
RASEDUSE KATKESTAMINE

Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend



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

2024

RASEDUSE KATKESTAMINE

EESTI NAISTEARSTIDE SELTSI RAVIJUHEND, VERSIOON 3

Käesolev juhend asendab Eesti Naistearstide Seltsi juhatuse 4. märtsil 2016 kinnitatud ravijuhendi „Raseduse katkestamine“ versiooni 2.

Kinnitatud Eesti Naistearstide Seltsi juhatuse poolt 03. mail 2024. Kooskõlastatud Eesti Ämmaemandate Ühingu poolt.

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

Juhendi eesmärk on anda meedikutele juhised turvaliseks ja tõenduspõhiseks abordikäsitluseks tervishoius. Juhend käsitleb raseduse katkestamist omal soovil ja meditsiinilistel näidustustel: abordieelset perioodi, raseduse katkestamise meetodeid ning abordijärgset perioodi koos soovitusel kontratseptsiooninõustamiseks. Juhendi laiem eesmärk on toetada naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist ning vähendada soovimatuid rasedusi.

Juhend on mõeldud kõigile tervishoiutöötajatele, kes puutuvad oma töös kokku raseduse katkestamisega.

SISUKORD

1. Sissejuhatus	3
2. Lühendid	4
3. Mõisted (tähestikulises järjekorras)	5
4. Muudatused võrreldes juhendi eelmise versiooniga	6
5. Inimõigused	11
6. Eesti seadusandlus	12
7. Epidemioloogiline olukord	16
8. Tõenduspõhisuse määratlus	19
9. Enne raseduse katkestamist	20
9.1. Nõustamine	20
9.2. Kliiniline käsitlus enne raseduse katkestamist	27
10. Raseduse katkestamine	32
10.1. Medikamentoosne meetod	32
10.1.1. Alla 12-nädalase raseduse katkestamine	32
10.1.2. Üle 12-nädalase raseduse katkestamine meditsiinilisel näidustusel	38
10.1.3. Peetunud raseduse katkestamise raviskeemid	41
10.2. Kirurgiline meetod	43
11. Abordijärgne periood	49
11.1. Raseduse katkemise kindlakstegemine	49
11.2. Raseduse jätkumine	49
11.3. Mittetäielik abort	50
11.4. Kontratseptsioon	51
12. Kasutatud allikad	54
Lisad	57
Lisa 1. Raseduse medikamentoosse katkestamise nõustamisakt	57
Lisa 2. Raseduse kirurgilise katkestamise nõustamisakt	61
Lisa 3. Meditsiinilisel näidustusel raseduse medikamentoosse katkestamise nõustamisakt üle 12. nädala kestnud raseduse korral	64
Lisa 4. Ravimiannuste kokkuvõte tabel	68

1. SISSEJUHATUS

Raseduse katkestamine e abort on ülemaailmselt levinud meditsiiniline protseduur – igast kümnest rasedusest kolm ja soovimatust rasedusest kuus lõppevad indutseeritud abordiga (1). Kui järgitakse WHO soovitusi, on abort turvaline meditsiiniline protseduur ja sellega kaasnevad terviseriskid väga madalad (2). Hinnanguliselt on 45% kõigist maailmas tehtavatest abortidest siiski ebaturvalised, põhjustades 4,7–13,2% emade surmajuhtumitest – kokku 13 865–38 940 kaotatud inimelu aastas (3, 4). Ebaturvaline abort on seetõttu arengumaades üks peamisi viljakas eas naiste emasurma põhjuseid, ehkki suurem sünnituse tagajärjel on veelgi suurem. Enamik ebaturvalistest abortidest tehakse riikides, kus abordiseadused on väga ranged või abort on täiesti keelatud, sh ka ema elu päästmiseks (5). See tähendab, et ebaturvalise abordi traagilised tagajärjed on ärahoitavad. Lisaks abordi lubatavusele, laiapõhjalisele seksuaalharidusele ja kättesaadavatele rasestumisvastastele meetoditele on vajalik ka kvaliteetne ja kättesaadav tervishoiuteenus turvaliseks raseduse katkestamiseks.

Käesoleva juhendi kliiniliste soovitude koostamisel on kasutatud peamiselt Maailma Terviseorganisatsiooni uue juhendi (2022) (6), Briti Kuningliku Naistearstide Ühenduse heade tavade dokumendi (2022) (7) ning Soome Arstide Liidu Duodecim ja Soome Naistearstide Seltsi töörühma raseduse katkestamise juhendi (2023) (8) soovitusi.

Muud juhendis kasutatud allikad on tekstis leitavad viitega kirjanduse peatükile.

2. LÜHENDID

BV	bakteriaalne vaginoos
D&E	dilatatsioon ja evakuatsioon
ESV/ESS	emakasisene vaske sisaldav vahend ja emakasisene hormonaalne süsteem
hCG	inimese kooriongonadotropiin (<i>human chorionic gonadotrophin</i>)
i/v	veenisisene manustamine
i/m	lihasesisene manustamine
KA	kirurgiline abort
KHK	kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon
MA	medikamentoosne abort
NSAID	mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (<i>non-steroidal anti-inflammatory drugs</i>)
PID	vaagnaorganite põletik (<i>pelvic inflammatory disease</i>)
p/o	suukaudne manustamine
p/v	tupekaudne manustamine
RVM	rasestumisvastased meetodid
RI	raseduse infosüsteem
RKSS	raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus
s/l	sublingvaalne manustamine
STLI	seksuaalsel teel levivad infektsioonid
UH	ultraheliuuring
VÕS	võlaõigusseadus
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)
TÜK	Tartu Ülikooli Kliinikum
LTKH	Lääne-Tallinna Keskhaigla
ITKH	Ida-Tallinna Keskhaigla

3. MÕISTED (TÄHESTIKULISES JÄRJEKORRAS)

Enesejuhitud abort: kogu medikamentoosse abordi protsessi või selle osa juhtimine patsiendi poolt, näiteks MA sobivuse hindamine, ravimite manustamine ilma tervishoiutöötaja otsese järelevalveta ja raseduse katkemise hindamine patsiendi enda poolt.

Indutseeritud abort: emakasisese raseduse katkestamine medikamentoosse või kirurgilise meetodiga omal soovil.

Iseeneslik e spontaanne abort: raseduse katkemine enne, kui loode on elujõuline väljaspool emakat (enne 22. rasedusnädalat). Raseduse katkemise kliinilisteks tunnusteks on vaginaalne verejooks, tavaliselt koos kõhuvalu ja valulike emaka kokkutõmmetega. Raseduse katkemist nimetatakse täielikuks või mittetäielikuks sõltuvalt sellest, kas emakasse on jäänud raseduskudet või mitte.

Kirurgilised abordi meetodid: transtservikaalsete protseduuride kasutamine raseduse katkestamiseks, sealhulgas vaakumaspiratsioon ning dilatatsioon ja raseduskoe evakuatsioon (D&E). Harvadel juhtudel hõlmab see hüsterotoomiat või hüsterektoomiat.

Medikamentoossed abordi meetodid: farmakoloogiliste ainete kasutamine raseduse katkestamiseks.

Mittetäielik abort: kliiniliselt hinnatav seisund, mille korral emakakael on avatud, esineb vereeritus emakast ja kogu raseduskude pole emakast väljunud/väljutatud või eritunud raseduskoe hulk ei vasta hinnanguliselt raseduse kestusele. Mittetäielik abort võib tekkida pärast indutseeritud või iseeneslikku aborti. Eristatakse tüsistusteta ja tüsistustega mittetäieliku aborti. Tüsistusteta mittetäielik abort laheneb sageli spontaanselt (emakas tühjeneb). Sekkumist vajab tüsistunud mittetäielik abort, mille sümptomiteks on tugev või pikaleveninud vaginaalne veritsus ja kõhuvalu.

Osmootsed dilataatorid: lühikesed õhukesed niiskuses paisuvad pulgad, mis on valmistatud merevetikatest (laminaariast) või sünteetilisest materjalist. Pärast emakakaelakanalisse asetamist imavad need niiskust ja laienevad, dilateerides järk-järgult emakakaela.

Peetunud rasedus (ingl *missed abortion*): raseduse arengu peetumine, mil embrüo/ südametegevuseta loode/embrüonaalkude või tühi lootemuna on emakas ja emakakaelakanal on suletud. Sümptomiteks võivad olla valu ja/või verejooks, kuid sümptomid võivad puududa.

Telemeditsiin: tervishoiuteenuste osutamise viis, kus teenuseosutajad ja patsiendid ei puutu otseselt kokku. Suhtlus võib toimuda reaajas (sünkroonselt), nt telefoni või videolingi kaudu, või asünkroonselt, mil päring esitatakse ja vastus antakse e-posti või teksti-, hääl- või helisõnumiga.

Vaakumaspiratsioon: kirurgiline abordimeetod, kus emaka sisu evakueeritakse läbi plast- või metallkanüüli, mis on kinnitatud negatiivset rõhku tekitava elektrilise vaakumpumba külge.

4. MUUDATUSED VÖRRELDES JUHENDI EELMISE VERSIOONIGA

Eelmises juhendis puudus ja käesolevasse on lisatud käsitlus raseduse katkestamisest:

- a) meditsiinilistel näidustustel üle 12. rasedusnädala kestnud raseduse korral;
- b) peetunud raseduse korral.

Tabel 1. Muudatused ning eelmise ja uue juhendi sõnastus

Abordieelne periood		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Veregrupi ja reesusfaktori määramine < 9-nädalase raseduse korral pole vajalik.	Abordieelselt määrata reesusfaktor ja veregrupp koos erütrotsüütidevastaste antikehade määramisega, kui seda ei ole enne teostatud.	Veregrupi ja reesusfaktori määramine ei ole vajalik < 9-nädalase raseduse katkestamise korral.
Rutiinselt hemoglobiini ja hematokriti kontsentratsiooni määramine pole vajalik.	Hemoglobiini määramine on soovituslik, eriti aneemia kahtluse korral.	Vajalik ei ole hemoglobiini ja hematokriti kontsentratsiooni määramine, välja arvatud teadaoleva aneemia või selle kahtluse korral.
Medikamentoosne meetod		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Vereerituse käsitlus pärast mifepristooni manustamist.	24–48 h pärast mifepristooni manustamist toimub misoprostooli manustamine. Kui abort on toimunud (2–5% juhtudest) ja see UH-uuringuga kinnitatakse, siis ei ole vaja misoprostooli manustada.	Pärast mifepristooni manustamist tekib järgneva(te)l päeva(de)l väikesel osal patsientidest vereeritus – see ei tähenda alati, et rasedus on katkenud, mistõttu on vajalik misoprostooli manustamine planeeritud ajal. Kui vereeritus on rohke ja algab kohe pärast mifepristooni manustamist, võib patsient kohe võtta misoprostooli 400 µg s/l või bukaalselt, ootamata ära planeeritud misoprostooli manustamise aega.
Misoprostooli suukaudset manustamisviisi ei kasutata.	Misoprostooli manustamisviisid: vaginaalne, suukaudne, bukaalne, sublingvaalne.	Misoprostooli manustamisviisid: vaginaalne (p/v), sublingvaalne (s/l), bukaalne.

Medikamentoosne meetod		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Misoprostooli annus alla 12- nädalase raseduse korral on ühesugune nii vaginaalse, bukaalse kui sublingvaalse manustamisviisi korral (suukaudset manustamisviisi ei kasutata).	Alla 9-nädalase raseduse korral: 800 µg vaginaalselt (lubatud ka bukaalne või sublingvaalne manustamine) VÕI 400 µg suu kaudu (ainult < 49-päevase raseduse korral). 9–12-nädalase raseduse korral: 800 µg vaginaalselt, edasi 400 µg vaginaalselt või suu kaudu iga 3 tunni järel.	Alla 12-nädalase raseduse korral: 800 µg p/v, s/l või bukaalselt.
Kui pärast misoprostooli manustamist vereeritus alla 12-nädalase raseduse katkestamise korral ei alga 4 h jooksul, siis võib misoprostooli korduvalt manustada – seetõttu on soovitatav tervishoiuasutusest koju kaasa anda üks kordusannus.	Alla 9-nädalase raseduse korral: kui rasedus ei katke 4 h jooksul pärast misoprostooli manustamist, võib manustada korduva 400 µg misoprostooli annuse suukaudselt või vaginaalselt. 9–12-nädalase raseduse korral: 800 µg vaginaalselt, edasi 400 µg vaginaalselt või suu kaudu, (kui vereeritust ei alga), iga 3 h järel kuni lootemuna väljumiseni, kuni 4 doosi.	Kui pärast misoprostooli kodus manustamist ei alga vereeritus 4 h jooksul (tõenäolisem suurema gestatsiooniaja korral), siis võib manustada misoprostooli korduvalt. Soovitatav on alla 12-nädalase raseduse katkestamise korral (kindlasti 9–12-nädalase raseduse korral) anda koju kaasa kordusannus (2 tabletti – 400 µg) misoprostooli, mida patsient manustab p/v, s/l või bukaalselt siis, kui veritsus ei alga 4 h jooksul. Haiglas misoprostooli manustamise korral võib misoprostooli manustada korduvalt 400 µg iga 3 h järel kuni raseduse katkemiseni.
Lisatud on ravitaktika, kuidas toimida patsientidega, kellel alla 12-nädalase raseduse korral kahe misoprostooli annuse järel veritsus ei alga.	-	Kui 3 ööpäeva jooksul pärast misoprostooli manustamist kodus veritsus ei alga, tuleb pöörduda erakorraliselt raviasutusse – vajalik on uus hindamine (sh ektoopilise raseduse välistamine) ja edasise ravitaktika planeerimine. Kui rasedus on alles, siis kaaluda uuesti medikamentoosse meetodi rakendamist mifepristooni eelneva manustamisega ja korduva misoprostooli manustamisega 400 µg iga 3h järel kuni raseduse katkemiseni. Selle skeemi rakendamiseks tuleb patsient hospitaliseerida.

Medikamentoosne meetod		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Alternatiivse ravimina MA puhul on lisatud letrosool.	-	Rasedust on võimalik katkestada alternatiivselt ka letrosooli ja misoprostooli kombinatsiooniga.
Kirurgiline meetod		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Emakakaela ettevalmistust KA eelselt soovitatakse kõigile.	Emakakaela ettevalmistus on näidustatud: noortele (alla 18-aastastele); 9–11-nädalase rasedusega sünnitamata patsientidele; emakakaela anomaaliate ja eelnenud emakakaela operatsioonide korral.	Emakakaela ettevalmistust soovitatakse kõigile. Kindlasti on see vajalik teismelistele, sünnitamata naistele, raseduse suurusel ≥ 12 nädalat, teadaoleva emakakaela anomaalia ja varasema emakakaela kirurgia korral.
Emakakaela ettevalmistuseks enne KA on efektiivseim misoprostooli sublingvaalne manustamine.	Misoprostooli kasutatakse vaginaalselt või sublingvaalselt, vaginaalsel manustamisel on gastrointestinaalseid kõrvaltoimeid vähem kui sublingvaalsel manustamisel.	Emakakaela ettevalmistuseks enne KA on efektiivseim misoprostooli s/l manustamine.
Pärast vaakumaspiratsiooni alla 12-nädalase raseduse katkestamise korral rutiinselt küretti kasutada ei tohi, sest see tõstab tüsistuste riski.	Rutiinne küreti kasutamine pole vajalik.	Rutiinselt küretti kasutada ei tohi.
Abordijärgne periood		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Rutiinne abordijärgne visiit ei ole vajalik. Oluline on põhjalik nõustamine, millal on vaja vastuvõtule pöörduda.	Abordijärgset visiiti tuleb pakkuda kõikidele: kelle rasedus katkes kodus, kellel oli üle 9-nädalane rasedus ja see katkestati MAgA, kelle rasedus katkestati misoprostooliga monopreparaadina.	Rutiinseks järelkontrolliks või abordijärgseks UH-uuringuks vajadust ei ole. Patsiendi soovil või vajaduse korral, nt täiendavaks kontratseptsioonikäsitlemiseks (sh emakasisese vahendi paigalduseks), psühhosotsiaalse toe pakkumiseks või muul põhjusel võib plaanida järelvisiidi raviastutuses 2–5 nädala pärast.

Abordijärgne periood		
MUUDATUSE SISU	EELMINE JUHEND	UUS JUHEND
Raseduse jätkumise hindamiseks seerumi hCG test ainsana ei sobi. UH võimaluse puudumisel saab seda kasutada koos raseduse sümptomite hindamisega. Kodus toimunud aborti hindamisel tuleb arvestada hCG uriinitesti tundlikkust.	Kasutada võib hCG määramist. Kui kasutada MA toimumise hindamiseks seerumi hCGd, siis peab arvestama, et hCG võib olla leitav veel 4 nädalat pärast raseduse katkemist.	Seerumi hCG määramisel tuleb arvestada, et aeg, mil hCG ei ole enam leitav, on alles 6-7 nädalat pärast raseduse katkemist ja seda saab tõlgendada ainult koos muude rasedusele viitavate sümptomite hindamisega. hCG uriinitesti tegemine kodus on võimalik, kuid selle puhul tuleb arvesse võtta, et Eestis on apteegis müügil vaid kõrge sensitiivsusega rasedustestid (alates 50 IU hCG), mis sobivad raseduse täieliku katkemise kindlakstegemiseks alles 5 nädala pärast. Madala sensitiivsusega rasedustestid (alates 1000 IU hCG) sobivad raseduse kindlakstegemiseks 2 nädalat pärast aborti.
Kui rasedus jätkub pärast MA, ei ole eelistatud kirurgiline meetod, kasutada võib mõlemat meetodit.	Raseduspuhuste sümptomite jätkumisel ja kliiniliselt sedastatud raseduse jätkumise korral (UH näitab lootemuna olemasolu) on soovitatav raseduse kirurgiline lõpetamine, kuid naise valikul võib kasutada ka misoprostooli korduvat manustamist.	Raseduse katkestamiseks võib korrata mifepristooni-misoprostooli skeeme või kasutada kirurgilist sekkumist.
Mittetäieliku aborti diagnostika põhineb ainult kliinilistel sümptomitel ja mitte UH leiul. Mõistet „retentsioon” kliiniliselt ei kasutata. Tüsistusteta mittetäieliku aborti korral tuleb esimesena kaaluda äraootavat taktikat, mis on sama efektiivne kui misoprostooli manustamine.	Juhendis mittetäieliku aborti diagnostika puudus. Käsitluse korral on soovitatav sõltuvalt kliinilisest seisundist ja naise valikust kas: jälgimistaktika (kui rohke vereeritus ja põletikutunnused puuduvad), korduv misoprostooli manustamine või vaakumaspiratsiooni teel emaka tühjendamine. Paljud retentsioonid resorbeeruvad või väljuvad iseeneslikult. Soovituslik kontrolli aeg on pärast menstruatsiooni; korduv misoprostooli manustamine; vaakumaspiratsiooni teel emaka tühjendamine.	Tüsistusteta mittetäielik abort (emaka mittetäielik tühjenemine) on abordijärgsetel nädalatel tavaline. UHs nähtavad verehüübed, paksenenud endomeetrium ja (vaskulariseeritud) raseduskoe jääk (nn retentsioon) on rohenenud verejooksule või vaagnaorganite põletikule viitavate sümptomite puudumise korral kliiniliselt mitteoluline leid ja laheneb enamasti ise. Tüsistusteta mittetäielik abort võib tekkida pärast indutseeritud või spontaanset aborti ning nende

		<p>käsitlus on sama – eelkõige äraootav taktika.</p> <p>Kui veritsus on mõõdukas ja ei esine infektsiooni sümptomeid, on äraootav taktika sama efektiivne kui misoprostooli manustamine.</p>
<p>Emakasisese vahendi/süsteemi paigaldamine pärast medikamentooset aborti (alla 12-nädalase raseduse puhul) peab toimuma nii ruttu kui võimalik ja ei vaja ultraheli kinnitust nn retentsiooni puudumise kohta.</p>	<p>MA korral tohib selle (emakasisese vahendi/süsteemi) paigaldada siis, kui täielik aborti toimumine on kinnitatud.</p>	<p>MA korral, kui järelkontrollis raseduse jätkumist (UH-uuringul lootemuna) ei tuvastata, võib emakasisese süsteemi/vahendi paigaldada. UH-uuringul leitud endomeetriumi paksenemine, (vaskulariseeritud) raseduskoe jääk või normist kõrgem hCG ei ole seotud vahendi/süsteemi ekspulsiooni riskiga ning ei ole vastunäidustuseks emakasisese kontratseptsiooni alustamisele abordijärgsel visiidil.</p>

5. INIMÕIGUSED

Turvalise abordi kättesaadavuse piiramine tähendab inimõiguste piiramist (õigus elule, õigus tervisele, õigus privaatsusele) ning võib viia alandava, ebainimliku või julma kohtlemiseni.

Raseduse katkestamine on tervishoiuteenus. WHO järgi on tervishoiuteenuse osutamisel standardiks kliiniline praktika, mis edendab ja kaitseb kõigi inimeste tervist ja inimõigusi, sisaldab isiku autonoomiat arvestavate teadlike ja vabatahtlike otsuste tegemist, võrdset ja mittediskrimineerivat kohtlemist, konfidentsiaalsust ja privaatsust, piisavaid edasisuunamise võimalusi, ravi ja hoolduse järjepidevust.

Selleks peavad tervishoiutöötajad:

- kohtlema kõiki inimesi võrdselt, sõltumata nende vanusest, soost, rahvusest, sotsiaalmajanduslikust või perekonnaseisust jne, ning osutama teenuseid kiiresti ja õigeaegselt;
- tagama, et abi osutatakse alati lugupidaval ja kaastundlikul viisil;
- toetama inimese autonoomiat otsuste tegemisel;
- pakkuma täielikku, täpset ja hõlpsasti arusaadavat teavet inimesele mõistetavas vormis ja keeles; austama inimese väärikust, tagades tema privaatsuse ja konfidentsiaalsuse;
- olema tähelepanelikud ja mõistvad inimese vajaduste ja tulevikuplaanide suhtes;
- kaitsma meditsiinilist teavet avalikustamise eest;
- märkama olukordi, kus naist võidakse sundida tegema aborti tema tahte vastaselt;
- alaealise puhul esmalt küsima, kas noor soovib vanemate kaasamist, ja kui ta seda soovib, toetada vanemaid, pakkudes neile piisavalt teavet;
- tagama koostöös kolmandate osapooltega, et kõik saavad vajalikku abi sõltumata nende majanduslikust olukorrast;
- tegema koostööd kohaliku kogukonnaga, et tagada toetus kvaliteetsele aborditeenusele.

6. EESTI SEADUSANDLUS

Raseduse katkestamist reguleerib Eestis „[Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus](#)“ (RKSS), mis on vastu võetud 25.11.1998. Viimased muudatused on tehtud 2019. aastal.

Alljärgnevalt mõned olulisemad RKSSist tulenevad kohustused.

§ 5. Raseduse katkestamise vabatahtlikkus

„(1) Naise rasedust võib katkestada üksnes tema enda soovil. Keegi ei tohi sundida ega mõjutada naist oma rasedust katkestama. Nõusolek raseduse katkestamiseks peab olema vormistatud kirjalikult.

(2) Piiratud teovõimega naise raseduse võib katkestada tema enda nõusolekul või seadusliku esindaja nõusolekul vastavalt võlaõigusseaduse § 766 lõikele 4.

(3) Kui piiratud teovõimega naine ei ole nõus võlaõigusseaduse § 766 lõikes 4 sätestatud juhul mõjuvatel põhjustel kaasama oma seaduslikku esindajat või kui seadusliku esindaja otsus on vastuolus naise huvidega, lähtub tervishoiutöötaja raseduse katkestamisel isiku enda nõusolekust.

(4) Tervishoiutöötaja on kohustatud informeerima piiratud teovõimega naist seadusliku esindaja või muu tema poolt usaldatud täisealise teovõimelise isiku kaasamise olulisusest.”

Seadus peab piiratud teovõimega isikutena silmas ka alaealisi, st alaealise raseduse katkestamiseks ei ole vaja lapsevanema või eestkostja (seadusliku esindaja) nõusolekut. [VÕS](#) § 766 lõike 4 järgi kuulub otsustusõigus patsiendi seaduslikule esindajale niivõrd, kui võrd patsient ei ole võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundlikult kaaluma – sarnaselt mistahes muu meditsiinilise tegevusega. VÕS ütleb ka, et juhul, kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida. Kaasamine piiratud teovõimega isiku, sh alaealise korral on lisaks seadusest tulenevale kohustusele üldlevinud hea tava. Oluline on siinjuures see, et patsient valib alati ise, keda ta otsustamisprotsessi kaasata soovib, ning see ei pruugi olla tema seaduslik esindaja (sh lapsevanem). Kaasamine ei tohi takistada raseduse katkestamist või seda edasi lükata.

§ 6. Raseduse katkestamise tähtaeg

„Rasedust võib katkestada, kui see on kestnud vähem kui 12 nädalat.

Kauem kui 12 ning vähem kui 22 nädalat kestnud raseduse võib katkestada, kui:

- 1) rasedus ohustab raseda tervist;*
- 2) sündival lapsel võib olla raske vaimne või kehaline tervisekahjustus;*

- 3) raseda haigus või tervisega seotud probleem takistab lapse kasvatamist;
- 4) rase on alla 15-aastane;
- 5) rase on üle 45-aastane.”

Seadus käsitleb raseduse suurust nädalates ja „rasedust, mis on kestnud vähem kui 12 nädalat” tuleb mõista kui rasedust, mis on kestnud kuni 11 nädalat ja 6 päeva, ning „kauem kui 12 ning vähem kui 22 nädalat kestnud rasedust” tuleb mõista kui rasedust, mis on kestnud 12 nädalat ja 0 päeva kuni 21 nädalat ja 6 päeva.

§ 8. Raseduse katkestamise toimingu vabatahtlikkus

„Günekoloogi või muud tervishoiutöötajat ei saa kohustada rasedust katkestama ega raseduse katkestamise protseduurist osa võtma.”

Sellisel juhul on arstil kohustus kanda hoolt, et patsiendi edasisuunamine teisele arstile ei põhjusta raseduse katkestamisel mingisuguseid viivitusi.

§ 11. Raseduse katkestamise lubatavuse otsustamine

(2) „Käesoleva seaduse § 6 lõike 2 punktides 1, 2 ja 3 kirjeldatud juhtudel tehakse raseduse katkestamise lubatavus kindlaks vähemalt kolme arsti – kahe või enama günekoloogi ja naise haigusest või tervisega seotud probleemist tuleneva eriarsti või -arstide – otsuse alusel. Vajaduse korral tuleb käesoleva seaduse § 6 lõike 2 punktis 3 nimetatud juhtudel kaasata otsuse tegemisele lisaks arstidele ka sotsiaaltöötaja. Otsus raseduse katkestamise lubatavuse kohta vormistatakse kirjalikult ja seda tõendavad kõik otsuse tegijad oma allkirjaga.”

Seaduse mõistes peab konsiilium olema alati kolmeliikmeline ja vähemalt kaks peavad olema naistearstid. Naistearst võib olla ka kolmas eriarst.

§ 12. Nõustamise kohustus

(1) „Rasedust katkestada soovivale naisele või võlaõigusseaduse § 766 lõikes 4 sätestatud juhul tema seaduslikule esindajale peab tervishoiutöötaja enne raseduse katkestamist selgitama raseduse katkestamise bioloogilist ja meditsiinilist olemust ning sellega seonduvaid riske, sealhulgas võimalikke tüsistusi.

(11) Rasedat naist, rasedust katkestada soovivat naist või võlaõigusseaduse § 766 lõikes 4 sätestatud juhul tema seaduslikku esindajat peab tervishoiutöötaja vajaduse korral teavitama psühholoogilise või muu asjakohase nõustamise võimalustest.

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud kohustusliku nõustamise kohta koostatakse akt, millele kirjutavad alla nõustatud isik ja nõustamise läbiviinud tervishoiutöötaja. Nõustamisakt

vormistatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb tervishoiutöötajale ja teine antakse nõustatavale.”

Professionaalne nõustamine on mittehinnanguline ja keskendub patsiendi vajadustele (vt alaptk „Nõustamine”). Nõustamisaktid on koostatud eraldi MA, KA ja meditsiinilistel näidustustel üle 12. rasedusnädala raseduse katkestamise kohta ning on käesoleva juhendi lisad.

§ 14. Raseduse katkestamisele järgnevad toimingud

„Naisel, kelle rasedus katkestati, on õigus raseduse katkestamisele järgneva kahe nädala jooksul väljaspool järjekorda konsulteerida raseduse olemasolu ja kestuse tuvastanud arstiga vältimatult abi tingimustel.”

Seadust tuleb mõista selliselt, et raseduse katkestanud arst nõustab patsienti vältimatut abi vajavate olukordade kohta ning annab täpselt teada, kust ja kuidas abi saab.

Andmete esitamine raseduse infosüsteemile

Andmete esitamist raseduse infosüsteemile reguleerib [raseduse infosüsteemi põhimäärus](#).

§ 11. Andmete esitamine infosüsteemi

„(1) Infosüsteemile esitavad andmeid tervishoiuteenuse osutajad, kes osutavad eriarstiabi tegevusloa alusel sünnitusabi ja günekoloogia või pediatría teenust ning iseseisvalt osutatava ämmaemandusabi tegevusloa alusel kodusünnitusabi.

(2) Infosüsteemile esitatakse andmed paberil, elektroonselt või riigi infosüsteemide andmevahetuskihi kaudu. Andmete esitamisel lisatakse esitaja allkiri, digitaalallkiri või asutuse e-tempel.”

Andmete esitamisel loetakse abordi toimumise päevaks MA korral misoproostooli manustamise päeva.

Raseduse tekkimine seksuaalkuriteo tagajärjel

Kui on alust kahtlustada, et rasedust katkestav naine on seksuaalkuriteo ohver, tuleb patsienti nõustada pöörduma politseisse. Alaealiste puhul tuleb kahtlustatavast või teadaolevast seksuaalvägivallast teatada vastavalt [lastekaitseadusele](#) (§ 27) kohaliku omavalitsuse lastekaitseüksusele, lasteabi telefonile 116 111 või teha teatis politseisse (112 või [avalduse esitamine internetis](#)). Alaealisele tuleb seejuures selgitada, miks teatamine on vajalik (see on täiendava abi osutamiseks alaealisele).

Seksuaalse enesemääramise vanusepiiri reguleerib [karistuseseadustik](#):

„§ 145. Suguühe või muu sugulise iseloomuga tegu lapsealisega

(1) Täisealise isiku poolt noorema kui kuueteistaastase isikuga suguühtesse astumise või muu sugulise iseloomuga teo toimepanemise eest, välja arvatud juhul, kui täisealise isiku ja neljateistkuni kuueteistaastase isiku vanusevahe ei ole suurem kui viis aastat /.../.

Seadust tuleb mõista nii, et kui alla 16-aastase rasedust katkestava alaealise puhul tekib kahtlus, et raseduse on põhjustanud täisealine partner, kes on temast rohkem kui viis aastat vanem, siis tuleb teatada seksuaalse enesemääramise vanusepiiri rikkumise kahtlusest kohaliku omavalitsuse lastekaitseüksusele, lasteabi telefonile 116 111 või teha teatis politseisse (112 või avalduse esitamine internetis).

Mõlemat liiki seksuaalkuriteo kahtluse korral tuleb igas vanuses inimese korral rasedusmaterjali hoida külmutatuna, et vajadusel saata see edasi kohtumediitsiiniliseks uuringuks.

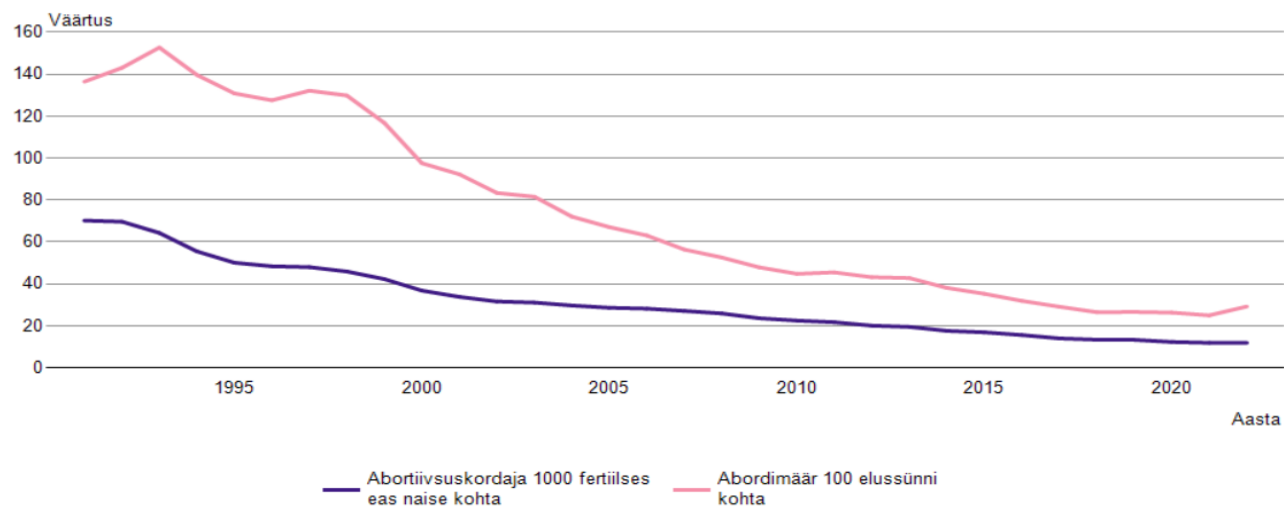
7. EPIDEMIOLOOGILINE OLUKORD

Abortide statistikat on tervishoiuasutustelt kogutud alates 1994. aastast. Praegu kogutakse [raseduse infosüsteemi](#) (RI) andmeid elektroonilise sisestusportaali kaudu. RI-s toimub andmete kodeerimine, sisestamine, kontrollimine ja täpsustamine (koostöös tervishoiuasutuste ja rahvastikuregistriga), andmete töötlus, päringutele vastamine ja andmete säilitamine. Andmete kogumine (raseduskaardi täitmine) raseduse katkemise või katkestamise kohta on olnud suures osas ühetaoline kõigis Eesti tervishoiuasutustes. Seetõttu on Eestis abortidest hea ülevaade. Riike, kus statistikat abortide kohta kogutakse süsteemselt ja sarnaselt Eestiga (nt Põhjamaad), ei ole maailmas palju, mistõttu tuleb arvestada, et abordiandmeid ei saa sageli riikide vahel võrrelda. See kehtib isegi Euroopa Liidus, näiteks ei saa Eesti andmeid võrrelda Läti ja Leeduga.

Andmetega saab tutvuda [Eesti statistika andmebaasis](#) või [tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis](#). Eestis on viimase 30 aasta jooksul nii abortide üldarv kui ka abortiivsuskordaja (abortide arv 1000 viljakas eas naise kohta) pidevalt ja märkimisväärselt langenud. See on peamiselt seotud efektiivsete rasestumisvastaste meetodite kättesaadavusega, muutustega tervishoius (noorte nõustamiskeskuste võrgustiku asutamine ja käigushoidmine, esmatasandi haaratus, ämmaemandate rolli suurenemine) ning kooli kohustusliku seksuaalhariduse sisseviimise ja arendamisega alates 1996. aastast (9,10).

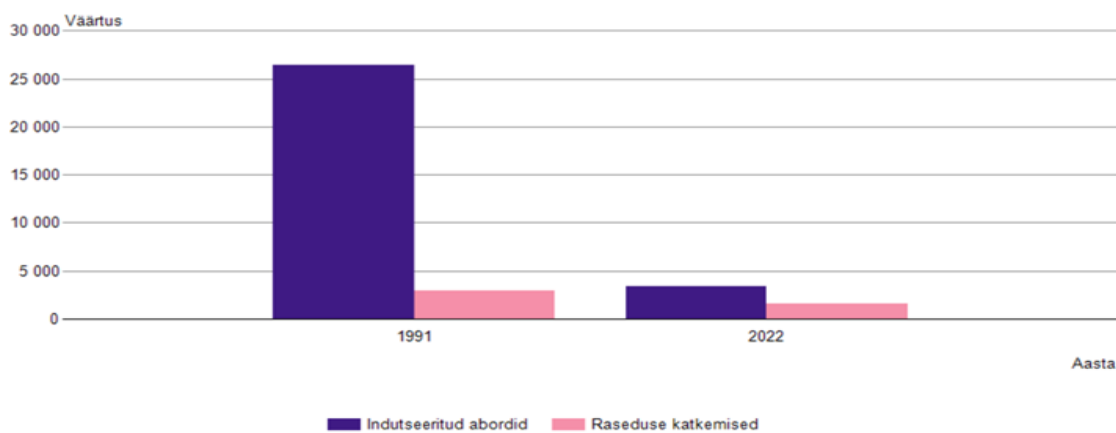
1991. aastal oli Eestis omal soovil või meditsiinilisel näidustusel 26 470 indutseeritud aborti ja abortiivsuskordaja oli 70,1. 2022. aastal oli Eestis 3386 indutseeritud aborti ja abortiivsuskordaja oli 11,8. Alaealiste abortiivsuskordajad on pidevalt langenud ja 2022. aastal katkestas raseduse 74 alaealist (1996. aastal 727). Indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta (abordinäär) oli 1991. aastal 136,4. Aastal 2022 oli iga 100 elussünni kohta vaid 29,1 indutseeritud aborti (joonis 1). Kõige madalam oli 2022. aastal abortiivsuskordaja Lääne maakonnas (5,3) ja kõrgeim Lääne-Viru maakonnas (14,8).

Vähenenud on ka raseduste iseeneslike katkemiste arv (joonis 2): 1991. aastal oli 2936 ja 2022. aastal 1539 raseduse iseeneslikku katkemist. Meditsiinilistel näidustustel katkestati 2022. aastal 184 rasedust, neist 162 korral oli rasedus kestus üle 12 nädala.



Allikas: Statistikaamet

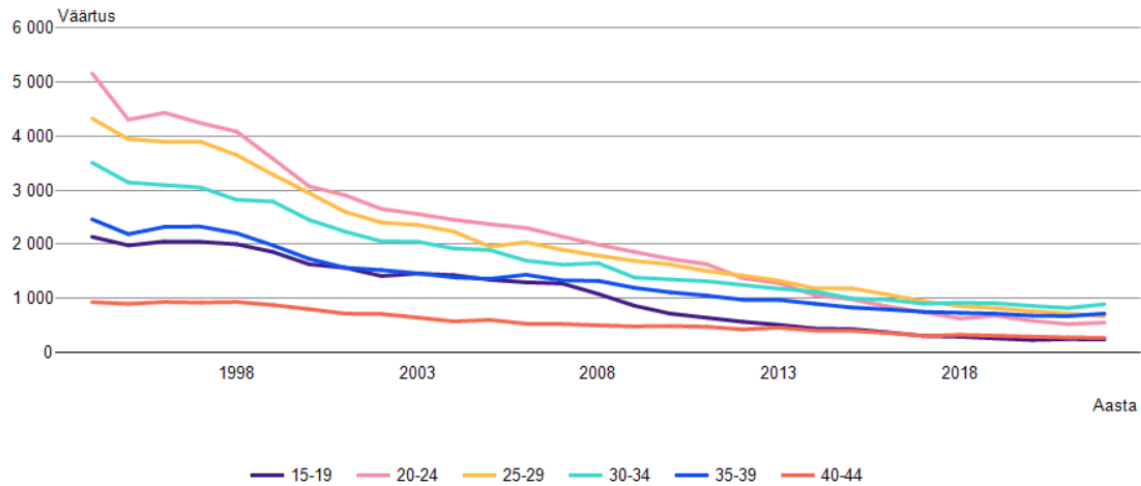
Joonis 1. Abortiivsuskordaja (abortide arv 1000 viljakas eas naise kohta) ja abordimäär (indutseeritud abortide arv 100 elusünni kohta) Eestis aastatel 1991–2022.



Allikas: Statistikaamet

Joonis 2. Indutseeritud abortide ja raseduste katkemiste üldarv aastatel 1991 ja 2022.

Abortide arvu langus on märgatav kõigis vanuserühmades, kuid kõige enam vanuses 20–29 aastat, s.o vanuserühmas, kus abortiivsuskordajad on olnud kogu perioodi vältel kõrgeimad (joonis 3).



Joonis 3. Indutseeritud abortide üldarv vanuserühmiti aastatel 1991–2022.

Aastal 2022 omal soovil katkestatud rasedustest oli 80%-l raseduse kestus kuni 7 nädalat. Kõigist indutseeritud abortidest olid 92% medikamentoossed abordid. Enamiku abortide korral (98,6%) esimese 24 tunni jooksul tüsistusi ei esinenud.

8. TÕENDUSPÕHISUSE MÄÄRATLUS

Käesolev juhend on peamiselt koostatud WHO juhendi (2) ja käsiraamatu (6) soovitude põhjal. WHO juhendi ekspertide paneel vaatas süstemaatiliselt üle teadusallikad, kasutades GRADE metoodikat (11), ja hindas tõenduspõhisust läbiviidud uuringute põhjal. Iga soovituse suuna (poolt või vastu) ja tugevuse (tugev või nõrk) määras ekspertide paneel WHO-INTEGRATE raamistikus (12).

Soovitused on:

- tugevalt sekkumist toetavad;
- nõrgalt sekkumist toetavad;
- tugevalt sekkumise vastu.

Et selgelt märkida iga soovituse tugevust ja suunda, kasutatakse käesolevas juhendis järgmisi sõnastusi:

- **tugevalt sekkumist toetavad:** *vajalik on..., tervishoiutöötajad peavad..., tuleb..., kindlasti kasutada/teha..., tehke..., kasutage...;*
- **nõrgalt sekkumist toetavad:** *võiks..., soovitame..., pigem kasutada..., kaaluda...;*
- **tugevalt sekkumise vastu:** *ei ole õige..., tervishoiutöötajad ei tohi ..., ei tohi kasutada..., kindlasti mitte kasutada/teha... .*

Juhendis toodud soovitused toetavad arsti või muu tervishoiutöötaja raviotsuste tegemist, need ei asenda tervishoiutöötaja enda hinnangut lähtuvalt konkreetse patsiendi vajadustest.

9. ENNE RASEDUSE KATKESTAMIST

9.1. NÕUSTAMINE

Üldised põhimõtted

Käesolev info on abiks tervishoiutöötajale nõustamisel enne raseduse katkestamist.

Meedik peab aborti kaaluvat inimest nõustama austavalt, mittehinnanguliselt ja tundlikult, lähtudes tema vajadustest.

Esimesena tuleb küsida, mida inimene ise soovib ja vajab, millised on võimalikud mured. Tuleb anda aega ja kuulata aktiivselt, vajadusel täpsustades ja peegeldades.

Nõustamist tuleb pakkuda nii, et inimene saaks selle põhjal teha informeeritud otsuseid. Inimese otsust tuleb austada ja abiga ei tohi viivitada, sest mida varem rasedus katkestada, seda ohutum see on.

Eraldi tuleb arvestada noorte, intellektipuudega ja psüühilise erivajadusega inimeste haavatavust. Vajadusel ja võimalusel tuleb aidata korraldada tõlge. Erilist tähelepanu tuleb pöörata alaealistele selgituste andmisele ja arvestada, et nad võivad olla esimest korda iseseisvalt pöördunud tervishoiuasutusse. Tuleb hinnata lastekaitse vajadust (vt ptk „Eesti seadusandlus“). Rasedus võib olla märk teismelise riskikäitumisest ja/või abivajadusest.

Meedikul tuleb veenduda, et inimene katkestab raseduse omal soovil, mitte kellegi teise surve all. Kahtluse korral tuleb küsida lähisuhte- ja seksuaalvägivalla kohta ning suunata täiendava abi saamiseks.

Nõustamisprotsess peab olema privaatne, vajadusel peab võimaldama vestlust meedikuga ilma saatjata. Tuleb kinnitada, et jagatud teave on konfidentsiaalne, st kättesaadav vaid meedikutele, kellega abordi käigus kokku puututakse. Isikuandmeid ei tohi jagada kellegi teisega, välja arvatud patsiendi nõusolekul või eriolukordades, mis sisaldavad teavitamiskohustust (nt teatud lähisuhte- ja seksuaalvägivalla juhtumid).

Konfidentsiaalsusnõue kehtib ka otsustusvõimeliste alaealiste suhtes (vt ptk „Eesti seadusandlus“).

Kui inimene ei ole kindel, kas jätkata rasedusega või see katkestada, siis tuleb pakkuda täiendavat nõustamisvisiiti. Psühholoogiline nõustamine võib olla vajalik eelnevate vaimse tervise probleemide korral, suurema raseduse kestuse, varasema viljatuse, majanduslike ja sotsiaalsete probleemide korral või kui rasedus katkestatakse meditsiinilisel näidustusel (nt loote väärarend, ...

vanema(te) tervislik seisund). Nimetatud juhtudel tuleb pakkuda võimalust vestelda psühholoogi, sotsiaaltöötaja või raseduskriisinõustajaga.

Aborti plaanivate patsientide vastuvõtt peaks toimuma eraldi raseduse jälgimise ja sünnitajate vastuvõttust.

Meetodi valik

Aborti plaanivale inimesele tuleb pakkuda erapooletult võimalust valida aborti meetod (vt tabel 2). Valik sõltub isiklikust olukorrast, eelistustest ja tervises seisundist.

Selges keeles ja arusaadavalt tuleb anda järgmist teavet (suuliselt ja kirjalikult):

- raseduse katkestamine tervishoiuasutuses ja oskustega personali abil on turvaline, tõsiseid tüsistusi esineb väga harva (vt tabel 3);
- võimalik on valida kahe meetodi vahel, mõlemad meetodid on tõhusad (vt tabel 2);
- kuidas toimub raseduse katkestamine medikamentoosse ja kirurgilise meetodiga;
- millised uuringud ja analüüsid on vajalikud ja milleks;
- valutustamise võimalused;
- ravimite kõrvaltoimed ja võimalikud tüsistused mõlema meetodi korral;
- milline on raseduse katkestamise korraldus tervishoiuasutuses ja kodus;
- kui kaua raseduse katkestamise protsess kestab ja millal saab naasta igapäevategevuste juurde;
- kuidas olla pärast medikamentooset aborti kindel, et rasedus on katkenud;
- millistes olukordades tuleb pöörduda erakorraliselt vastuvõtule;
- võimalikud raseduse katkestamisega seotud tunded;
- seksuaalvägivalla kahtlusel asjakohane abi;
- millised rasestumisvastased meetodid on olemas, millal ja kuidas neid kasutada.

Tabel 2. Kirurgilise ja medikamentoosse meetodi võrdlus raseduse katkestamisel enne 12. rasedusnädalat

<i>Medikamentoosne abort</i>	<i>Kirurgiline abort</i>
Sarnaneb raseduse iseeneslikule katkemisele, rasedus katkestatakse ravimitega, kirurgiline sekkumine pole vajalik.	Vajalik kirurgiline sekkumine: raseduskoe eemaldamine emakaõõnest vaakumaspiratsiooni teel.
Kirurgia/anesteesiaga seotud tüsistuste puudumine.	Harva on võimalikud kirurgia/anesteesiaga seotud tüsistused.
Võib toimuda kodus.	Toimub meditsiiniuasutuses.

Raseduse katkemise protsess võtab kauem aega (tunde kuni nädalaid) ja aborti toimumist ei ole võimalik kohe hinnata.	Raseduse katkestamine on ühemomentne ja toimumist on võimalik kohe hinnata.
Mõnikord võivad ravimid põhjustada ajutist iiveldust, oksendamist, kõhulahtisust, külmavärinaid ja palavikku.	Võimalik ebamugavus seoses veenisestest anesteetikumide manustamisega; emakakaela ettevalmistuseks kasutatavad ravimid võivad põhjustada ajutist alakõhuvalu ja vereeritust; kõrvaltoimena iiveldust, oksendamist, kõhulahtisust, külmavärinaid ja palavikku.
Kaasneb vereeritus ja alakõhuvalu, mis on menstruatsioonivalust ja -aegsest vereeritusest tugevam; vajalik on valuvaigistite kasutamine; alakõhuvalu taandub esimese nädala jooksul ja vereeritus enamasti 1-2 nädala, mõnikord ka kuni 45 päeva jooksul.	Vähene alakõhuvalu ja veritsus võimalik 1-2 nädalat.
Patsient võib näha väljuvat raseduskudet.	Patsient ei näe raseduskudet.
Patsient kontrollib protsessi ise, on rohkem privaatsust ja iseseisvust.	Vajalik on vaginaalne läbivaatus ja kirurgiliste instrumentide kasutamine, protseduur teostatakse enamasti üldnarkoosis.
Raskeid tüsistusi on harva (vt tabel 2).	Raskeid tüsistusi on harva (vt tabel 2).
Umbes 5% juhtudel on vajalik kirurgiline või medikamentoosne sekkumine raseduse jätkumise või emaka mittetäieliku tühjenemise tõttu.	Umbes 2% juhtudel on vajalik kirurgiline või medikamentoosne sekkumine raseduse jätkumise või emaka mittetäieliku tühjenemise tõttu.
Kõiki rasestumisvastaseid meetodeid võib hakata kasutama kohe pärast aborti, v.a emakasisene vahend, mille saab paigaldada esimesel visiidil pärast aborti.	Kõiki rasestumisvastaseid meetodeid võib hakata kasutama kohe pärast aborti, sh emakasisene vahend ja implantaat (paigaldus võimalik protseduuriga samal ajal).
Vajadusel järelvisiit, sh kontratseptsiooni-nõustamine 2-4 nädala pärast.	Vajadusel järelvisiit, sh kontratseptsiooni-nõustamine 2-4 nädala pärast.

Abort on väga turvaline meditsiiniline protseduur – suremus on väiksem kui sünnituse korral. Nt USAs on suremise tõenäosus 0,7 juhtu 100 000 aborti kohta (13).

Abordiga seotud tüsistused on väga harvad ja nende esinemissagedus jääb alla 1%.

Tabel 3. Raseduse katkestamisega seotud võimalike tüsistuste esinemissagedus (7)

<i>Võimalikud tüsistused</i>	<i>Medikamentoosne abort</i>	<i>Kirurgiline abort</i>
Raseduse jätkumine	1–2 : 100	0,1 : 100 Tõenäosus suurem väiksema raseduse korral (< 7 nädalat).
Meditsiiniline sekkumine mittetäieliku aborti / raseduse jätkumise tõttu	< 14-nädalase raseduse korral 7 : 100 > 14-nädalase raseduse korral 13 : 100	< 14-nädalase raseduse korral 3,5 : 100 > 14-nädalase raseduse korral 3 : 100
Vaagnaorganite põletik*	< 1 : 100	< 1 : 100
Tugev verejooks, mistõttu on vajalik vereülekanne	< 20-nädalase raseduse korral alla 1:1000 > 20-nädalase raseduse korral 4 : 1000	< 20-nädalase raseduse korral alla 1 : 1000 > 20-nädalase raseduse korral 4 : 1000
Emakakaela mehhaaniline vigastus**	-	< 1 : 100
Emaka perforatsioon	-	1–4 : 1000
Emaka ruptuur	Alla 1 : 1000 (teise trimestri abortid)***	-

* Vaagnaorganite põletiku tekkimine pärast aborti on ebatõenäoline ja on enamasti seotud eelneva STLIga. Kirurgilise aborti järgne vaagnaorganite põletiku esinemissagedus on langenud seoses abordieelse testimise ja antibiootikumraviga.

** Emakakaela vigastuse risk väheneb, kui kasutada emakakaela ettevalmistuseks ravimeid.

*** Riskiteguriks on eelnev arm emakal.

Abordi meetodi valib patsient ise, kuid kõige sagedasemad põhjused, miks eelistatakse medikamentooset raseduse katkestamist on:

- soov vältida kirurgilist protseduuri ja üldnarkoosi;
- protsess on privaatsem ja autonoomsem võrreldes kirurgilise meetodiga;
- suurem paindlikkus ravimite manustamisel, pole vaja arvestada haiglaravi vabade aegadea;
- protsessi tajumine ohutuma ja loomulikumana võrreldes kirurgilise meetodiga.

Kirurgilise meetodi kasuks otsustatakse sagedamini siis, kui soovitakse raseduse katkestamise ajal olla narkoosis ja protsessis mitte osaleda (14).

Kuidas kirjeldada patsiendile medikamentooset meetodit?

Medikamentoosse meetodi kasutamine eeldab patsiendi aktiivset osalemist. Kahe ravimi (mifepristoon ja misoprostool) koostoimel tekivad emaka kokkutõmbed, mis viivad raseduskoe väljumiseni emakast. Protsess sarnaneb raseduse iseenesliku katkemisega, mille käigus tekivad valulikumad emaka kokkutõmbed ja vere ning koelise materjali eritus tupe kaudu.

Mifepristooni tablett võetakse suu kaudu. Seejärel manustatakse 24 kuni 48 (36–48) tunni möödudes misoprostool (p/v, s/l või bukaalselt). Pärast mifepristooni manustamist tekib järgneva(te)l päeva(de)l väikesel osal patsientidest vereeritus – see ei tähenda alati, et rasedus on katkenud, mistõttu on vajalik misoprostooli manustamine planeeritud ajal. Kui vereeritus on rohke ja algab kohe pärast mifepristooni manustamist, võib patsient võtta misoprostooli 400 µg s/l või bukaalselt, ootamata ära planeeritud misoprostooli manustamise aega.

Soovitav on ennetav valuravi, mille osas tuleb patsienti eelnevalt nõustada. Misoprostooli kõrvaltoimena esineb ajutist iiveldust, oksendamist, kõhulahtisust, külmavärinaid ja palavikku. Enamikul naistest algab raseduse katkemine mõne (3–6) tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist – algab raseduskoe väljumine.

Harva on võimalikud individuaalsed varieeruvused:

- üksikutel juhtudel algab misoprostooli manustamise järel vereeritus alles enam kui 24 tunni möödudes;
- kui vereeritus puudub kolme päeva jooksul, siis näitab see, et MA pole alanud ja patsient peab pöörduma tervishoiuasutusse.

Pärast esmase raseduskoe väljumist võib jätkuda vereeritus, mis võib olla suurem kui tavaline menstruatsiooniaegne vereeritus ja mille käigus verd võib erituda klompidena.

Emaka kokkutõmmetest tingitud alakõhuvalu taandub enamasti nädala jooksul, kuid vereeritus tupest võib kesta keskmiselt 2 nädalat, mõnikord ka kauem (kuni 45 päeva). Patsiente tuleb

nõustada, kuhu erakorraliselt pöörduda rohke (kahe suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel) või pikenenud vereerituse ja muude probleemide korral (nt palavik ja üldine halb enesetunne kauem kui 24 h jooksul). Soovitatav on korraldada 24-tunnine telefoninõustamise võimalus.

Ravimeid võib manustada väljaspool meditsiiniastutust (kodus) alla 12-nädalase raseduse korral. See on ohutu, tõhus ja hästi talutav (15) ning väldib olukorda, kus ravimid manustatakse tervishoiuasutuses, kuid valu ja vereeritus tekib teel koju. Soovitatav on (kindlasti 9–12-nädalase raseduse korral) anda kaasa üks kordusannus (2 tabletti – 400 µg) misoprostooli, sest suurema gestatsiooniaja korral juhtub sagedamini, et veritsus ei alga 4 tunni jooksul ja siis on soovitatav manustada korduv annus.

Kui patsient ei soovi misoprostooli manustamist kodus, samuti kaasuvate haiguste tõttu või meditsiiniliste riskide korral või muudel põhjustel (nt tugiisikuta alaealine, sobiva koduse keskkonna puudumine, teistes haigla osakondades viibivad patsiendid jm), tuleb võimaldada misoprostooli manustamine ja jälgimine tervishoiuasutuses.

Kuidas kirjeldada patsiendile kirurgilist meetodit?

Meetod seisneb vaakumaspiratsioonil, mis on emaka sisu tühjendamine negatiivse rõhu abil. Emakakaela kaudu viiakse emakasse plast- või metallkanüül, millega emaka sisu evakueeritakse. Protseduur toimub päevakirurgia osakonnas ja kestab enamasti kuni 10 minutit, valutustamiseks kasutatakse kas üld- või erandjuhtudel lokaalset anesteesiast. Jälgimisperiod meditsiiniastutuses kestab enamasti paar tundi. Väga harva esinevad operatsiooniga seotud tüsistused on emakakaela vigastus, emaka mittetäielik tühjenemine, emaka perforatsioon, anesteesiast seotud tüsistused. Patsiente jälgitakse vereerituse hulga suhtes. Protseduuri järel tagatakse adekvaatne valutustamine.

Müütide teadvustamine

Meedikul tuleb ennetada aborti plaaniva naise hirme ja hajutada eelarvamusi.

Mõned näited.

Turvaliselt läbi viidud raseduse katkestamisel on väga harva tüsistusi (< 1%, vt tabel 3). Risk surra turvaliselt läbi viidud aborti tagajärjel on väiksem kui risk surra täiskantud raseduse ja sünnituse tagajärjel.

Pole tõendeid, et raseduse katkestamine põhjustaks vaimse tervise häireid (16,17). Mure ja ärevus antud olukorras on loomulik. Tuge võib saada pereliikmetelt, sõpradelt, nõustajalt, psühholoogilt, meedikult.

Raseduse katkestamine ei suurenda ühegi haiguse, sh rinnavähi riski (18).

Raseduse katkestamisel ei ole seost hilisema ektoopilise rasedusega, platsenta eesasetsusega, viljatusega (19). Tekkinud rasedus näitab, et mõlemad partnerid on viljakad.

Meedias käsitletakse aborti enamasti must-valgelt või politiseeritult. Kuigi raseduse katkestamise kogemus on umbes kolmandikul naistel, on iga naise olukord siiski erinev.

Naised võivad olla mures, et raseduse katkestamise korral arvatakse, et nad ei hooli lastest. Tegelikuses soovivad paljud rasedust katkestavad naised kindlustunnet, et nad saaksid oma laste eest vastutada ja nende vajaduste eest seista.

Raseduse katkestamine peab tuginema naise vabale ja **informeeritud nõusolekule**, mis põhineb eelnevat informatsiooni sisaldaval nõustamisel. Naise informeeritud nõusolekul põhinevat otsust ei tohi piirata (näiteks partneri, abikaasa või vanema nõusoleku puudumine; erivajadus või vanus) ja kedagi ei tohi sundida nõustuma abordiga. Informeeritud nõusoleku langetamiseks vajalik teave peab olema edastatud nii suuliselt kui kirjalikult (nõustamisaktid) ja informeeritud nõusolek allkirjastatakse mõlemapoolselt kahes eksemplaris, millest üks jääb raviasutusse ja teine patsiendile.

9.2. KLIINILINE KÄSITLUS ENNE RASEDUSE KATKESTAMIST

Raseduse tuvastamine ja kestuse määramine

Täpsustada tuleb viimase menstruatsiooni algus, menstruatsioonide regulaarsus ja võimalikud raseduspuhused sümptomid (nt rindade valulikkus, iiveldus, oksendamine, väsimus, isumuutused, urineerimise sagenemine).

Raseduse kestuse ja lokalisatsiooni diagnoosib naistearst või ämmaemand günekoloogilise läbivaatuse käigus bimanuaalse palpatsiooni / ultraheliuuringuga. Naistel peab olema võimalik valida, kas nad soovivad näha ultraheliuuringu ekraanikuva või mitte.

Emakasisese raseduse diagnoosimise sonograafilised kriteeriumid (vt [sünnieelse diagnostika juhend](#)).

Rasedustest (hCG uriinist või verest) tuleb teha vaid juhul, kui rasedus ei ole UH-uuringul sedastatav või uuringut pole võimalik teha. Normaalse raseduse korral kahekordistub hCG iga 2 päeva järel alates 4. kuni 8. rasedusnädalani. Kuna individuaalne varieeruvus on suur, siis ei saa ainuüksi hCG väärtuse põhjal raseduse suurust diagnoosida. Siiski, normaalse raseduse korral, on 98% juhtudest pärast 4-nädalast amenorröad hCG positiivne. hCG väärtuse juures 1500 IU/L peab emakasisene rasedus olema UHs nähtav (19). Kriisiolukorras võib piirduda naise enda poolt diagnoositud raseduse kinnitamisega telefonivisiidi teel, kui on tegemist regulaarse menstruatsioonitsükli foonil menstruatsiooni puudumise ja koduse positiivse rasedustestiga uriinist.

Ektoopilise raseduse diferentsiaaldiagnostika

Ektoopiline rasedus on harv, kuid potentsiaalselt eluohtlik seisund. Ektoopilise raseduse diagnoosimine võib olla keeruline või raseduse varajases järgus isegi võimatu.

Intrauteriinne raseduse olemasolu ei välista kaasuvat ektoopilist rasedust (heterotroopne rasedus), kuid seda esineb veelgi harvem ja pigem viljatusravi korral. Reeglina on rasedust katkestavate naiste hulgas ektoopilise raseduse tõenäosus madalam kui üldpopulatsioonis (20). Ektoopilisele rasedusele tuleb mõelda, kui emakasisene rasedus ei ole (veel) visualiseeritav ja esinevad riskitegurid: varasem ektoopiline rasedus – kordumise tõenäosus on 10-25% nii konservatiivse ravi kui ka salpingotoomia järgselt; eelnenud operatsioonid munajuhadel (sh steriliseerimine); teadaolev munajuhade patoloogia; eelnevalt läbipõetud vaagnaorganite põletik; seksuaalsel teel levivad infektsioonid; viljatusravi (ovulatsiooni stimulatsioon, kehaväline viljastamine (21).

Mifepristoon ega misoprostool ei katkesta ektoopilist rasedust. Kui pärast misoprostooli manustamist veritsus ei alga, siis kõige tõenäolisem põhjus on abordi ebaõnnestumine, kuid

arvesse tuleb ka ektoopiline rasedus. Teisalt, ka ektoopilise raseduse korral võib mifepristooni ja misoprostooli manustamise järel tekkida detsiduaalse koe irdumine ja sellest tingitud väike veritsus. Kui patsiendil on pärast MA raseduse jätkumisele viitavad sümptomid, siis tuleb hinnata nii emakasisese kui ka ektoopilise raseduse võimalust.

Anamnees ja kliinilise seisundi hindamine

Anamneesi ja seisundi hindamise eesmärk on veenduda medikamentoosse või kirurgilise meetodi sobivuses ning tuvastada võimalikud vastunäidustused ja riskid. Sellest lähtuvalt saab paremini kavandada aborti toimumise kohta (raviasutus või kodu) ja vajadusel planeerida lisauuringud ja konsultatsioonid enne raseduse katkestamist (nt tõsiste krooniliste haiguste korral).

Vajalik on küsida kaasuvate haiguste (sh kalduvus veritsustele), kasutatavate ravimite ja teadaolevate allergiate kohta; samuti günekoloogiliste haiguste, sünnituste, varasemate ektoopiliste raseduste, operatsioonide ja abortide (sh tüsistuste) kohta.

Enne aborti tehtavad uuringud

Testid tuleb teha klamüdioosi ja HIV ning vajadusel teiste STLide (gonorröa, süüfilis, hepatiidid) suhtes. Positiivsete proovivastuste selgumisel alustatakse ravi kohe ja nõustatakse partneri(te) ravi osas.

Kui STLI testide vastuseid ei saa katkestatava raseduse suuruse tõttu oodata, ei tohi aborti teostamine viibida ja rakendada tuleb vaagnaorganite põletikku ennetavat antibakteriaalset ravi (1 g asitromütsiini suu kaudu + 1 g metronidasooli suu kaudu).

Bakteriaalse vaginooosi kliinilise pildi korral tuleb selle ravi alustada kohe. BV ravi enne raseduse katkestamist vähendab vaagnaorganite põletiku riski (22).

Hemoglobiini ja hematokriti kontsentratsiooni määratakse kliinilisel vajadusel (teadaoleva või sümptomaatilise aneemia korral).

Veregrupi ja reesusfaktori määramine on vajalik > 9-nädalase raseduse katkestamise korral.

Vajadusel tehakse täiendavad analüüsid sõltuvalt anamneesist ja kaasuvatest haigustest.

Vastunäidustused ja riskid

MA vastunäidustused:

- teadaolev või kahtlustatav ektoopiline rasedus – MA ei ole sel puhul efektiivne;
- eelnev allergia misoprostooli või mifepristooni suhtes;
- raske ravile allumatu astma;
- kaasasündinud porfüüria;

- krooniline neerupealiste puudulikkus.

Kolmel viimasel juhul ei tohiks kasutada mifepristooni (kui glükokortikoidretseptori antagonisti), kuna eksisteerib teoreetiline võimalus seisundite ägenemiseks; misoprostooli monoterapiat võib kasutada.

Täiendavate riskide hindamine on vajalik järgmistel juhtudel:

- patsient saab pikaajalist süsteemset kortikosteroidravi (sh raske bronhiaalastma korral) – eksisteerib teoreetiline võimalus seisundi ägenemiseks; tuleb konsulteerida ajutiselt kortisoolravi annuse suurendamise või ravi korrigeerimise küsimuses;
- patsient saab antikoagulantravi – vajalik võib olla ravi ajutiselt lõpetada;
- esinevad kliiniliselt olulised veritsushäired (nt von Willebrandi haigus);
- dekompenseeritud epilepsia.

Nimetatud juhtudel või muude tõsiste kaasuvate haiguste korral tuleb korraldada MA haiglas.

Teadaoleva või sümptomaatilise aneemia korral on vajalik eelnev hemoglobiini määramine. Emakasisene vahend/süsteem tuleb enne raseduse katkestamist eemaldada. Kui niidid pole kättesaadavad, siis tuleb kindlaks teha selle väljumine koos raseduskoega.

Patsiendi psühhiaatrilise või psühholoogilise probleemi korral, mis takistab medikamentoosse meetodi rakendamist, on eelistatud pigem kirurgiline meetod.

Moolraseduse korral kasutatakse kirurgilist meetodit, materjal saadetakse histoloogilisele uuringule. (23).

KA vastunäidustused

KA on vastunäidustatud, kui rasedust ei ole võimalik eemaldada emaka(kaela) kaasasündinud väärarendi või obstruktiivse kasvaja tõttu. Väga harvadel juhtudel, kas samadel või muudel asjaoludel ei ole võimalik ka MA, võib olla vajalik hüsterotoomia või hüsterektoomia.

Rasvumise korral võib KA teostamine olla tehniliselt keerukam ja seetõttu võib olla eelistatud medikamentoosne meetod.

Spetsiifilist käsitlust ja KA tegemist piirkondliku funktsiooniga haiglas (TÜNK, LTKH, ITKH) võivad vajada alljärgnevad seisundid/patoloogiad (7):

- veritsushäireid
- platsentatsioonihäired
- antikoagulantravi
- raske kardiopulmonaalne haigus

- emakaõõnt deformeerivad fibroidid või muu emakaanomaalia
- eelnev emakakaela operatsioon (näiteks abdominaalne emakakaela tugiõmblus, trahhelektoomia, emakakaela kõrge amputatsioon)
- naiste suguelundite sandistav moonutamine, tüüp III.

Anti-D-immunoglobuliin

Puuduvad selged teaduslikud tõendid Rh-negatiivsete naiste Rh-profülaktika vajaduse kohta varajase raseduse katkestamise korral. Kuigi uus WHO juhend ei soovita seda enam ei MA ega KA korral (< 12-nädalane rasedus), siis traditsiooniliselt on seda tehtud paljudes maades ja erineva gestatsiooniaja korral. Soovitav on manustada Rh-negatiivsetele naistele 625 IU/ml (125 µg) anti-D-immunoglobuliini õlavarre deltalihasesse 72 tunni jooksul pärast aborti, kui raseduse kestus on ≥ 9 nädalat. Profülaktika ei ole vajalik naistel, kellel juba on tekkinud Rh-antikehad.

Kontratseptsiooninõustamine

Kontratseptsioonialast teavet tuleb anda kohe esimesel visiidil, kui naine pöördub vastuvõtule raseduse katkestamise plaaniga. Tuleb arutada, mida on varasemalt kontratseptsiooniks kasutatud ja kuidas tulevikus soovimatust rasedusest hoiduda. Kui naise arvates tekkis soovimatu rasedus eelnevalt kasutatud meetodi „altvedamise“ tõttu, siis tuleb arutada, kas kasutatavat meetodit kasutati korrektselt või oli tegemist ebatõhusa meetodiga, ning pakkuda teavet tõhusate meetodite kohta.

Naistele tuleb selgitada, et viljakus taastub kohe pärast raseduse katkestamist – ovulatsioon võib toimuda 8–10 päeva pärast. Enamik raseduse katkestanud naisi ei soovi kohe rasestuda. Kui naine on RVMidest huvitatud, tuleb meedikul anda teavet, aitamaks sobivat meetodit välja valida ja esimesel võimalusel kasutama hakata.

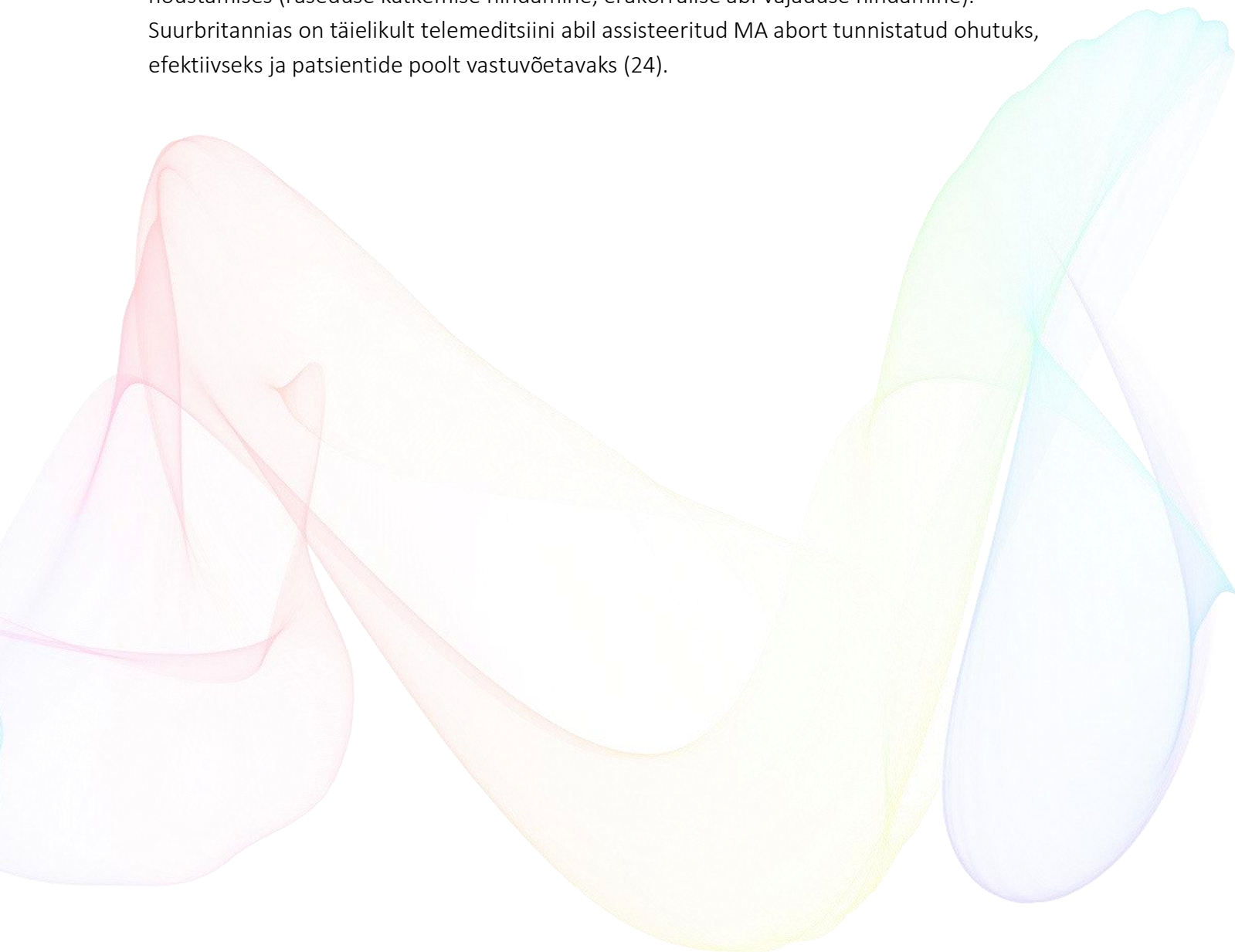
Enamikku RVMe saab hakata kasutama abordi ajal, vahetult pärast seda või esimesel võimalusel abordijärgse kuu jooksul. Kui valitud meetodit ei saa vahetult pärast aborti kasutama hakata, tuleb välja pakkuda alternatiivne meetod, mida kasutada kuni valitud meetodiga alustamiseni. Lisakaitsevahendit ei ole vaja kasutada, kui RVMi alustatakse 5 päeva jooksul pärast aborti. Mõned inimesed võivad soovida rasestumisvastast nõustamist edasi lükata, kuni abort on toimunud, või üldse sel teemal vestlust vältida – seda otsust tuleb meedikul austada. See, kas naine otsustab pärast aborti hakata kasutama tõhusat RVMi, ei tohi olla eeltingimuseks raseduse katkestamisele.

Need, kes soovivad rasestuda, võivad seda planeerida kohe pärast esimest abordijärgset menstruatsiooni.

Telemeditsiin

Telemeditsiini võimalusi võib raseduse katkestamise nõustamisel kasutada, näiteks abordijärgses nõustamises (raseduse katkemise hindamine, erakorralise abi vajaduse hindamine).

Suurbritannias on täielikult telemeditsiini abil assisteeritud MA abort tunnistatud ohutuks, efektiivseks ja patsientide poolt vastuvõetavaks (24).



10. RASEDUSE KATKESTAMINE

10.1. MEDIKAMENTOOSNE MEETOD

Mifepristoon on antiprogestiin, mis seondub progesterooni retseptoritega ja takistab progesterooni normaalset toimet endomeetriumi ja emakalihasele. Selle tagajärjel kollaskeha taandareneb ja hCG hakkab langema. Lisaks suurendab mifepristoon müomeetriumi kontraktiilsust – toime maksimum on 36–48 tundi pärast manustamist. Mifepristoon põhjustab ka endogeensete prostaglandiinide vabanemist detsiiduast, mille tagajärjel pehmeneb emakakael. Mifepristooni manustatakse suu kaudu.

Misoprostool on prostaglandiin E1 analoog, mis põhjustab emaka kokkutõmbeid ja viib raseduskoe väljumiseni. Misoprostool toimib ka emakakaela pehmendavalt ja kergendab emakakaela avanemist.

Misoprostooli saab manustada oraalselt, vaginaalselt (pv), sublingvaalselt (s/l) ja bukaalselt. Suukaudsete manustamisviiside korral saabub toime maksimum 30 minuti jooksul, p/v manustamisel on toime aeglasem – maksimaalne toime saabub 80 minuti möödumisel.

Mifepristooni teratogeensuse kohta selged tõendid puuduvad. Misoprostoolil on madal teratogeenne risk – kui pärast raseduse ebaõnnestunud katkestamist otsustab naine rasedust jätkata, tuleb teda informeerida võimalikest väärarenditest. Raseduse jätkumisel on sündinud lastel harva (< 1%) kirjeldatud jäsemete defekte (komppöidsust), kraniaalnärvide defekte (sh Möbiuse sündroomi e näo kahepoolset pareesi) ja sõrmede puudumist (24).

Rasedust on võimalik katkestada alternatiivselt ka letrosooli ja misoprostooli kombinatsiooniga. Letrosool on kolmanda põlvkonna aromataasi inhibiitor, mis supresseerib östrogeneeni ja mõjutab progesteroonireseptorite arvukust, põhjustades seeläbi raseduse katkemise.

10.1.1. ALLA 12-NÄDALASE RASEDUSE KATKESTAMINE

Kasutada tuleb mifepristooni ja misoprostooli kombinatsiooni. Mifepristoonil ja misoprostoolil on sünergistlik toime, mis võimaldab madalamate annuste kasutamist, vähendab kõrvaltoimeid ja suurendab meetodi tõhusust. Kombineeritud toimel detsiiduale ja emakakaelale lootemuna irdub ja raseduskude väljutatakse – protsess sarnaneb spontaansetele abordile. Misoprostooli monoterapia on võimalik, kuid see on väiksema efektiivsusega ja esineb rohkem kõrvaltoimeid.

Efektiivsus

Efektiivsust hinnatakse kahe kriteeriumi alusel: 1) kas lootemuna on väljunud ja 2) kas rasedus on katkenud täielikult. Kui lootemuna on väljunud, kuid emakaõõs ei ole veel täielikult tühjenenud,

on tegemist tüsistusteta mittetäieliku abordiga, kus on näidustatud jälgiv taktika. Kui lootemuna on küll väljunud, kuid emakaõõs ei ole veel täielikult tühjenenud ja lisaks esinevad nt rohke või pikenenud verejooks või vaagnaorganite põletiku tunnused, siis on tegemist tüsistunud mittetäieliku abordiga, mille puhul on vajalik meditsiiniline sekkumine. Varasemalt tehtud kliinilistes uuringutes varieerub MA efektiivsus 7–9-nädalaste raseduste katkestamisel 92,5–98%, kuid hilisemad uuringud on näidanud, et ka 9–12-nädalaste raseduste katkestamisel oli raseduse täieliku katkemise osakaal MA korral 95–97% (26,27).

Ravimite manustamine

mifepristoon 200 mg p/o

ja 24–48 h (soovitavalt 36–48 h) pärast:

misoprostool 800 µg p/v, s/l* või bukaalselt*

* Ühtlasema toime saamiseks võib manustada 2 tabletti (400 µg) misoprostooli 20-minutilise intervalliga (28).

Pärast mifepristooni manustamist tekib järgneva(te)l päeva(de)l väikesel osal patsientidest vereeritus – see ei tähenda alati, et rasedus on katkenud, mistõttu on vajalik misoprostooli manustamine planeeritud ajal. Kui vereeritus on rohke ja algab kohe pärast mifepristooni manustamist, võib patsient võtta misoprostooli 400 µg s/l või bukaalselt, ootamata ära planeeritud misoprostooli manustamise aega.

Misoprostooli manustamiseks on erinevaid võimalusi (vt tabel 6), kuid naised tuleb nõustada, et vaginaalne manustamine on efektiivsem ja misoprostooli s/l või bukaalsel manustamisel on kõrvaltoimete tõenäosus suurem kui vaginaalsel manustamisel. Seetõttu on eelistatud vaginaalne manustamine. Alternatiivina võib manustada misoprostooli s/l või bukaalselt, kui tupekaudne vereeritus on juba alanud enne misoprostooli manustamist (ja/või naise eelistusel).

Tabel 6. Misoprostooli manustamisviisid

<i>Manustamisviis</i>	<i>Kasutamiseõpetus</i>	<i>Märkused</i>
Vaginaalne (p/v) EELISTATUD	Tabletid asetatakse sügavale tuppe, seejärel on soovitatav olla 30 minutit lamavas asendis	Imendumine on aeglasem, kuid toime kestab kauem; vähem kõrvaltoimeid võrreldes teiste manustamisviisidega
Sublingvaalne (s/l) (vt joonis 4)	Tabletid asetatakse keele alla ja neelatakse alla 20–30 minuti möödudes	Kiireim toime ja kõrgeim plasmakontsentratsioon võrreldes vaginaalse manustamisega, aga esineb rohkem palavikku ja külmavärinaid ning gastrointestinaalseid kõrvaltoimeid (oksendamine, kõhulahtisus)
Bukaalne (vt joonis 4)	Tabletid asetatakse põse ja igemete vahele ning neelatakse alla 20–30 minuti möödudes	Võrreldes vaginaalse manustamisega esineb kõrvaltoimena rohkem palavikku ja külmavärinaid



Joonis 4. Misoprostooli bukaalse ja sublingvaalse manustamise illustatsioon.

Kui pärast misoprostooli kodus manustamist ei alga vereeritus 4 h jooksul (tõenäolisem suurema gestatsiooniaja korral), siis võib manustada misoprostooli korduvalt. Soovitatav on alla 12-nädalase raseduse katkestamise korral (kindlasti 9–12-nädalase raseduse korral) anda koju kaasa kordusannus (2 tabletti – 400 µg) misoprostooli, mida patsient manustab p/v, s/l või bukaalselt ja vaid siis, kui veritsus ei alga 4 h jooksul.

Haiglas misoprostooli manustamise korral võib misoprostooli manustada korduvalt 400 µg iga 3 h järel kuni raseduse katkemiseni.

Kui 3 ööpäeva jooksul pärast misoprostooli manustamist veritsus ei alga, siis tuleb pöörduda erakorraliselt vastuvõtule – vajalik on uus hindamine (sh ektoopilise raseduse välistamine) ja edasise ravitaktika planeerimine. Kui rasedus on alles, siis kaaluda uuesti medikamentoosse

meetodi rakendamist mifepristooni eelneva manustamisega ja korduva misoprostooli manustamisega (400 µg misoprostooli iga 3h järel) kuni raseduse katkemiseni. Selle skeemi rakendamiseks tuleb patsient hospitaliseerida.

Alternatiivina võib kasutada ka misoprostooli monoterapiat korduvate annuste manustamisega, kuid mifepristooni ja misoprostooli kombinatsioon on efektiivsem, aborti toimumine on kiirem ja esineb vähem kõrvaltoimeid.

Uue alternatiivina on tõendatud letrosooli ja misoprostooli kombinatsiooni kasutamine kuni 14-nädalase raseduse katkestamisel. Letrosooli manustatakse 10 mg suukaudselt kolmel järjestikusel päeval, millele järgneb 800 µg misoprostooli sublingvaalselt neljandal päeval (vajadusel korduvalt).

Kõrvaltoimed

Ravimid põhjustavad emaka kokkutõmbeid ja raseduskoe väljumist ning sellest tingituna menstruatsioonitaolist või sellest tugevamat alakõhuvalu ja vereeritust.

Tabel 7. MA ravimite kõrvaltoimed ja nende käsitus

<i>Kõrvaltoimed</i>	<i>Käsitus</i>
<p><i>Alakõhuvalu</i></p> <p>MAGA kaasnev kõrvaltoime.</p> <p>Subjekttiivne valukogemus on varieeruv – mõõdukas, tugev või väga tugev.</p> <p>Valu kogetakse tugevamana suurema gestatsiooniaja, noorema vanuse ja eelnevate sünnituste puudumise, eelneva düsmenorröa ja ärevuse korral (29).</p>	<p>Andke teavet alakõhuvalu varieeruva intensiivsuse kohta.</p> <p>Selgitage, et valu on tugevam esimese nelja tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist ja väheneb pärast raseduskoe väljumist.</p> <p>Soovitav on valuravi samaaegselt misoprostooli manustamisega, nt ibuprofeen 400–800 mg (eelistatud) või paratsetamool 1000 mg (monoterapiana pole efektiivne), edasi vastavalt vajadusele.</p> <p>Tugeva valu korral võib kasutada suukaudseid opioide (nt kodeiin, tramadool, oksükodoon) tervishoiuasutuses.</p> <p>Tugiisik patsiendi soovil.</p> <p>Soojakott ja mugav asend.</p>

	Tugeva ja püsiva valu korral hinnata võimaliku ektoopilise raseduse, emaka ruptuuri ja vaagnaorganite põletiku suhtes.
<p><i>Vereeritus</i></p> <p>MAGA kaasnev kõrvaltoime.</p> <p>Vereeritus võib olla rohke, hüüvetena, sisaldab raseduskudet.</p>	<p>Selgitage, et vereeritus on suurem 2–4 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist ja väheneb pärast raseduskoe väljumist jätkudes keskmiselt kuni 2 nädala jooksul, mõnikord kuni järgmise menstruatsioonini.</p> <p>Andke teavet, kuhu pöörduda pikenenud (enam kui 45 päeva) või rohke (täitub kaks suurt sidet tunnis kahe järjestikuse tunni jooksul) vereerituse korral.</p>
<p><i>Iiveldus ja oksendamine</i></p> <p>Võib olla rasedusega seotud.</p> <p>Võimalik misoprostooli kõrvaltoime 1–2 tunni jooksul pärast manustamist.</p>	<p>Selgitage, et kõrvaltoime möödub enamasti 1–2 tunni jooksul.</p> <p>Sümptomaatiline ravi antiemeetikumidega (metoklopramiid, granisetron, kombinatsioon doksülamiini ja püridoksiiniga).</p>
<p><i>Kõhulahtisus</i></p> <p>Võimalik misoprostooli kõrvaltoime 1–2 tunni jooksul pärast manustamist.</p>	<p>Selgitage, et kõrvaltoime möödub enamasti 1–2 tunni jooksul.</p> <p>Sümptomaatiline ravi loperamiidiga.</p> <p>Julgustage vedelikku tarvitama.</p>
<p><i>Palavik ja külmavärinad</i></p> <p>Sage kõrvaltoime 1–2 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist.</p>	<p>Sümptomaatiline ravi (nt ibuprofeen või paratsetamool).</p> <p>Kui palavik >38°C kestab >3h pärast misoprostooli tableti manustamist, siis on vajalik hindamine vaagnaorganite põletiku suhtes.</p>
<p><i>Peavalu</i></p> <p>Esineb umbes neljandikul patsientidest.</p>	<p>Selgitage, et enamasti möödub spontaanselt, vajadusel sümptomaatiline ravi.</p>

Misoprostooli manustamisel kodus peab patsient olema informeeritud järgnevast:

- millal ja kuidas misoprostooli manustada;
- kui vereeritus ei ole alanud 4 h möödumisel pärast misoprostooli esimest manustamist, siis manustada kordusannus (2 tabletti – 400 µg) p/v, s/l või bukaalselt;
- milline on oodatav vereerituse hulk ja kestus;
- millised võivad olla ravimite kõrvaltoimeid ja kuidas neid käsitleda, sh kuidas leevendada valu (vt tabel 7);
- millal ja kuhu pöörduda erakorraliselt;
- millised on telefoni teel konsulteerimise võimalused nõu küsimiseks, sh valu kontrolli või erakorralise pöördumise vajalikkuse osas;
- kas on vajalik ja millal toimub järelvisiit.

Abordijärgseks perioodiks peab patsient saama järgmised suulised ja kirjalikud juhised (vt nõustamisaktid):

- pärast MA esineb tugevam veritsus vahetult pärast misoprostooli manustamist, edasi võib kesta vähenevas hulgas keskmiselt 2 nädalat (kuni 45 päeva);
- seksuaalvahekorras võib olla siis, kui naine tunneb, et on selleks valmis, kuid kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, samuti tupetampoonide ja menstruaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine;
- imetamist ei pea MA ajal ja pärast seda katkestama;
- uue raseduse planeerimist võib alustada kohe pärast abordijärgset menstruatsiooni;
- kontratseptsioonimeetoditega võib alustada kohe pärast MA, v.a. emakasisene vahend, mis tuleb paigaldada esimesel võimalusel kokku lepitud järelvisiidi käigus.

Patsienti peab informeerima, millal tuleb pöörduda raviasutusse. Erakorraline pöördumine on vajalik, kui:

- vereeritus ei alga 72 h (3 ööpäeva) jooksul pärast misoprostooli manustamist;
- jätkuvad raseduse tunnused/sümptomid (nt iiveldus, oksendamine, rinnanäärmete hellus, väsimus);
- esineb püsiv või süvenev alakõhuvalu;
- verejooks süveneb: vereklompide eritumine, kahe või enama suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel;
- vereeritus tupest kestab edasi pärast järgmise menstruatsiooni möödumist;
- tekib ebameeldiva lõhnaga või mädane voolus tupest;
- pärast misoprostooli manustamist > 3h möödudes tekib püsiv palavik ($\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- esineb üldine halb enesetunne.

10.1.2. ÜLE 12-NÄDALASE RASEDUSE KATKESTAMINE MEDITSIINILISEL NÄIDUSTUSEL

Raseduse medikamentoosse katkestamise korral pärast 12. rasedusnädalat on ravimid ja nende toimemehhanism samad nagu alla 12-nädalase raseduse katkestamise korral. Mifepristooni võib manustada kodus. Misoprostooli manustatakse korduvalt ja patsienti jälgitakse tervishoiuasutuses, kus on ööpäevaringne valmisolek tüsistuste käsitlemiseks. Patsient peab olema jälgimisel kuni täieliku raseduse katkemiseni.

Mitmikraseduse korral on käsitlus sama nagu üksikraseduse korral.

Ravimite manustamine

mifepristoon 200 mg suu kaudu

ja 24–48 h (soovitavalt 36–48 h) pärast:

misoprostool 400 µg p/v, s/l või bukaalselt, vajadusel korduvate annustena 400 µg p/v, s/l või bukaalselt iga 3h järel kuni raseduse katkemiseni

Misoprostooli manustamine vaginaalselt on efektiivsem ja sellel on vähem kõrvaltoimeid, mistõttu see on eelistatud manustamisviis. Vereerituse tekkel tuleb edasised misoprostooli annused manustada s/l või bukaalselt.

Alternatiivid (ainult siis, kui mifepristoon ei ole saadaval):

- Misoprostool monoterapijana 400 µg korduvate annustena iga 3h järel p/v, s/l või bukaalselt kuni raseduse katkemiseni.
- Letrosooli ja misoprostooli kombinatsiooni võib kasutada raseduse kestuse korral kuni 14 nädalat. Letrosooli manustatakse 10 mg suukaudselt kolmel järjestikusel päeval, millele järgneb 800 µg misoprostooli s/l neljandal päeval (vajadusel korduvalt).

Väga harva (0,2-0,4%) võib loode väljuda juba mifepristooni manustamise järel – patsienti tuleb sellest võimalusest eelnevalt teavitada. Veritsuse algamisel või alakõhuvalu korral pärast mifepristooni manustamist peab patsient pöörduma haiglasse enne kokkulepitud aega (30).

Esimese ööpäeva jooksul võib misoprostooli manustada 4–6 korda. Kui rasedus ei katke, siis võib misoprostooli manustamist jätkata järgmisel ööpäeval. Kui pärast teisel ööpäeval misoprostooli korduvat manustamist rasedus ei katke, siis tuleb kaaluda medikamentoosse meetodi (mifepristooni ja misoprostooli kombinatsioon) kordamist või kirurgilise meetodi rakendamist (dilatatsioon ja evakatsioon) (30).

Emaka ruptuur on väga harv, kuid potentsiaalselt eluohtlik tüsistus – metaanalüüsi andmetel esineb seda keisrilõike armiga patsientidel teise trimestri MA korral 0,28% (31). Seega tuleb patsiente nõustada, et emaka ruptuur, sellest tingitud verejooks ja hüsterotoomia/hüsterektoomia on võimalikud, aga väga harva esinevad tüsistused.

Armiga emakas on emaka ruptuuri riskiteguriks, kuid üksikuid juhtumeid on esinenud ka armita emaka puhul. Emaka ruptuuri oht suureneb gestatsiooniaja kasvades. Armiga emaka puhul tuleb misoprostooli manustamisel olla ettevaatlikum, annust võib vähendada ning misoprostooli annuste kordamine tuleb otsustada kliinilise pildi alusel.

Efektiivsus

Misoprostooli annustamise algusest kuni raseduse katkemise alguseni kulub keskmiselt 6–8 tundi (32,33), keskmisest kiiremini algab raseduse katkemine eelnevalt sünnitanud ja väiksema gestatsiooniajaga patsientidel.

Esimese ööpäeva jooksul katkeb juhendis pakutud ravimite manustamise skeemi korral 94–95% rasedustest (34,35). Keskmiselt on vaja misoprostooli manustada 3 korda.

Valuravi

Ravimite manustamise käigus tekkivatest emakakontraktsioonidest tingitud alakõhuvalu korral tuleb pakkuda valuravi igale patsiendile ja hinnata regulaarselt valutustamise vajadust. Alakõhuvalu tekib kõige tõenäolisemalt esimeste tundide jooksul pärast misoprostooli manustamist ja seda vajavad enam nooremad, suurema gestatsiooniajaga patsiendid ja korduva misoprostooli manustamise vajadusega patsiendid. Valuravi tuleb alustada samaaegselt misoprostooli manustamisega ja jätkata vastavalt vajadusele. Kasutada võib nii oraalset kui parenteraalselt manustatavaid NSAIDe (nt 400–800 mg ibuprofeeni), paratsetamooli 1000 mg (monoteraapiana pole efektiivne), opioide (30–60 mg kodeiini, 10 mg oksükodooni), epiduraal- või paratservikaalanalgeesiat (vt teostamist peatükis „Kirurgiline meetod“). Valu leevendab ka soojakott, mugav asend, verbaalne toetus ja toetava kaaslaste või pereliikme kohalolu.

Ravimite kõrvaltoimed

Käsitlus on sama nagu MA korral enne 12-nädalase raseduse katkestamist.

Loote vaatamine

Naisega (ja võimalusel tema partneriga) tuleb eelnevalt läbi arutada, kas on soov loodet näha – see võib olla leinaprotsessi osaks. Loote nägemine võib ka tasakaalustada võimalikke hirme ja ebarealistlikke ootusi loote väärarendite suhtes.

Platsenta väljumine

Tavaliselt väljub platsenta spontaanselt lühikese aja jooksul pärast loodet – rohkem kui pooltel patsientidel ühe tunni jooksul (36). Pärast platsenta väljumist tuleb vaatlusel hinnata selle terviklikkust, vajadusel võib kasutada UH-uuringut, kinnitamaks platsenta täielikku väljumist.

Platsenta peetumisel emakakaelas võib vaginaalsel läbivaatusel eemaldada platsenta osised korntangidega, avaldades samal ajal survet emakapõhjale.

Platsenta peetust esineb harva (< 10%). Kui platsenta pole väljunud 1–2 tunni jooksul või on osaliselt peetunud, siis võib platsenta väljumise soodustamiseks kasutada uterotoonilisi ravimeid (nt oksütotsiin i/m või i/v infusioonina) (30). Rakendada tuleb jälgimistaktikat – kui rohke vereeritus puudub, pole vaja kirurgiliselt sekkuda. Tugeva verejooksu korral võib olla vajalik emakaõõne tühjendamine instrumentaalselt. Küretti mitte kasutada! Kirjanduse andmetel on kirurgiline sekkumine vajalik umbes 3–11% juhtudest (34).

Meditsiinilisel näidustusel katkestatud looted on saadetakse vajadusel histoloogilisele uuringule ja säilitada materjal geneetiliste uuringute jaoks. Geneetiliste uuringute põhjendatuse ja meetodi valiku otsustab meditsiinigeneetik koos perekonnaga. Kui lootele on teostatud enne katkestamist geneetilised uuringud ja diagnoos on kindel, siis raseduse katkestamise järel ei ole vaja uuringut korrata. Sellistel juhtudel otsustab histoloogilise uuringu vajaduse raviarst.

Raseduskudet tuleb käsitleda samamoodi nagu muud bioloogilist materjali, välja arvatud juhul, kui individuaalsed soovid või kohalikud eeskirjad nõuavad seda teisiti.

Jälgimine verejooksu suhtes

Pärast loote ja platsenta väljumist tuleb jälgida patsiendi seisundit ja tupekaudset vereeritust vähemalt 2–4 tunni jooksul. Tugeva verejooksu korral, kui platsenta on väljunud, tuleb välja selgitada muu verejooksu põhjus – esmajoonel emakakaela ja tupe vigastus. Peeglitega vaginaalsel läbivaatusel rebendite puudumisel on vajalik ultraheliuuringu abil kontrollida emakaõõnt, et välistada platsenta osiste peetus. Peetunud platsenta osised tuleb eemaldada vaakumspiratsiooni teel ja/või uterotooniliste ravimitega. Kui verejooks jätkub, tuleb kaaluda kas täiendavat medikamentoosset ravi, kirurgilist sekkumist ja/või transfusioonravi.

Placenta accreta

Toimida samamoodi nagu sünnituse korral – operatiivne ravi.

Laktatsiooni pärssimine ja imetamine

Raseduse katkestamisel alates 15. rasedusnädalast manustatakse esimesel võimalusel laktatsiooni pärssimiseks 1 mg kabergoliini (kaks 0,5 mg tabletti) ühekordse annusena p/o.

Imetamise korral on kasutatavad mifepristooni ja misoprostooli annused ohutud ja lubatud.

Infektsioon

Infektsiooni esinemisel või selle kahtlusel tuleb kohe alustada antibakteriaalse raviga; peetunud platsenta korral tuleb emakaõõs seejärel tühjendada (30).

Teave abordijärgse perioodi kohta

Patsient peab saama järgmised juhised:

- milline on oodatav vereerituse hulk ja kestus (keskmiselt 2 nädalat);
- millal ja kuhu pöörduda erakorraliselt rohke (kahe või enama suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel) või pikenenud (enam 45 päeva) vereerituse; palaviku ja külmavärinate, püsiva alakõhuvalu või üldise halva enesetunde korral;
- vajadusel järelvisiidi kokkuleppimine – kaebuste puudumisel peaks see toimuma pärast abordijärgset menstruatsiooni. Abortijärgseks perioodiks peab patsient saama järgmised suulised ja kirjalikud juhised (vt nõustamisaktid);
- seksuaalvahekorras võib olla siis, kui naine tunneb, et on selleks valmis, kuid kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, samuti tupetampoonide ja menstuaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine;
- imetamist ei pea MA ajal ja pärast seda katkestama;
- uue raseduse planeerimist võib alustada kohe pärast abordijärgset menstruatsiooni;
- kontratseptsioonimeetoditega võib alustada kohe pärast MA, v.a emakasisene vahend, mis tuleb paigaldada esimesel võimalusel kokku lepitud järelvisiidi käigus.

10.1.3. PEETUNUD RASEDUSE KATKESTAMISE RAVISKEEMID

Peetunud raseduse diagnoosimiseks kasutatakse UH-uuringut, kus on näha loode ilma südametegevuseta või ainult varases järgus lootemuna.

Tabel 8. Peetunud rasedusele või selle kahtlusele viitavad sonograafilised tunnused

<i>Peetunud raseduse kriteeriumid transvaginaalsel UH-uuringul</i>	<i>Peetunud raseduse kahtlusele viitavad tunnused transvaginaalsel UH-uuringul (peetumise kinnitamiseks tehakse kordusuuring 7–10 päeva möödumisel)</i>
CRL \geq 7 mm, embrüo südametegevus puudub	CRL < 7 mm, embrüo südametegevus puudub
Lootemuna keskmine läbimõõt \geq 25 mm, embrüo südametegevus puudub	Lootemuna keskmine läbimõõt 16–24 mm, embrüo südametegevus puudub
Embrüo südametegevuse puudumine \geq 2 nädalat pärast esmast uuringut, kus oli näha lootemuna ilma rebukotita	Embrüo südametegevuse puudumine 7–13 päeva pärast esmast uuringut, kus oli nähtav lootemuna ilma rebukotita
Embrüo südametegevuse puudumine \geq 11 päeva pärast esmast uuringut, kus oli nähtav lootemuna koos rebukotiga	Embrüo südametegevuse puudumine 7–10 päeva pärast esmast uuringut, kus oli nähtav lootemuna koos rebukotiga
	Embrüo puudumine, kui viimase menstruatsiooni 1. päevast on möödunud > 6 nädalat
	Tühi amnion (amnion ilma embrüota nähtav rebukoti kõrval)
	Suur rebukott (> 7 mm)
	Väike lootemuna võrreldes embrüoga (vahe lootemuna keskmise läbimõõdu ja CRL vahel on < 5 mm)

Peetunud raseduse ultrahelidiagnostika kirjeldus on leitav juhendist „Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluurimine ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud” (<https://www.ens.ee/ravijuhendid/synnitusabi>).

Peetunud raseduse korral võib kasutada nii medikamentooset, kirurgilist kui ka äraootavat taktikat. Viimasel juhul tuleb patsienti teavitada, et raseduskoe väljumiseni võib kuluda pikem aeg. Nii medikamentoosse kui ka kirurgilise raseduse katkestamise puhul on võrreldes äraootava taktikaga suurem tõenäosus, et rasedus katkeb täielikult. Valiku tegemisel kirurgilise või

medikamentoosse meetodi või jälgimistaktika vahel tuleb juhinduda patsiendi kliinilisest seisundist ja eelistustest.

Alla 14-nädalase peetunud raseduse medikamentoosne katkestamine

Alla 14-nädalase peetunud raseduse medikamentoosel katkestamisel kasutatakse samasuguseid raviskeeme nagu alla 12-nädalase raseduse medikamentoosel katkestamisel.

Üle 14-nädalase peetunud raseduse medikamentoosne katkestamine

Ravimite manustamine

mifepristoon 200 mg suu kaudu

ja 24–48 h (soovitavalt 36–48 h) pärast:

misoprostool 400 µg s/l või p/v, vajadusel korduvate annustena iga 4–6 h järel kuni raseduse katkemiseni

Alternatiivne raviskeem: misoprostool monoterapiana 400 µg korduvate annustena s/l või p/v 4–6 h järel kuni raseduse katkemiseni.

10.2. KIRURGILINE MEETOD

KA käsitus koosneb järgmistest tegevustest: antibakteriaalne profülaktika, valutustamine, emakakaela ettevalmistus, kirurgilise abordi protseduur ja sellejärgne jälgimine.

KA meetodid on: vaakumaspiratsioon, emakakaela dilatatsioon ja raseduskoe evakuatsioon (ingl *dilatation and evacuation, D&E*).

Antibakteriaalne profülaktika

Kirurgilise abordi puhul on operatsioonieelne antibakteriaalne profülaktika alati vajalik, et ennetada vaagnaorganite põletikku. Soovitav on manustada kõigile KA protseduuri ajal 500 mg metronidasooli i/v ühekordselt.

Emakakaela ettevalmistus

Emakakaela ettevalmistus lihtsustab emakakaela laiendamist ja vähendab riski emakakaela ja -keha traumaks. Emakakaela ettevalmistust soovitatakse kõigile. Kindlasti on see vajalik teismelistele, sünnitamata naistele, raseduse suuruse korral ≥ 12 nädalat, teadaoleva emakakaela anomaalia või varasema emakakaela kirurgia korral.

Emakakaela ettevalmistamiseks kasutatakse kas ravimeid (misoprostool, mifepristoon), mehaanilisi vahendeid (naturaalsed või sünteetilised osmootsed dilataatorid) või nende kombinatsioone.

Emakakaela ettevalmistus misoprostooliga võib põhjustada valu ja ebamugavustunnet, mis on seotud emakakaela avanemise ja emaka kontraktsioonidega. Valu võib ennetada või leevendada kasutades NSAIDe (ibuprofeeni eelistatult 400–800 mg) või paratsetamooli 1000 mg (monoteraapiana pole efektiivne), edasi vastavalt vajadusele.

Tabel 8. Emakakaela ettevalmistuseks kasutatavad ravimid KA korral, kui raseduse kestus on < 12 nädalat

<i>Ravim *</i>	<i>Annus</i>	<i>Manustamine</i>	<i>Aeg</i>
Misoprostool	400 µg	s/l(efektiivseim)	1–2 tundi enne protseduuri
Misoprostool	400 µg	p/v või bukaalselt	2–3 tundi enne protseduuri

*Alternatiivina võib kasutada mifepristooni 200 mg p/o 24–48 tundi enne protseduuri. Osmootseid dilataatoreid siin kasutada ei tohi.

Tabel 9. Emakakaela ettevalmistuseks kasutatavad ravimid KA korral, kui raseduse kestus on ≥ 12 nädalat

<i>Ravim</i>	<i>Annus</i>	<i>Manustamine</i>	<i>Aeg</i>
Mifepristoon	200 mg	p/o	24–48 tundi enne protseduuri
Misoprostool	400 µg	s/l	1–2 tundi enne protseduuri
misoprostool	400 µg	p/v või bukaalselt	2–3 tundi enne protseduuri

Kui osmootsed dilataatorid on kättesaadavad, on nende kasutamine kombinatsioonis ravimitega keelatud enne 12. rasedusnädalat, soovitatav 12.–19. rasedusnädalal ja alates 19. rasedusnädalast on nende kasutamine vajalik. Osmootsete dilataatorite toimemehhanism (mehhaaniline või keemiline) ning maksimaalne toimeaeg sõltub materjalist (naturaalsed või sünteetilised) ja nende kasutamisel tuleb järgida tootja juhiseid.

Kui emakakaela ettevalmistuse käigus tekib tugev verejooks, siis on vajalik kohene raseduskoe eemaldamine vaakumaspiratsiooni teel.

Valutustamine

Valu leevendamine peab olema alati kättesaadav ning valuvaigisteid tuleb manustada ennetavalt ja valu süvenedes. Patsienti tuleb nõustada koduse valuravi osas. Valutustamise vajadus suureneb koos gestatsiooniajaga ja sõltub vanusest, pariteedist, eelnevatest vaginaalsetest sünnitustest, düsmenorröa esinemisest anamneesis ning patsiendi ärevuse või hirmu tasemest.

Protseduuriga kaasnev valu on tingitud emakakaela dilatatsioonist, emakakaela sisesuudme ärritusest, emakaseina mehaanilisest ärritusest ja emakalihase kontraktsioonist.

Eestis kasutatakse kirurgilise abordi teostamisel tavapäraselt operatsiooniaegset üldanesteesiast. Kasutada võib ka paratservikaalanalgeesiast ja sedatsiooni.

Paratservikaalanesteesia teostamise juhend

- Maksimaalne lidokaiini annus on 4,5 mg/kg kohta (umbes 20 ml 1% lahust).
- 1–2 ml analgeetikumi tuleb süstida sellesse emakakaela piirkonda, kuhu plaanitakse asetada kuultangid.
- Kuultangidega haaratakse emakakaelast.
- Ettevaatlikult trakteeritakse emakakael lateraalsele ja visualiseeritakse tupevõlv, kuhu tehakse järgmised anesteetikumi süsted.
- Aspireerides enne süstimise alustamist, kontrollitakse, et nõel ei oleks veresoones.
- 2–5 ml lidokaiini süstitakse aeglaselt 1,5–3 cm sügavusele tupevõlvikesse kahes kuni neljas punktis (kella 2 ja 10 ja/või kella 4 ja 8 suunal).

Vahetuks abordijärgseks valutustamiseks kasutada NSAIDe või opioide.

Vaakumaspiratsiooni võib tehniliselt teostada kuni 14. rasedusnädalani, erandjuhtudel on D&E võimalik ka hiljem (vt allpool).

Vaakumaspiratsiooni teel eemaldatakse emakaõõnest raseduskude. Kasutatakse erineva diameetriga plastikust või metallist otsikuid (kanüüle). Nende kasutamisel tuleb arvestada, et kanüüli suurus peab olema korrelatsioonis raseduse suurusega. Üldine reegel kuni 14. rasedusnädalani tehtava operatsiooni puhul on, et sobiv kanüül valitakse vastavalt raseduse kestusele: rasedusnädal +/- 1 mm, nt 7-nädalase raseduse puhul võiks see olla diameetriga 6–8 mm.

Hea tava on hinnata eemaldatavat kudet, et olla kindel raseduskoe eemaldamises.

Rutiinselt küretti kasutada ei tohi.

Operatsiooniga seotud tegevused on järgmised:

- Paluda naisel tühjendada kusepõis.
- Pesta käed ja riietuda steriilselt.
- Viia patsient litotoomia asendisse.
- Puhastada desinfitseeriva lahusega välissuguelundid, tupp ja emakakael.
- Täpsustada bimanuaalse palpatsiooniga emaka suurus ja asend.
- Visualiseerida tupepeeglitega emakakael, paigaldada kuultangid ja sondeerida emakaõõs.
- Dilateerida emakakael Hegari laiendajatega.
- Aspireerida vaakumotsikuga emakaõõs ja evakueerida emaka sisu, pöörates kanüüli õrnalt ja aeglaselt 180° mõlemas suunas.
- Veenduda raseduskoe väljumises visuaalselt või ultraheliuuringuga.
- Mitte teostada kontrolli küretiga veendumaks, et emakaõõs on tühi.
- Vajadusel paigaldada emakasisene vahend või rasestumisvastane implantaat.

Tunnused, et emakaõõs on tühi:

- läbi kanüüli ei visualiseeru enam raseduskude, näha on punakas või roosakas vaht;
- vaakumotsikuga on tunda tihedam emakasein;
- emakas kontraheerub vaakumotsiku ümber.

Üle 12-nädalase raseduse korral on alati eelistatav raseduse katkestamise meetod medikamentoosne. Kui mingil põhjusel ei saa seda meetodit kasutada või kui rasedus ei katke hoolimata MA rakendamisest (nt kahe ööpäeva jooksul), siis on võimalik raseduse katkestamine kirurgilise meetodiga.

Teostatakse D&E teel (vaakumspiratsioon võimalik kuni 15-16 nädalase raseduseni, pärast seda on meetodiks raseduskoe mehaaniline eemaldamine).

Üle 14. rasedusnädala kestnud raseduse puhul tuleb kirurgiline operatsioon teha vaid raviasutuses, kus on selleks pädev kirurgilise ettevalmistusega personal.

Operatsioon teostatakse sarnaselt alla 14-nädalase rasedusega. Eelneb emakakaela ettevalmistus medikamentide / osmootsete dilataatoritega. Operatsiooni teostamine UH kontrolli all võimaldab paremat visualiseerimist.

Võimalikud tüsistused ja nende käsitlus

Võimalikud tüsistused on harvad (alla 1%). Vahetult operatsiooniaegsed tüsistused on verejooks, emaka perforatsioon ja emakakaela vigastus, hilisemateks tüsistusteks võivad olla emaka mittetäielik tühjenemine ja vaagnaorganite põletik. Vältimaks vahetuid operatsioonijärgseid tüsistusi, on paari tunni jooksul pärast operatsiooni vajalik patsiendi jälgimine.

Anesteesiaga seotud tüsistused

Kui kasutatakse üldanesteesiat, peab personal oskama käsitleda anesteesiaga seotuid tüsistusi vastavalt käsitusjuhiste. Kättesaadavad peavad olema kasutatavate ravimite antagonistid.

Ektoopiline rasedus ja emaka väärarend

Koelise materjali puudumisel/vähesusel tuleb kahtlustada ektoopilist rasedust või emaka väärarendit. Ektoopilisele rasedusele võib viidata ka hemodünaamiliselt ebastabiilne patsient (munajuha ruptuuri korral). Vajalik on teha UH ja vajadusel hCG verest. Käsitus vastavalt ektoopilise raseduse käsitusjuhendile.

Verejooks

Põhjuseks võib olla protseduuri ajal emaka atoonia, emakakaela trauma, veritsushäired või emaka perforatsioon, mittetäielik abort.

Verejooksu käsitus sõltub selle põhjusest ja raskusastmest ning võib sisaldada järgmisi tegevusi:

- elustamine (hapnik ja infusioonravi)
- kontroll emakakaela või tupe vigastuste suhtes
- korduv vaakumaspiratsioon (mitte dilatatsioon ja küretaaž)
- emaka massaaž
- uterotooniliste ravimite manustamine (misoprostool, oksütotsiin)
- emakaõõne kompressioon Foley balloonekateetriga
- vereülekanne
- hüübimisfaktorite asendamine
- laparoskoopia/laparotomia perforatsiooniva suturatsiooniks või hüsterektoomia

Emaka perforatsioon

Emaka perforatsioon on väga harva esinev tüsistus, mille esinemise tõenäosus tõuseb suurema gestatsiooniaja, vähese kogemusega personali ja emaka väärarendi korral. Emaka perforatsioon võib paraneda ilma sekkumiseta.

Operatsiooni ajal võiks tekkida kahtlus emaka perforatsioonile, kui:

- instrument ulatub oodatust kaugemale/sügavamale;
- tekib rohke verejooks;
- instrumendi kontakti puudumine emaka seinaga;
- kõhuõõne organite (nt sool) visualiseerumine tupes;

Perforatsiooni või selle kahtluse korral tuleb teha UH-uuring ja hinnata patsiendi hemodünaamikat. Kui hemodünaamika on stabiilne ja UH-uuringul ei ole vere kogunemist kõhuõõnde, võib patsienti jälgida ja manustada uterotoonilisi ravimeid.

Kui vaakumotsikus on nähtavad omentumi või soolelingu osad või esinevad hemorraagilise šoki sümptomid, tuleb protseduur kohe katkestada, eemaldada vaakumotsik emakast ja viia patsient operatsioonituppa. Kui on kahtlus omentumi või soolelingu aspiratsioonile, siis ei tohi uterotoonilisi ravimeid manustada. Laparoskoopial on vajalik perforatsiooniava koagulatsioon või suturatsioon koos hoolika kõhuõõne organite kontrolliga. Kui naise seisund või laparoskoopia leid viitavad soolestiku, veresoonte või muude struktuuride kahjustusele, võib vajalik olla laparotoomia.

Operatsiooni ajal diagnoosimata perforatsioon võib ilmneda ka sümptomitena vahetus operatsioonijärgses perioodis (verejooks emakast, hemodünaamika häirumine, tugev alakõhuvalu). Käsitlus on sama, mis operatsiooni ajal avastatud perforatsiooni korral.

Teave abordijärgse perioodi kohta

Abordijärgseks perioodiks peab patsient saama järgmised suulised ja kirjalikud juhised (vt ka nõustamisakt):

- vaginaalne verejooks vähenevas hulgas kuni 2 nädalat pärast kirurgilist aborti on normaalne;
- seksuaalvahekorras võib olla siis, kui naine tunneb, et on selleks valmis, kuid kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, samuti tupetampoonide ja menstruaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine;
- imetamist ei pea KA ajal ja pärast seda katkestama;
- uue raseduse planeerimist võib alustada kohe pärast abordijärgset menstruatsiooni;
- kontratseptsioonimeetoditega võib alustada kohe pärast KA.

Patsienti peab informeerima, et järgmiste seisundite korral tuleb pöörduda raviasutusse erakorraliselt:

- jätkuvad raseduse tunnused/sümptomid (nt iiveldus, oksendamine, rinnanäärmete hellus, väsimus);
- esineb püsiv või süvenev alakõhuvalu;
- verejooks süveneb: vereklompide eritumine, kahe või enama suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel;
- vereeritus tupest kestab edasi pärast järgmise menstruatsiooni möödumist;
- tekib ebameeldiva lõhnaga või mädane voolus tupest, palavik ($\geq 38^\circ\text{C}$) või üldine halb enesetunne.

11. ABORDIJÄRGNE PERIOOD

Rutiinseks järelkontrolliks või abordijärgseks UH-uuringuks vajadust ei ole. Patsientidel peab olema selge juhised, millal on vajalik pöörduda erakorraliselt raviasutusse. Lisaks tuleb kindlustada, et patsient on saanud hakata kasutama soovitud RVMi ja pakkuda vajadusel psühhosotsiaalset tuge. Viimast võib vajada väike osa naistest jätkuva kurbuse ja leina tõttu pärast raseduse katkestamist. Psühhosotsiaalset tuge võivad vajada ka alaealised ja muud haavatavad grupid. Vajadusel nõustada, kuidas saada täiendavat psühholoogilist nõustamist lisaks järelvisiidile raviasutuses.

Patsiendi soovil või vajaduse korral, nt täiendavaks kontratseptsioonikäsitleks (sh emakasisese vahendi paigalduseks), psühhosotsiaalse toe pakkumiseks või muul põhjusel võib plaanida järelviidi raviasutuses 2–5 nädala pärast.

11.1. RASEDUSE KATKEMISE KINDLAKSTEGEMINE

Abordijärgses perioodis tuleb kindlaks teha, et rasedus on katkenud. Kui abort toimus tervishoiuasutuses ja selle järel tuvastati raseduskoe väljumine emakast, siis ei ole patsiendi tagasikutsumine aborti toimumise hindamiseks vajalik.

Kui ravimite manustamine toimub kodus, siis saab naine ise raseduse katkemise kindlaks teha (raseduskoe väljumine, vereerituse mustrite vastavus raseduse katkemisele ja raseduse sümptomite kadumine). Järelviit/-viidid võivad toimuda telefoni teel, mille käigus täpsustatakse abordijärgse veritsuse iseloom ja raseduse sümptomaatika / selle kadumine. hCG uriinitesti tegemine kodus on võimalik, kuid selle puhul tuleb arvesse võtta, et Eestis on apteegis müügil vaid kõrge sensitiivsusega rasedustestid (alates 50 IU hCG), mis sobivad raseduse täieliku katkemise kindlakstegemiseks alles 5 nädala pärast. Madala sensitiivsusega rasedustestid (alates 1000 IU hCG) sobivad raseduse kindlakstegemiseks 2 nädalat pärast aborti (juhendi koostamise ajal neid Eestis apteegis müügil ei olnud).

11.2. RASEDUSE JÄTKUMINE

Kui patsiendi sümptomite põhjal (puuduv või minimaalne veritsus, rasedusele viitavate sümptomite jätkumine või tekkimine) on alust arvata, et rasedus ei ole katkenud, tuleb teha UH-uuring. Lootemuna puudumine UH-uuringul kinnitab aborti toimumise siis, kui enne aborti oli lootemuna nähtav. Kui enne aborti pole emakasisest rasedust sonograafiliselt diagnoositud, tuleb rasedusele viitavate sümptomite puhul välistada ektoopiline rasedus. Ektoopilise raseduse tõenäosus on raseduse katkestajate hulgas madalam kui tavapopulatsioonis. Tähelepanelik tuleb olla nende patsientide korral, kellel on jäänud abordieelne UH-uuring tegemata. Ektoopilisele

rasedusele viitavad kõhuvalu, veritsus enne aborti, vähene või puuduv veritsus pärast MA, hemodünaamiliselt ebastabiilne patsient (munajuha ruptuuri korral). Käsitlus toimub vastavalt kehtivale ektoopilise raseduse käsitlusjuhendile.

Verehüübed emakaõõnes, paksenenud endomeetrium või (vaskulariseeritud) raseduskoe jääk UH-uuringul on pärast MA tavalised ja ei ole kliiniliselt olulised – väheste kogemustega personal võib seda tõlgendada valesti kui aborti mittetoimumist ja suunata patsiendi tarbetule (isegi kirurgilisele) sekkumisele.

Nähtav lootemuna emakas UH-uuringul näitab, et rasedus ei ole katkenud (abort pole toimunud).

Kui UH-uuring ei ole võimalik, siis tuleb rasedusele viitavaid sümptomeid hinnata koos hCG määramisega vereseerumist. Seerumi hCG määramisel tuleb arvestada, et aeg, mil hCG ei ole enam kindlasti leitav, on alles 6-7 nädalat pärast raseduse katkemist ja seda saab tõlgendada ainult koos muude rasedusele viitavate sümptomite hindamisega.

Raseduse jätkumisel võib selle katkestamiseks korrata mifepristooni ja misoprostooli manustamist või kasutada kirurgilist sekkumist.

Kui patsient otsustab rasedust jätkata, tuleb teda nõustada võimalike riskide osas. Olemasolev tõendus on ebapiisav, et hinnata loote väärarendite riski pärast MA ravimite manustamist. Kui patsient siiski soovib rasedust jätkata, on vajalik põhjalik ja korduv loote sonograafiline jälgimine.

11.3. MITTETÄIELIK ABORT

Mittetäieliku aborti diagnostika põhineb kliinilisel pildil. Eristatakse tüsistusteta ja tüsistusega mittetäielikku aborti.

Tüsistusteta mittetäielik abort (emaka mittetäielik tühjenemine) on abordijärgsetel nädalatel tavaline. Ultraheliuuringul nähtavad verehüübed, paksenenud endomeetrium ja (vaskulariseeritud) raseduskoe jääk (nn retentsioon) on rohkenenud verejooksule või vaagnaorganite põletikule viitavate sümptomite puudumise korral **kliiniliselt mitteoluline leid** ja laheneb enamasti ise.

Tüsistusteta mittetäielik abort võib tekkida pärast indutseeritud või spontaanset aborti ning nende käsitlus on sama – eelkõige **äraootav taktika**. Kui veritsus on mõõdukas ja ei esine infektsiooni sümptomeid, on äraootav taktika sama efektiivne kui misoprostooli manustamine. Kui mingil põhjusel (nt patsiendi soovil) soovitakse misoprostooli manustada, soovitab WHO tuleb ravimi annustamisel lähtuda emaka suurusel bimanuaalsel palpatsioonil. Emaka suuruse korral alla 14. nädala soovitatakse misoprostooli 800 µg suu kaudu või 400 µg s/l ja suurema emaka korral 400 µg s/l, p/v või bukaalselt iga 3 tunni järel.

Tüsistustega mittetäielik abort on seisund, kus mittetäielik abort tüsistub verejooksuga või infektsiooniga ja on vajalik meditsiiniline sekkumine. Verekaotuse suurust võib olla raske mõõta, kuid vereklompide eritumine, kahe suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel, süngoop/ortostaas viitavad kas rohkele või pikenenud vereeritusele. Objektiivselt on see hinnatav hemoglobiini väärtuse määramisega. Verejooksu ravi sõltub põhjusest ja selle raskusastmest. Hemodünaamiliselt ebastabiilsele patsiendile on esmalt vajalik infusioonravi, vajadusel uterotooniline medikamentoosne ravi (misoprostool, oksütotsiin). Verejooks, mis vajab vereülekannet või kirurgilist sekkumist, on eriti harv (vastavalt 0–0,2% ja 0,3–2,6%) (14). Verejooksu korral on soovitatav kirurgiline sekkumine (hüsteroskoopia, vaakumaspiratsioon, instrumentaalne väljutamine). Kaasneva infektsiooni korral peab viivitamatult emaka tühjendama koos laia toimespektriga antibiootikumide manustamisega. Kirurgiline sekkumine võib olla näidustatud ka patsiendi soovil.

Muud verejooksu põhjused

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad rohke/pikenenud vereerituse põhjusena arvesse ka veritsushäired, diagnoosimata emakakaela vigastus või emaka perforatsioon (viimased esinevad väga harva). Enne kirurgilist ravi kontrollida emakakaela võimaliku vigastuse suhtes ja teha UH-uuring võimaliku emakaperforatsiooni avastamiseks.

Infektsioon

Vaagnaorganite põletiku risk on madal nii KA kui ka MA järel ning sõltub individuaalsetest riskiteguritest. Sagedasemad tunnused on palavik, külmavärinad, ebameeldiva lõhnaga või mädane voolus tupest, püsiv või süvenev alakõhuvalu, jätkuv veritsus. Tugev püsiv valu vajab uuringuid ka siis, kui muid infektsioonitunnuseid ei esine. PID-i diagnoosimiseks on vajalik patsiendi vaginaalne bimanuaalne läbivaatus. Infektsiooni korral alustada kohe ambulatoorselt antibiootikumravi. Generaliseerunud infektsiooniga patsient vajab hospitaliseerimist ja ka sel juhul alustada esmalt laia toimespektriga antibakteriaalset ravi ning seejärel vajadusel sekkuda kirurgiliselt.

11.4. KONTRATSEPTSIION

Raseduse katkestamine ei mõjuta viljakust ega ka järgnevate raseduste kulgu. Nii MA kui KA järgselt võib tekkida ovulatsioon juba 8–10 päeva pärast selle toimumist 83%-l naistest (14).

Need, kes soovivad edaspidi rasedusest hoiduda, peavad saama kontratseptsioonialast nõustamist koos meetodi valiku võimalusega enne aborti. Ka vahetult pärast aborti on vajalik veenduda, et naist on nõustatud RVMi osas. Naised, kes eri põhjustel ei alusta RVMi tarvitamist kohe pärast aborti, võivad vajada abordijärgset visiiti kontratseptsioonialaseks nõustamiseks.

Sõltumata raseduse suurusest tuleb RVMi hakata kasutama kohe pärast aborti – viivitus on seotud uue soovimatu raseduse riskiga.

Hormonaalne kontratseptsioon

Hormonaalse kontratseptsiooni (KHK – pillid, vaginaalrõngas, plaaster) puhul peetakse kohese alustamise all silmas selle alustamist abordiga samal päeval. MA puhul tuleb kontratseptsiooni alustada **samal päeval misoprostooli manustamisega**. Implantaadi võib paigaldada juba enne, nt mifepristooni manustamise päeval. Depoosüsti (medroksüprogesteroon) puhul on täheldatud MA korral mõningast katkestamisel kasutatavate ravimite efektiivsuse langust, mistõttu seda soovitatakse alustada kohe pärast raseduse katkemist (37).

KHK pillid ei suurenda ega pikenda abordijärgset veritsust ja tõenäoliselt on see nii ka teiste manustamisviiside puhul (14).

KHK tabletid (v.a Qlaira®), minipillid, depoosüst ja implantaat toimivad kohe siis, kui neid alustada viie päeva jooksul pärast misoprostooli manustamist; vaginaalrõnga ja plaastri korral tuleb alustada hiljemalt aborti toimumise päeva jooksul. Tuperõnga puhul tuleb patsienti hoiatada, et tugeva verejooksu korral võib see ekspulseeruda.

Emakasisene kontratseptsioon

KA korral võib ESV/ESSi paigaldada emakasse sõltumata raseduse suurusest kohe operatsiooni lõpus. Kui seda ei paigaldata ravisutuses viibimise ajal, siis tuleb patsiendile kindlustada abordijärgne visiit võimalikult ruttu emakasisese vahendi/süsteemi paigaldamiseks.

MA korral võib emakasisese süsteemi/vahendi paigaldada, kui järelkontrollis ei tuvastata raseduse jätkumist (UH-uuringul lootemuna). UH-uuringul leitud endomeetriumi paksenemine, (vaskulariseeritud) raseduskoe jääk või normist kõrgem hCG ei ole seotud vahendi/süsteemi ekspulsiooni riskiga ning ei ole vastunäidustuseks emakasisese kontratseptsiooni alustamisele abordijärgsel visiidil. ESSi korral on selle paigaldamine aborti käigus seotud väiksema abordijärgse veritsuste riskiga, võrreldes nendega, kellele see paigaldati hiljem, s.o pärast abordijärgset menstruatsiooni.

Pärast 12. rasedusnädalat toimunud MA korral on emakasisese vahendi/süsteemi ekspulsiooni risk suurem, kui see paigaldatakse kohe pärast aborti, mistõttu seda soovitatakse teha 4–6 nädalat hiljem. Vajadusel võib selle siiski ka kohe paigaldada, kuid patsienti tuleb teavitada suuremast ekspulsiooni riskist.

Steriliseerimine

Sterilisatsiooni on võimalik teostada kohe pärast aborti, järgides [RKSSI](#) piiranguid. Soovimatu rasedusega kaasnevat võimalikku emotsionaalset stressi arvestades on siiski mõistlikum steriliseerimise otsust aborti toimumiseni edasi lükata ja kasutada seni muid tõhusaid rasestumisvastaseid meetodeid.



12. KASUTATUD ALLIKAD

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152-e61.
2. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Kättesaadav: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e33.
4. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.
5. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81.
6. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023. Kättesaadav: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>
7. Best practice in abortion care. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologist 2015. Kättesaadav: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
8. Raskaudenkeskeytys. Käypä-hoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2023. Kättesaadav: <https://www.kaypahoito.fi/hoi27050>
9. Haldre K, Part K, Ketting E. Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: The role of sexuality education and youth-friendly services. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2012; 17(5):351–62.
10. Part K, Ringmets I, Laanpere M, Rahu M, Karro H. Contraceptive use among young women in Estonia: Association with contraceptive services. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2015; 21(2):132-40.
11. Guyatt GH, Oxman AD, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-26. Kättesaadav: <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>
12. Rehfues EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e000844.118.
13. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009:1149–58.

14. Fiala C, Agostini A, Carmo-Bombas T-A, Gemzell-Danielsson K, Lertxundi R, Lubusky M, Parachini M. Early medical abortion: a practical guide for healthcare professionals. Affinités Santé, 2018 (2nd edition). Kättesaadav: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/Early_medical_abortion.PDF
15. Kopp Kallner H, et al. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days, Hum Reprod 2010;25(5):1153-7.
16. Major B, et al. Abortion and mental health. Evaluating the evidence. Am Psychol 2009;64: 863-90.
17. Munk-Olsen T, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. N Engl J Med 2011;364:332-9.
18. ACOG Committee Opinion No. 434: induced abortion and breast cancer risk. Obstet Gynecol 2009;113(6):1417-8. Kättesaadav: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2009/06/induced-abortion-and-breast-cancer-risk>
19. Rowlands S. Misinformation on abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011;16:233-40.
20. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. National Institute for Health and Care Excellence 2019. Kättesaadav: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;13:e91-e103, reaffirmed 2022. Kättesaadav: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29470343/>
22. Ziogou A, Ziogos E, Giannakodimos I, Giannakodimos A, Sifakis S, Ioannou P, Tsiodras S. Bacterial Vaginosis and Post-Operative Pelvic Infections. Healthcare. 2023; 11(9):1218.
23. Tidy J, Seckl M, Hancock BW, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Gestational Trophoblastic Disease. BJOG 2021;128:e1–e27.
24. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG. 2021;128(9):1464-74.
25. Philip, N. M., Shannon, C., & Winikoff, B. (2002). Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence. New York: Population Council.
26. Ashok PW, Kidd A, Flett GM ym. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. Hum Reprod 2002;17:92-8.
27. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. BJOG 2005;112:1102-8.

28. von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG* 2010;117:1186-96.
29. Kemppainen V, Mentula M, Palkama V, Heikinheimo O. Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99:1603-10.
30. Gemzell-Danielsson K, Fiala AA, Cameron S et al. Medical abortion beyond the 1st trimester. A practical guide for health care professionals. Affinités Santé, 2015
Kättesaadav: https://www.fiapac.org/media/uploads/late_medical_abortion.pdf
31. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1117–23.
32. Heikinheimo O, Suhonen S, Haukkamaa M. One- and 2-day mifepristone-misoprostol intervals are both effective in medical termination of second-trimester pregnancy. *Reprod Biomed Online* 2004;8:236-9.
33. Mentula M, Suhonen S, Heikinheimo O. One- and two-day dosing intervals between mifepristone and misoprostol in second trimester medical termination of pregnancy--a randomized trial. *Hum Reprod* 2011;26:2690-7.
34. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters* 2008;16:162–172.
35. Bartley J, Bair DT. A randomised study of misoprostol and gemeprost in combination with mifepristone for induction of abortion in the second trimester of pregnancy. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109:1290–4.
36. Green J, et al. Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception* 2007;76:310-3.
37. Raymond E, Weaver M, Louie K et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128:739-45.

LISAD

LISA 1. RASEDUSE MEDIKAMENTOOSSE KATKESTAMISE NÕUSTAMISAKT

Raseduse katkestamist reguleerib Eestis „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus“, mis on vastu võetud 25.11.1998. Viimane muudatus seadusesse on sisse viidud 2019. aastal. Seadus on nõustamisakti õiguslik alus. Vastavalt raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusele võib rasedust katkestada naise omal soovil, kui rasedus on kestnud vähem kui 12 nädalat.

Käesolev nõustamisakt allkirjastatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb tervishoiuasutusse ja teine patsiendile. Nõustamisakt allkirjastatakse enne mifepristooni manustamist.

Teil on ees raseduse katkestamine medikamentooselt ja Teil ei ole selleks vastunäidustusi (teadaolev emakaväline rasedus, allergia ravimite suhtes, raske ravile allumatu astma, porfüüria, krooniline neerupealiste puudulikkus).

Raseduse katkestamine toimub kahe etapina ja kasutatakse kahte erinevat ravimit:

1) mifepristoon

ja

2) 24–48 tunni järgselt manustatav misoprostool.

Mifepristoon tõkestab raseduse jätkumiseks vajaliku hormooni (progesterooni) toime, misoprostool tekitab emaka kokkutõmbeid. Misoprostool võib põhjustada lootekahjustusi, mistõttu pärast ravimite võtmist ei ole soovitatav enam raseduse katkestamise osas ümber mõelda. Mõlemad ravimid saate raviasutusest.

Kui olete reesusnegatiivne ja rasedus on kestnud üle 9 nädala, siis manustatakse Teile ravimit, mis hoiab ära reesuskonflikti järgmiste raseduste ajal (anti-D immunoglobuliini 625 IU/ml lihasesisese süstena enne või 72 tunni jooksul pärast raseduse katkemist).

Esimene etapp on mifepristooni manustamine:

1 tablett (200 mg) suu kaudu sisse võtta(kuupäev) (kellaaeg).

Mifepristooni võtmise järgselt.

- Enamasti pole enesetundes muutusi ja saate jätkata igapäevategevustega.
- Kui oksendate 2 tunni jooksul pärast tableti võtmist, ei pruugi ravim imenduda. Pöörduge erakorraliselt tervishoiuasutusse otsustamaks, kas on vajalik uue tableti sisse võtmine.
- Võib tekkida alakõhuvalu ja vähene vereeritus tupest. Vereerituse tekkimine ei tähenda raseduse katkemist ja 24–48 tunni pärast on vajalik plaanilt manustada teine ravim (misoprostool). Soovitame kasutada hügieenisidet.

- Väga harva on võimalik raseduskoe väljumine enne misoprostooli manustamist. Kui tekib tugev vereeritus hüüvetena ja tugeva alakõhuvaluga ning see algab kohe pärast mifepristooni võtmist, siis võib manustada kohe 2 tabletti misoprostooli (400 µg) keele alla või põse ja igemete vahele ning plaanitud ajal ei ole misoprostooli manustamine enam vajalik.

Teine etapp on misoprostooli manustamine

4 tabletti (800 µg) asetada tuppe (*kuupäev*) (*kellaeg*).

Tühjendage kusepõis ja peske käed. Eelistatav manustamisviis on misoprostooli asetamine sügavale tuppe. Pärast seda võiks 30 minutit lamada. Tupekaudse rohke vereerituse korral ei pruugi selline viis olla piisavalt tõhus - sel juhul pange tabletid keele alla või põse ja igemete vahele, kus nad sulades imenduvad (ühtlasema toime saavutamiseks võite manustada 2 + 2 tabletti 20-minutilise vahega).

Misoprostooli manustamisega seonduv.

- Kui manustate ravimit väljaspool haiglat, tuleks selleks valida privaatne koht.
- Soovitatav on, et Teie juures viibiks turvaline täiskasvanud isik.
- Misoprostool tekitab emakakokkutõmbeid, mis põhjustavad menstruatsioonivaluga sarnast või tugevamat alakõhuvalu. Soovitatav on samaaegselt misoprostooli manustamisega võtta valu vaigistamiseks ibuprofeeni 400–800mg. Kui see ei toimi või pole kättesaadav, siis võib kasutada paratsetamooli 1000 mg või mõlemat. Kui viibite ravimi manustamise ajal haiglas, siis saate valuvaigistid sealt.
- Vajadusel võib võtta ibuprofeeni 400–800 mg 1–3 korda ööpäevas. Alternatiivina võib kasutada paratsetamooli 1000 mg 1–4 korda ööpäevas või mõlemat. Varuge koju valuvaigisteid juba enne raseduse katkestamist.
- Misoprostooli manustamise järgselt võite mõne tunni jooksul tunda iiveldust, oksendamist, külmavärinaid, lühiajalist palavikku, peavalu ja kõhulahtisust.
- Raseduskoe väljumisega kaasneb veritsus, mis on sageli tugevam kui tavapärane menstruatsiooniaegne vereeritus ja sisaldab hüübeid (vereklomme) ja koelist materjali.
- Väljunud lootemuna võib olla nähtav (nt hügieenisidemel) geelja ümara 1–3 cm pikkuse moodustisena. Tavaliselt algab vereeritus ja raseduskoe väljumine esimese 4 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist, kuid mõnikord võib see võtta kauem aega.
- Kui vereeritus ei alga 4 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist, siis manustage Teile raviasutusest kaasa antud misoprostooli lisaannus (2 tabletti - 400 µg) tupe kaudu, keele alla või põse ja igemete vahele.
- Kui vereeritus ei alga 72 tunni (3 ööpäeva) jooksul, siis PÕÖRDUGE ERAKORRALISELT – vajalik on välistada emakaväline rasedus ja valida edasine ravitaktika.
- Kui toidate last rinnaga, võite hoolimata raseduse katkestamisest jätkata imetamist nagu tavaliselt.
- Pärast esimese raseduskoe väljumist võib jätkuda vereeritus, mis kestab keskmiselt 2 nädalat, mõnikord ka kuni 45 päeva (järgmise menstruatsioonini).
- Allesjäänud ravimeid ei tohi visata prügi hulka-viige need apteeki või tagastage raviasutusele.

Soovi korral on Teil õigus saada töövõimetusleht.

Tunded pärast aborti

Loomulik on tunda erinevaid tundeid. Sageli tunnevad inimesed kergendust, et nad on teinud otsuse, mis oli nende jaoks sel hetkel parim. Meditsiinilise näidustusega raseduse katkestamise korral võite tunda erinevaid ja kaotusega kaasnevaid tundeid. Oma tunnetest rääkimiseks saab tuge pereliikmetelt, sõpradelt, meedikult, professionaalsetelt nõustajalt, psühholoogilt.

Raseduse katkemise kindlakstegemine ja võimalikud tüsistused

Medikamentoosne abort õnnestub ligikaudu 95% juhtudest ilma täiendava sekkumiseta. Umbes 5%-l naistest võib rasedus jätkuda (sagedusega 1–2 juhtu 100 kohta), katkeda mittetäielikult, harva tüsistusena võib tekkida ka vaagnaorganite põletik- loetletud põhjustel võib olla vajalik täiendav ravimite manustamine või raseduse kirurgiline katkestamine.

Rasedus on katkenud, kui:

- raseduspuhused sümptomid (nt rindade valulikkus, iiveldus, oksendamine, väsimus, isumuutused, sagenenud urineerimine) mööduvad;
- misoprostooli manustamise järgselt väljus lisaks vereeritusele ka koelist materjali;
- vereeritus kestis kahanevas hulgas keskmiselt 2 nädalat, mõnikord ka kuni 45 päeva;
- rasedustest uriinist muutub negatiivseks alles 5 nädala pärast.

Järgmine menstruatsioon peaks algama 4–6 nädalat pärast raseduse katkestamist. Kui selle aja möödumisel veritsus ei alga, siis võib olla tegemist jätkuva või emakavälise rasedusega, mistõttu pöörduge erakorraliselt tervishoiuasutusse.

Millal pöörduda erakorraliselt tervishoiuasutusse

PÖÖRDUGE ERAKORRALISELT: kui 72 tunni jooksul pärast misoprostooli manustamist ei alga vereeritust; kui kahtlustate raseduse jätkumist; esineb palavik (≥ 38 C) rohkem kui 24 tunni jooksul; püsiv või tugevnev alakõhuvalu, mis ei leevene valuvaigistitega; tugev vereeritus (2 või enam suurt sidet 2 järjestikuse tunni jooksul); vereeritus kestab edasi pärast järgmise menstruatsiooni möödumist; halva lõhnaga või mädane voolus tupest, minestustunne, üldine halb enesetunne.

Pöörduge naistearsti/ ämmaemanda vastuvõtule või ööpäevaringselt haigla erakorralise vastuvõtu osakonda:

(tervishoiuasutus, osakond, pöördumise aeg)

Probleemide või küsimuste korral võtke meiega ühendust telefonil:

Pärast raseduse katkestamist

Abordijärgse visiidi vajalikkuse otsustab ja lepib kokku arst/ämmaemand arvestades ka Teie soove ja see toimub tavaliselt 2-5 nädala pärast.

Tüsistusteta kulgenud aborti korral pole järelkontroll reeglina vajalik.

Kui Teiega lepiti kokku visiit tervishoiuasutuses/ telefoni teel (joonige alla), siis see toimub

.....
(tervishoiuasutus, pöördumise aeg)

Kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, tupetampoonide ja menstruaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine. Tugeva vereerituse ajal ei soovitata külastada sauna.

Soovimatust rasedusest hoidumine

Pärast raseduse katkestamist võib uus rasestumine toimuda juba enne järgmist menstruatsiooni. Rasestumisvastaste pillide, plaastri, rõnga kasutamist võite alustada misoprostooli tablettide manustamise päeva õhtul või hiljemalt järgmisel hommikul. Nahaaluse implantaadi saab paigaldada või depoosüsti teha tervishoiuasutuses vahetult enne tablettide manustamist või ka hiljem. Emakasisese vahendi (spiraali) saab paigaldada arsti visiidil siis, kui raseduse katkemine on kinnitatud.

Valitud rasestumisvastane meetod: *(nimetus)*

Alustamine: *(kuupäev)*

Palun katkestada rasedus minu valitud meetodil. Olen nõus raseduse katkestamisega medikamentoosselt ja kinnitan, et:

- 1) ma olen lugenud ja saan aru nõustamisakti sisust;
- 2) mind on nõustatud raseduse katkestamise olemuse ja valitud meetodi suhtes;
- 3) ma olen teadlik, et medikamentoossne meetod on efektiivne, kuid mitte 100% ja vajalik võib olla ravimite kordusmanustamine või kirurgiline sekkumine.

Nõustatav isik

.....
(ees- ja perekonnanimi, kontakttelefon, allkiri)

Tervishoiutöötaja

.....
(ees- ja perekonnanimi, kood, allkiri)

Kuupäev

LISA 2. RASEDUSE KIRURGILISE KATKESTAMISE NÕUSTAMISAKT

Raseduse katkestamist reguleerib Eestis „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus“, mis on vastu võetud 25.11.1998. Viimane muudatus seadusesse on sisse viidud 2019. aastal. Seadus on nõustamisakti õiguslik alus. Vastavalt raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusele võib rasedust katkestada naise omal soovil, kui rasedus on kestnud vähem kui 12 nädalat.

Käesolev nõustamisakt allkirjastatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb tervishoiuasutusse ja teine patsiendile.

Teil on ees raseduse katkestamine kirurgiliselt. Väljaõppinud meditsiinitöötaja poolt turvaliselt läbi viidud raseduse katkestamisel on väga harva tüsistusi ja üldiselt ei esine negatiivseid mõjusid tervisele või tulevastele rasedustele.

Kirurgiline abort on raseduse katkestamine vaakumspiratsiooni teel, kus emakakaela kaudu viiakse emakasse spetsiaalne otsik, millega emakaõõs tühjendatakse. Protseduur toimub päevakirurgia osakonnas ja kestab lühiajaliselt. Valutustamiseks kasutatakse üld-, erandjuhtudel lokaalset anesteediat.

Emakakaela ettevalmistus

Enne kirurgilist aborti on alati vajalik emakakaela ettevalmistus – selleks vajaliku ravimi saate tervishoiuasutusest. Ravim (misoprostool) toimib emakakaela pehmendavalt ja muudab emakakaela kergemini läbitavaks.

2 tabletti (400 µg) misoprostooli tuleb panna 1–2 tundi enne protseduuri eelistatult keele alla või põse ja igemete vahele. Alternatiivne manustamisviis on tupe kaudu (2 tabletti misoprostooli 2–3 tundi enne protseduuri).

Kuna misoprostool võib põhjustada kramplikku kõhuvalu, on soovitatav 30 – 40 min enne seda võtta suu kaudu 400 – 600 mg ibuprofeeni (vajadusel koos minimaalse veega).

Protseduuri teostamise hommikul:

- ärge sööge ega jooge;
- ärge närige närimiskummi ega suitsetage;
- kui Te põete kroonilist haigust (nt arteriaalne hüpertensioon, astma jms) ja Teile on määratud ravi, siis peate oma igapäevased ravimid võtma ka protseduuri päeva hommikul. Paar lonksu vett tablettide alla neelamiseks on lubatud ja ohutu. Erandiks võivad olla mõned diabeediravimid, mida söömata olles ei manustata;
- enne protseduuri tühjendage põis.

Kui olete otsustanud edaspidi rasestumisvastase meetodina kasutada emakasisest vahendit (spiraali) või nahaalust implantaati, võtke vahend protseduurile kaasa.

Raseduse katkestamine tervishoiuasutuses

(tervishoiuasutus, osakond, pöördumise aeg)

Pärast protseduuri

Pärast protseduuri viibite paari tunni jooksul haiglas/päevakirurgias, et mööduks esmane narkoosi mõju. Tavapärased ja kohesed protseduurijärgsed kõrvalmõjud on ajutine emaka kokkutõmmetest tingitud alakõhuvalu ning menstruatsioonitaoline vereeritus. Teile tagatakse piisav valuravi.

Kui olete reesusnegatiivne ja rasedus on kestnud üle 9 nädala, siis manustatakse Teile ravimit, mis hoiab ära reesuskonflikti järgmiste raseduste ajal (anti-D immunoglobuliini 625 IU/ml lihasesisese süstena 72 tunni jooksul pärast raseduse katkemist).

Soovi korral on Teil õigus saada töövõimetusleht.

Tunded pärast aborti

Loomulik on tunda erinevaid tundeid. Sageli tunnevad inimesed kergendust, et nad on teinud otsuse, mis oli nende jaoks sel hetkel parim. Meditsiinilise näidustusega raseduse katkestamise korral võite tunda erinevaid ja kaotusega kaasnevaid tundeid. Oma tunnetest rääkimiseks saab tuge pereliikmetelt, sõpradelt, meedikult, professionaalsetelt nõustajalt, psühholoogilt.

Raseduse kirurgilise katkestamise võimalikud tüsistused

Raseduse katkestamine on üldiselt ohutu protseduur. Väga harva esinevad operatsiooniga seotud tüsistused: emakakaela vigastus, emaka mittetäielik tühjenemine, emaka mulgustamine, anesteesiaga seotud tüsistused. Mõne tüsistuse korral (verejooks, emakakaela vigastus, emaka mulgustamine) võib olla vajalik operatiivne ravi (laparoskoopiline või avatud kirurgia).

Millal pöörduda erakorraliselt tervishoiuasutusse

PÖÖRDUGE ERAKORRALISELT: kui jätkuvad raseduse tunnused/sümpptomid (nt iiveldus, oksendamine, rinnanäärmete valulikkus, väsimus, isumuutus); esineb püsiv või süvenev kõhuvalu; verejooks süveneb; vereklompide eritumine, kahe või enama suure hügieenisideme täismärgumine kahe järjestikuse tunni vältel; tekib ebameeldiva lõhnaga või mädane voolus tupest, palavik (≥ 38 C) või üldine halb enesetunne.

Pöörduge naistearsti/ ämmaemanda vastuvõtule või ööpäevaringselt haigla erakorralise vastuvõtu osakonda:

(tervishoiuasutus, osakond, pöördumise aeg)

Probleemide või küsimuste korral võtke meiega ühendust telefonil:

Pärast kirurgilist aborti

Abordijärgse visiidi vajalikkuse otsustab ja lepib kokku arst/ämmaemand, arvestades ka Teie soove ja see toimub tavaliselt 2-5 nädala pärast.

Tüsistusteta kulgenud aborti korral pole järelkontroll reeglina vajalik.

Kui Teiega lepiti kokku visiit tervishoiuasutuses/ telefoni teel (joonige alla), siis see toimub

.....
(tervishoiuasutus, pöördumise aeg)

Kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, tupetamponide ja menstruaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine.

Järgmine menstruatsioon peaks algama 4–6 nädalat pärast raseduse katkestamist. Kui seda ei ole toimunud, pöörduge naistearsti poole.

Soovimatust rasedusest hoidumine

Pärast raseduse katkestamist võib uus rasestumine toimuda juba enne järgmist menstruatsiooni. Rasestumisvastaste pillide, plaastri, rõnga kasutamist saate alustada või teha depoosüsti samal või protseduurile järgneval päeval. Abordi ajal võib arst paigaldada emakasisese rasestumisvastase vahendi või nahaaluse implantaadi.

Valitud rasestumisvastane meetod: *(nimetus)*

Alustamine: *(kuupäev)*

Palun katkestada rasedus minu valitud meetodil. Olen nõus raseduse kirurgilise katkestamisega ja kinnitan, et:

- 1) ma olen lugenud ja saanud aru nõustamisakti sisust;
- 2) mind on nõustatud raseduse katkestamise olemuse ja valitud meetodi suhtes;
- 3) ma olen teadlik, et kirurgiline meetod on efektiivne, kuid mitte 100% ja vajalik võib olla raseduse korduv katkestamine ravimitega või kirurgilise sekkumisega.

Nõustatav isik

(ees- ja perekonnanimi, kontakttelefon, allkiri)

Tervishoiutöötaja

.....
(ees- ja perekonnanimi, kood, allkiri)

Kuupäev

LISA 3. MEDITSIINILISEL NÄIDUSTUSEL RASEDUSE MEDIKAMENTOOSSE KATKESTAMISE NÕUSTAMISAKT ÜLE 12. NÄDALA KESTNUD RASEDUSE KORRAL

Raseduse katkestamist reguleerib Eestis „Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus“, mis on vastu võetud 25.11.1998. Viimane muudatus seadusesse on sisse viidud 2019. aastal. Seadus on nõustamisakti õiguslik alus.

Käesolev nõustamisakt allkirjastatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb tervishoiuasutusse ja teine patsiendile.

Teil on ees raseduse katkestamine meditsiinilisel näidustusel rohkem kui 12 nädalat kestnud raseduse korral. Raseduse katkestamine toimub haiglas. Raseduse katkestamiseks kasutatakse kahte erinevat ravimit:

1) mifepristoon

ja

2) misoprostool, mis manustatakse haiglas 24– 48 tundi pärast mifepristooni võtmist.

Mifepristoon tõkestab raseduse jätkumiseks vajaliku hormooni (progesterooni) toime, misoprostool tekitab emaka kokkutõmbeid. Ravimi saate tervishoiuasutusest.

Mifepristooni manustamine

1 tablett (200 mg) suu kaudu sisse võtta (kuupäev) (kellaeg).

Mifepristooni võtmise järgselt.

- Enamasti pole enesetundes muutusi ja saate jätkata igapäevategevustega.
- Kui oksendate 2 tunni jooksul pärast tableti võtmist, ei pruugi ravim imenduda. Pöörduge erakorraliselt tervishoiuasutusse otsustamiseks, kas on vajalik uue tableti sisse võtmine.
- Võib tekkida alakõhuvalu ja vähene vereeritus tupest ning seetõttu soovitage kasutada hügieenisidet. Väga harva on võimalik raseduse katkemine enne misoprostooli manustamist (0,2– 0,4%). Kui tekib tugevam veritsus ja alakõhuvalu pärast mifepristooni manustamist, siis on vajalik pöörduda tervishoiuasutusse enne kokkulepitud aega.

Raseduse katkestamine tervishoiuasutuses

.....
(tervishoiuasutus, osakond, pöördumise aeg)

Haiglas manustatakse misoprostooli - tabletid asetatakse tuppe, keele alla või põse ja igemete vahele, kus nad sulades imenduvad. Ravimit manustatakse korduvalt vastavalt vajadusele.

Misoprostooli manustamise järgselt.

- Misoprostool tekitab emakakokkutõmbeid, mis põhjustavad menstruatsioonivaluga sarnast valu, vahetult enne raseduse katkemist võib alakõhuvalu olla väga tugev. Seetõttu antakse Teile lisaks valuvaigisteid (ibuprofeen, paratsetamool jt). Võimalik on ka emakakaela valutustamine või epiduraalanalgeesia.
- Ravimite manustamise järgselt võite mõne tunni jooksul tunda iiveldust, võite oksendada, kogeda külmavärinaid, lühiajalist palavikku, peavalu ja kõhulahtisust. Harva võib esineda peeringlust või valu rindkeres - sellest on vajalik meditsiinipersonali teavitada.
- Misoprostooli annustamise algusest kuni raseduse katkemise alguseni kulub keskmiselt 6–8 tundi. Enamasti (u 95%) katkeb rasedus ühe ööpäeva jooksul, vahel võib see kauem aega võtta.
- Raseduse katkemisega kaasneb veritsus tupest, mis on sageli tugevam kui tavapärase menstruatsiooniaegne vereeritus. Tavaliselt väljub tupe kaudu loode ning seejärel iseeneslikult lühikese aja jooksul platsenta - rohkem kui pooltel juhtudel väljub platsenta ühe tunni jooksul. Platsenta väljumise soodustamiseks manustatakse vajadusel ravimeid, harva on vajalik platsenta või selle osised väljutada kirurgiliselt. Vajadusel on loodet ja platsentat võimalik uurida histoloogiliselt ja geneetiliselt. Võimalusel palun mõelge ette, kas soovite loodet näha.
- Raseduse katkestamisel alates 15. rasedusnädalast antakse teile esimesel võimalusel rinnapiima tekke pärssimiseks 1 mg kabergoliini ühekordse annusena suukaudselt. Kui toidate last rinnaga, võite hoolimata raseduse katkestamisest jätkata imetamist nagu tavaliselt.
- Kui olete reesusnegatiivne, siis manustatakse Teile ravimit, mis hoiab ära reesuskonflikti järgmiste raseduste ajal (anti-D immunoglobuliini 625 IU/ml lihasesisese süstena 72 tunni jooksul pärast raseduse katkemist).
- Pärast raseduse katkemist saate tavaliselt koju samal või järgmisel päeval. Võib jätkuda vereeritus, mis kestab keskmiselt 2 nädalat, mõnikord kuni 45 päeva (järgmise menstruatsioonini).

Soovi korral on teil õigus saada töövõimetusleht.

Raseduse katkestamisega seotud tunded

Meditsiinilise näidustusega raseduse katkestamise korral võite tunda erinevaid ja mõnikord vastuolulisi tundeid. Paljud naised tunnevad enne raseduse katkestamist kartust (nt võimaliku valu ees) ja ärevust. Loomulikud on leinale sarnanevaid tundeid, sõltumata raseduse katkestamise põhjustest. Teid on igal moel toetamas meedikud. Tugisikuks võivad olla Teile lähedased inimesed, keda saate võimalusel paluda enda kõrvale kogu protsessi ajal. Lisaks saate nõu ja taavet, kuidas vajadusel pöörduda professionaalse nõustaja (raseduskriisinõustaja, psühholoog) vastuvõtule.

Võimalikud tüsistused

Väga harva (alla 1%) võivad esineda järgmised tüsistused:

- platsenta peetus (sel juhul on vajalik emakaõõne tühjendamiseks manustada ravimeid ning vahel võib olla vajalik ka platsenta või selle osiste kirurgiline eemaldamine);
- vaagnapõletik;
- tugev verejooks;

- emaka ruptuur (kaasuva keisrilõikearmi korral), mis võib vajada verejooksu ja eluohtliku seisundi tõttu emaka eemaldamist;
- ebaõnnestunud medikamentoosne abort, sel juhul võib olla vajalik ravimite kombinatsiooni uus manustamine või raseduse kirurgiline katkestamine.

Millal pöörduda erakorraliselt tervishoiuasutusse

PÖÖRDUGE ERAKORRALISELT: kui Teil esineb: palavik (≥ 38 C) rohkem kui 24 tunni jooksul; püsiv või tugevnev alakõhuvalu, mis ei leevene valuvaigistitega; tugev vereeritus (2 või enam suurt sidet 2 järjestikuse tunni jooksul); vereeritus kestab edasi pärast järgmise menstruatsiooni möödumist; halva lõhnaga või mädane voolus tupest, minestustunne, üldine halb enesetunne.

Pöörduge naistearsti/ ämmaemanda vastuvõtule või ööpäevaringselt haigla erakorralise vastuvõtu osakonda:

.....

(tervishoiuasutus, osakond, pöördumise aeg)

Probleemide või küsimuste korral võtke meiega ühendust telefonil:

Pärast raseduse katkestamist

Menstruatsioon algab enamasti 4–6 nädalat pärast raseduse katkestamist. Pärast raseduse katkestamist võib uus rasestumine toimuda juba enne menstruatsiooni algamist. Uue raseduse planeerimist võib alustada kohe pärast abordijärgset menstruatsiooni.

Rasedusest hoidumise soovi korral saate rasestumisvastaste pillide, plaastri, rõnga kasutamist alustada kohe pärast raseduse katkemist. Implantaadi saab paigaldada või depoosüsti teha tervishoiuasutuses vahetult enne tablettide manustamist või ka hiljem. Emakasisese vahendi (spiraali) saab paigaldada arsti visiidil siis, kui raseduse katkemine on kinnitatud.

Kui Teiega lepiti kokku visiit tervishoiuasutuses/ telefoni teel (joonige alla) (tavaliselt 2–5 nädala pärast), siis see toimub

.....

(tervishoiuasutus, aeg)

Kahe nädala vältel pärast aborti ei ole soovitatav seksuaalelu ilma kondoomita, tupetampoonide ja menstruaalanuma kasutamine, vannis käimine (dušš on lubatud) ja ujumine. Tugeva vereerituse ajal ei soovitata külastada sauna.

Palun katkestada rasedus medikamentoosel meetodil. Kinnitan, et:

- 1) ma olen lugenud ja saan aru nõustamisakti sisust;
- 2) mind on nõustatud raseduse katkestamise olemuse ja meetodi suhtes;

3) ma olen teadlik, et medikamentoosne meetod on efektiivne, kuid mitte 100% ja vajalik võib olla ravimite kordusmanustamine või kirurgiline sekkumine.

Nõustatav isik

(ees- ja perekonnanimi, kontakttelefon, allkiri)

Tervishoiutöötaja

.....

(ees- ja perekonnanimi, kood, allkiri)

Kuupäev



LISA 4. RAVIMIANNUSTE KOKKUVÕTTEV TABEL

MEDIKAMENTOOSSE RASEDUSE KATKESTAMISE KOMBINEERITUD RAVISKEEMID

	MIFEPRISTOON	MISOPROSTOOL*
RASEDUSE KATKESTAMINE < 12 RASEDUSNÄDALA	200 mg oraalset >>	>> 1-2 päeva pärast 800 µg vaginaalselt (eelistatud manustamisviis), sublingvaalselt** või bukaalselt**
RASEDUSE KATKESTAMINE ≥ 12 RASEDUSNÄDALA	200 mg oraalset >>	>> 1-2 päeva pärast 400 µg vaginaalselt (eelistatud manustamisviis), sublingvaalselt** või bukaalselt**, vajadusel korduvate annustena iga 3h järel kuni raseduse katkemiseni
PEETUNUD RASEDUSE KATKESTAMINE < 14 RASEDUSNÄDALA	200 mg oraalset >>	>> 1-2 päeva pärast 800 µg vaginaalselt (eelistatud manustamisviis), sublingvaalselt** või bukaalselt**
PEETUNUD RASEDUSE KATKESTAMINE ≥ 14 RASEDUSNÄDALA	200 mg oraalset >>	>> 1-2 päeva pärast 400 µg sublingvaalselt** või vaginaalselt, vajadusel korduvate annustena iga 4–6 h järel kuni raseduse katkemiseni
MITTETÄIELIK ABORT (EMAKA SUURUS < 14 RASEDUSNÄDALA)	Kasutatakse ainult misoprostooli 400 µg sublingvaalselt	
MITTETÄIELIK ABORT (EMAKA SUURUS ≥ 14 RASEDUSNÄDALA)	Kasutatakse ainult misoprostooli 400 µg sublingvaalselt, vaginaalselt või bukaalselt iga 3 tunni järel	

* Vajadusel võib kasutada misoprostooli korduvaid annuseid, nende maksimaalse arvu kohta kindlat soovitusi ei ole. Gestatsiooniaja suurenedes muutub emakas misoprostoolile tundlikumaks. Armiga emaka puhul tuleb misoprostooli manustamisel olla ettevaatlikum, annust võib vähendada ning misoprostooli annuste kordamine tuleb otsustada kliinilise pildi alusel.

** Ühtlasema toime saamiseks võib manustada 2 tabletti (400 µg) misoprostooli 20-minutilise intervalliga.

Misoprostooli bukaalne ja sublingvaalne manustamine

