propisuje jednokratnu primjenu 200mg mifepristona peroralno. 36 do 48 sati nakon primjene mifepristona žene se zaprimaju u jednodnevnu bolnicu gdje im se ponovno učini ultrazvučni pregled te aplicira 800 µg mizoprostola vaginalno ili bukalno. Nakon 6 sati od primjene prve doze mizoprostola učinjena je procjena stanja ponovljenim ultrazvučnim pregledom te u slučajevima nedovršenog pobačaja nastavlja se svaka 3 sata s primjenom mizoprostola bukalnim putem u dozi od 400 µg do najviše 4 dodatne primjene, odnosno najviše 2.400 µg kumulativne primjene mizoprostola (800 + 400 + 400 + 400 + 400 µg) po jednom pokušaju dovršenja trudnoće [1.].

Nakon prve aplikacije mizoprostola svakoj trudnici se ponudi analgetik i to najčešće nesteroidni antireumatik (ibuprofen). Pacijentice koje nisu tijekom 24 sata uspjele pobaciti, sljedećeg su dana bile podvrgnute kirurškom načinu dovršetka trudnoće. Posljednji korak je potvrda potpunog

pobačaja koja se procjenjuje ultrazvučno. Prosječni boravak za većinu žena u jednodnevnoj bolnici je 6 sati.

### **3.1.1. Nuspojave i komplikacije**

Medikamentozni pobačaj kombinacijom mifepristona i mizoprostola prate uobičajene tegobe koje nisu štetne ni ugrožavajuće za pacijentice. Najčešće se javljaju gastrointestinalne smetnje kao mučnina, povraćanje ili diareja. Zatim, povišena tjelesna temperatura, zimica, glavobolja i vrtoglavica. Također, grčevi u zdjelici i vaginalno krvarenje su normalna pojava prilikom pobačaja. Što je veći tjedan gestacije to se intenzitet simptoma povećava.

Potencijalne komplikacije uključuju krvarenje, infekciju, nepotpuni pobačaj i neprepoznatu van materničnu trudnoću. Zabilježeni su čak i rijetki slučajevi fatalne sepse. U jednoj studiji s preko 200 000 ispitanica, prilikom medikamentoznog pobačaja zabilježeno je 0,16 % značajno štetnih učinaka, od toga 0,10 % hitnih liječenja, a 0,06 % prijema na bolničko liječenje.

U rijetkim slučajevima se može dogoditi da pobačaj ne bude uspješan te da se trudnoća nastavi. To se može desiti nezamijećeno ili trudnica može odlučiti ipak zadržati trudnoću nakon neuspjelog pobačaja. No zbog potencijalnog teratogenog rizika kombinacije mifepristona s mizoprostolom treba preporučiti pobačaj kirurškim putem. Osobito je mizoprostol povezan s razvojem kongenitalnih malformacija, dok ne postoje podaci o teratogenosti primjene samog mifepristona. Neka istraživanja pokazuju malformacije novorođenčeta koje uključuju nedostatak vlasišta ili lubanje, nedostatak udova, Moebiusov sindrom (paraliza ili nerazvijenost živaca lica) i tako dalje. Smatra se da nastanku ovim kongenitalnim malformacijama pridonosi porast tlaka u materištvu uzrokovan kontrakcijama ili vaskularnim spazmom.

### **3.1.1.1. Abdominalna bol**

Grčeve nalik menstruacijskim ili jačeg intenziteta i abdominalnu bol prilikom medikamentoznog pobačaja iskuse gotovo sve pacijentice. Najčešće je bol samoograničavajuća i najjačeg intenziteta nakon primjene mizoprostola do izbacivanja zametka. Većini pacijentica u ublažavanju boli pomažu nesteroidni analgetici, no određenom broju pacijentica pomažu samo opioidi. Svim se pacijenticama predlaže premedikacija nesteroidnim antireumaticima te primjena istih po potrebi tijekom procesa pobačaja. Također, bol se može ublažavati nefarmakološkim metodama kao što su primjena toplih obloga na donji dio trbuha. Ako bol ne posustaje ili ako se pojača nakon što krvarenje prestane, potrebna je medicinska procjena stanja zbog mogućnosti infekcije, izvanmaternične trudnoće i drugih mogućih uzroka.

### **3.1.1.2. Obilno i prolongirano krvarenje**

Vaginalno krvarenje je normalni dio procesa abortusa i tipično je obilnije ali ne i pretjerano obilnije nego menstrualno krvarenje. Veći je gubitak krvi kod veće gestacijske dobi. U jednoj je studiji prosječan gubitak hemoglobina 0.7 g/dl, a manje od 8% pacijentica imalo je gubitak veći od 2 g/dl [19.]. Objektivno, gubitak krvi se kreće od 84 do 101 ml u usporedbi sa prosječnim gubitkom krvi od 53 ml prilikom kirurškog abortusa aspiracijom. Obično, u većini slučajeva vaginalno krvarenje ne zahtijeva dodatne intervencije. No, u vrlo rijetkim slučajevima se zbog obilnog, prekomjernog krvarenja prilikom medikamentoznog pobačaja pacijentice podvrgavaju kiretaži ili transfuziji krvi.

Također, anemične pacijentice, pacijentice na antikoagulantnoj terapiji i pacijentice s poremećajima krvarenja nisu kandidati za medikamentozni pobačaj. Uzorak krvarenja nakon medikamentoznog pobačaja je bimodalan s umjerenim do jakim krvarenjem u prvih nekoliko sati i dana nakon primjene mizoprostola, odnosno prilikom izbacivanja trudničkog tkiva. Nakon toga slijedi ponovljena epizoda krvarenja otprilike 30 do 60 dana kasnije, takozvani nastavak menstruacije. Prosječno vaginalno krvarenje pacijentica podvrgnutim medikamentoznom pobačaju



je 8 do 17 dana, ali može biti i duže i kraće. Neke studije su pokazale da vrlo rijetko krvarenje traje duže od 30 dana, a još rjeđe duže od 60 dana. Naravno, to su oskudna i vrlo blaga krvarenja.

Percepcija krvarenja među pacijenticama je da je nakon medikamentoznog pobačaja krvarenje izraženije nego nakon aspiracijskog, kirurškog pobačaja zbog trajanja krvarenja naspram volumena izgubljene krvi. Pokušaji smanjenja trajanja krvarenja primjenom oralnih hormonskih kontraceptiva ili metrotreksata bili su neučinkoviti. Pacijentice trebaju medicinsku skrb ako u dva uzastopna sata namaču dva velika, noćna uloška na sat. Za pacijentice s prekomjernim i produljenjim krvarenjem nepotpuni pobačaj treba isključiti. Treba sumnjati na zadržane produkte začeca ako krvarenje od uočavanja traje dulje od dva tjedna ili ako se krvarenje s vremenom povećava umjesto smanjuje. Ako pacijentica nema zadržane produkte začeca, treba evaluirati slučaj na ostale etiologije dugotrajnih ili jakih vaginalnih krvarenja. Kao na primjer, infekciju, jer postabortalni endometritis može rezultirati nastavkom krvarenja iz maternice. Atoniju uterusa, jer atonija uterusa bez zadržanih tkiva začeca je rijedak slučaj obilnih krvarenja u trudnoćama manjim od 10 tjedana, ali primjena uterotonika može koristiti u sprječavanju krvarenja ako se ne dijagnosticira drugi uzrok. Vrlo rijetko prethodno dijagnosticirana arterio-venska malformacija maternice ili dijjateza krvarenja može uzrokovati obilno krvarenje koje zahtijeva nadoknadu tekućine, transfuziju, embolizaciju krvnih žila maternice <sup>1</sup> ili pak u najtežim slučajevima histerektomiju.

### **3.1.1.3. Vanmaternična trudnoća**

Rijetko je prisutna vanmaternična trudnoća koja nije detektirana tijekom pretprocijene u evaluaciji. To se dešava u približno 7 do 20 na 100 000 slučajeva. Ektopična trudnoća je životnougrožavajuća, a pacijentice s bolovima u trbuhu ili vaginalnim krvarenjima koja nisu u

---

<sup>1</sup> Embolizacija uterine arterije interventna je radiološka metoda kojom se liječe miomi u žena koje žele zadržati maternicu ili nisu pogodne za operativni zahvat. Injekcijom embolizirajućeg agensa u uterinu arteriju koja opskrbljuje miom, smanjuje se ili potpuno dokida dotok krvi te dolazi do ishemije i odumiranja tkiva. Posljedično se smanjuju veličina mioma i maternice, a krvarenja prestaju. Okluzija, odnosno zatvaranje uterine arterije može se učiniti i mehanički laparoskopskim putem te transvaginalno. [21.]

skladu s tipičnim obrascima pobačaja lijekovima ili simptomima trajanja trudnoće trebaju se hitno procijeniti zbog vanmaternične trudnoće.

#### **3.1.1.4. Vrućica i infekcija**

Vrućica u odsutnosti infekcije je čest učinak mizoprostola i zabilježena je u 23 do 69 % pacijentica koje su podvrgnute medikamentoznom abortusu u prvom tromjesečju. Kod pacijentica s trajnom vrućicom, zimicom, tjelesnim bolovima ili prekomjernom ili dugotrajnom vaginalnom krvarenju, umjerenom do jakom boli u zdjelici koja traje 1 ili više dana nakon izbacivanja trudničkog tkiva, te pacijentice s gnojnim vaginalnim iscjetkom treba isključiti infekciju.

Medikamentozni pobačaj ne uključuje instrumentaciju maternice i upravo zbog toga je učestalost infekcije mala. U sustavnom pregledu koji predstavlja više od 46 000 pacijentica prilikom medikamentoznog abortusa, incidencija infekcije prijavljena je u 0,9 %. No, u velikim retrospektivnim studijama pacijentica koje su bile podvrgnute medikamentoznom pobačaju u prvom tromjesečju, zabilježena je učestalost ozbiljne infekcije od 0,006 do 0,093 %. Takve infekcije, u ovoj studiji su definirane kao primjena antibiotika intravenozno, hospitalizacija, sepsa ili smrt.

Postabortalni endometritis može se pojaviti sa ili bez temperature. On se tretira na isti način kao i druge vrste postpartumnog endometritisa. Budući da je zadržano tkivo faktor rizika za endometritis, pacijentice kojima je dijagnosticirano zadržano trudničko tkivo trebale bi se uputiti na pregled zdjelice kako bi posebno procijenila odsutnost infekcije. Jedno vrijeme je bilo zabrinutosti u vezi s povećanim rizikom od klostridijalne sepse povezane s medikamentoznim pobačajem zbog nekoliko smrtnih slučajeva u Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi između 2000. i 2010. godine. Općenito, fulminantna (brzo progresivna) smrtonosna klostridijalna sepsa vrlo je rijetka, a slučajevi su nerazmjerno veći u trudnica, osobito onih sa spontanom i induciranim pobačajem ili cervikalnim ili maternalnim zahvatima. Kliničari bi trebali biti svjesni prisutnih simptoma klostridijske sepse. U poznatim slučajevima, pacijenti s *Clostridium sordellii* sepsom nakon pobačaja su se uglavnom prikazivali bez temperature, bakterijemije, osipa ili značajnih nalaza na

pregledu zdjelice ili plinske gangrene slikanjem, ali su imali dramatičnu leukocitozu s izraženim pomakom ulijevo, hemokoncentraciju, tahikardiju, hipotenziju, grčevite bolove u trbuhu, pleuralni / peritonealni izljev i opću malaksalost očitovanu slabošću, mučninom, povraćanjem i proljevom. Optimalna terapija nije dokazana, ali vjerojatno uključuje kirurško uklanjanje, uklanjanje zaraženih organa kao na primjer histerektomija i primjenu antibiotika s dobrom anaerobnom aktivnošću.

U najvećoj seriji izvedenoj za procjenu sigurnosti pružanja medikamentoznog pobačaja u nacionalnim podružnicama Američkog udruženja za planirano roditeljstvo u razdoblju od 2009. do 2010. godine (n = 233.805), zabilježena je samo jedna smrt majke koja je bila sekundarna u odnosu na ektopičnu trudnoću, za stopu smrtnosti zbog medikamentoznog pobačaja 0,41 na 100 000. To je slično stopi smrtnosti svih pobačaja izazvanih zakonima Sjedinjenih Američkih Država od 2008. do 2013. (0,62 na 100 000) i značajno niža od stope maternalne smrtnosti za pacijentice s trudnoćom u terminu (16 na 100 000) [19.].

Rizici smrtnih komplikacija kod medikamentoznog i kirurškog abortusa aspiracijom povećavaju se s povećanjem gestacijske dobi. U Sjevernoj Americi većina smrtnih slučajeva povezanih s medikamentoznim pobačajem u prvom tromjesečju posljedica je klostridijske sepse ili ektopične trudnoće.

### **3.1.2. Kontraindikacije**

Kontraindikacije za medikamentozni pobačaj su alegrije na prostaglandine, odnosno na mifepriston ili mizoprostol i ostala stanja koja mogu povećati rizik od štetnog djelovanja lijeka ili pitanja koja mogu ometati uspješan postupak. Mifepriston je antagonist glukokortikoidnog receptora i stoga je kontraindiciran u pacijentica s kroničnim zatajenjem nadbubrežne žlijezde ili u pacijentica koje su istodobno na dugotrajnoj terapiji kortikosteroidima. Također je i porfirinogen i kontraindiciran je u bolesnika s porfirijom<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Porfirije (lat. porphyria) su skupine od najmanje osam različitih bolesti koje se znatno razlikuju (20.). To su grupe nasljednih ili stečenih bolesti koje karakterizira poremećaj enzima koji sudjeluju u biosintezi molekule hema, što rezultira nakupljanjem molekula prekursora porfirina ili porfirina u tijelu (20.). Ovisno o tvari koja se nakuplja razlikuju se vrste porfirija [20.].

Ako se radi o vanmaterničnoj trudnoći koja je životnougrožavajuće stanje postupak medikamentoznog pobačaja nije dokazano učinkovit niti se preporuča. Također, anemičnim osobama čija je razina hemoglobina u krvi ispod 9 g / dL i osobama sa poremećajima u zgrušavanju krvi koje su na antikoagulantnoj terapiji se preporuča kirurški način pobačaja zbog mogućnosti povećanog krvarenja tijekom i nakon medikamentoznog pobačaja. Medikamentozni abortus je kontraindiciran kod pacijentica s intrauterinim uloškom (IUD. Međutim nakon uklanjanja IUD-a pacijentica može biti kandidat za medikamentozni pobačaj. Astma nije kontraindikacija za uporabu misoprostola, iako neki prostaglandini rezultiraju bronhokonstrikcijom, mizoprostol je bronhodilatator i stoga nije povezan s početkom ili pogoršanjem astme [19.]. Pacijentica treba biti voljna i sposobna poštivati protokol pobačaja te radi mogućnosti pojave komplikacija treba imati pristup medicinskoj skrbi.

### **3.2. KIRURŠKI POBAČAJ**

Kirurški način dovršetka trudnoće se u razvijenim zemljama svijeta sve manje koristi, no u Republici Hrvatskoj je još uvijek najučestaliji način. Provodi se u lokalnoj ili općoj anesteziji. Obuhvaća dilataciju vrata maternice i evakuaciju, odnosno kiretažu i aspiraciju sadržaja materišta vakuum-pumpom. Najčešće se izvodi ambulantno kroz jednodnevnu bolnicu. Prije samog postupka mjere se vitalni znakovi, provodi se ultrazvučna procjena gestacijske dobi i fleksije maternice, te kardijalni i plućni fizikalni pregled. Takođe, ultrazvučni pregled se koristi za eliminaciju sumnje na vanmaterničnu trudnoću i rani spontani pobačaj.

Aspiracija maternice se može obaviti u uvjetima blago povišene tjelesne temperature (do 38 ° C). Za veće vrućice ili ako se sumnja na klinički značajnu infekciju, postupak se može dovršiti ili odgoditi, ovisno o procjeni liječnika o ukupnom medicinskom statusu te, ako se smatra sigurnim,

o udobnosti i želji pacijentice. Osjetljivost maternice tijekom fizikalnog pregleda može ukazivati na infekciju. Aspiracija maternice se može provoditi u uvjetima infekcije maternice sve dok je pacijentica stabilna.

Provode se i laboratorijske pretrage koje uključuju potvrđivanje trudnoće urinskim testom za trudnoću ili ultrazvukom i hemoglobinom / hematokritom. Rutinsko testiranje na spolne bolesti kao što su gonoreja i klamidija prije aspiracijskog abortusa nije potrebno. Također još se provodi profilaksa Rh(D) imunizacije, te u određenim slučajevima antibiotska i profilaksa venske tromboembolije. Naravno, prije samog početka abortusa potrebno je provesti odgovarajuću anesteziju.

Bol povezana s aspiracijom maternice u prvom tromjesečju može se ublažiti raznim analgeticima, kao i nefarmakološkim metodama. Kod nekih pacijentica bol se na odgovarajući način kontrolira nesteroidnim protuupalnim lijekovima (NSAID), lokalnom anestezijom i verbalnom potporom. Oralna ili intravenozna sedacija može ponuditi pojačanu kontrolu boli. Individualizirani plan analgezije koji odgovara željama i očekivanjima pacijentice pozitivno utječe na sveobuhvatni ishod.

### **3.2.1. *Priprema cerviksa***

O pripremi cerviksa prije aspiracijskog abortusa se još uvijek raspravlja. Naime, neki autori tvrde da priprema cerviksa osmotskim dilatatorima ili lijekovima kao rutinska praksa nije potrebna pri pobačaju u prvom trimestru jer odgađa postupak, povezana je s rizikom od komplikacija i nuspojava te ne doprinosi koristi. Kada se dilatacija vrši mizoprostolom postoji rizik od otežane dilatacije što može dovesti do ozljede cerviksa. Riziku za ozljedu cerviksa prilikom dilatacije doprinosi i gestacijska dob od 12 ili više tjedana, neke mehaničke prepreke širenju cerviksa kao na primjer miomi maternice ili operacije cerviksa, nulipare te adolescentice mlađe od 17 godina.

### **3.2.2. Paracervikalni blok**

Nakon pregleda zdjelice, u rodnicu se postavlja vaginalni spekulum koji se koristi za vizualizaciju vrata maternice. Tada se, uobičajeno, vrat maternice i tkivo rodnice briše antiseptičkom otopinom kao što je povidon – jod ili klorheksidin. Iako dokazi to ne podupiru kao učinkovitu metodu sprječavanja infekcija povezanih s pobačajem.

U stromu vrata maternice se ubrizgava približno 2 mililitra lokalnog anestetika, najčešće lidokaina. Na to mjesto se postavlja tenakulum. Tenakulum se povlači kako bi se izravnao cervikalni kut radi sigurnijeg prolaska intrauterinih instrumenata tijekom dilatacije i aspiracije. Daje se paracervikalni blok koji obično sadrži ukupno 20 mililitara lokalnog anestetika.

### **3.2.3. Dilatacija cerviksa**

Za većinu postupaka aspiracije maternice potrebno je mehaničko širenje vrata maternice, odnosno dilatacija cerviksa. Proširenje vrata maternice vjerojatno neće biti potrebno kada je u pitanju pobačaj aspiracijom kod vrlo ranih trudnoća, odnosno kod trudnoća gestacije manje od 7 tjedana. Mehaničko širenje ušća vrata maternice se provodi kako bi se postigao stupanj proširenja potreban za prolazak određene veličine kanile potrebne za uklanjanje trudničkog tkiva.

Veličina kanile se određuje prema promjeru cervikalnog ušća, a većina kliničara bira promjer kanile prema broju tjedana trudnoće ili 1 milimetar manji. Na primjer, nakon 7 tjedana trudnoće, tkivo se može sigurno i učinkovito aspirirati kanilom od 7 ili 6 milimetara.

Hegarovim dilatatorima se dilatira cervikalno ušće sve dok se ne postigne odgovarajuća dilatacija za prolazak željene kanile. Ako se proširenje ne može postići, opravdana je dodatna priprema vrata maternice prije početka aspiracije.

### 3.2.4. Aspiracija

Prilikom kirurškog abortusa u prvom tromjesečju aspiracija materišta je siguran i brz postupak. Aspiracijske komponente se sastoje od premedikacije, odnosno anestezije, antibiotske terapije i analgetika. Pacijentica se postavlja u litotomijski položaj. Poštuju se mjere prevencije infekcija, primjenjuje se paracervikalni blok, mehanički se širi vrat maternice, u maternicu se postavlja plastična kanila putem koje se aspirira sadržaj materišta ručno ili električnim aspiratorom.

Aspiracija se izvodi pomoću fleksibilne ili krute, zakrivljene ili ravne plastične kanile pričvršćene na ručni ili električni vakuumski aspirator. Vrstu kanile odabire liječnik, no postoji klinička tendencija prema upotrebi fleksibilne, ravne kanile u ranoj trudnoći gestacijske dobi manje od 10 tjedana s ručnim aspiratorom (MUA) i upotrebi krute, zakrivljene kanile za kasnije gestacije s električnim vakuumskim aspiratorom (EVA). Do 10 tjedana trudnoće MUA i EVA imaju slične stope uspješne evakuacije materničnog sadržaja, podjednako su prihvatljivi za pacijentice, te nemaju razlike u stopi velikih komplikacija. Međutim, u vrlo ranoj trudnoći, gestacijske dobi do 50 dana, zbirna analiza iz randomiziranih ispitivanja pokazala je da je prilikom upotrebe MUA manji gubitak krvi i manje percipirane boli, ali duže vrijeme trajanja zahvata od EVA-e.

MUA je tiši, što bi moglo biti poželjnije za neke pacijentice. MUA je prijenosan, jeftiniji i ne zahtijeva električnu energiju, što ga čini pogodnim za upotrebu u okolnostima s ograničenim resursima u usporedbi s EVA-om. Samo kiretaža bez aspiracije nije učinkovita za postizanje evakuacije sadržaja maternice, a Svjetska zdravstvena organizacija snažno preporučuje da se ne koristi rutinski kao samostalni postupak pobačaja u prvom tromjesečju.

Intraoperativno ultrazvučno navođenje može se primijeniti prema procjeni liječnika, jer nema dokaza za ili protiv njegovog korištenja kao prakse u prvom tromjesečju. Najčešće se koristi ako postoji sumnja ili su već poznate abnormalnosti maternice, poput mioma ili dvoroge maternice, otežano širenje vrata maternice, kod višerotki ili zahvati u kasnijoj gestacijskoj dobi ( $\geq 12$  tjedana ili  $\geq 14$  tjedana trudnoće). Kraj postupka nam signalizira šljunkovit, hrapav osjećaj endometrija i jačina prazne maternice koja vrši pritisak, skuplja se, odnosno kontrahira se oko kanile.

### **3.2.5. *Evaluacija tkiva***

Nakon aspiracije maternice, većina klinika i bolnica vrši pregled produkta začeca. Nalazi analize produkta začeca koji potvrđuju potpuni pobačaj razlikuju se ovisno o gestacijskoj dobi. Kod pobačaja do 9. tjedna gestacije dovoljna je identifikacija gestacijske vrećice odgovarajuće veličine za potvrdu završetka postupka, odnosno kompletnog pobačaja. Do 12. tjedna gestacije osim gestacijske vrećice mogu se početi identificirati i dijelovi fetusa. S 12 tjedana gestacije ili više se moraju identificirati četiri ekstremiteta, kralježnica, lubanja, gestacijska vrećica i posteljica.

Neuspjeli pokušaj aspiracijskog pobačaja je rijedak, ali je češći u ranoj trudnoći manjoj od 7 tjedana gestacije kada se konačna intrauterina trudnoća ne može vidjeti na ultrazvuku, a produkt začeca teže uklanja.

#### **3.2.5.1. *Neadekvatni produkti začeca***

Ako se sumnja na neadekvatni produkt začeca u vrijeme postupka, potrebno je odmah ponoviti aspiraciju. Kad je dostupno, koristi se intraoperativno transabdominalno ultrazvučno navođenje za usmjeravanje ponovne aspiracije, kako bismo bili sigurni da kanila dopire do fundusa maternice i trudničkog tkiva. Za zadržane trudnoće koje se lako identificiraju na transabdominalnom ultrazvuku prije ponovne aspiracije, ovaj intraoperativni sonogram često je dovoljan za potvrdu uspješne evakuacije.

Kad transabdominalni ultrazvuk ne identificira zadržanu trudnoću, transvaginalni ultrazvuk treba učiniti nakon ponovne aspiracije ako se još uvijek ne identificira odgovarajući produkt začeca.

Pažljivo treba obratiti pozornost na to postoji li ektopična trudnoća ili anomalija maternice, koja može otežati pristup trudnoći. Ako ponovljena aspiracija ne osigurava odgovarajuću količinu produkta začeca i još uvijek se sumnja na zadržani pobačaj ili se ne može potvrditi uspješan pobačaj, može se koristiti serijsko laboratorijsko ispitivanje kvantitativnog serumskog beta humanog korionskog gonadotropina ( $\beta$ hCG). Na dan aspiracije se uzima početna razina  $\beta$ hCG-a u krvnom serumu, a ponovljeni  $\beta$ hCG mjeri se za 24 do 48 sati. Drugo mjerenje bi trebalo pokazati više od 50 posto pada što ukazuje na uspješan pobačaj. Ako postoji neadekvatan pad ili porast



razine  $\beta$ hCG -a, potrebno je ponoviti ultrazvuk kako bi se procijenilo zadržavanje produkta začeća, trudnoća u tijeku ili ektopična trudnoća.

U slučaju aspiracije maternice kod vrlo rane trudnoće ili ako ultrazvuk prije aspiracije nije potvrdio intrauterinu trudnoću (npr. mala vrećica ispunjena tekućinom bez žumanjčane vrećice ili embrija), ako tijekom pregleda produkta začeća nije identificirana gestacijska vrećica, treba posumnjati na izvanmaterničnu trudnoću, a anamnezu pacijentice ponovno evaluirati i na odgovarajući način tretirati.

### ***3.2.5.2. Molarna trudnoća***

Molarnu trudnoću<sup>3</sup> treba razmotriti kod svih pacijenata s prethodnom anamnezom hidatiformne mole. Na molarnu trudnoću može se sumnjati i prije abortusa, zbog karakterističnih ultrazvučnih nalaza („uzorak švicarskog sira", središnje heterogene mase u maternici s brojnim diskretnim anehogenim prostorima) ili izrazito visoke razine  $\beta$ hCG u serumu. Postoperativno se može posumnjati na molarnu trudnoću ako se uoči hidropijsko oticanje korionskih resica pri pregledu produkta začeća. U slučaju sumnje na molarnu trudnoću, tkivo treba poslati na procjenu patologije. Ako se sumnja na molarnu trudnoću, praksa je vrijednost  $\beta$ hCG-a u serumu na dan evakuacije maternice koristiti kao polaznu vrijednost u slučaju da je potrebno daljnje praćenje. U slučaju potvrđene molarne dijagnoze, potrebno je slijediti protokole za praćenje  $\beta$ hCG -a.

### ***3.2.6. Praćenje i oporavak***

Vrijeme oporavka nakon postupka obično je 20 do 30 minuta za pacijentice koje primaju minimalnu ili umjerenu sedaciju. Tijekom oporavka, pacijentici treba pratiti vitalne znakove,

---

<sup>3</sup> Molarna trudnoća (hidatiformna mola) se razvija nakon nepravilnog procesa začeća, pri čemu dolazi do bujanja tkiva posteljice unutar maternice. Molarne trudnoće se dijele u kompletne (CM) ili djelomične (PM) na temelju njihova izgleda (vanjskog i mikroskopskog) i njihove kromosomske strukture. Mola se dijagnosticira obično na prvim pregledima u ranoj trudnoći, a kod žena je često prisutno krvarenje, slično pobačaju [30.].

vaginalno krvarenje, kontrolirati bol i sposobnost samostalnog kretanja u vrijeme otpusta. Znakovi upozorenja koji ukazuju na potrebu za postproceduralnim posjetom ginekologu uključuju obilno vaginalno krvarenje prilikom kojeg se namoče više od dva noćna uloška na sat minimalno dva sata zaredom, uzastopni, neprekidni grčevi koji se pogoršavaju unatoč lijekovima protiv bolova, te tjelesna temperatura 38,3°C ili više. Ako pacijentica želi raspraviti o kontracepciji i planiranju trudnoće, to se može učiniti na dan zahvata. Također, se metode kontracepcije mogu staviti, izdati ili propisati na dan zahvata.

### **3.2.7. Komplikacije**

Aspiracijski pobačaj u prvom tromjesečju siguran je postupak s ukupnom stopom komplikacija od 9,05 na 1000 pobačaja. Velike komplikacije kao što su perforacija maternice, ektopična trudnoća, krvarenje i sepsa su vrlo rijetke, čak 0,71 na 1000 pobačaja. Ukupna stopa smrtnosti povezana s legalnim pobačajem u Sjedinjenim Američkim Državama je 0,7 na 100.000, s izrazito smanjenom stopom u nižim razdobljima trudnoće (0,1 na 100 000 do 8. tjedana gestacije, 0,2 na 100 000 u 9. do 10. tjedna i 0,4 na 100 000 u dobi od 11 do 12 tjedna gestacije). U prvom tromjesečju infekcija je najčešći uzrok mortaliteta povezanog s pobačajem čak u 31 posto slučajeva, a komplikacije u anesteziji čine 22 posto, a krvarenje 14 posto smrtnih slučajeva.

Postupci aspiracijskog pobačaja koji se izvode u ambulantnim uvjetima imaju niske stope mortaliteta i morbiditeta, usporedive s postupcima koji se izvode u bolničkim uvjetima. Potencijalne neposredne komplikacije uključuju krvarenje, cervikalnu laceraciju i perforaciju maternice. Ove su se komplikacije dogodile u samo 0,06 posto od 170.000 uzastopnih slučajeva prijavljenih u jednoj seriji iz planiranog roditeljstva. U ovoj seriji 0,07 posto pacijentica zahtijevala je hospitalizaciju zbog nepotpunog pobačaja, sepse, perforacije maternice, krvarenja, nemogućnosti dovršetka postupka ili kombinirane (intrauterine i tubalne) trudnoće.

Manje komplikacije, poput blage infekcije, nepotpunog pobačaja koje zahtijeva ponovnu aspiraciju u ambulantnom okruženju, stenoze ili laceracije vrata maternice ili konvulzivnog napada zbog primjene lokalnog anestetika, dogodile su se u 0,84 posto slučajeva. Sustavni pregled komplikacija

uzrokovanih kirurškim, odnosno aspiracijskim pobačajem u prvom tromjesečju obuhvatio je 57 studija i izračunao incidenciju krvarenja koja ne zahtijeva transfuziju (<5 posto), velike komplikacije uključujući krvarenje koje zahtijeva transfuziju i perforaciju maternice koje zahtijevaju popravak ( $\leq 0,1$  posto), hospitalizacije ( $\leq 0,5$  posto) i ponovnu aspiraciju (<3 posto). Nije zabilježen nijedan smrtni slučaj povezan s pobačajem.

### **3.2.7.1. Infekcija**

Postabortalni endometritis javlja se u 5 do 20 posto pacijentica koje su podvrgnute aspiracijskom pobačaju u prvom tromjesečju i ne primaju profilaktičke antibiotike. Korištenjem antibiotske profilakse, stopa infekcije se značajno smanjuje. U velikom broju slučajeva od 170.000 pacijentica, 784 (0,46 posto) je doživjelo blagu infekciju, a samo 36 (0,021 posto) klasificirano je s dijagnozom sepse [23.].

Postabortalne zdjelčne infekcije općenito se klinički dijagnosticiraju. Pacijentice obično imaju neke od simptoma, groznicu, bol u donjem dijelu trbuha ili zdjelice, osjetljivost gibanja adneksa, maternice ili vrata maternice pri pregledu, trošni cerviks, prekomjerno ili abnormalno krvarenje, ili abnormalni iscjedak iz rodnice. Pacijentice koje su hemodinamski stabilne i koje nemaju simptome infekcije mogu se liječiti ambulantno s ispitivanjem antibiotske terapije širokog spektra, uključujući i antibioticima protiv anaeroba u skladu sa smjernicama za upalne bolesti zdjelice.

Bilo koji zadržani proizvod začeca ili krvni ugrušak pronađen ultrazvukom u uvjetima sumnje na infekciju treba evakuirati. Opća abdominalna osjetljivost, tahikardija i visoka tjelesna temperatura ukazuju na peritonitis ili potencijalnu sepsu. Ove pacijentice zahtijevaju agresivnu terapiju širokim spektrom intravenoznih antibiotika, ponovnu evakuaciju maternice, procjenu perforacije maternice te bolničko praćenje i podršku, ako postoji mogućnost liječenje treba obaviti u jedinici intenzivne njege.

### **3.2.7.2. Krvarenje**

Postabortalno krvarenje se rijetko javlja prilikom aspiracijskog pobačaja u prvom tromjesečju i može biti posljedica atonije maternice, cervikalnih ili vaginalnih laceracija, perforacije maternice ili zadržanog tkiva. Opći pristup postabortalnom krvarenju je procijena i ispitivanje stanja te primjena medicinske terapije uz laboratorijsku procjenu te eventualnu masažu maternice, tamponadu te ostale dodatne potrebne intervencije kao na primjer embolizacija, operacija itd. U slučaju atonije maternice liječenje obuhvaća bimanualnu masažom i uterotonike ako nema relativnih kontraindikacija za njihovu uporabu. Iako nema dokaza u prvom tromjesečju, na temelju studija u drugom tromjesečju, sljedeća sredstva mogu se uzeti u obzir za postabortalno krvarenje u prvom tromjesečju ako nema kontraindikacija. Methylergonovine maleate 0,2 mg intramuskularno, može se ponavljati svakih 5 minuta do najviše pet doza, mizoprostol 1000 µg rektalno samo jedna doza, karboprost 250 µg intramuskularno, može se ponavljati u intervalima od 15 do 90 minuta do ukupne doze od 2 mg, vazopresin 5 do 10 jedinica raspoređenih po stromi vrata maternice, samo jedna doza. Naravno, kako je već rečeno sva zadržana tkiva treba odmah evakuirati.

Abnormalna placentacija je rijetka u kasnom prvom i ranom drugom tromjesečju, ali može dovesti do značajnog krvarenja uslijed pobačaja aspiracijom. Čimbenici rizika uključuju prethodni carski rez ili druge operacije kod kojih je otvorena šupljina maternice. Ako se prije samog zahvata sumnja na abnormalnu placentaciju, potrebno je poduzeti dodatne mjere opreza, kao što je korištenje intraoperativnog ultrazvuka, izbjegavanje izravne aspiracije ili oštre kiretaže preko ožiljka maternice ili preko područja na koje se sumnja na abnormalnu implantaciju. Potrebno je imati krv i krvnu plazmu spremne te pripravan operacijski tim.

### **3.2.7.3. Laceracije vrata maternice**

Ozljede vrata maternice ili rodnice uslijed aspiracije maternice u prvom tromjesečju su vrlo rijetke ( $\leq 0,1$  posto), no rizik se može smanjiti odgovarajućom pripremom vrata maternice u pacijentica u kojih se očekuje teško mehaničko širenje. Većina ozljeda vrata maternice ili rodnice

tijekom aspiracije maternice u prvom tromjesečju može se kontrolirati izravnim pritiskom jednu do dvije minute. Za razderotine vrata maternice može biti korisna primjena srebrovog nitrata ili željezovog sulfata, a za one koje dugotrajno krvare preporučuje se kirurško zbrinjavanje, odnosno šivanje resorbirajućim šavovima.

#### **3.2.7.4. Perforacija maternice**

Za postupke i u prvom i drugom tromjesečju, prijavljena stopa perforacije maternice manja je od 0,6 posto. U sustavnom pregledu pobačaja u prvom tromjesečju većina zasnovanih studija nije izvijestila o slučajevima perforacije maternice koja bi zahtijevala dodatnu operaciju ili hospitalizaciju. Kada se sumnja na perforaciju maternice, postupak aspiracije treba odmah prekinuti kako bi se procijenio opseg perforacije pomoću ultrazvučnog pregleda. Ako nema dokaza o vaskularnoj ili visceralnoj ozljedi, a postupak nije dovršen, postupak se može nastaviti pod nadzorom ultrazvuka ako se može sigurno doći do preostalog tkiva ploda. Postupak se također može odgoditi za jedan do dva tjedna kako bi se omogućilo zatvaranje perforacije, a naknadnu aspiraciju treba izvesti pod nadzorom ultrazvuka.

Daljnja kirurška intervencija može biti indicirana ako je krvarenje ustrajno ili ako postoje dokazi o visceralnoj ozljedi. Očekivano liječenje perforacije maternice obično uključuje praćenje vitalnih znakova i simptoma kao što su osjetljivost maternice i vaginalno krvarenje tijekom jednog do dva sata, ultrazvuk nakon postupka radi procjene slobodne tekućine u zdjelici, te oralna primjena antibiotika protiv anaerobnih bakterija.

#### **3.2.7.5. Hematometra**

Hematometra je bolest koja je karakterizirana akumulacijom krvi u šupljini maternice, što narušava njezinu kontraktilnost s mogućom daljnjom infekcijom [26.]. Ovo stanje se razvija iz više

razloga, ali je u većini slučajeva posljedica invazivne intervencije [26.]. Komplikacije i posljedice ovog stanja su vrlo ozbiljne, stoga ovu patologiju treba dijagnosticirati i liječiti na vrijeme.

Neposredna postoperativna bol bez izrazitog krvarenja iz rodnice može ukazivati na razvoj hematometre. Pacijentice se obično žale na tupu, jaku bol u donjem djelu abdomena, ponekad popraćenu tahikardijom, mučninom ili dijaforezom, odnosno pojačanim znojenjem. Obično se javlja unutar prvog sata nakon završetka postupka. Pregledom zdjelice otkriva se uvećana maternica koja je napeta i osjetljiva. Ultrazvučno je uvećana šupljina maternice ispunjena ehogenim materijalom. Liječenje zahtijeva hitnu evakuaciju maternice, dopuštajući maternici da se stegne do normalne veličine nakon postupka. Može se primijeniti intramuskularni uterotonik kako bi se osigurala kontinuirana kontrakcija maternice.

#### ***3.2.7.6. Zadržani produkt začeca***

Zadržani produkt začeca (rezidua) odnosno placentarno tkivo, fetalni fragmenti i fetalne membrane, rijetka je komplikacija pobačaja aspiracijom maternice. Na temelju samo kliničke procjene može biti teško razlikovati zadržani produkt začeca od hematometre ili infektivnog endometritisa. Takvim pacijenticama se nakon pobačaja mogu pojaviti slični simptomi i nalazi pregleda kao što su bolovi u donjem dijelu trbuha ili zdjelice te povećana ili osjetljiva maternica.

Hematometra je vjerojatnija kada je bol prisutna odmah nakon pobačaja, odnosno unutar jednog sata i bez jakog vaginalnog krvarenja. Rezidua je vjerojatnija kada je bol odgođena danima ili tjednima nakon zahvata i popraćena obilnim ili trajnim vaginalnim krvarenjem. Infekciju češće prati groznica ili kada bol nije povezana sa ultrazvučnim dokazima zadržavanja tkiva u šupljini maternice.

Svi fizikalni ili ultrazvučni dokazi o zadržanom produktu začeca trebali bi potaknuti razmatranje kiretaže aspiracijom do potpune evakuacije maternice, osobito u akutno simptomatskih pacijentica. Mizoprostol je alternativni način liječenja zadržanog produkta začeca u dozama koje se koriste za nepotpune pobačaje ili medikamentozne pobačaje. Jedno je istraživanje objavilo stopu uspješnosti

mizoprostola od 93 posto za liječenje zadržanog pobačaja u 88 pacijentica i odgovarajuće smanjenje upotrebe ponovljene dilatacije, kiretaže i aspiracije.

### ***3.2.7.7. Zadržana trudnoća***

Zadržana trudnoća vjerojatnije će biti komplikacija ranog, a ne kasnog pobačaja. Sve pacijentice će nastaviti imati povišenu razinu  $\beta$ hCG -a kratko vrijeme nakon prestanka trudnoće. Povratak koncentracije  $\beta$ hCG-a u serumu na nemjerljivu razinu nakon prekida trudnoće varira od 7 do 60 dana. Taj vremenski period prvenstveno ovisi o koncentraciji  $\beta$ hCG-a u trenutku prekida trudnoće. Koncentracija  $\beta$ hCG-a doseže vrhunac u 8. do 11. tjedna trudnoće pri približno 90.000 mili-međunarodnih jedinica po mililitru. To je u suprotnosti s terminskom trudnoćom, za koju je koncentracija  $\beta$ hCG-a niža. Pad serumskog  $\beta$ hCG-a je brz prvih nekoliko dana, a zatim se nastavlja sporije.

Zadržana trudnoća može nastupiti nakon pokušaja prekida trudnoće ako liječnik ne uspije prepoznati dovoljnu količinu gestacijskog tkiva nakon postprocedure kako bi potvrdio uspješan pobačaj. Alternativno, zadržana trudnoća rijetko može biti posljedica višestruke trudnoće u kojoj je samo jedna od vrećica pobačena. Vrsta i rizik od mogućeg oštećenja trudnoće tijekom pokušaja pobačaja se ne može odrediti. Može doći do izravne ili neizravne ozljede embrija u razvoju. Jedno preliminarno izvješće sugeriralo je da može postojati povećan rizik od Moebiusove sekvence<sup>4</sup> s autizmom u djece izložene mizoprostolu u prvom tromjesečju.

---

<sup>4</sup> Moebiusova sekvenca je kliničko stanje koje karakterizira oftalmo-paraliza lica i malformacije mišića ili kostiju udova. Predstavlja niz događaja koji su posljedica traume embrija različite etiologije (npr. genetski čimbenici, oštećenja iz okoliša, produljene rupture membrana i uzorkovanje korionskih resica).

### **3.2.7.8. *Komplikacije povezane s anestezijom***

Lokalna anestezija je sigurnija od opće anestezije, i za vakuumsku aspiraciju u prvom tromjesečju i za dilataciju i evakuaciju u drugom tromjesečju. Ukoliko se koristi opća anestezija osoblje mora biti educirano za liječenje komplikacija. Sredstva za poništavanje djelovanja narkotika uvijek bi trebala biti lako dostupna u okruženjima u kojima se koriste opioidna sredstva za opću anesteziju.

### **3.2.8. *Kontraindikacije***

Kontraindikacije za pobačaj aspiracijom u prvom tromjesečju uključuju nemogućnost dobivanja informiranog pristanka i anatomska stanja kao što su miomi koja ograničavaju pristup šupljini maternice. Mnoga zdravstvena stanja koja povećavaju rizik od komplikacija s pobačajem u prvom tromjesečju također povećavaju rizik od nastavka trudnoće. Stoga, kad se želi pobačaj u pacijentice s komorbiditetima, relativni povećani rizik od pobačaja mora se usporediti s povećanim rizikom za nastavak trudnoće.

#### **3.2.8.1. *Anomalije i abnormalnosti maternice***

Anomalije ili abnormalnosti maternice, poput velikih mioma ili kongenitalne anomalije, mogu predstavljati izazov u aspiraciji maternice. Ultrazvučno navođenje iznimno je korisno pri kretanju kroz podijeljenu ili iskrivljenu šupljinu maternice. Smatra se da nije potrebna aspiracija „neoplođenog“ roga didelfične maternice. Dodatna primjena mizoprostola za pripremu cerviksa može biti korisna čak i u ranoj trudnoći, manjoj od 12 tjedana gestacije, kada miom otežava širenje vrata maternice. Konačno, važno je zapamtiti da kada aspiracija maternice nije uspješna zbog



anatomskih izazova, pobačaj lijekovima često je dobra alternativa za trudnoće pogotov kod gestacija manjih od 10 tjedana.

### **3.2.8.2. Višeplodna trudnoća**

Aspiracijskom pobačaju, u prvom tromjesečju, u slučaju višepodne trudnoće se može pristupiti na sličan način kao i jednoplodnoj trudnoći istog trajanje gestacije. Na primjer, šestotjedna blizanačka trudnoća može se uspješno evakuirati ručnom aspiracijom maternice kroz kanilu od 6 mm slijedeći iste korake kao i za šestotjednu jednoplodnu trudnoću. Mnogi će liječnici upotrijebiti ultrazvuk za višepodne trudnoće u ranijoj gestacijskoj dobi nego za jednopodne, kako bi bili sigurni da je postupak završen, pogotovo jer može biti teško procijeniti iz proizvoda začeca da li je cijela gestacijska vrećica evakuirana.

Dodatna razmatranja za prilagođavanje povećanom volumenu produkta začeca u višeplođnim trudnoćama u uspoređbi s jednoplođnim uključuju upotrebu električnog vakuumskeg aspiratora nad ručnim aspiratorom u ranijoj gestacijskoj dobi te unaprijed pripremljene uterotonike u slučaju prekomjernog krvarenja zbog atonije maternice.

## **4. PRIMALJSKA SKRB**

Primaljska skrb kod pobačaja uključuje psihološku potporu, prikupljanje anamnestičkih podataka, pripremu za zahvat, skrb nakon abortusa, te edukaciju. Primalja je osoba koja treba biti profesionalna, empatična i puna razumijevanja u provođenju svoje djelatnosti i primjeni svog stručnog znanja [27.]. U odnosu s pacijenticama treba biti dobro uspostavljena, iskrena komunikacija kako bi se uspostavio odnos povjerenja između primalje i pacijentice, te kako se pacijentica ne bi ustručavala postavljati pitanja vezana za vlastito stanje.

### **4.1. Savjetovanje i informiranje**

Ključan dio kvalitetne usluge pobačaja je pružanje informacija pacijentici. Svaka trudnica koja razmišlja o pobačaju trebala bi primiti odgovarajuće relevantne informacije te savjetovanje s obučanim zdravstvenim djelatnikom sa sveobuhvatnim znanjem i iskustvom različitih metoda pobačaja. Sve informacije o metodama prekida trudnoće, njihovim ishodima i postabortivnoj skrbi moraju biti dostupni svakoj ženi bez obzira na dob ili okolnosti. Moraju biti razumljive i na jednostavan način objašnjene te pacijentici treba dopustiti da sama odluči hoće li prekinuti trudnoću te kojom metodom.

Informiranje i savjetovanje treba obaviti što je ranije moguće bez nepotrebnog odgađanja. Ono može biti vrlo važno u pomaganju ženi da razmotri mogućnosti i osigurati da donese odluku bez pritiska. Mnoge su žene napravile odluku o pobačaju prije nego što su zatražile savjetovanje. Stoga sve odluke treba poštivati bez stavljanja žene na obavezno savjetovanje. Savjetovanje ženama koje to žele, treba biti dobrovoljno, povjerljivo, nenametljivo vlastitim uvjerenjima i s educiranim zdravstvenim djelatnikom, primaljom ili ginekologom. Ženi treba dati dovoljno vremena da donese odluku, odnosno onoliko vremena koliko joj je potrebno.

Ako žena odabere pobačaj, primalja joj treba objasniti sve zakonske zahtjeve za njegovo odobrenje. Također, vrlo je važno objasniti prednost prekida trudnoće u ranijoj gestacijskoj dobi, u smislu veće sigurnosti, u odnosu na pobačaj u kasnijoj gestacijskoj dobi. Kad žena donese odluku da želi

prekinuti trudnoću treba osigurati pobačaj što je ranije moguće ili ako se odluči zadržati trudnoću, primalja treba osigurati informacije o prenatalnoj skrbi i / ili o razmatranju posvajanja, te uputiti na daljnja savjetovanja.

Također, nije isključeno da žena može biti pod pritiskom partnera, članova obitelji, zdravstvenih radnika, prijatelja, medija itd. Posebno osjetljive na takav pritisak mogu biti neudane adolescentice, žene u nasilnim odnosima i žene koje boluju od HIV-a. Ako primalja posumnja na prisilan utjecaj na ženinu odluku, treba nasamo porazgovarati sa ženom ili ju uputiti na dodatno savjetovanje, na primjer kod psihologa. Ukoliko se zna ili sumnja na to da je žena podvrgnuta seksualnom ili drugom nasilju, treba se uputiti na za to specijalizirana savjetovanja i liječenje prema potrebi. U cijelom zdravstvenom sustavu se treba osigurati da svo osoblje zna o dostupnosti takvih resursa u zdravstvenom sustavu i zajednici.

Žene trebaju usmeno i pismeno dobiti jasne, jednostavne i razumljive upute o tome kako se brinuti o sebi nakon napuštanja zdravstvene ustanove i kako prepoznati komplikacije koje zahtijevaju medicinsku skrb. Upute trebaju sadržavati informacije o mogućim komplikacijama, zbog kojih se treba javiti liječniku kao što je povećanje boli u zdjelici, obilno i dugotrajno krvarenje, groznica i povišena tjelesna temperatura te o suzdržavanju od spolnih odnosa, korištenju tampona i menstrualnih čašica i o kontracepciji. Tijekom cijelog postupka pobačaja zdravstveni djelatnik mora biti na raspolaganju odgovoriti na pitanja i pružiti podršku

#### **4.1.1. Kontracepcija**

Nakon inducirano ili spontanog pobačaja, žena treba primiti prikladnu postabortivnu njegu. Za žene koje su prekid trudnoće učinile na nesiguran način, odnosno ilegalno, postabortivna skrb se koristi kao strategija za smanjenje morbiditeta i mortaliteta povezanim s komplikacijama, uključujući aspiraciju zbog nepotpunog pobačaja i edukaciju o kontracepciji kako ne bih došlo do ponovne neželjene trudnoće. Premda, nakon sigurnog, legalnog inducirano abortusa njega vjerojatno neće zahtijevati naknadni dolazak ambulantno na kontrolu, ako žena ima adekvatne informacije o tome kada treba potražiti skrb vezano uz pojavu određenih komplikacija.

Kao što je već rečeno svaka žena treba dobiti informacije i savjetovanje vezano uz kontracepciju. Sve metode kontracepcije uključujući intrauterini uložak (IUD) i hormonalne kontraceptive, mogu se započeti s korištenjem odmah nakon obavljenog pobačaja, bio on kirurški ili medikamentozni, sve dok se individualno pristupa svakoj ženi. Nekoliko je metoda kontracepcije koje se ne bi trebale početi koristiti odmah nakon učinjenog pobačaja. Na primjer diafragma i cervikalna kapa se ne bi trebale koristiti prvih 6 tjedana nakon pobačaja u drugom trimestru. IUD nudi bolju zaštitu ako se postavi neposredno nakon pobačaja nego kada se postavi nekoliko dana ili tjedana kasnije. Iako je sigurno, postoji veliki rizik od ekspanzije IUD-a kada se postavlja neposredno nakon pobačaja u drugom trimestru. Također, posebnu pozornost treba obratiti na zahtjev sterilizacije, kako bih se osigurali da taj izbor nije donešen u emocionalnom afektu događaja.

Cilj savjetovanja o kontracepciji i pružanja usluga u kontekstu skrbi o pobačaju je započeti odabranu metodu kontracepcije nakon pobačaja, nakon što se ustanovi najprikladnija i najprihvatljivija metoda za ženu. Time će se povećati vjerojatnost ispravne i dosljedne uporabe kontracepcije. Pružanje informacija i savjetovanja o kontracepciji i kontracektivnim metodama je bitan dio skrbi o pobačaju jer pomaže ženama izbjegavati neželjene trudnoće u budućnosti. U idealnom slučaju, savjetovanje prije pobačaja uključuje raspravu o budućim potrebama za kontracepcijom. Svaku ženu bi trebalo informirati o tome da se ovulacija nakon abortusa vraća vrlo brzo, čak i nakon 2 tjedna. Time se dovodi u opasnost od ponovne neželjene trudnoće, osim ako se ne koristi učinkovita metoda kontracepcije. Ženama se trebaju dati točni podaci i pomoći im u odabiru najprikladnije metode kontracepcije koja će zadovoljiti njihove potrebe.

Također bi prilikom pomaganja u odabiru najprikladnije kontracepcijske metode za budućnost, bilo korisno istražiti okolnosti u kojima se dogodila trenutna neželjena trudnoća. Ako žena traži pobačaj, smatrajući da je kontracepcija bila neuspješna, zdravstveni radnik bi trebao razgovarati o tome na koji način je korištena određena vrsta kontracepcije, da li je to ispravan način i ako nije, objasniti kako se pravilno koristi. Naravno, ako je prikladno može i preporučiti neku drugu vrstu kontracepcije. Konačni odabir metode mora biti ženina vlastita odluka i izbor. Prihvatanje metoda kontracepcije nikada ne smije biti preduvjet za prekid trudnoće. Nekim ženama je lakše razgovarati o mogućnostima za kontracepciju nakon što je abortus učinjen.

## **4.2. Informacije o metodama pobačaja**

Minimalne informacije o pobačaju koje se ženi moraju predati su što će se učiniti tijekom i nakon postupka, ono što će vrlo vjerojatno doživjeti kao na primjer bol poput menstrualnih grčeva ili jaču, krvarenje, koliko će sveukupno trajati proces pobačaja, koji će joj lijekovi protiv bolova biti osigurani, svi rizici i komplikacije povezane s metodom prekida trudnoće, kada će moći nastaviti s uobičajenim aktivnostima, uključujući i spolni odnos, te informacije o bilo kakvoj naknadnoj njezi nakon pobačaja. Ako je na raspolaganju izbor jedne od metoda prekida trudnoće, primalje i ginekolozi bi trebali biti osposobljeni kako bi ženama što jasnije prenijeli informacije o tome koje su metode prikladne na temelju trajanja trudnoće, ženine životne dobi, zdravstvenog stanja, kao i potencijalnih rizičnih čimbenika, te prednosti i nedostatke svake dostupne metode. Pokazalo se vrlo važno da žena ima izbor kojom metodom će prekinuti trudnoću.

## **4.3. Skrb prije abortusa**

Kada se žena odluči na prekid trudnoće, primalja prikuplja anamnestičke podatke, uzima uzorke krvi za laboratorijske pretrage (KKS, biokemija, sedimentacija, koagulogram, krvna grupa, Rh faktor), te uzorke urina. Također se mjere vitalne funkcije (puls, krvni tlak i tjelesna temperatura). Prikupljanje anamnestičkih podataka se vrši razgovorom i kroz dostupnu dokumentaciju. Ukoliko žena nije u stanju ili mogućnosti razgovarati podaci se prikupljaju heteroanamnestički od pratnje. U anamnezi će prikupiti opće informacije (opće zdravstveno stanje, preboljene bolesti, sadašnje bolesti, bolesti u obitelji, lijekovi, prethodni operativni zahvati, pušenje, alkohol, prehrana, dijete, eliminacijski podatci, podatci o pokretljivosti-stupanj samostalnosti, kognitivno-percepcijski podatci-vid, sluh, pamćenje), te podatke iz ginekološke anamneze (prva menstruacija, zadnja menstruacija, prethodne trudnoće i pobačaji, podatke o trenutnoj trudnoći, ginekološke bolesti, kirurški zahvati na spolnim organima) [28]. Iz prikupljenih podataka i razgovora primalja će uvidjeti postoje li problemi te će postaviti dijagnoze i ciljeve tijekom hospitalizacije u zdravstvenoj njezi pacijentice [28.].

❖ Strah u/s ishoda prekida trudnoće

Ciljevi: - pacijentica neće osjećati strah

- pacijentica će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom

Intervencije: - primalja će pokazati empatiju

- primalja će potaknuti pacijenticu da verbalizira strah

- primalja će stvoriti osjećaj sigurnosti

- primalja će osigurati pacijentici uvjete u kojima se ona rješava straha

- primalja će educirati pacijenticu kako se opustiti i suočiti s strahom [28.]

❖ Bol u/s s pobačajem

Ciljevi: pacijentica će opisati smanjenu razinu boli

Intervencije: - primalja će prepoznati znakove boli

- primalja će primijeniti ordinirane analgetike

- primalja će osigurati odgovarajući položaj pacijentici

- primalja će ukloniti čimbenike koji pojačavaju bol

- primalja će procijeniti bol nakon primjene analgetika [28.],

❖ VR za pad u/s vrtoglavice

Ciljevi: pacijentica neće pasti tijekom hospitalizacije

Intervencije: - primalja će procijeniti rizik za pad

- primalja će stvoriti sigurno okruženje za pacijenticu, uklonit će sve prepreke

- primalja će osigurati pacijentici mirovanje u krevetu
- primalja će educirati pacijenticu da prilikom prvog ustajanja ne ustaje iz kreveta bez pratnje
- primalja će osigurati zvono pacijentici kako bi ju obavijestila ukoliko joj nešto treba ili želi ustati iz kreveta [28.]

#### **4.4. Skrb nakon abortusa**

Postabortivna skrb se sastoji od praćenja općeg stanja pacijentice, praćenja krvarenja, te otklanjanja i/ili sprječavanja mogućih komplikacija i poteškoća. Neposredno nakon pobačaj ženi treba osigurati mir, te pratiti opće zdravstveno stanje mjerenjem vitalnih funkcija i praćenjem stanja kože i sluznica, te krvarenja. Ako krvarenje i bol odstupaju od standarda treba obavijestiti liječnika. Prvo ustajanje bi trebalo biti što ranije i prehrana ne bih trebala biti ograničena, osim ako se pobačaj nije izvršio u općoj anesteziji. Primalja ima odgovornost brinuti se i primjećivati promjene psihičkog i fizičkog stanja pacijentice [28]. Bol se može spriječiti farmakološkim i nefarmakološkim mjerama. Kao i mogućnost pojave mučnine i povraćanja. Također, ženi treba objasniti da se tuširati može odmah i da se ono ne izbjegava, te da se minimalno prva dva dana nakon pobačaja izbjegavaju spolni odnosi, ne kupa se u bazenima, ne koriste tamponi kako ne bih došlo do razvoja infekcije. Infekcija je vrlo rijetka komplikacija pobačaja. U svakom slučaju, infekcija može uzrokovati groznicu oko 2. i 3. dana iza pobačaja [13]. U slučaju pojave groznice odmah se treba javiti svom primarnom ginekologu.

#### **4.5. Dodatne mjere potpore**

Tijekom postupka abortusa, kada pacijentica nije u općoj anesteziji, određena osoba može pružiti podršku i sigurnost za smanjenje anksioznosti, što zauzvrat može smanjiti bol. Ova metoda može uključivati neobavezan razgovor ili vođene tehnike disanja i opuštanja. Osoba za podršku može biti prijatelj, partner, obučeno zdravstveno osoblje kao što je primalja ili pak doula. Neka ispitivanja i kvalitativna istraživanja ukazuju na pozitivne rezultate korištenja doula usluga tijekom pobačaja, poput smanjene potrebe za dodatnim osobljem za kliničku podršku. Upotreba neutralnog ili nespecifičnog razgovora tijekom postupaka pokazala se u nekim, ali ne u svim studijama korisna za smanjenje percepcije boli. Također, davanje pacijentici neke kontrole kao na primjer pauza usred postupka ili traženje dodatnih analgetika također može smanjiti anksioznost u svezi samog postupka.



## **5. PSIHIČKO STANJE ŽENE NAKON POBAČAJA**

Za većinu žena vrijeme prije prekida trudnoće je vrlo stresno, što kod nekih donosi olakšanje kada se trudnoća prekine. To je sasvim prirodno kao i pojava osjećaja tuge. Mnogo žena se koristi represijom kao metodom suočavanja zbog čega može proći dugo vremena prije nego potraže psihološku pomoć što dovodi do toga da ih nekolicina ima trajnije psihološke i psihosomatske probleme iza pobačaja kao što su različiti psihički poremećaji, poremećaji sna, te kakanje, a nekolicina bude upućena na psihološko liječenje. Zbog toga je vrlo bitno informiranje o načinima pobačaja, mogućim komplikacijama i ishodima, preporuča se ne imati nikakve nedoumice i odluka treba biti vlastita bez ičijeg utjecaja. U obitelji treba biti pružena potpora i podrška bez osuđivanja.

## 6. ZAKLJUČAK

Namjerni, artifičijalni abortus odnosno pobačaj je prekid trudnoće koji se u Republici Hrvatskoj izvodi do 10. tjedna gestacije po protokolu Svjetske zdravstvene organizacije. Bitna stavka je da se pobačaj izvodi legalno u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi sa stručno educiranim osobljem kako ne bi došlo do fizičkih ali i psihičkih komplikacija uzrokovanih abortusom. Zbog toga je vrlo bitan holistički pristup svakoj ženi. Primalja u tome ima vrlo važnu ulogu. Ona informira, i educira žene o metodama pobačaja, njihovim prednostima i nedostacima, o skrbi tijekom i nakon pobačaja te nakon izlaska iz zdravstvene ustanove. Također, savjetuje žene stručno i profesionalno bez nametanja vlastitih stavova, te educira o kontracepciji što je važno zbog spriječavanja ponovnih neželjenih trudnoća.

Stručnim savjetovanjem se spriječavaju neželjene psihičke posljedice koje se mogu pojaviti ako je žena prisiljena na pobačaj, nesigurna u vezi vlastite odluke o pobačaju ili je osuđivana u svojoj okolini. Primalja je ujedno i osoba koja je prilikom cijelog postupka, ali i prije i poslije pobačaja, uz ženu i jedina ima potpunu mogućnost biti podrška i oslonac.

## 7. LITERATURA

1. Medikamentozni prekid trudnoće; Natalija Vuletić, Jelena Ivandić<sup>1</sup>, Nataša Smajla<sup>1</sup>, Marko Klarić<sup>1</sup>, Herman Haller; Klinika za ginekologiju i porodništvo, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, KBC Rijeka; Katedra za ginekologiju i opstetriciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijec
2. <http://zenskasoba.hr/hr/pobacaj-u-hrvatskoj-nedostupan-i-skup-a-do-informacija-se-tesko-dolazi/>
3. Finderle, A. i Petrović, O.; Rani gubitak trudnoće nakon procesa potpomognute oplodnje. Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, Vol. 43. No. 4., 2007.
4. Stašević, I. i Ropac, D. Statistički podaci o pobačajima u Hrvatskoj – neke osobitosti I usporedbe. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, Vol. 27 No. 2, 2018.
5. Bralić, Kristina.; Habitualni pobačaj - obrada, liječenje i aktivnosti primalje. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2019.
5. Lešić, Stela. Dvostruki antropološki standard i stigmatizacija. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, 2020.
7. Magdić, Mihaela. Specifičnosti u skrbi visokorizične trudnoće. Koprivnica: Sveučilište Sjever, 2016.
8. . Malbašić, Anja. Pobačaj i prava žene. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci, 2017.
8. Stopar, Vilma. Emocionalne reakcije žena na neželjeni ishod trudnoće. Koprivnica: Sveučilište Sjever, 2019.
10. . Živaljić, Nikolina. Legalno inducirani prekid trudnoće (zadržani pobačaj) do 22. Tjedna trudnoće u KBC-u Split 2014.-2018.g. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2019.
11. Haraminec, Josipa. Artificijalni pobačaj i pravo na priziv savjesti u primaljstvu; Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, 2018.

12. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/specifne-bolesti-zena/planiranje-obitelji/pobacaj-arteficijelni-namjerni-op-prev>
13. <https://www.gynmed.at/hr/pobacaj/metode-kirurski>
14. <https://hr.wikipedia.org/wiki/Poba%C4%8Daj>
15. Sarah Prager, MD, MAS, Elizabeth Micks, MD, MPH, Vanessa K. Dalton, MD, MPH, Pregnancy loss (miscarriage): Assessment, counseling, and choice of treatment
16. Jurčević, Helena; Zdravstvena njega bolesnice nakon pobačaja, Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru, 2019.
17. Jody Steinauer, MD, MAS; Overview of pregnancy termination
18. Valerie French, MD, MAS, Alissa Perrucci, PhD, MPH ; Counseling in abortion care
19. Deborah A Bartz, MD, MPH Paul D Blumenthal, MD, MPH; First-trimester pregnancy termination: Medication abortion
20. <https://hr.wikipedia.org/wiki/Porfirije>
21. Poliklinika Mazalin; Što su miomi i zašto nastaju  
<https://poliklinika-mazalin.hr/blog/sto-su-miomi-i-zasto-nastaju/>
22. Safe abortion: technical and policy guidance for health system, Second edition ; World Health Organization
23. Grace Shih, MD, MAS, Robin Wallace, MD, MAS ; First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration
24. [https://www.cochrane.org/hr/CD007289/GYNAECA\\_profilakticka-preventivna-kemoterapija-za-hidatiformnu-molu-molarna-trudnoca-u-cilju-sprijecavanja](https://www.cochrane.org/hr/CD007289/GYNAECA_profilakticka-preventivna-kemoterapija-za-hidatiformnu-molu-molarna-trudnoca-u-cilju-sprijecavanja)
25. Contraception: Postabortion; Paula H. Bednarek
26. [https://hr.iliveok.com/health/hemometra\\_115764i15953.html](https://hr.iliveok.com/health/hemometra_115764i15953.html)
27. Periša, Emilija; Neurološke bolesti u trudnoći i aktivnosti primalje u skrbi. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2017.

28. Primaljska skrb kod ektopične trudnoće; Biserović, Nadija

29. Jelena Burazin; Govor o pobačaju s psihološke strane

30. Cochrane; Profilaktička (preventivna) kemoterapija za hidatiformnu molu (molarna trudnoća) u cilju sprječavanja kasnijeg rasta zloćudnih stanica

## **8. ŽIVOTOPIS**

Moje ime je Marija Žilić, rođena samo 4.lipnja 1997. godine u Zadru. Od 2004. do 2012.godine sam pohađala Osnovnu školu Smiljevac u Zadru, nakon čega sam upisala opći smjer „Medicinska sestra / medicinski tehničar opće njege“ u Medicinskoj školi Ante Kuzmanića u Zadru. Nakon završene srednje škole 2017. godine upisujem Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, preddiplomski stručni studij Primaljstvo.