



**НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО
ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ**

Дирекция „Класификационни
системи, стандарти и иновации”

**МЕДИКОСОЦИАЛНИ И
ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ
НА МЕДИКАМЕНТОЗНИЯ АБОРТ В
БЪЛГАРИЯ**

ДИМИТЪР МИТКОВ МАРИНОВ

Дисертационен труд за присъждане на образователна и
научна степен

“Доктор”

по научната специалност „Социална медицина и здравен
мениджмънт”

**Научни ръководители:
Проф. д-р Петко Салчев, дм
Доц. Евгени Григоров, дм**

София, 2020

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
I. ГЛАВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	8
1.1. История на прекъсването на бременността	8
1.2. История на медикаментозния аборт	17
1.3. Легализиране на медикаментозния аборт	26
1.4. Медикаментозен аборт и религия.....	35
1.5. Обществени и професионални организации, занимаващи се с прекъсване на бременността	35
1.6. Отношение на жените към медикаментозния аборт.....	38
1.7. Правна достъпност на абортите	39
1.8. Финансова достъпност на прекъсването на бременност	42
1.9. Същност на медикаментозното прекъсване на бременност.....	43
1.9.1. Лекарствени продукти, използвани за медикаментозен аборт	43
1.9.2. Описание на медикаментозния аборт.....	48
1.9.3. Успеваемост при медикаментозен аборт	51
1.9.4. Етапи на медикаментозния аборт	53
1.9.5. Популярни протоколи и дозови режими за медикаментозен аборт	53
1.9.6. Нежелани реакции, свързани с медикаментозния аборт	57
1.10. Управление на веригата на доставки на лекарствени продукти за медикаментозен аборт	59
1.11. Основни усложнения при медикаментозния аборт	61
1.12. Хирургичен аборт.....	64
1.13. Изключване на продължаваща бременност.....	65
1.14. Рискови фактори за медикаментозен аборт.....	67
1.15. Медико-социални аспекти на медикаментозния аборт	70

II. ГЛАВА: МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	79
2.1. Хипотеза на проучването	79
2.2. Цел и задачи на проучването	79
2.3. Материали и методи на проучването	80
 III. ГЛАВА: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	 81
3.1. Анализ на пенетрацията на медикаментозния аборт в България	81
3.2. Фармакоикономически анализ на медикаментозен аборт в сравнение с хирургичен аборт.....	90
3.3. Анализ на отношението на медицинските специалисти към медикаментозния аборт	100
3.4. Анализ на отношението на пациентките към медикаментозния аборт	118
IV. ИЗВОДИ	135
V. ПРЕПОРЪКИ	137
VI. ПРИНОСИ.....	138
VII. БИБЛИОГРАФИЯ	139
ПРИЛОЖЕНИЯ	149

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

АГ – Акушерство и гинекология

ДВ – Държавен вестник

МЗ – Министерство на здравеопазването

МС – Министерски съвет

ЛП – Лекарствен продукт

НСИ - Национален статистически институт

НЦОЗА - Национален център по общественото здраве и анализи

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

СБАЛАГ – Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология

БАКБА – Българска асоциация по контрацепция и безопасен аборт

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

УТБВЧ – Уринен тест за бременност с висока чувствителност

УТБНЧ - Уринен тест за бременност с ниска чувствителност

IPAS – International Projects Assistance Services

IPPF – International Planned Parenthood Federation

FIAPAC – International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates

MA - Medical Abortion

MToP – Medical Termination of Pregnancy

ICMA – International Consortium for Medical Abortion

CDC – Center for Control of Diseases

CRR – Center for Reproductive Rights

EMA – European Medicines Agency

HAS – Haute Autorite de Sante

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

WHO – World Health Organization

ВЪВЕДЕНИЕ

„Проблемът с регламентирането на медикаментозния аборт е една малка част от човешкото право, свързано с половото и репродуктивно здраве, един стратегически приоритет в политиката на Министерството на здравеопазването. Тази политика изисква не само прилагането на определени методи и техники, а преди всичко създаване на условия за пълно физическо, умствено и социално благоденствие.

Това означава, че хората имат както правото на задоволителен и безопасен секс, така и да бъдат информирани и да имат достъп до безвредни, ефективни, евтини и достъпни методи за семейно планиране, в рамките на закона. Същевременно основните медицински грижи са свързани със запазването на бременността и предотвратяването на спонтанния аборт, а своевременната диагноза и прекъсването на бременността по медицински показания е критерий за нивото на медицината за дадена страна“(1).

Проф. д-р Виктор Златков, дм, Национален консултант по АГ (2019, от Становище за медикаментозния аборт до Министерството на здравеопазването)

Прекъсването на бременност е нежелано събитие за всяка една жена – без значение дали бременността е желана, или не, което, макар и дискретно, е необходимо да бъде изучено с неговите причинно-следствени връзки, защото има особено важно значение за бъдещето на всяка нация. То е обект не само на медицинската и фармацевтична наука, но и на социалната и психологическата такива, защото има много по-дълбоки и скрити последици за социума от чисто физиологичните аспекти на проблема (2).

Социалната медицина е наука, която изучава как социалните и икономически условия повлияват здравето, болестите и здравеопазната практика, и насочването на тези условия за постигане на по-здравео общество. Социалната медицина се занимава преди всичко с профилактичните аспекти на здравето, особено на популационно ниво (3).

Традиционно химия, биохимия, физика и физиология оформят сърцевината на основите във фармацията. Знанието за лекарствата и техните ефекти е базата за професионална квалификация на фармацевтите. Практикуването на фармацията се извършва измежду човешки същества - фармацевти и пациенти. Те са свързани един с друг в семейства, организации и здравни системи, в държави и култури по целия свят. По този начин, когато се опитва да се обясни, разбере или промени фармацевтичната практика, естествените науки не предоставят подходящи инструменти. Те имат нужда да бъдат допълнени със знания от други дисциплини, например хуманитарни и социални науки.

Световната здравна организация (СЗО) определя здравето като “състояние на пълно физическо, умствено и социално благоденствие, а не непременно отсъствие на заболяване или слабост”(4).

Измеренията на здравето биват (5):

1. Физическо – свързва се с нормалното биологично (механично и физическо) функциониране на тялото и организма. *Лесно е за измерване.*

2. Психично – не е просто отсъствие на психично заболяване, а включва способност за адекватна реакция към жизнените ситуации; състояние на равновесие на индивида с обкръжаващата го среда; състояние на хармония – със себе си и другите.

3. Социално – включва нивото на социални умения на индивида, социалното функциониране и способността му да вижда себе си като член на по-голяма общност; способността да се започват, поддържат и прекъсват взаимоотношения с други хора, междуличностните връзки и социалната мрежа на индивида – семейство, приятелски кръг.

4. Емоционално – отразява чувствата на човека, способността да бъдат разпознавани емоции като страх, щастие, скръб, гняв и те да имат адекватен израз; Способността за справяне с трудностите в живота, включително и с големите промени.

5. Репродуктивно здраве – означава, че хората са способни да имат отговорен, удовлетворяващ и безопасен сексуален живот, да се възпроизвеждат и свободно да определят времето за това. Прилагането на социологическите методи подпомага по-доброто разбиране за:

- здравето като триединство от физическа, психическа и социална същност;
- здравеопазната система като подсистема на обществото и взаимовръзките ѝ с останалите области на обществения живот.

Прекъсването на бременност е директно и индиректно свързано с всички измерения на представата за здраве.

Женското здраве има специфични проблеми, които го правят приоритет на здравеопазването в повечето страни по света. Въпреки глобалния технологичен прогрес, моралното и социалното развитие в извънредно малко държави успяват да го поддържат на много добро ниво. Жените все още се борят с външни бариери, но и с вътрешни такива. Някои представителки на нежния пол успяват така да подредят живота си, че да имат деца, без това да се окаже професионална спирачка. Когато една жена забременее, без да го планира, тя е поставена пред сложен казус. Съществуват множество етнически, културни и морални причини, които правят проблема още по-труден за решаване (6).

Абортът съпътства развитието на човечеството от антични времена и във всички нива на обществото. В нашата страна той е регламентиран с Наредба № 32 от 30 декември 2008 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология”, издадена от Министерството на здравеопазването. Съгласно този нормативен акт „аборт” е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да е (са) станал(и) потенциално жизнеспособен (жизнеспособни) по критерии, дефинирани в наредбата. Тази загуба може да е спонтанна или съзнателно предизвикана. Като биосоциален аспект абортите отразяват сложен комплекс фактори, свързващи действащото законодателство и държавната политика относно абортите, обществените нагласи и отношения, стила на репродуктивно поведение, достъпността, обема и качеството на дейността на службите по семейно планиране, сексуалното и контрацептивно обучение и възпитание. В смисъла на определението на СЗО за здраве, репродуктивно здраве означава, че хората са

способни на удовлетворяващ и сигурен сексуален живот и имат свободата да решават дали, кога и колко често да реализират своето възпроизводство.

Сексуалното и репродуктивното здраве често носят със себе си чувствителни и противоречиви въпроси за младите хора, техните семейства и професионалистите в здравеопазването. Подрастащите и младите хора са изправени пред много предизвикателства, свързани именно с тези теми. Поради пубертета и бурното психологическо развитие, през което минават младежите, те са уязвими на натиск от обществото и своите връстници при възприемане на рисково здравно поведение, което често включва и рисково сексуално поведение. В много общества сексуалността на подрастващите е много противоречив въпрос и хората се питат дали младите хора трябва да получават сексуално образование извън семейството, или дали на лицата под 18-годишна възраст са необходими анонимни съвети или лечение, без разрешение на родителите им. Сексуалното и репродуктивното здраве също оказват различно влияние върху жените и мъжете (7).

Всяко момиче и всяка жена има правото и способността да определи собствената си сексуалност и репродуктивно здраве, затова трябва да се гарантира достъпът и употребата на безопасен аборт и контрацептивна грижа. Когато се налага прекъсването на бременност, без значение от причините, жените трябва да са запознати с начините, по които това може да се направи безопасно, дискретно и ефективно. Желанието на много жени, които търсят да направят аборт и искат да избегнат хирургическата интервенция, довежда до разработването на различни фармакотерапевтични схеми с лекарствени продукти.

Актуалността на разработката се обуславя от необходимостта от въвеждане на иновативни здравни технологии, с доказани приноси за обществото. Медикаментозният аборт е най-съвременният начин за прекъсване на нежелана бременност в ранен гестационен срок. Медикаментозното прекъсване на бременността е неинвазивно, високоефективно и безопасно, наподобяващо естествения механизъм на спонтанния аборт, като в повечето случаи води до спестяване на разходи и може да се разглежда като реална алтернатива на класическия хирургичен аборт.

I. ГЛАВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. История на прекъсването на бременността

Изкуственото прекъсване на бременност се практикува още от Античността. В различните периоди на множество места по света се използват разнообразие от методи. От природни продукти и растения, които предизвикват аборт, през използване на остри предмети или прилагане на сила върху корема на бременната – някои от тези подходи са били жестоки и дори опасни (8). В народната медицина за прекъсване на бременност са се използвали различни билки, сред които дори чубрица, градински чай, джоджен, бял и черен кукуряк. Някои растения, обаче са изключително отровни полският джоджен (*Mentha pulegium*), например, може да предизвика опасни странични ефекти, особено при извънматочна бременност (9).

През 19-ти век медицината предоставя по-добри възможности за прекъсване на бременност, благодарение на развитието на хирургията, анестезията и хигиената. Тогава обаче назряват негативни социални настроения срещу аборта в англоговорящия свят, повлияни от Викторианския морал (10).

Едва през 20-ти век различни женски организации, работата на специалисти в сферата на медицината и някои социални реформи успяват да легализират правото на жените да прекъсват нежеланата бременност. Първата държава, която позволява абортите да се извършват по желание на жената при медицински специалист и то безплатно, е Съветският съюз. Така правителството се надява да ограничи незаконните аборти, извършвани от т.нар. „бабки“ (11).

В етично отношение споровете дали и кога зародишът се превръща в личност с душа са предмет на биоетиката, която няма единен отговор на въпроса. Според Аристотел ембрионът става човек с душа на 40-тия ден, ако е мъжки, или на 90-тия, ако е женски, преди това има душата на животно или растение, защото има само усещания. Съгласно някои тълкувания, Хипократовата клетва също забранявала практикуването на аборти по рисковани методи, но трябва да се има предвид, че по времето на Хипократ хирургията все още не е била добре развита и безопасна (12).

От самото начало на своето съществуване човекът се възпроизвежда. В миналото продължаването на рода е възприемано като задължение, както и женитбата. Съвременната модерна жена създава потомство само тогава, когато истински го желае. Тя се настройва да приеме появата на детето, а от психоаналитична гледна точка подобна нагласа може да бъде само благотворна за него (фройдизъм) (13).

Съдържанието на едни от най-ранните писмени доказателства, касаещи изкуственото прекъсване на бременността, отразяват класовите и кастовите интереси на народите.



Кодекс на Хамурапи (източник: Интернет <https://glossary.wein.plus/hammurabi>)

Например Кодексът на Хамурапи, датиращ от около 1760 г. пр. Хр., определя глоби за хората, причиняващи спонтанни аборти вследствие на насилие като сумата, предназначена за обезщетение, варира в зависимост от социалния ранг на жената, която е станала жертва на подобно насилие (14).

Ведическите индийски закони отразяват загрижеността на населението относно запазването на мъжкото потомство на трите висши касты. Религиозните съдилища, налагали епитимия¹ за жените или отлъчване от религиозната общност за свещениците, които са извършвали криминални аборти. Единственото доказателство за изпълнение на смъртно наказание, наложено за изкуствено прекъсване на бременността в древните закони, може да се открие в асирийски закон, част от Кодекса на Ашура, датиращ от около 1075 г. пр. Хр. Тежкото наказание е наложено на жена, която направила аборт против волята на съпруга си (15).

Първото писмено доказателство, разказващо за предизвикан аборт, е съхранено от египетския папирус на Еберс, датиращ от около 1550 г. пр. Хр. (16).

Много от методите, използвани за прекъсване на бременността в ранните примитивни култури, са нехирургични. Те са най-вече свързани с упражняването на тежък физически труд, катерене, гребане, вдигане на тежести, гмуркане. Други включват прием на дразнещи билки на гладно, кръвопускане, обливане на корема с гореща вода или бременните жени лежат на нагорещени кокосови черупки. В примитивните култури техниките за предизвикване на аборт са усъвършенствани чрез наблюдение, адаптация на някои акушерски методи. Физически средства за изкуственото прекъсване на бременността включват правенето на упражнения и стягащи превръзки на корема, които се ползват от някои англичанки до Ранния модерен период. Изследователите не считат, че хирургичното отстраняване на плода се е предприемало често, тъй като тази манипулация е описвана доста рядко в древните медицински документи (17).

Медицински текст, написан на санскрит, датиращ от осми век, описва, че жените, които желаят да направят аборт, трябва да седят за известно време върху гърне, затоплено от гореща пара (18). Техниката за умъртвяване на фетуса чрез масаж, при който се прилага изключително силен натиск върху корема на бременната жена, се практикувал продължение на векове в Югоизточна Азия. Един от барелефите, украсяващи храма „Ангкор ват” (Angkor wat) в Камбоджа, датиращ от 1150-та година,

¹ от гръцки: *ἐπιτίμια*, "порицание" е извънредно задължение, което се налага от духовник във връзка с извършени грехове от вярващите, изповядани пред него

изобразява демон, който извършва именно такъв аборт на жена, изпратена за наказание в подземния свят (19).



Барелеф на аборт чрез масаж. Корема на бременната жена е потъмнял в резултат на това, че е докоснат от многобройни поклонници(20).

Японски документи показват някои записи за извършване на аборт, датиращи от 12-ти век. От тях историците научават, че изкуственото прекъсване на бременността в Япония е много разпространено през периода Едо, особено сред японците от класата на селяните, която е най-силно засегната от повтарящия се глад и високото данъчно облагане. Статуите „Bodhisattva Jizo”, издигнати в памет на трудните моменти, преживени по време на аборт, спонтанен аборт, мъртво раждане или ранна детска смърт, започват да се издигат в Япония след 1710 г. Първият такъв паметник се появява в храма в Йокохама (21).

Маорите, които са живели в Нова Зеландия (преди и по време на колонизацията), могли да предизвикват аборти с билкови средства, церемониални методи и поставяне на стягащи колани около корема на бременната жена. Някои историци обаче твърдят, че народът на маорите не е познавал практиките за изкуствено прекратяване на бременността, тъй като сред тях властвал страхът от бога Макуту. Те могли да умъртвят фетуса единствено чрез предизвикването на преждевременно раждане (22).

Независимо, че днес има цяла гама от средства за предпазване, страхът от нежелана бременност все още не е напълно останал в миналото. Идеите и ценностите, които държат обществото заедно в едно цяло, определят неговия морал. През последните десетилетия в България се осъществяват множество реформи и трансформации в икономическия и трудово-професионалния живот, в политико-управленската сфера и обществения ред, в комуникационната и технологичната инфраструктура. Демографските процеси и възможностите за трудова и социална мобилност на хората провокират промени в мирогледа и нравствеността на българското население. В България се забелязват разлики в поведението на етническите групи и малцинствата спрямо контрацептивните практики, навярно дължащи се на различни културни, социално-икономически и образователни фактори. Няма медицински доказателства за различно действие на разнообразните медицински техники и похвати за прекъсване на бременност при отделните етноси, но традициите при някои от тях са аборт да не се прави, основно поради суеверия и вярвания.

Табл. 1. Пример за народопсихология (23)

Народопсихологията има свой специфичен предмет и съдържание. Тя заема своето място в системата на науките, преплетена заедно с историята и икономиката, с художествена литература и фолклор, с бит и народностна характерология. Тя разкрива отличителни духовни особености на народа, търси общото и различното в поведението на отделните класи и социални култури. В българската литература има много примери за творби, свързани с темата за аборта.

Историческият роман „Железният светилник” на Димитър Талев проследява съдбата на едно типично възрожденско семейство. В сложна плетеница от лични и обществени отношения са вплетени образите на романа. Човешкото и майчинското се съпротивляват срещу суровите традиции на вековната нравственост на българската жена. Заченатото извън брака бъдещо отроче се определя като „копеле”. Търсенето на билка за помятане показва, че преди век и половина по нашите земи не царува стигмата на аборта, а родовата чест.

В патриархално–аграрния тип общество, каквото е българското през 70–90-те години на XIX в., създаването на семейство и потомство е задължително условие за получаване на статус на възрастен и зрял човек. Оттук и ранното сключване на бракове и раждане на деца. Майчинството, без съмнение, повишава статуса на жената, но не е предпоставка за никакви кардинални промени в строгата йерархия на патриархално – традиционното семейство от този период. Отличителна черта на този тип семейство е неговата институционалност, изразяваща се в точно определени права, задължения и роли на неговите членове. В структурата на тази многопоколенна семейна общност мястото на жената, превърнала се в майка, се измества напред дотолкова, че тя може да наблюдава и контролира поведението на своето потомство. В същото време продължава да е икономически и морално зависима от съпруга си и членовете на неговото семейство.

За напредъка на всяко общество е необходимо осигуряване на равнопоставеност на жените и мъжете, пълноценна реализация във всички области, равен достъп до ресурси, недопускане на дискриминация и насилие, основани на пола, пълноправно и ефективно участие във вземането на решения, мобилизиране на потенциала и таланта на всички.

Равнопоставеността на жените и мъжете е важен елемент на демокрацията и предпоставка за пълноценно упражняване на човешки права. Интегрирането на принципа на равнопоставеност на половете във всички политики е необходимо условие и гаранция за добро управление и напредък на обществото, тъй като засяга всички области на живота.

При оценката на положението на жената като майка, преди и след демократичните промени, се въвежда понятието феминизъм² или джендър³ подход за обозначаване на женския активизъм, насочен към подобряване положението на жените в обществото.

Спрямо биологичния си пол, индивидите изпълняват мъжки и женски социални роли – т.н. полови роли. За да има ред и устойчивост в обществото, индивидите трябва да са с „правилните“ за тях роли, те трябва да се адаптират към задълженията и правата на заеманата от тях позиция. Половите роли са тези, предписващи какво би трябвало да прави човекът, заемащ дадена позиция и какви са неговите отговорности, в зависимост от неговия пол – мъжки или женски. Те се базират на биологични и психологични фактори и особености, но са преди всичко продукт от социалната среда, на културната традиция (24).

Половата роля се определя като *„набор от поведения и характеристики, разглеждани като, първо, типични за жените и мъжете (полово – ролеви стереотипи) и второ, желателни за жените и мъжете (полово – ролеви норми, т.е. нагласите към половите роли). Или казано по друг начин, това е съвкупността от личностните черти и характеристики, нагласи, способности, морал и ценности, поведение и дейности, които социумът дефинира като целесъобразни за определения пол. Те са в сила както в личния (частния), така и в обществен (публичния) живот на хората“*. (25).

Въпреки мощните усилия към размиване и заличаване на традиционните разлики между двата пола, половата диференциация остава ясно открояема. Това се отнася както до семейната сфера, така и до областта на трудово-професионалната и кариерната реализация на мъжете и жените в християнска Европа. А колкото повече се увеличава мюсюлманският културен елемент на Стария континент, толкова връщането към рязко разграничаване и закрепване в типично мъжки и женски ролеви патриархални модели става факт. България, като член на Европейския съюз, е необходимо да се съобразява с европейските ценности, насочени към равни възможности за мъжете и жените, равно заплащане, недискриминация и др., и да постави на дневен ред проблема за баланса между семейните и професионални ангажименти на българката.

За да има ред и устойчивост в обществото, в законодателството след 1989 г., в значителна част от света се запазва духът по отношение на правата на жената-майка, но може би нагласите на обществото, и на жените преди всичко, са променени значително, вследствие на икономическия преход и по-специално на икономическата принуда. В държавите, в които жените са равнопоставени, има висок стандарт, здравеопазване и образование (26).

Прекъсване на бременността по света

Индия е страна, в която сексуалното насилие е широко разпространено. Там неравноправието е повсеместно и жените се сблъскват с висок риск от това да бъдат

² от англ. и фр. *feminism, feminisme*, които пък произхождат от лат. *femina* „жена“ и включва политически, социални и други движения, които се борят за и акцентират върху свободата и равноправието на жените, женската гледна точка за света и положението като цяло на жените в обществото

³ от англ. *gender* – „род (граматичен)“; и от лат. *genus* – „род“, „вид“, „тип“, семейство или група от неща. Използва се като понятие във философията, обществените науки и правото, означаващо набора от социално конструирани поведенчески и физиологични характеристики и поведения, свързвани с мъжествеността и женствеността

продадени или подложени на робски труд. В Афганистан голяма част от дамите дори не получават обръщение на име от страна на съпрузите си. САЩ заемат десето място сред най-опасните държави в света за жените според класацията на фондация „Томсън Ройтерс“. Янките са единствената западна нация (27), която влиза в класацията, а присъствието ѝ се дължи на отговорите на американците дали жените се сблъскват с риск от сексуално нападение, унижение или насилствен секс. По физическа и психическа агресия спрямо жените Щатите изпреварват дори Саудитска Арабия (28).

Изследването на фондация „Томсън Ройтерс“ се базира на данните на 548 световни експерти по правата на човека и жените. Проучването използва факти за здравеопазването, икономическите ресурси, културните практики и традициите, сексуалното насилие и тормоза, несексуалната агресия и трафика на хора. Сред експертите, които са интервюирани, има социални и здравни работници, учени, представители на неправителствени организации, специалисти по развитието на регионите, социолози. Всеки от тях посочва онези от 193-те държави от ООН, за които смята, че са най-опасни за жените по съответните параметри. Изследването повтаря проведеното през 2011 г. допитване, на база на което експертите установяват, че Афганистан, Демократична република Конго, Пакистан, Индия и Сомалия са сред най-опасните места за живеене на представителките на нежния пол. През 2018 г. най-бързо развиващата се икономика в света съчетава по парадоксален начин напредъка в областта на космическите изследвания и технологиите с унижителното насилие над жените. В големи части на страната те са подлагани на изнасилвания, съпругеско насилие, сексуални издевателства и тормоз, а пренебрежението и незачитането на тези престъпления е повсеместно (28).

Преобладаващата част от данните за извършени легални аборти в световен мащаб са от Северна Европа и Северна Америка. В държавите от тези територии се отчитат най-ниски нива на инциденти след аборт. Повечето от тях се отличават със сравнително либерално законодателство относно абортите, висока употреба на контрацептиви, висок икономически ръст, полова равнопоставеност и добро качество на здравните услуги. Небезопасните аборти могат да се превентират чрез внедряване на достъпно здравно образование (29).

Полиетническото население (българско, турско, ромско, арменско, еврейско, влашко, каракачанско, руско, гръцко, македонско, румънско, украинско) на България определя културно-социално-религиозно-традиционните различия и отнасяния на обществото към аборта.

Според учебната медицинска литература (Учебник по акушерство, с гл. редактор проф. А. Хаджиев), абортите се класифицират по видове:

1. Спонтанен аборт;
2. Изкуствен аборт (ранен и късен):
 - 2.1. Аборт по желание;
 - 2.2. Аборт по медицински показания;
 - 2.3. Криминален аборт.

Съгласно UNFPA, най-малко 200 милиона жени по света желаят да използват, но нямат достъп до безопасни и ефективни методи за семейно планиране. Повече от една четвърт от жените, които забременяват всяка година, претърпяват аборти. По-голямата част от тези аборти се прави тайно и се извършва в небезопасни условия (7).

Всяка минута в света най-малко една жена умира по време на раждане или от усложнения, свързани с бременността. Това означава 529 000 жени на година (29).

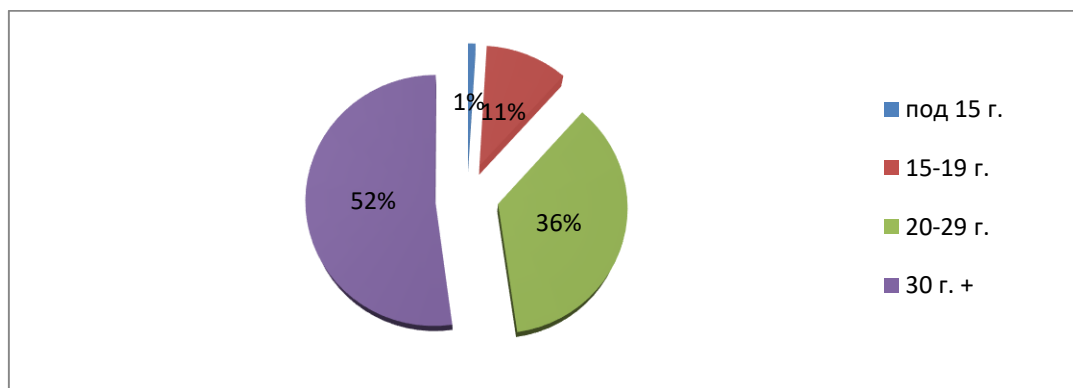
❖ *Спонтанен аборт*

Честотата на спонтанния аборт е трудно оценима поради факта, че жената помня още преди да е разбрала, че е бременна. Той протича като една по-обилна или закъсняла менструация, и криминалните аборти, отчитани като спонтанни аборти. Ранният спонтанен аборт представлява едноетапен аборт до 12 г.с. Етиологични причини са дефекти на плодното яйце. Анатомични и хромозомни аномалии водят до т. нар. „кухо яйце”, т.е. липсва ембрион, или до загинал такъв. Колкото по-ранен е абортът, толкова тези аномалии са по-чести и по-тежки. Хромозомни аберации се намират при спонтанния аборт в около 50% от случаите. Причините за тези аномалии са главно ендегенни. Така например оплождане на презряла яйцеклетка (3 дни след повишение на базалната температура) води до хромозомни аберации. Зачеването е биологичен процес, който невинаги става при оптимални условия. Непълноценната сперма също може да предаде дефектен зародишен материал. Между екзогенните причини се изброяват: остри вирусни инфекции (рубеола, грип, морбили и др.), радиации, химикали, включително лекарства, когато се прилагат в периода на ембриогенезата. Травмираният или възпалително измененият ендометриум може да създаде лоша среда за хранене и развитието на плода. Хормоналният аборт в истинския смисъл на думата е рядко срещан. Той може да се причини от диабет, хипертиреозидизъм, ненормална лутеална фаза на менструалния цикъл (30). Късният спонтанен аборт е, по своята същност, двуетапен аборт. Протича в две времена – изгонване на плода и след това на плацентата, както при раждане. Главните причини са свързани с маточна и плацентарна патология и друга патология на плода – хипопластична матка, всички видове маточни малформации, миоми на матката, маточни синехии, *abruptio placentae*⁴, *placenta praevia*⁵, цервико - вагинална инфекция, водеща до

⁴ Плацента *Abuptio* се определя като преждевременното отделяне на плацентата от матката. При пациенти с *abruptio* плацента, наричана също плацентарна абструкция, обикновено се наблюдава кървене, маточни контракции и фетален дистрес.(176)

⁵ Плацента Превия е състояние, при което плацентата лежи ниско в матката и частично или напълно покрива шийката на матката. Плацентата може да се отдели от стената на матката, тъй като шийката на матката започва да се разширява (отваря) по време на раждането.(177)

хориоамнионит с и без изтичане на околоплодните води, многоводие, многоплодна бременност. Намесват се също инфекции като токсоплазмоза, листериоза и др., а така също общи заболявания на майката (диабет, бъбречни заболявания и др.). При около 40% от късните аборти причините остават неизвестни.

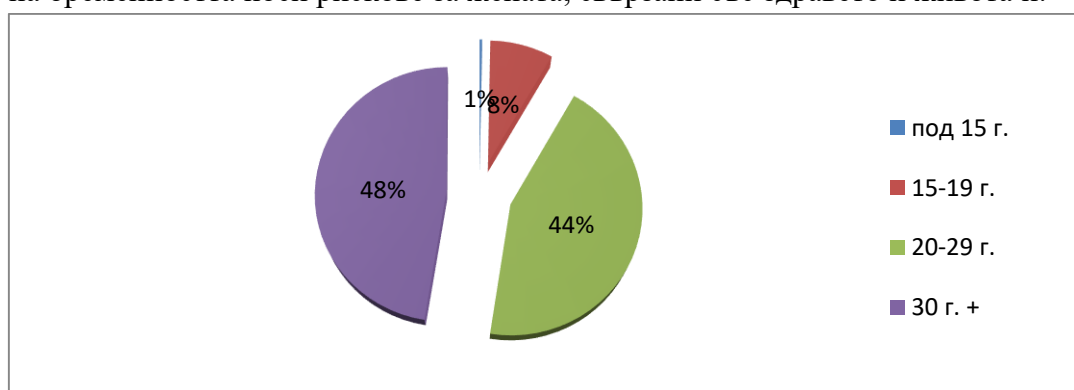


Фигура 1. Спонтанни аборти по възраст на жената през първото полугодие на 2018 г. в България (31)

Както е видно от фигура 1, честота на спонтанните аборти расте с възрастта. Младите жени са в по-добро общо физическо здраве, по-голямата част от тях все още не водят полов живот и по-рядко забременяват. С напредване на възрастта оказват влияние и фактори като начин на живот, стрес, вредни навици и понижено общо физическо състояние, което допълнено с воденето на полов живот (т.е. по-голяма вероятност от бременност) значително увеличава честотата на спонтанните аборти.

❖ Изкуствен аборт

Разрешено е прекъсване на бременността по медицински показания до 20 г.с. (или до 500 г) и след този срок по изключение при застрашаващи живота на жената състояния и генетични увреждания на плода. Общото при всички показания е, че продължаването на бременността носи рискове за жената, свързани със здравето и живота ѝ.



Фигура 2. Извършени терапевтични аборти по възраст на жената през I-то полугодие на 2018 г. в България (31)

Известни са медицински причини, които не позволяват на жената да износи желаната от нея бременност. Те могат да бъдат свързани със заболяване, което съществува преди бременността и се влошава с развитието. Често в семейството вече се

е раждало дете с вродено заболяване. До 12-та седмица на бременността има възможност да се докажат някои наследствени заболявания на плода (32).

В тези случаи общопрактикуващият лекар предлага на жената прекъсване на бременността или в интерес на нейния живот, или в интерес на бъдещото ѝ поколение. Всички причини подлежат на доказване, поради което бременната извършва поредица от изследвания и консултации. Те са свързани с предстоящата оперативна намеса.

Когато причините за прекъсване на бременността произхождат от основното заболяване на жената, изследванията са свързани и с него, и се извършват консултации от лекари-специалисти от съответния профил.

При наследствени заболявания бременната се насочва в лечебно заведение с възможности за извършване на високоспециализирани диагностични изследвания – инвазивни акушерски манипулации в различните срокове на бременността и лабораторен (генетичен) анализ на получения биологичен материал.

Всички направени изследвания се обобщават от ОПЛ и той насочва бременната към специализирана комисия за становище относно износването или прекъсването на бременността.

Специализираната комисия по прекъсване на бременността по медицински индикации разглежда представените изследвания и формулира становище. При решение за прекъсване на бременността ОПЛ насочва жената към лечебно заведение с възможности за извършване на манипулацията.

Прекъсването на бременността до дванадесетата ѝ седмица е известно като кюретаж. Манипулацията се извършва през влагалището. След разширяване с инструменти на канала на маточната шийка се прониква в кухината на матката и чрез кюрета или вакуум се извличат плода и придатъците му. Това става в отделна операционна зала при стриктно спазване на всички правила за стерилност и безопасност.

За обезболяване най-често се избира краткотрайна обща венозна упойка.

След извършване на манипулацията се контролира общото състояние, кървенето и свиването на матката. Изписването се осъществява същия или последващ ден след преглед от акушер-гинеколог, а при необходимост – и от друг специалист (напр. при прекъсване по медицински показания от страна на бременната).



Фигура 3. Стъпки, които жените трябва да направят, след установяване на бременност

1.2. История на медикаментозния аборт

В исторически план абортът е доста противоречив в много общества най-вече поради морални, етични и политически причини (17). Често е законово ограничаван или забраняван. Прекъсването на бременност е нежелано събитие за всяка една жена, без значение дали бременността е желана, или не, което макар и дискретно е необходимо да бъде изучено с неговите причинно-следствени връзки, защото има особено важно значение за бъдещето на нацията. Прекъсването на бременност е обект не само на медицинската и фармацевтичната наука, но и на социалната и психологическата, защото има много по-дълбоки и скрити последствия за социума от чисто физиологичните аспекти на проблема (2). Женското здраве има специфични проблеми, които го правят приоритет на здравеопазването в повечето страни по света. Въпреки глобалния технологичен прогрес, моралното и социалното развитие в извънредно малко държави успяват да го поддържат на много добро ниво. Жените все още се борят както с външни, така и с вътрешни бариери. Някои жени успяват така да подредят живота си, че да имат деца, без това да се окаже професионална спирачка. Има неща, които се приемат от съвременното общество за по-естествени, но това не означава, че са станали по-лесни. Когато една жена забременее, без да го планира, тя е поставена пред сложен казус. Съществуват множество етнически, културни и морални причини, които правят проблема още по-труден за решаване (6).

Възникване на медикаментозния аборт

Исторически, възможността за прекъсване на ранна бременност посредством лекарствени продукти започва с идентифицирането на простагландините и тяхната химична структура от проф. Сюне К. Бергстрьом (prof. Sune K. Bergström) и колектива му през 1960 г. (33)(34)(35). Те за пръв път разработват простагландиновите аналози, които силно стимулират маточната контрактилност и могат, за разлика от първичните простагландини, да бъдат прилагани по неинвазивни пътища. През 1982 г. професорът получава и Нобеловата награда по медицина и физиология за своето откритие. (36)



Проф. Сюне К. Бергстрьом

Източник: www.nobelprize.org

Желанието на много жени, които търсят да направят аборт и искат да избегнат хирургическата интервенция, довежда до разработването на различни фармакотерапевтични схеми с лекарствени продукти (37). Една от първите, приложени в практиката, е вагиналният прием на *gemeprost* (синтетичен простагландинов аналог). Той, например, е можел ефективно да прекъсне ранна бременност, но необходимата доза от него е била висока, а страничните ефекти като силната болка и гастроинтестиналните смущения, са често срещани. Това ограничава до голяма степен прилагането на метода през 60-те години на миналия век (38).

През 70-те години много от развитите държави легализират аборта. (39) По същото време проф. Етиен-Емил Балию (prof. Étienne-Émile Baulieu), който е консултант на фармацевтичната компания Русел-Уклаф, насочва проучванията си към намирането на антагонисти на прогестерона. (40) Професорът в своите мемоари обяснява, че „в началото беше по-скоро фундаментално изследване, а не точно търсене на хапче за аборт“. Той успява и първи публикува клиничния ефект на RU-486⁶ през 1982 г. (41).

⁶ Кодовото название на лекарство, преди да му бъде дадено официално международно непатентно име от СЗО



Проф. Етиен-Емил Балю

Източник: www.sciencephoto.com

Последващи проучвания на професор Бигдеман от Швеция показват, че комбинирането с простагландин засилва ефекта на лечението.

През септември 1988 г., лекарственият продукт, съдържащ Mifepriston (с търговско наименование Mifegyne), е разрешен за употреба във Франция за медикаментозно прекъсване на бременност до 49-тия ден от аменореята в комбинация с простагландинов аналог. Франция е пионер в тази област, а достъпността на медикаментозния аборт за жените ги прави по-независими.



Протести в защита на медикаментозния аборт във Франция

Източник: Интернет

Поради протести на анти-аборт движенията от компанията Русел-Уклаф решават да отложат разпространението на Mifegyne, като това става на 26 октомври 1988 г. Два дни по-късно френското правителство нарежда на компанията да продължи с дистрибуцията в интерес на общественото здраве. Френският министър на здравеопазването по това

време обяснява: „Не мога да позволя дебата за или против аборта да лиши жените от лекарство, което представлява медицински прогрес. От момента на одобрение на продукта от правителството, RU-486 стана морално достижение не само на компанията, а и на всички жени.“

Във Франция, а скоро и в други европейски държави, това е финалът на десетилетия ожесточени дебати и политически действия, даващи на жените независимост и правото на избор медикаментозно да прекратяват нежелана бременност.

По-късно методът е използван и в други региони на света като Северна Америка (САЩ) и Азия.

Любопитни са думите на професор Етиен-Емил Балию от негово интервю, с които описва общественото мнение за неговото откритие по онова време:

„След обявяването на откриването на RU-486 /mifepristone/ веднага започнаха ожесточени дебати между привържениците и противниците на аборта. В края на 80-те, по време на дебат по Френската национална телевизия, бях обвинен от друг доктор, че съм причинил повече смърт от Сталин, Мао Дзе Дун и Хитлер, взети заедно.

Какво да отговориш на това обвинение? Ти или напускаш, или се смееш... И аз се смях (понеже беше много глупаво), въпреки че обвинението беше изключително жестоко. Като цел на противниците на аборта съм понасял множество обиди и заплахи по пощата и телефона. Веднъж дори избегнах бомбен атентат в Ню Орлеанс. Благодарение на отмяна на полета ми, аз закъснях за моята презентация и бомбата избухна, докато друг лектор беше на сцената. За щастие никой не пострада.

Днес Франция има богат опит и с хирургични, и с медикаментозни аборти и наблюдаваме, че поне 70-80% от жените, търсеци ранен аборт, предпочитат медикаментозния пред хирургичния.

По отношение на медикаментозния аборт днес ме тревожи фактът, че освен протокола на Европейската агенция за лекарствата (ЕМА), все още се използват алтернативни протоколи, основно намаляващи дозата на mifepristone, но това намаляване от 600 mg на 200 mg не е препоръчително. Това увеличава с 2-3% вероятността от продължаване на бременността и раждане на бебета с увреждания, след като са били изложени на действието на RU-486.

Накрая бих искал да кажа, че е голямо предизвикателство да си „анонимния“ откривател на толкова революционен продукт. Поне мога да го представя без да бъда обвинен, че обслужвам собствените си интереси или с цел да стана богат. Въпреки че дори не ми се споменава името, аз съм щастлив, че милиони жени използват продукта. Това е един много интимен успех за мен и не може да бъде друг, като се има предвид дискретността при решението да направиш аборт.“



Карикатура Alliance Defending Freedom (42)

Таблица 1. Хронология на пускане на пазара на mifepristone (42)

1988	1999	2000	2003	2008
Китай	Австрия	Норвегия	Естония	Румъния
Франция	Белгия	Тайван		Непал
	Дания	Тунис	2004	
1991	Финландия	САЩ	Гвинея	2009
Обединено	Германия		Молдова	Италия
Кралство	Гърция	2001		Камбоджа
	Исландия	Нова Зеландия	2005	
1992	Израел	Южна Африка	Албания	2010
Швеция	Люксембург	Украйна	Унгария	Замбия
	Холандия		Монголия	
	Испания	2002	Узбекистан	2011
	Швейцария	Беларус		Гана
		Грузия	2006	Мексико
		Индия	Казахстан	Мозамбик
		Латвия		
		Русия	2007	
		Сърбия	Армения	
		Виетнам	Киргизтан	
			Португалия	
			Таджикистан	

През 2005 г. Световната здравна организация (СЗО) включва комбинацията от mifepristone и misoprostol за използване при медикаментозен аборт в Списъка на есенциалните (основните) лекарствени продукти, които са от съществено значение за оцеляването на популацията (43). В този списък попадат продукти от особено съществено значение за осигуряване на здравето на населението и така СЗО насърчава осигуряването им.

Днес, жените в повечето европейски страни имат достъп до лекарствата, използвани при ранен медикаментозен аборт (44):

- Mifepristone (Mifegyne®) има разрешение за употреба за медикаментозен аборт в много европейски страни. Според производителя Exelgyn (Paris), mifepristone е бил приложен на повече от 3,5 милиона жени в Европа, откакто е въведен за пръв път през 1988 г. до момента.
- Misoprostol, който е E1 простагландин, предлаган на пазара с търговското име Cytotec®, е регистриран за употреба за превенция на язва на стомаха в повечето европейски страни. Използва се за аборт в съчетание с mifepristone.
- Gemeprost, друг простагландин E1, е използван в миналото за медикаментозен аборт. Той е заменен от misoprostol, защото последният е поне толкова ефективен, позволява гъвкаво дозиране, има по-малко странични ефекти, дозира се по-лесно, може да се съхранява при стайна температура и е значително по-евтин.

В европейските страни до 90% от жените избират медикаментозен аборт, когато методът е наличен. Според научни публикации, медикаментозният аборт към момента е (45):

- най-разпространеният метод за аборт в Скандинавските страни (>90%), Португалия (65%), Испания (63%) и Швейцария (62%);
- често използван във Франция (54%) и Обединеното Кралство (без Северна Ирландия, 53%);
- не често срещан в Холандия (20%), Белгия (17%) и Германия (15%), и
- рядко използван в Италия (4%).

През 1983 г., Американската агенция за храни и лекарства (FDA) в САЩ разрешава първите клинични изпитвания с Mifepristone за прекъсване на ранна бременност. През 1989 г. администрацията на президента Джордж Буш старши забранява вноса на Mifepristone за лична употреба, за да се угоди на анти-аборт движенията. Едва в началото на 1993 г. Бил Клинтън моли FDA да преразгледа забраната за внос, която през септември същата година е премахната и позволява започването на голямо проучване с 2100 жени през следващите две години. Така се поставя началото на медикаментозното прекъсване на бременност в САЩ(46).

Пускането на mifepristone през 1988 г. променя начина, по който абортът се възприема и практикува. За разлика от хирургичния аборт, който се прави поне в 6-та

гестационна седмица, медикаментозният аборт може да се прави веднага след като бременността е потвърдена.

С навлизането на медикаментозния аборт в практиката не се увеличава броят на абортите (47), но нараства броят на жените, направили по-ранни аборти, което води до по-малко странични ефекти и усложнения. Ето защо възможността за медикаментозен аборт едновременно позволява и мотивира жените да абортират в по-ранна гестационна седмица (48).

Навлизането на медикаментозния аборт, като алтернатива на хирургичния, не повишава общото ниво на прекъсване на бременност (49). Тенденцията е нивото на аборти, поне за развитите страни, да намалява, основно поради по-добрата обща култура на населението и по-ефективната контрацепция (50).

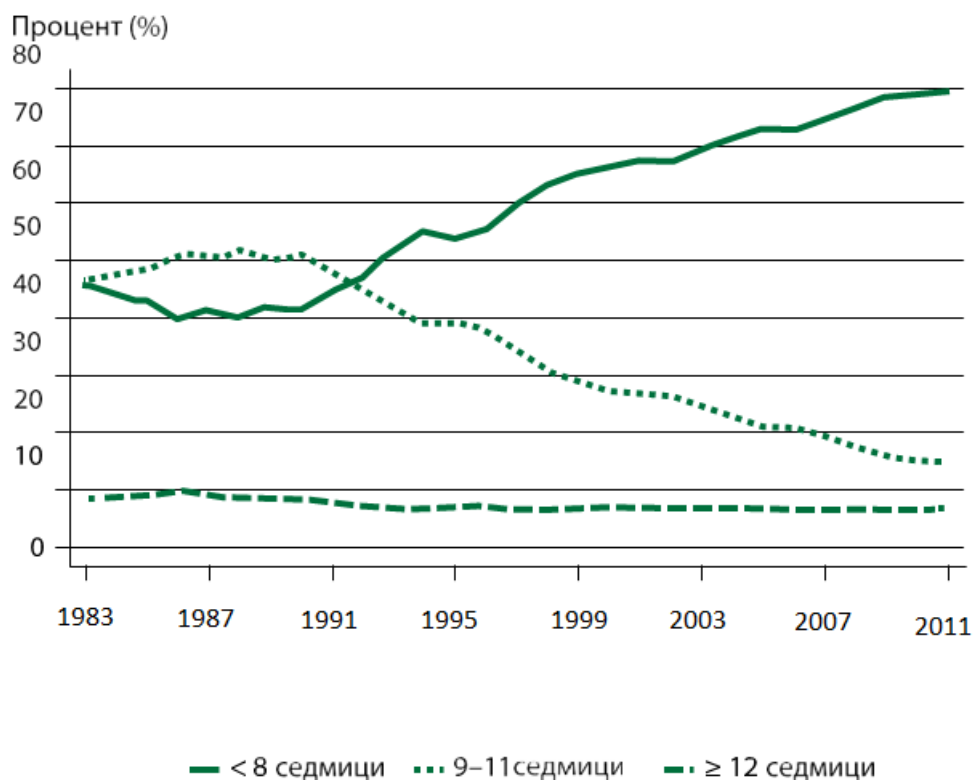
Едно от доказателството за намаляването на броя на абортите по света е следното изследване, проведено в САЩ (50):

От 2004 г. до 2014 г. общият процент на абортите в щата Тексас спада с почти една трета от 10,7 на 7,2 аборта на 1000 жени на възраст от 10 до 49 години. През същия този период броят на клиниките за аборт, работещи най-малко 6 месеца през годината, пада от 40 на 27. Клиниките намаляват поради липса на работа. Проверява се връзката между степента на аборти и близостта на местата за аборт. Съпоставят се годишните данни на ниво окръг за процента на абортите в Тексас от 2004 до 2014 г. с разстоянието от окръжните центрове до най-близките клиники. Установява се, че 100 мили увеличение на разстоянието до най-близката клиника за аборт е свързано с 10% намаление на общата честота на абортите. Изглежда зависимостта от разстоянието се проявява до голяма степен при разстояния от 200 мили или повече. Зависимост обикновено присъства при белите и афроамериканците, докато моделът е по-малко забележим при латиноамериканците. Анализът показва, че промяната се дължи в най-голяма степен на жените на възраст от 20 до 34 години. Ограниченият достъп до клиники за аборти се свързва с намаляване на степента на абортите, но въпреки това връзката варира в зависимост от раса / етническа принадлежност и възраст.

Откакто Mifepristone е представен в практиката, жените, на които им се налага да направят аборт, го правят по-рано (51). Във Франция процентът на жените, абортирали в или преди седма гестационна седмица, се е увеличава от 12% през 1987 г., на 20% през 1997 г.

Във Швеция процентът на жените, абортирали преди девета седмица, се увеличава от 45% през 1991 г., на 65% през 1999 г. и 79% през 2011 г., като тази тенденция се наблюдава във все повече страни.

Влиянието на въвеждането на медикаментозен аборт върху гестационната възраст при аборт в Швеция е показано на следващата фигура (52):



Фигура 4. Влияние на въвеждането на медикаментозен аборт върху гестационната възраст при аборт в Швеция (52)

Проучване на д-р Каролин Морею (Dr. Caroline Moreau) върху това как пациентите приемат медикаментозния аборт във Франция, Великобритания и Швеция разкрива, че повечето от жените, често повече от 90%, са доволни от метода и, ако в бъдеще им се наложи да правят аборт, пак биха избрали същия метод. Проучвания при жени, правещи аборт в тези три страни, разкрива, че при възможност да избират между медикаментозен и хирургичен аборт, 57-70% избират медикаментозния (53).

Таблица 2. Честота на абортите на 1000 жени на възраст между 15-44 години. Национални статистики на съответните държави

Честота на абортите на 1000 жени между 15-44 години	Преди разрешаване на mifepristone	След разрешаване на mifepristone
Франция 1987-1997	13	13
Англия и Уелс 1990-2000	16	16
Швеция 1990-1999	21	18

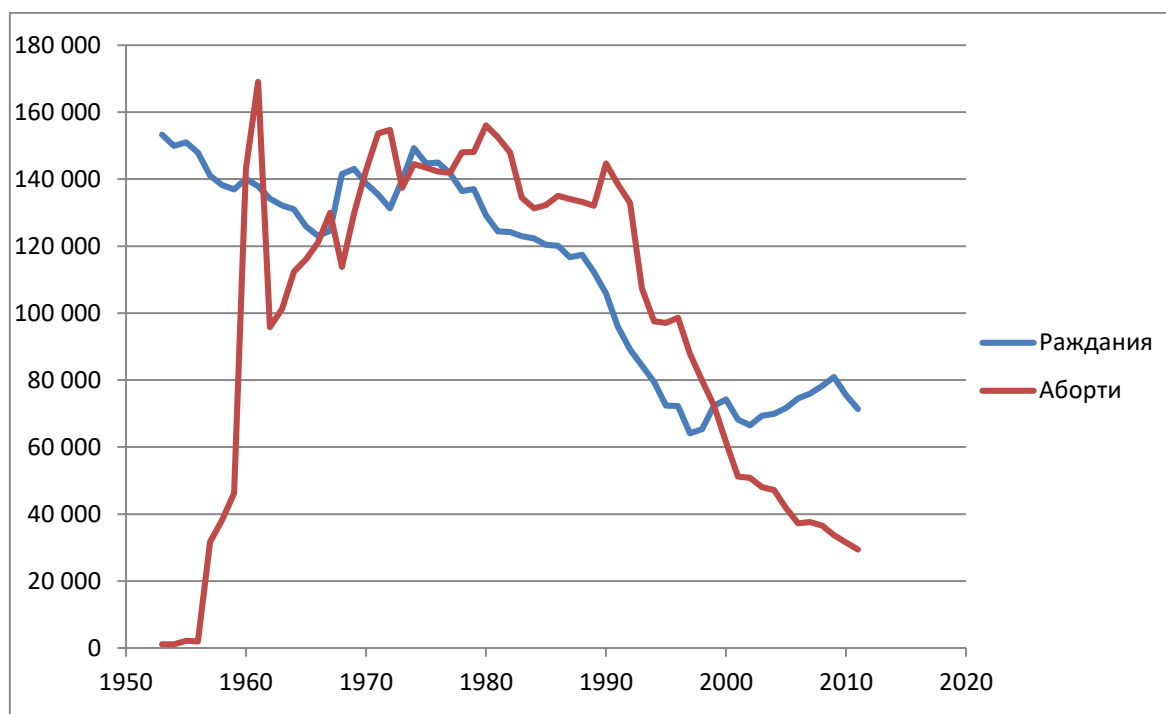
Таблица 3. Процентно разпределение на видовете аборти в някои държави - национални статистики на съответните държави

Държава	Процентно разпределение на видовете аборти в съответна страна	
	Медикаментозен аборт	Хирургичен аборт
Франция	55%	45%
Великобритания	47%	53%
Скандинавия	80%	20%
Германия	16%	84%
Испания	12%	88%
Швейцария	67%	33%
Белгия	21%	79%
Холандия	16%	84%
Португалия	67%	33%
Италия	9%	91%

История на прекъсването на бременността в България

В края на 60-те години на миналия век Пенчо Кубадински се налага като водещ партиен авторитет в областта на семейната и репродуктивна политика. Във връзка с опасенията от бързо намаляващата раждаемост в България, през 1967 година той предлага пълната забрана на абортите по румънски образец, но предложението му е прието само частично, т.е. позволява се прекъсване на бременност по медицински показания (54).

Ограничаването на легалната възможност за аборти съвсем естествено води до увеличаване на криминалните прекъсвания на бременността сред българките (44). Събрани данни до края на 2013 г. сочат, че преди демократичните промени броят на регистрираните аборти в България е много близък до броя на ражданията. В тази статистика не се включват множество тайно извършвани от специалисти и шарлатани изкуствени прекъсвания на бременността. Чак до 1999 г. броят на абортите превишава броя на ражданията.



Фигура 5. Раждания и аборти по брой в България между 1953 г. и 2011 г. (55)

Развитието на медицинските технологии прави възможен достъпа на жените до безопасно прекратяване на нежелана бременност. От друга страна, улесняването му и употребата на медикаментозен аборт нараства значително – 7 до 10 пъти, благодарение на разпространението на мизопроустол, без наличието на лекарско предписание (т. нар. “over the counter”) или на черния пазар (56).

1.3. Легализиране на медикаментозния аборт

Различните техники и методи за абортиране претърпяват силно развитие едва след 17-ти век и постепенно рискът за здравето на жените, свързан с медицинските манипулации при аборт, намалява(57). Въпреки това абортът и до ден днешен остава много рисковано за здравето начинание и се приема от голяма част от обществото като морално неоправдано и неетично действие. В някои държави абортите са забранени със закон и/или се налагат етични ограничения в тази насока (58).

През 1870 г. в Англия се наблюдава постоянен спад в раждаемостта. Било установено, че причината за тази негативна тенденция не е свързана с употребата на новопоявилите се изкуствено синтезирани контрацептиви, а на по-традиционните методи за предпазване от нежелана бременност (каквито са въздържанието и прекъснатият полов акт). Постоянният спад на раждаемостта в Англия косвено е свързан с промените във възприятията на хората и немалките разходи по отглеждането на дете. Жените намират начин да се справят с евентуалната поява на нежелана бременност, въпреки съществуващия закон, забраняващ абортите, приет през 1803 година. Средствата, предизвикващи прекъсването на бременността, дискретно са

„рекламирани”, а английската народна медицина изобилства от продукти и методи за индуцирането на спонтанни аборти. Сред англичанките, част от работническата класа, стават популярни опасните „очистителни”, включващи в състава си блатна мента, алое и терпентин, които при определени условия предизвикват умъртвяване на плода. Други методи за изкуственото индуциране на аборт включват потапянето на жената в гореща вана с джин, подлагане на екстремни натоварвания, предприемане на „контролирани” падания по стълбите, прием на лекарства, прилагани във ветеринарната медицина. Направено изчисление сочи, че през 1914 г. около 100 000 жени се подлагат на манипулации, изкуствено предизвикващи умъртвяване на плода (59).

Сред държавите, които първи легализират една или повече форми на аборт, са бившият социалистически Съветски съюз (1919 г.), Исландия (1935 г.) и Швеция (1938 г.). През 1935 г. нацистка Германия също разрешава абортите, с цел да бъдат премахвани деца, които по лекарска преценка са или могат да бъдат наследствено болни.

Първата предимно римокатолическа страна, която узаконява абортите, е Франция. Придвижването на закона за легализиране се свързва с името на Симоне Вей (Simone Veil), която е френски юрист, министър на здравеопазването при Валери Жискар д'Естен, председател на Европейския парламент и член на Конституционния съвет на Франция. Симоне Вей оцелява от концентрационния лагер Аушвиц-Биркенау, където губи част от семейството си. Остава в историята с придвижването по-напред на закона за легализиране на абортите във Франция на 17 януари 1975 г.

Прекъсването на бременност е законово преследвано и в православния свят. Периодът на Сталиновата диктатура (1936 г. – 1955 г.) в СССР води до всеобщо погазване на човешките права, включително на тези, свързани с репродуктивното и сексуално здраве. През 1936 г. абортът се криминализира. Хиляди жени почиват до управлението на Никита Хрущов, който е съветският лидер, официално разрешил прекъсването на бременност. (60)

Най-строги мерки срещу абортите съществуват в католическите страни, като в някои от тях – Никарагуа, Чили, Ел Салвадор и Малта, прекъсването на бременност не се разрешава дори, когато е застрашен животът на майката или на бебето (39).

Голяма историческа стъпка в изпълнението на правата за женското и репродуктивно здраве е извършена на 26-ти юли 2018 г., когато Демократична република Конго легализира възможността за аборт на жителките си (61).

В цялата история на Република Ирландия, поради религиозни причини, абортът е бил винаги незаконен, с изключение на случаите, когато е застрашен животът на майката. Забраната му е вписана в Конституцията през 1983 г. след референдум. През 2013 г. законът позволява аборт при опасност за живота на майката. Изнасилването, кръвосмешението или малформациите на плода не се зачитат като причини за аборт. Извършването на аборт, дори по такива причини, е престъпление, наказуемо с 14 години затвор. Хиляди ирландки ежегодно отиват до Великобритания, за да направят законно аборт. През месец май 2018 г., след референдум, абортът в Ирландия вече е легализиран (62).

Правна рамка за абортите в Европа

Законовата регулация по отношение на абортите варира значително в европейските страни.

Малко европейски страни дават на жените неограничен достъп до него. Повечето изискват да бъдат изпълнени определени условия:

- периоди на изчакване с различна продължителност;
- задължително консултиране;
- подписи на двама лекари;
- писмено заявление на жената за това, че се намира в безизходица.

На практика тези ограничения не възпрепятстват жените да направят аборт по желание, но могат да доведат до криминален аборт или до отлагане на аборта във времето.

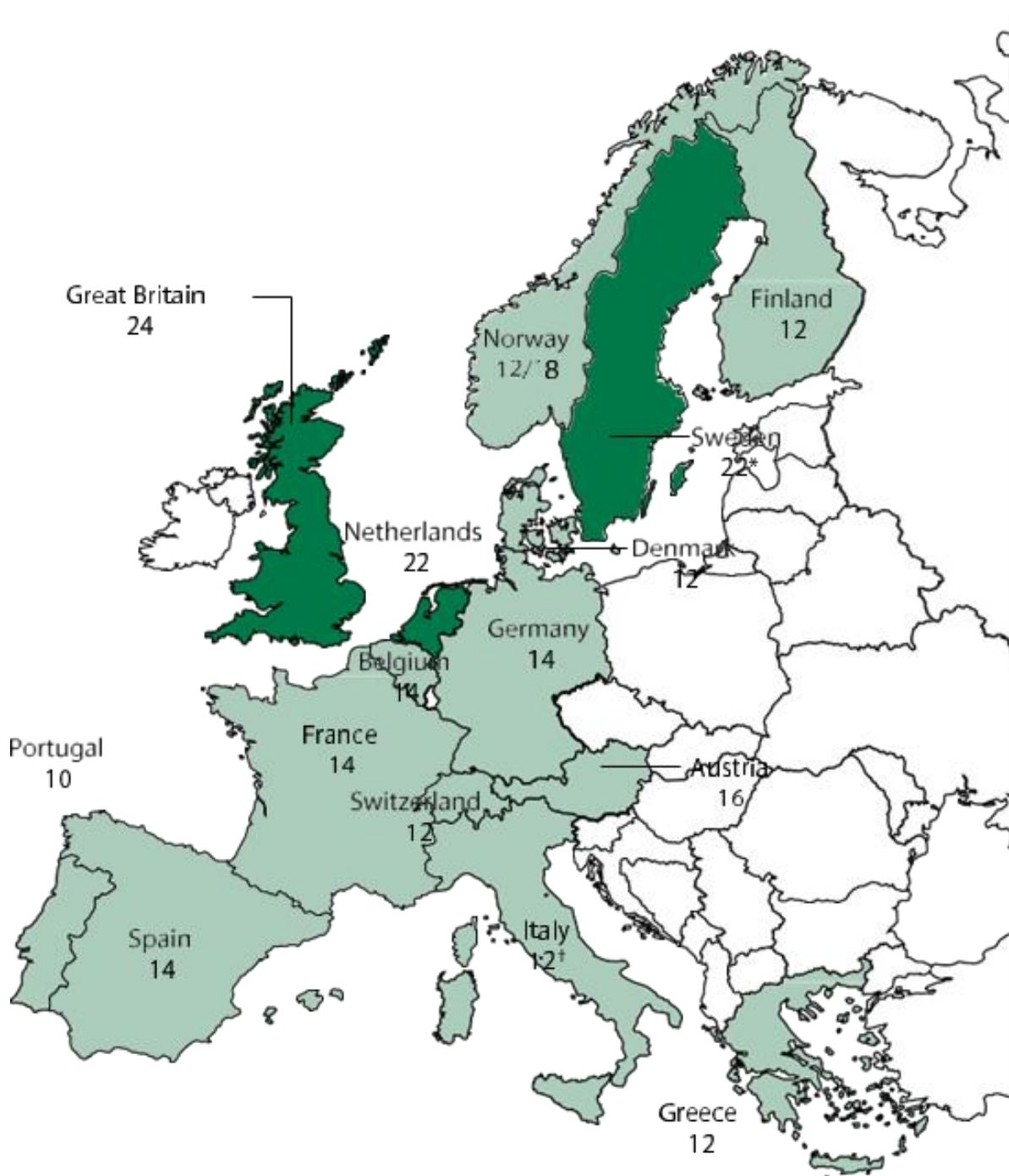
Европейските страни, в които абортът по желание на практика е недостъпен през първия триместър, са следните (63):

- Андора,
- Ирландия,
- Лихтенщайн,
- Малта,
- Монако
- Полша,

и части на Обединеното Кралство (Северна Ирландия, Остров Ман) и части на Дания (Фарьорските острови).

В Италия законовото положение по отношение на абортите е много любопитно и може да се обобщи с думите на италианския акушер-гинеколог д-р Мирела Парачини (dr. Mirella Parachini): *“В Италия, законът не позволява аборт по желание. Въпреки това той дава толкова широки основания, при които може да се прави, че някои го интерпретират като разрешение на аборт по желание. Освен това жената е тази, която декларира, че се намира в една от ситуацияите, описани от закона, а основната роля на лекаря е да удостовери това положение.”* (64)

Там, където абортът е законен по желание в Европа, горната граница на периода варира между 10-та и 24-та седмица от аменореята. Освен това всички страни имат законови клаузи за по-късен аборт, в случаи на медицински индикации за жената или за фетуса.



* Няма фиксирана горна граница, но се определя от границата на „потенциална жизнеспособност“ (22 седмици на практика).

Фигура 6. Горна граница на периода за прекъсване на бременност в Европа

Огромна част от жените с нежелана бременност желаят да я прекъснат възможно най-скоро. Гестационната възраст, в която те правят аборт, е независима от законово ограничената горна граница и най-вече отразява трудностите в достъпа им до услугата в своята страна. Частта от жените, направили аборт до 9-та седмица от аменореята, в някои европейски страни, е показана в таблица 4:

Таблица 4. Процентно отношение на аборти преди 9-та седмица от аменореята в определени европейски държави. Национални статистики в съответните държави

Държава	(законово ограничение)	Процент на аборти преди 9 ^{та} седмица (в съответна година)
Швеция	(22 седмици)	80% (2011)
Германия	(14 седмици)	73% (2010)
Норвегия	(12 седмици)	73% (2010)
Финландия	(12 седмици)	71% (2010)
Нидерландия	(22 седмици)	68% (2009)
Англия & Уелс	(24 седмици)	67% (2010)

Правен статут на медикаментозния аборт в България

Понастоящем, както в немалка част от света, в България абортите са легално разрешени. У нас преди и непосредствено след 9-ти септември 1944 г. абортите са забранени и се наказват със съд и затвор както за жената, която е направила аборта, така и за медицинските лица, които са го извършвали. Наказателният кодекс от 1956 г. отменя съществуващата дотогава забрана за аборт по желание (65).

През 1972 г. се лишават от право на аборт по желание омъжени жени без деца или с едно дете. Целта на взетата мярка е повишаване на раждаемостта, предвид очертаващия се демографски срив (66).

Към днешна дата, действащият в България специализиран нормативен акт, регулиращ изискванията за извършване на аборт, е *Наредба № 2 от 1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност, МЗ, изм. ДВ, бр. 89, обн. 31.10.2000 г.* (67).

Накратко наредбата определя:

- Кой може да извършва аборт
 - **Чл. 11.** Аборт по желание се извършва от лекар акушер-гинеколог при осигурено местно или общо обезболяване.
- Къде може да се извършва аборт
 - **Чл. 10.** (Изм. - ДВ, бр. 89 от 2000 г.) (1) Аборт по желание се извършва в специализираните акушеро-гинекологични и многопрофилните болници, както и в диагностично-консултативните, медицинските и медикостоматологичните центрове, към които има разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение.
 - (2) Аборт по желание по ал. 1 може да се извършва и в лечебните заведения на Министерския съвет, Министерство на отбраната, Министерството на транспорта и съобщенията, Министерството на правосъдието и Министерството на вътрешните работи

Наредбата разрешава извършването на аборт по желание до края на 12-та гестационна седмица, считано от първия ден на последната редовна менструация или 10 седмици от датата на забременяване. По реда на наредбата може да се извършва аборт по желание и аборт по медицински показания. Наредбата урежда извършването на аборт от български гражданки, чужди гражданки или жени без гражданство. Аборт на непълнолетни жени се извършва със съгласие на техните законни представители или попечители (68).

Според чл. 12., ал. 1. на Наредба № 2 от 01.02.1990 г., абортът по медицински показания се извършва по искане на бременна жена при наличие на заболяване, несъмнено доказано и документирано, при което по-нататъшното протичане на бременността или раждането може да застраши живота или здравето на жената или жизнеността на поколението, при срок на бременността не по-голям от 20 гестационни седмици. Съгласно ал. 2 на същия член, аборт при срок на бременност, по-голям от посочения в ал. 1. се разрешава само при наличие на неотложни причини за спасяване на жената или при доказани груби анатомични увреди, или тежки генетични увреждания на плода. Освен поради тежки заболявания на бременната и несъвместими с живота малформации на плода, аборт по медицински показания се извършва и по чисто социални и морално - етични показания, например, случаи на доказано кръвосмешение, лекарска грешка при неразпознаване на начална бременност и др. Аборт по медицински показания се извършва в лечебното заведение, към което е създадена специалната комисия, даваща разрешение (67).

Прекъсването на бременност по медицински показания се извършва само в специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология (СБАЛАГ), областни, междуобластни и национални многопрофилни болници съгласно чл. 14 ал. 1 от Наредба № 2 от 1.02.1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност.

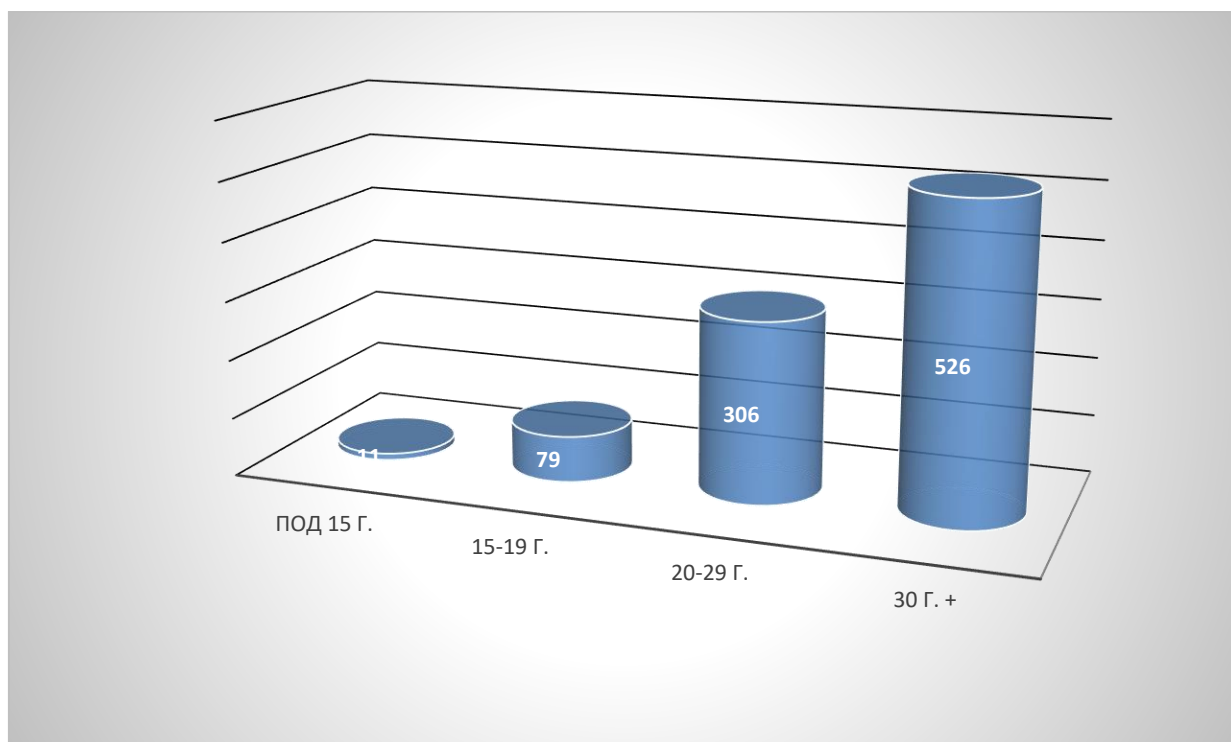
Прекъсването на бременността се извършва в специализирано АГ отделение/сектор от акушер-гинеколог със специалност или от такъв без специалност, но при наличен на разположение, на място, специалист.

След 12 г. с., по преценка на лекуващия лекар, в съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната могат да се използват различни методи като: интраамниална инстилация на концентриран солеви разтвор или простагландини, екстраовуларно приложение на разтвор на етакридин (Риванол), простагландини в задния влагалищен свод или интрацервикално, балон-катетър и окситоцинова стимулация, хистеротомия и др. След експулсията на плода се извършва инструментална ревизия на маточната кухина. По преценка се назначават профилактично антибиотици. След прекъсването на бременността се потиска лактацията. Независимо от срока на бременността по показания от страна на бременната, при прекъсването може да е необходимо присъствието на специалист по придружаващото заболяване(69).

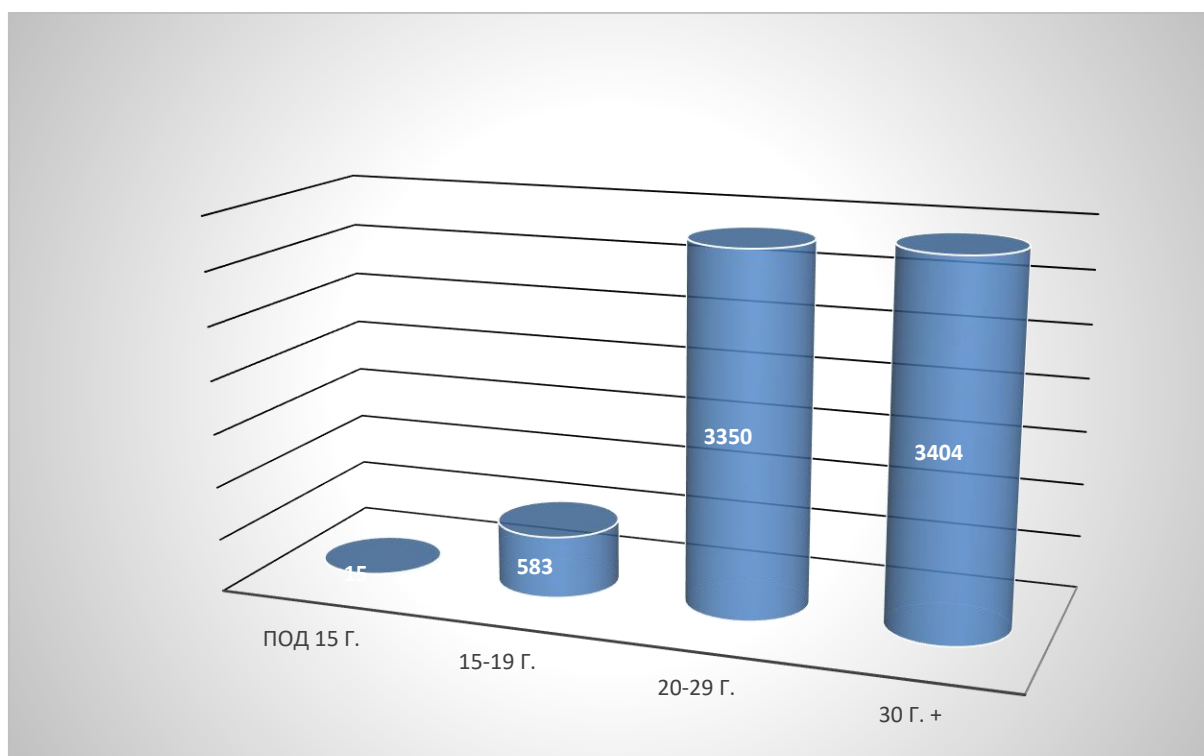
При прекъсване до 20 г.с. и липса на усложнения от хирургичните манипулации пациентката може да бъде изписана в рамките на 24 часа след интервенцията. При прекъсване след 12 г. с. и липса на усложнения пациентката може да бъде изписана 48 часа след завършване на аборта. При придружаващи заболявания в по-тежка форма може

да се наложи по-продължителен болничен престой след прекъсването на бременността. В тези случаи решението за дехоспитализация се взема съвместно със специалист по съответното заболяване.

Временната неработоспособност след прекъсване на бременност по медицински показания се определя от срока на бременността и от индикациите за нейното прекъсване. При изписването могат да бъдат дадени до 5 дни временна неработоспособност при прекъсване до 12 г. с. и до 10 дни – при прекъсване след 12 г. с.



Фигура 7. Извършени аборти по медицински показания по възраст на жената през първото полугодие на 2018 г. в България(31)



Фигура 8. Извършени легални аборти (по желание) по възраст на жената през първото полугодие на 2018 г. в България (31)

Криминалният аборт (съгл. чл.126, ал.1, НК, извършен извън акредитирано лечебно заведение или в нарушение на утвърдените медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика) представлява прекъсване на бременността от лице без необходимата квалификация или в нерегламентирани места, извън лечебно заведение. Лицата, извършващи този вид манипулация, прибягват до всякакви подръчни средства, за да премахнат плода. Усложненията и смъртните случаи при него не са рядкост. Според българското законодателство за извършване на аборт извън медицинско заведение със съгласието на бременната жена, се присъждат до 5 години затвор за извършителя на манипулацията по чл. 126 ал. 1 от Наказателния кодекс. Ако извършителят няма медицинско образование и е махнал плода на повече от една жена, наказанието според чл. 126 ал. 2 от Наказателния кодекс е затвор до 8 години. Бременната жена не носи никаква наказателна отговорност, включително и такава за евентуално подбуждателство и помагачество. Ако умъртвяването на плода е осъществено без съгласието ѝ, наказанието за извършителя е лишаване от свобода от три до осем години, а ако е последвала смърт на бременната, наказанието достига до 12 години лишаване от свобода (70).

Наредба № 12 от 21 юли 2014 г. на МЗ за утвърждаване на медицински стандарт "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" (69) гласи:

§ 1. По смисъла на тази наредба:

- т.1. "**Аборт**" е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да е (са) станал(и) потенциално жизнеспособен (жизнеспособни);
- т.17. "**Потенциална жизнеспособност**" е теоретична способност на плода да води извънматричен живот. Плодът се определя като потенциално жизнеспособен, ако отговаря на следните критерии:
 - а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече г.с. - независимо дали плодът е роден жив, или мъртъв;
 - б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 г.с. - при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

От гледна точка на законодателството (67) абортите биват:

- Аборт по желание, който се прави:
 - по искане на всяка бременна жена;
 - срок на бременността до 12-та гестационна седмица;
 - при липса на заболяване, при което прекъсването на бременността може да доведе до усложнения, заплашващи здравето и живота ѝ;
 - в специализираните акушеро-гинекологични и многопрофилните болници;
 - в диагностично-консултативните, медицинските и медико-стоматологичните центрове, към които има разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение (Закон за лечебните заведения, чл. 8, ал. 2 – до 10 +5 легла, до 48 часа) (71).
- Аборт по медицински показания, който се прави:
 - по искане на бременната жена, т.е. със съгласието ѝ;
 - При наличие на заболяване – несъмнено доказано и документирано
 - когато може да застраши живота или здравето на жената, или жизнеността на поколението;
 - при срок на бременността не по-голям от 20 гестационни седмици;
 - От лекар акушер-гинеколог, лекар-реаниматор, при необходимост абортът се извършва и в присъствието на лекар-специалист по заболяването, дало основание за решението за аборт.

Има и изключение за позволени аборти по медицински показания при срок на бременността над 20 г.с., но:

- само при наличие на неотложни причини за спасяване на живота на жената или при доказани груби морфологични промени, или тежки генетични увреждания на плода;
- само по изключение, изрично разрешение, след разглеждане на случая от специализирана комисия.

1.4. Медикаментозен аборт и религия

Църковните структури и тези, които ги управляват, могат да повлияят върху легализирането и контрола на абортите. Религиозните доктрини могат да изменят индивидуалното поведение на пациентката (бременна жена). Религията като цяло взема отношение относно сексуалното поведение преди брака, употребата на контрацепция, избора на аборт за премахване на нежелана бременност. Християнството в историята, като цяло в трите си основни течения – католицизъм, православие и протестантство, винаги е отхвърляло абортите и ги е приравнявало с убийството на вече роден човек. Християнската религия заклежда умишлените аборти като жестоки и главно мотивирани от човешкия егоизъм, а тези, които според тях извършват този грях и престъпление, са подлежащи на съд за човекоубийство в Съдния ден. Католиците отричат сексуалната активност преди брака, употребата на контрацепция и аборта. Протестантските църкви са по-либерални относно тези теми. При мюсюлманите, будистите и хиндуистите няма ясно изразена единна позиция по темата за абортите, а техните предположения за това, кога започва животът на детето в майката, са силно противоречиви(72).

1.5. Обществени и професионални организации, занимаващи се с прекъсване на бременността

Основана през 1973 г., IPAS е световна неправителствена организация, която се занимава с превенция на майчина смъртност и увреждания от нелегални аборти. Чрез местни, национални и глобални партньорства IPAS работи, за да осигури безопасна грижа при извършване на аборти.



Лого на IPAS (73)

Докато много международни дарители и правителства фокусират внимание и ресурси другаде, IPAS се бори срещу фундаменталните социални несправедливости, които водят до смъртта на много жени в зората на техния живот. Дейностите на организацията са свързани и с предпазване от нежелана бременност и методи за контрацепция (74).

Стратегическият план за 2018 – 2023 г., базиращ се на десетилетия опит работа със здравни системи и общности, цели прекратяване на небезопасния аборт. Жените са сърцевината на семействата и обществата и тяхното добро съществуване заема централна роля в световното здраве и стабилност. IPAS е фокусирана върху жените и момичетата, които искат контрацепция или аборт.

Визия и мисия: *”Ние вярваме, че всяко момиче и всяка жена има правото и способността да определи собствената си сексуалност и репродуктивно здраве. Поради тази причина ние работим глобално, за да гарантираме, че жените и момичетата са подобрили достъпа и употребата на безопасен аборт и контрацептивна грижа. Ние работим, за да премахнем бариерите, които пречат на момичетата и жените от напълното осъзнаване на тяхната сексуалност и репродуктивно здраве и права, които са есенциални за физическото, менталното, духовното, политическо и икономическото добросъществуване.”*

IPPF е друго глобално действащо гражданско обществено движение. То работи, за да гарантира на хората, че са свободни да правят избори за тяхната сексуалност и подпомага съществуването на свят без дискриминация (75).



Лого на Международната федерация по планирано родителство (76)

При условия, в които абортът е законово забранен или достъпът до услуги е ограничен, жените с нежелани бременности често прибегват до небезопасни аборти, последвани от медицински усложнения. Жените също могат да страдат от непълни спонтанни аборти или усложнения от легални аборти, които изискват медицинска грижа.

Следабортната грижа (на англ. Postabortion care), термин, който произхожда от IPAS в началото на 90-те години на миналия век, е достижение за редуциране на смъртността и нараняванията от непълни и небезопасни аборти и свързаните с тях усложнения. Следабортната грижа е интегрален компонент и включва 5 есенциални елемента:

1. Лечение на непълен и небезопасен аборт.
2. Съветване по идентификация и отговор на женската емоционална и физическа нужда от здраве.
3. Контрацептивни услуги и услуги по семейно планиране, които помагат на жените да се предпазят от бъдещи нежелани бременности и аборти.
4. Репродуктивни и други здравни услуги.

5. Обществени партньорства и партньорства, предоставящи услуги, предпазващи от нежелани бременности и небезопасни бременности.

В публикацията (77) на Международната асоциация по семейно планиране (IPPF) "Ethical Aspects of Abortion: Some European Views" са обобщени основните етични и политически аспекти на аборта. Представени са дефиниции на основните понятия – оплождане (fertilization), зачатие (conception), контрацепция (contraception), аборт (abortion), жизнеспособност (viability), плодовитост (fertility), регулация на плодовитостта (fertility regulation), контрол на раждането (birth control), семейно планиране или планирано родителство (planned parenthood or family planning), убийство (murder), неродено дете (unborn child), човешко същество (human being), личност (person). Посочва се различното съдържание, което се влага в някои от тях при разнообразните гледни точки - буквално, биологично, морално значение на термина. Като пример за некоректно тълкуване на съждения, използващи един и същи термин, но с вложено различно съдържание, се посочва използването на термина „невинно човешко същество“ като неморално. „Човешкият плод (фетус) е невинно човешко същество“. „Следователно убийството на човешкия плод е неморално“. В първото твърдение „човешко същество“ е използвано в моралния смисъл на понятието, а във второто твърдение - в биологичния смисъл. Двете твърдения използват понятието в две различни значения, следователно умозаклучението на тяхна основа е неправилно“. В цитираната публикация е поместено "Становище за аборта", прието през 1975 г. от Регионалния съвет на Европейския регион на IPPF. Становището представя основните постановки на Европейския регион относно политиката за аборта. Посочва се, че в Европа абортът широко се прилага легално или нелегално като метод за регулация на фертилността и във връзка с това се постановява:

1. Контрацепцията се предпочита пред аборта.
2. Абортът не е отговорен метод за семейно планиране.
3. Легалният (и умело извършен) аборт се предпочита пред нелегалният.
4. Съобразено с културните особености абортните закони трябва да се либерализират, подпомагайки достъпа до безопасен медицински аборт.
5. Консултирането и контрацептивното обслужване трябва да бъдат свободно предоставени на нуждаещите се.

През февруари 1997 г. в Париж е основана Международната федерация на професионалистите в сферата на аборта и контрацепцията (International Federation of Professional Abortion and Contraception Providers - FIAPAC) от холандски и белгийски представители на центровете за аборти, по инициатива на д-р Елизабет Аубъни (Dr. Elizabeth Aubéni). FIAPAC създава международна платформа за професионалисти, които да информират и обсъждат всички въпроси, свързани с практическите и моралните аспекти на абортите и контрацепцията (78). Основните им цели са:

- Свобода за всички жени да решат дали да останат бременни или не.
- Осигуряване на достъп на жените до най-добрите налични медицински техники, когато и ако изберат да прекъснат бременността си.
- Осигуряване на психологическа и/или социална подкрепа, свързана с абортите на жени.
- Подкрепа на жените и мъжете при информиран избор относно контрацепцията.

- Поддържане на най-високите възможни стандарти при абортите и контрацепцията, без търговски намерения.
- Получаване на право на аборт за всяка жена.
- Хармонизиране на законодателството относно абортите в съответствие с основните принципи на Федерацията.
- Свобода на достъпа до всички методи за аборт във всички страни.

България е представена във FIAPAC чрез Българска асоциация за контрацепция и безопасен аборт (БАКБА). Тя е регистрирана през 2016 г. и се занимава основно с организация на обучения, свързани с контрацепцията и прекъсването на бременност.

Световната здравна организация (СЗО) насърчава прилагането на медикаментозен аборт като безопасен, ефикасен и достъпен метод за прекъсване на бременност. Тя го препоръчва, когато е наложителен, защото може да се прави буквално в полеви условия, без нужда от особено медицинско оборудване и от високоспециализиран медицински персонал (79).

1.6. Отношение на жените към медикаментозния аборт

Прекъсването на бременност е неприятно. Това е нещо, с което никоя жена не желае да се сблъска, но понякога ѝ се налага. Жените имат право на свободен избор. Но когато се налага прекъсването на бременност, без значение от причините, жените трябва да са запознати с начините, по които това може да се направи безопасно, дискретно и ефективно. Жените търсят достъпно, ефикасно, безопасно и по възможност най-малко болезнено решение на проблема си. Всичко, което отговаря на изброените критерии, може да бъде потенциалният им избор и предпочитание.

В Швеция, където повечето прекъсвания на бременност са медикаментозни, е правено изследване за това как жените приемат грижите на медицинските специалисти по време на аборт (80). Изследването има за цел да се идентифицират и открият недостатъци в качеството на грижите при аборт сред здрави жени и такива с психичен стрес. Това многоцентрово кохортно проучване включва шест отделения по акушерство и гинекология в Швеция. Посттравматичният стрес (Посттравматичен стрес синдром / Пост травматично стрес заболяване PTSD/PTSS) е оценен с помощта на скринингов въпросник. Посттравматично стресово разстройство (PTSD) и посттравматични стресови симптоми (PTSS) са определени, като се използва скала за определяне на депресия в болницата. Качеството на грижите на персонала при аборти се определя чрез качествен въпросник от пациента. Болката по време на медикаментозен аборт се оценява чрез визуална аналогова скала. Като цяло 16% от участниците оценяват грижата при аборти като недостатъчна, а 22% изпитват силна болка по време на медикаментозен аборт. Жените с посттравматичен стрес и тези с посттравматични стресови симптоми по-често възприемат грижите при аборт като недостатъчни, като цяло, и се различават от здравите жени, оплаквайки се повече от липсата на уважително отношение, възможност за поверителност, наличие на подкрепа по време на процедурата. Има незначителна разлика между жените с посттравматичен стрес и тези с посттравматични стресови симптоми и сравнителната група по отношение на недостатъчното облекчаване на болката.

В заключение, жените с посттравматичен стрес и тези с посттравматични стресови симптоми смятат, че грижите по време на аборт са недостатъчни по-често, отколкото здравите жени. Тези жени изискват допълнителна подкрепа, сравнително прости усилия за осигуряване на адекватно облекчаване на болката. Подкрепата и уединението по време на прекъсване на бременността съществено подобряват отношението на жените към медикаментозния аборт. Неприемането на медикаментозния аборт от някои пациентки обикновено не се дължи на медицинските и икономическите му показатели, а на предубеденост и непознаване на метода.

1.7. Правна достъпност на абортите

В много държави по света правото на аборт се регулира различно. Законите по света, уреждащи абортите, могат да бъдат разделени в групи по няколко критерия:

1. **Забраняващи абортите във всички случаи, освен когато животът на жената е застрашен.** В тази категория влизат държавите: Афганистан, Андора, Ангола, Антигуа & Барбуда, Аруба, Бангладеш, Бутан, Бразилия, Бруней, Кайманови острови, Централна Африканска Република, Чили, Конго, Кот д' Ивоар, Ел Салвадор, Дания, Габон, Гибралтар, Гватемала, Хаити, Хондурас, Индонезия, Иран, Ирак, Ирландия, Кирибати, Лаос, Ливан, Либия, Мадагаскар, Малави, Мали, Малта, Маршалски острови, Мавритания, Мексико, Мианмар, Никарагуа, Нигерия, Оман, Палау, Панама, Папуа Нова Гвинея, Парагвай, Филипини, Сан Марино, Сенегал, Соломонски острови, Сомалия, Судан, Шри Ланка, Сирия, Суринаме, Танзания, Уганда, ОАЕ, Венецуела, Газа и Йемен;
2. **Предпазващи здравето на бременната жена** - Алжир, Аржентина, Бахамски острови, Бермудски острови, Боливия, Ботсвана, Британски Вирджински острови, Буркина Фасо, ЧАД, Колумбия, Нова Зеландия, Коста Рика, Еквадор, Етиопия, Гамбия, Гана, Гвинея, Израел, Ямайка, Йордания, Кения, Кувейт, Лихтенщайн, Малайзия, Малдиви, Монако, Мароко, Мозамбик, Намибия, Нова Зеландия, Нигерия, Пакистан, Перу, Полша, Катар, Република Корея, Саудитска Арабия, Сиера Леоне, Тайланд, Тринидад и Тобаго и Зимбабве;
3. **Закони със социално-икономически основания** – Барбадос, Белизе, Кипър, Фиджи, Финландия, Исландия, Индия, Япония, Тайван, Обединеното кралство и Замбия;
4. **Аборти без ограничителни режими** – Албания, Армения, Австралия, Австрия, Азербайджан, Бахрейн, Беларус, Белгия, Босна и Херцеговина, **България**, Камбоджа, Китай, Канада, Капе Верде, Хърватия, Куба, Чешка Република, Демократична Република Корея, Дания, Естония, Франция, Джорджия, Гърция, Германия, Унгария, Италия, Казахстан, Косово, Киргизстан, Литва, Латвия, Люксембург, Македония, Молдова, Монголия, Монтенегро, Непал, Нидерландия,

Норвегия, Португалия, Пуерто Рико, Румъния, Русия, Сърбия, Сингапур, Словакия, Словения, Южна Африка, Испания, Швеция, Швейцария, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Украйна, САЩ, Уругвай, Узбекистан и Виетнам.

Например в Зимбабве, държава, попадаща във втората група страни със закони, ограничаващи абортите, с цел да „предпази здравето на бременната жена“, усложненията от опасните нелегално направени аборти са основен проблем за общественото здраве. Проучване през 2012 г. (81) изследва отношението на жените и лекарите от Зимбабве към употребата на мизопроустол като форма на лечение на усложнения от аборт. Проведени са задълбочени интервюта със 115 участници, като при 7 е имало усложнения след аборта. Участниците са 73 жени в репродуктивна възраст, които са получили лечение след непълен аборт и 42 медицински специалисти, включително лекари акушер-гинеколози, медицински сестри, акушерки и общопрактикуващи медици. Само 29 медицински специалисти преди това са използвали мизопроустол, от които само 21 са получили официално обучение за използването му. Почти всички жени и медицински специалисти предпочитат мизопроустол пред хирургичен метод за аборт, защото той се възприема като по-малко инвазивен, по-безопасен и по-достъпен. Жените също, като цяло, предпочитат нехирургичния метод, когато им се дава възможност да избират, поради страхове от по-големия риск от усложнения, свързани с оперативното решение. Повечето медицински специалисти подкрепят премахването на законовите ограничения за абортите, особено за медикаментозния. Заключение от изследването е, че одобрението на използването на мизопроустол при аборт в Зимбабве е важно, за да се намали нивото на опасните нелегални аборти и свързаните с тях последствия. Освен това, трябва да се предприемат правни, политически и практически реформи, които да бъдат придружени от ефективни актуализации на учебните програми за репродуктивно здраве в медицински, сестрински и акушерски училища, както и да се актуализира обучението за настоящи и потенциални медицински специалисти, които биха извършвали медикаментозен аборт. Констатациите от изследването подкрепят използването на мизопроустол в национални програми за прекъсване на бременност, тъй като е приемлив и потенциално животоспасяващ вариант на лечение (81).

Много интересен правен казус е примерът с доставка на лекарствени продукти в полския град Слюбице от немския град Франкфурт на Одер с помощта на дрон. Тази нова стратегия за доставка на продукти за медикаментозни аборти на жени изглежда не нарушава националното или международното право. Операцията с дрона не изисква разрешение от правителството на никоя от страните, тъй като тя лети през контролирано въздушно пространство, не се използва за търговски цели и тежи по-малко от 5 кг. Лекар предписва лекарствата в Германия, където са разрешени медикаментозните аборти. И тъй като Полша криминализира само лекари, които извършват нелегални аборти, а не жени, които прекратяват бременността си, една жена не може да носи отговорност за приемането на лекарствата там (82).



Представителки на нидерландската НПО Women on waves използват дрон за доставка на лекарствени продукти за аборт през граница (82)

1.8. Финансова достъпност на прекъсването на бременност

Дори в държави, в които абортите са легализирани, жените могат да срещнат бариери за достъп до легален аборт, включително високата цена за извършване на процедурата.

От май 2011 г. до февруари 2012 г. и от юни 2013 г. до декември 2014 г. екип от учени от Факултета по акушерство, гинекология и репродуктивни науки от Калифорнийския университет правят проучване (83) на онлайн източниците и провеждат допитване чрез електронни писма сред експерти по репродуктивно здраве, за да установят начините за заплащане на аборт с публични средства. Общо 80 държави покриват изследваните критерии.

Спрямо начините на заплащане на аборта държавите се подразделят на :

1. Държави с пълно финансиране от обществените средства за извършване на аборт – покрива се от здравното осигуряване на пациента.
2. Държави с частично заплащане – частично покрито от правителството, само за някои части от населението, базирайки се на приходите на пациентите.
3. Финансиране в особени случаи (изнасилване/инцест/фетално увреждане, застрашено здраве/живот на жената).
4. Без заплащане от страна на държавните служби.

Проучването сочи, че измежду световната женска популация на възраст от 15 до 49 години с либерални или либерално-интерпретирани закони, свързани с абортите, 46% живеят в държави с пълно заплащане на абортите (36 държави), 41% живеят в държави с частично заплащане (25 държави) и 13% живеят в държави без заплащане или заплащане в някои от случаите (21 държави). Тридесет и една от 40-те държави с високи доходи провеждат пълно заплащане за аборт или частично; 28 от 40-те държави със средни доходи провеждат пълно (14 държави) или частично (14 държави) заплащане на абортите. От онези държави, които не покриват публичното заплащане за аборт, повечето провеждат пълно покритие на майчината грижа. Анализ от САЩ сочи, че средната цена за аборт в първия триместър е с почти двойни размери спрямо обичайните годишни разходи за здравни грижи, които биха заплатили млади неосигурени лица с лични средства, или т. нар. пари от джоба (out of pocket) (84).

В България, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) не третира медикаментозния аборт по различно от класическите начини за прекъсване на бременност. В този смисъл заплащането става за цялостната услуга прекъсване на бременност и цената е фиксирана, без значение от дозировката на медикаменти и избора от лекаря протокол и дозов режим.

НЗОК заплаща само за аборти по медицински показания. Абортите по желание са изцяло за сметка на пациентките.

„До 12 г.с. бременността се прекъсва под обща анестезия чрез дилатация на цервикалния канал и последваща вакуум-аспирация или кюретаж, или медикаментозен аборт с регистрирани в Република България лекарствени продукти“

Клинична пътека преждевременно прекъсване на бременността:

- КП 004.1 - 170 лв. (Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания до 13 г.с. включително)
- КП 004.2 - 280 лв. (Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания от 14 гест. с. до 26 г.с. на плода).

1.9. Същност на медикаментозното прекъсване на бременност

1.9.1. Лекарствени продукти, използвани за медикаментозен аборт

Хирургичният аборт до 63-ти ден от аменореята чрез вакуумна аспирация или дилатация и кюретаж е метод на избор от 60-те години. Медикаментозният аборт се превръща в алтернативен метод за прекратяване на бременността в първия триместър, с навлизането на употребата на простагландини в началото на 70-те години и анти-прогестероните през 80-те години. Най-широко изследванията се съсредоточават върху самостоятелната употреба на простагландини (PG), мифепристон самостоятелно, метотрексат самостоятелно, мифепристон с простагландини и метотрексат с простагландини.

С нужните знания и умения един лекар специалист може да прекъсне една бременност по много различни начини, използвайки различни лекарствени продукти. Въпросът е какви биха били последиците и рисковете от използването на определен метод.

Lundell et al. (80), провеждат изследване чиято цел е да се сравнят различните медикаментозни методи за аборт в първи триместър. Направено е систематично проучване в регистрите на контролирани изследвания в Cochrane, MEDLINE и Popline. Разгледани са и други относими документи, взето е мнението и на експерти от СЗО.

Разгледани са рандомизирани контролирани проучвания, сравняващи различни медикаментозни методи (например единично лекарство, комбинация), начини на приложение или различни дозови режими. Включени са само рандомизирани проучвания с жени, бременни в първия триместър и претърпели медикаментозен аборт. Изследвани са различни медикаментозни методи, използвани за аборт в първия триместър, сравнени един с друг или плацебо. Търсените резултати включват смъртност, невъзможност за постигане на пълен аборт, хирургична евакуация (като спешна процедура, неаварийна процедура или неопределена), продължаваща бременност при проследяване, време до преминаване на концептус (> 3-6 часа), кръвопреливане, загуба на кръв (измерен или клинично значим спад на хемоглобина), дни на кървене, болка в резултат на процедурата (докладвана от жените или измерена чрез използване на аналгетици), допълнителни използвани утеротоници, недоволство на жените от процедурата, гадене, повръщане, диария.

В изследването са включени тридесет и девет проучвания . Резултатите от

ефективността се отнасят към „неуспех при постигане на пълен аборт“ с предвидения метод. Получени са следните резултати:

- 1) Комбиниран режим мифепристон / простагландин: Мифепристон 600 mg в сравнение с 200 mg показва подобна ефективност при постигане на пълен аборт (4 проучвания, RR 1,07, 95% CI 0,87 до 1,32). Мизопростол, прилаган през устата, е по-малко ефективен (повече неуспехи) от вагиналният път (RR 3,00, 95% CI 1,44 до 6,24) и може да бъде свързан с по-чести странични ефекти като гадене и диария.
- 2) Мифепристон сам по себе си е по-малко ефективен в сравнение с комбинирания режим мифепристон / простагландин (RR 3.76 95% CI 2.30 до 6.15).
- 3) По същия начин, 5-те проучвания, включени в сравнението на простагландин в сравнение с комбинираната схема, отчитат при всички, освен една, по-висока ефективност с комбинирания режим, в сравнение с простагландин. Резултатите от тези проучвания не са обединени, но RR на неуспех само с простагландин е между 1,4 до 3,75 и 95% доверителен интервал и показва статистическа значимост.
- 4) В едно проучване, сравняващо гемепрост 0,5 mg с мизопростол 800 mcg, мизопростол е по-ефективен (неуспех с гемепрост: RR 2,86, 95% CI 1,14 до 7,18).
- 5) Няма разлика при използване на разделена доза, в сравнение с единична доза простагландин.
- 6) Комбиниран режим метотрексат/простагландин: няма статистически значима разлика в неуспеха да се постигне пълен аборт, сравнявайки метотрексат, прилаган интрамускулно с перорално (RR 2,04, 95% CI 0,51 до 8,07). По същия начин ранното (ден 3) срещу късното (ден 5) приложение на простагландин не показва значителна разлика (RR 0,72, 95% CI 0,36 до 1,43). Едно проучване сравнява ефекта на тамоксифен срещу метотрексат и не са наблюдавани статистически значими разлики в ефективността между групите.

В резултат на сравнителното проучване се предлагат безопасни и ефективни методи за медикаментозен аборт. Комбинираните схеми са по-ефективни от единичните агенти. В комбинираната схема дозата на мифепристон може да бъде понижена до 200 mg, без да се намали значително ефективността на метода. Мизопростол вагинално е по-ефективен от орално. Някои от резултатите се основават само на малки проучвания и следователно носят известна несигурност. Почти всички проучвания са проведени в болнични условия с възможност за наблюдение и евентуална спешна реакция (80)(44).

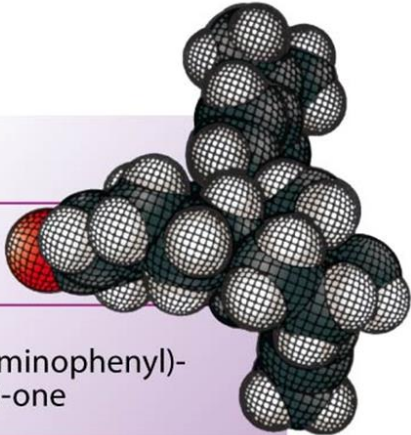
В днешно време медикаментозно прекъсване на бременност се прави с комбинация от лекарствени продукти съдържащи Mifepristone и Misoprostol, като в някои страни като САЩ, те са достъпни дори онлайн (85).

Мифепристон (Mifepristone)

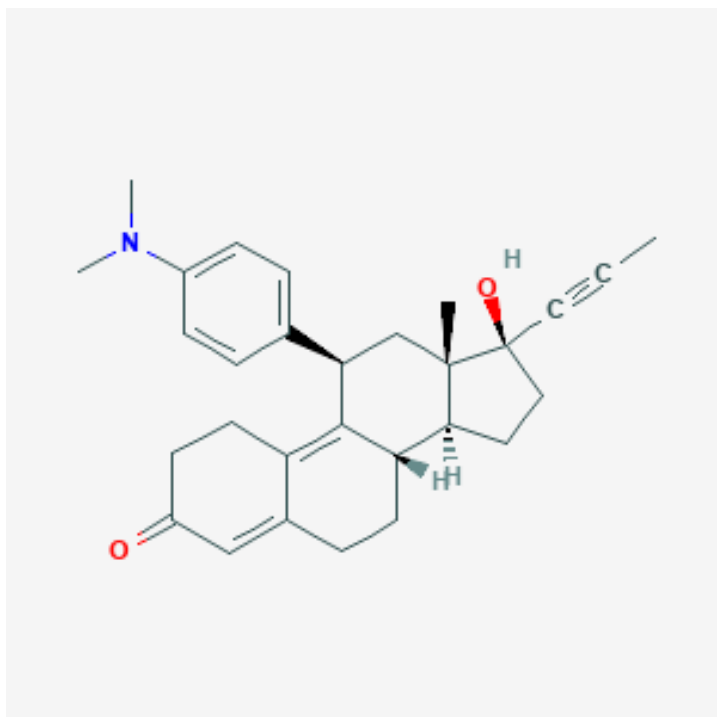
Мифепристон е синтетичен аналог на прогестерона. Неговото химично име е:
IUPAC Name (86)

(8S,11R,13S,14S,17S)-11-[4-(dimethylamino)phenyl]-17-hydroxy-13-methyl-17-prop-1-ynyl-1,2,6,7,8,11,12,14,15,16-decahydrocyclopenta[a]phenanthren-3-one

⌚ **активна съставка: mifepristone**
(синтетичен антипрогестагенен стероид)

Trade name	Mifegyne®	
INN	Mifepristone	
Chemical name	17β-hydroxy-11β-(4-dimethyl-aminophenyl)-17α-(1propynyl)estra-4,9-dien-3-one	

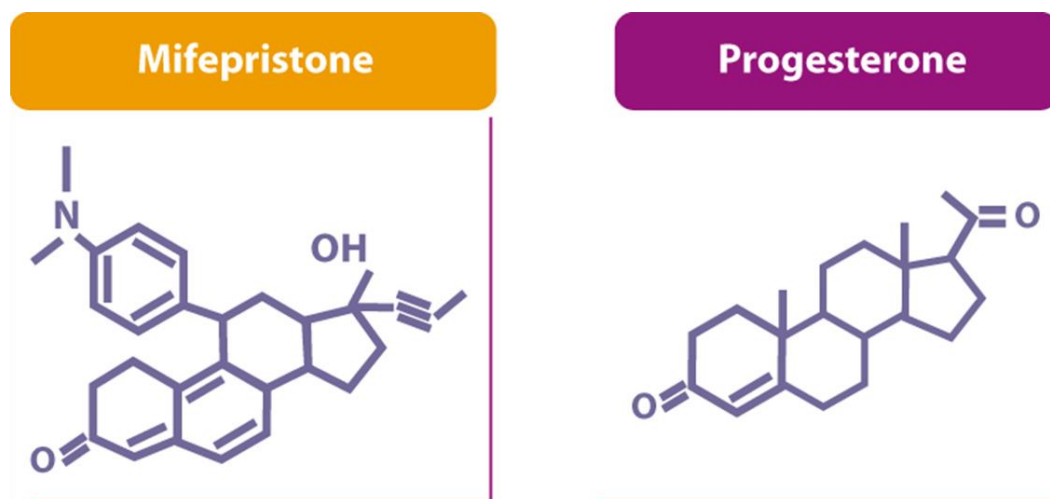
Фигура 9.Международно непатентно наименование и химично име на Mifepristone



Фигура 10. Структура на Mifepristone

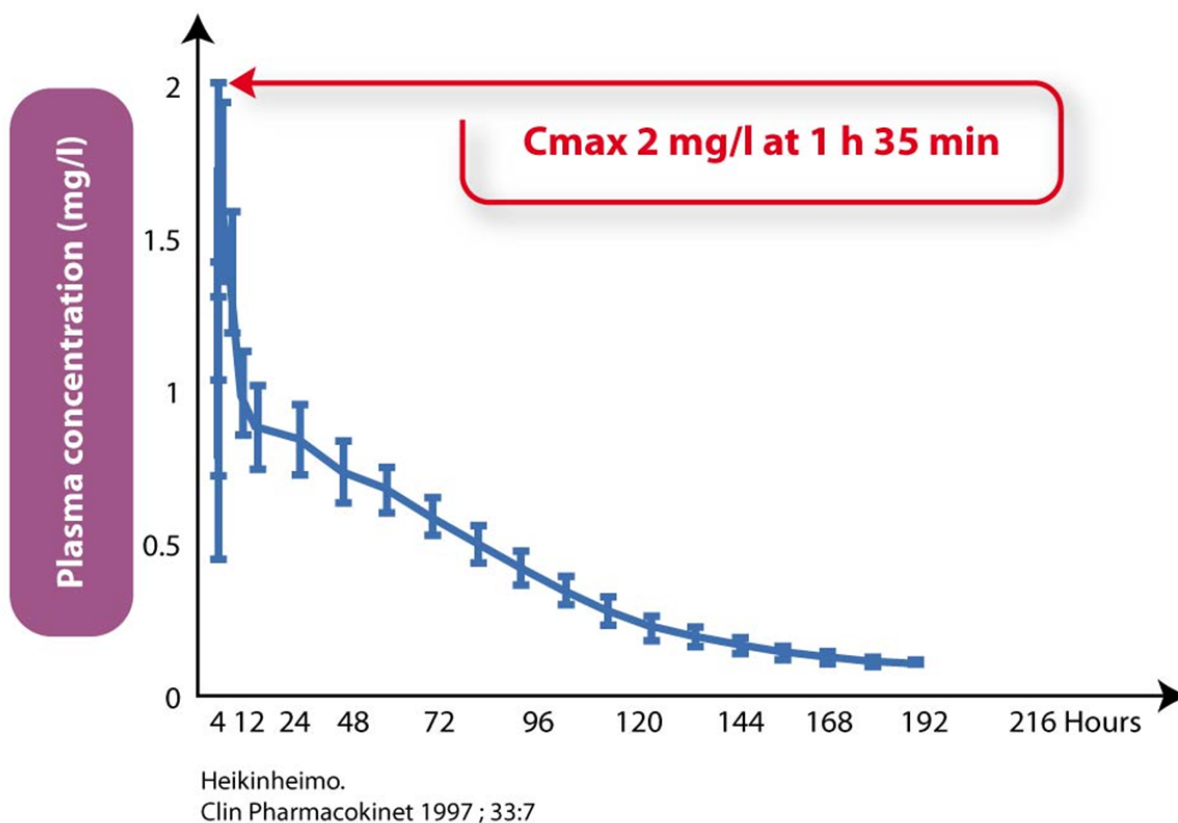
Мифепристон е стероиден антипрогестин и антиглюкокортикоид, действащ на рецепторно ниво. Ароматната диметиламинофенилова странична верига в позиция 11 на стероидната структура е от съществено значение за антагонистичните свойства на мифепристон.

🍷 Структурата на mifepristone е подобна на прогестерона



Фигура 11. Структурно подобие между мифепристон и прогестерон

Фармакокинетиката на мифепристон се характеризира с бърза абсорбция, дълъг полуживот от 25 до 30 часа и микромолярни серумни концентрации след поглъщане на дозите, които се използват.

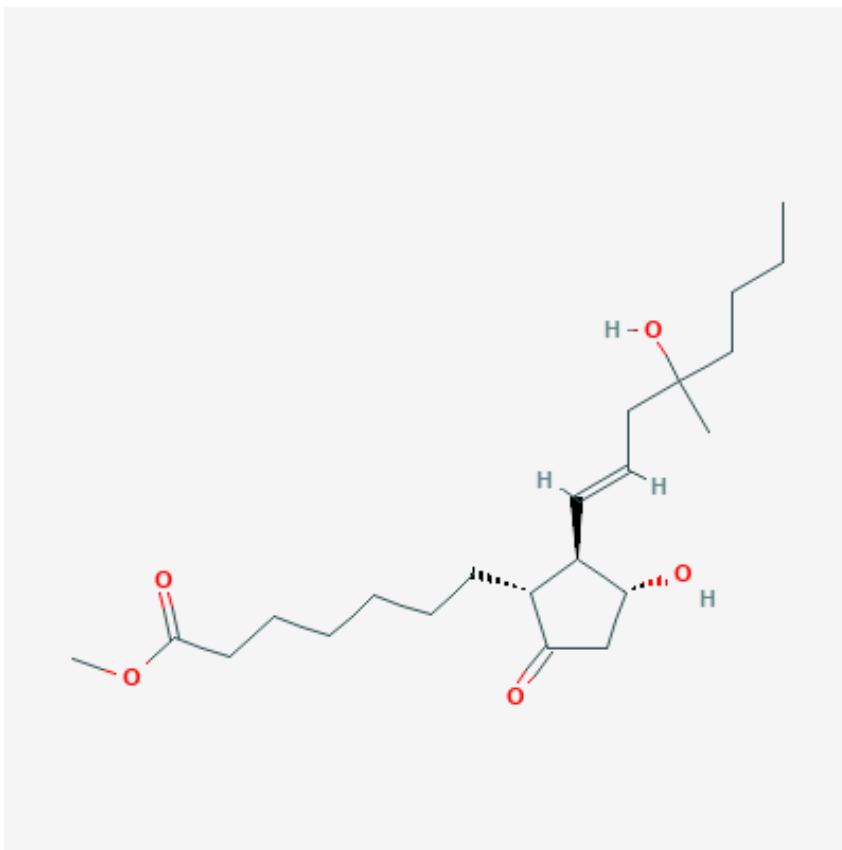


Фигура 12. Фармакокинетика на Mifepristone (42)

Мизопростол (Misoprostol)

Мизопростол принадлежи към групата на простагландините тип E1 (87).

Химичното му име е: IUPAC name (88): methyl 7-[(1R,2R,3R)-3-hydroxy-2-[(E)-4-hydroxy-4-methyloct-1-enyl]-5-oxocyclopentyl]heptanoate



Фигура 13. Структура на Misoprostol

Мизопростол, синтетичен аналог на простагландин Е1 и като такъв обикновено се използва за медикаментозен аборт, отпускане на шийката на матката, справяне със спонтанен аборт, индукция на раждане и предотвратяване на постпартално кървене. Може да се дава устно, вагинално, сублингвално, букално или ректално (89).

1.9.2. Описание на медикаментозния аборт

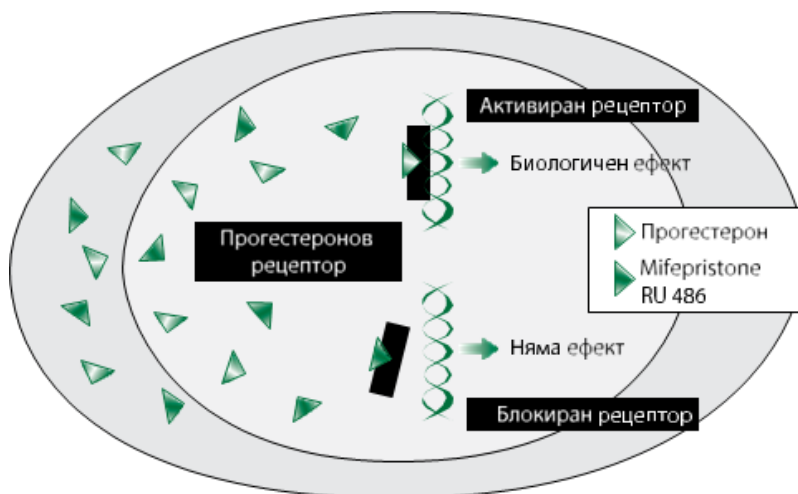
Аборт може да бъде извършен самостоятелно както с mifepristone, така и с простагландин, но режим с един медикамент има по-ниска ефективност и повече странични ефекти. Комбинацията между mifepristone и простагландин (обичайно misoprostol) има синергичен ефект, който позволява да бъде използвана по-ниска доза, редуцира страничните ефекти и повишава ефективността(90).

Комбинираното действие на мифепристон и простагландин върху децидуата и цервикса води до отлепване и експулсия на концептуса, което е доста сходно със спонтанен аборт при недостатъчност на корпус лутеум.

Мифепристон и мизопростол действат синергично.

От клинична гледна точка, спонтанните и медикаментозно индуцираните аборти са сходни процеси.

Мифепристон е синтетичен хормон, който напълно блокира прогестероновите рецептори.



Фигура 14. Механизъм на действие на Mifepristone

Прогестеронът се свързва със своите рецептори, задейства ДНК транскрипция и води до протеинов синтез.

Mifepristone (RU 486) преференциално се свързва с прогестероновите рецептори, блокирайки действието на прогестерона. Мифепристон има по-висок афинитет към прогестероновия рецептор от естествения прогестерон. Свързването му води до конкурентно блокиране на прогестероновите рецептори, което е напълно обратимо(91). На ниво тъкан, мифепристон увеличава контрактилитета на матката и чувствителността на миометриума към простагландини. Ефектът започва към 12-ти-24-ти час след приема на mifepristone и достига максимума си към 36-тия до 48-мия час. Мифепристон също така размеква маточната шийка, индуцира узряването ѝ и води до освобождаване на ендогенни простагландини от децидуата (92).



Фигура 15. Място на действие на Mifepristone

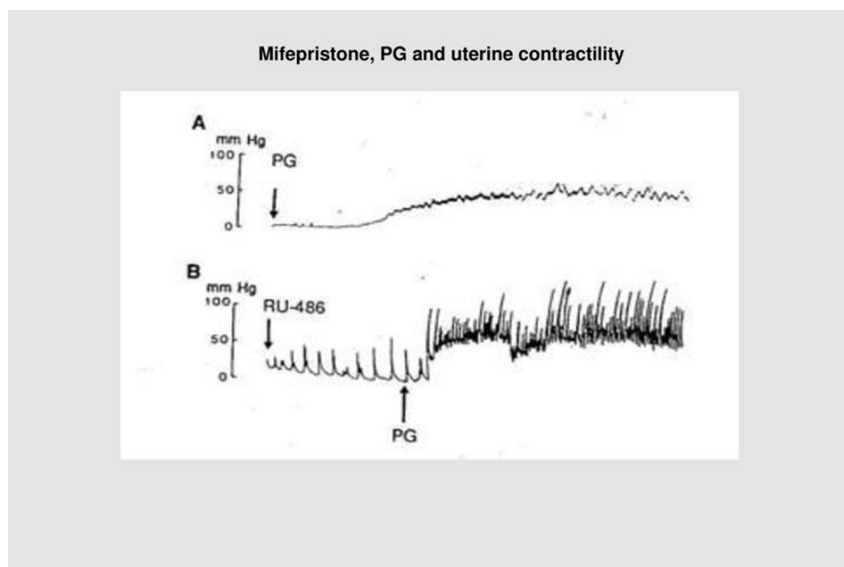
Мизопростол представлява простагландинов E1 аналог. Той предизвиква контракции на матката и експулсия на бременността.

Там, където е регистриран в Европа, misoprostol е лицензиран под формата на таблетки за перорална употреба. Въпреки това, мизопростол се препоръчва в клиничните ръководства и се използва широко в практиката при ранен медикаментозен аборт, както следва:

- перорално⁷ при бременност ≤ 7 -ма седмица от аменореята,
- по други пътища (вагинален⁸, сублингвален⁹, или букален¹⁰) при бременност ≤ 9 -та седмица от аменореята). Въпреки това тези алтернативни пътища на неперорално приложение не са включени в кратката характеристика на лекарствените продукти (93).

Максимална плазмена концентрация на активния метаболит (misoprostol acid – мизопростолова киселина) се получава след по-малко от 30 минути, когато приемът е перорален. Абсорбцията след вагинален прием е по-бавна и по-променлива: максимална плазмена концентрация се очаква около 80-та минута. Полуелиминирането на мизопростоловата киселина е 20-40 минути.

Mifepristone е ефективен през цялата бременност. Следователно няма лимит на гестационния срок, до който медикаментозният аборт е ефективен, но съществуват различни протоколи в зависимост от гестационната възраст (94).



Фигура 16. Промяна на контрактивитета на матката под действието на Mifepristone

⁷ Перорално: таблетките се поглъщат веднага;

⁸ Вагинално: таблетките се поставят във вагината;

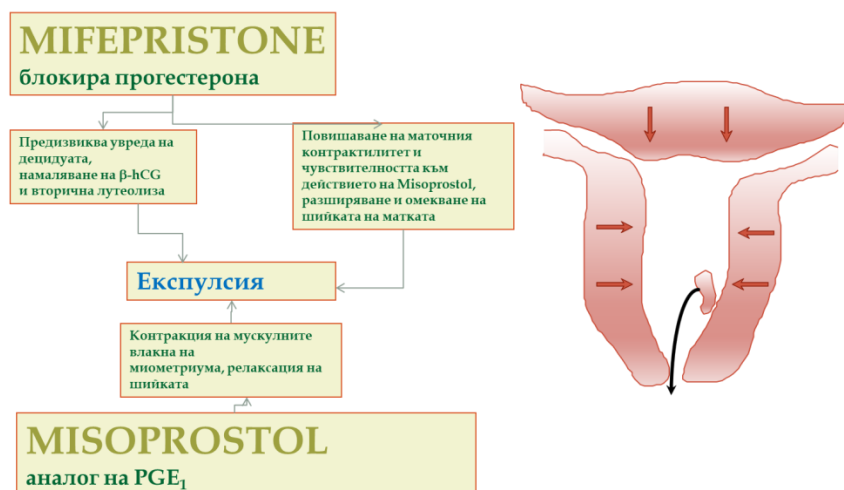
⁹ Сублингвално: таблетките се поставят под езика и се поглъщат след 30 минути;

¹⁰ Букално: таблетките се поставят между бузата и венеца и се поглъщат след 30 минути.

На фигурата в *случай А* се демонстрира действието на простагландините самостоятелно върху контрактилитета на матката. Видимо той се повишава.

В *случай В* се вижда многократно повишената контрактилност на матката (при същата доза простагландин) след действието на прогестероновия антагонист Mifepristone (RU-486). Следователно наличие е синергизъм по отношение на маточната контрактилност при последователното използване на Mifepristone и Misoprostol. (90)

МЕХАНИЗЪМ НА МИФЕПРИСТОН ИНДУЦИРАНИЯ АБОРТ



Фигура 17. Схема на синергичното действие на Mifepristone и Misoprostol

1.9.3. Успеваемост при медикаментозен аборт

Медикаментозното прекъсване на бременността (МТоР или медикаментозен аборт) е високоефективен метод с отчетена ефективност от 95-98%. Въпреки това понякога се използват различни критерии за определяне на успеваемостта. (95)(93)

Има проучване (80), чиято цел е да се постигне консенсус за това какво е успешно медикаментозно прекъсване на бременност и какво да се предприеме при успех или неуспех.

Литературното проучване обхваща национални и международни издания и препоръки на експертни групи за различните резултати от медикаментозното прекъсване на бременност и последващото решение на евентуални проблеми. Въз основа на преглед на констатациите група европейски експерти в прекъсването на бременност постигнат консенсус относно основните резултати при медикаментозното прекъсване на бременност.

Определени са следните основни резултати при прекъсване на бременност:

- успех
- неуспех (продължаваща бременност)
- необходимост от допълнително лечение (медикаментозно или хирургично) за завършване на прекъсването на бременност (мисед аборт, непълен аборт)

- усложнения и нужда от допълнително лечение (медицинско или хирургично).

Формулирани са и препоръки за справяне с неуспешните резултати. Предлагат се нови дефиниции на резултатите от медикаментозното прекъсване на бременност, които са по-фокусирани върху обективни критерии и следователно по-малко зависими от интерпретацията на медицинския специалист. Това позволява по-добро сравнение на ефикасността на различните схеми и подобрява справянето с неуспешните или непълни аборти.

Основните дефиниции за успех и неуспех при медикаментозен аборт:

- успешен медикаментозен аборт – бременността е прекъсната без повторно приложение на медикаменти и без хирургични намеси
- неуспешен медикаментозен аборт – наложителна е била допълнителна медикаментозна или хирургична намеса поради: продължаваща бременност, missed abortion, инкомплетен аборт, обилно или продължително кървене, или по усмотрение на лекаря по каквато и било друга причина

При клиничните проучвания в зависимост от гестационната възраст, времеви интервал между приема на mifepristone и простагландин, вида на използвания простагландин и начина на прием на простагландина, нивата на успех са между 92.5% и 98%. Неуспех се отчита при 1.3% до 7.5% от случаите, в това число 0 до 1.5% продължаващи бременности, 1.3% до 4.6% инкомплетен аборт и 0 до 1.4% обилно кървене.

Следните фактори имат влияние върху успеваемостта:

- Гестационната възраст

Медикаментозният аборт е по-малко ефективен с нарастване на гестационната възраст. Необходими са по-мощни контракции, следователно и по-висока доза простагландин. След 24-та г.с. дозата на простагландина трябва да се намали.

- Режим на Mifepristone - простагландин

Режимите варират по отношение на доза, интервал между двата медикамента и начин на приложение.

- Медицински специалист

Неопитните клиницисти може да имат по-ниска успеваемост при медикаментозен аборт, тъй като те са склонни да се намесват хирургично в ранните етапи на процеса (напр. с погрешното убеждение, че прекратяването на бременността не е завършено). Хирургична евакуация на матката след медикаментозен аборт се налага единствено, когато е налице клинична индикация като тежко и продължително кървене, продължаваща бременност и/или ако пациентката желае интервенцията.

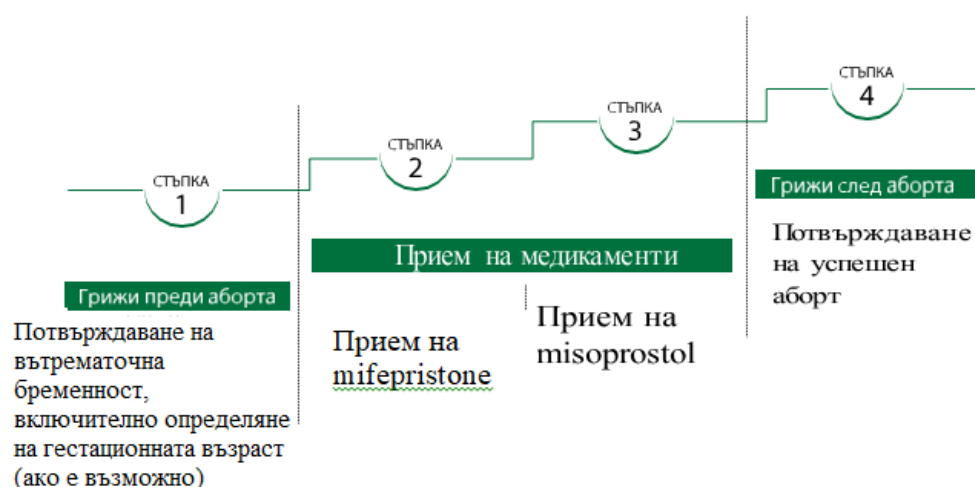
- Режим на посещения

Много жени желаят да знаят възможно най-рано, дали абортът е приключил и един ранен контролен преглед може да увеличи удовлетвореността от метода. От друга страна при ранен контролен преглед нивата на човешкия хорионгонадотропен хормон (hCG) са все още високи, а маточната кухина може да съдържа повече кръв, което понякога погрешно

се диагностицира като незавършен аборт от неопитни специалисти, вероятно водейки до неналожителна хирургична интервенция. (96).

1.9.4. Етапи на медикаментозния аборт

Детайлите в режима на лечение варират в различните държави, както и според опита на медицинския специалист и националните ръководства (ако има такива). Всеки специалист първо трябва да се консултира със законовата страна на приложение на продуктите, съответно за конкретната страна. Обикновено обаче етапите, на които протича медикаментозния аборт, са четири.



Фигура 18. Медикаментозен аборт: метод от 4 стъпки

1.9.5. Популярни протоколи и дозови режими за медикаментозен аборт

Медикаментозното прекратяване на бременност, използвайки mifepristone последван от misoprostol, е изключително ефективен метод (97).

Двата лекарствени продукта трябва да се приемат последователно, за да бъдат ефективни за експулсия на бременността. Едновременният прием на двата лекарствени продукта е значително по-малко ефективен от последователния (98).

Спазването на времеви интервал между mifepristone и простагландин е важно. Сенсibiliзацията на миометриума към простагландин е максимална след 36-48 часов интервал. На практика интервалът може да бъде скъсен до 24 часа, при условие че се приложи достатъчно простагландин (99).

За първия триместър съществуват множество протоколи съобразно гестационната възраст и условията. Препоръките обикновено разграничават много ранна бременност (преди 7-ма седмица от аменореята) от по-късните гестационни срокове (7-ма до 9-та седмица от аменореята). Въпреки че дозата и начините на прием се различават в

ръководствата, ефикасността, безопасността и приемливостта на медикаментозния аборт, са изключително високи при всички случаи (100).

Таблица 5. Различни препоръки за ранен медикаментозен аборт преди 7-ма седмица от аменореята

Препоръки (Година)		Mifepristone* Доза	Простагландин продукт, начин на прием (Доза)		Интервал от време (Часове)
EMA/HAS	2007 2010	600 mg	Misoprostol	Перорално (400 µg)	36-48
EMA	2007	600 mg	Gemeprost	Вагинално (1 mg)	36-48
		200 mg	Gemeprost	Вагинално (1 mg)	36-48
RCOG- WHO	2011 2012	200 mg	Misoprostol	Вагинално/ Сублингвално/ Букално (800 µg)	24-48
				Перорално (400 µg)	24-48

Таблица 6. Различни препоръки за ранен медикаментозен аборт между 7-ма и 9-та седмица от аменореята

Препоръки (Година)		Mifepristone* Доза	Простагландин продукт, начин на прием (Доза)		Интервал от време (Часове)
EMA/HAS	2007 2010	600 mg	Gemeprost	Вагинално (1 mg)	36-48
		200 mg	Gemeprost	Вагинално (1 mg)	36-48
RCOG/HAS	2010 2011 2012	200 mg	Misoprostol	Вагинално/ Сублингвално/ Букално (800 µg)	24-48

По-горните таблици показват различните препоръчителни режими за ранен медикаментозен аборт, преди 7-ма седмица и съответно между 7-ма и 9-та седмица от аменореята. Всички те са протоколи, базирани на доказателства за ефективност и безопасност. Протоколът на СЗО (101) е разработен с цел ценова ефективност и осигуряване на безопасен аборт, особено в страни, където индуцираният аборт е „законово силно ограничен и/или недостъпен” и е станал “привилегия на богатите”. (96)

Най-популярни са следните протоколи:

- За бременности до 7-ма седмица от аменореята:
 - ✓ 3 таблетки mifepristone, приети перорално (200 mg/таблетка, обща доза: 600 mg), последвани 36 до 48 часа по-късно от 2 таблетки misoprostol, приети перорално (200 µg/таблетка, обща доза: 400 µg).
- За бременности до 9-та седмица от аменореята:
 - ✓ 1 таблетка mifepristone, приета перорално (200 mg/таблетка, обща доза: 200 mg), последвана 24 до 48 часа по-късно от 4 таблетки misoprostol, поставени вагинално или приети букално, или сублингвално (200 µg/таблетка, обща доза: 800 µg).

В България няма одобрено или препоръчително ръководство за медикаментозен аборт, нито установени протоколи. От години на много научни форуми се дискутира нуждата от препоръки на Българското научно дружество по акушерство и гинекология (БНДАГ), но такива все още няма. Изборът на протокол и дозов режим е оставен в ръцете на лекарите. Без значение кой протокол ще предпочете даден лекар, прекъсването на бременност трябва да се извършва само с регистрирани в България лекратсвени продукти. Санкцията за използване на нерегламентирани продукти, съгласно Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (в сила от 13.04.2007 г.), Глава четиринадесета, Административнонаказателни разпоредби (102), е:

- ☐ **Чл. 281.** (1) (Доп. - ДВ, бр. 71 от 2008 г., в сила от 12.08.2008 г., изм. - ДВ, бр. 102 от 2012 г., в сила от 02.01.2013 г.) Който произвежда, внася, продава, съхранява или предоставя за употреба в Република България лекарствени продукти, които **не са разрешени** за употреба, извън случаите по чл. 8, 9 и 10, както и такива с неустановен произход, ако не подлежи на по-тежко наказание, се наказва с глоба от 25 000 до 50 000 лв.
- ☐ (4) Медицински специалисти, които произвеждат, продават или предоставят **неразрешени** за употреба лекарствени продукти, се лишават от право да упражняват професията си за срок от 6 месеца до две години.

Прием на Mifepristone

Mifepristone се приема перорално в еднократна доза. Обикновено се приема в присъствието на медицински специалист, но може да се приеме безопасно и вкъщи (103)(104), ако е разрешено от местното законодателство (в България не е разрешено). Когато Mifepristone се приеме в условията на лечебното заведение, пациентката може да напусне заведението без забавяне.

При бременности, които са се получили въпреки налично вътрематочно контрацептивно устройство (спирала), то трябва да бъде отстранено преди приема на mifepristone.

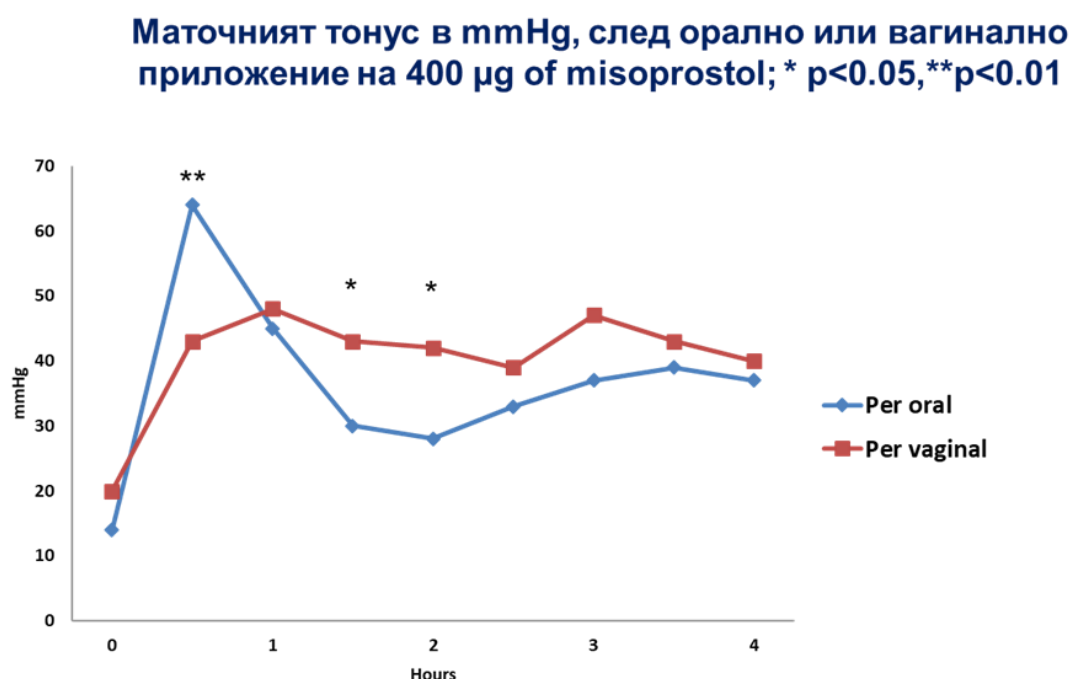
Прием на Misoprostol

Misoprostol може да се приеме вкъщи (в България все още не е позволено) или в лечебното заведение.

При жени със силно повръщане в ранна бременност за предпочитане е простагландинът да се приеме вагинално, отколкото перорално. Ако в рамките на 3 часа от първата доза misoprostol не започне менструалноподобно кървене, може да се приеме още една доза misoprostol.

Специално внимание трябва да се обърне при даването на таблетките misoprostol. Ако блистерът е повреден, таблетката misoprostol не трябва да се използва (загуба на ефективност)(105).

Жените обикновено предпочитат пероралния прием, когато могат да избират (101).



- **орално: повишава маточния тонус бързо**
- **вагинално: тонусът остава висок за по-дълго време**

Gemzell Danielsson 1999

Фигура 19. Сравнение на орален и вагинален прием на Misoprostol

1.9.6. Нежелани реакции, свързани с медикаментозния аборт

Когато се извършва от опитен медицински специалист с подходящото оборудване, правилна техника и стандарти, абортът е една от най-безопасните процедури. Най-често съобщаваните нежелани реакции при медикаментозен аборт са болка (причинена от маточните контракции) и вагинално кървене. Диария, главоболие, неразположение и покачване на телесната температура са реакции, които са свързани с действието на простагландина, зависят от дозата и са по-рядко съобщавани.

Болка

Болката е причинена от контракциите на матката, вследствие действието на простагланина и от експулсията на гестационния сак. Обичайно е най-силна в първите няколко часа след приема на простагландин и намалява след експулсията на бременността от матката.

Болката се увеличава с размера на бременността. Може да бъде по-лека при по-възрастни жени и жени, които са имали предишни бременности.

Нестероидните противовъзпалителни средства (НСПВС), като *ibuprofen* 200 mg, могат да бъдат приемани регулярно след *misoprostol* (101).

Може да се използват и лекарства, съдържащи *paracetamol*, но той е по-малко ефективен от *ibuprofen*. В редки случаи на много силна болка може да се приемат комбинирани продукти съдържащи *codeine* (50-60 mg). (106)

По отношение на третирането на болката д-р Кристина Гемзел-Данийлсон (Dr. Kristina GEMZELL-DANIELSSON) казва: *Винаги предлагаме „профилактични болкоуспокояващи“ – т.е, НСПВС– преди приема на misoprostol. Намаляването на болката помага на жените да се отпуснат и води до по-кратък интервал за експулсия.*”

Болката и кървенето са най-често срещаните нежелани реакции при медикаментозен аборт, но те са и очаквани. В много случаи това са емпиричните и най-лесни за разпознаване показатели, че прекъсването на бременност всъщност протича. Има различни начини за справяне с болката. Група специалисти по прекъсване на бременност разглеждат различните подходи в европейските практики (107). Усещането за болка е трудно измеримо, защото е субективно и индивидуално. Още по-трудно се класифицира (105).

Акушер-гинеколозите в България най-често използват *Ibuprofen*, като метод за справяне с болката.

Кървене

Кървенето обикновено се появява няколко часа след приема на простагландин. Най-често е обилно, със съсиреци, и продължава 2 до 4 часа. След това намалява, като

леко кървене продължава средно около 2 седмици. В някои случаи кървенето може да продължи до следващата менструация. Продължителността на кървенето и неговият обем се увеличават с напредване на бременността и са по-големи след 7-ма седмица от аменореята, отколкото в много ранна бременност.

За оптимален контрол на кървенето, пациентките трябва да бъдат инструктирани какво да очакват и кога да потърсят лечение, ако кървенето стане много силно или продължи дълго време. Освен това, жените трябва да разполагат с достъп до център за спешна медицинска помощ и медицински специалисти 24 часа в денонощието, в случай на много обилно кървенето.

За много силно кървене се приема такова, налагащо използването на повече от 2 или 3 превръзки на час, в продължение на повече от 2 или 3 часа.

В огромния брой случаи не е необходимо лечение. В случаите, когато има признаци на обилно кървене, пациентката трябва да бъде трансферирана в болница.

Гастроинтестинални странични ефекти

Гаденето и повръщането са чести симптоми, свързани с бременността. В някои случаи те могат да се влошат с приложението на медикаментите. Диарията може да бъде предизвикана от действието на простагландина върху интестиналните мускулни влакна. Гастроинтестиналните странични ефекти са краткотрайни и дозозависими. Обикновено се появяват в рамките на един час след приема и продължават 1 до 2 часа.

В случай на силни симптоми трябва да се приложат антиеметични и антидиарични лекарствени средства.

Повишаване на телесната температура от 38°C или повече, продължаващо по-дълго от 3 часа или появяващо се повече от 12 часа след приема на простагландин, трябва да бъде изследвано (възможна инфекция).

Треперене, хипотермия, неразположеност и абнормно вагинално течение могат да бъдат свързани с инфекция и представляват индикации, че пациентката се нуждае от медицинско внимание.

Краткотрайно главоболие се появява при приблизително една четвърт от жените, подложени се на медикаментозен аборт. При нужда може да се приложат аналгетици и вербално успокоение (107).

Честота на нежеланите ефекти:

- Много чести (повече от 1/10)
 - главоболие, гадене, повръщане, диария; много чести маточни контракции или спазми в часовете след приема на PG, умора, втрисане, замайване;
- Чести (между 1/100 до 1/10)
 - инфекция след аборт, съмнения за инфекции или доказани са докладвани при 5%; спазми - леки и умерени; силно кръвотечение, може да се наложи хемостазен кюретаж при 1,4% от случаите; напрежение в гърдите.

В случай на предозиране - симптоми на недостатъчност на надбъбречните жлези, следва прилагане на Dexamethasone. В доза от 1 mg той противодейства на доза 400 mg Mifepristone.

1.10. Управление на веригата на доставки на лекарствени продукти за медикаментозен аборт

Управлението и прогнозирането на доставките на лекарствени продукти за медикаментозен аборт зависи от пенетрацията на метода в съответната страна. Ако методът е все още нов за страната, може да се предположи, че използването на продуктите няма да е голямо, но се очаква ръст на продажбите. В този случай доставките трябва да се съобразят с очакваното популяризиране на метода, като се прави внимателно планиране спрямо дейностите, които се правят за популяризирането на медикаментозния аборт. В анализа на пазара в България в собствените проучвания на дисертационния труд може да се проследи възходящата крива на продажбите (108).

Популяризирането на метода се прави по различни начини, като целевата група освен медицинските специалисти са и пациентките:

- Популяризиране сред медицинските специалисти:
 - Организиране на научни симпозиуми и конференции сред лекарите.
В България са организирани множество научни събития, в рамките на конференции. По време на популярни и реномирани научни форуми медикаментозният аборт бе интересна част от програмата. Особено разпалени бяха дискуссионните форуми като кръгли маси и събития за споделяне на опит. Темите във времето варираха. В началото трябваше да се разясни, че медикаментозният аборт е легален, т.е. разрешен. Парадоксално, но лекари са практикували медикаментозен аборт, още преди да има регистрирани за целта в България лекарствени продукти, като са използвали off-label регистриран продукт за лечение на язва. След регистрацията на продукти точно за медикаментозен аборт и след редица разяснения за това, че не е забранено да се използват, лекарите започнаха все по-често да се доверяват на опита на колегите си от другите страни.
 - Постепенно темите на научните форуми, свързани с медикаментозния аборт, от чисто юридически се промениха до медицински. Лекарите вече не се питаха дали, а как да правят медикаментозни аборти. Споровете бяха вече кога (в коя гестационна седмица), какъв протокол и дозов режим да се използва. Разбира се, опирането на опита на чуждите колеги, които бяха чест гост на семинарите, помогна за навлизането на метода.
 - Последваха чисто практическите workshop за прекъсване на бременност. На тях лекарите освен с чуждестранните лектори вече обменяха опит и споделяха мнение и помежду си. Разбира се водещи бяха лекарите от големите университетски болници.
- Популяризиране сред пациентките

- В началото огромен проблем за пациентките бе липсата на всякаква информация (109).
- После проблем беше наличието на невярна информация и дори дезинформация. Както може да се види от дисертационния труд по-нататък, основният канал за информиране на пациентките, без значение от доход, семеен статус, възраст и др., е интернет. В този смисъл морето от сайтове с остаряло и невярно съдържание се оказва голям проблем. Наложил се създаването и популяризирането на сайтове с проверена и достоверна информация, с множество линкове към различни институции, които да представят в детайли на разбираем език предимствата и недостатъците на метода (110).
- Много успешно се оказва и участието на доказали се лекари с опит в здравни предавания по национални телевизии, в които специалистите на достъпен език, разбираемо и далновидно разказаха за метода като алтернатива на класическите методи за прекъсване на бременността (111)(112).

След всяко едно събитие (научно или медийно) се наблюдава постепенен, но траен ръст в продажбите на лекарствените продукти за аборт, което показва, че България все още е в процес на популяризиране на медикаментозното прекъсване на бременност.

За правилното управление на доставките на лекарствени продукти за прекъсване на бременност от голямо значение, освен популярността на метода, а от там и разхода и консумацията на продуктите, има и срокът на годност и броят таблетки в опаковката на продуктите.

Mifepristone в България засега има регистриран и наличен на пазара на две компании в една и съща дозова форма (200mg). Едната компания предлага опаковка с три, а другата - опаковка с една таблетка. И двете форми са с достатъчно дълъг срок на годност. Опаковките са удобни за използване и от пациентките, и от медицинските специалисти (110).

Не така стои въпросът с misoprostol. Само една компания предлага на българския пазар продукта. Опаковката е с много таблетки (16 броя) и много кратък срок на годност – фабрично една година, но наличните в България продукти обикновено са с няколкомесечен срок на годност. Аптеките, болниците и медицинските практики, в които няма изявени специалисти, практикуващи медикаментозен аборт, не искат да зареждат такива опаковки, опасявайки се, че ще бракуват поне половината неизползвани таблетки (113). Това забавя навлизането и популяризирането на метода. От повече от година вече е налична нова опаковка със само една таблетка и с двойно по-дълъг срок на годност. Това прави продукта много по-удобен за употреба, макар и на по-висока цена, но тъй като misoprostol не е ценоопределящият продукт, понеже е многократно по-евтин от mifepristone, това не променя съществено цената на аборта и не се явява определящо за разхода на лекарството (110).

Трябва да се отбележи, че нормативното задължение за български език на опаковката (114) допълнително оскъпява продуктите, защото разходът, съответно продажбите им, в

малка страна като България, където методът все още навлиза и употребата, са все още малки.

1.11. Основни усложнения при медикаментозния аборт

Усложненията след медикаментозен аборт са редки и включват обилно кървене и инфекция (продължаващата бременност се счита по-скоро за неуспех на процедурата). Преди предписването на mifepristone жените трябва да бъдат информирани за възможната, макар и малка вероятност, това да се случи. Жените трябва да знаят на кого да се обалят и какво да правят (включително и да посетят център за спешна медицинска помощ, ако не успеят да се свържат с никое от лицата за контакт), ако усещат продължителен фебрилитет, треперене, силна абдоминална болка, продължително обилно кървене или припаднат.

Кървене

Продължително кървене, по-обилно от менструалното, е очакван ефект от медикаментозния аборт. Кървене достатъчно обилно, за да наложи кръвопреливане или терапевтичен кюретаж (аспирация), е изключително рядко (0%-0.2% и 0.3%-2.6% от случаите, съответно). Всяко лечебно заведение трябва да може да стабилизира и лекува пациентки с кървене или да ги насочи към друго място възможно най-бързо.

- Ако е налице хемодинамичен шок, трябва да се приложат интравенозни разтвори.
- Ако кървенето е особено обилно и продължително, може да се наложи хирургична намеса.
- Трансфузия трябва да се извърши, само ако е клинично необходима.

Жените трябва да бъдат посъветвани да търсят незабавно медицинска помощ, ако имат продължително обилно вагинално кървене, тъй като това може да е признак на инкомплетен аборт или други усложнения, и може да е необходима своевременна медикаментозна или хирургична интервенция.

Инфекция

Гениталният тракт е по-податлив към възходяща инфекция, когато цервиксът е дилатиран след аборт или раждане. Инфекцията (ендометрит, тазова възпалителна болест) е рядко усложнение, но зависи от индивидуалните рискови фактори. Макар и рискът при медикаментозния аборт да е по-нисък от този при хирургичния метод, той все пак съществува и е сходен с този при спонтанен аборт. Инфекция се съобщава при по-малко от 5% от жените след медикаментозен аборт (115).

Обичайните симптоми на инфекция включват фебрилитет или втрисане, вагинален или цервикален секрет с неприятна миризма, постоянна абдоминална или тазова болка, продължително вагинално кръвотечение или спотинг и чувствителност на матката.

Когато има подозрение за инфекция и/или такава бъде диагностицирана, трябва да се назначат антибиотици. Ако задържани продукти на концепцията са вероятна причина за инфекцията, то те трябва да се евакуират и да бъдат назначени антибиотици. В случай на тежка инфекция може да се наложи хоспитализация (115)(116).

В някои страни се предписва антибиотична профилактика (напр. Обединеното Кралство), по причини основаващи се на ценова ефективност и местна честота на инфекциите.

Рутинната употреба на профилактични антибиотици не се препоръчва (101).

Clostridium sordellii е грам-положителен анаеробен спорообразуващ бацил, който колонизира гастроинтестиналния тракт и гениталния тракт на средно 0.5% от здравата популация. Веднага след раждане или аборт нивото на колонизация може да се повиши до 29%. Вирулентността и клиничната манифестация на *C. sordellii* се определя от 2 токсина – летален и хеморагичен. Фатален токсичен шок, асоцииращ се с *C. sordellii* след медикаментозен аборт, води до смъртта на млади здрави жени, 7 дни след проведения аборт. Единият смъртен случай е след 12 дни. Съществува хипотеза, че леталният токсин мутира само в Северна Америка. Случаите са докладвани при вагинално приложение на продукта (117).

Макар и рядка, инфекцията е много опасна, тъй като страничните ефекти на процедурата маскират симптомите на инфекция и отлагат диагнозата.

Лекарствата, използващи се за медикаментозен аборт, имат модулиращ ефект върху имунната система. Мизопростол има инхибиторен ефект и това води до повишено бактериално натоварване (118).

В световната практика има съобщени петнадесет случая на токсичен шок, причинен от *Clostridium sordellii* endometritis, след медикаментозен аборт. От 11-те случая, които са фатални, 10 са след медикаментозен аборт с 200 mg mifepristone, последван от вагинален прием на таблетки misoprostol, и 1 - след медикаментозен аборт с 200 mg mifepristone, последван от букален прием на таблетки misoprostol. Тези случаи на фатален сепсис са с атипична клинична проява: левкоцитоза, тахикардия, хемоконцентрация и обща неразположеност без фебрилитет, бактериемия и значима находка при гинекологичния преглед. Въпреки че подобни случаи може да има и след раждане, цезарово сечение, или спонтанен аборт, медицинските специалисти трябва да са наясно с възможността за поява на такъв рядък, но животозастрашаващ случай (119).

Други усложнения

Огромният брой от жените, които правят медикаментозен аборт, нямат никакви дългосрочни последици върху общото или репродуктивното си здраве. Напротив – настоящата бременност потвърждава фертилитет, като следващата овулация обикновено идва 10-14 дни след медикаментозния аборт. В много редки случаи медикаментозният аборт не е ефективен и бременността продължава. Тератогенният риск за плода в тези ситуации, към моментане е известен, следователно пациентката трябва да бъде наясно, че ако медикаментозният аборт не е успешен и е налице продължаваща бременност:

- Прекъсването трябва да бъде завършено чрез медикаментозен или хирургичен аборт.
- Ако желае да продължи бременността, се препоръчва внимателно ехографско наблюдение, тъй като рискът от малформации не може да бъде изключен.

Жените трябва да бъдат информирани, че mifepristone и misoprostol се абсорбират бързо, когато се приемат перорално. Съответно, при повръщане 1,5 часа или повече след приема, на което и да е от двете лекарства, не се налага повторен прием на лекарството. Накрая, жените трябва да бъдат наясно, че фертилността се възстановява незабавно след медикаментозен аборт. Има сведения, че овулация може да има още на 10-ти ден след аборт в първия триместър, а в едно проучване до 78% от жените са получили овулация до 6 седмици (120). Следователно те могат да забременеят отново почти незабавно.

Прекъсването на бременност е сравнително безопасна процедура. Тя трябва да се прави под контрола на медицински специалист. В България нормативната уредба позволява единствено лекар специалист акушер-гинеколог да прекъсва бременност. Съгласно Наредба № 2 от 01.02.1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (67), аборт се прави поне в здравно заведение с налични легла за временно наблюдение.

Има изследвания, доказващи, че случаите на евентуални усложнения са много редки и че медикаментозният аборт е изключително безопасна процедура (121)(122). Необходимо е да се потвърди, че бременността е вътрематочна и че жената няма съответните противопоказания, и бременността може да се прекъсне дори от неопитен специалист. В някои страни приемът на Misoprostol се осъществява самостоятелно от жената в извънклинични условия. Не се препоръчва извършването на медикаментозен аборт извън болници след девета гестационна седмица. Пациентките понякога докладват за силна болка и кървене, които лесно се овладяват, но за спокойствието на пациентките, което е съществен фактор за гладкото протичане на прекъсването на бременността, желателно е след тази фаза аборт да се прави под непосредствения контрол на лекар.

Съвместен доклад (123) на Станфордския университет и Националната федерация за аборти на САЩ твърди, че поради безопасността си и редките нежелани реакции при медикаментозния аборт, с помощта на телемедицина този начин на прекъсване може да стане много по-достъпен за ранно прекъсване на бременност (124).

1.12. Хирургичен аборт

Вакуум аспирацията е препоръчвана техника (125) за хирургичен аборт до 12 г.с. Най-долната част от шийката на матката се разтяга, после лекарят вкарва в матката малка пластмасова тръба (кюрета). Тя е свързана с вакуумна помпа, която изсмуква околоплодния мехур и най-горния пласт на лигавицата на матката. За повечето жени тази намеса е неприятна, но пък болките са поносими. При абортите в периода до седмата или осмата седмица на бременността няма почти никакви усложнения. Нормално явление са лекото кървене и коремните спазми, подобни на тези по време на цикъл. Когато бременността е ранна, плодният сак може да се аспирира с тънък инструмент без предварително разширение на маточната шийка. Тази манипулация позволява да се извърши без упойка или само с местно обезболяване.

Абразиото, или кюретаж, се извършва през влагалището под въздействието на спинална анестезия, в някои случаи с обща упойка. Представлява остъргване на маточната лигавица и премахване на тъканта. След като шийката на матката се разтегне, през маточния отвор в маточната кухина се вкарва така наречената кюрета, с която плацентата и лигавицата биват остъргани. Недостатъците в сравнение с вакуумния метод са: кюретирането трае по-дълго, шийката на матката се разширява повече, губи се повече кръв и опасността от нараняване и инфекция е по-голяма (126).

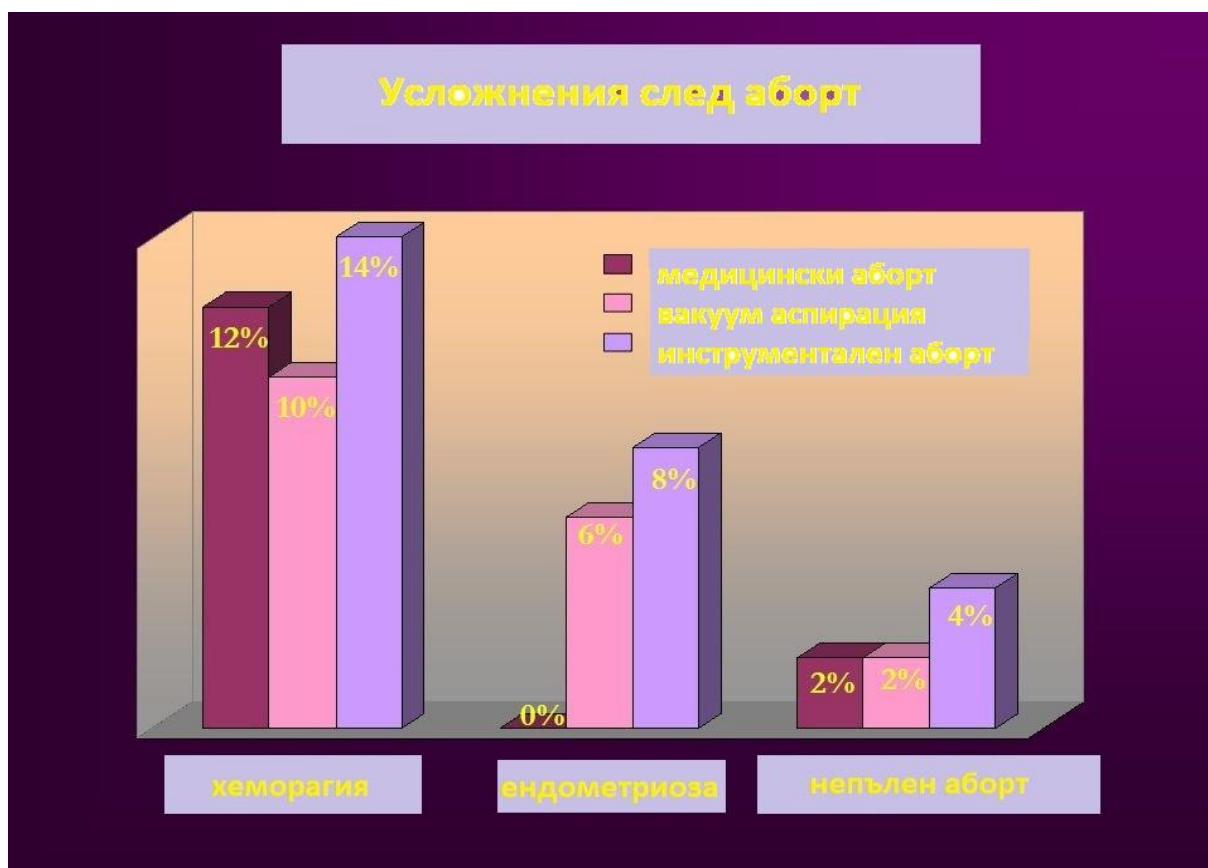


Комплект от медицински изделия за извършване на абразии (127)

Според препоръки на СЗО от 2018 г. абразиото¹¹ трябва напълно да се преустанови и да се замени с вакуум аспирация (128).

Нерядко след абразии биват наблюдавани последствия на аборта под формата на трудно или невъзможно последващо забременяване. Най-тежкото усложнение на хирургичния аборт е развитието на сраствания в маточната кухина. За много жени с такъв тип усложнение следваща бременност е невъзможна.

¹¹ от лат. *abrasio* е една от най-честите малки гинекологични операции. Известна е също под името кюретаж, идващо от името на инструмента, с който се извършва – кюрета



Фигура 20. Усложнения след аборт (129)

Все още няма стандартизирани критерии за установяване на експулсия. В клиничната практика се използват различни методи. Един от методите е визуалната верификация след приема на мифепристон и мизопропростол, представляваща обилно кървене. Други възможни варианти са ултразвуков преглед, както и гинекологичен преглед (129).

1.13. Изключване на продължаваща бременност

Ехография

Ехографското изследване надеждно ще изключи продължаваща бременност, ако интраутеринна бременност е видяна при ехография преди процедурата (130)(131). Кръвни съсиреци или дебел ендометриум са обичайни ехографски находки в маточната кухина и обикновено не са клинично значими (132).

Ехографията може да повиши стандарта на грижите и да улесни медикаментозния аборт, но може да е скъпа и по тази причина не винаги е налична (133). Ехографията може да накара неопитния клиницист да извърши ненужни интервенции (евакуация на маточното съдържимо), вследствие на наличието на ехографски видими, но клинично маловажни кръвни съсиреци (134)(135).

Д-р Кристиян Фиала (Dr. Christian FIALA) пише: “Честа грешка е да се диагностицират погрешно кръвни съсиреци в маточната кухина като остатъчни продукти

от бременността. Индикациите за кюретаж поради това, трябва да се базират на клинични признаци, вместо на ехографски находки, освен в случаите на продължаваща бременност” (136).

Изследване на hCG в комбинация с разговор относно кървенето и симптомите на бременността

В рамките на 24 часа от приема на misoprostol се наблюдава значителен спад (70%) в нивото на серумния hCG, последван от по-плавен спад. До 2 седмици след медикаментозния аборт, нивата на hCG намаляват с 99%. Отнема около 7 до 8 седмици hCG да стане недоловимо. Серумните измервания на hCG преди и след медикаментозния аборт се използват за изключване на продължаваща бременност. В проучване на жени преди 7-ма седмица от аменореята, спад на hCG с по-малко от 20% от първоначалната стойност има положителна предикативна стойност от 95%. Въпреки това изследването на серумния hCG отнема време, а нивото му в серума много добре корелира с концентрацията в урината.

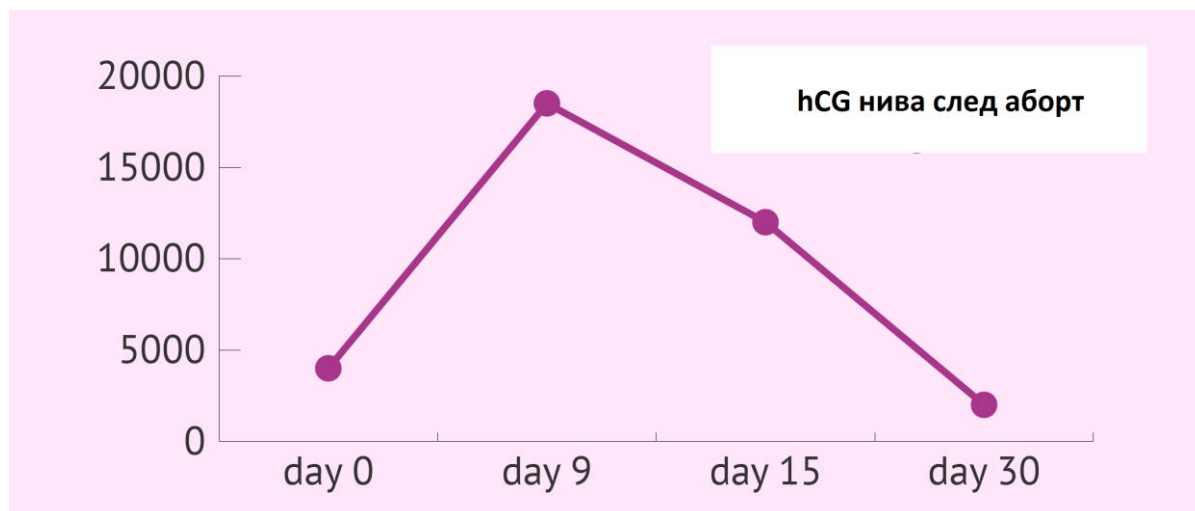
Независимо че обичайните уринарни тестове за бременност сами по себе си не са достатъчно надежден метод за откриване на продължаваща бременност, тези от тях, които са с ниска чувствителност (УТБНЧ), могат в комбинация с поредица от въпроси относно кървенето и наличието на симптоми за бременност, да бъдат използвани като скрининг за откриване на продължаваща бременност.

Жени, които дадат положителен скрининг на базата на положителен УТБНЧ или минимално кървене по време на процедурата, или симптоми за продължаваща бременност, при контролния преглед се нуждаят от потвърдителна ехография или изследване на серумен hCG (136).



Фигура 21. Идентифициране на медикаментозен аборт (136)

Същността на всички тестове е следене за наличие на специфичния хормон – β - hCG (човешки хорион гонадотропин) в урината. Този хормон, който започва да се произвежда от организма 4 - 6 ден след оплождане, се покачва много бързо и се удвоява средно на всеки 1 - 2 дни.



Фигура 22. Нива на човешки хорион гонадотропин в урината след аборт (136)

Уринен тест за човешки хорион гонадотропин, който засича уринарни нива на hCG от 1,000 IU, се използва 2 седмици след медикаментозен аборт в комбинация с въпроси относно кървенето и симптомите за откриване на продължаваща бременност(137).

Уринарен тест за бременност с висока чувствителност (УТБВЧ), който засича пониски уринарни нива на hCG (в областта на 25 IU), който обикновено се намира в аптеките, не може да бъде използван до 4 седмици след медикаментозен аборт, тъй като е твърде чувствителен и би показвал позитивен резултат, въпреки прекъснатата бременност.

Този метод за контрола може да бъде осъществен посредством телефонен разговор(138) с жената (ако тя се намира вкъщи(139)(6)) заедно със самостоятелно направен уринен тест за бременност с ниска чувствителност на 2-та седмица (или уринен тест за бременност с висока чувствителност на 4-та седмица) (140).

1.14. Рискови фактори за медикаментозен аборт

При снемането на анамнезата се търсят всякакви контраиндикации за извършване на медикаментозен аборт. Проверява се за рискови фактори за усложнения и се търсят контраиндикации на контрацептивните методи.

Социалната анамнеза трябва да включва оценка на риска от сексуално предавани инфекции, като се вземе под внимание честотата на местно разпространение на инфекциите.

Клиничната анамнеза трябва да включва:

- лична и семейна анамнеза за свързани с процедурата заболявания, включително склонност към кървене;
- текущо използвани медикаменти и известни алергии;
- акушеро-гинекологична анамнеза, включително ектопични бременности.

Анти-d профилактика при Rh-отрицателни пациентки

Повечето клинични насоки препоръчват Rh-имунизация при Rh-отрицателни пациентки, без да уточняват най-ниска гестационна възраст.

За бременности ≤ 9 -та седмица от аменореята не съществуват доказателства, че майчината Rh-сенсibilизация се проявява по време на спонтанен или предизвикан аборт. Въпреки това е трудно да се докаже, че не е необходима Rh-имунизация, дори и когато теоретичният риск е много нисък.

В страни, където разпространението на Rh-отрицателен статус е високо (напр., при жени от кавказката раса), и ако ресурсите го позволяват, може да се предложат майчино Rh-типизиране и анти-D профилактика като превантивна част от грижата при медикаментозен аборт. В този случай се препоръчва приложение на доза от 50 μ g (250 IU) анти-D имуноглобулин G (IgG) (101).

Тази доза може да неутрализира повече от 2 ml фетална кръв в майчиното кръвообращение. Rh-имуноглобулинът може да бъде направен в същия ден, в който са приети mifepristone или misoprostol (141).

Противопоказания или предпазни мерки при използването на медикаментозен аборт

Медикаментозният аборт е много безопасна манипулация с изключително малко контраиндикации (142). Въпреки това бременността трябва да бъде потвърдена посредством ехографски преглед или биологични изследвания преди лечението.

Медикаментозен аборт не се назначава на жени с:

- недостатъчност на надбъбречната жлеза;
- алергия към активното вещество (mifepristone) или към някоя от допълнителните съставки на таблетката;
- алергия към избрания простагландин;
- тежка астма, неконтролирана от терапия;
- вродена порфирия;
- ектопична бременност или определени признаци и симптоми, предполагащи ектопична бременност, защото не е ефективен при такава бременност.

Медикаментозният аборт не се препоръчва за жени страдащи от:

- бъбречна недостатъчност;
- чернодробна недостатъчност;
- недोхранване;

- всяко заболяване или лечение, което въздейства неблагоприятно на съсирването на кръвта;
- тежка анемия
- неконтролирана епилепсия.

Медикаментозен аборт с E1-простагландини (като misoprostol) не е контраиндициран при жени с контролирана астма, сърдечносъдова анамнеза или рисков фактор за сърдечно заболяване, като високо кръвно налягане или високо ниво на холестерол в кръвта. За разлика от него, E2-простагландините (dinoprostone, разпространяван на пазара като Cervidil®, Prostin E2®, Propess®, Glandin®) са контраиндицирани в тези ситуации (142).

Лекарствени взаимодействия

Mifepristone се метаболизира от CYP3A4 (143), което води до:

- Потенциално инхибиране на CYP3A4 (повишаване на серумните нива mifepristone) от Ketoconazole, Itraconazole, макролидни антибиотици, Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Ranitidine, Omeprazole (144), сок от грейпфрут и др.
- Потенциално индуциране на CYP3A4 (понижаване на серумните нива mifepristone) от Dexamethasone, антиконвулсанти (Phenytoine, Carbamazepine, Phenobarbital), Rifampin, Troglitazone, жълт кантарион и др.

Следните лекарства могат да понижат ефективността на медикаментозния аборт (145), тъй като намаляват серумното ниво на mifepristone: phenytoin, phenobarbital или carbamazepine. Mifepristone, от своя страна, намалява действието на rifampicin, dexamethasone и жълтия кантарион/звъника (Hypericum perforatum).

Следните ситуации не се считат за контраиндикации за медикаментозен аборт: възраст, диабет тип-2, тироидни разстройства, многоплодна бременност, затлъстяване, прекарано цезарово сечение, тютюнопушене, маточна малформация и анамнеза за оперативни интервенции върху маточната шийка.

Нивата на mifepristone, открити в майчината кърма, са ниски и не се очаква да имат клинично значение. Misoprostol бързо се метаболизира в misoprostol acid, която е биологично активна и се отделя в майчината кърма. Нивото на misoprostol acid е ниско в майчината кърма и спада бързо след единична доза от 400 µg или 800 µg. Не се очакват клинични въздействия при такива ниски дози. На базата на наличните данни, дозите mifepristone и misoprostol, използвани при медикаментозен аборт, позволяват кърменето да продължи безопасно без прекъсване (146).

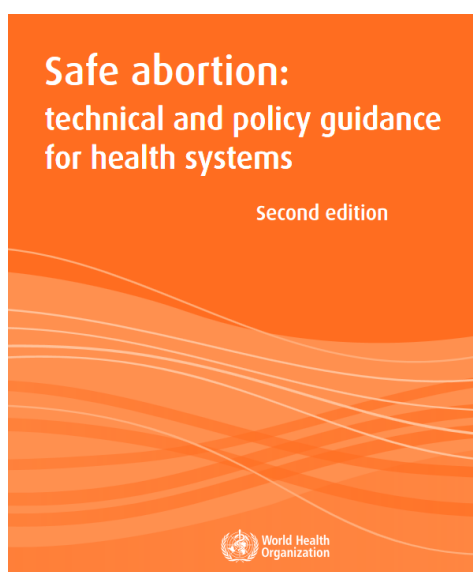
1.15. Медико-социални аспекти на медикаментозния аборт

Още през 1957 г. швейцарският психолог и психиатър Карл Густав Юнг (Karl Gustav Jung) обръща специално внимание на човешката психика и дилемата на индивида в съвременното общество. Въпреки бързите темпове на технологично развитие никой не може да отрече, че без човешка психика не може да съществува свят, или по-скоро човешки свят. Предвид все по-голямото религиозно, етническо и културно разделение на обществото, функцията на човешката душа става интересен обект на разглеждане. „Тя заслужава най-голямото внимание, особено в днешно време, когато всички признават, че бъдещето на човечеството зависи не от заплахата от дивни зверове или природни бедствия, нито от опасността от пандемии, а изключително от промените в човешката психика.” (147).

Изследванията при жени, които са имали аборти, показват (148):

- Когато жените се подготвят емоционално за аборта и са могли да поговорят за своите смесени чувства, когато са получили подкрепата на партньора си, тогава се намалява вероятността от депресии след лекарската намеса.
- Ако след аборта се появят силни колебания в настроението, това може да се дължи и на внезапния прелом в хормоналния баланс.
- При много от потърпевшите жени преобладава чувството на облекчение.

Във връзка с възникващите здравни проблеми СЗО издава специално ръководство с препоръки за безопасен аборт. Той би следвало да бъде такъв, който не създава риск за живота и здравето на жената – физическо, психическо и репродуктивно. Този аборт, след който жената ще може да продължи да живее, както желае, и да има деца, когато пожелае през фертилната си възраст. Ръководството включва информация относно това как да се установят и укрепят обслужването и услугите, основани на човешките права, с подход към законите и политиките за безопасност и подробна абортна грижа.



Ръководство за безопасен аборт, СЗО

Световната здравна организация (СЗО, на английски: World Health Organization, WHO, на френски: Organisation mondiale de la santé, OM) е специализирана агенция на Организацията на обединените нации (ООН), която функционира като координиращ орган на международното здравеопазване.

Учредена е на 7 април 1948 г., с централа в гр. Женева, Швейцария и наследява мандата и ресурсите на Здравната организация, която е агенция на Обществото на народите (ОН).



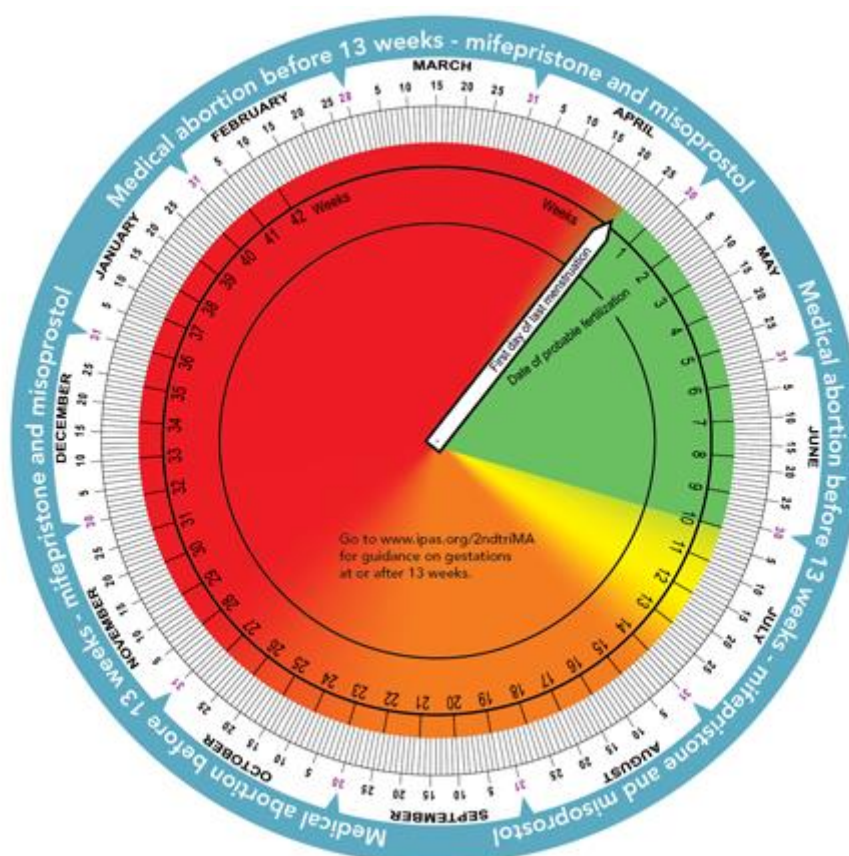
Лого на СЗО, представено в традиционния за него цвят

Съгласно доклад на СЗО от 19–ти февруари 2018 година, в периода 2010 г. – 2014 г. са извършени 56 милиона аборта по целия свят (легални и нелегални). Честотата на абортите е 35 на 1000 при жени на възраст между 15 и 44 години. Около 25% от всички бременности са завършвали с аборт. Ръстът на абортите е по-висок в развиващите се страни, отколкото в развитите. Над половината от откритите нелегални аборти са в Азия. Три от четири извършени аборта в Африка и Латинска Америка са небезопасни. Рискът от смърт от небезопасен аборт е най-висок в Африка. Всяка година майчината смъртност, свързана с аборт, варира между 4 и 13 %. Около 7 милиона жени ежегодно се хоспитализират в развиващите се страни поради усложнения след извършен небезопасен аборт. Средната годишна цена за лечение на усложнения от нелегални аборти възлиза около 553 милиона щатски долара (149). Безопасният аборт трябва да се извършва от квалифициран персонал, спрямо препоръките и методологията на СЗО, съобразен с периода на бременност. Небезопасен аборт възниква в случаи, когато се извършва от необучени лица или при условия, които не покриват минималните медицински стандарти, или и двете. Специалистите, необходимите им умения и медицинските стандарти, осигуряващи безопасен индуциран аборт, са различни за медикаментозен аборт и за хирургичен аборт. Медицинските стандарти варират спрямо продължителността на бременността. Жените прибегват до нелегални методи за аборт, когато не могат да си позволят легални. Бариерите за достъп до легален аборт включват: забранителни режими, липса на достъп до здравни услуги, висока цена, стигма, съзнателен отказ от лекарски екип (150).

Стигматизирането на аборта може да се дефинира като всеобщо схващане, че той е морално грешен и/или социално неприемлив. То се манифестира на различни нива, включително медия, право, полиция, институции, общности, интимни връзки. В глобален аспект води до социална, медикаментозна и законова маргинализация на аборта по света и е бариера за достъп до висококачествена и безопасна грижа.

Медикаментозният аборт, с използване на мифепристон и мизопроустол (или самостоятелно мизопроустол, там където mifepristone все още не е регистриран или наличен), е безопасен и ефективен метод за прекратяване както на ранна, така и на по-късна бременност (151).

Мизопроустол таблетки също могат да се използват при непълен аборт и спонтанен аборт. Когато се използва в ранна бременност, абортът може да се направи в заведение за първична помощ и от медицинско лице. В някои страни дори не е необходимо това да бъде задължително лекар. Повече от три десетилетия опит с тези лекарства предоставя достатъчно доказателства за безопасността на метода и ранен медикаментозен аборт спокойно може да се прави и извън лечебно заведение. Жените приемат мифепристон в клиниката, а използват мизопроустола у дома си. Усилията на различни организации вече са насочени към това да се помогне на жените да проверяват от дома си дали бременността е приключена успешно (152). Натрупаните доказателства за безопасност водят до преформулиране на разбирането и тълкуването на определението на СЗО за опасен аборт. Отчита се, че „специалистите, квалификацията и медицинските стандарти за безопасност при аборт са различни за медикаментозен и хирургичен аборт ” (153).



Фигура 23. Диск за датиране на бременност (137)

Медикаментозният аборт е най-съвременният начин за прекъсване на нежелана бременност в ранен гестационен срок. Прекъсването ѝ е възможно до 9-та гестационна седмица. Под лекарско наблюдение се дава една таблетка от лекарство, което блокира хормона прогестерон, отговарящ за съхранението на бременността. Вследствие на това действие настъпва отделяне на плодното яйце от маточната лигавица и отпадане на

самата лигавица. След 24 часа се дават други таблетки, които подпомагат изхвърлянето на бременността от матката, подобно на една по-обилна менструация. Всичко това става под лекарски контрол, защото в една много малка част от случаите е възможно да не се получи пълно отделяне на маточното съдържимо и тогава е необходима аспирация с пластмасова канюла под ехографски контрол. Това е доста рядко, тъй като успеваемостта на метода (без инвазивни намеси) е 95 – 98% (154).

След 14 дни се прави задължителен контролен ултразвуков преглед, за да се провери дали всичко е наред.

Медикаментозното прекъсване е неинвазивно, високоефективно и безопасно. Това е най— нетравматичният и елегантен метод за прекъсване на една бременност и наподобява естествения механизъм на спонтанния аборт. Той се смята за най-безопасният избор за пациента (155).

Предимства и недостатъци на медикаментозния аборт в сравнение с хирургичния

Основните предимства на медикаментозния метод са следните:

- Медикаментозният аборт може да бъде извършен на много ранен етап (преди 6 г.с.) без хирургична интервенция и анестезия.
- Усложненията са много редки.
- Успеваемостта на метода не зависи от уменията на хирурга.
- Жените приемат този метод за по-естествен и чувстват, че имат повече контрол върху ситуацията, отколкото при хирургичния метод (156).
- Медикаментозният аборт няма въздействие върху фертилността и не увеличава риска от бъдещ спонтанен аборт.

Неговите недостатъци са възможността за по-силна болка (която може да бъде успешно третирана) и кървене. Освен това, цялостната процедура отнема време.

Основните предимства на хирургичния метод са много бързата процедура и това, че усложненията са много редки, когато се извършва в безопасна среда, от умел специалист, в добре оборудвано лечебно заведение. Процедурата също така е лесно предвидима, а жените знаят какво да очакват. Някои жени са склонни да приемат анестезията и загубата на контрол за недостатъци.

Таблица 7. Сравнение между медикаментозен и хирургичен аборт (150)

Метод	Медикаментозен аборт	Хирургичен аборт/аспирация
Извършва се от	Пациентката, която приема таблетката самостоятелно, под медицински контрол Повече отговорност за жената	Извършва се от обучен специалист (обикновено лекар) Специалистът (обикновено лекар) поема отговорността
Кога	от 4-та до 9-та седмица от аменореята.	от 6-та до 14-та седмица от аменореята
Времетраене	Няколко дни	от 3 до 10 минути
Посещения	от 1 до 4 посещения (вкл. консултиране) в зависимост от страната и специалиста Възможност за планиране според предпочитанията на пациентката	от 1 до 3 посещения (вкл. консултиране) в зависимост от страната и специалиста Планирано според графика на клиниката
Допълнителни медикаменти	Болкоуспокояващи в повечето случаи	Местна или обща анестезия Болкоуспокояващи.
Кървене	По-трудно за предвиждане и контрол. Обикновено малко по-силно и по продължително от менструация (т.е. 80 ml)	Същата обща кръвозагуба като медикаментозния аборт, но по-кратко кървене след процедурата
Странични ефекти	Болка подобна на спазми (често), гадене и (рядко) повръщане или диария	Понякога болка подобна на спазми, гадене и повръщане след хирургичната интервенция

Усложнения (много редки)	Обилно кървене, продължаваща бременност и възпаление	Контузия на матката, възпаление и проблеми вследствие на анестезията
Въздействие върху фертилитета	Няма	Няма, ако е извършен правилно и без усложнения
Контрацепция	Необходим е ефективен метод незабавно (27)	Необходим е ефективен метод незабавно (27)

Пациентките най-често избират медикаментозен аборт поради:

- избягване на хирургична намеса и обща анестезия (157);
- по-голяма поверителност и независимост от хирургичния аборт (158);
- приема се, че процедурата е по-безопасна и по-естествена от хирургичната намеса (159).

Жените, които избират медикаментозен аборт, го намират за по-приемлив в по-ранна, отколкото в по-късна гестационна възраст (160). Въпреки това жени, които желаят да използват определен метод, трябва да имат право на избор независимо от гестационната възраст (161).

Медикаментозният аборт би трябвало да бъде предпочитан от медицински специалисти в следните случаи:

- Това е предпочитанието на пациентката.
- Жената е силно обезитетна (индекс на телесна маса $> 30 \text{ kg/m}^2$), тъй като това може да направи хирургичната интервенция много трудна технически.
- Жената има маточна аномалия (напр. двурога матка), или предходна цервикална операция, напр. конизация, която може технически да затрудни хирургичния аборт.

Хирургичният аборт трябва да се предпочете, ако:

- Това е предпочитанието на пациентката.
- Пациентката има противопоказания за медикаментозен аборт (в редки случаи).
- Пациентката има психологически/психиатричен проблем, което прави изживяването на медикаментозния аборт трудно.

Изследване в САЩ (50) проучва зависимостта между хирургичния аборт и последващи преждевременни раждания, и същевременно липса на такава зависимост при медикаментозно прекъсване на бременността. Направен е епидемиологичен анализ на данните за законни аборти и преждевременни раждания в САЩ от 2003 до 2012 г. Данните за ражданията (годишно общо раждане, годишен брой и честота на ПТБ, дефинирани като ПТБ < 37 седмици) са събрани от национални доклади на Националния център за здравна статистика. Данните за абортите са събрани с помощта на

наблюдението над абортите, осигурено от Центровете за контрол и превенция на заболяванията (CDC). Честотата на абортите е съобщена като цяло и по вид: хирургичен, медикаментозен и процедури, докладвани като "други", като вътрематочно инстилиране и хистеректомия/хистеротомия. Проверена е евентуалната зависимост между абортите и преждевременните раждания във времето. Анализирани са тенденциите на корелацията между честотата на абортите и честотата на преждевременни раждания.

От 2003 г. до 2012 г. в САЩ има 41 206 315 раждания, от които 5 042 982 (12,2%) са преди 37-ма седмица. Степента на преждевременни раждания намалява значително от 12,3% през 2003 г., до 11,5% през 2012 г. От общо 6 122 649 законни аборти, отчетени по видове процедури, извършени от 2003 до 2012 г. в САЩ, 5 132 789 са хирургични аборти (82,8%), а 860 288 (14,0%) са медикаментозни. Резултатите показват, че делът на хирургичните аборти значително намалява - от 88,9 на 78,0%, докато процентът на медицинските аборти значително се увеличава - от 7,9 на 21,9% от 2003 до 2012 г. Колкото по-висок е делът на хирургичните аборти, толкова по-висока е честотата на преждевременни раждания, а колкото по-висока е степента на медицински аборт, толкова по-ниска е честотата на преждевременни раждания (50).

Тенденциите, които се наблюдават – понижаване на дела на хирургичните аборти и увеличаване на медикаментозните, се свързват с текущо намаляване на честотата на преждевременни раждания в САЩ.

Икономически аспекти на медикаментозния аборт

Колкото и да е предпочитан от жените или безопасен и ефикасен, медикаментозният аборт не би могъл да намери своето място в здравната система на обществото, ако не е икономически достъпен.

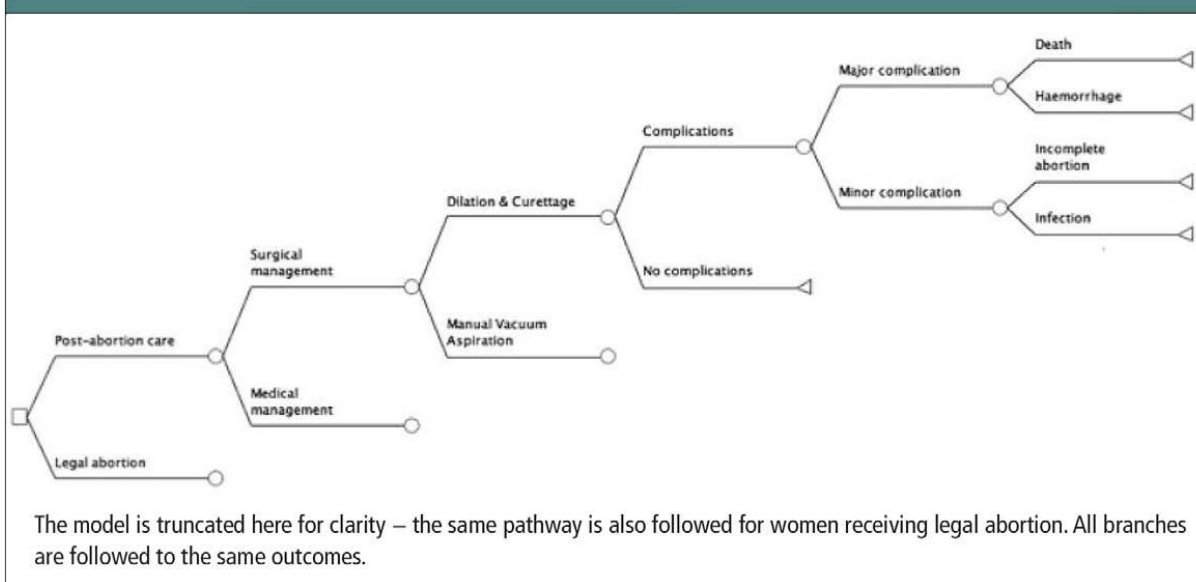
Интересно е да се разгледа икономическият ефект от пенетрацията на медикаментозния аборт (162). Изследване на учени в Колумбия (163) разкрива икономическите ползи за обществото, наред със социалните и чисто медицински показатели. По-голямата част от абортите в Колумбия продължават да се извършват извън официалната здравна система при определени условия, като повечето жени получават мизопропростол от черния пазар и самостоятелно го прилагат. Проведен е анализ на разходите, за да се сравнят разходите на здравната система. Проследени са няколко подхода за предоставяне на лекарска грижа, свързани с абортите в Колумбия:

- Разходи за законни аборти в здравно заведение;
- Разходи, свързани с усложнения от незаконни аборти;
- Разходи, свързани с мизопропростол медикаментозен аборт;
- Разходи, свързани с вакуум аспирационен аборт.

Болничните данни са от три институции - две големи родилни болници и една специализирана клиника за репродуктивно здраве. Анализирани са процедури и проценти на усложнения, както и разходите по диагноза. По-голямата част от посещенията (94%) са били в двете болници за грижи след аборт; останалите 6% са за

законни аборти. Установено е само едно незначително усложнение сред жените, които имат легални аборти, степента на усложнение е под 1%. Сред жените, постъпили за следабортна грижа, 5% са имали усложнения по време на лечението си, главно инфекция или кръвоизлив.

Figure 1. Decision analysis model



Фигура 24. Схема на модела на вземане на решения в изследването (163)

Легалните аборти са свързани не само с много по-малко усложнения при жените, но и по-ниски разходи за здравната система, отколкото за грижите след аборт. Изчислено е, въз основа на проучването, че на всеки 1000 жени, получаващи грижи след аборт, вместо законно абортиране в рамките на системата на здравеопазване, 16 жени получават усложнения, които могат да се избегнат, а здравната система харчи \$ 48 000 за справяне с проблемите.

Table 4. Mean cost by procedure type (US\$)

	Medical abortion		MVA		D&C	
	Complications		Complications		Complications	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Legal abortion						
Clinic	\$165	\$132	\$223	\$197	–	–
Hospitals	–	–	\$467	\$374	\$821	\$657
Post-abortion care						
Hospitals	–	–	\$563	\$231	\$2,301	\$458

Таблица 8. Разходи по процедури в изследването (163)

Увеличаването на достъпа на жените до безопасна грижа при аборти не само би намалило усложненията за жените, но може и да се разглежда като стратегия за икономия на разходи за здравната система.

Изводи

- Историческият преглед на прекъсването на бременност и прилагането на медикаментозния аборт като здравна технология доказва, че нуждата от една иновация, когато носи приноси за обществото, надделява с времето над традициите и обичаите на хората, макар това да става плавно и с непрекъснатото базиране на доказателства.
- Обзорът на актуалната нормативна регулация в областта на медикаментозния аборт по света и в България показва, че е наложително прецизиране и актуализиране на нормативната уредба, за да се допоясни къде точно и при какви условия може да се прави медикаментозен аборт в нашата страна.
- Проучените международни препоръки за провеждането на медикаментозния аборт, както по-целия свят, така и в България, също са различно приети. Използват се разнообразни протоколи, в зависимост от личното предпочитание и преценка на лекаря и състоянието на пациентката.
- Анализът на базата на литературни данни доказва, че общият брой на абортите в световен мащаб не се повлиява от легализацията на медикаментозен аборт. Той не се повишава, а жените, които прекъсват бременността си, при наличие на законен медикаментозен аборт, го правят на по-ранен етап, когато е по-безопасно и по-ефективно.

II. ГЛАВА: МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Хипотеза на проучването

Медикаментозният аборт е позната, достъпна, добре приета и разходоефективна алтернатива на класическите методи за прекъсване на бременност, прилагани в България.

2. 2. Цел и задачи на проучването

Целта на настоящата разработка е да се анализират медико-социалните и икономическите аспекти на медикаментозния аборт в България.

За изпълнението на целта са поставени следните задачи:

1. Да се направи исторически преглед на прекъсването на бременност и медикаментозния аборт, като здравна технология.
2. Да се направи обзор на актуалната нормативна регулация в областта на медикаментозния аборт по света и в България, както и да се проучат международните препоръки за провеждането му.
3. Да се анализира, на базата на литературни данни, какво е влиянието на медикаментозния аборт върху броя на абортите в световен мащаб.
4. Да се направи фармакоикономически анализ и сравнение между медикаментозен аборт и хирургичен аборт като здравни технологии за България.
5. Да се проследи и анализира пенетрацията на медикаментозния аборт като здравна технология в България.
6. Да се разгледа и анализира отношението на здравните специалисти, провеждащи медикаментозен аборт в България.
7. Да се разгледа и анализира отношението на пациентките, претърпели медикаментозен аборт към този начин на прекъсване на бременност.

2.3. Материали и методи на проучването

За решаване на поставените задачи са използвани следните методи за научно изследване:

- *Документален метод* – събрана е първична емпирична информация от документи на СЗО, ЕК, МЗ и др. Осъществено е проучване и анализ на голям брой литературни източници, включващи монографии, публикувани научни изследвания, метаанализи, публикации в научни списания и интернет.
- *Исторически метод* – за проследяване на тенденциите в използваните методи за прекъсване на бременността и развитието на законодателството в тази област.
- *Инструментален метод* – използване на софтуерна програма за осъществяване на интернет търсене в социалните мрежи по зададени ключови параметри;
- *Интервю* – форма на разпитване, основаваща се на пряка словесна комуникация между две или повече лица чрез устно поставяне на въпроси и устно даване на отговори за набиране на първична емпирична социологическа информация.
- *Анкетен метод (анкета)* - Данните са събрани чрез пряка индивидуална анонимна анкета, с анкетна карта на хартиен носител.
- *Сравнителен анализ* - Съпоставяне и сравняване на избрани показатели, с цел разкриване на връзки и зависимости.
- *Фармакоикономически метод* – анализ, имащ за цел да определи, измери и сравни стойността на консумираните ресурси и резултатите от две или повече алтернативи.
- *Статистически методи* – описателни и аналитични.

Основните използвани статистически методи са: дескриптивен анализ, графичен анализ, алтернативен анализ, вариационен анализ, факторен анализ, метод на групиране.

III. ГЛАВА: РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Анализ на пенетрацията на медикаментозния аборт в България

Пенетрацията на медикаментозния аборт в България може най-точно да бъде проследена чрез разглеждане на пазара на лекарствените продукти, използвани за провеждането на този метод за прекъсване на бременност. У нас са регистрирани следните лекарствени продукти:

- Mifepristone – под търговските наименования Mifegyne® и Mifepristone Linepharma® (164)

Таблица 9. Регистрирани в България продукти, съдържащи Mifepristone

Лекарствен продукт, притежател на разрешение за употреба	INN	Производител	Цена на производител			Надценка Търговец на едро		Цена търговец на едро			Надценка Търговец на дребно		Цена Търговец на дребно			Дата на вписване на цена*	Дата на актуал.
			без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв	%	лв	без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв	%	лв	без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв		
Mifegyne, Tablet, 200 mg, -, Pack: 3 (Nordic Group B.V., Нидерландия)	Mifepristone	Laboratoire Macors, Франция	92.39	18.48	110.87	4	3.7	96.09	19.22	115.31	16	14.78	110.87	22.17	133.04	6.3.2014	2.10.2018
Mifepristone Linepharma, Tablet, 200 mg, -, Pack: 1 tablet (Linepharma International Limited, Обединено Кралство)	Mifepristone	Laboratorios Leon Farma, S.A	37.61	7.52	45.13	4	1.5	39.11	7.82	46.93	16	6.02	45.13	9.03	54.16	28.1.2014	28.1.2014

Източник: Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП) <http://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>

- Misoprostol – под търговското име Topogyne® (165)

Таблица 10. Регистрирани в България продукти, съдържащи Misoprostol

Лекарствен продукт, притежател на разрешение за употреба	INN	Производител	Цена на производител			Надценка Търговец на едро		Цена търговец на едро			Надценка Търговец на дребно		Цена Търговец на дребно			Дата на вписване на цена*	Дата на актуал.
			без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв	%	лв	без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв	%	лв	без ДДС, лв	ДДС, лв	с ДДС, лв		
Торогyne, Tablet, 400 mcg, -, Pack: 1 (Exelgyn, Франция)	Misoprostol	Nordic Pharma B.V., Холандия; Q Pharma AB, Швеция	19.56	3.91	23.47	6	1.2	20.73	4.15	24.88	18	3.52	24.25	4.85	29.1	12.12.2015	12.12.2015
Торогyne, Tablet, 400 mcg, -, Pack: 16 (Exelgyn, Франция)	Misoprostol	NORDIC PHARMA B.V., Holland	234.7	46.94	281.6	4	9.4	244.09	48.82	292.91	16	25	269.1	53.82	322.9	18.2.2014	18.2.2014

Източник: Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП) <http://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>

Таблица 11. Реални пазарни цени на лекарствени продукти за медикаментозен аборт регистрирани и налични на българския пазар

Лекарствен продукт	Реална пазарна цена на опаковка на търговец на едро (ТЕ) с ДДС, BGN	Реална пазарна цена търговец на едро (ТЕ) на таблетка с ДДС, BGN
Mifepristone, 3 tabl x 200 mg	115,31	38,44
Mifepristone Linepharma, 1 tabl x 200 mg	46,93	46,93
Торогyne, 16 tabl x 400 mcg	90	5,63
Торогyne, 1 tabl x 400 mcg	8,50	8,50

Сравнявани са цените на търговец на едро (ТЕ) на лекарствените продукти, а не аптечните цени, защото при тях няма вариране и промяна, и практически това са реалните цени, на които болниците и медицинските центрове придобиват медикаментите.

Трябва да се отбележи, че реалната пазарна цена на Торогyne® - единственият регистриран в България лекарствен продукт, съдържащ misoprostol, е значително по-ниска от пределно регистрираната. Пределно регистрираната крайна за пациентите е 322, 90 лв. за опаковка от 16 таблетки и 29,10 лв. за опаковка от 1 таблетка, а на практика реалните крайни цени в аптеките рядко превишават съответно 112 лв. (за опаковка от 16

таблетки) и 11 лв. (за опаковка от 1 таблетка). Реалните крайни цени за пациентите са почти три пъти по-ниски от пределно регистрираните.

Въпреки че е единственият наличен в България misoprostol и практически няма реална легална конкуренция, притежателят на разрешението за употреба (ПРУ) в България поддържа ниска цена на лекарствения продукт (166).

Същото може да се каже и за регистрираните лекарствени продукти, съдържащи mifepristone, макар при тях да няма разлика между регистрираната пределна цена и реалната пазарна.

Причините са сравнително ниските доходи на населението и все още малката популярност на медикаментозния аборт. По-висока цена на лекарствените продукти биха направили метода икономически неконкурентен на класическите методи за прекъсване на бременност.

Парадоксално е, но по официални данни за лекарствените продукти, съдържащи mifepristone, оригиналният лекарствен продукт е по-евтин от генеричния. Причината е чисто търговска – така генеричната компания има възможност да прави промоционални оферти с намаления и преференциални цени за определени контрагенти.

Пазарът на лекарствените продукти, използвани за медикаментозен аборт в България, е с възходяща тенденция (167).

Таблица 12. Продажби на продукти за медикаментозен аборт по години. Източник: IQVIA и НОВУС ЕООД (Упълномощен представител на ПРУ за България)

Година	Брой таблетки Mifepristone 200 mg	Брой таблетки Misoprostol 400 mcg
2015	1417	1744
2016	2708	3600
2017	2862	4480
2018	2816	6016
Общо	9803	15840



Фигура 25. Продажби на продукти за медикаментозен аборт по години

Източник: IQVIA и НОВУС ЕООД (Упълномощен представител на ПРУ за България)

Разгледан е периодът 2015-2018 г., защото реално в края на 2014 г. продуктите са пуснати на българския пазар.

Резултатите от продажбите на лекарствените продукти за медикаментозен аборт за последните четири години сочат плавно нарастване. Повишението е по-значително при misoprostol, защото той се използва широко и извън индикацията си по кратка характеристика на продукта (КХП). Освен за медикаментозно прекъсване на интраутеринно развиваща се бременност, в последователна употреба с mifepristone, до 49 дни от аменорея (индикация по КХП), off-label misoprostol се използва и за:

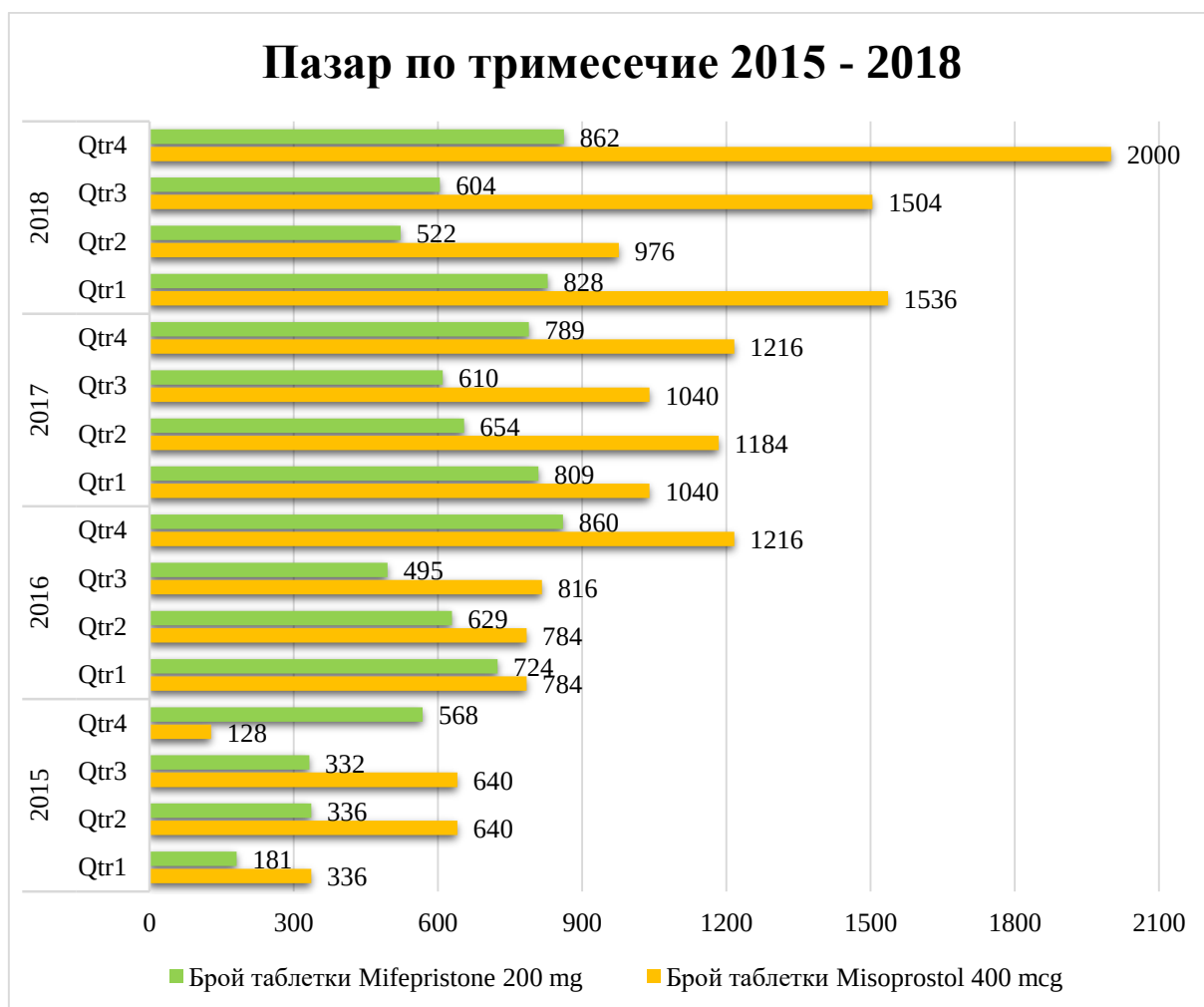
- подготовка за хирургичен аборт;
- подготовка на шийката на матката за различни хирургични интервенции
- предотвратяване на постпартално кървене
- индукция на раждане (в много ниски дози)

Ако разгледаме малко по-детайлно как се движи пазарът на лекарствените продукти по тримесечия за същия период, ще забележим различни флуктуации (167).

Таблица 13. Продажби на продукти за медикаментозен аборт по тримесечия

Година	Брой таблетки Misoprostol 400 mcg	Брой таблетки Mifepristone 200 mg
2015		
Qtr1	336	181
Qtr2	640	336
Qtr3	640	332
Qtr4	128	568
2016		
Qtr1	784	724
Qtr2	784	629
Qtr3	816	495
Qtr4	1216	860
2017		
Qtr1	1040	809
Qtr2	1184	654
Qtr3	1040	610
Qtr4	1216	789
2018		
Qtr1	1536	828
Qtr2	976	522
Qtr3	1504	604
Qtr4	2000	862
Общо	15840	9803

Източник: IQVIA и НОВУС ЕООД (Упълномощен представител на ПРУ за България)



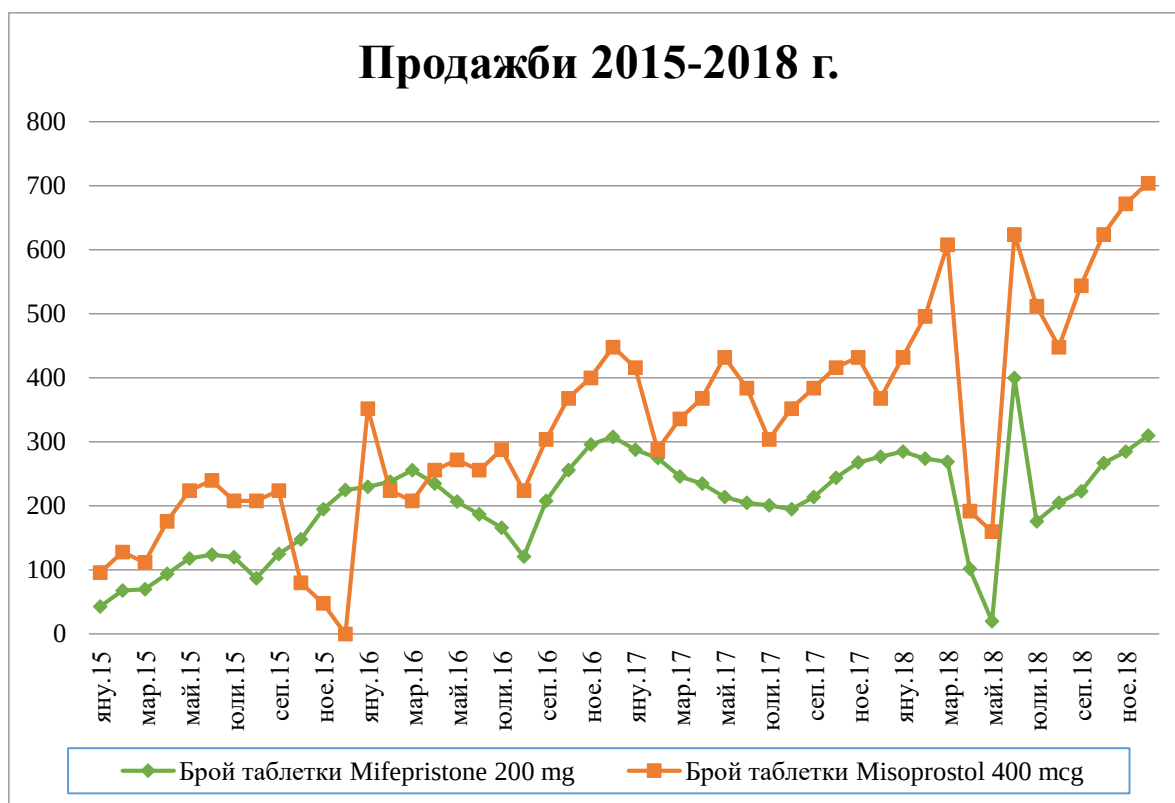
Фигура 26. Продажби на продукти за медикаментозен аборт по тримесечия

Източник: IQVIA и НОВУС ЕООД (Упълномощен представител на ПРУ за България)

Таблица 14. Разпределение на продажбите по месеци 2015-2018 г.

Период	Брой таблетки Mifepristone 200 mg	Брой таблетки Misoprostol 400 mcg
яну.15	43	96
фев.15	68	128
мар.15	70	112
апр.15	94	176
май.15	118	224
юни.15	124	240
юли.15	120	208
авг.15	87	208
сеп.15	125	224
окт.15	148	80

ноє.15	195	48
дек.15	225	0
яну.16	230	352
фев.16	238	224
мар.16	256	208
апр.16	235	256
май.16	207	272
юни.16	187	256
юли.16	166	288
авг.16	121	224
сеп.16	208	304
окт.16	256	368
ноє.16	296	400
дек.16	308	448
яну.17	288	416
фев.17	275	288
мар.17	246	336
апр.17	235	368
май.17	214	432
юни.17	205	384
юли.17	201	304
авг.17	195	352
сеп.17	214	384
окт.17	244	416
ноє.17	268	432
дек.17	277	368
яну.18	285	432
фев.18	274	496
мар.18	269	608
апр.18	102	192
май.18	20	160
юни.18	400	624
юли.18	176	512
авг.18	205	448
сеп.18	223	544
окт.18	267	624
ноє.18	285	672
дек.18	310	704
Общо	9803	15840



Фигура 27. Разпределение на продажбите по месеци 2015-2018 г.

Отклоненията се дължат на ненавременни доставки на лекарствени продукти. Причината е невъзможност да се предвиди какъв ще бъде ръстът и първоначалните продажби на медикаментите. Тъй като пазарът е малък, правенето на партии само за България, съответно с българска опаковка и листовка за пациента на български, е много скъпо. Срокът на годност на опаковката Topogyne (misoprostol) x 16 tabl. е само 1 година и е много трудно да се прогнозира продажбите на този медикамент. От първия внос е бракувано много нереализирано количество. Следващите партии са в по-малко количество, планирани на базата на първоначалното ниско търсене. Както е видно от графиките обаче с популяризирането на метода търсенето нараства и се стига до моменти, когато се наблюдава дефицит.

При всеки внос на нова партида със срок на годност поне 10 месеца се наблюдава пик в продажбите. Обяснява се с изчакване от клиентите и запасяване с лекарства с по-дълъг срок на годност.

Наблюдава се корелация в тренда на движението на продажбите между mifepristone и misoprostol, т.е. намаляването на продажбите на единия медикамент по някаква причина (обикновено липса), води до намаляване на продажбите и на другия, което показва, че въпреки off-label употребата, те се използват основно за индикациите по кратката си характеристика, т.е. заедно.

Много интересна и на пръв поглед необяснима аномалия се наблюдава в периода септември 2015 – януари 2016. През този период рязко спадат продажбите на Topogyne (misoprostol), което обаче не се отразява на продажбите на mifepristone (едната крива спада, другата продължава ръста си).

Подобна липса на Topogune (misoprostol) има и през периода март 2018 – май 2018, когато обаче се наблюдава и очаквано намаляване на продажбите на mifepristone (и двете криви спадат).

Причината за необяснимата на пръв поглед разлика е в степента на пенетрация на метода медикаментозен аборт в България. При по-ранния дефицит (2015 г.) се забелязва, че ръстът на двата лекарствени продукта само привидно е свързан. По това време консуматори на продуктите са основно лекари от болници и медицински центрове, които са запознати с медикаментозния аборт, обикновено при специализации в чужбина. С появата на медикаментите на българския пазар те са първите клиенти, които започват да ги използват. При липсата на Topogune (misoprostol) те използват „нерегламентирано“ Cytotec 200 mg (misoprostol), който няма регистрация в България. Този лекарствен продукт е имал регистрация в България преди време с индикация за протекция на стомашната лигавицата и е бил популярен антиулцерозен продукт. Разбира се off-label се е използвал от гинеколозите със същото предназначение като Topogune (misoprostol). По това време липсата на все още непопулярния Topogune лесно се замества с все още регистрирания в съседните Гърция и Турция Cytotec.

През 2018 г. нещата вече са по-различни. Все повече лекари, посещавайки различни научни събития през годините у нас, се запознават с наличните алтернативи за прекъсване на бременност. Употребата на Cytotec и други нерегистрирани в България алтернативи е вече минало. С популяризирането на метода и ръстът на пазара вече е доста по-предвидим, което прави логистиката на продуктите по-периодична и вече не се наблюдава дефицит.

От 2019 г. в България вече е налична и нова опаковка Topogune (misoprostol) 400 mcg x 1 tabl. Блистерите вече са с така нареченото Alu-Alu покритие, т.е. двойно алуминиево покритие. Тази лекарствена форма, поради различното покритие на материала за блистера, е вече с две години срок на годност (предишната форма от 16 таблетки е с една година срок на годност). Опаковката с една таблетка е много по-удобна за малките практики и лекарите, на които по-рядко им се налага да ползват продукта.

Таблица 15. Продажби на продуктите за медикаментозен аборт след пускането на опаковка с една таблетка Misoprostol

Период	Брой таблетки Mifepristone 200 mg	Брой таблетки Misoprostol 400 mcg x 1 tabl
Jan-19	331	514
Feb-19	307	605
Mar-19	323	711
Apr-19	118	320
May-19	23	450
Jun-19	484	768
Jul-19	202	666
Aug-19	230	502
Sep-19	274	647
Oct-19	315	711

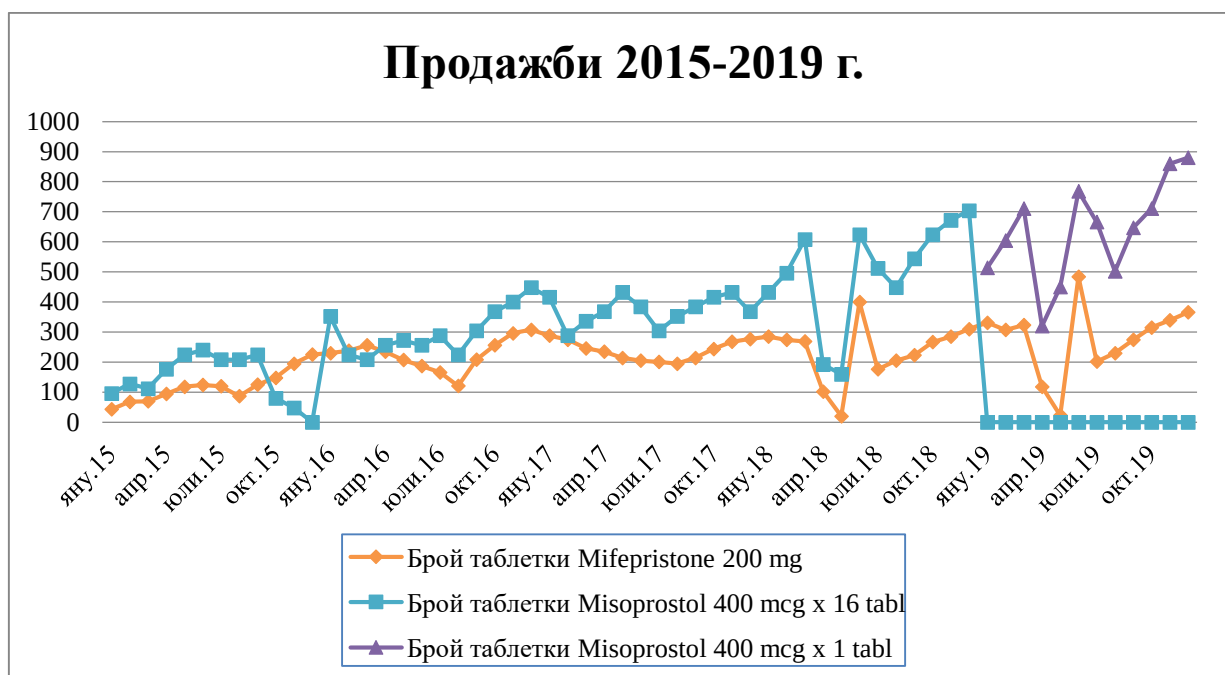
Nov-19	339	860
Dec-19	366	880
Total:	3312	7634

С новата опаковка Misoprostol достъпността до медикаментозния аборт, съответно неговата пенетрация в България, нарасна, защото лекарствената форма с по-дълъг срок на годност и една таблетка в опаковка (в зависимост от дозировката, предписана от лекаря за един ранен медикаментозен аборт ще са необходими една или две таблетки) е по-малко вероятно да се бракува от аптеката.

Преди пускането на пазара на опаковка само с една таблетка Misoprostol 400 mcg x 1 tabl. в България е налична опаковка Misoprostol 400 mcg x 16 tabl. Голямата опаковка е значително по-изгодна финансово, но с много кратък срок на годност – едва една година. Това я прави удобна за болнична употреба и практики, извършващи много аборти. За по-малките практики или такива, които сравнително рядко извършват медикаментозно прекъсване на бременност, както и за аптеките, тази опаковка е изключително неудобна. Макар и с по-ниска цена на таблетките, те рядко успяваха да използват цялата опаковка преди да изтече срока на годност на лекарствения продукт, което правеше използването му дори финансово неизгодно. Като резултат единици аптеки и практики поддържаха наличности от медикамента и дори при търсене от пациентки не бяха склонни да осигурят нужните наличности. Цифрите показват, че с появата на опаковка с една таблетка Misoprostol 400 mcg, макар и на почти двойна цена, продажбите се увеличават.

Следователно цената в този случай не е водещ фактор по отношение на достъпността. Misoprostol е значително по-евтиният лекарствен продукт в комбинацията за прекъсване на бременност, в сравнение с Mifepristone. От друга страна, опаковката с една таблетка Misoprostol дава възможност на лекарските практики и аптеките да осигуряват лекарствени продукти за всеки конкретен аборт при нужда, без да се налага да се притесняват, че ще бракуват останалите таблетки от опаковката.

Поради естеството на употребата си, продуктите за медикаментозен аборт не се поддържат налични постоянно в аптеките за обслужване на населението, защото търсенето им е спорадично. Опаковките с малко таблетки, но достатъчни за една процедура, по-лесно могат да бъдат поръчани от пациента и съответно доставени във всяка една аптека. Голямата опаковка е предназначена по-скоро за болнична употреба, където разходът е достатъчно голям и няма опасност от изтичане на срока на годност.



Фигура 28. Продажби по тримесечия на продуктите за медикаментозен аборт за периода 2015-2019 г.

Разглеждайки кривите от графиките за продажбите за четиригодишния период, прави впечатление определена повторяемост на пиковите и спадовете. На годишна база обикновено първо и четвърто тримесечие са по-силни, там са пиковите, а второ и трето тримесечие са по-слаби като потребление на лекарствени продукти. Обяснението се крие в сезонността на спонтанните аборти. В разговори много лекари споделят, че през зимните месеци поради по-високата честота на вирусни инфекции (грипни епидемии) и последващи усложнения (респираторни заболявания и други), наблюдават по-високи нива на спонтанните аборти. Една от употребите на лекарствените продукти за медикаментозен аборт е и използването им от лекарите, за да се осигури пълна експулсия на остатъците от missed-аборт. Така се намалява вероятността от вторични инфекции след инкомплетен аборт и евентуални усложнения.

3.2. Фармакоикономически анализ на медикаментозен аборт в сравнение с хирургичен аборт

Познати са много протоколи за медикаментозен аборт – различни дозови режими и начин на приложение. Всички те са базирани на доказателства за ефективност и безопасност. Протоколът на Световната здравна организация (СЗО) (101) е разработен с цел ценова ефективност и осигуряване на безопасен аборт, особено в страни, където индуцираният аборт е „законово силно ограничен и/или недостъпен” и е „привилегия на богатите” (96).

Най-популярни сред медицинските специалисти са следните протоколи:

- За бременности до 7-ма седмица от аменореята – Протокол, препоръчван от Европейската лекарствена агенция (ЕМА):

- ✓ *3 таблетки mifepristone, приети перорално (200 mg/таблетка, обща доза: 600 mg), последвани 36 до 48 часа по-късно от 2 таблетки misoprostol, приети перорално (200 µg/таблетка, обща доза: 400 µg).*
- За бременности до 9-та седмица от аменореята – Протокол, препоръчван от Световната здравна организация (СЗО):
- ✓ *1 таблетка mifepristone, приета перорално (200 mg/таблетка, обща доза: 200 mg), последвана 24 до 48 часа по-късно от 4 таблетки misoprostol, поставени вагинално или приети букално или сублингвално (200 µg/таблетка, обща доза: 800 µg).*

Целта на изследването е да бъде направен сравнителен фармакоикономически анализ на две здравни технологии за извършване на аборт в България. Фармакоикономическият анализ има за цел да определи, измери и сравни стойността на консумираните ресурси и резултатите от две или повече алтернативи (168).

Във фармакоикономическия анализ е използван методът разход-минимум, като се сравняват разходите по прекъсване на бременност на два от най-популярните протокола и режима на дозировка с наличните към момента на проучването на българския пазар на лекарствени продукти и разходите при класически аборт. Отчетени са и вероятностите за евентуални усложнения. При еквивалентна ефикасност на двете процедури, прилагането на анализ от типа разход-минимум (СМА) е подходящ и логичен избор.

Анализът разглежда няколко сценария на сравнение на медикаментозния и хирургичния аборт, в зависимост от периода на бременността към момента на прекъсването ѝ (до 13 г.с. включително и от 13 до 26 г.с.) и според протокола, по който е извършен медикаментозният аборт (на ЕМА и на СЗО).

В анализа са включени разходи за:

- Лекарствена терапия с Mifegyne (mifepristone) и Topogyne (misoprostol) при извършване на медикаментозен аборт;
- Разходи за извършване на хирургичен аборт (КП 004.1) – 170,00 лв. (Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания до 13 гест. с. включително) и КП 004.2 – 280,00 лв. (Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания от 14 гест. с. до 26 гест. с. на плода);
- Разходи за посещение при специалист (при медикаментозния аборт);
- Разходи за контрол на нежелани лекарствени реакции.

С оглед на това, че голямата част от разходите са в кратък интервал от време, в изследването не е използвано дисконтиране. Анализът използва здравна перспектива и гледна точка на платеща Национална здравноосигурителна каса.

Цените на лекарствените продукти и клиничните пътеки, използвани в калкулациите, са актуални към месец март 2019 г.

В България лекарствените продукти мифепристон (mifepristone) и мизопропростол (misoprostol) се предлагат от един притежател на разрешение за употреба (ПРУ), което предоставя търговска отстъпка, с цел подобрен достъп на пациентите, тъй като продуктът не се реимбурсира от НЗОК. В рамките на своята утвърдена програма за достъп на пациентите до тази ефективна нова здравна технология, без тя да е преминала

през ОЗТ (169), компанията маркетира лекарствата на цени, по-ниски от пределните регистрирани в Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти. Това води до намаление на разходите за лечение с близо 50 процента. За източник на реални пазарни ценови данни са взети официалните сайтове на два големи български търговеца на едро с лекарства (170) (171).

Разходи за терапия с оценяваната здравна технология и терапевтичните алтернативи

Разходи за лекарствена терапия с Mifegyne (mifepristone) и Topogyne (misoprostol) при приложение на протокола на ЕМА: 600 mg mifepristone *per os* (3 таблетки x 200 mg) + 400 mcg misoprostol, отново *per os* (36-48 часа по-късно), т.е. след два дена.

Таблица 16. Разходи за лекарствена терапия с Mifegyne (mifepristone) и Topogyne (misoprostol), протокол на ЕМА

Терапия	Дозировка и начин на приложение	Цена на опаковка, лева	Цена на таблетка, лева	Общ разход, лева
Mifepristone, 3 tabl. x 200 mg	600 mg mifepristone <i>per os</i> (3 таблетки x 200 mg)	115,31	38,44	115,31
Misoprostol, 16 tabl. x 400 mcg	400 mcg misoprostol <i>per os</i> (36-48 часа) след приема на mifepristone)	90,00	5,63	5,63
Общ разход на комбинацията за медикаментозно прекъсване на бременност				120,94

Протоколът, препоръчван от ЕМА, е с по-висока цена. При него успеваемостта на метода е с няколко процента по-висока (достига 98%), в сравнение с протокола на СЗО. Нуждата от обезболяващи е по-рядка. Повечето странични ефекти и нежелани лекарствени реакции на метода се дължат на misoprostol. При протокола на ЕМА се увеличава количеството на mifepristone за сметка на намаляване на количеството на misoprostol. Така се намалява вероятността от нежелани лекарствени реакции (НЛР), но се увеличава цената на метода. ЕМА преценява, че прекъсването на бременност е сравнително рядко евентуално явление в живота на пациентките и стандартът на живот и покупателната способност на гражданите на ЕС е над средното за света и затова препоръчва протокола с 600 mg mifepristone + 200 mcg misoprostol.

Разходи за лекарствена терапия с Mifegyne (mifepristone) и Topogyne (misoprostol) при приложение на протокола на СЗО: 200 mg mifepristone *per os* (1 таблетка x 200 mg) + 800 mcg misoprostol *per vagina* (локално вагинално) отново 36-48 часа по-късно

Таблица 17. Разходи за лекарствена терапия с Mifegyne (mifepristone) и Topogyne (misoprostol), протокол на СЗО

Терапия	Дозировка и начин на приложение	Цена на опаковка, лева	Цена на таблетка, лева	Общ разход, лева
Mifepristone, 3 tabl x 200 mg	200 mg mifepristone <i>per os</i> (1 таблетка x 200 mg)	115,31	38,44	38,44
Misoprostol, 16 tabl x 400 mcg	800 mcg misoprostol <i>per vagina</i> (локално вагинално) (36-48 часа след приема на mifepristone)	90,00	5,63	11,26
Общ разход на комбинацията за медикаментозно прекъсване на бременност				49,70

Този протокол е с по-нисък разход, затова и се препоръчва от СЗО, основно за развиващите се страни с проблем с контрола на раждаемостта (Африка, Индия, Китай и т.н.). Абортът протича с по-ниска успеваемост (около 92%) и се наблюдава повече кървене и болка, свързани с по-високата доза простагландин (misoprostol), която се използва.

Препоръка на ЕМА от март 2007 г.:
 600 mg mifepristone/400 mcg misoprostol ПЕРОРАЛНО = Най-добрият баланс
 Ефективност/Толеранс

Разходи за лечение с алтернативни здравни технологии

Разход за хирургичен аборт

Таблица 18. Разход за хирургичен аборт

Клинична пътека	Преждевременно прекъсване на бременността	
КП 004.1	Преждевременно прекъсване на бременността - спонтанно или по медицински показания до 13 гест. с. включително	170,00 лв.
КП 004.2	Преждевременно прекъсване на бременността - спонтанно или по медицински показания от 14 гест. с. до 26 гест.с. на плода	280,00 лв.

Разходи за посещение при специалист

При медикаментозния аборт има минимум три прегледа на жената: един за потвърждаване на бременността (вътрематочна) и преди приема на 3 таблетки Mifepristone, втори преди приема на Misoprostol и трети за потвърждаване на пълна експулсия след 14-21 дни.

Всеки прием на таблетки се прави пред лекар и след преглед.

В анализа е използван разход за посещение при специалист от 21,00 лева (на посещение; дейност в СИМП № 3). Общият разход за минимум 3 прегледа на жената, използван в анализа, е 63,00 лв.

Разходи за контрол на нежелани лекарствени реакции (НЛР)

Разходи за контрол на НЛР при медикаментозен аборт

При медикаментозния аборт най-честите НЛР са свързани с кървене, гадене, повръщане, температура, главоболие и риск да се наложи хирургична интервенция. В анализа са включени само разходи за овладяване на НЛР от гледна точка на платеща (НЗОК). По литературни данни ефикасността на медикаментозния аборт е по-висока при прекъсване на бременността в първия триместър (до 98%), отколкото във втория триместър (около 94%) (172), (173).

Анализът допуска, че при около 2% от жените в първи триместър на бременността и при около 6% от жените във втори триместър, медикаментозният аборт не е успешен и налага

допълнителна хирургична интервенция. В 2% от случаите при аборт в първи триместър и в 6% от случаите при аборт във втори триместър ще се наложи да се прави хирургичен аборт, поради неуспех на медикаментозния. Успеваемостта на аборта по протокол на СЗО (200 mg mifepristone *per os* (1 таблетка x 200 mg) + 800 mcg misoprostol *per vagina*) е по-ниска (около 92%). Съответно в 8% от случаите може да се наложи хирургична интервенция, защото медикаментозният аборт е неуспешен.

Таблица 19. Разходи за контрол на НЛР при медикаментозен аборт

Нежелана реакция	Разход, лева *	Клинична пътека
Хирургична интервенция в първи триместър	3,40	КП 004.1 (170,00 лв)
Хирургична интервенция във втори триместър	16,80	КП 004.2 (280,00 лв)
Хирургична интервенция при протокол на СЗО, първи триместър	13,60	КП 004.1 (170,00 лв)
Хирургична интервенция при протокол на СЗО, втори триместър	22,40	КП 004.2 (280,00 лв)

*разходът е изчислен на база честота на НЛР по стойността на съответната клинична пътека

Разходи за контрол на НЛР при хирургичен аборт

При хирургичния аборт най-честите НЛР са свързани с риск от възникване на инфекции и от възникване на перфорация на матката и лацерации на цервикса. По литературни данни рискът от перфорация на матката е 0,05% в първия триместър на бременността и 0,32% - във втория триместър (174), а рискът от настъпване на усложнения като цяло е 1,3% при хирургични аборти в първия триместър и 1,5% при аборти във втори триместър (175). На базата на тези данни е изчислен разходът за овладяване на НЛР при хирургичния аборт.

Таблица 20. Разходи за контрол на НЛР при хирургичен аборт

Нежелана реакция	Разход, лева*	Клинична пътека
Риск от инфекции във първи триместър	5,98	КП 165 (460,00 лв.)
Риск от инфекции във втори триместър	6,90	КП 165 (460,00 лв.)
Перфорация на матката и лацерации на цервикса в първи триместър	0,75	КП 169 (1500,00 лв.)
Перфорация на матката и лацерации на цервикса във втори триместър	4,80	КП 169 (1500,00 лв.)

*разходът е изчислен на база честота на НЛР по стойността на съответната клинична пътека

Анализ разход-минимум

Използван е анализ от типа разход-минимум (СМА), защото се допуска, че има еквивалентна ефикасност на двата метода за прекъсване на бременността.

Анализът разглежда сравнение на разходите при медикаментозен аборт (по протоколи на ЕМА и на СЗО) и хирургичен аборт в първи и втори триместър на бременността. Основният сценарий е сравнение на разхода при медикаментозен аборт по протокол на ЕМА, спрямо разхода за хирургичен аборт, тъй като в препоръката на ЕМА от март 2007 г. приложението на 200 mg mifepristone + misoprostol вагинално НЕ се препоръчва.

Таблица 21. Общо разходи при медикаментозен аборт (протокол на ЕМА)

Вид на разхода	Стойност, лева
Лекарства	120,94
Посещение при специалист	63,00
Овлабяване на НЛР по време на първи триместър	3,40
Овлабяване на НЛР по време на втори триместър	16,80
Общо разход при медикаментозен аборт през първи триместър	187,34
Общо разход при медикаментозен аборт през втория триместър	200,74

Таблица 22. Общо разходи при медикаментозен аборт (протокол на СЗО)

Вид на разхода	Стойност, лева
Лекарства	49,70
Посещение при специалист	63,00
Овлабяване на НЛР по време на първи триместър	13,60
Овлабяване на НЛР по време на втори триместър	22,40
Общо разход при медикаментозен аборт през първи триместър	126,30
Общо разход при медикаментозен аборт през втория триместър	135,10

Както се вижда от данните в таблиците разходите за овлабяване на НЛР при протокола на ЕМА и СЗО са различни, което се дължи на различното количество misoprostol и

различната успеваемост на метода. Най-малко са разходите за НЛР при протокола на ЕМА, но това е по-скъпият протокол.

Таблица 23. Общо разходи при хирургичен аборт

Вид на разхода	Стойност, лева
Прекъсване на бременността през първи триместър	170,00
Прекъсване на бременността през втори триместър	280,00
Овлабяване на НЛР по време на първи триместър	6,73
Овлабяване на НЛР по време на втори триместър	11,70
Общо разход при хирургичен аборт през първи триместър	176,73
Общо разход при хирургичен аборт през втория триместър	291,70

Разходите за прекъсване на бременност при хирургичен аборт отчитат само разходите по ценоразпис на медицинските заведения. Трябва да се има предвид, че няма как да се отчете нуждата от опитен медицински специалист, нуждата от анестезиолог и нуждата от специализирано оборудване и кабинет. Една от причините СЗО да препоръчва медикаментозен аборт е, че той може да се практикува почти в полеви условия и дори от неопитни медицински специалисти.

Основен анализ: Сравнение на разхода при медикаментозен аборт по протокол на ЕМА спрямо разхода за хирургичен аборт

Таблица 24. Анализ разход-минимум при прекратяване на бременност през първи триместър (медикаментозен аборт по протокол на ЕМА)

Здравна технология	Разходи, лева	ΔРазходи, лв.
Медикаментозен аборт	187,34	10,61
Хирургичен аборт	176,73	

Таблица 25. Анализ разход-минимум при прекратяване на бременност през втори триместър (медикаментозен аборт по протокол на ЕМА)

Здравна технология	Разходи, лева	ΔРазходи, лв.
Медикаментозен аборт	200,74	-90,96
Хирургичен аборт	291,70	

Проведеният анализ установява, че медикаментозното прекъсване на бременността по протокола на ЕМА е с малко по-висок разход за пациента, в сравнение с хирургичния аборт, ако процедурата се извършва през първия триместър на бременността (ΔРазходи = +10,61 лв.) и води до спестен разход за пациента по време на втория триместър на бременността (ΔРазходи = -90,96 лв.).

Допълнителен сценарий: сравнение на разхода при медикаментозен аборт по протокол на СЗО спрямо разхода за хирургичен аборт

Таблица 26. Анализ разход-минимум при прекратяване на бременност през първи триместър (медикаментозен аборт по протокол на СЗО)

Здравна технология	Разходи, лв.	ΔРазходи, лв.
Медикаментозен аборт	126,3	-50,43
Хирургичен аборт	176,73	

Таблица 27. Анализ разход-минимум при прекратяване на бременност през втори триместър

(медикаментозен аборт по протокол на СЗО)

Здравна технология	Разходи, лв	ΔРазходи, лв
Медикаментозен аборт	135,1	-156,6
Хирургичен аборт	291,7	

Медикаментозното прекъсване на бременността по протокола на СЗО води до спестен разход на пациент, в сравнение с хирургичния аборт, независимо от напредналостта на бременността и от периода, в който тя се прекъсва (ΔРазходи = -50,43 лв. в първи триместър и ΔРазходи = -156,6 лв. във втори триместър).

Изводи

Проведеният анализ установява, че медикаментозното прекъсване на бременността по протокола на ЕМА е с малко по-висок разход за пациент, в сравнение с хирургичния аборт, ако процедурата се извършва през първия триместър на бременността (ΔРазходи = +10,61 лв.) и води до спестен разход за пациент по време на втория триместър на бременността (ΔРазходи = -90,96 лв.). Тази съвременна здравна технология по протокола на СЗО води до спестен разход на пациент в сравнение с хирургичния аборт, независимо от периода на бременността, в който се извършва процедурата (ΔРазходи = -50,43 лв. в първи триместър и ΔРазходи = -156,6 лв. във втория триместър).

Медикаментозното прекъсване на бременността е неинвазивно, високоефективно и безопасно, наподобяващо естествения механизъм на спонтанния аборт, като в повечето случаи води до спестяване на разходи и може да се разглежда като реална алтернатива на класическия хирургичен аборт.

3.3. Анализ на отношението на медицинските специалисти към медикаментозния аборт

Проведена е пряка анонимна анкета със 72 лекари, акушер-гинеколози, за да се определи отношението им към медикаментозния аборт. Анкетираните са на различна възраст, от различен тип населено място, практиката им е различен тип - болнично заведение, медицински център (МЦ) или диагностично-консултативен център (ДКЦ) и индивидуална практика. Анкетата умишлено е провеждана на най-масово посещаваните научни събития в областта на акушерството и гинекологията, а не на специализирани конференции, симпозиуми, семинари и обучения за медикаментозен или хирургичен аборт, за да е максимално обективна.

Допитването е правено само с лекари, които твърдят, че практикуват прекъсване на бременност.

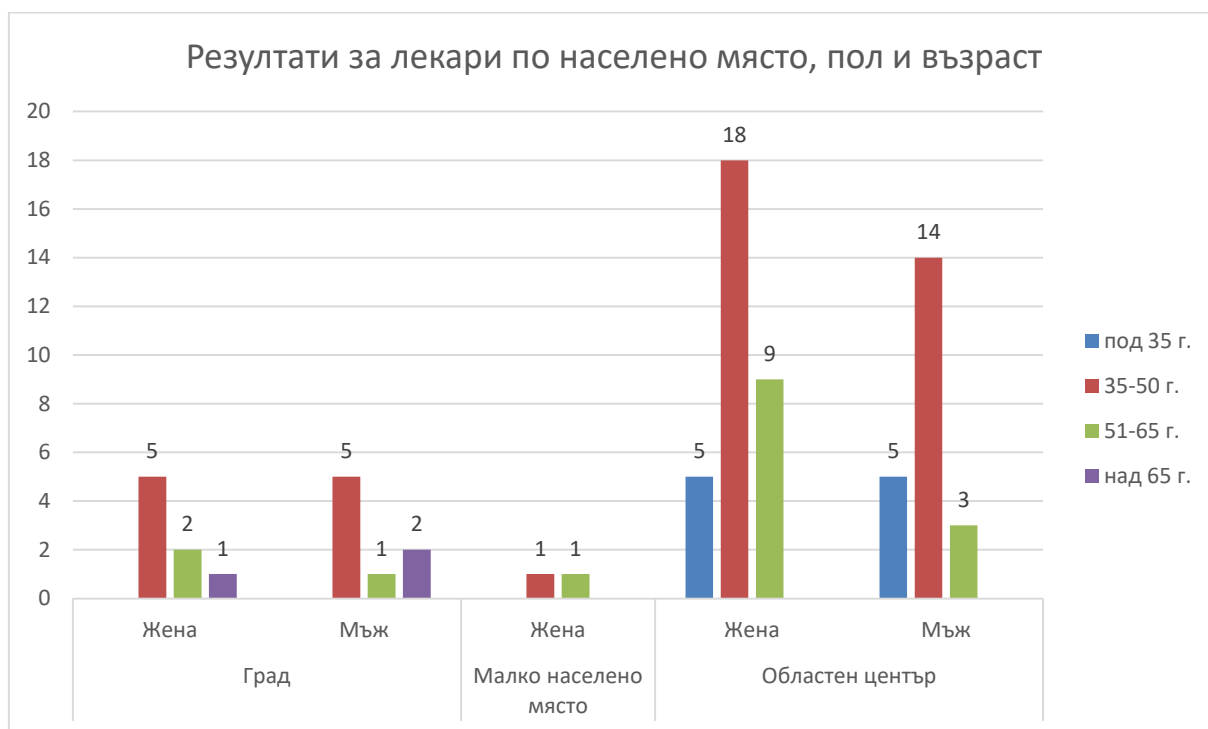
Анкетата е проведена по време XXI Национална гинекологична конференция на 23-25 март 2018 г. и по време на XXXVI Национална конференция по акушерство на 21-24 юни 2018 г.

При разглеждане на резултатите за разпределение на анкетираните по пол, възраст и тип населено място, прави впечатление, че от младите лекари под 35 години [10 души] няма нито един в малък град или малко населено място. Всичките работят в областни центрове, което потвърждава тенденцията в България на насочване на хората към големите градове.

Отговорилите жени [n=42] са повече от мъжете [n=30]. Най-голяма е групата на възраст 35-50 години [n=43], следвана от групата на възраст 51-65 години [n=16] и групата под 35 години [n=10]. Най-малко са взели участие в допитването лекарите над 65 години, като нито един от тях не практикува в малко населено място или областен център.

Таблица 28. Резултати от анкета за лекари, разпределени по пол, възраст и населено място

Населено място / Пол	под 35 г.	35-50 г.	51-65 г.	над 65 г.	Общо
Град		10	3	3	16
Жена		5	2	1	8
Мъж		5	1	2	8
Малко населено място		1	1		2
Жена		1	1		2
Областен център	10	32	12		54
Жена	5	18	9		32
Мъж	5	14	3		22
Общо	10	43	16	3	72

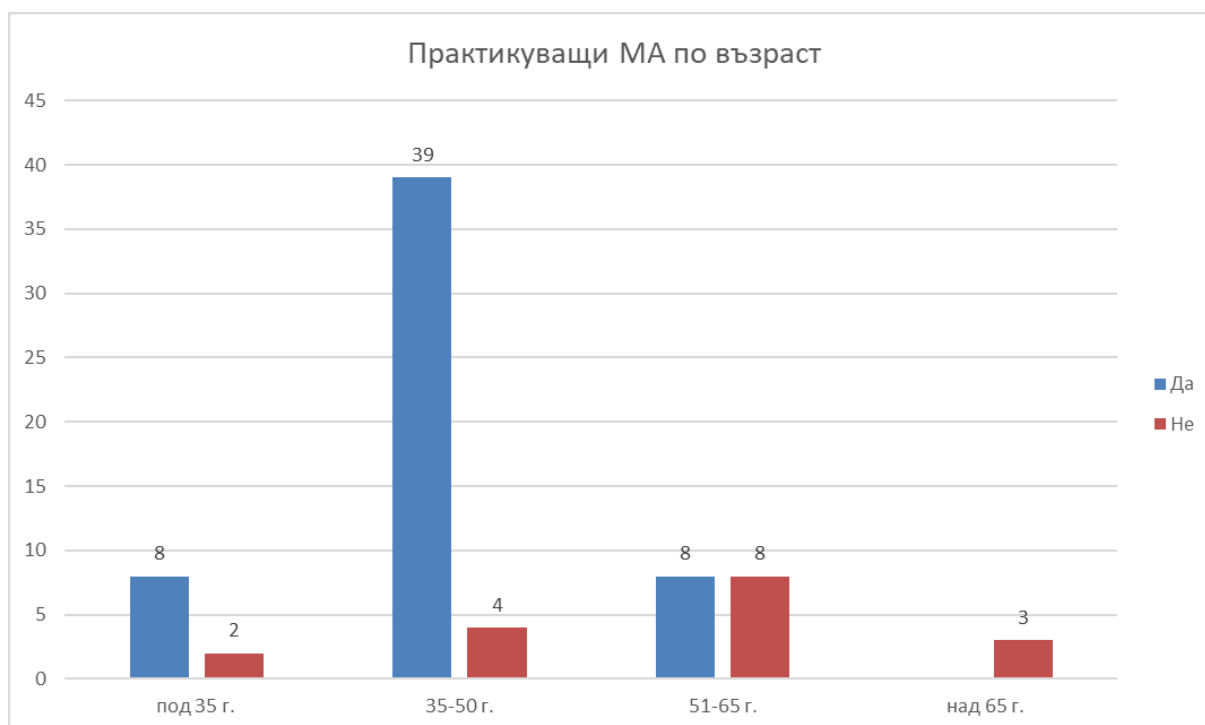


Фигура 29. Резултати от анкета за лекари, разпределени по пол, възраст и населено място

Впечатление прави преобладаващото участие на сравнително млади лекари в анкетата. Причината вероятно е, че те по принцип са по-склонни да участват в проучване. Повечето медицински специалисти, изявили желание да участват в анкетата, са от областни центрове, което е обяснимо с оглед разпределението на лекарите основно в тези населени места. Едва две жени, които са лекарки, работещи в малко населено място, се включиха. Няма съществени различия по отношение на пола на участниците.

Таблица 29. Съотношение на практикуващите и непрактикуващите МА по възраст

Възраст	Да	Не	Общо
под 35 г.	8	2	10
35-50 г.	39	4	43
51-65 г.	8	8	16
над 65 г.		3	3
Общо	55	17	72



Фигура 30. Съотношение на практикуващите и непрактикуващите МА по възраст

Изключително интересно е да се проследят резултатите по отношение на това кои лекари практикуват и кои не медикаментозен аборт. Нито един от тримата лекари над 65 години не практикува медикаментозен аборт. В личен разговор по-възрастните лекари споделят, че са чували за метода, но не го използват по няколко причини:

- Притесняват се от нещо, което е ново за тях. Парадоксално е, защото СЗО препоръчва медикаментозния аборт като метод, за който не се налага особен опит на медицинския специалист, не е нужно специфично оборудване и клинична среда;
- Не са добре запознати с метода – това е нещо, което с времето се променя благодарение на медицинските форуми и конференции, на които се дискутират новостите в практиката;
- Доверяват се на рутината и опита си с класическите методи за прекъсване на бременност.

Очаквано сред младите лекари под 35 години практикуващите медикаментозен аборт са четири пъти повече от непрактикуващите. Тази група лекари е най-отворена към иновациите, задава най-много въпроси, редовно ползва международни издания за запознаване с иновации.

Обяснимо е, че най-много практикуващи медикаментозен аборт има в групата на лекарите между 35-50-годишна възраст. Това са интензивно работещи лекари, които не

само практикуват, но и все още се развиват професионално. Те са добре запознати с предимствата на метода и оценяват възможността да насочат усилията си в други области на гинекологията, но все пак при нужда да могат да помогнат на пациентките си, когато се налага прекъсване на бременност, без да се налага това да става с риск за жените и с минимум усилия и отнемане на време на лекаря.

Таблица 30. Процентно съотношение на практикуващите и непрактикуващите МА по възраст

Възраст	Да	Не	Общо
под 35 г.	80%	20%	100%
35-50 г.	91%	9%	100%
51-65 г.	50%	50%	100%
над 65 г.	0%	100%	100%
Общо	76%	24%	100%



Фигура 31. Съотношение на практикуващи и непрактикуващи МА по възраст, (%)

Нито един от респондентите над 65-годишна възраст не практикува медикаментозен аборт. Най-голям е дялът на лекарите, които използват метода, във възрастовата група 35-50 години. При групата на възраст 51-65 години има изравняване на дяловете на практикуващи и непрактикуващи МА. Едва един от пет лекари на възраст под 35 години не практикува медикаментозен аборт.

Таблица 31. Разпределение на практикуващите МА лекари по пол и възраст

Практикуващи МА / Пол	под 35 г.	35-50 г.	51-65 г.	над 65 г.	Общо
Да	8	39	8		55
Жена	4	20	7		31
Мъж	4	19	1		24
Не	2	4	8	3	17
Жена	1	4	5	1	11
Мъж	1		3	2	6
Общо	10	43	16	3	72

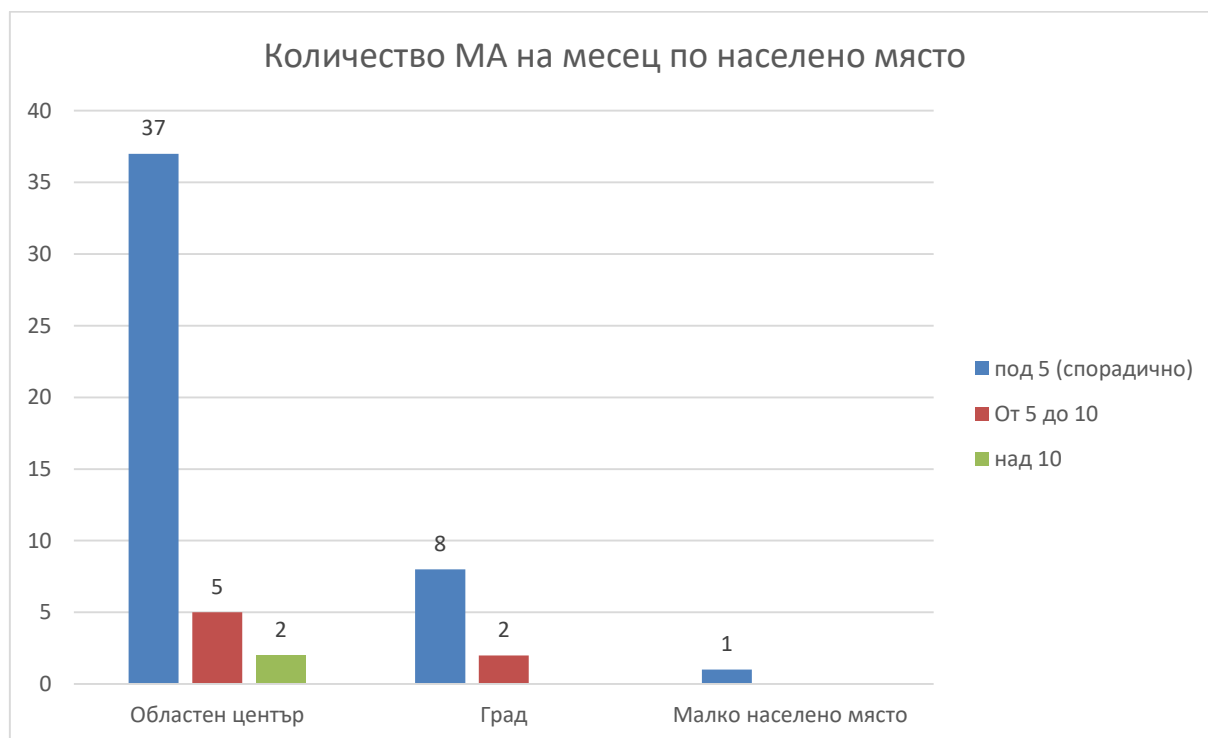


Фигура 32. Разпределение на практикуващи МА по пол и възраст

От фигурата е видно, че ако възрастта е определяща за това дали медицинските специалисти използват в практиката си медикаментозен аборт, то полът не е определящ. Половото разпределение е аналогично за всички възрастови групи.

Таблица 32. Разпределение на МА за месец по тип населено място

Населено място	под 5 аборта (спорадично)	От 5 до 10 аборта	над 10 аборта	Общо
Областен център	37	5	2	44
Град	8	2		10
Малко населено място	1			1
Общо	46	7	2	55



Фигура 33. Разпределение на МА за месец по тип населено място

Видно е, че в малките населени места медикаментозни аборти почти не се правят. Изявените специалисти с опит се намират в по-големите градове и областни центрове. Лекарите, които практикуват много медикаментозни аборти, работят в големите градове в България.

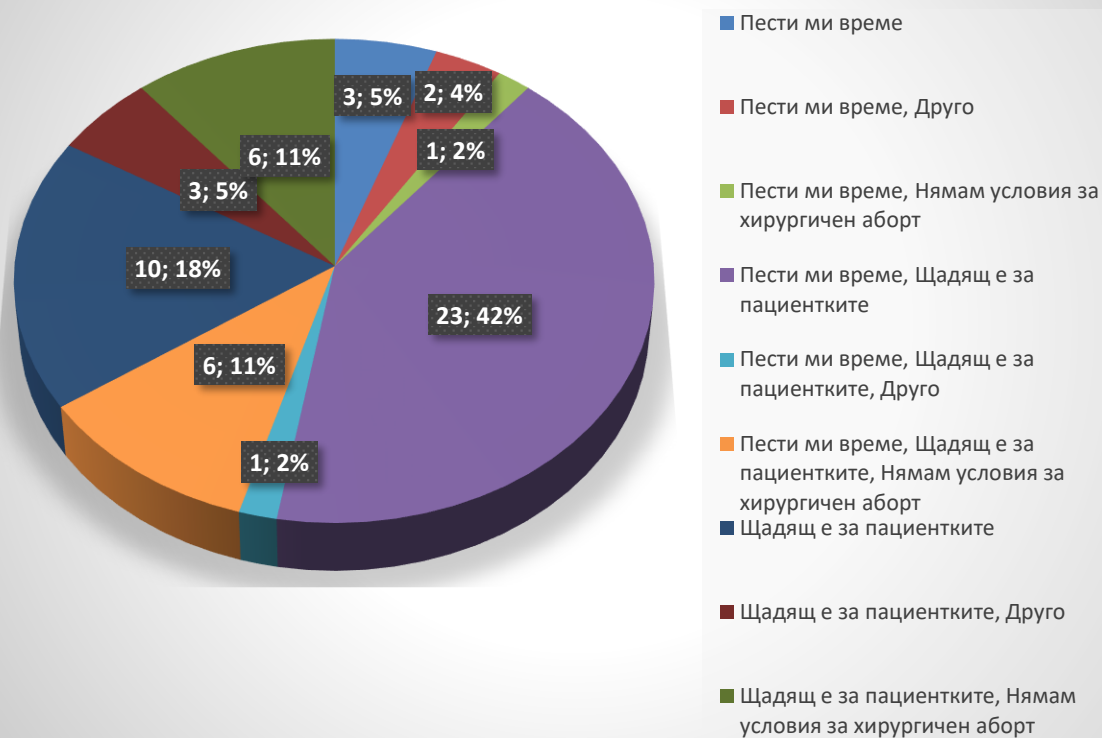
По принцип едно от предимствата на медикаментозния аборт пред хирургичния е, че може да се прави и от по-неопитни специалисти. Не е необходимо наличието на опитен акушер-гинеколог с хирургични способности, анестезиолог или специализирано хирургично оборудване, съответно помещение. Това е една от основните причини Световната здравна организация (СЗО) да го промотира. Той може да се прави дори на места, където хирургичната алтернатива носи значително повече рискове. България е малка страна с добре изградена и все още налична мрежа от здравни заведения и

специалисти. Хората от малките населени места често пътуват до близките по-големи селища по работа, административни задължения или просто за пазаруване и социален живот. За жените в нужда не представлява затруднение да намерят лекар в близкия по голям град, който е известен с това, че практикува и има опит с медикаментозния аборт. Това е основната причина в малките населени места рядко да правят МА, макар да има всички условия за това.

Таблица 33. Причини за предпочитане на МА от лекарите

Причини за избор на МА	Общ брой лекари практикуващи МА
Пести ми време	3
Пести ми време, Друго	2
Пести ми време, Нямам условия за хирургичен аборт	1
Пести ми време, Щадящ е за пациентките	23
Пести ми време, Щадящ е за пациентките, Друго	1
Пести ми време, Щадящ е за пациентките, Нямам условия за хирургичен аборт	6
Щадящ е за пациентките	10
Щадящ е за пациентките, Друго	3
Щадящ е за пациентките, Нямам условия за хирургичен аборт	6
Общо	55

Причини за избор на медикаментозен аборт



Фигура 34. Разпределение на причините за предпочитане на МА от лекарите

Резултатите относно причините за избор на медикаментозен аборт от лекарите са логични и рационални. В анкетата на лекарите бе дадена възможност да посочат повече от един отговор, като те бяха достатъчно коректни да не изберат механично всичките възможни, което щеше да компрометира смисъла на въпроса. Те откровено посочват най-важните за тях причини (фиг.47).

Всеки пети анкетиран лекар, практикуващ МА, не е посочил причината „Щадящ е за пациентките“, като основание за неговия избор. Това не означава, че не са убедени в безопасността на метода. В противен случай нямаше да го практикуват.

Другото очевидно нещо е колко заети са лекарите, защото от 9 получени комбинации от отговори в 6 от тях е включена причината „Пести ми време“. Или това е една от основните причини за докторите да изберат медикаментозния аборт.

Все пак най-често посочената комбинация от причини - 42% от всички отговори или при 23 от 55 лекари, е, че медикаментозният аборт едновременно е и щадящ пациентките, и спестяващ време. На второ място, като отделна причина, с 18% е „Щадящ е за пациентките“ при 10 от 55 лекари.

18 от общо 55 лекари посочват като поне една причина за избора им да практикуват медикаментозен аборт - „Нямам условия за хирургичен аборт“, което означава, че те практически нямат избор. Ако им се наложи да прекъснат бременност, те или трябва да го направят с помощта на лекарствен продукт, или да насочат пациентката към друг специалист или практика. Това не означава, че не са убедени привърженици на медикаментозното прекъсване на бременност. Лекарите се профилират в различни потесни специалности и нямат нито нуждата, нито възможността да инвестират време, усилия и ресурси в създаването на условия за практикуване на всякакви техники и методи в гинекологията. Затова често избират най-логичното, а именно най-простото. Принципът на Уилям Окъм (францискански монах от 13-ти век) гласи: „Безполезно е да влагаши в нещо повече, ако можеш да го постигнеш с по-малко“, което всъщност е принципът на достатъчното основание, известен още от времето на Аристотел, които е написал: „Природата работи по най-простия възможен начин“.

Таблица 34. Причини за избор на хирургичен аборт от лекарите

Причини за избор на хирургичен аборт	Общ брой лекари практикуващи ХА
Нямам опит с МА, Друго	1
Нямам опит с МА, Имам опит и условия за хирургичен аборт, Друго	1
Протича с една визита, Имам опит и условия за хирургичен аборт	1
Протича с една визита, Нямам опит с МА	5
Протича с една визита, Нямам опит с МА, Друго	1
Протича с една визита, Нямам опит с МА, Имам опит и условия за хирургичен аборт	7
Общо	16

Причини за избор на хирургичен аборт



Фигура 35. Причини за избор на хирургичен аборт от лекарите

В получените данни за непрактикуващите медикаментозен аборт лекари само в една от шест посочени комбинации от причини липсва „Нямам опит с МА“. Това се наблюдава само при един единствен лекар. Което означава, че той има опит с медикаментозен аборт, но по друга причина не го практикува.

Почти половината от лекарите, непрактикуващи медикаментозен аборт, посочват три причини да предпочетат хирургичен аборт – нямат опит с медикаментозен, имат опит и условия за хирургичен и протича с една визита.

Почти една трета посочват като основание комбинацията от две причини – „Нямам опит“ и „Протича с една визита“ (фиг.48).

В следващите таблици подробно са представени резултатите от причините за избор на медикаментозен аборт от медицинските специалисти, в зависимост от типа практика, в която работят. Няма съществени разлики в причините за избор на метода в зависимост от мястото на практикуване на лекарите, което показва, че методът е еднакво удобен за лекарите и същевременно безопасен за пациентките, независимо от мястото на прилагане.

Таблица 35. Зависимост на отделните показатели при лекари с индивидуална практика при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

		Практика				p
		Индивидуална практика		Друго		
		n	%	n	%	
Практика	Болница	44	73,3%	7	58,3%	ns
	Друго	16	26,7%	5	41,7%	
Практика	МЦ/ДКЦ	33	55,0%	12	100,0%	0,002
	Друго	27	45,0%	0	0,0%	
Населено място	Областен център	46	76,7%	8	66,7%	0,006
	Град	14	23,3%	2	16,7%	
	Малко населено място	0	0,0%	2	16,7%	
Практикувате ли медикаментозен аборт?	не	14	23,3%	3	25,0%	ns
	да	46	76,7%	9	75,0%	
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	38	82,6%	8	88,9%	ns
	5 - 10.	6	13,0%	1	11,1%	
	над 10 (често)	2	4,3%	0	0,0%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	9	19,6%	2	22,2%	ns
	Протокол на СЗО	20	43,5%	3	33,3%	
	Друг	17	37,0%	4	44,4%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Пести ми време	30	50,0%	6	50,0%	ns
	Друг отговор	30	50,0%	6	50,0%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Щадящ е за пациентките	41	68,3%	8	66,7%	ns
	Друг отговор	19	31,7%	4	33,3%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Нямам условия за хирургичен аборт	10	16,7%	3	25,0%	ns
	Друг отговор	50	83,3%	9	75,0%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Друго	7	11,7%	0	0,0%	ns
	Друг отговор	53	88,3%	12	100,0%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Протича с една визита	11	18,3%	3	25,0%	ns
	Друг отговор	49	81,7%	9	75,0%	
	Нямам опит с МА	12	20,0%	3	25,0%	ns

Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Друг отговор	48	80,0%	9	75,0%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Имам опит и условия за хирургичен аборт	9	15,0%	0	0,0%	ns
	Друг отговор	51	85,0%	12	100,0%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Друго	2	3,3%	1	8,3%	ns
	Друг отговор	58	96,7%	11	91,7%	

Таблица 36. Зависимост на отделните показатели при лекари от болници при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

		Практика				p
		Болница		Друго		
		п	%	п	%	
Практика	МЦ/ДКЦ	24	47,1%	21	100,0%	<0,001
	Друго	27	52,9%	0	0,0%	
Населено място	Областен център	38	74,5%	16	76,2%	0,058
	Град	13	25,5%	3	14,3%	
	Малко населено място	0	0,0%	2	9,5%	
Практикувате ли медикаментозен аборт?	не	8	15,7%	9	42,9%	0,03
	да	43	84,3%	12	57,1%	
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	35	81,4%	11	91,7%	ns
	5 - 10.	6	14,0%	1	8,3%	
	над 10 (често)	2	4,7%	0	0,0%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	8	18,6%	3	25,0%	ns
	Протокол на СЗО	17	39,5%	6	50,0%	
	Друг	18	41,9%	3	25,0%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Пести ми време	29	56,9%	7	33,3%	ns
	Друг отговор	22	43,1%	14	66,7%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Щадящ е за пациентките	37	72,5%	12	57,1%	ns
	Друг отговор	14	27,5%	9	42,9%	

Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Нямам условия за хирургичен аборт	6	11,8%	7	33,3%	0,044
	Друг отговор	45	88,2%	14	66,7%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Друго	7	13,7%	0	0,0%	ns
	Друг отговор	44	86,3%	21	100,0%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Протича с една визита	5	9,8%	9	42,9%	0,003
	Друг отговор	46	90,2%	12	57,1%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Нямам опит с МА	6	11,8%	9	42,9%	0,008
	Друг отговор	45	88,2%	12	57,1%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Имам опит и условия за хирургичен аборт	4	7,8%	5	23,8%	ns
	Друг отговор	47	92,2%	16	76,2%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Друго	2	3,9%	1	4,8%	ns
	Друг отговор	49	96,1%	20	95,2%	

Таблица 37. Зависимост на отделните показатели при лекари от медицински центрове при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

		Практика				p
		МЦ/ДКЦ		Друго		
		п	%	п	%	
Населено място	Областен център	35	77,8%	19	70,4%	ns
	Град	8	17,8%	8	29,6%	
	Малко населено място	2	4,4%	0	0,0%	
Практикувате ли медикаментозен аборт?	не	11	24,4%	6	22,2%	ns
	да	34	75,6%	21	77,8%	
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	31	91,2%	15	71,4%	ns
	5 - 10.	3	8,8%	4	19,0%	
	над 10 (често)	0	0,0%	2	9,5%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	8	23,5%	3	14,3%	ns
	Протокол на СЗО	14	41,2%	9	42,9%	

	Друг	12	35,3%	9	42,9%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Пести ми време	23	51,1%	13	48,1%	ns
	Друг отговор	22	48,9%	14	51,9%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Щадящ е за пациентките	32	71,1%	17	63,0%	ns
	Друг отговор	13	28,9%	10	37,0%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Нямам условия за хирургичен аборт	8	17,8%	5	18,5%	ns
	Друг отговор	37	82,2%	22	81,5%	
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Друго	4	8,9%	3	11,1%	ns
	Друг отговор	41	91,1%	24	88,9%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Протича с една визита	10	22,2%	4	14,8%	ns
	Друг отговор	35	77,8%	23	85,2%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Нямам опит с МА	11	24,4%	4	14,8%	ns
	Друг отговор	34	75,6%	23	85,2%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Имам опит и условия за хирургичен аборт	5	11,1%	4	14,8%	ns
	Друг отговор	40	88,9%	23	85,2%	
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Друго	2	4,4%	1	3,7%	ns
	Друг отговор	43	95,6%	26	96,3%	

Таблица 38. Общи статистически данни по показатели от изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

Показатели		п	%
Пол	Мъж	30	41,7%
	Жена	42	58,3%
Възраст	под 35 г.	10	13,9%
	35-50 г.	43	59,7%
	51-65 г.	16	22,2%
	над 65 г.	3	4,2%
Практика	Индивидуална практика	60	83,3%
	Друго	12	16,7%
Практика_2	Болница	51	70,8%
	Друго	21	29,2%
Практика_3	МЦ/ДКЦ	45	62,5%
	Друго	27	37,5%
Населено място	Областен център	54	75,0%
	Град	16	22,2%
	Малко населено място	2	2,8%
Практикувате ли медикаментозен аборт?	не	17	23,6%
	да	55	76,4%
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	46	83,6%
	5 - 10.	7	12,7%
	над 10 (често)	2	3,6%
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	11	20,0%
	Протокол на СЗО	23	41,8%
	Друг	21	38,2%

Таблица 39. Зависимост на отделните показатели от пола при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

Показатели		Пол				p
		Мъж		Жена		
		п	%	п	%	
Възраст	под 35 г.	5	16,7%	5	11,9%	ns
	35-50 г.	19	63,3%	24	57,1%	
	51-65 г.	4	13,3%	12	28,6%	
	над 65 г.	2	6,7%	1	2,4%	
Практика	Индивидуална практика	26	86,7%	34	81,0%	ns
	Друго	4	13,3%	8	19,0%	
Практика	Болница	24	80,0%	27	64,3%	ns
	Друго	6	20,0%	15	35,7%	
Практика	МЦ/ДКЦ	20	66,7%	25	59,5%	ns
	Друго	10	33,3%	17	40,5%	
Населено място	Областен център	22	73,3%	32	76,2%	ns
	Град	8	26,7%	8	19,0%	

	Малко населено място	0	0,0%	2	4,8%	
Практикувате ли медикаментозен аборт?	не	6	20,0%	11	26,2%	ns
	да	24	80,0%	31	73,8%	
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	19	79,2%	27	87,1%	ns
	5 - 10.	4	16,7%	3	9,7%	
	над 10 (често)	1	4,2%	1	3,2%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	3	12,5%	8	25,8%	ns
	Протокол на СЗО	14	58,3%	9	29,0%	
	Друг	7	29,2%	14	45,2%	

От гореизложените данни може да се очертае профилът на лекаря, който най-често използва медикаментозен аборт в практиката си. Той е на възраст между 35-50 години (около 60%), не практикува в малко населено място (3/4 са в областен център, 1/4 в град), прави до 5 аборта месечно (в 80% от случаите) по протокола на СЗО (почти 60% от случаите). При разпределението по пол и възраст се забелязва разлика при лекарите между 51-65 години, където жените са процентно повече от мъжете. Мъжете използват много по-често протокола на СЗО, който е почти двойно по-евтин от този на ЕМА, но е съпроводен с повече болка и незначително по-ниска успеваемост.

Няма статистически значима разлика по пол при практикуващите медикаментозен аборт лекари. При лекарите, правещи между 5-10 аборта на месец, мъжете са с малко по-висок дял, докато тези, правещи до 5 аборта на месец, по-често са жени.

Таблица 40. Зависимост на отделните показатели от възрастта при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

Показатели		Възраст								p
		под 35 г.		35-50 г.		51-65 г.		над 65 г.		
		п	%	п	%	п	%	п	%	
Практика	Индивидуална практика	9	90,0 %	36	83,7 %	13	81,3 %	2	66,7 %	ns
	Друго	1	10,0 %	7	16,3 %	3	18,8 %	1	33,3 %	
Практика	Болница	7	70,0 %	33	76,7 %	10	62,5 %	1	33,3 %	ns
	Друго	3	30,0 %	10	23,3 %	6	37,5 %	2	66,7 %	

Практика	МЦ/ДКЦ	6	60,0 %	27	62,8 %	9	56,3 %	3	100,0 %	ns
	Друго	4	40,0 %	16	37,2 %	7	43,8 %	0	0,0%	
Населено място	Областен център	10	100,0 %	32	74,4 %	12	75,0 %	0	0,0%	0,023
	Град	0	0,0%	10	23,3 %	3	18,8 %	3	100,0 %	
	Малко населено място	0	0,0%	1	2,3 %	1	6,3%	0	0,0%	
Практикуват ли медикаментозен аборт?	не	2	20,0 %	4	9,3 %	8	50,0 %	3	100,0 %	<0,001
	да	8	80,0 %	39	90,7 %	8	50,0 %	0	0,0%	
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	7	87,5 %	32	82,1 %	7	87,5 %	0	0,0%	ns
	5 - 10.	1	12,5 %	5	12,8 %	1	12,5 %	0	0,0%	
	над 10 (често)	0	0,0%	2	5,1 %	0	0,0%	0	0,0%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	1	12,5 %	10	25,6 %	0	0,0%	0	0,0%	0,003
	Протокол на СЗО	4	50,0 %	19	48,7 %	0	0,0%	0	0,0%	
	Друг	3	37,5 %	10	25,6 %	8	100,0 %	0	0,0%	

Веднага се забелязва, че лекарите над 65 години (отговорили на въпросите) не практикуват медикаментозен аборт, а от тези между 51-65 години само половината го практикуват. По-младите лекари са по-склонни да използват метода като нещо ново за България. Броят на абортите не зависи от възрастта, т.е. когато един лекар се запознае и обучи на метода, той го ползва и честотата на използване не зависи от възрастта, а от спецификите на практиката му.

Протоколът на ЕМА се практикува само от по-младите лекари, вероятно по-възрастните залагат на изпитания по-отдавнашен протокол на СЗО. По-възрастните лекари до един използват други протоколи, различни от тези на СЗО и ЕМА, като най-често това е комбинация от двата протокола.

Таблица 41. Зависимост на отделните показатели от типа населено място при изследването на отношението на медицинските специалисти към МА

Показатели		Населено място						p
		Областен център		Град		Малко населено място		
		п	%	п	%	п	%	
Практикуват ли медикаментозен аборт?	не	10	18,5 %	6	37,5 %	1	50,0%	ns
	да	44	81,5 %	10	62,5 %	1	50,0%	
Колко медикаментозни и абортите правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)	37	84,1 %	8	80,0 %	1	100,0 %	ns
	5 - 10.	5	11,4 %	2	20,0 %	0	0,0%	
	над 10 (често)	2	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА	9	20,5 %	2	20,0 %	0	0,0%	ns
	Протокол на СЗО	20	45,5 %	3	30,0 %	0	0,0%	
	Друг	15	34,1 %	5	50,0 %	1	100,0 %	

Колкото по-голямо е населеното място, където практикуват лекарите, толкова по-висок е процентът на лекарите, практикуващи медикаментозен аборт. Съответно толкова по-голяма е бройката на абортите, които може да направи медицинският специалист (над 10 само в областните центрове). Това се обяснява с очакването на пациентите за по-специфични проблеми да търсят специалисти от по-големи населени места, които имат повече практически опит и са се профилирали в определени области. Протоколът на ЕМА, който е с по-висока успеваемост и по-малко болка и неприятни усещания, но е двойно по-скъп от протокола на СЗО, не се практикува в малките населени места.

3.4. Анализ на отношението на пациентките към медикаментозния аборт

Резултатите от анкета с пациентки определят отношението им към медикаментозния аборт. Това е от изключително значение за навлизането на метода в България. Вярно е, че лекарите със своя авторитет често могат да наложат мнението си над пациентите, но ако последните нямат положително мнение за медикаментозния аборт, той няма да се използва широко.

Анкетирани са 124 пациентки след медикаментозен аборт. Анкетата е анонимна и е правена с тяхно съгласие при последната им визита от процедурата при лекуващия лекар за потвърждаване на пълна експулсия. Анкетните карти са събирани в периода април 2018 - декември 2018. Анкетните карти са давани от лекарите, потвърдили в предната анкета, че практикуват медикаментозен аборт. Можем да приемем, че в известна степен двете анкети са свързани и отразяват двете гледни точки към един и същ процес - на извършващите медикаментозен аборт лекари и на техните пациентки.

Таблица 42. Общи статистически данни по показатели от изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		n	%
Възраст	под 18 г.	12	9,7%
	19-30 г.	47	37,9%
	31-40 г.	55	44,4%
	над 40 г.	10	8,1%
Населено място	Областен център	54	43,5%
	Окръжен център	20	16,1%
	Общински център	45	36,3%
	Село	5	4,0%
Населено място	Областен център	54	43,5%
	По-малък град	65	52,4%
	Село	5	4,0%
Семейно положение	Омъжена	42	33,9%
	Живее с партньор	51	41,1%
	Необвързана	31	25,0%
Семейно положение	Омъжена/Живее с партньор	93	75,0%
	Необвързана	31	25,0%
Колко деца имате?	0	27	21,8%
	1	56	45,2%
	2	34	27,4%
	3	6	4,8%
	Повече от 3	1	,8%
Имате ли деца?	Нямам	27	21,8%

	Имам	97	78,2%
Доход на член от домакинството	под 450	29	23,4%
	451-1000	74	59,7%
	над 1000	21	16,9%
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	26	21,0%
	от TV, радио, вестник, брошура	17	13,7%
	от интернет	53	42,7%
	от познат	15	12,1%
	от друг източник	13	10,5%
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	101	81,5%
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	23	18,5%
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви	не	7	5,6%
	да	117	94,4%

Таблица 43. Разпределение на пациентките по възраст

Възраст	Брой на пациентките
под 18 г.	12
19-30 г.	47
31-40 г.	55
над 40 г.	10
Общо	124



Фигура 36. Разпределение на пациентките по възраст (%)

Почти половината от пациентките са на възраст 31-40 години (44%), а 38% са на възраст 19-30 години. Очаквано най-малко са над 40-годишните пациентки, защото способността за зачеване намалява с годините. Освен това тези пациентки имат повече познания и са по-отговорни към методите за контрацепция. В тази група една част от пациентките вече имат потомство и една бременност може да бъде неочаквана и нежелана. Макар с увеличаването на възрастта и броя на предишните бременности ефективността на медикаментозния аборт да намалява, той се явява една достъпна и желана алтернатива за тези жени.

В групата на над 40 години, част от жените, претърпели медикаментозен аборт обаче, не са имали деца досега и бременността е силно желана. Особено при жени, които са се подложили на симулирана репродукция, но по една или друга причина манипулацията е неуспешна и бременността трябва да се прекъсне, медикаментозният аборт се явява като предпочитана алтернатива. Ако жената се подложи на хирургичен аборт, трябва да се изчака няколкомесечно възстановяване на лигавицата на матката, преди да може да се повтори процедурата. Ако се пристъпи към медикаментозен аборт обаче, процедурата по стимулирана репродукция може да се приложи много по-скоро. За жени на тази възраст, в това положение, медикаментозният аборт е от изключително значение, защото за тях времето е първостепенен фактор.

Не е случаен и изборът на жените от най-голямата група - 31-40 години (44%). Това в голямата си част са жени в активна възраст, обикновено работещи или отглеждащи деца. Въпреки че медикаментозният аборт е свързан с поне три визити при лекаря, той се явява дискретна, удобна и предпочитана алтернатива. Тези жени могат

лесно, разбира се, заедно с лекаря си, да планират кога точно да се извърши процедурата в удобно за тях време, защото медикаментозният аборт не ангажира сериозно време на доктора, не се налага съгласуване с анестезиолога и наличие на специализирана инфраструктура.

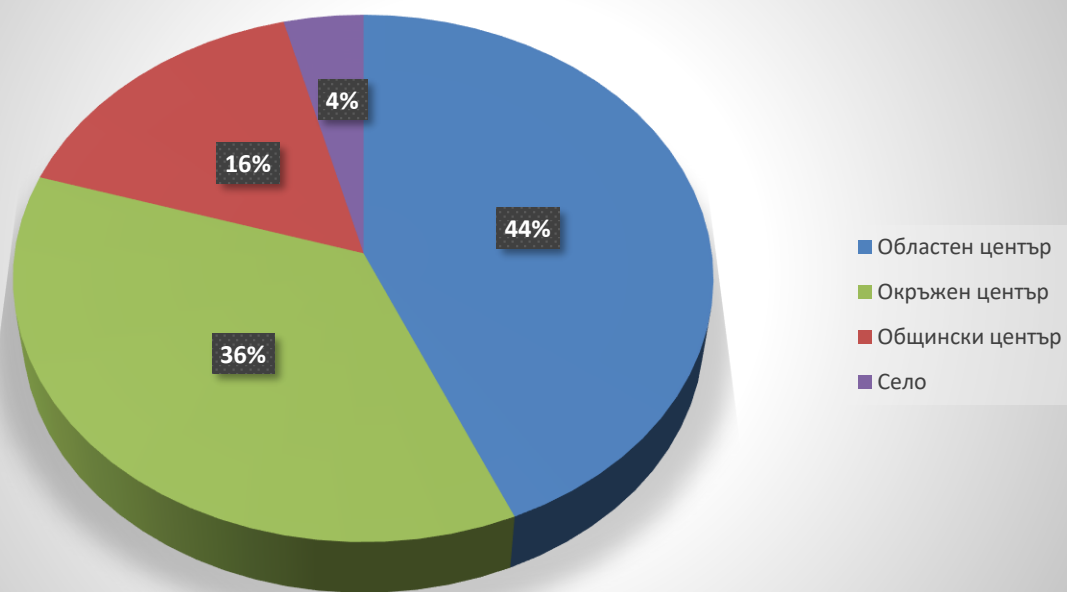
За жените в групата 31-40 години, които все още нямат, но искат да имат потомство, медикаментозният аборт също е предпочитана алтернатива, тъй като практически няма вероятност за последствия върху фертилността на жената.

Групата на най-младите пациентки под 18 години не е толкова многобройна, колкото може би обществото предполага. Младите са добре информирани относно начините за контрацепция, което е причина нивото на аборти въобще по света да намалява. Изключение правят някои малцинствени групи, но те така или иначе не предпочитат медикаментозното прекъсване на бременност по културологични причини. За най-младите пациентки по принцип медикаментозният аборт има най-висока успеваемост, защото тя намалява с броя раждания и с възрастта. Освен това той има най-малка вероятност да повлияе фертилността им.

Таблица 44. Разпределение на пациентките по тип населено място

Тип населено място	Брой пациентки
Областен център	54
Окръжен център	45
Общински център	20
Село	5
Общо	124

Анкетирани пациентки по населено място



Фигура 37. Разпределение на пациентките по тип населено място (%)

Count of Пациентка	Column Labels				
Row Labels	19-30	31-40	над	под	Grand
Областен център	23	27	4		54
Общински център	8	8	2	2	20
Окръжен център	15	19	4	7	45
Село	1	1		3	5
Grand Total		47	55	10	12
					124



Фигура 38. Разпределение на пациентки по възраст и населено място

Резултатите показват, че най-много медикаментозни аборти се правят в по-големите населени места. Това е свързано най-вече с разпределението на медицински специалисти, предлагащи услугата. Друга причина е тенденцията на младите хора в репродуктивна възраст да търсят икономически и социални възможности за себе си и бъдещето си поколение в по-развитите големи селища. Все пак методът е достъпен и за жените от по-малките градове и селата, макар на тях да им се налага да пътуват до близкия по-голям град, за да се подложат на процедурата.

Таблица 45. Анкетирани пациентки по семейно положение

Семейно положение	Брой пациентки
Необвързана	31
Живее с партньор	51
Омъжена	42
Общо	124



Фигура 39. Разпределение на пациентките по семейно положение (%)

Резултатите показват, че разпределението на пациентките по семейно положение е балансирано. Все пак най-голяма (41%) е групата на неомъжените, живеещи с партньор, следвана от омъжените (34%) и необвързаните (25%). Видно е, че семейното положение няма значение за това жените да предпочетат един или друг тип прекъсване на бременност. Причините за аборта може да са различни за трите групи, но медикаментозният аборт е еднакво популярен сред тях.

Таблица 46. Многодетност на пациентките

Брой деца	Пациентки
Нямам	27
1 дете	56
2 деца	34
3 деца	6
Повече от 3 деца	1
Общо	124



Фигура 40. Многодетност на пациентките

Резултатите показват, че многодетните майки (с повече от 3 деца) не предпочитат медикаментозен аборт (само 1 от 124 пациентки). При тях запазването на фертилността им не е от първостепенно значение. Има и културологични специфики на причината им да избират традиционните методи за прекъсване на бременност. Жените от някои малцинствени групи по принцип не контролират раждаемостта си – не абортират, освен ако абортът не е спонтанен.

Почти половината от жените (45%) са само с едно дете, всяка четвърта (27%) е с две деца и една от пет жени (22%) все още няма дете. Отново се потвърждава тенденцията на българите да имат само по едно дете и да отлагат следващото за по-добри времена.

Таблица 47. Разпределение на пациентките по доход на член от семейството

Доход на член от семейството на пациентки	Брой пациентки
над 1000 лв.	21
от 450 лв. до 1000 лв.	74
под 450 лв.	29
Общо	124

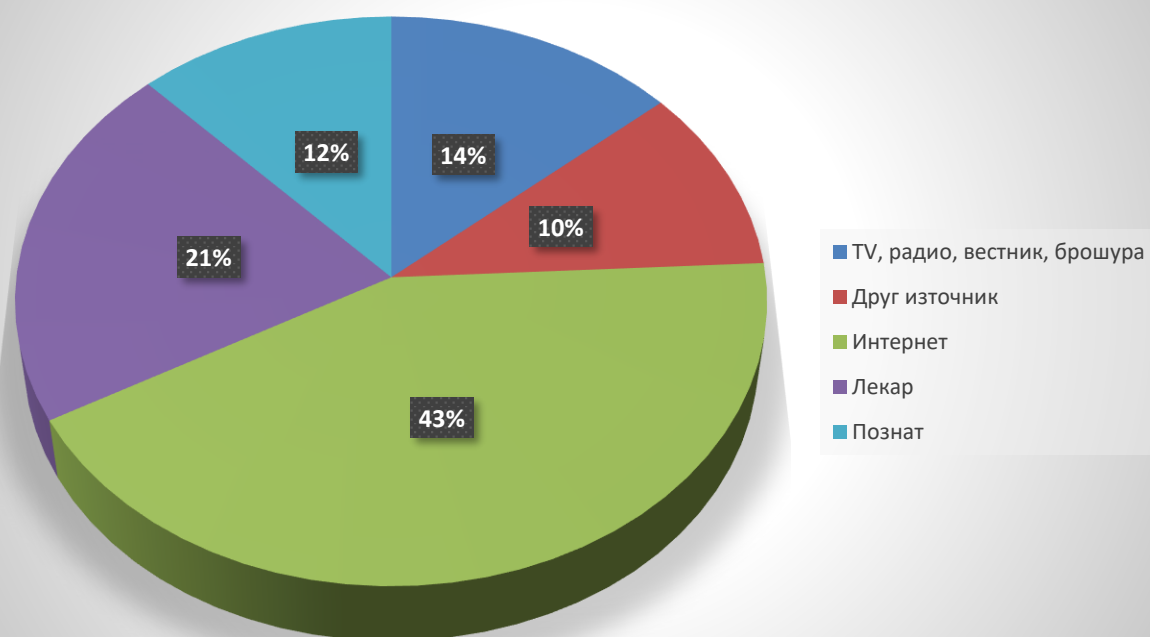


Фигура 41. Разпределение на пациентките по доход на член от семейството (%)

Изборът на прагове на доходност за изследването е условен. Към създаването на анкетата 450 лв. бе минималната работна заплата. При доходи над 1000 лв. месечно цената на медикаментозния аборт в България, без значение от протокола и дозовия режим, няма отношение към това дали една жена би го предпочела пред класическите методи. Както е видно от резултатите, а и се потвърждава от фармакоикономическия анализ на метода, в анкетата жените, направили медикаментозен аборт с по-ниски доходи (под 450 лв./месец) са дори повече от пациентките с доход над 1000 лв. месечно. Преобладават пациентките с доходи на член от семейството между 450-1000 лв./месец, което е обяснимо с оглед на икономическото развитие на страната и доходите на домакинствата.

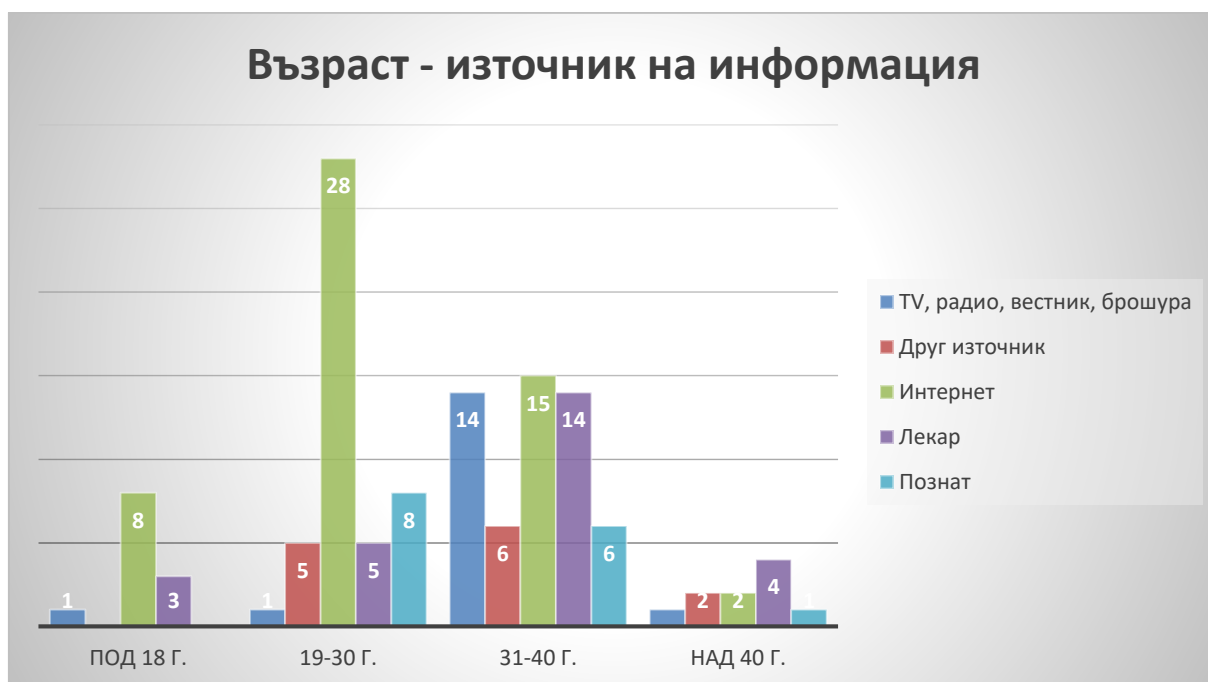
Row Labels	Count of Пациентка
От TV, радио, вестник, брошура	17
От друг източник	13
От интернет	53
От лекаря ми	26
От познат	15
Grand Total	124

Източник на информация



Фигура 42. Относителен дял на източниците за информация за медикаментозен аборт (%)

Row Labels	От TV, радио, вестник, брошура	От друг източник	От интернет	От лекаря ми	От познат	Общо
под 18 г.	1		8	3		12
19-30 г.	1	5	28	5	8	47
31-40 г.	14	6	15	14	6	55
над 40 г.	1	2	2	4	1	10
Общо	17	13	53	26	15	124

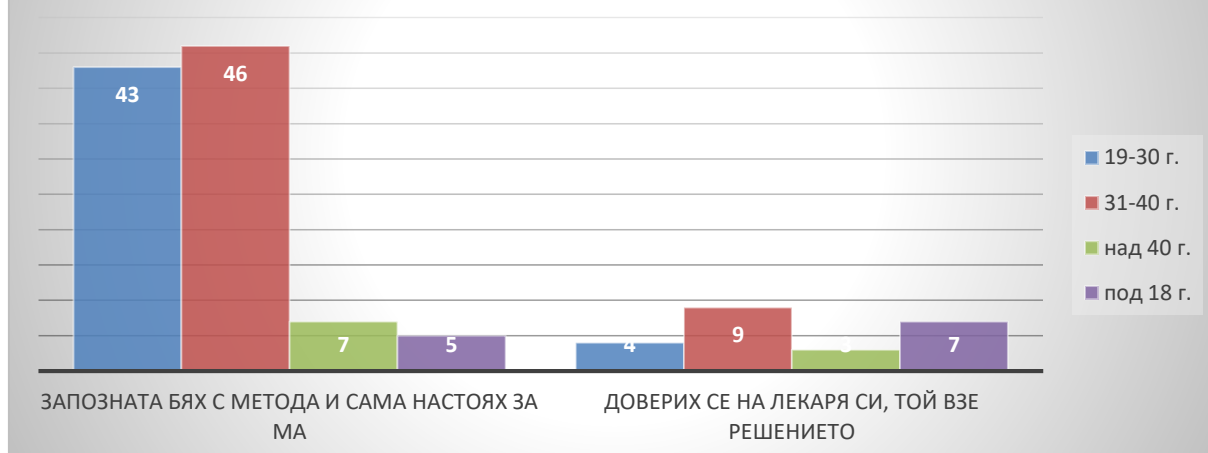


Фигура 43. Разпределение на източниците на информация за пациентките по възраст

Не е учудващо, че най-популярният източник на информация за пациентите е интернет. Особено силно това се наблюдава при младите жени в групата под 18 години и още повече в групата от 19-30 години. Интернет се оказва най-бързият и достъпен канал за информация, за съжаление и най-неконтролируемият, където лесно може да се попадне на спекулации и откровени неистини. Обнадеждаващ и успокоителен факт е, че все пак вторият по популярност източник на информация за медикаментозния аборт е лекарят. Във всяка една група лекарите са поне на второ място като източници за информация на пациентките, което показва отговорното и загрижено поведение на лекарите, които запознават жените с възможните алтернативи.

Row Labels	19-30 г.	31-40 г.	над 40 г.	под 18 г.	Общо
Запозната бях с метода и сама настоях за МА	43	46	7	5	101
Доверих се на лекаря си, той взе решението	4	9	3	7	23
Общо	47	55	10	12	124

Защо предпочетохте медикаментозния аборт?



Фигура 44. Причина за избор на МА от пациентките, по възраст

Последните данни показват, че съвременната жена се интересува и е добре информирана за възможните алтернативи за прекъсване на бременност. Или по-скоро, когато ѝ се наложи да абортира, намира начин да се запознае с тях. Когато пациентката посочва, че сама е избрала МА, то тя е имала възможност за избор между няколко алтернативи, но след като е информирана от лекаря за тях, сама е взела решението. В разпределението по възраст няма изненади: по-младите жени, които се информират от интернет и проучават подробно методите, сами настояват за МА.

Разгледана е зависимостта на резултатите по отделните показатели спрямо възрастта на пациентките.

Таблица 48. Зависимост на отделните показатели от възрастта при изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		Възраст								p
		под 18 г.		19-30 г.		31-40 г.		над 40 г.		
		п	%	п	%	п	%	п	%	
Населено място	Областен център	0	0,0%	2 3	48,9 %	2 7	49,1 %	4	40,0 %	0,001
	По-малък град	9	75,0 %	2 3	48,9 %	2 7	49,1 %	6	60,0 %	
	Село	3	25,0 %	1	2,1%	1	1,8%	0	0,0%	
Семейно положение	Омъжена	0	0,0%	1 8	38,3 %	2 3	41,8 %	1	10,0 %	0,049
	Живее с партньор	7	58,3 %	2 1	44,7 %	1 8	32,7 %	5	50,0 %	
	Необвързана	5	41,7 %	8	17,0 %	1 4	25,5 %	4	40,0 %	

Семейно положение	Омъжена/Живее с партньор	7	58,3 %	39	83,0 %	41	74,5 %	6	60,0 %	ns
	Необвързана	5	41,7 %	8	17,0 %	14	25,5 %	4	40,0 %	
Имате ли деца?	Нямам	5	41,7 %	10	21,3 %	8	14,5 %	4	40,0 %	ns
	Имам	7	58,3 %	37	78,7 %	47	85,5 %	6	60,0 %	
Доход на член от домакинството	под 450	12	100,0 %	8	17,0 %	8	14,5 %	1	10,0 %	<0,001
	451-1000	0	0,0%	27	57,4 %	39	70,9 %	8	80,0 %	
	над 1000	0	0,0%	12	25,5 %	8	14,5 %	1	10,0 %	
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	3	25,0 %	5	10,6 %	14	25,5 %	4	40,0 %	0,004
	от TV, радио, вестник, брошура	1	8,3%	1	2,1%	14	25,5 %	1	10,0 %	
	от интернет	8	66,7 %	28	59,6 %	15	27,3 %	2	20,0 %	
	от познат	0	0,0%	8	17,0 %	6	10,9 %	1	10,0 %	
	от друг източник	0	0,0%	5	10,6 %	6	10,9 %	2	20,0 %	
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	5	41,7 %	43	91,5 %	46	83,6 %	7	70,0 %	0,001
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	7	58,3 %	4	8,5%	9	16,4 %	3	30,0 %	
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви?	не	0	0,0%	2	4,3%	5	9,1%	0	0,0%	ns
	да	12	100,0 %	45	95,7 %	50	90,9 %	10	100,0 %	

Най-самоуверените пациентки (9 от 10), които сами се запознават с МА и взимат сами решение за избор на метода, са жените на възраст между 19-30 г. 60% от тях са се информирали от интернет, повече от $\frac{3}{4}$ от тях имат деца, половината живеят в областен център, а другата - в по-малък град.

Таблица 49. Зависимост на отделните показатели от типа населено място при изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		Населено място						p
		Областен център		По-малък град		Село		
		п	%	п	%	п	%	
Семейно положение	Омъжена	18	33,3 %	23	35,4 %	1	20,0%	ns
	Живее с партньор	22	40,7 %	26	40,0 %	3	60,0%	
	Необвързана	14	25,9 %	16	24,6 %	1	20,0%	
Семейно положение	Омъжена/Живее с партньор	40	74,1 %	49	75,4 %	4	80,0%	ns
	Необвързана	14	25,9 %	16	24,6 %	1	20,0%	
Имате ли деца?	Нямам	6	11,1 %	19	29,2 %	2	40,0%	0,035
	Имам	48	88,9 %	46	70,8 %	3	60,0%	
Доход на член от домакинството	под 450	8	14,8 %	17	26,2 %	4	80,0%	0,015
	451-1000	34	63,0 %	39	60,0 %	1	20,0%	
	над 1000	12	22,2 %	9	13,8 %	0	0,0%	
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	15	27,8 %	10	15,4 %	1	20,0%	ns
	от TV, радио, вестник, брошура	10	18,5 %	6	9,2%	1	20,0%	
	от интернет	18	33,3 %	32	49,2 %	3	60,0%	
	от познат	6	11,1 %	9	13,8 %	0	0,0%	
	от друг източник	5	9,3%	8	12,3 %	0	0,0%	
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	46	85,2 %	50	76,9 %	5	100,0 %	ns
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	8	14,8 %	15	23,1 %	0	0,0%	
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви?	не	4	7,4%	3	4,6%	0	0,0%	ns
	да	50	92,6 %	62	95,4 %	5	100,0 %	

Жените без деца, живеещи в по-малък град, които са направили медикаментозен аборт, са три пъти повече от тези в областните центрове. Жените без деца, живеещи на село, направили медикаментозен аборт, са повече от тези в областните центрове. Предполага се, че причините са по-скоро социално-културологични, отколкото икономически. В по-малките населени места доходите са по-ниски, но други показатели сочат, че цената на метода е близка до класическите начини за прекъсване на бременност и не е определяща за избора. Медикаментозният аборт обаче дава доста по-добра дискретност. В малките населени места хората се познават. Лекарят и акушерката израждат повечето от населението, а с повишаването на възрастта на медицинския персонал, оказва се, че вероятно са израждали и родителите им. Медикаментозният аборт, за който са нужни по-малко на брой специалисти – няма нужда от анестезиолог, много често преминава като преглед при лекаря и това дава по-голямо спокойствие на жените.

Таблица 50. Зависимост на отделните показатели от семейното положение при изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		Семейно положение				p
		Омъжена/Живея с партньор		Необвързана		
		n	%	n	%	
Имате ли деца?	Нямам	19	20,4%	8	25,8%	ns
	Имам	74	79,6%	23	74,2%	
Доход на член от домакинството	под 450	19	20,4%	10	32,3%	ns
	451-1000	56	60,2%	18	58,1%	
	над 1000	18	19,4%	3	9,7%	
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	17	18,3%	9	29,0%	ns
	от TV, радио, вестник, брошура	12	12,9%	5	16,1%	
	от интернет	40	43,0%	13	41,9%	
	от познат	11	11,8%	4	12,9%	
	от друг източник	13	14,0%	0	0,0%	
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	77	82,8%	24	77,4%	ns
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	16	17,2%	7	22,6%	
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви?	не	5	5,4%	2	6,5%	ns
	да	88	94,6%	29	93,5%	

Резултатите показват, че малко повече от жените, живеещи в брак или с партньор, в сравнение с тези, които са сами, самостоятелно са се запознали с медикаментозния аборт и са взели решение да изберат този метод. Тежко решение се взема по-лесно, ако се обсъди с близък човек, на когото се има доверие и от когото може да се получи подкрепа. Процентно повече неомъжени са разбрали за метода от лекаря си, докато при информирането от интернет, масовите медии и от познати почти няма разлика в резултатите.

Всяка четвърта от жените, направили медикаментозен аборт и участвали в изследването, която е обвързана или омъжена, няма деца, докато без деца е всяка пета от самотните пациентки.

Таблица 51. Зависимост на отделните показатели от многодетност при изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		Имате ли деца				p
		Нямам		Имам		
		п	%	п	%	
Доход на член от домакинството	под 450	8	29,6%	21	21,6%	ns
	451-1000	14	51,9%	60	61,9%	
	над 1000	5	18,5%	16	16,5%	
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	3	11,1%	23	23,7%	ns
	от TV, радио, вестник, брошура	2	7,4%	15	15,5%	
	от интернет	17	63,0%	36	37,1%	
	от познат	2	7,4%	13	13,4%	
	от друг източник	3	11,1%	10	10,3%	
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	24	88,9%	77	79,4%	ns
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	3	11,1%	20	20,6%	
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви?	не	1	3,7%	6	6,2%	ns
	да	26	96,3%	91	93,8%	

Почти 2/3 от пациентките без деца са разбрали за метода от интернет. Нормално е, понеже се предполага, че имат повече свободно време за сърфиране. При тях и самостоятелното решение за този избор след предварително запознаване процентно е по-високо, в сравнение с пациентките с деца.

Процентното съотношение на хората с деца и тези без по отношение на доходите е сходно, т.е. доходът не е от съществено значение за предпочитание на метода.

Таблица 52. Зависимост на отделните показатели от доходите при изследването на отношението на пациентките към МА

Показатели		Доход на член от домакинството						p
		под 450		451-1000		над 1000		
		п	%	п	%	п	%	
Откъде разбрахте за медикаментозния аборт?	от лекаря ми	6	20,7 %	15	20,3 %	5	23,8%	ns
	от TV, радио, вестник, брошура	5	17,2 %	12	16,2 %	0	0,0%	
	от интернет	13	44,8 %	28	37,8 %	12	57,1%	
	от познат	5	17,2 %	9	12,2 %	1	4,8%	
	от друг източник	0	0,0%	10	13,5 %	3	14,3%	
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Запозната бях с метода и сама настоях за МА	21	72,4 %	62	83,8 %	18	85,7%	ns
	Доверих се на лекаря си, той взе решението	8	27,6 %	12	16,2 %	3	14,3%	
Процедурата премина ли съгласно очакванията Ви?	не	1	3,4%	6	8,1%	0	0,0%	ns
	да	28	96,6 %	68	91,9 %	21	100,0 %	

От резултатите се вижда, че без значение какъв е доходът на пациентките, процедурата е отговорила на очакванията им (повече от 90%), което показва, че пациентките са били добре информирани за метода. Като се има предвид, че най-популярният източник на информация е интернет, следва че пациентите вече добре се ориентират кое е достоверно и кое не, поне по отношение на информацията за аборт. Повече от 3/4 от жените, направили медикаментозен аборт и участвали в анкетата, без значение от дохода, са били запознати с метода и сами са го поискали. Това не означава, че лекарите с информацията, която са предоставили, не са затвърдили желанието на пациентките за това тяхно предпочитание, но е показател за пенетрацията на метода в обществото.

IV. ИЗВОДИ

Резултатите потвърждават хипотезата, че медикаментозният аборт е позната, достъпна, добре приета и разходоефективна алтернатива на класическите методи за прекъсване на бременност, прилагани в България.

- Пенетрацията на медикаментозния аборт като здравна технология в България силно зависи най-вече от научните и медийните изяви, свързани с метода, които представят този начин за прекъсване на бременност и в много по-малка степен зависи от цената на лекарствените продукти, тъй като абортът, макар и значимо събитие в живота на пациентката, все пак се случва спорадично.
- Проведеният фармакоикономически анализ и сравнение между медикаментозен аборт и хирургичен аборт като здравни технологии за България показва, че разходите за него са оправдани и той се явява една достъпна, безопасна и ефективна алтернатива на класическите методи за прекъсване на бременност.
- Отношението на здравните специалисти, провеждащи медикаментозен аборт в България, е положително, което се дължи най-вече на неговата безопасност и ефективност, но също така и на времето, което се освобождава на лекаря за извършване на други медицински дейности. За да се извърши медикаментозен аборт, не е необходим особен опит както при хирургичния аборт, не се налага специално оборудване и условия, не се налага анестезия (съответно анестезиолог), което го прави желан сред медицинските специалисти.
- Най-много практикуващи медикаментозен аборт лекари в България има във възрастовата група 35-50 години. Тази група лекари е най-отворена към иновациите, редовно ползва чужди научни издания за запознаване с иновациите.
- Лекарите над 65 години не практикуват медикаментозен аборт, защото не са добре запознати с метода и се доверяват на рутината и опита си с класическите методи за прекъсване на бременност.
- Само половината от лекарите на възраст 51-65 години практикуват медикаментозен аборт.
- Протоколът на ЕМА се практикува само от по-младите лекари. По-възрастните лекари използват други протоколи, различни от тези на СЗО и ЕМА, като най-често това е комбинация от двата протокола.
- Най-честите причини за избор на медикаментозен аборт, посочени от лекарите, са, че е щадящ за пациентките и спестява време.
- Профилът на лекаря, който най-често използва медикаментозен аборт в практиката си, е: възраст между 35-50 години, практикува в областен център, прави до 5 аборта месечно по протокола на СЗО.
- Най-много медикаментозни аборти се правят в по-големите населени места. Това е свързано най-вече с разпределението на медицинските специалисти, предлагащи услугата.
- Основният източник, от който пациентките получават информация за медикаментозния аборт, е интернет. Лекарите са вторият по-честота източник за информация.

- Жените на възраст между 19-30 г. най-често сами се запознават с МА и взимат сами решение за избор на метода, 60% от тях се информират за метода от интернет, над $\frac{3}{4}$ от тях имат деца, като половината живеят в областен център, а другите - в по-малък град.
- Отношението на пациентките, претърпели медикаментозен аборт, към този начин на прекъсване на бременност, е положително. Пациентките го приемат и избират заради неговите предимства, ефективност, безопасност и дискретността, която предлага.

V. ПРЕПОРЪКИ

- Препоръки към Министерство на здравеопазването

Препоръчва се на Министерството на здравеопазването да инициира съвместно с Българското научно дружество по акушерство и гинекология прецизиране на законодателството относно медикаментозния аборт. Сега той не е забранен, но не се споменава нито в Стандарта за акушерство и гинекология, нито в Наредба № 2 от 01.02.1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност. Потоchnото дефиниране на понятията би било в полза и на лекарите, и на пациентите, и би защитило правата на всички: на извършващите, и на подлагащите се на медикаментозен аборт.

- Препоръки към НЗОК

Препоръчва се на НЗОК да актуализира цените на клиничните пътеки за прекъсване на бременност, като се създадат условия за реимбурсиране на лекарствените продукти, използвани в метода. Така би се насърчило прекъсването на бременност по максимално ефективния, безопасен и най-малко травмиращ протокол, а не просто най-евтиния. Както се вижда от фармакоикономическия анализ, дори най-скъпият протокол за медикаментозен аборт е по-евтин или съотнoсим с класическите методи на прекъсване на бременност.

- Препоръки към медиите

Препоръчва се на медиите да постъпят обществено отговорно. Когато коментират или отразяват случаи на прекъсване на бременност – да търсят мнението на изявени професионалисти в тази област и да дават думата на всички заинтересовани страни. Все още методът не е добре познат на жените и в медиите има място за информационни кампании за здравните ползи и предимствата, а съответно и недостатъците на метода.

- Препоръки на национално ниво

Препоръчва се правителството да финансира и възложи на Националния център по обществено здраве и анализи да организира и проведе информационни кампании за последиците от прекъсването на бременност.

- Препоръки на организационно ниво

Препоръчва се на Изпълнителната агенция по лекарствата и Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ да следят за нелегалната употреба на лекарствени продукти при медикаментозен аборт, които не са регистрирани в България. Да се анализират случаите на нелегални аборти и такива, които се правят в нарушение на действащото законодателство и медицински стандарти.

VI. ПРИНОСИ

На база на направените изводи, препоръки и резултати от собствените проучвания в дисертационния труд могат да бъдат посочени следните приноси:

ПРИНОСИ С НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕН ХАРАКТЕР:

- Изчерпателно и систематично е дефинирана здравната технология „медикаментозен аборт“ в България по отношение на използването на лекарствени продукти и рисковете, свързани с тяхното приложение.
- Извършен е задълбочен анализ на протоколите за провеждане на медикаментозен аборт и различни други препоръки за неговото реализиране.
- За първи път в нашата страна са оценени икономическите аспекти на извършването на медикаментозен аборт посредством фармакоикономически метод, като анализът е извършен от гледна точка на платеща - Национална здравноосигурителна каса.

ПРИНОСИ С НАУЧНО-ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР:

- Представена е пенетрацията на медикаментозния аборт като здравна технология в България.
- Направено е фармакоикономическо проучване на медикаментозния аборт в България, като анализът е извършен от гледна точка на платеща - Национална здравноосигурителна каса.
- Проучено и оценено е отношението на медицинските специалисти и на пациентките към медикаментозния аборт.

VII. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Zlatkov V. Становище на Националния консултант по АГ проф. В. Златков за Медикаментозен аборт. 2015.
2. Horvath S, Schreiber CA. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Nov 14;19(11):77. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-017-0832-4>
3. Керековска А, Мирчева И, Георгиева Л, Попова С. Социална медицина. Варна: Стено; 2014. 232 р.
4. Преамбюл към Устава на Световната здравна организация, приет от Международната конференция по въпросите на здравеопазването, Ню Йорк, 19-22 юни 1946г.; подписан на 22 юли 1946г. от представителите на 61 държави (Официален архив на Световната здравна орган. WHO. 1948;(2):100.
5. Салчев П. Социална медицина и здравен мениджмънт. София: Дилиджентис ЕООД; 2007.
6. Aztlan EA, Foster DG, Upadhyay U. Subsequent Unintended Pregnancy Among US Women Who Receive or Are Denied a Wanted Abortion. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2018 Jan;63(1):45–52. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12723>
7. Council of Europe, Human rights, Health [Internet]. Available from: <https://www.coe.int/bg/web/compass/health>
8. Белчева В, Григоров Е. История на методите за контрацепция в древния свят: Египет, Гърция и Римската империя. *Медицински преглед*. 2014;50(4):63–7.
9. Ciganda C, Laborde A. Herbal infusions used for induced abortion. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2003;41(3):235–9.
10. Halper T. Privacy and Autonomy: From Warren and Brandeis to Roe and Cruzan. *J Med Philos* [Internet]. 1996 Apr 1;21(2):121–35. Available from: <https://academic.oup.com/jmp/article-lookup/doi/10.1093/jmp/21.2.121>
11. Erent-Sunko Z. Abortion in the Legal System of the USSR from 1920 to 1991 - Legalization and Criminalization. *Prav Fak Sveuc Rij*. 2018;39(3):1347–70.
12. Stoikov S. Termination of unwanted pregnancy, BNT1. 2016.
13. Фройд З. Психоанализа: Теория и терапия. КХ; 2003.
14. King L. The Code of Hammurabi. WhiteXsh: Kessinger publishing; 2004. 37 р.
15. Nath A, Garg S. Female feticide in India: Issues and concerns. *J Postgrad Med* [Internet]. 2008;54(4):276. Available from: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2008/54/4/276/43511>
16. Reiman JH. Abortion and the Ways We Value Human Life. Rowman & Littlefield; 1999. (14; Garland Reference Library).
17. Riddle JM. Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance. Harvard University Press; 1994. (History e-book project).
18. London K. The History of Birth Control. Yale University Press; 1982.
19. Potts M, Graff M, Taing J. Thousand-year-old depictions of massage abortion. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2007 Oct;33(4):233–4.
20. No Title. Potts al 2007.
21. Bays JC, Sure H. Jizo Bodhisattva: Modern Healing & Traditional Buddhist Practice. Tuttle Publishing; 2015.
22. Hunton RB. Maori abortion practices in pre and early European New Zealand. *N Z Med J*. 1977 Dec;86(602):567–70.
23. Талев Д. Железният светилник. 1958.
24. Агреев В. Психологические и социальные функции половоролевых стереотипов.

- Вопросы психологии. 1987;2.
25. Кинева Т. Социални роли на българката между традицията и модерността. БСУ - Годишник. 2012;26:369–76.
 26. МТСП. ДОКЛАД ЗА РАВНОПОСТАВЕНОСТТА НА ЖЕНИТЕ И МЪЖЕТЕ В БЪЛГАРИЯ ЗА 2016 Г. 2016.
 27. Johari V, Jadhav U. Abortion rights judgment: a ray of hope! Indian J Med Ethics [Internet]. 2017 Jul 1;2(3). Available from: <http://ijme.in/articles/abortion-rights-judgment-a-ray-of-hope/?galley=html>
 28. Кой са най-опасните държави за жени и защо САЩ са сред тях?
 29. WHO. Sexual and reproductive health. 2017.
 30. Хаджиев А, Карагъзов, Илко Доганов Н, Атанасов А, Пранчев Н, Димитров А, Щерев А, et al. АКУШЕРСТВО за студенти по медицина. София: Медицина и физкултура; 2005. 431 p.
 31. Национален център по обществено здраве и анализи, 2018 г. Национален център по обществено здраве и анализи, 2018 г.
 32. Silver RM. Fetal Death. Obstet Gynecol. 2007 Jan;109(1):153–67.
 33. Bergström S, Dressler F, Krabisch L, Ryhage R, Sjövall J. The isolation and structure of a smooth muscle stimulating factor in normal sheep and pig lungs. Ark Kern. 1962;(19):63–6.
 34. Bergström S, Dressler F, Ryhage R, Samuelsson B, Sjövall J. The isolation of two further prostaglandins from sheep prostate glands. Ark Kern. 1962;(20):563–7.
 35. Bergström S, Ryhage R, Samuelsson B, Sjövall J. The structure of prostaglandin E, F1 and F2. Acta Chem Scand. 1962;16:501–2.
 36. NobelPrize.org. Sune K. Bergström. Facts. 1982.
 37. Cowett AA, Lichtenberg ES. Pregnancy Loss and Termination. In: General Gynecology. Elsevier; 2007. p. 225–56.
 38. Abramovitz M, Metters KM. Prostanoid Receptors. In 1998. p. 223–32.
 39. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population (Paris). 2018;73(2):225.
 40. Balter M. PROFILE: For “Father” of Abortion Drug, Vindication at Last. Science (80-). 2000 Oct;290(5489):39–39.
 41. Hanna KE. A Political History of RU-486. Inst Med Comm to Study Decis Making, Washingt Natl Acad Press. 1991;
 42. ADFmedia. MORGANtoons.
 43. L. G. WHO puts abortifacients on its essential drug list. BMJ. 2005;331(7508):68.
 44. Kulier R, Hofmeyr G, Gülmezoglu A, Bianchi -Movarekhi PG, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews (Complete Reviews) [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002855>
 45. National Statistics. Latest official national statistics for: Belgium, France, Germany, Portugal, Spain, Switzerland and the UK. Latest product manager estimates for: Italy, the Netherlands and Scandinavia. Natl Stat. 2017;
 46. News WH. Brief History of the Abortion Pill in the U.S. WebMD Heal News [Internet]. Available from: <https://www.webmd.com/women/news/20000928/brief-history-of-abortion-pill-in-us#1>
 47. Newton D, Bayly C, McNamee K, Hardiman A, Bismark M, Webster A, et al. How do women seeking abortion choose between surgical and medical abortion? Perspectives from abortion service providers. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol [Internet]. 2016 Oct;56(5):523–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ajo.12506>
 48. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the

- complications of abortion. F1000Research [Internet]. 2018 Dec 2;7:1881. Available from: <https://f1000research.com/articles/7-1881/v1>
49. Kanstrup C, Mäkelä M, Hauskov Graungaard A. Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review. Scand J Public Health [Internet]. 2018 Dec 9;46(8):835–45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494817717555>
50. Magro Malosso ER, Saccone G, Simonetti B, Squillante M, Berghella V. US trends in abortion and preterm birth. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2018 Sep 17;31(18):2463–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2017.1344963>
51. Kapp N, Baldwin MK, Rodriguez MI. Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: a systematic review. Contraception [Internet]. 2018 Feb;97(2):90–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417304389>
52. Statistics of Sweden. Statistics of Sweden, Induced abortions. Induced abortions. 2012. p. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2>.
53. Moreau C. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. Contraception. 2011;84(3):224–9.
54. Груев М. Груев, Михаил. Демографски тенденции и процеси в България в годините след Втората световна война. // Знеполски, Ивайло (ред.). История на Народна република България: Режимът и обществото. София, „Сиела софт енд паблишинг“, 2009. История на Народна република България Режимът и обществото. 2009;(ISBN 978-954-28-0588-5):367.
55. <https://www.socbg.com> [Internet]. Available from: <https://www.socbg.com>
56. Ramos S, Romero M. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. 8080(14):7–10.
57. Siegel R. Reasoning from the body: a historical perspective on abortion regulation and questions of equal protection. Stanford Law Rev [Internet]. 1992 Jan;44(2):261–381. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11656213>
58. Huq ME, Raihan MJ, Shirin H, Chowdhury S, Jahan Y, Chowdhury AS, et al. Why Abortion is Illegal? Comparison of Legal and Illegal Abortion: A Critical Review. Mymensingh Med J [Internet]. 2017 Oct;26(4):944–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29208889>
59. Hendricks P. Even if the fetus is not a person, abortion is immoral: The impairment argument. Bioethics [Internet]. 2019 Feb 27;33(2):245–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bioe.12533>
60. Randall AE. “Abortion Will Deprive You of Happiness!”: Soviet Reproductive Politics in the Post-Stalin Era. J Womens Hist. 2011;23(3):13–38.
61. IPAS. Legal access to abortion expands in Democratic Republic of Congo. IPAS News [Internet]. 2018; Available from: <https://www.ipas.org/News/2018/July/Legal-access-to-abortion-expands-in-Democratic-Republic-of-Congo>
62. Carnegie A, Roth R. From the Grassroots to the Oireachtas: Abortion Law Reform in the Republic of Ireland. Heal Hum Rights J. 2019;21(2).
63. United Nations abortion statistic. UN Statistics. p. <http://www.un.org/esa/population/publications/abor>.
64. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, et al. Outcome of first trimester medical termination of pregnancy: definitions and management. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2018 Nov 2;23(6):451–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1535058>
65. Петров П, Караславова Е, Маркова Д, Златанова, Т. Трендафилова П. МОРАЛНО-ЕТИЧНИ И КЛИНИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА АБОРТА. Обща

- медицина. 2008;10(3):54–8.
66. Закони за абортите. 2018.
 67. МЗ. Наредба № 2 от 01.02.1990г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност. 1990.
 68. Дечкова-Миланова И. Универсална и регионална защита на репродуктивните права на жените. Научни трудове на Института за държавата и правото. 2013;8:360–76.
 69. Медицински стандарт по Акушерство и гинекология. Available from: www.eama.bg/images/Med_standarti/12_AG.rtf
 70. НС. НАКАЗАТЕЛЕН КОДЕКС. 1968.
 71. Закон за лечебните заведения. Available from: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/10/25/zlz.pdf
 72. Pinter B, Hakim M, Seidman DS, Kubba A, Kishen M, Di Carlo C. Religion and family planning. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2016 Nov 28;21(6):486–95. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1237631>
 73. JPAS.ORG [Internet]. Available from: www.jpas.org
 74. IPAS. About us. 2020.
 75. IPPF. Our Priorities. 2020.
 76. Международна федерация по планирано родителство [Internet]. Available from: <https://www.ippf.org/>
 77. Shannon TA. Abortion: A Review of Ethical Aspects of Public Policy. Annu Soc Christ Ethics [Internet]. 1982;2:71–98. Available from: <http://www.jstor.org/stable/23559333>
 78. FIAPAC [Internet]. Available from: <https://www.fiapac.org/en/about/federation/>
 79. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. 2012. 134 p.
 80. Wallin Lundell I, Öhman SG, Sundström Poromaa I, Högberg U, Sydsjö G, Skoog Svanberg A. How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. Eur J Contracept Reprod Heal Care [Internet]. 2015 May 4;20(3):211–22. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2014.1002032>
 81. Maternowska MC, Mashu A, Moyo P, Withers M, Chipato T. Perceptions of misoprostol among providers and women seeking post-abortion care in Zimbabwe. Reprod Health Matters [Internet]. 2014 Dec 18;22(sup44):16–25. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943792-3>
 82. REBECCA REINGOLD. O’Neil institute for national and global health law. Georg law [Internet]. 2015; Available from: <https://oneill.law.georgetown.edu/the-abortion-drone-an-innovative-use-of-technology-to-advance-womens-health/>
 83. Roberts SCM, Gould H, Kimport K, Weitz TA, Foster DG. Out-of-pocket costs and insurance coverage for abortion in the United States. Womens Health Issues. 2014;24(2):e211–8.
 84. Grossman D, Grindlay K, Burns B. Public funding for abortion where broadly legal. Contraception. 2016;
 85. Murtagh C, Wells E, Raymond EG, Coeytaux F, Winikoff B. Exploring the feasibility of obtaining mifepristone and misoprostol from the internet. Contraception [Internet]. 2018 Apr;97(4):287–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417304754>
 86. Mifepristone IUPAC name.
 87. Wu H, Marwah S, Wang P, Wang Q, Chen X. Misoprostol for medical treatment of

- missed abortion: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2017 Dec 10;7(1):1664. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41598-017-01892-0>
88. Misoprostole IUPAC name [Internet]. National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=5282381,. Available from: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5282381>
 89. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2007 Dec;99:S160–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2007.09.004>
 90. Shah D, Rijal P, Thakur A, Rai R. Mifepristone and Misoprostol vs Misoprostol Alone in Second Trimester Termination of Pregnancy. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 56(213):856–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31065120>
 91. Baulieu EE. The combined use of prostaglandin and antiprogesterin in human fertility control. *Adv Prostaglandin Thromboxane Leukot Res*. 1995;23:55–62.
 92. Cadepond F, Ulmann A, Baulieu EE. RU486 (mifepristone): mechanisms of action and clinical uses. *Annu Rev Med*. 1997;48:129–56.
 93. Shrestha D, Aryal S, Sharma B. Safety, Efficacy and Acceptability of Early First Trimester Abortion using Oral Mifepristone and Sublingual Misoprostol. *J Nepal Health Res Counc* [Internet]. 2018 Oct 30;16(3):269–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30455484>
 94. Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*. 1985 Jul;32(1):45–51.
 95. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod* [Internet]. 2016 Dec;45(10):1490–514. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231516301624>
 96. FIAPAC recommendations for abortion.
 97. Soon JA, Costescu D, Guilbert E. Medications Used in Evidence-Based Regimens for Medical Abortion: An Overview. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2016 Jul;38(7):636–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216316391046>
 98. Schmidt-Hansen M, Lord J, Hasler E, Cameron S. Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 +0 weeks' gestation: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Sex Reprod Heal* [Internet]. 2020 Feb 20;bmjsrh-2019-200448. Available from: <http://jfrh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsrh-2019-200448>
 99. Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone–Misoprostol Dosing Interval and Effect on Induction Abortion Times. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Jun;121(6):1335–47. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201306000-00028>
 100. Tsereteli T, Chong E, Louie K, Bokhua Z, Winikoff B. Acceptability and feasibility of 400 µg buccal misoprostol after 200 mg mifepristone for early medical abortion in Georgia. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2016 Sep 2;21(5):367–71. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1211632>
 101. WHO - Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Vol. WHO Geneva. 2012.
 102. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Available from: http://ncphp.government.bg/files/komisa_zdr.tehn./ZLPHM.pdf
 103. Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, Trussell J, Gomperts R. Barriers to accessing

- abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception* [Internet]. 2018 Feb;97(2):177–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417304353>
104. Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2014 Jul;93(7):647–53. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.12398>
 105. Orr PM, Shank BC, Black AC. The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2017 Dec;29(4):407–18. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0899588517300552>
 106. Dawood MY, Khan-Dawood FS. Clinical efficacy and differential inhibition of menstrual fluid prostaglandin F2alpha in a randomized, double-blind, crossover treatment with placebo, acetaminophen, and ibuprofen in primary dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jan;196(1):35.e1-5.
 107. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, et al. Pain management for up to 9 weeks medical abortion – An international survey among abortion providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 Jun;225:181–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211518302021>
 108. Sneeringer RK, Billings DL, Ganatra B, Baird TL. Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: A review of the literature. *J Public Health Policy* [Internet]. 2012 May 8;33(2):218–29. Available from: <http://link.springer.com/10.1057/jphp.2012.11>
 109. Boeva TV. Factors influencing on the decision for abortion and not using contraception. *Scr Sci Salut Publicae* [Internet]. 2016 Jun 21;2(1):46. Available from: <http://press.mu-varna.bg/ojs/index.php/sssp/article/view/1396>
 110. No Title [Internet]. Available from: www.prekasvanenabremennostta.bg
 111. Отблизо 3. БНТ, Прекъсване на нежелана бременност [Internet]. Bulgaria; 2016. Available from: <https://www.bnt.bg/bg/a/prekasvane-na-nezhelana-bremennost>
 112. Shtonova DN. bTV, Духът на здравето: Абортът в 21 век. Хирургически или медикаментозен? 2015.
 113. Бургазчиев Х, Гетов И, Христов Е, Димитрова З, Огнянов С. Анализ на тенденциите в развитието на аптечния сектор и дефиниране на новите предизвикателства. *Социална медицина*. 2016;24(3/4):64–8.
 114. НАРЕДБА № 38 ОТ 13 СЕПТЕМВРИ 2007 Г. ЗА ИЗИСКВАНИЯТА КЪМ ДАННИТЕ ВЪРХУ ОПАКОВКИТЕ И В ЛИСТОВКИТЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ [Internet]. 2007. Available from: <https://bda.bg/images/stories/documents/regulations/naredbi/naredba38.pdf>
 115. Saav I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: a double-blinded RCT. *Hum Reprod* [Internet]. 2015 Jun 1;30(6):1314–22. Available from: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/dev071>
 116. Dnistriańska A, Vergeles K, Stanislavczuk L. [Determination of the frequency of complications of abortion]. *Wiad Lek*. 2019;72(6):1175–7.
 117. Humphrey C. Investigation of *Clostridium sordellii* Blood Infection Associated With Medicinal Abortions. 2018.
 118. Nijman TAJ, Voogdt KGJA, Teunissen PW, van der Voorn PJ, de Groot CJM, Bakker PCAM. Association between infection and fever in terminations of pregnancy using misoprostol: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec;17(1):7.
 119. Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects,

- complications and safety. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):48–55.
120. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2015 Oct;37(10):936–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216316300330>
 121. Grossman D, Grindlay K. Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With In Person. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Oct;130(4):778–82. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201710000-00016>
 122. Endler M, Beets L, Gemzell Danielsson K, Gomperts R. Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019 Apr;126(5):609–18. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.15553>
 123. Fok WK, Mark A. Abortion through telemedicine. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Dec;30(6):394–9. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00001703-201812000-00010>
 124. Whaley NS, Burke AE. Update on medical abortion. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Dec;27(6):476–81. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001703-201512000-00015>
 125. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical Compared With Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Jul;126(1):22–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241252>
 126. Murray M-E, Casson M, Pudwell J, Waddington A. Patients' Motivation for Surgical Versus Medical Abortion. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2019 Sep;41(9):1325–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216319300258>
 127. Комплект инструменти за абразию.
 128. Johnson BRJ, Lavelanet AF, Schlitt S. Global Abortion Policies Database: a new approach to strengthening knowledge on laws, policies, and human rights standards. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018 Sep;18(1):35.
 129. Carlsson I, Breiding K, Larsson P-G. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. *BMC Womens Health*. 2018 Sep;18(1):158.
 130. Acharya G, Haugen M, Brathen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Apr;83(4):390–4.
 131. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lohr PA, Hasler E. Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Nov; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937819326158>
 132. Cowett AA, Cohen LS, Lichtenberg ES, Stika CS. Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004 May;103(5 Pt 1):871–5.
 133. McEwing RL, Anderson NG, Meates JBA, Allen RB, Phillipson GTM, Wells JE. Sonographic appearances of the endometrium after termination of pregnancy in asymptomatic versus symptomatic women. *J Ultrasound Med*. 2009 May;28(5):579–86.
 134. Rufener SL, Adusumilli S, Weadock WJ, Caoili E. Sonography of uterine abnormalities in postpartum and postabortion patients: a potential pitfall of interpretation. *J Ultrasound Med*. 2008 Mar;27(3):343–8.

135. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020 Jan 22;aogs.13797. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.13797>
136. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003 Aug;109(2):190–5.
137. Pakniat H, Bahman A, Ansari I. The Relationship of Pregnancy-Associated Plasma Protein A and Human Chorionic Gonadotropin with Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Study. *J Obstet Gynecol India* [Internet]. 2019 Oct 11;69(5):412–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13224-019-01217-3>
138. Aiken ARA, Digol I, Trussell J, Gomperts R. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *BMJ* [Internet]. 2017 May 16;j2011. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j2011>
139. Mählck C-G, Bäckström T. Follow-up after early medical abortion: Comparing clinical assessment with self-assessment in a rural hospital in northern Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2017 Jun;213:1–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030121151730146X>
140. Bobdiwala S, Saso S, Verbakel J, Al-Memar M, Van Calster B, Timmerman D, et al. Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019 Jan 20;126(2):190–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.15442>
141. Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Oct;82(10):892–903.
142. Luesley D LS. *NHSCSP_colposcopy_management.pdf* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.html>
143. Reinen J, Smit M, Wenker M. Evaluation of Strategies for the Assessment of Drug–Drug Interactions Involving Cytochrome P450 Enzymes. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet* [Internet]. 2018 Dec 21;43(6):737–50. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13318-018-0485-7>
144. Forgerini M, Mieli S, Mastroianni P de C. Safety assessment of omeprazole use: a review. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2018 Dec;136(6):557–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802018000600557&tlng=en
145. Hendrickson C, Feters T, Mupeta S, Vwallika B, Djemo P, Raisanen K. Client-pharmacy worker interactions regarding medical abortion in Zambia in 2009 and 2011. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2016 Feb;132(2):214–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2015.07.008>
146. Saav I, Fiala C, Hamalainen JM, Heikinheimo O, Gemzell-Danielsson K. Medical abortion in lactating women--low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 May;89(5):618–22.
147. Юнг К. СКРИТИЯТ АЗ, Дилемата на индивида в съвременното общество. 2015th ed. Хермес; 1957. 128 p.
148. Кранц С. Книга за всяка жена. София: ЕМАС; 2001.
149. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, Lucas H. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton; 2009.
150. WHO. Preventing unsafe abortion. 2018.
151. Ganatra B, Guest P. Expanding access to medical abortion : challenges and

- opportunities. 8080(14):1–3.
152. Янакиева А. Перспективи за домашни грижи в светлината на добрите световни практики. Медицински меридиани. 2013;4(3):3–7.
153. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson Jr BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2014 Mar 1;92(3):155–155. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/92/3/14-136333.pdf>
154. Le Lous M, Gallinand A-C, Laviolle B, Peltier L, Nyangoh Timoh K, Lavoué V. Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2018 Nov 2;23(6):458–63. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1539162>
155. Димитров Й. Медикаментозно прекъсване на неразвиваща се бременност. 2016.
156. Les K, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Experiences of women living in Hungary seeking a medical abortion online. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2017 Oct;22(5):360–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29164948>
157. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect*. 1995;27(4):142–148,185.
158. Ho PC. Women's perceptions on medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):11–5.
159. Robson SC, Kelly T, Howel D, Deverill M, Hewison J, Lie MLS, et al. Randomised preference trial of medical versus surgical termination of pregnancy less than 14 weeks' gestation (TOPS). *Health Technol Assess*. 2009 Nov;13(53):1–124, iii–iv.
160. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ*. 1993 Sep;307(6906):714–7.
161. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*. 2002 Jun;65(6):419–23.
162. Fiol V, Rieppi L, Aguirre R, Nozar M, Gorgoroso M, Coppola F, et al. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2016;134:S12–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>
163. Rodriguez MI, Mendoza WS, Guerra-Palacio C, Guzman NA, Tolosa JE. Medical abortion and manual vacuum aspiration for legal abortion protect women's health and reduce costs to the health system: findings from Colombia. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014 Dec 18;22(sup44):125–35. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943788-1>
164. Пределни цени Mifepristone [Internet]. НСЦРЛП Регистър. 2019. Available from: <http://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>
165. Пределни цени Misoprostol [Internet]. НСЦРЛП Регистър. 2019. Available from: <http://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>
166. NOVUS LTD. Mifegyne & Topogyne pricelist [Internet]. 2019. Available from: <http://novus-ms.com/#!/products>
167. IQVIA. Mifepristone & Misoprostol market Bulgaria [Internet]. IQVIA Statistics. 2019. Available from: <https://www.iqvia.com/>
168. Kurz X, Dresse A. Introduction to the theory of pharmaco-economics. *Rev Med Liege* [Internet]. 1998 May;53(5):230–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9689873>
169. Georgiev S, Yanakieva A, Priftis S. Socioeconomic characteristics of countries based on the presence of HTA agency. *J IMAB - Annu Proceeding (Scientific Pap)*. 2017

- Aug;23(3):1637–40.
170. Фьониксфарма - Търговец на едро с лекарствени продукти [Internet]. Available from: <https://www.phoenixpharma.bg/>
 171. Стинг АД - Търговец на едро с лекарствени продукти. Available from: <http://web.stingpharma.com/Login.aspx>
 172. Raghavan S, Maistrak G, Shochet T, Bannikov V, Posohova S, Zhuk S, et al. Efficacy and acceptability of early mifepristone-misoprostol medical abortion in Ukraine: results of two clinical trials. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Apr;18(2):112–9.
 173. Joensuu-Manninen, H., Kuvaja, P., & Talvensaari-Mattila A. Clinical efficacy of mifepristone and misoprostol in second trimester pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;
 174. Pridmore BR CD. Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Aust N Z J Obs Gynaecol*. 1999;39(3):349–53.
 175. Karima R. Sajadi-Ernazarova; Christopher L. Martinez. Abortion Complications. Abortion Complications. StatPearls. StatPearls [Internet]. 2018. 2018.
 176. Abruptio placentae definition. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/252810-overview>
 177. Placenta previa definition. Available from: <https://americanpregnancy.org/pregnancy-complications/placenta-previa/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета за лекари

Тема на дисертационния труд: МЕДИКОСОЦИАЛНИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНИЯ АБОРТ В БЪЛГАРИЯ	
Име на докторанта: Димитър Маринов	
Тема на разработката: Как лекарите приемат медикаментозния аборт?	
<i>Паспортна част</i>	
Пол:	Мъж
	Жена
Възраст:	под 35 г.
	35-50 г.
	51-65 г.
	над 65 г.
Практика (възможен е повече от един отговор)	Болница
	МЦ/ДКЦ
	Индивидуална практика
Населено място	Областен център
	Град
	Малко населено място
<i>Анкетна част</i>	
Практикувате ли медикаментозен аборт?	Да
	Не
Колко медикаментозни аборта правите приблизително месечно?	под 5 (спорадично)
	5 - 10
	над 10 (често)
Кой протокол използвате?	Протокол на ЕМА
	Протокол на СЗО
	Друг
Защо избирате МА? (възможен е повече от един отговор)	Пести ми време
	Щадящ е за пациентките
	Нямам условия за хирургичен аборт
	Друго
Защо избирате хирургичен аборт? (възможен е повече от един отговор)	Протича с една визита
	Нямам опит с МА
	Имам опит и условия за хирургичен аборт
	Друго

Приложение 2

Анкета за пациентки	
Тема на дисертационния труд: МЕДИКОСОЦИАЛНИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНИЯ АБОРТ В БЪЛГАРИЯ	
Име на докторанта: Димитър Маринов	
Тема на разработката: Как пациентките приемат медикаментозния аборт?	
Паспортна част	
Възраст	под 18 г.
	19-30 г.
	31-40 г.
	над 40 г.
Населено място	Областен център
	Окръжен център
	Общински център
	Село
Семейно положение	Омъжена
	Живее с партньор
	Необвързана
Колко деца имате?	Нямам
	1
	2
	3
	повече от 3
Доход на член от домакинството	под 450
	451-1000
	над 1000
Анкета	
Откъде разбрахте за МА?	от лекаря ми
	от TV, радио, вестник, брошура
	от интернет
	от познат
	от друг източник
Защо избрахте медикаментозен аборт?	Доверих се на лекаря си, той взе решението
	Запозната бях с метода и сама настоях за МА
Процедурата премина ли според очакванията Ви?	Да
	Не

Приложение 3

Информирано съгласие за ранен медикаментозен аборт

Ако сте взели решение да прекратите вашата бременност медикаментозно.

Медикаментозният аборт се осъществява на три етапа и се състои от прием на два медикамента.

- Mifepristone
- и от 36 до 48 часа по-късно: простагландин (misoprostol)

Mifepristone и misoprostol работят заедно, предизвиквайки спонтанен аборт.

Mifepristone прекъсва бременността посредством блокиране на хормона необходим за поддържане на бременността (прогестерон). Простагландинът предизвиква контракции и експулсия на плода.

ПРОЦЕС

1. Таблетки Mifepristone приети на В

Какво може да се случи след прием на mifepristone?

- Най-вероятно няма да почувствате никаква разлика, докато не приемете втория медикамент, простагландин.
- В повечето случаи можете да извършвате обичайните си дейности.
- Ако повърнете в рамките на 1.5 часа след приема на лекарствения продукт, свържете се с вашия лекар, за да се определи дали е необходима друга доза от лекарството.
- Вечерта на следващия ден, някои пациентки може да получат кървене подобно на менструалното, да се чувстват изморени и да изпитат болка. В редки случаи се наблюдава обилно кървене със съсиреци и спазми.
- Възможно е бременността да бъде прекратена на този етап (случва се в 3% от случаите).

Кървенето не е признак за това, че бременността е прекратена, независимо, колко обилно е то.

Затова е изключително важно да се приеме простагландин 36 до 48 часа по-късно съгласно одобрения график.

2. Простагландин приет на В

Какво може да се случи след прием на простагландин?

- след прием на простагландин може да правите всичко, което обичате да правите. Ако процедурата бъде извършена вкъщи, за предпочитане е да запазите комфорта си и да има някой при вас.
- Простагландинът предизвиква маточни контракции и болка подобна или по-силна от менструалната. Не се колебайте да приемете болкоуспокояващите, които са ви били предписани.
- Може да получите гадене, повръщане и диария.
- Експулсията на плода е свързана с кървене, което е често по-обилно от менструалното и съдържа съсиреци. Гестационният сак понякога е видим под формата на пихтиеста топка с размери от 1 до 3 см. Кървенето може да се появи много бързо след приема на простагландин, но може да се появи и по-късно, понякога на следващия ден:
 - В 60% от случаите, експулсията ще се случи в рамките на 4 часа от приема на простагландин.
 - В други случаи, експулсията ще се случи в рамките на 24 часа до 72 часа от приема на простагландин.

Кървенето продължава около 2 седмици и обикновено не е толкова обилно, колкото по време на цикъл.

Ако кървенето продължава 3 седмици от приема на простагландин, трябва да се свържете със своя лекар.

АКО В НЯКАКЪВ МОМЕНТ сте притеснени или се случи следното: треска (продължаваща повече от 24 часа), болка, която не преминава въпреки приема на аналгетици, значителна и постоянна загуба на кръв (използване на 2 превръзки на час в продължение на 2 часа) или слабост, моля свържете се с:

вашия лекар.....в.....отделение

на.....болница в.....

След аборт фертилността се възстановява незабавно. Още първият сексуален акт след аборта може да доведе до бременност. Изключително важно е да започнете контрацепция незабавно. Ако изберете контрацептивни таблетки, започнете опаковката на

3. Контролен преглед на от

Контролният преглед трябва да се състои 1 до 3 седмици след приема на Mifepristone. Лекарят ще потвърди, че бременността е прекратена (нивото на неуспех на метода е под 5%) и ще се увери, че няма усложнения. Ефикасността на метода обикновено се потвърждава чрез ехографски преглед или чрез тест за бременност – урина или кръв (β -hCG).

Долуподписаната.....с настоящото,

- потвърждавам своето свободно решение за прекратяване на бременността
- ще направя това в съгласие със закона
- заявявам, че съм наясно, че Прекратяването на Бременност (ПнБ) може да се извърши посредством медикаментозен и хирургичен метод и че съм избрала медикаментозно ПнБ
- потвърждавам, че съм прочела изцяло и разбирам предоставения ми документ
- удостоверявам, че ясно са ми обяснени контраиндикациите и страничните ефекти

Информирана съм, че:

- Процедурата по медикаментозен аборт включва прием на таблетки съдържащи mifepristone
- Тази доза трябва да бъде последвана 36 до 48 по-късно от назначаване на простагландин – misoprostol.
- Контролният преглед е от особена важност за потвърждаване на експулсията на плода и се състои 1 до 3 седмици след приема на Mifegyne®
- Напълно наясно съм, че този метод е високо ефективен, но не на 100%.

Следователно има малката вероятност лечението да не бъде напълно успешно:

- Повторен медикаментозен аборт или хирургична интервенция могат да бъдат необходими, за да се завърши прекратяването на бременността.
- В случай, че реша да продължа бременността, ще информирам лекаря, за да мога да получа пренатално медицинско наблюдение.

Няма гаранция по отношение на риска за плода.

○

Подпис на пациентката	Пациентката прие таблетки mifepristone
	Подпис и печат на лекаря

