

НАЈЧЕСТО
ПОСТАВУВАНИ
ПРАШАЊА ЗА

МЕДИКАМЕНТОЗЕН
АБОРТУС

Издание на
ХЕРА –
Асоцијација
за здравствена едукација
и истражување
Скопје, 2011

www.hera.org.mk | hera@hera.org.mk

Текстот е превод и адаптација на публикацијата Frequently asked clinical questions about medical abortion World Health Organization 2006 достапна на http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241594845/en/

СОДРЖИНА

ПРЕДГОВОР	03
ВОВЕД	04
ПРЕДАБОРТУСНА ГРИЖА	06
ПРОТОКОЛ ЗА МЕДИКАМЕНТОЗЕН АБОРТУС	14
ПОСТАБОРТУСНА ГРИЖА	21
ПРАШАЊА ПОВРЗАНИ СО ОБЕЗБЕДУВАЊЕ УСЛУГИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНИОТ АБОРТУС	27

ПРЕДГОВОР

Здружението на гинеколози и обстетричари на Македонија и граѓанското здружение Х.Е.Р.А. – Асоцијација за здравствена едукација и истражување продолжуваат со заеднички активности за подобро информирање на стручните служби за методот на медикаментозен абортус. Во 2010 година Здружението на гинеколози и обстетричари на Македонија, заедно со Институтот за јавно здравје и Министерството за здравство ги презентираше новите клинички упатства за безбеден абортус, во чиј составен дел е вклучен и методот на медикаментозен абортус. Овој документ, пред сè, е наменет за гинеколозите-обстетричари во Македонија, со цел да се унапредат знаењата за режимот на медикаментозниот абортус, како и за придобивките од негово воведување во медицинската пракса. Дополнително, документот е ревидиран за да одговара на реалните состојби и потреби на гинеколозите, и е во согласност со законската регулатива и последните измени на протоколот за безбеден абортус.

ВОВЕД

Максималното обезбедување можности за изведување безбедни абортуси, во рамки на постоечките закони, е важна компонента на услугите за репродуктивното здравје. Откривањето методи, со коишто абортусот може да се предизвика со помош на медикаменти (неинструментално), создаде алтернативни можности, тој да им стане достапен на жените во различни видови на здравствени установи. Оваа тема детално е разгледувана, а во последните пет години се објавени повеќе упатства за работа, коишто се базирани на докази (1-6). Тука немаме намера да ги повторуваме тие упатства, туку да дадеме одговори на често поставуваните прашања, врз основа на податоците добиени од постоечките докази. Фокусирајќи се на практичните прашања, одговорите би требало особено да му помогнат на здравствениот персонал, кој размислува за воведување или пак веќе ја употребува услугата за медикаментозен абортус во раниот прв триместар. Во идеални услови, било кој метод на медикаментозен абортус би требало да има општа ефикасност, којашто е слична на таа од вакуум аспирацијата, т.е. стапка на комплетен абортус повеќе од 95% и стапка на бремености кои продолжуваат помала од 1%. Други пожелни особини на методот на медикаментозен абортус во раниот прв триместар:

- ▮ Треба да е ефикасна до 63-от ден од гестацијата
- ▮ Треба лесно да се администрира
- ▮ Треба да е безбедна и да има прифатливи нуспојави
- ▮ Крварењето треба да е слично или помало од тоа при вакуум аспирацијата
- ▮ Треба да не е скапа
- ▮ Треба да е широко достапна

Единствен медикаментозен метод кој ги задоволува овие критериуми е комбинацијата на мифепристон и простагландин – било мизопростол, било гемепрост. Примената само на мифепристон или пак само на простагландин не ги задоволува овие критериуми. Примената на метотрексат во комбинација со простагландин може да се доближи до потребната ефикасност, но не се препорачува поради тератогеноста.

Препораките за медикаментозен абортус, кои се дадени тука се ограничени на раниот прв триместар (до 63-тиот ден од првиот ден на последната менструација – ПМ). И покрај тоа што администрацијата на мифепристон по која се дава простагладин ќе ја прекине бременоста во која било гестациска возраст (во некои земји се користи за абортус сè до 24 гестациска недела), прекинувањето на бременоста кога гестациската старост е поголема од 63 дена е поретко и бара хоспитализација и отвора други медицински, легални и логистички прашања.

Референци

1. Medical methods for termination of pregnancy. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 871).
2. National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2004.
3. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
4. Providing medical abortion in developing countries: an introductory guidebook. New York, Gynuity Health Projects, 2004.
5. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Paris, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2001; available at: <<http://www.anaes.fr/>>; accessed on 22 February 2006.
6. Guidelines for the use of mifepristone and prostaglandin in termination of early pregnancy. In: Guideline for family planning technology. Beijing, State Ministry of Health and Family Planning Committee, 2003 [Document No (2003)32].



ПРЕДАБОРТУСНА
ГРИЖА



1.Какво советување и е потребно на жена со несакана бременост којашто размислува за абортус?

Секоја жена со несакана бременост којашто размислува за абортус треба да биде советувана од страна на обучен медицински персонал, којшто има широко познавање и искуство со различни методи за прекинување на бременоста. Информацијата мора да ѝ биде дадена на секоја жена, независно од нејзината возраст или околностите, на начин кој таа може да го разбере, за да ѝ овозможи да донесе сопствена одлука за тоа дали да направи абортус и кој метод да го одбере. И советувањето и интервенцијата треба да ѝ се овозможат што е можно поскоро без непотребно одложување. Сепак, лекарите во клиниките треба да имаат во обзир, дека на некои жени им е потребно дополнително време и поддршка во носењето на одлуката. Советувањето може да се прави во кој било тип на здравствена установа; во идеални услови, треба да се прави таму каде што може да се изведе интервенцијата. Основно е да се обезбеди приватност, а секоја жена треба самата да реши дали со неа ќе се разговара насамо или во присуство на партнерот, родителот или пријателката. На здравствените работници, коишто советуваат во врска со абортусот, треба да им се познати локалните законски рамки кои се однесуваат на согласноста која се бара од девојките кои се под законската возраст за давање согласност. Секоја жена треба да донесе своја сопствена одлука и не треба да се принудува да ги вклучува родителите или партнерот, таму каде што тоа не е законски неопходно. Во идеални услови, предабортусното советување треба да вклучи разговор за идните контрацептивни потреби. За да и се помогне на жената да го одбере најсоодветниот метод во иднина, може да биде корисно да се разгледаат условите во кои настанала несаканата бременост. Целта на советувањето за контрацепцијата и нејзиното вметнување во контекст на грижата за абортусот е да се започне со избраниот метод веднаш по изведувањето на абортусот.

Дополнителна литература:

1. Haddad M et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Systematic Reviews, 2000, 3:CD001442.
2. John J. Improving quality through patient – provider communication. Journal of Health Care Marketing, 1991, 11:51–60.
3. Lewin SA et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. Cochrane Database Systematic Reviews, 2001, 4:CD003267.
4. The Picker Institute. From the patient's perspective: quality of abortion care. Washington, DC, Kaiser Family Foundation, 1999.
5. Zapka JG et al. The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services. Medical Care, 2001, 39:50–60.

2. Кои фактори треба да се земат предвид кога се советува жената во врска со изборот меѓу медикаментозниот и инструменталниот абортус?

Постои многу мала (ако воопшто и постои) разлика меѓу медикаментозниот и инструменталниот абортус во однос на безбедноста и ефикасноста. Тоа значи дека, од медицинска гледна точка, обете методи се слични и постојат многу малку ситуации во кои може да се препорача едниот или другиот метод поради некоја медицинска причина.

Две студии (1,2) заклучиле дека за жените определен метод на абортус станува поприфатлив ако тие самите го избрале. На повеќето жени кои се решаваат за абортус особено им е важно да имаат избор од повеќе методи (2). Многу студии укажуваат на тоа дека на жените кои го одбираат медикаментозниот абортус тој им е поприфатлив во пораните стадиуми на бременоста, отколку во подоцнежните (1, 3-5).

Медикаментозниот абортус може да биде избран:

- ▼ Ако е тоа избор на жената;
- ▼ Во многу рана бременост; до 49-тиот ден од гестацијата се смета дека медикаментозниот абортус е поефикасен од инструменталниот абортус, особено ако во праксата не се изведува детална визуелна анализа на аспирираниот материјал (6);
- ▼ Ако жената е многу крупна (индекс на телесна маса поголем од 30) и нема други кардиоваскуларни фактори на ризик (види прашање бр. 3), иако инструменталната интервенција може да биде технички потешка;
- ▼ Ако жената има утерина малформација или миоматозна матка, или има претходна операција на грлото на матката (што може да ја направи инструменталната интервенција технички потешка);
- ▼ Ако жената сака да избегне инструментална интервенција.

Инструменталниот абортус може да биде избран:

- ▼ Ако е тоа избор на жената, или ако таа бара истовремено да и се изврши стерилизација;
- ▼ Ако има контраиндикации за медикаментозен абортус (види прашање 3);
- ▼ Ако времето или географските ограничувања ги оневозможуваат контролите кои се потребни за да се потврди дека абортусот е комплетен.

Референци

1. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
2. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 105:1288–1295.

3. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
4. Winikoff B et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone/misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.
5. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG*, 2004, 111:1–11.
6. National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2004.

3. Кои се контраиндикациите за медикаментозниот абортус?

Има многу малку апсолутни контраиндикации за медикаментозен абортус. Тие вклучуваат:

- ▼ Претходна алергиска реакција на еден од лековите;
- ▼ Наследна порфирија;
- ▼ Хронична адренална инсуфициенција;
- ▼ Утврдена или суспектна екстраутерина бременост.

Потребно е внимание во некои ситуации, вклучувајќи:

- ▼ Жена под долготрајна кортикостероидна терапија (вклучувајќи ги и оние со тешка, неконтролирана астма);
- ▼ Постоење на хеморагично пореметување;
- ▼ Тешка анемија;
- ▼ Постоечко срцево заболување или кардиоваскуларни фактори на ризик (на пр. хипертензија и пушење).

Дополнителна литература

1. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990, 97:406–411.
2. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 48 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.

4. Дали при изведувањето на медикаментозниот абортус треба да се земат предвид некои други карактеристики на жената?

Возраст – ниту адолесценцијата, ниту понапреднатата возраст не треба да се сметаат како контраиндикации за медикаментозен абортус.

Доење – се претпоставува дека мифепристонот преминува во мајчиното млеко. Студиите кои го истражувале ендокриниот ефект на мифепристонот врз фетусот откриле зголемено ниво на адреностероидниот хормон и на кортизолот (2). Клиничките импликации на овие промени се нејасни. Исто така, мали количества на мизопропрост навлегуваат во мајчиното млеко, кусо време по администрацијата, но не се знае дали ова може да има каков било ефект на доенчето. Со оглед на тоа што нивото на мизопропрост бргу опаѓа, се препорачува лекот да се земе веднаш по подојот, а следното доење да биде 4 часа подоцна во случај на орална администрација (3). По вагинална администрација нивото на мизопропрост останува високо подолго време и подојот треба да биде по повеќе од шест часа. За жал, достапните податоци не овозможуваат прецизна препорака за оптималното време на администрација.

Инсулин – зависен дијабетес или тироидна болест – нема докази дека медикаментозниот абортус предизвикува особени проблеми кај жени со овие пореметувања. Сепак, констатирано е дека мифепристонот ја менува сензитивноста на инсулинот ин витро (4) и овие ефекти можат, но и не мораат да се одразат на нивото на крвниот шеќер и инсулинот кај жената.

Повеќеплодова бременост (тековната) – нема докази дека во случаи на повеќеплодова бременост е зголемена стапката на неуспех на медикаментозниот абортус или пак дека е потребен различен протокол за дозирање.

Обезитет – нема докази дека во случаи на обезитет е зголемена стапката на неуспех на медикаментозниот абортус или пак дека е потребен различен протокол за дозирање.

Претходен царски рез – постојат докази од една студија дека безбедноста и ефикасноста на раниот медикаментозен абортус се неизменети кај претходен царски рез (5).

Пушење – нема докази за интеракција меѓу ризиците од пушењето и медикаментозниот абортус. Сепак, пушењето го зголемува кардиоваскуларниот ризик и овој фактор треба да се земе предвид, кога се проценува општата подобност на жената за медикаментозен абортус.

Малформации на матката, конгенитални или стекнати; претходна операција на цервиксот – нема докази дека тие претставуваат контраиндикации.

Референци

1. Chan YF, Ho PC, Ma HK. Blood loss in termination of early pregnancy by vacuum aspiration and by combination of mifepristone and gemeprost. *Contraception*, 1993, 47:85–95.
2. Hill NCW et al. The placental transfer of mifepristone during the second trimester and its influence upon maternal and fetal steroid concentrations. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 97:406–411.

3. Vogel D et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191:2168–2173.
4. Leighton B et al. Physiological glucocorticoid levels regulate glutamine and insulin-mediated glucose metabolism in skeletal muscle of the rat. Studies with RU 486 (mifepristone). *Biochemistry Journal*, 1991, 274:187–192.
5. Xu J et al. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 72:245–251.

5. Како треба да се докаже бременоста и да се одреди гестациската старост?

Во повеќето случаи бременоста може да се докаже и да се одреди нејзината старост врз основа на анамнезата и клиничкиот преглед. Некогаш се потребни лабораториски тестови, кога типичните знаци на бременост не се јасно присутни и медицинскиот работник не е сигурен дали жената е бремена. Ултразвучниот преглед може да помогне во идентификацијата на интраутерината бременост и да се исклучи екстраутерина бременост по околу шест недели. Тој исто така помага во определувањето на гестациската старост и во дијагностицирањето на патолошките состојби или невијабилните бремености.

Коментар: Во Македонија се регистрирани околу 360 гинеколози и секоја гинеколошка ординација е опремена со ултразвучен апарат

Дополнителна литература

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion. Updated guidelines. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

6. Какви прегледи и лабораториски анализи се потребни пред медикаментозниот абортус?

Како и кај секој метод за абортус, земањето анамнеза треба да послужи за утврдување на контраиндикациите (види прашање 3) и на факторите на ризик за компликации. Анамнезата треба да вклучува: лична и семејна анамнеза за релевантни болести; тековна употреба на лекови и познати алергии; акушерска и гинеколошка анамнеза, вклучувајќи екстраутерини бремености; склоност за крварења; анамнеза за сексуално преносливи инфекции (СПИ). Социјалната анамнеза треба да вклучува проценка на ризикот за СПИ, земајќи ги предвид локалните стапки на преваленција на СПИ. Лекарот мора да биде свесен за можноста за насилство или притисок во контекст на несаканата бременост.

Основни рутински опсервации (пулс, крвен притисок и температура) се корисни како појдовна точка.

Не постојат лабораториски тестови кои се неопходни пред медикаментозниот абортус. Сепак, тестови како што е нивото на хемоглобинот, крвната група и резус факторот, како и скринингот за хепатитис, ХИВ вирусот и СПИ можат да се понудат врз основа на индивидуалните фактори на ризик или на достапните ресурси. Во идеални услови, институциите треба да понудат микробиолошки тестирања од долниот генитален тракт и да ги третираат жените кои се позитивни.

Резус статус: За бремености до 63-тиот ден од гестацијата теоретскиот ризик за мајчина Рх сензибилизација е многу низок; нема докази дека доаѓа до сензибилизација на оваа возраст од бременоста. Меѓутоа, одредувањето на крвната група и Рх статусот, како и давањето Rh имуноглобулин кај Rh негативните, несензибилизирани пациентки веднаш по абортусот, се сметаат како корисни компоненти на претпазливост (медицинска грижа) при изведувањето на ран медикаментозен абортус.

Дополнителна литература


1. Thong KJ, Norman JE, Baird DT. Changes in the concentration of alpha-fetoprotein and placental hormones following two methods of medical abortion in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 100:1111–1114.
2. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
3. Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
4. Jabara S, Barnhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:623–627.
5. Stevenson MM, Radcliffe KW. Preventing pelvic infection after abortion. *International Journal of STD and AIDS*, 1995, 6:305–312.
6. Penney GC. Preventing infective sequelae of abortion. *Human Reproduction*, 1997, 12 (11 Suppl): 107–112.
7. Stubblefield PG, Grimes DA. Current concepts: septic abortion. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:310–314.
8. Blackwell AL et al. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *The Lancet*, 1993, 342:206–210.

7. Кои се неопходните чекори за минимизирање на ризикот за недијагностицирана ектопична (екстраутерина) бременост?


Мифепристонот и мизопропростот не се лекови за третман на ектопична (екстраутерина) бременост којашто, ако е присутна, ќе продолжи да расте. Ако медикаментозниот абортус се изведува многу рано во бременоста, т.е. пред да може да се дијагностицира интраутерина бременост со помош на ултразвук, лекарите мора да бидат особено свесни за можноста од екстраутерина бременост. Треба да се провери, дали матката изгледа помала отколку што се очекува според датумот на последната менструација на жената. На жените треба да им се каже дека веднаш треба да се јават на лекар ако почувствуваат симптоми и знаци кои можат да укажат на ектопична (екстраутерина) бременост, како што е абдоминалната болка на едната страна. Кога клиничките карактеристики (на пр. анамнеза за екстраутерина бременост или СПИ, дискрепанца меѓу менструалната старост и ултразвучниот приказ, вагинално крварење или пелвична болка) предизвикуваат сомневање за екстраутерина бременост, треба да се направат соодветните тестови. Ако се дијагностицира или се постави силно сомневање за екстраутерина бременост, жената треба да се префрли во соодветна гинеколошка институција (која има операциона сала) за континуиран надзор.

Дополнителна литература

1. Kenigsberg D et al. Medical treatment of residual ectopic pregnancy: RU486 and methotrexate. *Fertility and Sterility*, 1987, 47:2–3.
2. Ulmann A, Dubois C. Anti-progesterones in obstetrics, ectopic pregnancies and gynecological malignancies. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 2:631–638.
3. Liu F et al. Mifepristone in the treatment of 47 ectopic pregnancy patients. *Hunan Yi Ke Da Zue Zue Bao*, 1998, 23:265–268.
4. Gazavani MR et al. Mifepristone in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy: a randomised controlled trial. *Human Reproduction*, 1998, 13:1987–1990.
5. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
6. Edwards J, Carson SA. New technologies permit safe abortion at less than 6 weeks' gestation and provide timely detection of ectopic gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:1101–1106.
7. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. The management of tubal pregnancy. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No. 21).



ПРОТОКОЛ
ЗА МЕДИКАМЕНТОЗЕН
АБОРТУС



8. Кој е препорачаниот протокол за медикаментозен абортус?

Препорачаниот протокол за медикаментозен абортус е 200 мг мифепристон орално, проследен (36 – 48 часа подоцна) со вагинална апликација на простагландин – било 0,8 мг мизопропростол или 1 мг гемепрост (1,2). Оваа комбинација резултира со комплетен абортус кај повеќе од 96% од случаите; стапката на бремености кои продолжуваат е помала од 1% кај бремености (гестации) до 63-от ден на аменореата (3-5). Мизопропростолот може да се даде и орално во доза од 0,4 мг, но поради зголемената стапка на неуспех со таа доза, се препорачува оралната употреба на мизопропростол во оваа доза да биде ограничена на многу рани бремености, т.е. помали од 50 дена.

Референци

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. National evidence-based clinical guideline: the care of women requesting induced abortion. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
3. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. BJOG, 2002, 109:1281–1289.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal Misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. Contraception, 2002, 66:247–250.
5. Schaff EA et al. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. Contraception, 2000, 61:41–46.

9. Дали се можни други дозирања на мифепристонот?

И мифепристонот и простагландините, кога ќе се дадат поединечно, можат да доведат до абортус, но тогаш тие имаат или мала ефикасност или висока стапка на несакани ефекти. Во комбинација тие секогаш делуваат синергистично. Затоа, предизвикот е да се најде протокол кој ги комбинира најниските дози за обата лека кој е високо ефективен и дава што помалку несакани ефекти. Освен тоа, во многу делови на светот, важна е и цената на лековите.

Во многу земји мифепристонот е регистриран за употреба како единечна орална доза од 600 мг. Од друга страна, нема докази дека е потребна доза поголема од 200 мг за да се постигне оптимален ефект, кога е проследена со соодветен простагландин (1-4). Некои студии укажаа на тоа дека мифепристонот може да се даде во пет или шест поединечни дози од по 25 мг во тек на три дена, за да се постигне вкупна доза од 125 -150 мг (5). Овој протокол е во широка употреба во Кина и е докажано, дека е многу ефикасен кај бремености до 49-тиот ден, кога се користи во комбинација со соодветен простагландин. Сепак, од аспект на давателите на

услуги, како и поради комодитетот на пациентките, се преферира единечна доза на мифепристон. Се покажало дека доза од 50 мг мифепристон е помалку ефикасна отколку дозата од 200 мг, кога е дадена во комбинација со вагинален гемепрост (6). Студиите продолжуваат да ја истражуваат минималната ефикасна доза на мифепристонот.

Референци

1. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532-537.
2. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with Misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*, 2000, 107:524-530.
3. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80:447-451.
4. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502-1505.
5. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32-40.
6. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2001, 108:738-742.

10. Дали се можни други дозирања или начини на администрирање на простагландините?

Вагиналната администрација на мизопроустол е поефикасна и проследена со помалку несакани ефекти отколку оралната администрација на истата доза (1-4). Сепак, ако жената преферира да го земе лекот орално, а гестациската старост е помала од 50 дена од последната менструација, две таблети од по 0,2 мг мизопроустол можат да се земат орално 36-48 часа по дозата на мифепристонот (5). Ако гестациската старост е 50 или повеќе дена по последната менструација, не се препорачува орална администрација на мизопроустол, поради повисоката стапка на неуспех.

Во некои студии се користени повторувани дози на мизопроустол, било рутински за сите жени или пак кај оние со знаци за некомплетен абортус (1, 6, 7). Повторуваните дози се поврзани со зголемена инциденца на несакани ефекти, како резултат од употребата на простагландините. Во моментот нема доволно докази дека општата ефикасност се зголемува со употреба на повторувани дози на простагландин.

Во моментот се истражуваат пониски вагинални дози и различни начини на администрација на мизопропростот, како букалната и сублингвалната.

Референци

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. BJOG, 2003, 110:808–818.
2. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. New England Journal of Medicine, 1995, 332:983–987.
3. Honkanen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. BJOG, 2004, 111:715–725.
4. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal Misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. Contraception, 2002, 66:247–250.
5. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Cahill S, Gallo M, Castleman L. More than one dose of misoprostol in medical abortion at less than ten weeks of gestation Contraception, 2006, 74:36–41.
7. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. BJOG, 2002, 109:1281–1289.

11. Кои се предностите и недостатоците на мизопропростот во однос на гемепростот?

Мизопропростот е поевтин од гемепростот и стабилен е на собна температура. Гемепростот се произведува како вагинални песари од 1 мг и мора да биде замрзнат до околу половина час пред употребата. Некои студии велат дека силни болки почесто се јавуваат по примена на гемепрост, споредено со мизопропрост (1,2). Иако мизопропростот е предвиден за орална употреба, поефикасен е кога се дава вагинално или сублингвално (3-5).

Референци

1. Svendsen PF et al. Comparison of gemeprost and vaginal misoprostol in first trimester mifepristone-induced abortion. Contraception, 2005, 72:28–32.
2. Celentano C et al. Oral misoprostol vs. vaginal gemeprost prior to surgical termination of pregnancy in nulliparae. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2004, 83:764–768.
3. El-Refaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. New England Journal of Medicine, 1995, 332:983–987.
4. Tang OS et al. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. Human Reproduction, 2003, 18:2315–2318.
5. Tang OS et al. A prospective randomized comparison of sublingual and oral Misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12–20 weeks' gestation. Human Reproduction, 2005, 20:3062–3066.

12. Може ли да се користат други простагландини?

Некои од простагландините, кои се користеле во минатото, како сулпростонот и 15-метил простагландинот Ф2, веќе не се користат поради нивните негативни несакани ефекти или релативната неефикасност (1).

Референци

1. Sang G et al. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.

13. Дали интервалот меѓу администрирањето на мифепристонот и простагландинот е од големо значење?

Лиценцираниот и најчесто користен интервал од 36-48 часа (1,2) кореспондира со времето кога матката е најчувствителна на простагландинот по зреењето со мифепристон; затоа терапевтската доза може да се намали на минимум. Исто така, во првите студии кога е мерена контрактилноста на матката во различни времиња меѓу администрацијата на мифепристонот и простагландинот (3) е заклучено дека овој интервал е најефикасен. Сепак, неодамна се покажа дека интервалот може да се скрати на 24 часа или да се продолжи на 72 часа, без да се изгуби ефикасноста, кога мифепристонот се користи во комбинација со 0,8 мг вагинално аплициран мизопропростол (4,5). Ако мизопропростолот се даде орално во доза од 0,4 мг, треба да се запази интервалот од 36-48 часа. Во моментот се истражуваат други временски интервали (6).

Референци

1. von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 2003, 110:808–818.

2. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at: <<http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>>; accessed on 17 February 2006.

3. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.

4. Schaff EA et al. Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: a randomized trial. *JAMA*, 2000, 284:1948–1953.

5. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal Misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 2001, 64:81–85.

6. Creinin MD et al. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:851–859.

14. Може ли да се предизвика абортус само со простагландини?

Можно е да се предизвика абортус во раната бременост користејќи само простагландини. Сепак, дури и најефикасните протоколи кои вклучуваат повторувани релативно високи дози на мизопроствол (0,8 мг) или гемепрост (1 мг) вагинално, се помалку ефикасни и имаат повеќе несакани ефекти од комбинираниите протоколи со мифепристонски пре-третман.

Нема доволно докази кои поддржуваат препораки за дозата, начинот на администрација и временските интервали на протоколите кои користат само простагландини. Објавените серии на случаи сугерираат дека е потребна повторувана администрација на 0,8 мг вагинален мизопроствол. Единствената студија направена по случаен избор (која се уште не е објавена) која го споредуваше кусиот (3-часовен) со долгиот (12-часовен) интервал меѓу вагинални и сублингвални дози, покажа дека: ако мизопростволот се дава сублингвално, мора да се администрира во покусиот интервал за да има слична ефикасност како кај вагиналната администрација.

Дополнителна литература

1. Jain JK et al. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 2002, 17:1477–1482.
2. Meckstroth KR, Darney PD. Prostaglandins for first-trimester termination. *Best Practices in Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 17:745–763.
3. Carbonell JL et al. Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 2003, 67:457–462.
4. Norman JE et al. Medical abortion in women of less than or equal to 56 days amenorrhoea: a comparison between gemeprost (a PGE1 analogue) alone and mifepristone and gemeprost. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992, 99:601–606.

15. Каква аналгезија треба да им биде достапна на жените во текот на медикаментозниот абортус?

Болката е предизвикана од самиот процес на абортирање и како спореден ефект на простагландинот. Најверојатно ќе се почувствува во текот на неколку часа по администрирањето, кога гестацискиот сакус/ембрионот се исфрла од матката. Студиите покажале дека жените чувствуваат помалку болка ако се повозрасни, биле претходно бремени или ако се во ран стадиум на бременоста. Од друга страна, ниту еден од овие фактори не е доволно предиктивен за да може да се користи во третманот на индивидуалните случаи. Перцепцијата на болката и барањето за олеснување на истата во голема мерка варираат од една до друга индивидуа и кај различни култури. Во секој случај, медицинските

работници треба да ја направат соодветната аналгезија лесно достапна за сите жени кои ја бараат во текот на медикаментозниот абортус. Примери за вообичаено користени препарати се: парацетамол 500-1000 мг или нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ), како ибупрофренот од 200 мг. Во случаи на тешка болка, може да се додаде кодеин 30-40 мг на кој било од претходно спомнатите лекови.

Дополнителна литература

1. Ashok PW et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. BJOG, 2002, 109:1281–1289.
2. Westhoff C et al. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. Contraception, 2000, 61:225–229.
3. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. Contraception, 2000, 62:311–314.



ПОСТАБОРТУСНА
ГРИЖА



16. Ако кај жената настапил некомплетен абортус, дали е неопходно матката инструментално да се испразни?

Во просек, вагинаалното крварење постапно исчезнува во тек на околу две недели по медикаментозниот абортус, но кај некои жени може да има оскудно точкасто крварење и до 45 дена по абортусот. Обично крварењето по медикаментозниот абортус трае подолго отколку по вакуум аспирацијата. Ако жената се чувствува добро, ниту продолженото крварење, ниту присуството на ткаење во матката (утврдено со ултразвук) не се индикации за инструментална интервенција. Остаточните продукти на концепцијата ќе се исфрлат во текот на следната менструација. Тогаш треба да се ординира антибиотик и утеротоник. Може да се направи инструментално празнење на матката на барање на жената или ако крварењето е обилно или продолжено, предизвикува анемија или има знаци за инфекција. Во последниот случај треба да се започне со антибиотски третман (види прашање 17)

Дополнителна литература

1. Fiala C et al. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 109:190–195.
2. Acharya G et al. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:390–394.
3. Cowett AA et al. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:871–875.

17. Како треба да се дијагностицира и третира пелвична инфекција по абортус?

Гениталниот тракт е почувствителен на асцендентни инфекции кога цервиксот е дилатиран по абортус или породување. Има малку податоци за инциденцата на клинички значајни карлични инфекции по медикаментозниот абортус, но изгледа дека се ретки и веројатно се јавуваат помалку често отколку по вакуум аспирацијата. Многу од симптомите на пелвичната инфекција, како болката, се доста неспецифични и го отежнуваат прецизното поставување на дијагноза. Жените со клинички знаци, како пелвична болка, абдоминална или аднексална болна чувствителност, вагинален исцедок и треска треба да се третираат со антибиотици од широк спектар. (Ретки случаи на анаеробни инфекции без треска по медикаментозен прекин на бременоста се детектирани во Канада (еден случај) и САД (4 случаи). Такви случаи не се објавени од Кина или Европа. Во овие случаи жените имале мала или воопшто немале треска; варијабилно гадење, повраќање, слабост и малку абдоминална болка; брзо влошување во тек на часови или денови; тахикардија и рефракторна хипотензија; мултипли ефузии; покачен хематокрит и број на леукоцити, неутрофилија.

Дополнителна литература

1. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
2. Sitruk-Ware R, Spitz IM. Pharmacological properties of mifepristone: toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 2003, 68:409–420.

Референци

1. FDA Public health advisory; sepsis and medical abortion. US Food and Drug Administration. Available at <www.fda.gov/cder/drug/advisory/mifeprex.htm>; accessed on 20 February 2006.

18. Како треба да се потврди успешноста на медикаментозниот абортус?

Кај сите жени, кај кои се изведува медикаментозен абортус, важно е да се потврди дека бременоста навистина е прекината. Ако експулзијата на продуктите на концепцијата била потврдена од страна на квалификувана личност во часовите по администрацијата на простагландинот, понатамошни контроли не се апсолутно неопходни. Во другите случаи треба да се организира контролен преглед околу две недели по администрацијата на мифепристонот, во договор со пациентката.

При контролниот преглед треба клинички да се потврди комплетниот абортус, било со бимануелен карличен преглед или, ако со ултразвук. Ако се користат сериски мерења на хуманиот хорионски гонадотропин (хЦГ) во крвта или урината, треба да се запамети дека во некои случаи ниски вредности на хЦГ можат да се детектираат дури и до четири недели по успешната експулзија. Жените, кои продолжуваат да ги чувствуваат симптомите на бременоста или кои имаат минимално крварење, најверојатно сè уште се бремени.

19. Како треба да се утврди ектопична бременост по медикаментозен абортус?

Екстраутерината (ектопичната) бременост е животозагрозувачка состојба и значителен предизвикувач на мајчинскиот морталитет. Види прашање 7 за чекорите кои треба да се преземат пред изведувањето на медикаментозниот абортус за да се открие екстраутерина бременост.

Дури и кога се преземени овие чекори, медицинските работници треба да се свесни за можноста за постоење на екстраутерина бременост и за фактот дека медикаментозниот абортус може да ги маскира симптомите. Многу ретко екстраутерината (ектопичната) бременост може да настане во исто време со интраутерина бременост.

Ако е поставено клиничко сомневање за ектопична (екстраутерина) бременост (на пр. кај жената продолжуваат симптомите на бременост или се јавува абдоминална болка), треба да се направат дополнителни истражувања, како и ултразвучен преглед и сериски мерења на хЦГ. Ако ова не е можно, жената треба да се упати во специјалистички центар каде има операциона сала.

Дополнителна литература

1. Kelly AJ, Sowter MC, Trinder J. The management of tubal pregnancy. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004 (RCOG Guideline No.21).
2. Shannon C et al. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 104:161–167.

20. Постои ли ризик од фетална абнормалност по неуспешен медикаментозен абортус?

Само еден случај на абнормалност е објавен по употреба на мифепристон. Овој случај, опишан како сиреномиелија (1), не може да се поврзе со употребата на лекот. Овој тип на аномалија настанува во многу рана фаза на бременост – во околу четвртата недела од развојот на ембрионот, а во овој случај третманот бил во петтата недела на бременоста. Објавени се тринаесет други случаи на малформации: сите настанале кај бремености каде што мифепристонот бил администриран по 7-9 недели аменореа, при што кај осум случаи бил проследен со гемепрост, а кај пет со мизопростол. Кај ниту еден од случаите не можело да се заклучи дека се поврзани со третманот (2).

Не е можно да се одреди дали објавените аномалии биле предизвикани од третманот, со оглед на тоа што инциденцата на вродени дефекти кај нормалната популација е околу 2 на 100 породувања (3). Некои простагландини се класифицира како тератогени, иако мизопростолот не предизвикал вакви ефекти во студиите за ембриотоксичност (4). Мифепристонот не е тератоген агенс, но кога се користи во комбинација со простагландин, може да предизвика утерини контракции на кои можат да им се припишат некои од забележаните дефекти (5). Со оглед на тоа што достапните податоци се ограничени и од нив не можат да се изведат заклучоци, нема потреба да се инсистира на прекин на бременост во која се употребувани овие лекови, ако жената сака да ја продолжи. Сепак, жените треба да се информираат дека поради непознатиот ризик за фетусот од лековите, кои се користат, важно е да се вршат редовни контроли.

Референци

1. Pons J-C et al. Development after exposure to mifepristone in early pregnancy. *The Lancet*, 1991, 338:763.
2. Exelgyn. Periodic safety update No. 16, 31 May 2005.

3. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *The Lancet*, 1998, 352:323.
4. Kotsonis FN et al. Preclinical toxicology profile of misoprostol. *Digestive Diseases Sciences*, 1985, 30(11 Suppl.) 142S–146S.
5. Jost A. New data on the hormonal requirements of the pregnant rabbit: partial pregnancies and fetal abnormalities after treatment with a hormonal antagonist at subabortifacient doses. *Comptes Rendues de l'Académie des Sciences*, 1986, 303 (series III, No. 7):281–284.

21. Кој контрацептивен метод може да се користи по медикаментозен абортус?

Повеќето жени, кои одат на абортус поради несакана бременост, не сакаат веднаш повторно да забременат. Кај некои ретки случаи можат да постојат медицински причини поради кои треба веднаш да се применат методи за избегнување на нова бременост. Затоа, постабортусното планирање на семејството е интегрален дел од сеопфатната грижа за абортусот (1,2).

Кај жените кај кои е направен ран абортус, безмалку веднаш постои ризик од повторно забременување. Овулацијата може да се јави дури и толку рано како што е десеттиот ден (3) по абортусот направен во првиот триместар; дури 78% од жените во една студија имале овулации во текот на шестнеделниот контролен период (4).

Жените, кај кои е направен медикаментозен абортус, можат да користат кој бил од модерните контрацептивни методи. Во моментот, кога жената се советува во врска со абортусот, треба да се искористи можноста да се разгледаат нејзините потреби за контрацепција. Во идеални услови треба да се обезбеди ефикасен контрацептивен метод веднаш по абортусот.

Со земање комбинирани орални контрацептивни таблетки може да се започне на денот кога е администриран мизопропростолот, кога обично настанува и експулзијата. Две проспективни рандомизирани контролирани студии ги евалуираа ефектите на употребата на комбинирани орални контрацептивни таблетки наспроти плацебо веднаш по медикаментозниот абортус и не најдоа разлика во стапката на комплетни абортуси, на споредни ефекти и на времетраењето на крварењето (5,6). Методите кои содржат само прогестоген обично се проследени со крварење кое може погрешно да се протолкува како инкомплетен абортус.


Инекциите и имплантите на депо прогестерон често се проследени со аменореа или нерегуларни крварења, што може да го отежни одговорот на прашањето дали бременоста е прекината. Затоа може да биде добро да се започне со користење на овие методи дури откако ќе се потврди дека бременоста е прекината.

Стерилизацијата и вметнувањето на спирала треба да се одложат сè додека не се докаже дека абортусот е комплетен.


На жените, кои ќе одберат контрацептивен метод со кој не може веднаш да се започне, им се препорачува да користат кондоми во меѓувреме. Можат да се користат и други методи, како цервикални капи, сунѓери, дијафрагма, спермицидни пени, желеа и вагинални таблети, штом ќе се започне со сексуални односи, по можност откако престанало крварењето. Методите на природното планирање на семејството можат да се користат само откако ќе се воспостават регуларни менструални циклуси.

Референци

1. Johnson BR et al. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 2002, 33:195–202.
2. Pandey DN et al. Contraceptive coverage after medical termination of pregnancy. *Indian Journal of Hospital Pharmacology*, 1989, 26:154–157.
3. Boyd EF, Holmström EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1972, 113:469–473.
4. Lähteenmäki P et al. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:246–249.
5. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception*, 1998, 58:99–103.
6. Tang OS et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99–102.



ПРАШАЊА
ПОВРЗАНИ СО
ОБЕЗБЕДУВАЊЕ
УСЛУГИ НА
МЕДИКАМЕНТОЗНИОТ
АБОРТУС



Правни и регулаторни прашања

Изведувањето на абортуси е регулирано со правила кои се во рамките на законите на одредена земја и/или локалитет. Во повеќето земји прекилот на бременоста е законски дозволен поради барем една индикација, на пр. по силување или за да се заштити животот на бремената жена. Законите во некои земји дозволуваат абортус поради широка палета на индикации. Често законската рамка е воспоставена воопшто многу порано од појавувањето на медикаментозниот абортус. Развојот на методите за медикаментозен абортус може да предизвика некои нејаснотии во толкувањето на постојните закони или на регулатива, со оглед на тоа што тие биле формулирани врз база на инструменталниот абортус како единствен метод кој бил во употреба. На пример, во некои земји, законот бара абортусите да се изведуваат во установа која е регистрирана за таква намена. Кога се користат инструментални методи, не постои дилема за тоа каде се изведува абортусот. Но кога абортусот се предизвикува со лекови, се поставува прашањето дали тој се изведува таму каде што се препишуваат лековите или каде што се администрираат? Или пак таму каде што се исфрлуваат продуктите на концепцијата?

Организирање на служба (услуга) за абортуси

Медицинските менаџери, кои размислуваат за тоа да организираат служба за обезбедување на медикаментозни абортуси, прво треба да откријат каква е релевантната законска рамка во однос на медикаментозниот абортус во нивната земја. Во многу земји не постојат специфични регулативи кои се однесуваат на медикаментозниот абортус; во таков случај, медикаментозниот абортус потпаѓа под општата регулатива за абортуси. Други земји можат да имаат специфична регулатива која се однесува на медикаментозните абортуси. Можат да постојат регулативи кои се однесуваат на тоа во каква установа можат да се даваат абортусни услуги.

Во некои земји владата може да ги одредува стандардите преку легислативата или преку нормите и стандардите на здравствениот систем. Во други земји ваква регулатива може да се изготвува на ниво на регион, на дел од државата или на локално ниво. Медикаментозниот абортус може да се изведува во здравствени установи во кои дотогаш не се изведувале абортуси. Во идеални услови треба да биде интегриран во пошироките услуги на репродуктивното здравје. Ова би им овозможило на жените, кои имале медикаментозен абортус, лесен достап до други услуги – како што е планирањето на семејството – како важен елемент на сеопфатната абортусна грижа. Ако на самото место нема достапна сала за инструментални интервенции, како и служба за третман на итни случаи, тие треба да се обезбедат со упатување на соодветно место преку веќе воспоставени канали. Услугите, кои можат да бидат потенцијално неопходни, вклучуваат: услови кои овозможуваат инструментално празнење на матката, надомест на течности, трансфузија на крв и операциона сала.

Обезбедување на потребните лекови

Кога мифепристонот е веќе регистриран за употреба кај медикаментозните абортуси, регистрацијата обично ќе нагласи дека треба да се користи заедно со одреден простагландин (обично мизопропростол) или, едноставно, дека треба да се користи „соодветен простагландин“. Во земји каде што медикаментозниот абортус е дозволен, мифепристонот може да се добие од лекар или во здравствена установа. Сепак, можно е да нема регистриран простагландин кој е соодветен за употреба кај раниот медикаментозен абортус. Кога нема достапен регистриран простагландин, обично се користи мизопропростол поради тоа што е достапен во многу земји, иако не е специфично регистриран за употреба при абортус. На многу места, регистрираните лекови можат да се користат за клинички индикации кои не се опфатени со оригиналната регистрација на лекот.

Често лекарите ја имаат слободата да ги користат лековите за нерегистрирани цели кога постојат медицински докази за да ја поддржат таа употреба.

Ако лекарот користи лек за друга цел, надвор од таа за којашто е регистриран лекот, тој мора да го информира пациентот. Менаџерите, кои размислуваат за внесување на медикаментозен абортус во нивната услуга, треба да ја проверат ситуацијата во нивната земја во однос на ова прашање. Во некои системи на здравствено осигурување лекарите можат да ги препишуваат лековите и за употреба различна од таа за која се регистрирани, но пациентите можеби нема да можат да побараат надомест за третманот од осигурувањето. Според администрацијата за храна и лекови на САД „Добрата медицинска пракса и најдобриот интерес на пациентот бараат лекарите да користат легално достапни лекови, биолошки материјали и инструменти, правејќи го тоа најдобро што можат според нивното знаење и процена. Ако лекарите употребат продукт за индикација, која не е наведена во регистрацијата, имаат одговорност да бидат добро информирани за продуктот, да ја базираат неговата употреба врз основа на цврсти научни заклучоци и стабилни медицински докази, како и да водат евиденција за употребата и ефектите на продуктот.“

Дополнителна литература

1. MIFEPREX® (mifepristone) Tablets, 200 mg; for oral administration only. Available at:<<http://www.earlyoptionpill.com/pdfs/prescribing071905.pdf>>; accessed on 23 February 2006.
2. Misoprostol. Major labelling changes. WHO Pharmaceuticals Newsletter, 2002, 3:5.
3. Weeks AD, Fiala C, Safar P. Misoprostol and the debate over off-label drug use. BJOG, 2005, 112:269–272.