



Република Србија  
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Национални водич  
добре клиничке праксе

# Безбедни прекид трудноће

**Клинички водич 31/13  
Београд, 2013.**

Израдила Републичка стручна  
комисија за израду и  
имплементацију водича  
добре клиничке праксе



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Батут“



Републичка стручна комисија за израду и имплементацију  
водича добре клиничке праксе

Министарство здравља Републике Србије

# **НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ЗА БЕЗБЕДНИ ПРЕКИД ТРУДНОЋЕ**

Пројекат израде националног водича добре клиничке праксе финансирао је пројекат Министарства здравља Републике Србије „Унапређење рада службе за здравствену заштиту жена у области заштите репродуктивног здравља и планирања породице“

## **Национални водич добре клиничке праксе за безбедни прекид трудноће**

Републичка стручна комисија за израду  
и имплементацију водича добре клиничке праксе

### *Издавач*

Министарство здравља Републике Србије

### *Уредник*

Проф. др Надежда Човичковић Штернић, председник Републичке стручне комисије  
за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе

### *Лектор*

Марина Зелић

### *Техничка припрема и штампа*

Досије студио д.о.о, Београд

Тираж: 1000 примерака

ISBN 978-86-

## УВОДНА РЕЧ

Водичи добре клиничке праксе треба да унапреде квалитет здравствене заштите, допринесу унапређењу свих дијагностичких и терапијских процеса у медицини кроз побољшање шансе пацијената да оздраве и рехабилитију се на најбољи могући начин. Водичи представљају препоруке о одговарајућем третману и нези базираним на најбољој постојећој пракси. Иако помажу здравственим радницима у обављању посла, не могу представљати замену њихових знања, професионалних способности и индивидуалног приступа пацијентима.

Министарство здравља Републике Србије препознало је значај примене водича при дијагнози и лечењу пацијената, базираних на најадекватнијим примерима из теорије и праксе и оформило Републичку стручну комисију за израду и имплементацију националних водича добре клиничке праксе. У оквиру пројекта „Пружање унапређених услуга на локалном новоу – DILS“ у току 2013. године израђено је тринаест, а у оквиру пројекта „Унапређење рада службе за здравствену заштиту жена у области заштите репродуктивног здравља и планирања породице“ израђен је један национални водич, који треба да послужи здравственим радницима као олакшица у њиховом свакодневном раду.

Уверена сам да су водичи значајан путоказ у лечењу и нези пацијената, да ће бити корисни за даљи развој и изједначавање стандарда, и за едукацију здравствених радника. Сигурна сам да ће водичи имати утицаја и на побољшање комуникације између здравствених радника и пацијента, да ће их стручна јавност проучити и примењивати, а да ће корисницима здравствених услуга и широј јавности подићи ниво информисаности за одређене области у здравству.

Захваљујем свим колегама који су уложили труд и били ангажовани на изради водича, а посебну захвалност желим да изразим проф. др Надежди Човичковић Штернић као председнику Републичке стручне комисије, која је координирала комплетан рад свих укључених, као и руководиоцима радних група за поједине области: проф. др Елки Стефанов, проф. др Јелени Друловић, др сц. Славку Јанковићу – научном сараднику, проф. др Душици Лечић Тошевски, доц. др Ивану Палибрку, проф. др Марији Митић Миликић, проф. др Весни Бумбаширевић, проф. др Владимиру Пажину, проф. др Немањи Дамјанову, проф. др Бранислави Глишић, доц. др Владану Вукчевићу, др Ивици Младеновићу, проф. др Божи Трбојевићу и др сц. мед. Катарини Седлецки.

Министар здравља

*Проф. др Славица Ђукић Дејановић*

## УВОДНА РЕЧ УРЕДНИКА

Национални водичи за дијагностику и лечење одређених болести заснивају се на принципима добре клиничке праксе и на медицини заснованој на доказима што и представља основни постулат. На тај начин се омогућава формирање јединственог дијагностичког и терапијског приступа болесницима широм Србије, обезбеђује се равноправност сваког болесника, односно могућност да добије исти третман без обзира на то да ли се лечи у мањем здравственом центру или у здравственој установи терцијерног нивоа заштите.

Осим тога, у садашњој преплављености бројним информацијама, лекару-практичару често представља проблем да изабере право решење, те водич треба да пружи сигурност правилног избора и најадекватнијег поступка у датим околностима.

Коначно, национални водичи представљају вид континуиране медицинске едукације која се обавља кроз процес имплементације лекарима са сва три нивоа здравствене заштите.

Национални водичи добре клиничке праксе представљају дело радних група и рецензената, састављених од најеминентнијих домаћих експерата за поједине медицинске области, номинованих од стране Републичке стручне комисије за израду и имплементацију националних водича добре клиничке праксе Министарства здравља Србије. Основни задатак радних група био је да уједине своју стручност, податке добијене претраживањем најсавременије литературе и да све то усагласе са социоекономском стварношћу у Србији и нашим здравственим системом, што свакако није био лак задатак.

Овакви типови националних водича добре клиничке праксе већ постоје у многим развијеним земљама (нпр. NICE и SIGN у Великој Британији).

Наши експерти су имали на располагању Водич за израду националних водича добре клиничке праксе који им је дао основне смернице о начину прикупљања и анализирања литературе, писања водича и посебно градацији нивоа доказа и степена препорука.

Најзад, национални водичи добре клиничке праксе немају обавезујући карактер; на савести сваког лекара је да у лечењу свог болесника примени оно што тренутно важи као најефикаснији дијагностички и терапијски принцип у свету.

Председник Републичке стручне комисије  
за израду и имплементацију  
водича добре клиничке праксе

*Проф. др Надежда Човичковић Штернић*

## **Радна група за израду Водича**

### **Руководилац:**

*Др сц. мед. Катарина Седлеџки*

Републички центар за планирање породице, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ , Београд

### **Секретар:**

*Др Драгана Грбић*

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд

### **Чланови Радне групе:**

*Проф. др Александра Капамаџија*

Медицински факултет Универзитета у Новом Саду; Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Нови Сад

*Проф. др Александар Љубић*

Медицински факултет Универзитета у Београду; Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

*Проф. др Александар Живановић*

Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу; Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Крагујевац

*Др сц. мед. Зоран Станковић*

Републички центар за планирање породице, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ , Београд

*Др Весна Вукотић Павловић*

Служба за здравствену заштиту жена, Дом здравља Стари Град, Београд

*Мр сц. мед Јасна Ристић*

Центар за информатику и биостатистику у здравству, Градски завод за јавно здравље, Београд

### **Рецензенти:**

*Проф. др Гордана Лазовић Радоњић*

Медицински факултет Универзитета у Београду; Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

*Проф. др Младенко Васиљевић*

Медицински факултет Универзитета у Београду; Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд

*Проф. др Предраг Саздановић*

Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу; Клиника за гинекологију и акушерство, Клинички центар Крагујевац

## Предговор

Слобода и одговорност у доношењу одлуке о броју деце и времену када ће их рађати данас је неутуђиво право појединаца и парова дефинисано низом међународних докумената међу којима су најзначајнији закључци Пете светске конференције о становништву и развоју (Каиро, 1994) и Четврте светске конференције о правима жена (Пекинг, 1995). Научна достигнућа и технолошки развој у области фертилитета у последњих неколико деценија, а пре свега стварање бројних и ефикасних контрацептивних средстава, женама и њиховим партнерима омогућују сигурно и ефикасно планирање трудноћа. Упркос томе, већина савремених друштава се још увек суочава са проблемом нежељених и непланираних трудноћа као и великог броја намерних прекида трудноће, што је последица недовољности здравственог васпитања, ослањања на традиционалне начине спречавања зачећа, недоступности, погрешне употребе или непотпуне делотворности појединих метода модерне контрацепције.

Протекле две деценије обележене су признавањем права жена на највиши могући стандард здравствене заштите у сфери сексуалности и репродукције као и развојем нових метода прекида трудноће. Тиме су створени предуслови да се значајно побољша здравствена заштита жена које захтевају прекид трудноће, односно превенирају компликације абортуса. О важности таквог приступа говори и чињеница да у свету још увек годишње од последица абортуса умире 47.000 жена, а хронична телесна оштећења има око 5 милиона жена. Извођењем на безбедан начин, раним откривањем и лечењем компликација могу се спречити скоро све познате последице абортуса. Додатно би се позитивни резултати у заштити општег и, посебно, репродуктивног здравља жена постигли едукацијом о безбедном сексуалном и репродуктивном понашању и савременим методима планирања породице, јер то представља камен темељац у превенцији нежељених трудноћа.

У Србији су последице криминалних побачаја препознате давно, па је прекид трудноће легализован још 1969. године. Данас је законска основа за извршење намерног прекида трудноће у Србији релативно либерална. За трудноће до навршене 10. гестационе недеље абортус се дозвољава на захтев труднице старије од 16 година. Упркос доступности различитих савремених и ефикасних метода, жене у Србији су се у великом броју ослањале на традиционалне методе контрацепције тако да је намерни прекид трудноће и данас остао веома распрострањен вид контроле рађања, а абортус као медицинска интервенција последњих деценија није посебно разматран са стручно-методолошког аспекта.

Отуда се наметнула и потреба развоја и имплементације клиничких смерница заснованих на доказима које ће повећати безбедност прекида трудноће и смањити учесталост компликација тог поступка, уз мотивисања жена да промене дотадашњи начин спречавања трудноће и прихвате ефикасне методе контрацепције.

Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине дала је подршку Радној групи за израду *Водича за безбедни прекид трудноће*.

У име Радне групе за израду *Водича за безбедни прекид трудноће*

Др сц. мед. Катарина Седлецки,  
руководилац



## I Скраћенице

hCG	Хумани хорионски гонадотропин
РхД	Резус фактор Д
ВТЕ	Венска тромбоемболија
ИУУ	Интраутерини уложак
ЛНГ-ИУС	Интраутерини систем са левоноргестрелом
ВА	Вакуум аспирација
ГТН	Гестационе трофобластне неоплазије

## II Нивои доказа и степени препорука

Препоруке су формиране на основу процене методолошке утемељености доказа и стручног мишљења групе аутора Водича за безбедни прекид трудноће (табеле 1 и 2).

Табела 1. Дефиниција нивоа доказа

Ниво доказа А	Докази потичу из најмање једне рандомизоване контролисане студије или мета-анализа мултицентричних, добро дизајнираних контролисаних студија.
Ниво доказа Б	Докази потичу из добро спроведених клиничких студија или великих нерандомизованих студија.
Ниво доказа Ц	Консензус или мишљење групе експерата и/или клиничког искуства признатих ауторитета.

Табела 2. Степен препоруке према методолошкој утемељености доказа

Степен	Дефиниција
I	Постоје докази да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна.
II	Стања где су мишљења и докази супротстављени.
IIa	Највећи број доказа говори да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна.
IIб	Има веома мало доказа да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна.
III	Постоје докази или општа сагласност да одређена процедура или терапија није употребљива и да би у неким случајевима могла да буде штетна.
√	Препоруке најбоље праксе засноване на клиничком искуству групе за израду Водича



## САДРЖАЈ

1.	Увод и методологија.....	11
1.1.	Безбедни абортус – питање јавног здравства и људских права.....	11
1.2.	Циљ израде Водича за безбедни прекид трудноће.....	12
1.3.	Методологија развоја клиничких препорука.....	12
2.	Законски аспекти прекида трудноће.....	13
3.	Организовање здравствене заштите жена које захтевају прекид трудноће.....	14
3.1.	Приступачност здравствених служби за прекиде трудноће.....	15
3.2.	Прилагођена здравствена заштита.....	15
3.3.	Пружање информација.....	16
3.4.	Дијагностика и заказивање прекида трудноће.....	16
4.	Поступак пре прекида трудноће.....	18
4.1.	Доношење одлуке о прекиду трудноће.....	18
4.2.	Дијагностички поступак.....	19
4.3.	Дијагностиковање ектопичне трудноће.....	21
4.4.	Превенција инфламаторних компликација.....	22
4.5.	Саветовање о контрацепцији.....	23
5.	Извршење прекида трудноће.....	24
5.1.	Прекид трудноће у првом триместру.....	24
5.1.1.	Хируршки метод - вакуум аспирација.....	24
5.1.2.	Медикаментни прекид трудноће.....	26
5.2.	Прекид трудноће у другом триместру.....	28
5.2.1.	Хируршки методи.....	28
5.2.2.	Медикаментни методи.....	29
5.3.	Хистопатолошки преглед.....	30
6.	Шта жена треба да зна о нежељеним ефектима, компликацијама и последикама прекида трудноће.....	31
6.1.	Непосредне компликације прекида трудноће.....	32
6.2.	Неуспешни прекид трудноће.....	32
6.3.	Инфекција после прекида трудноће.....	33
6.4.	Карцином дојке.....	33
6.5.	Исходи наредних трудноћа.....	33
6.6.	Психолошке последице.....	35
7.	Поступак после прекида трудноће и наставак праћења.....	35
7.1.	Информисање.....	35
7.2.	Наставак праћења.....	35
7.3.	Превенција РхД-изоимунизације.....	36
7.4.	Почетак коришћења контрацепције.....	37
8.	Литература.....	39



## 1. Увод и методологија

### 1.1. Безбедни абортус – питање јавног здравства и људских права

Људска репродукција никад није била стихијска, већ је човек увек тежио да репродукцију прилагоди својим потребама и могућностима. Намерни прекид трудноће је један од најстаријих метода контроле рађања. Упркос развоју модерне контрацепције и повећању броја различитих ефикасних видова превенције зачећа, и даље се дешавају непланиране и нежељене трудноће. Последице намерних прекида трудноће су бројне и тичу се индивидуе и друштва. На микро нивоу, жена трпи последице здравствене, психолошке и социјалне природе. Са ширег друштвеног аспекта, намерни прекид трудноће може да умањи плодност и репродуктивне потенцијале становништва. Висока је и економска цена, коју формирају број дана одсуствовања са посла због интервенције и лечења евентуалних компликација, трошкови рехабилитације хроничних секвела и лечење стерилитета, укључујући и примену поступака асистираних репродуктивних технологија (1). Ипак, свака жена има право на одлуку о исходу трудноће до одређене гестационе старости, која је законодавно регулисана. Ако се одлучи да намерно прекине трудноћу, треба поштовати и њено право на највиши могући стандард здравствене заштите у извођењу тог медицинског поступка (2). Отуда је важно да се намерни прекид трудноће обавља безбедним техникама, уз поштовање препорука добре клиничке праксе. На тај начин ће се смањити ризик да ће те интервенције негативно утицати на опште и репродуктивно здравље жена, као и на репродуктивне потенцијале становништва.

Са медицинског и цивилизацијског аспекта, намерни прекид трудноће је најмање прихватљив начин контроле рађања. Потреба за његовом применом зависи од модела планирања породице који преовладава у друштву. Доминантно коришћење традиционалне и недовољно ефикасне контрацепције има за последицу високе стопе намерних прекида трудноће.<sup>1</sup> У друштвима са високом учесталашћу употребе модерне и ефикасне контрацепције, стопе намерних прекида трудноће су ниске. У Западној Европи стопа намерних прекида трудноће је 12, док је у Источној Европи преко 40 на 1.000 жена старости 15-44 године (3). У суочавању са непланираном и нежељеном трудноћом, жене обично критички процењују разлоге недовољне успешности дотадашњег начина превенирања зачећа и мотивисане су да предузму мере које ће умањити ризик за поновно суочавање са сличним проблемом (4). Стога је потребно да се женама које намерно прекидају трудноћу понуде информације о другим, безбеднијим начинима планирања породице, саветовање и избор неког од ефикасних метода контрацепције.

У Србији је намерни прекид трудноће дуги низ деценија доминантни метод контроле рађања. Очекивало би се да ће откриће модерне контрацепције смањити потребу жена да прибегавају индукованом абортусу. Ипак, према подацима последњег репрезентативног истраживања модерну контрацепцију (пилулу, кондом

---

<sup>1</sup> Стопа абортуса – број абортуса на 1.000 жена старости 15-44 године у једној календарској години.

или интраутерини уложак) користи свега 21,5%, док се на традиционалне методе ослања скоро двоструко већи број (39,3%) жена у репродуктивном периоду живота (5). С обзиром да званични подаци указују на драстично смањење броја намерних прекида трудноће, поставља се питање да ли ти подаци одражавају реално стање. Путем Вестофовог (Westoff, 2007) модела, изграђеног на основу утврђивања корелационе везе између стопе укупних абортуса, стопе укупног фертилитета и структуре употребе контрацепције у 67 посматраних популација, могуће је утврдити да је стопа укупних абортуса у Србији у 2007. години износила 2,76. То значи да током репродуктивног периода жена у Србији просечно има 2,8 намерних прекида трудноће (6, 7). Тако процењена стопа укупних абортуса у Србији је врло висока, два пута је виша од стопе укупног фертилитета и међу највишима је у Европи и свету (8).

### **1.2. Циљ израде Водича за безбедни прекид трудноће**

Водичи добре клиничке праксе треба да систематски развијаним ставовима помогну здравственим радницима и пацијентима у доношењу одлука о најприкладнијем лечењу специфичних стања и обољења.

Намена овог Водича је да свим женама које доносе одлуку о прекиду трудноће омогући уједначену здравствену заштиту високог квалитета. Доследност у примени клиничких препорука треба да важи за све нивое здравствене заштите и све сегменте здравственог система.

Водич се не бави превенцијом нежељене трудноће, осим да нагласи потребу за обезбеђивањем контрацепције после абортуса. Предмет посебног разматрања није било ни саветовање жене о доношењу одлуке о исходу трудноће. Водич се првенствено бави здравственом заштитом жене која се обраћа здравственом раднику са захтевом за намерни прекид трудноће.

### **1.3. Методологија развоја клиничких препорука**

За потребе израде клиничких препорука коришћено је неколико извора. Први су одговарајући стручни чланци који су били објављени у периоду од јануара 1980. до децембра 2011. године у електронским базама MEDLINE и EMBASE. У потрази за систематским прегледима, мета-анализама и контролисаним клиничким истраживањима претражена је библиотека Кохран (Cochrane). Такође, коришћени су систематски прегледи, који су предузети за потребе израде Клиничких смерница за безбедни абортус Светске здравствене организације (9) и Клиничких смерница за здравствену заштиту жена које се обраћају са захтевом за прекид трудноће Краљевског колеџа акушера и гинеколога (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) Велике Британије (10).

## 2. Законски аспекти прекида трудноће

Према важећем Закону о поступку прекида трудноће у здравственим установама (11), абортус се у Србији дозвољава искључиво на захтев трудне жене до навршене 10. недеље трудноће, осим када је то штетно за њено здравље. У случају када је трудница млађа од 16 година, односно потпуно лишена пословне способности, потребна је писмена сагласност родитеља, односно старатеља. Прекид трудноће чије трајање прелази десет недеља може се извршити само на основу медицинских индикација (трудноћа представља опасност за живот жене или може тешко нарушити здравље жене за време трудноће, порођаја, односно после порођаја), морално-правних разлога (зачеће настало услед кривичног дела), као и сазнања о могућности рођења детета с тешким телесним или душевним недостацима.

Мишљење о постојању услова за прекид трудноће до навршене десете недеље трудноће доноси лекар, специјалиста гинекологије и акушерства, од навршене десете до навршене двадесете недеље трудноће конзилијум лекара одговарајуће здравствене установе, а после навршене двадесете недеље трудноће етички одбор здравствене установе.

До навршене двадесете недеље, прекид трудноће се обавља у здравственој установи која има болничку службу из гинекологије и акушерства, операциону салу и службу трансфузије крви. До навршене десете недеље, та интервенција може да се изврши и у дому здравља, односно лекарској ординацији специјалисте из гинекологије и акушерства, који имају обезбеђену здравствену заштиту жена и хитну медицинску помоћ. Прекид трудноће после навршене двадесете недеље обавља се у клиничко-болничким центрима и одговарајућим установама терцијарног нивоа здравствене заштите.

Лекар је дужан да пријави сваки прекид трудноће, без обзира на гестациону старост трудноће, као и начин на који је извршен прекид и пријаву достави надлежном заводу за јавно здравље (Правилник о вођењу медицинске документације, начину уписивања и састављања извештаја, „Сл. Гласник СРС“, бр. 40/81).

Лекар коме се жена обраћа са захтевом да прекине трудноћу има право на приговор савести, ако је таква интервенција у супротности са његовим моралним схватањима или религијским уверењима. У таквој ситуацији, обавеза лекара је да поштује право жене на одлуку о исходу трудноће и да је одмах упуту на другог лекара или другу установу која може да јој пружи ту врсту здравствене услуге.

Жена која захтева прекид трудноће има право на поверљивост (11). Само у изузетним ситуацијама угрожености здравља, безбедности и добробити малолетних или других особа, са том информацијом се може упознати и треће лице. Тајност података неће бити нарушена попуњавањем формулара за пријаву прекида трудноће, и о томе треба обавестити жену која прекида трудноћу. Ако је трудна девојка млађа од 16 година или је лишена пословне способности, за прекид трудноће је потребан пристанак њеног законског заступника (родитељ, усвојитељ или старатељ). Ако надлежни здравствени радник сматра да законски заступник не поступа у њеном најбољем интересу, дужан је да о томе одмах обавести орган старатељства. Пословно неспособна девојка или жена треба и сама да буде

укључена у доношење одлуке о престанку на прекид трудноће, у складу са њеном зрелошћу и способношћу за расуђивање (12).

Посебан проблем представља доношење одлуке о прекиду трудноће, за коју се сумња да је настала као последица сексуалног злостављања. На такву ситуацију треба помишљати када је трудна девојка млађа од 16 година, одбија да о трудноћи обавести родитеље, претходно је имала један или више намерних прекида трудноће, обраћа се ради прекида трудноће здравственој установи која се не налази у месту њеног боравка или када је у пратњи старије мушке особе, са којом није у сродству. Када се сумња да је трудноћа настала као последица сексуалног злостављања, у границама поштовања поверљивости, треба поступати у најбољем интересу трудне девојке и обавестити центар за социјални рад из места њеног боравка, као и стручни тим за заштиту деце од занемаривања и злостављања надлежне здравствене установе (13, 14). Често је реч о трудноћи узнапредовале гестационе старости, где одлуку о њеном исходу треба брзо донети.

Одлуку о прекиду трудноће доноси жена уз стручну помоћ лекара. Партнер или претпостављени отац детета нема легалног права да одлучује о исходу трудноће (11).

### **3. Организовање здравствене заштите жена које захтевају прекид трудноће**

Прекиди трудноће се могу обављати само у овлашћеним здравственим установама односно приватној пракси. Прекиде трудноће може да обавља само за то обучен тим здравствених радника с тим да је исти дужан да обезбеди квалитетну, ефикасну и свеобухватну здравствену заштиту жена уз поштовање њиховог достојанства, индивидуалности и права на избор врсте поступка. У том смислу је потребно да се ове процедуре организационо обављају у оквиру веће здравствене службе за здравствену заштиту жена, у којој се између осталих обезбеђују и услуге везане за контрацепцију, превенцију, дијагностику и лечење полно преносивих инфекција и психосоцијалну подршку.

Здравствена заштита жена које захтевају прекид трудноће треба да буде прилагођена локалним могућностима и потребама, у складу са доказима и препорукама наведеним у Водичу. Потребно је обезбедити континуирано иновирање одговарајућих знања и вештина здравствених радника и спровођење унутрашње и спољашње контроле квалитета рада.

Жена која жели да прекине трудноћу обраћа се усменим захтевом специјалиста акушерства и гинекологије одговарајуће здравствене установе. Лекар специјалиста акушерства и гинекологије је дужан да изврши следеће процедуре:

- 1) утврђује старост трудноће;
- 2) прибавља налазе о крвној групи трудне жене, РХ фактору и анамнестичке податке о ранијим болестима;
- 3) самостално, а по потреби и уз консултацију лекара специјалисте из других грана медицине, утврђује да ли постоји опасност да се због прекида трудноће здравље жене наруши;
- 4) указује жени на опасност и последице прекида трудноће;
- 5) упознаје жену са другим методама и средствима заштите од нежељене трудноће.



### 3.1. Приступачност здравствених служби за прекиде трудноће

Потребно је да се обезбеди да се у овлашћеној здравственој установи и приватној пракси обезбеди видљивост здравствене службе у оквиру које се обављају прекиде трудноће.	√	Ц
Здравствене службе које обављају прекиде трудноћа треба да правовремено и без упута из друге здравствене установе пружају здравствену заштиту женама које захтевају прекид трудноће.	√	Ц
Овлашћене здравствене установе и приватна пракса су дужне да располажу капацитетима за хитно збрињавање компликација прекида трудноће односно дужне су да организују транспорт до најближе здравствене установе у којој се могу ефикасно и хитно збринуту могуће компликације.	√	Ц
Потребно је обезбедити да здравствене службе које обављају прекиде трудноћа немају дискриминаторни однос према женама у односу на старост, брачни статус, етничку припадност, религијска убеђења, здравствено стање и сексуално понашање жене.	√	Ц

Неодговарајући приступ службама, дуги период чекања на прекид трудноће и лоша информисаност значајно повећавају ризик за настанак негативних здравствених последица те интервенције (10). Веома је важно да жена која захтева прекид трудноће не чека на ту интервенцију, јер учесталост компликација абортуса расте са старашћу трудноће (15). Поред тога, трудноћу је могуће прекинути на захтев жене само до навршених 10 недеља (11). Ако се прекид трудноће обавља у дому здравља или лекарској ординацији специјалисте из гинекологије и акушерства, потребно је да постоји добра повезаност са другом здравственом установом ради збрињавања могућих компликација (11). Треба обезбедити да свим женама које су суочене са нежељеном трудноћом буде доступно безбедно извршење прекида трудноће, јер Закон о здравственој заштити Републике Србије налаже да друштвеном бригом за здравље без дискриминације буду обухваћене све категорије становништва (12).

### 3.2. Прилагођена здравствена заштита

У здравственим службама за прекиде трудноћа треба да су запослени лекари оба пола.	√	Ц
Здравствене службе за прекиде трудноћа треба да буду културолошки осетљиве и способне да обезбеде професионалне преводиоце када је потребно.	√	Ц

Жени која се обраћа са захтевом за прекид трудноће треба обезбедити могућност избора лекара оба пола, уз поштовање њених обичаја и уверења. Када је жени потребан преводилац, уместо особе из њене пратње чији превод може да буде погрешан или непотпун, увек је потребно обезбедити професионалног преводиоца.

### 3.3. Пружање информација

Здравствене службе за прекиде трудноће треба да обезбеде брошуре са објективним и на доказима заснованим чињеницама за жене које доносе одлуку о прекиду трудноће.	✓	Ц
Здравствени радници треба женама да пруже на доказима засновану информацију о последицама и компликацијама прекида трудноће.	✓	Ц
Женама треба помоћи да донесу информисану одлуку о исходу трудноће и омогућити им саветовање и психосоцијалну подршку када су потребни.	✓	Ц
У информацији за жене које захтевају прекид трудноће и здравствене раднике треба да буде наглашено право на поверљивост података.	I	Ц

Пре заказивања прекида трудноће потребно је да се сагледа решеност жене да прекине трудноћу и да се утврди да ли разуме последице те одлуке. С пуно обзира треба размотрити разлоге прекидања трудноће и понудити саветовање и психосоцијалну подршку жени која је неодлучна или за коју се сумња да је присиљена на абортус (9, 10).

После почетне процене и усменог информисања, жени треба дати целовиту и објективну информацију у писаном облику, која је написана једноставно и разумљиво (9, 10). С обзиром да је прекид трудноће са социокултурног аспекта контроверзан чин, потребно је да жена буде сигурна да јој је загарантована поверљивост података (12, 16). То у потпуности не важи када је реч о трудним женским особама лишеним пословне способности или млађим од 16 година, као и о деци која су жртве сексуалног злостављања или експлоатације. У последњем случају, потребно је поступати у најбољем интересу детета уз свестрано разматрање сваког појединачног случаја (13, 14).

### 3.4. Дијагностика и заказивање прекида трудноће

Дијагностику (укључујући и евентуални ултрасонографски преглед) и заказивање прекида трудноће треба да обавља тим посвећених здравствених радника у простору који је просторно или временски одвојен од антенаталних прегледа.	✓	Ц
Жене са тешком и озбиљном хроничном болешћу које захтевају прекид трудноће треба правовремено упутити у одговарајућу установу терцијарног нивоа здравствене заштите.	✓	Ц
Жене које одлуче да задрже трудноћу треба одмах упутити на антенаталну заштиту.	✓	Ц
Када се утврди да трудноћа није витална, треба обезбедити одговарајуће лечење, али и саветовање и подршку у циљу свеобухватне бриге о сексуалном и репродуктивном здрављу жене суочене са непланираном и нежељеном трудноћом.	✓	Ц

Треба обезбедити приватност и избећи секундарну трауматизацију жена које се здравственој установи обраћају ради намерног прекида трудноће. У случају да жена одлучи да задржи трудноћу, треба одмах почети са антенаталном заштитом, јер то значајно побољшава прогнозу исхода трудноће, у поређењу са почетком антенаталне заштите у одмаклим стадијумима трудноће (9, 10). Кашњењу са антенаталном заштитом су склоне жене које припадају вулнерабилним групама, попут корисница психоактивних супстанци, деце која живе на улици, девојака и жена ромске етничке припадности, расељених жена, миграната и девојака и жена које су жртве насиља у породици (9, 10).

Неопходно је да свака жена која прекида трудноћу добије:

Контрацепцију коју ће користити после прекида трудноће.	I	Б
Антибиотску профилаксу	I	А
Скрининг на полно преносиве инфекције	IIa	Б
Информацију о понашању и тегобама које може да осети после прекида трудноће	√	Ц
Могућност саветовања и психосоцијалне подршке после прекида трудноће	√	Ц

#### 4. Поступак пре прекида трудноће

Поступак са женом која се обраћа ради прекида трудноће почиње дијагностиковањем трудноће, проценом гестационе старости и потврдом да је трудноћа смештена интраутерино. Извршење прекида трудноће на начин који препоручују клиничке смернице значајно умањује ризике и тај поступак чини безбедним. Ипак ризици за настанак компликација расту са гестационом старашћу. Стога, избор најприкладнијег метода абортуса и садржај информисања и саветовања жена пре прекида трудноће зависе од величине трудноће. Свака служба која пружа здравствене услуге у овој области треба да буде оспособљена за извођење одговарајуће дијагностике и спровођење саветовања.

##### 4.1. Доношење одлуке о прекиду трудноће

Здравствени радници треба да процене решеност жене да прекине трудноћу и да идентификују жене које захтевају додатну подршку и саветовање за доношење одлуке о исходу трудноће.	✓	Ц
Саветовање није обавезно за жене које су сигурне у своју одлуку да прекину трудноћу.	✓	Ц
Здравствени радници треба да буду упознати са здравственим установама, социјалним институцијама и невладиним организацијама које могу да пруже додатну психосоцијалну подршку жени која захтева прекид трудноће.	✓	Ц
Жени треба пружити објективну и целовиту информацију о законској основи, различитим методима прекида трудноће, начину извођења тог поступка, могућим нежељеним ефектима, компликацијама и њиховим последицама.	✓	Ц

Саветовање може да помогне жени да размотри различите исходе трудноће и да буде сигурна да је одлуку донела ослобођена притисака и страха. Многе жене донесу одлуку да прекину трудноћу пре него што се обрате здравственој установи. Њихову одлуку треба поштовати и не треба их присиљавати на саветовање. Са женама које желе саветовање разговарају обучени здравствени радници. Саветовање треба да буде добровољно, поверљиво и недирективно (9).

Понекад је жена изложена притиску партнера, породице или неког другог, укључујући и здравствене раднике, да изврши прекид трудноће. Таквом притиску су посебно подложне неударе адолесценткиње, жене које трпе насиље у породици и жене које су инфициране вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ). Ако здравствени радник сумња да намерни прекид трудноће не одражава вољу жене, треба са њом да обави разговор у поверењу или да је упути на додатно саветовање. Потребно је да сви здравствени радници располажу информацијама о здравственим установама, социјалним институцијама и невладиним организацијама које пружају саветовање и лечење женама које трпе сексуално злостављање или другу врсту насиља.

Редовно информисање и саветовање жена је битно за постизање доброг квалитета рада служби у којима се обављају прекиди трудноће. Те услуге пружају обучени здравствени радници, са добрим познавањем различитих метода абортуса. Информације треба да добије свака жена која се обраћа са захтевом за прекид трудноће, без обзира на њене године и друге карактеристике. Садржај разговора треба да буде разумљив и целовит, како би жени помогао да сагледа да ли је сигурна у своју одлуку да прекине трудноћу.

Када постоји могућност избора метода прекида трудноће, здравствени радник треба да буде обучен да жени пружи одговарајуће информације. Оне обухватају разматрање метода абортуса који би били прикладни у односу на старост трудноће и здравствено стање жене, као и могућих чинилаца ризика, предности и недостатака доступних метода прекида трудноће. Жене сматрају прихватљивијим метод абортуса који су саме изабрале. Већини жена је важно да имају могућност избора метода прекида трудноће (17). Медикаментни абортус је прихватљивији у ранијој гестацији у поређењу са каснијом (18).

Информисање, саветовање и прекид трудноће треба спровести без непотребног одлагања, у што краћем временском року. Ако се жена одлучује да прекине трудноћу, потребно је објаснити јој законску основу и дати потребно време да буде сигурна у свој избор. Ипак, жени треба предочити да је прекид трудноће безбеднији када је гестациона старост мања. Ако се жена определи за други исход трудноће, треба јој пружити потребне информације и упутити је на антенаталну заштиту.

Жена мора да добије следеће информације (10):

- шта ће се дешавати током и после прекида трудноће;
- шта ће она доживети (напр. грчеве попут менструационих, болове и крварење);
- колико траје поступак;
- шта може да се користи за ублажавање болова;
- који су ризици, компликације и последице различитих метода абортуса;
- када ће моћи да се врати редовним активностима, укључујући сексуалне односе;
- како ће се наставити праћење после прекида трудноће.

## 4.2. Дијагностички поступак

### Гинеколошки преглед

Гинеколошки бимануелни преглед треба да се обави код свих жена које се обраћају са захтевом за прекид трудноће.	√	Ц
---	---	---

Трудноћу старости шест и више недеља је обично могуће утврдити бимануелним гинеколошким прегледом. Показатељи трудноће су размекшање истмичног дела цервикса утеруса, удружено са размекшањем и увећањем утеруса. Када је величина

утеруса мања од очекиване, осим каснијег зачећа, треба искључити ектопичну трудноћу и тзв. неуспешну трудноћу (*missed abortus*). Утерус који је већи од очекиваног у односу на датум последње менструације може да укаже на трудноћу која је настала раније или је вишеплодна, на постојање фиброида утеруса или других тумора, као и на моларну трудноћу. Да би се прецизније одредила величина утеруса, потребно је да жена пре прегледа испразни мокраћну бешику.

Током гинеколошког прегледа потребно је проценити да ли положај утеруса може да отежа извршење хируршког прекида трудноће. Такође, треба испитати да ли постоје знаци полно преносивих инфекција или запаљења репродуктивног система.

#### Ултрасонографски преглед

Редовни ултрасонографски преглед пре прекида трудноће није обавезан.	I	Б
Ултрасонографски преглед треба да буде доступан у свим службама за извршење прекида трудноће.	✓	Ц
Ултрасонографска дијагностика треба да се обавља на начин који неће емоционално повредити жену која прекида трудноћу.	✓	Ц

Ултрасонографски преглед није део редовне дијагностике пре прекида трудноће (9, 10). Ипак, такав преглед омогућава да се од шесте недеље потврди интраутерина локализација и искључи ектопична трудноћа, од помоћи је у процени гестационе старости (када постоји разлика између очекиване и стварне величине утеруса) и дијагностиковању патолошких стања и ненапредовања трудноће. Систематски преглед Кохран, који је анализовао 11 студија и 37.505 жена, утврдио је да се редовном ултрасонографском дијагностиком побољшава процена гестационе старости на почетку трудноће (19). Ултрасонографски преглед пре прекида трудноће не треба обављати у истом простору или у исто време када се обављају антенатални прегледи трудница (9, 10). Додатно, треба поштовати жељу жене да не види ултрасонографску слику своје трудноће.

#### Анализе крви

Пре прекида трудноће жени треба одредити крвну групу и Rh фактор. Друга лабораторијска дијагностика обично није потребна.	✓	Ц
---	---	---

Познавање крвне групе је важно у ретким ситуацијама када је због обилног крварења током и после извршења прекида трудноће потребна надокнада крви. Познавање резус (Rh) фактора омогућава профилаксу RhD изоимунизације, јер ће се идентификовати RhD негативне жене којима треба дати RhD-имуноглобулин ако је њихов партнер RhD-позитиван (9, 10).

Лабораторијска потврда трудноће одређивањем нивоа хуманог хорионског гонадотропина (hCG) у крви или урину обично није потребна, осим када лекар

трудноћу не може да утврди другим доступним дијагностичким поступцима или сумња да је трудноћа патолошка (9).

Испитивање концентрације хемоглобина у крви и броја еритроцита није предуслов за извршење прекида трудноће (9). То испитивање је, међутим, потребно код жена са физичким показатељима анемије.

#### Процена ризика за венску тромбоемболију

Код свих жена које се обраћају са захтевом за прекид трудноће треба проценити ризик за венску тромбоемболију.	✓	Ц
---	---	---

Процена ризика за развој венске тромбоемболије (ВТЕ) подразумева детаљну анамнезу о претходним кардиоваскуларним обољењима (укључујући дубоку венску тромбозу и плућну емболију) код жене која захтева прекид трудноће и код њених сродника (9, 10).

#### **4.3. Дијагностиковање ектопичне трудноће**

Ектопична локализација трудноће је ретка (1,5-2% зачећа). На њу треба мислити када је утерус мањи од очекиване величине за одређену гестациону старост, а постоји болна осетљивост при померању цервикса и бол у доњем трбуху. Ектопична трудноћа је често праћена гениталним крварењем, општом слабошћу, вртоглавицом, несвестицом и бледилом, удруженим са постојањем тумефакта у пределу аднекса.	✓	Ц
--	---	---

Веома је важно да се ектопична трудноћа дијагностикује што раније, како би се жени правовремено обезбедило потребно лечење и спречио значајнији губитак крви услед интраабдоминалног крварења. Да је гравидитет ектопичне локализације може да се утврди током хируршког абортуса инспекцијом аспирираног садржаја из кавума утеруса. То је теже установити током медикаментног прекида трудноће, јер су разлике у симптомима између интраутериног и ектопичног гравидитета мале. С обзиром да мифепристон и мизопростол, који се користе за медикаментни прекид трудноће, немају утицаја на трудноћу ектопичне локализације, она ће наставити да расте. Стога је потребна посебна пажња када су присутни неки од симптома или знакова који могу да укажу на ектопични гравидитет. Жене треба информисати да се неодложно обратe лекару ако осете јак бол у абдомену чији интензитет расте, посебно када је унилатералан.

Треба размотрити потребу да се додатним испитивањем искључи ектопична локализација трудноће у следећим ситуацијама: жена је имала ектопичну трудноћу или запаљење органа мале карлице у прошлости, постоје разлике између очекиване (у односу на датум последње менструације) и процењене гестационе старости, присутно је генитално крварење, трудноћа је настала код жене која има интраутерини уложак и постоји бол у доњем трбуху. Додатно испитивање обухвата

ултрасонографију органа мале карлице и праћење концентрације hCG-a у крви. Ако оно није могуће, а постоји сумња на ектопичну трудноћу, жену треба упутити у одговарајућу установу ради наставка лечења.

#### 4.4. Превенција инфламаторних компликација

Потребна је профилактичка примена антибиотика који су ефикасни против хламидије трахоматис ( <i>Chlamydia trachomatis</i> ), протозоа и анаеробних микроорганизама за хируршки (доказ нивоа А) и медикаментни (доказ нивоа Ц) прекид трудноће.	I	A Ц
Прикладан је један од следећих режима антибиотске профилаксе за прекид трудноће: <ul style="list-style-type: none"> <li>- азитромицин 1 г орално на дан абортуса и метронидазол 1 г ректално или 800 мг орално пре или у време абортуса</li> <li>- доксициклин два пута дневно по 100 мг током 7 дана са почетком на дан абортуса и метронидазол 1 г ректално или 800 мг орално пре или у време абортуса</li> <li>- метронидазол 1 г ректално или 800 мг орално пре или у време абортуса ако је микробиолошким испитивањем доказано да жена нема хламидијску гениталну инфекцију.</li> </ul>	V	Ц

Постојање инфекције вагине или цервикса утеруса повећава ризик за запаљење репродуктивног система после хируршког метода извршења прекида трудноће. Ризик од запаљенских компликација је двоструко мањи када се редовно дају антибиотици у време хируршког абортуса (20-23). Најефикаснијим су се показали нитромидазоли (нпр. метронидазол), пеницилин и тетрациклини. Једнократна примена антибиотика пре или у време абортуса била је једнако ефикасна као и њихова краткотрајна примена (24).

У великој ретроспективној анализи учесталости тешких облика запаљења органа мале карлице после медикаментног прекида трудноће у Сједињеним Америчким Државама (САД), која је обухватила 227.823 жене, утврђено је да тестирање на хламидију трахоматис и профилактичка примена антибиотика резултују редуцијом стопе тешких инфекција са 0,25/1.000 абортуса на 0,06/1.000 абортуса (25). Посебно је проучавана инфекција грам-позитивном анаеробном бактеријом клостридијум сордели (*Clostridium sordellii*), која је идентификована као узрок осам смртних исхода после медикаментног прекида трудноће у САД (26). У условима „*in vitro*“ терапијску ефикасност према тој бактерији су показали доксициклин и метронидазол (27). Мада је реч о веома реткој инфекцији, због могућности њеног смртог исхода условљеног развојем токсичног шока, препоручује се антибиотска профилакса за медикаментни прекид трудноће.

Ако постоје клинички показатељи инфекције репродуктивног система, жени треба одмах преписати антибиотике, а потом извршити прекид трудноће. Када је лабораторијска дијагностика полно преносивих инфекција пре прекида трудноће део редовне праксе, прекид трудноће не треба одлагати до добијања тих резултата, ако не постоје клинички показатељи инфекције (9).



## Скрининг на полно преносиве инфекције

Пожељно је тестирање на хламидију трахоматис жена које намерно прекидају трудноћу. Треба проценити ризик и по потреби тестирати на друге узрочнике полно преносивих инфекција (трихомонијаза, инфекција вирусом хумане имунодефицијенције – ХИВ, сифилис и гонореја).	I	Б
--	---	---

У Србији се не може тачно проценити учесталост гениталних инфекција хламидијом трахоматис, јер велики број инфицираних особа нема тегобе, а не постоји могућност извођења скрининга. Стога се препоручује профилактичка примена антибиотика, ефикасних на ту бактерију код свих жена које намерно прекидају трудноћу. Недостатак тог приступа је што партнери жена инфицираних гениталном хламидијом остају непрепознати и нелечени.

У случају да, после процене ризика, лекар сматра да је потребно тестирање на инфекцију ХИВ-ом, потребно је добровољно и поверљиво саветовање и сагласност жене која прекида трудноћу.

### **4.5. Саветовање о контрацепцији**

Потребно је пре прекида трудноће са женом размотрити све прикладне методе контрацепције и договорити се како ће спречавати зачеће после абортуса.	v	Ц
---	---	---

Циљ саветовања о контрацепцији и њеног преписивања у контексту безбедног прекида трудноће је да жена почне да користи ефикасну контрацепцију одмах после абортуса.

Докази о успешности саветовања о контрацепцији пре прекида трудноће нису усаглашени. У студији која је поредила успешност саветовања о контрацепцији 420 жена са Исланда пре и после прекида трудноће нису запажене значајне разлике (86% и 85%) у коришћењу контрацепције 4 - 6 месеци после абортуса (28). Супротно резултатима те студије, ретроспективна анализа из САД која је обухватила 272 жене, указала је да саветовање пре абортуса резултује смањењем удела жена које не користе контрацепцију после прекида трудноће (29). У одсуству бољих доказа, став аутора овог водича је да саветовање о контрацепцији треба спровести пре прекида трудноће и наставити га и после тог поступка.

Битно је да је преписани метод контрацепције прикладан и прихватљив за жену, јер то повећава вероватноћу да ће она наставити да га користи исправно и доследно. Информисање о контрацепцији, саветовање и преписивање контрацепције се сматрају веома важним, јер доприносе спречавању поновљених непланираних трудноћа у будућности. Најбоље је да се у оквиру саветовања пре прекида трудноће размотре будуће потребе жене за контрацепцијом. Сваку жену треба информисати да овулација може да наступи већ после две недеље од абортуса (30), због чега је у ризику за поновљену непланирану трудноћу ако не користи неки ефикасни метод контрацепције. Објективно информисање ће јој помоћи да изабере контрацепцију

која највише одговара њеним потребама. Корисно је да се сагледају околности које су резултовале настанком непланиране трудноће. Ако жена сматра да је трудноћа настала због неуспеха метода контрацепције који је користила, потребно је да се испита да ли је метод погрешно примењивала и како се користи исправно. Треба испитати и да ли би жени више одговарало да изабере другу врсту контрацепције. Крајњу одлуку о методу контрацепције који ће се користити после прекида трудноће доноси сама жена.

Свакако да жена не сме да буде условљена прихватањем ефикасног контрацептивног метода да би јој се извршио прекид трудноће. Неке жене ће радије разматрати избор контрацепције после абортуса.

## 5. Извршење прекида трудноће

Избор метода који се сматра најприкладнијим за прекид трудноће првенствено зависи од гестационе старости. Увек када је то могуће, жени треба омогућити да међу доступним и делотворним методима абортуса сама изабере онај који сматра најприкладнијим (31). Имајући у виду законску основу за прекид трудноће у Србији, највећи број абортуса се обавља у првих 10 недеља гестације. Стога ће детаљно бити размотрено питање безбедних метода прекида трудноће у том периоду трудноће.

### 5.1. Прекид трудноће у првом триместру

#### 5.1.1. Хируршки метод - вакуум аспирација

Вакуум аспирација представља прикладан метод извођења прекида трудноће у првом триместру.	I	Б
Вакуум аспирација је делотворна и прихватљива за жену и лекара.	I	А
Када се трудноћа мања од 7 недеља прекида вакуум аспирацијом, потребно је потврдити извршење абортуса. У том циљу може се обавити инспекција аспирираног ткива.	I	Б
Прекид трудноће вакуум аспирацијом не треба редовно завршавати инструменталном ревизијом кавума утеруса киретом.	✓	Ц
Ултрасонографски преглед може да се изврши, али није неопходан за некомплицовани прекид трудноће методом вакуум аспирације.	✓	Ц
Препоручује се дилатација цервикса утеруса хидрауличним дилатационим системом.	✓	Ц

Према препорукама Светске здравствене организације, за прекид трудноће у првом триместру предност треба дати вакуум аспирацији (ВА) у односу на инструменталну ревизију утеруса, која подразумева увођење оштрих инструмената, попут кирете у утерус (9). Ажурирани Кохран преглед је идентификовао само две студије у којима су поређени методи ВА и инструменталне ревизије утеруса киретом. Установљено је да између та два метода хируршког абортуса нема статистички значајних разлика, осим

што је време извођења прекида трудноће ВА било краће (32). Компаративним испитивањем метода хируршке евакуације садржаја утеруса у случајевима спонтаних побачаја такође је утврђено да извођење ВА траје краће и резултује мањим губитком крви и слабијим интензитетом бола у поређењу са инструменталном ревизијом утеруса киретом (33).

Вакуум аспирација се изводи увођењем металне или пластичне каниле у утерус и аспирацијом овуларног ткива. Обично није праћена инструменталном ревизијом утеруса, односно није потребно накнадно киретом ревидирати зидове кавума утеруса (9, 10). За ублажавање болова током прекида трудноће, обично се користи локална, а понекад и општа анестезија.

Када се вакуум аспирацијом прекида трудноћа у раном стадијуму гестације, већи је ризик да метод буде неуспешан. У проспективној кохортној студији, ризик од неуспеха метода ВА био је знатно виши када је трудноћа била старости 6 и мање недеља, у поређењу са трудноћама старости 7-12 недеља (34). То је резултовало препоруком да хируршки прекид трудноће треба избегавати у раном стадијуму трудноће. Када су, међутим, поштрени критеријуми процене делотворности извођења прекида трудноће ВА, који су подразумевали инспекцију аспирираног садржаја и одређивање серумске концентрације hCG-а у случајевима када присуство гестационог мешка у аспирату није било потврђено, неуспех ВА да прекине трудноћу старости 6 и мање недеља био је 0,13% (35).

После извођења прекида трудноће ВА није потребно да се успешност потпуне евакуације овуларног ткива из утеруса редовно проверава инструменталном ревизијом кавума киретом. У компаративном истраживању је указано на ризике ревизије кавума утеруса киретом, попут развоја Ашермановог (Asherman) синдрома и саветован је редован ултрасонографски преглед у процени успешности метода ВА (36). Ипак, до сада није спроведено ниједно истраживање које се специфично бавило испитивањем значаја ултрасонографског прегледа током и после ВА у потврди извршеног абортуса. Мада је у неким студијама установљено да ултрасонографско праћење успешности извршења прекида трудноће методом ВА значајно снижава учесталост заосталог овуларног ткива у утерусу, друге студије су показале да ултрасонографским прегледом не може поуздано да се процени потреба за инструменталном ревизијом утеруса после абортуса (32, 37).

Да би се смањио ризик за настанак озледа цервикса утеруса током дилатације, препоручује се хидраулични дилатациони систем. Показано је да се применом тог система изазива мањи степен оштећења цервикалног ткива, у поређењу са дилатацијом цервикса Хегаровим дилататорима (38).

### 5.1.2. Медикаментни прекид трудноће

За прекид трудноће старости до 63 дана (8 гестационих недеља) препоручује се примена следећег терапијског режима: - мифепристон у дози од 200 мг – орална примена - мизопростол после 24-48 сати од узимања мифепристона у дози од 800 µг – вагинална примена, алтернативно букална или сублингвална. * За трудноће старости до 49 дана (7 гестационих недеља) мизопростол се може применити и оралним путем у дози од 400 µг	I	Б
Ако током медикаментног прекида трудноће гестационе старости 50-63 дана абортус не наступи после 4 сата од примене мизопростола, треба дати другу дозу мизопростола од 400 µг вагинално или орално.	I	Б
За прекид трудноће старости између 9 и 12 гестационих недеља препоручује се примена следећег терапијског режима: - мифепристон у дози од 200 мг – орална примена - мизопростол после 36-48 сати од узимања мифепристона у дози од 800 µг – вагинална примена Наставља се са вагиналном или сублингвалном применом мизопростола у дози од 400 µг у размацама од 3 сата до укупно четири дозе, односно док не наступи избацавање продуката концепције.	I	А
Ефикасност искључиве примене мизопростола за прекид трудноће у првом триместру је значајно мање од терапијског режима који подразумева примену мифепристона и мизопростола.	I	А
Може да буде безбедно и прихватљиво да жена после примене мизопростола напусти здравствену установу и побачај заврши код куће, под условом да јој је континуирано обезбеђена здравствена заштита и постоји план збрињавања хитних стања у условима када јој је здравље угрожено.	V	Ц

Према налазима рандомизоване студије примена мифепристона у дози од 200 мг једнако је ефикасна као и примена мифепристона у дозама од 400 мг или 600 мг (39). То је потврђено и у другом рандомизованом истраживању, у коме је уместо гемепроста, перорално примењен мизопростол у дози од 400 µг (40). Гемепрост и мизопростол су синтетски аналози простагландина Е1. Гемепрост се користи ређе, јер има вишу цену коштања, мора да се чува на хладној температури и примењује се само вагиналним путем.

Недавно завршено истраживање Светске здравствене организације је указало на могућност да се у терапијском режиму медикаментног прекида трудноће доза мифепристона смањи на 100 мг (41). Ипак, да би се уврстило у клиничке препоруке, ово запажање мора да буде потврђено и у другим студијама.

Мизопростол једнако или боље делује током прекида ране трудноће када се примени вагинално, сублингвално или букално у поређењу са оралним начином уношења (42-44). За прекиде трудноће преко 49 дана гестације, мизопростол примењен вагинално је ефикаснији од орално унетог и ређе изазива нежељене ефекте него када се користи сублингвално или букално (45).

У неколико студија је испитиван оптимални интервал између примене мифепристона и мизопростола. Мета-анализа резултата пет удружених рандомизованих контролисаних истраживања је утврдила да нема статистички значајних разлика у ефикасности изазивања прекида трудноће интервала који су се кретали у распону од 24 и 72 сата, а да је успешност изазивања абортуса била мања када је размак између мифепристона и мизопростола био краћи од 8 сати (46).

Установљено је да не постоје разлике у ефикасности медикаментног прекида трудноће између жена чији је индекс телесне масе био мањи од 30 кг/м<sup>2</sup> и оних које су биле гојазне (47).

Изазивање побачаја применом само једног лека – аналога простагландина Е1 се показало недовољно ефикасним. У рандомизованом, двоструко-слепом истраживању, удео комплетних абортуса током прекида трудноће старости до 56 дана гестације био је 96% после примене мифепристона и мизопростола, а 88% после искључиве примене мизопростола (48). Када мифепристон није доступан, Светска здравствена организација сматра да за медикаментни прекид трудноће може да се користи мизопростол вагинално или сублингвално – доза од 800 µг се понавља у интервалима од 3 сата, али не дуже од 12 сати (9).

Неколико студија је потврдило да медикаментни прекид трудноће може безбедно да се изврши у кућним условима (49-51). У студији која је спроведена у Шведској међу женама које су медикаментима прекинуле трудноћу старости до 49 гестационих дана, абортус код куће се показао безбедним, а 98% жена је изјавило да би користиле исти поступак када би поново биле суочене са нежељеном трудноћом (52). Установљено је и да нема разлике у задовољству медикаментним прекидом трудноће између жена које су биле трудне до 49 гестационих дана и оних са трудноћом од 50 до 63 дана гестације (53). На основу до сада спроведених истраживања, став Светске здравствене организације је да не постоји клинички оправдан разлог за хоспитализацију жене током медикаментног прекида трудноће (9).

## 5.2. Прекид трудноће у другом триместру

### 5.2.1. Хируршки методи

Вакуум аспирација се може користити за прекид трудноће старости 12-14 недеља гестације. За комплетну евакуацију садржаја утеруса понекад треба користити и форцепс. * Интервенцију не треба редовно завршавати инструменталном ревизијом кавума утеруса.	I	A
Не препоручује се профилактичка примена утеротоника за превенцију обилног крварења током извођења прекида трудноће вакуум аспирацијом.	I	A
Дилатација и евакуација, којој претходи припрема цервикса утеруса, прикладна је за прекиде трудноћа које су веће од 14 недеља гестације.	I	A
Континуирано ултрасонографско праћење током извођења дилатације и евакуације смањује ризик од компликација абортуса.	I	Б
Припрема цервикса утеруса је потребна код свих хируршких прекида трудноће у другом триместру.	I	Б
За трудноће до навршених 14 недеља гестације препоручују се следећи режими припреме цервикса утеруса: - мифепристон примењен орално у дози од 200 мг (24 до 48 сати пре интервенције) - мизопропростол примењен сублингвално у дози од 400 µг (2-3 сата пре интервенције) - мизопропростол примењен вагинално у дози од 400 µг (2-3 сата пре интервенције) - ламинарије постављене интрацервикално (6-24 сата пре интервенције)	I	Б
За трудноће веће од 14 недеља гестације у припреми цервикса утеруса препоручују се осмотски дилататори, мада мизопропростол представља прихватљиву алтернативу до навршене 18 недеље гестације.	I	Б

Прекид трудноће старости 12-14 недеља методом ВА се обавља канилама дијаметра који је већи од 12 мм. Ако тако широке каниле нису доступне, потребно је форцепсом евакуисати веће делове плода, а затим канилом аспирирати преостало овуларно ткиво из утеруса. Инструментална ревизија утеруса киретом може да повећа ризик за настанак повреда утеруса и развој Ашермановог синдрома. Утврђено је да компликације и последице прекида трудноће која је већа од 12 недеља су пропорционалне гестационој старости, а обрнуто пропорционалне искуству гинеколога (10). Стога је важно да прекид трудноће у другом триместру не обавља недовољно искусан лекар без одговарајућег надзора искусног гинеколога.

На основу резултата више рандомизованих студија утврђено је да редовна примена утеротоника током извођења прекида трудноће ВА не резултује клинички значајним смањењем губитка крви (10).

Дилатација и евакуација представља безбедан и ефикасан метод прекида трудноће, када је обавља обучен гинеколог (9, 10). У ретроспективној кохортној студији која је обухватила 297 жена упоређиване су компликације прекида трудноће извршеног методом дилатације и евакуације или применом мизопростола (54). Учесталост компликација је била значајно нижа код жена код којих је абортус извршен дилатацијом и евакуацијом (4% према 29%).

Ултрасонографско праћење извођења прекида трудноће дилатацијом и евакуацијом може да смањи учесталост перфорација утеруса. У студији која се бавила тим питањем, учесталост перфорација утеруса била је 1,4% у групи елективних абортуса, обављених без ултрасонографског праћења, а 0,2% у групи где је дилатација и евакуација извршена уз ултрасонографски надзор (55).

Редовна припрема цервикса утеруса за хируршки прекид трудноће може да буде од користи увек, а посебно када постоје фактори ризика за настанак повреде цервикса утеруса или перфорације утеруса (адолесценткиње узраста 17 и мање година, већа гестациона старост, аномалије или операције цервикса утеруса, прекид трудноће изводи гинеколог са мање искуства). Ризик од компликација расте после 9 недеља трудноће, а посебно у другом триместру. Тренутно, Светска здравствена организација сматра да се припрема цервикса утеруса може да предузме пре хируршког прекида трудноће било које гестационе старости, али да је обавезна за прекиде трудноћа у другом триместру (9).

Припрема цервикса утеруса може да се изврши фармаколошким агенсима или осмотским дилататорима. Сви методи су безбедни, мада се њихова ефикасност и нежељени ефекти веома разликују (56). Примена фармаколошких агенаса за припрему цервикса утеруса може да изазове болне грчеве у доњем трбуху, крварење и неочекивану експулзију плода. Постављање осмотских дилататора преко ноћи може да резултује бољом дилатацијом цервикалног канала у односу на примену аналога простагландина на дан интервенције (57).

### 5.2.2. Медикаментни методи

<p>За прекид трудноће старости између 9 и 13 недеља гестације препоручује се примена следећег терапијског режима:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мифепристон у дози од 200 мг – орална примена</li> <li>- мизопростол после 36-48 сати од узимања мифепристона у дози од 800 µг – вагинална примена</li> <li>- наставља се са вагиналном или оралном применом мизопростола у дози од 400 µг у размацима од 3 сата до укупно четири дозе</li> </ul>	I	A
<p>За прекид трудноће старости између 13 и 24 гестационих недеља препоручује се примена следећег терапијског режима:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мифепристон у дози од 200 мг – орална примена</li> <li>- мизопростол после 36-48 сати од узимања мифепристона у дози од 800 µг – вагинална примена</li> <li>- наставља се са вагиналном или оралном применом мизопростола у дози од 400 µг у размацима од 3 сата до укупно четири дозе</li> <li>- Ако не наступи прекид трудноће, мифепристон се поново даје после 3 сата од последње дозе мизопростола, а после 12 сати се поново почиње са применом мизопростола.</li> </ul>	I	A

У рандомизованом истраживању је код 368 жена, чија је трудноћа била старости 10-13 недеља гестације, случајним избором извршен хируршки прекид трудноће методом ВА или медикаментни абортус. Нису уочене статистички значајне разлике у успешности између хируршког (98%) и медикаментног (95%) метода абортуса (58). Мада су нежељена деловања чешће регистрована код жена којима је прекид трудноће извршен медикаментним методом, њих 70% се изјаснило да би се у будућности поново определиле за исти метод абортуса.

На основу систематског прегледа литературе, који је обухватио 40 рандомизованих контролисаних испитивања различитих метода прекида трудноће старости између 12 и 28 недеља, утврђено је да терапијски режим који се састоји од давања мифепристона и мизопростола одликује највећа ефикасност и најкраћи интервал до изазивања абортуса (59).

### 5.3. Хистопатолошки преглед

Не препоручује се редовни хистопатолошки преглед овуларног ткива добијеног током намерног прекида трудноће.	√	Ц
Не препоручује се редовни скрининг на гестациону трофобластну неоплазију за време извођења намерног прекида трудноће. Изузетак је када постоје показатељи гестационе трофобластне неоплазије.	√	Ц

До сада спроведене проспективне кохортне студије нису утврдиле да постоји непосредна корист за жену од хистопатолошког испитивања овуларног ткива добијеног током намерног прекида трудноће (10). У једној од тих студија, која је обухватила хистопатолошке прегледе код 1.000 намерних побачаја, патолошки налаз је постојао у 5,6% случајева, са једном дијагнозом полицистичне болести бубрега код фетуса (60). Ниједан од поменутих налаза није утицао на непосредну здравствену заштиту жене која је прекинула трудноћу.

Процењује се да инциденција гестационе трофобластне неоплазије (ГТН) код жена које захтевају прекид трудноће, у зависности од гестационе старости, износи између 1 на 600 и 1 на 1.699 (10). Потребу за редовним скринингом на ГТН заговарају аутори ретроспективног прегледа историја болести 51 жене код којих је дијагноза ГТН постављена за време или после абортуса (61). У поменутом испитивању је установљено да су компликације биле озбиљније, а лечење захтевније када је пропуштено да се ГТН открије током прекида трудноће. За сада није јасно како би скрининг на ГТН могао да се спроведе у пракси, јер макроскопско и хистолошко испитивање не откривају све ране моларне трудноће (62). За сада нема довољно доказа да би се препоручио скрининг на ГТН код жена које намерно прекидају трудноћу.



## 6. Шта жена треба да зна о нежељеним ефектима, компликацијама и последицама прекида трудноће

Жену треба информисати да је прекид трудноће углавном безбедан поступак који је ретко праћен озбиљним компликацијама и смртним исходом, без обзира на гестациону старост.	I	Б
Са женом треба размотрити компликације и ризике на разумљив начин, са наглашавањем да је реч о углавном безбедном поступку.	V	Ц
Жене треба информисати о физичким тегобама и последицама које могу да наступе после прекида трудноће.	I	Б
Жене треба информисати да могу да доживе различите емоционалне реакције током и после прекида трудноће. Емоционалним проблемима су посебно склоне жене које су у прошлости имале менталне поремећаје.	V	Ц

У Србији не постоје званични подаци о учесталости компликација прекида трудноће. Процењује се да је компликацијама праћен 1-2 од 1.000 прекида трудноће (10). Учесталост компликације расте са гестационом старашћу. Систематски преглед Кохран није утврдио постојање разлике у учесталости компликација између медикаментног и хируршког абортуса у првом триместру гравидитета, мада је број поузданих рандомизованих истраживања недовољан за идентификовање разлика у појављивању ретких догађаја (63). После медикаментног прекида трудноће значајно чешћа су обилнија крварења и некомплетни побачаји, а после хируршког прекида трудноће повреде органа мале карлице, док разлике у учесталости инфекција, тромбоемболија, психијатријских поремећаја и смртог исхода нису уочене (64). Поређењем медикаментног и хируршког прекида трудноће после 13 недеља гестације, уочена је виша учесталост нежељених ефеката медикаментног абортуса, мада се то запажање заснива на резултатима малих, лоше дизајнираних рандомизованих и кохортних студија (65).

Бол и крварење су чести после прекида трудноће, а јаче су испољени после медикаментног абортуса (10). Мада је удео жена које још увек крваре после две недеље од медикаментног или хируршког прекида трудноће приближан, трајање крварења је дуже после медикаментног у односу на хируршки метод.

Током и после прекида трудноће жене доживљавају низ различитих и често опречних осећања, попут олакшања, туге, љутње, кривице и жаљења (66). То се сматра нормалном реакцијом, јер важне животне одлуке изазивају сложена осећања и за већину прекид трудноће представља тежак избор. Када жена има озбиљније емоционалне проблеме или је лечена од менталног поремећаја, треба размотрити њено упућивање на саветовање (10, 67).

### 6.1. Непосредне компликације прекида трудноће

Жене треба информисати да током медикаментног прекида трудноће у другом триместру може да настане руптура утеруса, као ретка (<1/1.000 прекида трудноће), али озбиљна компликација.	I	Б
Жене треба информисати о могућности настанка ретких компликација и о њиховим могућим последицама: - Обилно крварење које захтева трансфузију; ризик је мањи током прекида трудноће у првом триместру (<1/1.000 прекида трудноће), а расте са гестационом старошћу трудноће која се прекида до 4/1.000 после 20. недеље. - Перфорација утеруса може да настане само током хируршког прекида трудноће; ризик (1-4/1.000 прекида трудноће) је мањи на почетку трудноће и када је лекар који обавља абортус искусан. - Повреда цервикса утеруса може да настане само током хируршког прекида трудноће; ризик од оштећења цервикалног канала (1/100 прекида трудноће) је мањи на почетку трудноће и када је лекар који обавља абортус искусан. Женама треба објаснити да лечење наведених компликација може да захтева надокнаду крви и оперативни захват путем лапароскопскије или лапаротомије.	I	Б

Руптура утеруса током прекида трудноће у другом триместру (13-24 недеља гестације) мизопростолом је ретка. Настанку те компликације су склоне жене које су претходно имале царски рез, мада је ризик мањи од 0,4% (68).

Обилно крварење се обично дефинише као губитак крви који је већи од 500 мл или који захтева трансфузију. Мада је у систематским прегледима литературе утврђена виша учесталост обилних крварења после медикаментног прекида трудноће, разлике у односу на хируршки абортус нису биле статистички значајне (69). С друге стране, повреде утеруса су биле значајно чешће током хируршког у поређењу са медикаментним абортусом (64, 70).

### 6.2. Неуспешни прекид трудноће

Жене треба информисати да постоји мала вероватноћа (<1/100 прекида трудноће) да због неуспеха медикаментног и хируршког метода да доведу до прекида трудноће поступак треба поновити.	I	Б
Жене треба информисати да постоји мали ризик (<5%) да ће после медикаментног или хируршког метода бити потребна додатна хируршка ревизија кавума утеруса.	V	Ц

Ризик за неуспешни хируршки прекид трудноће је већи код жена које су рађале, када је гестациона старост била мања од шест недеља, при употреби канила за аспирацију малих промера, када је прекид трудноће обављао мање искусан лекар и када су постојале аномалије утеруса (34).

Стопа неуспеха медикаментног прекида трудноће расте са гестационом старошћу од 1,6% у првих пет недеља, до 3,2% са девет и више недеља трудноће (71, 72).

Разлике у успешности медикаментног и хируршког прекида трудноће у првих 63 дана гестације су веома мале (31).

### 6.3. Инфекција после прекида трудноће

Жене треба информисати да после медикаментног или хируршког прекида трудноће може да се развије запаљење, које је обично условљено преегзистирајућом инфекцијом вагине или цервикса утеруса. Ризик може да се умањи профилактчком употребом антибиотика и скринингом на бактеријске и протозоалне узрочнике гениталних инфекција.	I	Б
---	---	---

Прекид трудноће може да се компликује гениталним инфекцијама, укључујући и запаљење органа мале карлице. Осим раног морбидитета у првим недељама после абортуса, инфламаторне компликације абортуса могу да резултују и касним секвелама, првенствено оклузијом јајовода са резултујућом неплодношћу и ектопичном трудноћом. Утврђено је да ризик за развој инфекције после прекида трудноће повећава постојање бактеријске вагинозе, као и присуство бактерија хламидије трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или гонокока (*Neisseria gonorrhoeae*) у цервиксу утеруса (20, 21). Инфекција вагине протозоом трихомонас вагиналис такође може да се компликује запаљењем органа мале карлице (9, 22). У студијама које су проучавале профилактчку примену антибиотика, инциденција инфламаторних компликација абортуса у контролној групи жена је износила до 10% (10, 23).

### 6.4. Карцином дојке

Жене треба информисати да прекид трудноће не повећава ризик за развој карцинома дојке.	I	A
--	---	---

Велики број методолошки добро дизајнираних студија показао је да не постоји корелација између искуства прекида трудноће и ризика за развој карцинома дојке (9, 10).

### 6.5. Исходи наредних трудноћа

Жене треба информисати да не постоје докази да прекид трудноће повећава ризик за каснији настанак ектопичне трудноће, плаценте превије или инфертилитета.	IIa	Б
---	-----	---

Истраживања спроведена у Србији показала су да намерни прекид трудноће и број индукованих абортуса у репродуктивној историји жене представљају важне факторе секундарне неплодности, спонтаних абортуса и превремених порођаја (1).

### Плацента превија

Постоје извесни докази да прекид трудноће може да повећа ризик за развој плаценте превије (73). То, међутим, није јединствени закључак свих студија (74).

### Ектопична трудноћа

У прегледној студији (73) која је проучавала утицај прекида трудноће на каснији настанак ектопичне трудноће установљено је да не постоји значајна веза између прекида трудноће и каснијег настанка ектопичне трудноће.

### Неплодност

Резултати истраживања показују да некомпиковани прекид трудноће не изазива неплодност. Жене су у повећаном ризику за неплодност у земљама где прекид трудноће није легалан, због чега не представља безбедан поступак (10).

### Спонтани побачај

Највећи број студија није утврдио да прекид трудноће повећава ризик за спонтани побачај, нити да на појаву спонтаног побачаја има утицаја број претходно извршених прекида трудноће (31, 73). Ипак, могуће је да су жене које затрудне у наредна три месеца од абортуса у већем ризику за спонтани побачај, као и да хируршки намерни прекид трудноће повећава релативни ризик за спонтани побачај (10).

### Превремени порођај

Жене треба информисати да после прекида трудноће постоји повећан ризик од превременог порођаја, који расте са бројем абортуса. Ипак, нема довољно доказа да би се утврдила узрочно-последична веза.	І	Б
---	---	---

Мета-анализа је утврдила да претходни прекид трудноће значајно повећава ризик за ниску телесну масу на рођењу и превремени порођај, као и да ризик расте са бројем претходно извршених абортуса. Прекид трудноће не повећава ризик за рађање детета које је мало за гестационо доба у наредним трудноћама (75). Потребан је, међутим, опрез у прихватању тих резултата јер у већини студија нису разматрани други чиниоци који могу да утичу на ризик за настанак превременог порођаја, попут социоекономског статуса жена или могућих озледа цервикса утеруса током хируршког прекида трудноће (76).

## 6.6. Психолошке последице

Жене са непланираном трудноћом треба информисати да на појаву психолошких последица нема утицаја да ли ће исход бити намерни прекид или наставак трудноће и рађање.	I	Б
---	---	---

За већину жена је доношење одлуке да прекину трудноћу стресогено и непријатно искуство. Зато је период доношења одлуке и намерног прекида трудноће праћен различитим и снажним емоцијама. Ипак, дуготрајна осећања туге, кривице и жаљења се појављују код малог броја тих жена (4). Код већине жена не настају психолошке последице прекида трудноће. У истраживањима нису уочене разлике у учесталости психолошких последица између жена које су прекинуле непланирану трудноћу и оних које су се одлучиле да трудноћу наставе (77, 78).

## 7. Поступак после прекида трудноће и наставак праћења

После намерног или спонтаног прекида трудноће свим женама треба обезбедити одговарајућу здравствену заштиту. Превенција или правовремена детекција и лечење компликација, стручна помоћ за коришћење ефикасне контрацепције и остваривање контакта са државним институцијама и невладиним организацијама које женама са одређеним проблемима могу да пруже социјалну подршку су основни елементи заштите здравља жена после прекида трудноће.

### 7.1. Информисање

Извештај о обављеном прекиду трудноће треба да садржи довољно информација да у другој здравственој установи могу да се збрину могуће компликације.	√	Ц
После прекида трудноће жени треба у усменом и писменом облику пружити информације о: - могућим тегобама, уз наглашавање оних које налажу хитно обраћање лекару; - симптомима који могу да укажу да се трудноћа и даље развија.	√	Ц
Потребно је обезбедити да жена може да потражи савет или помоћ после прекида трудноће континуирано свих 24 сата.	√	Ц

### 7.2. Наставак праћења

Први преглед жене после прекида трудноће обавља се после две - три недеље. Преглед треба обавити раније ако има обилно крварење, фебрилност или јаке болове у доњем трбуху.	√	Ц
У случају некомплетног побачаја, одлуку о инструменталној ревизији утеруса треба заснивати на клиничким показатељима, а не на подацима добијеним ултрасонографским прегледом.	√	Ц

Наставак трудноће после абортуса представља ретку компликацију. Она је веома ретка после хируршког (2,3/1.000 прекида трудноће), а нешто чешћа (0,5-1%) после медикаментног абортуса (34, 71). Знаци који указују на могућност неуспешног абортуса су одржавање симптома трудноће и изостанак крварења после извршеног поступка (10). Ипак, код свих жена је потребно да се провери да ли је прекид трудноће успешно извршен применом једног или више дијагностичких поступака. То су: гинеколошки бимануелни преглед, ултрасонографска дијагностика и одређивање концентрације hCG-а у крви.

Мада је ултрасонографски преглед поуздан у дијагностиковању наставака трудноће после абортуса, може да наведе на погрешан закључак у случају сумње на некомплетни побачај. Запажено је да ултрасонографска процена садржаја кавума утеруса и дебљине ендометријума није у корелацији са симптомима и знацима који указују на некомплетни побачај и резултатима хистолошког прегледа. Стога, ултрасонографија није поуздан елемент клиничког прегледа у процени потребе за инструменталном ревизијом утеруса (79). Ту одлуку треба донети на основу присутних симптома и знакова (10).

### 7.3. Превенција РхД-изоимунизације

Анти РхД-имуноглобулин треба дати свим несензибилисаним РхД негативним женама у првих 72 сата од прекида трудноће.	I	Б
Примена анти-РхД имуноглобулина није потребна код РхД-негативних жена које већ имају РхД антитела у серуму.	√	Ц

Мишљења о потреби пасивне имунизације Резус фактор Д (РхД)-негативних жена давањем РхД-имуноглобулина у првих 72 сата после прекида трудноће су подељена (9, 10). Када је трудноћа мања од 9 недеља, ризик за настанак РхД-сензибилизације је веома мали (80). Ипак, пожељно је давање РхД-имуноглобулина свим РхД-негативним женама чији је партнер РхД-позитиван или непознатог РхД-статуса. За трудноће старости до 12 недеља довољна је доза од 50 µg РхД-имуноглобулина. Препоручена доза РхД-имуноглобулина за трудноће веће од 12 недеља је 100 µg РхД-имуноглобулина, мада може да буде и већа (250 µg РхД-имуноглобулина) када је запремина фетоматерналне хеморагије преко 4 мл. Најбоље је дати РхД-имуноглобулин у време извршења прекида трудноће. Када се прекид трудноће обавља медикаментним методом, РхД-имуноглобулин се даје у време узимања мифепристона.

РхД-имуноглобулин треба убризгати у делтоидни мишић, јер када се даје у глутеалну регију обично доспева у поткожно ткиво, што може да успори апсорпцију (10).

Бескорисно је давање РхД-имуноглобулина РхД-негативним женама код којих су у серуму присутна РхД-антитела. Мада сам РхД-имуноглобулин неће нашкодити жени, непотребно се излаже ризику добијања продуката људске крви.

#### 7.4. Почетак коришћења контрацепције

Пре него што жена напусти здравствену установу у којој је извршен прекид трудноће, треба обавити саветовање о контрацепцији коју ће користити у будућности. Важно је да се понуде сви расположиви ефикасни методи.	I	Б
Жени која прекида трудноћу треба нагласити већу поузданост дугоделујућих метода контрацепције (интраутериних уложака, импланата, депо-препарата).	I	Б
Жена започиње коришћење изабраног метода контрацепције одмах после хируршког или медикаментног прекида трудноће.	I	Б
Интраутерина контрацепција може да се инсертује одмах после хируршког или медикаментног прекида трудноће ако је извесно да је трудноћа евакуисана.	I	Б
Ако је женина одлука да не почне са коришћењем контрацепције одмах после прекида трудноће, треба је упутити на изабраног лекара и информисати о установама и организацијама којима може да се обрати за контрацепцију у локалној заједници.	V	Ц
Треба успоставити сарадњу између служби за прекид трудноће и установа и организација који пружају саветовање о контрацепцији у локалној заједници.	V	Ц

После одговарајућег информисања и саветовања, жени треба помоћи да изабере и почне да користи после прекида трудноће неки ефикасан метод контрацепције. Коришћење свих метода контрацепције, укључујући интраутерини уложак (ИУУ) и хормонску контрацепцију, могуће је почети одмах по извршењу хируршког или медикаментног абортуса, уз поштовање клиничких смерница са преписивање одређеног вида превенције зачећа (81, 82) и ограничења појединих метода. Овулација се после прекида трудноће у првом триместру код 90% жена дешава већ у првом месецу (10). Почетак коришћења контрацепције одмах после прекида трудноће има више предности. Најважније су да жена у том тренутку сигурно није трудна и да је обично веома мотивисана да користи контрацепцију и спречи нову непланирану трудноћу. Дугоделујући методи контрацепције не захтевају континуирано ангажовање корисница, које је карактеристично за коришћење оралне хормонске контрацепције или баријерних метода, па је стога њихова ефикасност у спречавању поновљених непланираних трудноћа већа (9, 10). Оправданост што ранијег почетка коришћења контрацепције после прекида трудноће, а посебно наглашавања ефикасности дугоделујућих контрацептивних метода, потврђена је у проспективној кохортној студији из Финске, која је обухватила 1.269 жена које су намерно прекинуле трудноћу (83). Ризик за поновљени прекид трудноће је био нижи код жена које су било који метод контрацепције почеле да користе одмах после абортуса, а најнижи ризик је утврђен код оних које су изабрале интраутерини уложак.

Комбиновану хормонску контрацепцију (препарате за оралну, вагиналну и трансдермалну примену) и прогестагенску хормонску контрацепцију (препарате за оралну примену, депо-инјекције и импланте) треба почети на дан извршења хируршког прекида трудноће, односно после прве фазе медикаментног абортуса

(узимања мифепристона) (9, 10). Систематски преглед литературе је утврдио да је почетак коришћења комбиноване оралне контрацепције непосредно после хируршког или медикаментног прекида трудноће безбедан и без утицаја на интензитет и дужину крварења после абортуса (84).

Инсертовање интраутериног улошка са додатком бакра (ИУУ) или прогестагена левоноргестрела (ЛНГ-ИУС) Светска здравствена организација препоручује непосредно после хируршког или медикаментног прекида трудноће (82). Та интервенција је потпуно безбедна после прекида трудноће у првом триместру, док су после абортуса у другом триместру могуће предности инсертовања веће од претпостављених ризика (82). После медикаментног абортуса, ИУУ се инсертује када се утврди да је прекид трудноће завршен. О резултатима инсерције интраутериног улошка са додатком бакра (ИУУ) или прогестагена левоноргестрела (ЛНГ-ИУС) непосредно после медикаментног прекида трудноће има мало података и више различитих препорука (9, 10). Светска здравствена организација не прави разлику у препорукама за инсерцију ИУУ и ЛНГ-ИУС између хируршког и медикаментног прекида трудноће (82). У Великој Британији се препоручује инсертовање ИУУ непосредно после хируршког абортуса и после друге фазе медикаментног абортуса, извршених до навршених 24 недеља гравидитета (85).

У систематском прегледу литературе, који је укључио девет рандомизованих студија и укупно 4.476 година посматрања показано је да инсертовање ИУУ непосредно после хируршког прекида трудноће представља безбедан и практичан поступак (86). Додатно, нису уочене разлике у учесталости запаљења органа мале карлице између жена којима је ИУУ инсертован у време хируршког абортуса и оних којима ИУУ није инсертован. Стопа експулзија ИУУ је била виша после абортуса у другом триместру гравидитета, у поређењу са инсерцијом ИУУ после прекида трудноће у првом триместру. Налази неколико студија су показали да је безбедно и ефикасно инсертовање ЛНГ-ИУС после хируршког прекида трудноће (10). У једном мањем, рандомизованом истраживању утврђена је нижа учесталост ванредних крварења у групи жена којима је ЛНГ-ИУС инсертован после хируршког абортуса, у поређењу са групом жена којима је ЛНГ-ИУС инсертован после менструације (87).

Питање стерилизације после абортуса је веома осетљиво, јер жена која је суочена са нежељеном трудноћом често не може рационално да доноси одлуку којом ће неповратно изгубити плодност. Све жене треба информисати о ургентној (хитној) контрацепцији и могућности да је набаве унапред и имају код себе. То је посебно важно за жене које су одлучиле да ће користити кондом и за оне које нису почеле да користе контрацепцију непосредно после прекида трудноће.



## Литература

1. Рашевић, М. Ка разумевању абортуса у Србији. Београд: Центар за демографска истраживања Института друштвених наука; 1993.
2. World Health Organization. Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, inclusive of the UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) World Health Organization; 2009. Dostupno na: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health); преузето 30. 04. 2013.
3. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Lhman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379(9816):625–32.
4. Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24:657–65.
5. UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey 2010 (preliminary findings). Београд: RZS i UNICEF; 2011.
6. Westoff CF. A New Approach to Estimating Abortion Rates. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc; 2008.
7. Рашевић М. Да ли је евидентиран број абортуса у Србији реалан? *Становништво* 2008; XLVI(2):7-21.
8. Sedgh G, Bankole A, Singh S, Biers M. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012; 38(3): 143-15.
9. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2012.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: Evidence-based clinical guideline - Number 7. London: FiSH Books; 2011.
11. Закон о поступку прекида трудноће у здравственим установама. *Сл. гласник РС, бр. 16/95 и 101/2005 - др. закон.*
12. Закон о здравственој заштити. *Сл. Гласник РС, бр. 107/2005, 72/2009 – др. Закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011 и 119/2012)*
13. Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Влада Републике Србије; 2005. Доступно на: <http://www.minrzs.gov.rs/doc/porodica/zlostavljanje/Opsti%20protokol%20zlostavljanje%20i%20zanemarivanje%20deca.pdf>, преузето 10.05.2013.
14. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2009.
15. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 1984; 251:2108–11.
16. International Planned Parenthood Federation. IPPF charter on sexual and reproductive rights. London: International Planned Parenthood Federation; 2003.
17. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993, 307:714–7.
18. 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. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 176:431–7.
19. Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (4):CD007058.
20. Westergaard L, Philipsen T, Scheibel J. Significance of cervical Chlamydia trachomatis infection in postabortal pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1982; 60:322–5.
21. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Thejls H, Forsum U, Pålsson C. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double-blind, randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:100–3.

22. Hng NM, Kurtzhals J, Thy TT, Rasch V. Reproductive tract infections in women seeking abortion in Vietnam. *BMC Women's Health* 2009; 9:1 doi:10.1186/1472-6874-9-1
23. Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hebjørn S, Dyring-Andersen K, Andersen JT, Hejl BL. Prophylactic antibiotics in first-trimester abortions: a clinical, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139:693–6.
24. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 87:884–90.
25. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *N Engl J Med* 2009; 361:145–51.
26. Meites E, Zane S, Gould C; C. sordellii Investigators. Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *N Engl J Med* 2010; 363:1382–3.
27. Aldape MJ, Bryant AE, Stevens DL. *Clostridium sordellii* infection: epidemiology, clinical findings, and current perspectives on diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis* 2006; 43:1436–46.
28. Bender SS, Geirsson RT. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. *Contraception* 2004; 69:481–7.
29. Masch R, Cabrera I, Abder R, Baecher L, Cremer M, Gokhale A, et al. The effect of consolidation of abortion services on patient outcomes. *Contraception* 2008; 77:60–3.
30. Speroff L, Darney PD. *A Clinical Guide for Contraception*. 4<sup>th</sup> edition, Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
31. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion. A comparative review. *Drugs* 2002; 62:2459–70.
32. Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4):CD002900.
33. Tuncalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9):CD001993.
34. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66:533–7.
35. Creinin MD, Edwards J. Early abortion: surgical and medical options. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 1997; 20:6–32.
36. Fait G, Amster R, Tugendreich D, Dreval D, David A, Wolman I. Use of ultrasonography to guide first-trimester pregnancy terminations obviates the need for sharp curettage. *Fertil Steril* 2002; 78:1131–2.
37. Acharya G, Morgan H, Paramanatham L, Fernando R. A randomized controlled trial comparing surgical termination of pregnancy with and without continuous ultrasound guidance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 114:69–74.
38. Vukčević G. Comparative analysis of the damage of uterine cervical canal during the dilatation by classical and hydraulic dilators. Medical faculty, University of Kragujevac; 2010.
39. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. *BMJ* 1993; 307:532–7.
40. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. *BJOG* 2000; 107:524–30.
41. von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Marions L, My Huong NT, Tang OS, et al.; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *BJOG* 2009; 116:381–9.
42. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception* 2009; 80:282–6.
43. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Riptu V, Bracken H, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception* 2009; 79:84–90.
44. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1303–10.

45. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD002855.
46. Wedisinghe L, Elsandabese D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first trimester medical termination. *Contraception* 2010; 81:269–74.
47. Strafford MA, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:e34–6.
48. Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Hum Reprod* 2002; 17:1477–82.
49. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1995; 27:142–8.
50. Westhoffa C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception* 2000; 62:311–4.
51. Creinin MD, Schreiber CA, Bednarek P, Lintu H, Wagner MS, Meyn LA; Medical Abortion at the Same Time (MAST) Study Trial Group. Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: a randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109:885–94.
52. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004; 70:387–92.
53. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50–63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod* 2010; 25:1153–7.
54. Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:393–7.
55. Darney P, Sweet L. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *J Ultrasound Med* 1989; 8:71–5.
56. Fox MC, Hayes JL; Society of Family Planning. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. *Contraception* 2007; 76:486–95.
57. Goldberg AB, Drey EA, Whitaker AK, Kang MS, Meckstroth KR, Darney PD. Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106:234–41.
58. Ashok PW, Kidd A, Flett GM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10–13 weeks gestation. *Hum Reprod* 2002; 17:92–8.
59. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1):CD005216.
60. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Histologic examination of products of conception at the time of pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 80:315–6.
61. Seckl MJ, Gillmore R, Foscett M, Sebire NJ, Rees H, Newlands ES. Routine terminations of pregnancy: should we screen for gestational trophoblastic neoplasia? *Lancet* 2004; 364:705–7.
62. Paul M, Goodman S, Felix J, Lewis R, Hawkins M, Drey E. Early molar pregnancy: experience in a large abortion service. *Contraception* 2010; 81:150–6.
63. Say L, Brahma D, Kulier R, Campana A, Gülmezoglu AM. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1):CD003037.
64. Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009; 114:795–804.
65. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters* 2008; 16 Suppl:173–82.
66. Astbury-Ward E. Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008; 34:181–4.
67. Weitz T, Moore K, Gordon R, Adler N. You say “regret” and I say “relief”: a need to break the polemic about abortion. *Contraception* 2008; 78:87–9.

68. Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG* 2009; 116:1151–7.
69. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; (4): CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub3.
70. Zhou W, Nielsen GL, Møller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:331–6.
71. Kahn JG, Becker BJ, Maclsaal L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61:29–40.
72. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002;109:1281–9.
73. Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obst Gynecol Surv* 2002; 58:67–79.
74. Zhou W, Nielsen GL, Larsen H, Olsen J. Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:1115–20.
75. Shah PS, Zao J on behalf of Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and metaanalyses. *BJOG* 2009; 116:1425–42.
76. Gan C, Zou Y, Wu S, Li Y, Liu Q. The influence of medical abortion compared with surgical abortion on subsequent pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 101:231–8.
77. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2008; 78:436–50.
78. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011; 364:332–9.
79. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34:104–9.
80. Hannafin B, Lovecchio F, Blackburn P. Do Rh-negative women with first trimester spontaneous abortions need Rh immune globulin? *Am J Emerg Med* 2006; 24:487–9.
81. Радна група за израду препорука о комбинованој хормонској и интраутериној контрацепцији. Контрацепција и репродуктивно здравље: Препоруке за коришћење комбиноване хормонске и интраутерине контрацепције. Београд: Републички центар за планирање породице, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“; 2006.
82. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4<sup>th</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
83. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008; 78:149–54.
84. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception* 2009; 80:355–62.
85. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. London: FSRH; 2009. Доступно на: <http://www.fsrh.org/admin/uploads/UKMEC2009.pdf>, преузето: 01. јуна 2013.
86. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (6):CD001777.
87. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Adv Contracept* 1986; 2:387–92.







Ovo je samo ilustracija čekamo ISBN

ISBN 978-86-88459-21-1



9 788688 459211 >