

Аборт: репродуктивный выбор или потеря репродукции?

Л. В. Ткаченко, И. А. Гриценко, К. Ю. Тихаева, Н. И. Свиридова, И. С. Гаврилова, В. А. Долгова, А. С. Романченко, Е. А. Савостова

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

РЕЗЮМЕ

Проведен литературный обзор статей, посвященных проблеме аборта и доабортного консультирования. Обозначены юридические особенности развития права на аборт по желанию женщины. Описаны основные этапы развития представления о перинатальной психологии и доабортном консультировании. Изучен порядок проведения доабортного консультирования в Российской Федерации. Проведена оценка эффективности существующего алгоритма и обозначены перспективы дальнейших исследований, направленных на изучение и повышение эффективности доабортного консультирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аборт, преждевременная недостаточность яичников, консультирование, репродуктивная функция.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Работа проводилась при поддержке внутреннего гранта ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ

Abortion: reproductive choice or loss of reproduction?

L. V. Tkachenko, I. A. Gritsenko, K. Yu. Tikhaeva, N. I. Sviridova, I. S. GavriloVA, V. A. Dolgova, A. S. Romanchenko, E. A. Savostova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

SUMMARY

This literature review of articles devoted to the problem of abortion and pre-abortion counseling has been carried out. The legal features of the development of the right to abortion at the request of a woman are outlined. The main stages in the development of the concept of perinatal psychology and pre-abortion counseling are described. The procedure for conducting pre-abortion counseling in the Russian Federation has been studied. The effectiveness of the existing algorithm was assessed and the prospects for further research aimed at studying and improving the effectiveness of pre-abortion counseling were outlined.

KEY WORDS: abort, premature ovarian failure, counseling, reproductive function.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

This research was supported by Volgograd State Medical University's internal grant program.

Введение

Аборт, по желанию женщины или по медицинским показаниям, по настоящий момент является одним из наиболее противоречивых видов медицинской помощи. Не утихают споры как о методе и сроках прерывания, так и правомочности этой операции вообще [1]. Те, кто выступают против абортов, известные в США как «защитники жизни» или «защитники права на жизнь», утверждают, что жизнь начинается с момента зачатия и намеренное прерывание беременности является убийством и нарушает права еще не родившихся детей. Сторонники свободного права женщины на аборт выдвигают несколько аргументов, в том числе что запрет абортов является формой управления рождаемостью и ущемляет права женщины распоряжаться своим телом и жизнью [1, 2]. Есть предположение, что аборты будут иметь место независимо от того, законны они или нет. Легализация абортов – это один из важных вкладов в снижение показателей материнской смертности [3], но негативные последствия для реализации материнства в последующем. А иногда и полной потере репродуктивной функции в результате неинформированности женщины о состоянии ее репродуктивной системы. В данной ситуации особенно актуальна оценка ее фолликулярного резерва перед

производством аборта. В настоящее время отмечается неуклонный рост преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ).

В нашей стране за последнее время введены поправки в законодательство, которые фиксируют ограничение прав женщин на выбор при принятии решения об аборте. Сейчас по социальным показаниям можно прервать беременность, наступившую вследствие изнасилования. Таких показаний в 90-е годы было 13. Перечень медицинских показаний в 2007 году также сокращен. Приоритетное направление урегулирования демографической ситуации в Российской Федерации непосредственно связано с сохранением репродуктивного здоровья женщин. Ст. 38 Конституции РФ подтверждает, что детство и материнство находятся под защитой государства, которое предоставляет женщинам такое право выбора, как место и условия родов, согласие или несогласие в получении определенных видов медицинских услуг, согласие или отказ от медицинских манипуляций и госпитализации. Согласно ст. 254 Трудового кодекса РФ государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Для этого трудовое законодательство устанавливает меры по созданию условий

гигиенически рационального трудоустройства беременных работниц, то есть наиболее приемлемой величины рабочей нагрузки и оптимальных условий производственной среды, которые у практически здоровых женщин не вызывают отклонений в организме в период беременности и не сказываются отрицательно на течении родов, послеродового периода, лактации, на состоянии внутриутробного плода, на физическом и психическом развитии и заболеваемости рожденных детей. [4, 2].

ПНЯ у женщин репродуктивного возраста достигает 10% в популяции. ПНЯ возникает из-за резкого уменьшения числа фолликулов, это происходит вследствие генетических нарушений, воздействия неблагоприятных факторов на яичники и аутоиммунные нарушения [5]. Точная природа преждевременного истощения фолликулярного аппарата яичника до настоящего времени не ясна [5, 6].

Молодая женщина, не подозревающая о наличии ПНЯ, может выполнить аборт, что приведет к полной потере ее репродуктивной функции.

Решение женщины о прерывании беременности должно проводиться при максимуме информирования о возможных последствиях, но при полном исключении прямого давления и тем более запугивания, и оно должно основываться на объективных данных обследования. В связи с этим разработаны специальные протоколы ведения доабортного консультирования, которое стало широко проводиться в Российской Федерации и в мире.

История развития права на аборт по желанию женщины

Начало XX века стало временем демократизации законодательства многих стран в отношении прерывания беременности. В 1920 году Советская Россия стала первым государством, где до 1936 года был официально разрешен аборт по желанию женщины. В 1955 году в связи с высокой смертностью женщин при криминальных абортах ограничения были сняты. В странах Запада практика законодательно утвержденного права на аборт по желанию женщины стала распространяться после Второй мировой войны. Вслед за СССР в 50-х годах подобные поправки были приняты в странах Восточной Европы – Болгарии, Румынии, Польше и др. В странах Западной Европы либерализация в отношении искусственного прерывания беременности произошла значительно позже, и аборт стал легальным ввиду особых оснований в конце 60-х – начале 70-х годов. Сравнительно недавно аборт по желанию женщины стал законодательно разрешен в Португалии (2007 год), Испании (2010 год), Ирландии (2018 год) [3].

В 1973 году в США был легализован аборт по желанию женщины на сроке беременности, когда плод еще не является жизнеспособным (until viability). Реформы в сфере расширения репродуктивных прав, активно проводимые в развитых странах, незначительно распространились в развивающихся государствах. В 1960–1970-е годы аборты были разрешены в Китае, Индии, Тунисе и на Кубе, а с 1985 по 2010 год – в ЮАР, Камбодже, Непале, Вьетнаме и Гайане. В 2012 году декриминализация абортотворения произошла в Уругвае [3].

В настоящее время условно все страны, в которых легализовано прерывание беременности, подразделяют в зависимости от оснований аборта. Выделяют следующие группы причин:

- спасение жизни женщины;
- спасение жизни, сохранение физического здоровья женщины;
- спасение жизни, сохранение физического или психологического здоровья женщины;
- медицинские показания и социально-экономические причины;
- по желанию женщины.

22% (39 стран) женщин проживают в странах, где прерывание беременности возможно с целью сохранения здоровья (Мексика, Бразилия, Иран, Танзания, Панама, Мали и др.).

14% (56 стран) женского населения мира может быть сделан аборт с целью спасения жизни или сохранения физического здоровья (Израиль, Колумбия, Перу, Эквадор, Саудовская Аравия, Кения и др.).

Для 23% (14 стран) женщин прерывание беременности доступно по социально-экономическим причинам. В каждой стране они определены по-разному: низкий семейный доход или финансовые затруднения в связи уходом за имеющимся ребенком. К странам с таким законодательством относится Финляндия, Замбия, Индия, Эфиопия и др.

36% (67 стран) женщин живут в странах, где аборт возможно сделать без специальных оснований, лишь по желанию пациентки (РФ, США, Канада, Франция, Испания, Гренландия, Австралия, Китай и др.). В большинстве этих стран существует ограничение на прерывание беременности после 12-й недели (за исключением медицинских, социальных показаний).

В 26 (5% общего количества женского населения в мире) странах аборт законодательно запрещен. К ним относятся Андорра, Сан-Марино, Мальта, Египет, Филиппины, Лаос и др. [3].

Во многих странах, где аборт возможен по желанию женщины, и в особенности в европейских, наблюдается убыль, постарение населения. Тем не менее снижение количества абортотворения не является приоритетом внутренней государственной политики.

Развитие представления о перинатальной психологии и доабортном консультировании

Становление перинатальной психологии связано с именами психоаналитиков О. Ранка, Ш. Ференци и Г.Х. Грабера, считавших главной задачей психотерапии изучение воспоминаний о травме рождения. В дальнейшем Н. Фодор выдвинул идею о том, что перинатальные потрясения являются предпосылками развития невротических симптомов во взрослом возрасте. В 1970–1980-х годах были опубликованы статьи, подтверждающие наличие внутриутробной памяти и, как следствие, влияние перинатального опыта на психопатологические изменения в течение жизни.

В России впервые вопрос о психологическом сопровождении беременности был рассмотрен в работах психиатра И. З. Вельвовского в 50–60-е годы прошлого столетия. В 70-е годы были опубликованы работы А. И. Захарова, Г. И. Брехмана, А. И. Брусиловского, в которых было обосновано наличие перинатального опыта в эмоциональной памяти у человека. Начиная с 90-х годов особое внимание уделяется проблемам репродукции, области применения вспомогательных репродуктивных технологий, а также разработке методик поддержки женщин в ходе доабортного консультирования [8, 9].

Практика обязательного доабортного консультирования существует в Албании, Бельгии, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Германии, Италии, Литве, Нидерландах, Словакии, в США (Северная Каролина, Южная Дакота, Техас) и др. Проводится консультирование в специальных центрах, имеющих государственную лицензию. Основные задачи этой процедуры – рассказать о возможных рисках прерывания беременности, убедиться, что на решение женщины не оказывается давление. Затем предусмотрен период ожидания, в большинстве случаев он составляет не менее 3 дней.

Начиная с 2011 года в Российской Федерации во время «недели тишины» каждой женщине, обратившейся в медицинское учреждение с целью прерывания беременности, рекомендовано прохождение доабортного консультирования.

Женщина, рассматривающая вопрос о прерывании нежелательной или неожиданной беременности, находится в смятении. Ее решение принимается в контексте более широких социальных, финансовых и культурных проблем. Присутствие партнера, других детей, а также отношение значимых людей влияют на это сложное решение.

В исследовании, проведенном с участием 106 женщин, перенесших плановое прерывание беременности, было выявлено несколько вопросов, подтверждающих мнение о том, что решение об аборте не является простым или случайным. Тридцать семь процентов опрошенных женщин заявили, что они никогда бы не подумали о прерывании беременности до наступления собственной беременности. Большинство женщин выразили двойственное отношение к этому решению. Многие сочли окончательность решения и нехватку времени стрессом и чувствовали себя эмоционально изолированными, неспособными открыто поделиться своими опасениями с семьей и друзьями [10].

Обзор литературы о психологических последствиях прерывания беременности показал, что при выборе решения об аборте долгосрочные отрицательные последствия маловероятны. Может возникнуть кратковременный период вины, беспокойства и подавленного настроения, сочетающийся с облегчением. Считается, что эти негативные эффекты являются реакцией на нарушение социальных норм и столкновение с неодобрением в сочетании с чувством потери – как реальной, так и воображаемой [11].

Актуальные рекомендации, опубликованные Королевским колледжем акушеров и гинекологов (RCOG), гласят, что женщины, обращающиеся с просьбой об аборте, должны иметь доступ к консультированию и поддержке принятого решения, так как они в этом нуждаются.

Порядок проведения доабортного консультирования в РФ

Термин «доабортное консультирование» следует толковать с осторожностью, поскольку он может относиться к целому ряду значений: от простого обмена информацией между пациенткой и врачом до интенсивного психиатрического консультирования с учетом депрессии, психических нарушений, будущего лечения психотропными веществами длительное время.

Существует несколько доступных методов доабортных консультаций: личные консультации с врачом-акушером-гинекологом, клиническим психологом; онлайн-консультации в доступных медицинских интернет-сетях; консультации по телефону в службах социальной поддержки. На сегодняшний день чаще всего используются личные консультации. Консультации по телефону популярны в отдаленных районах мира, например таких, как некоторые районы Британской Колумбии, в том числе и в отдаленных точках Российской Федерации, где личные консультации менее доступны. Австралийское исследование, изучающее мотивы подростков, пользующихся интернет-консультированием, показало, что наиболее привлекательными являются аспекты конфиденциальности и анонимности [12].

Сейчас на территории Российской Федерации существуют сети кабинетов и центров медико-социальной поддержки женщин в трудной жизненной ситуации. Введение в клиническую практику методов консультирования женщин перед абортом требует набора штата и подготовки квалифицированных клинических психологов, работающих в данной сфере [13].

Порядка 90% женщин, которые не информируют отца ребенка о беременности, делают аборт. В случае информированности отца о беременности, число сохранений увеличивается более чем в два раза, что заставляет решить вопрос о семейных психологических консультациях. Информированность отца ребенка в значительной степени положительно влияет на репродуктивный выбор женщины.

В Волгоградской области работают шесть центров психосоциальной поддержки беременных: ГБУЗ «Волгоградский областной перинатальный центр № 2», ГБУЗ «Волжский областной клинический перинатальный центр № 1», ГБУЗ «Родильный дом» в г. Михайловка, ГБУЗ «Урюпинская центральная районная больница», ГБУЗ «Центральная городская больница города Камышина», ГУЗ «Клиническая больница № 5»; 18 кабинетов медико-социальной помощи беременным; 43 семейно-консультативных пункта; 7 комплексных центров социального обслуживания населения. Помощь могут оказывать профессиональные психологи, социальные работники, юристы, психотерапевты и другие специалисты, квалифицированные в вопросах доабортного консультирования, моральной и психической поддержки перед и после искусственного прерывания беременности.

В Российской Федерации сохранение репродуктивного здоровья населения, повышение показателей рождаемости являются задачами «Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины», «Концепции охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации на 2016–2025 годы». Выплата материнского

капитала, практика проведения доабортного консультирования оказались успешными – число абортот сократилось, а уровень рождаемости заметно увеличился. Однако, несмотря на положительную динамику, протокол консультирования нуждается в пересмотре.

В Российской Федерации за последние два десятилетия наблюдается тенденция законодательного ограничения права на репродуктивный выбор. С 1990-х по начало 2000-х произошло существенное сокращение показаний для аборта по социальным обстоятельствам. В 1996 году таких было 13:

- 1) наличие инвалидности I–II группы у мужа;
- 2) смерть мужа во время беременности;
- 3) пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы;
- 4) женщина или ее муж, признанные в установленном порядке безработными;
- 5) наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
- 6) женщина, не состоящая в браке;
- 7) расторжение брака во время беременности;
- 8) беременность в результате изнасилования;
- 9) отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире;
- 10) женщина, имеющая статус беженца или вынужденного переселенца;
- 11) многодетность (число детей 3 и более);
- 12) наличие в семье ребенка-инвалида;
- 13) доход на одного члена семьи менее прожиточного минимума, установленного для данного региона.

В 2003 году число показаний сократилось до пяти: наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие инвалидности I–II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Начиная с 2012 года в РФ законодательно подтверждено только одно социальное показание для аборта – беременность, наступившая в результате изнасилования.

Также в 2007 году сократился перечень медицинских показаний для прерывания беременности. В него входят: болезни эндокринной системы (сахарный диабет с тяжелой нефропатией, синдром Иценко–Кушинга, гиперпаратиреоз и др.), болезни нервной системы (боковой амиотрофический склероз, хорей Гентингтона, рассеянный склероз, гепатоленгикулярная дегенерация, эпилепсия и др.), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (туберкулез, краснуха), злокачественные новообразования, требующие проведения химиотерапии или лучевой терапии на область малого таза; болезни крови и кроветворных органов (миелодиспластические синдромы, тяжелая форма апластической анемии, впервые диагностированные острые лейкозы и др.), психические расстройства, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни системы кровообращения (ревматические и врожденные пороки сердца, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия с частыми приступами и др.), болезни органов дыхания (тяжелая дыхательная недостаточность, заболевания, сопровождающиеся высокой легочной гипертен-

зией), болезни органов пищеварения (хронический гепатит высокой активности с печеночной недостаточностью, острая жировая дистрофия печени, грыжа брюшной стенки и др.), болезни мочеполовой системы (острый гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность любой этиологии, единственная почка), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ахондроплазия, ахондрогенезия, ревматоидный васкулит, гранулематоз Вегенера и др.), беременность, роды и послеродовый период (пузырный занос, в том числе перенесенный ранее, хорионэпителиома и др.), врожденные аномалии (хромосомные аномалии, подтвержденные кариотипированием плода; врожденные синдромы и аномалии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода, установленные методами пренатальной диагностики).

Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года) ввел так называемую неделю тишины – период между обращением женщины по поводу аборта и непосредственным выполнением процедуры. В этот период женщине рекомендуется доабортное консультирование.

В 2017 году правительство России утвердило паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» до 2025 года, целью которого является снижение количества абортов на 30%: с 20,5 случая на тысячу россиянок в 2017 году до 16 случаев на тысячу в 2025-м. Конкретные меры, которые позволят достичь этих показателей, в документе не были указаны. В паспорте упоминалась только «пропаганда отказа от абортов».

Нами проведена оценка овариального резерва 28 женщин репродуктивного возраста, обратившихся за медицинской консультацией по поводу планирования беременности. Обнаружено, что среднее значение фолликулостимулирующего гормона у условно здоровых женщин до 40 лет составило 10,80 мМЕ/л, и в 16% случаев превышало 16,80 мМЕ/л. Средний уровень антимюллера гормона у женщин до 40 лет составил 6,62 нг/мл, при этом в 11% случаев наблюдалось снижение АМГ менее 1,00 нг/мл. Базальный уровень ФСГ более 8,50 мМЕ/л и АМГ менее 1,2 нг/мл является прогностически неблагоприятным, поскольку ассоциирован с тенденцией к снижению пула антральных и преантральных фолликулов яичников. По результатам нашего исследования оказалось, что у значительного числа женщин, планирующих беременность, имелись лабораторные признаки снижения овариального резерва. Снижение овариального резерва не исключает полностью, но ограничивает шансы на наступление самопроизвольной беременности.

Существует так называемая скрытая форма преждевременной недостаточности яичников, для которой характерны регулярный ритм менструального цикла, умеренно повышенный базальный уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) [15]. Эти критерии значительно отличаются от критериев диагностики полной формы преждевременной недостаточности яичников – олиго-, аменорея более 4–6 месяцев, уровень ФСГ более 25 мМЕ/мл. Скрытая форма ПНЯ требует внимания врача в связи с отсутствием активных жалоб со стороны пациента. Скрытая форма ПНЯ без клинической манифестации может быть и у женщины, планирующей прервать данную беременность, но желающей иметь ребенка

в будущем. В связи с этим представляется крайне важным проводить оценку овариального резерва при проведении доабортного консультирования или при обращении женщины в связи с планированием прервать нежеланную беременность.

Заключение

Существующий порядок доабортного консультирования как в Российской Федерации, так и в мировой практике предусматривает такие меры, как информирование о возможных последствиях прерывания беременности, психологическая поддержка женщины, оказавшейся в ситуации выбора, обязательное прохождение УЗИ с последующим предоставлением пациентке вербального описания (Северная Каролина, Техас в США). Однако ни одна из этих мер не предусматривает оценку овариального резерва женщины. В медицинских руководствах не рассматриваются особенности проведения доабортного консультирования среди женщин с наличием факторов риска преждевременной недостаточности яичников. Решение этой проблемы видится в формировании дополнительного раздела протокола доабортного консультирования, включающего обязательное исследование показателей овариального резерва: подсчет количества антральных фолликулов методом УЗИ, лабораторная оценка уровня антимюллера гормона, ингибина В.

Список литературы / References

1. Рудакова Е. К. Демографический кризис в Европе: типы воспроизводства населения. Власть. 2020. № 5.
Rudakova E. K. Demographic crisis in Europe: types of population reproduction. Power. 2020. No. 5.
2. Ратманов М. А. и др. Проблема репродуктивного выбора: стратегические направления в условиях демографической ситуации и системный подход к профилактике медицинских абортов Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020. Т. 19. № 3. С. 124–132.
Ratmanov M. A. et al. The problem of reproductive choice: strategic directions in a demographic situation and a systematic approach to the prevention of medical abortion. Questions of gynecology, obstetrics and perinatology. 2020. T. 19. No. 3. S. 124–132.
3. Сакевич В. И. Аборты в мире: неравномерная динамика и неравный доступ. Демоскоп Weekly. 2018. № 773–774.
Sakevich V. I. Abortions in the World: Uneven Dynamics and Unequal Access. Demoscope Weekly. 2018. No. 773–774.
4. Радзинский В. Е., Костин И. Н., Архипова М. П. Статистическое зеркало нации: репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2013; 17 (6).

- Radzinsky V. E., Kostin I. N., Arkhipova M. P. Statistical mirror of the nation: reproductive health and demographic indicators of the Russian Federation in 2012. StatusPraesens. Gynecology, obstetrics, sterile marriage. 2013; 17 (6).
5. Rudnicka E., Kruszewska J., Smolarczyk R. Premature ovarian insufficiency – aetiopathology, epidemiology, and diagnostic evaluation Prz Menopauzalny. 2018; 17 (3): 105–108.
 6. Якимова А. В., Надеев А. П., Макаров К. Ю. Клинический случай: синдром истощения яичников после лактационной аменореи. Фундаментальные исследования. 2013; 7 (3): 670–674.
Yakimova A. V., Nadeev A. P., Makarov K. Yu. Clinical case: ovarian wasting syndrome after lactational amenorrhea. Basic research. 2013; 7 (3): 670–674.
 7. Поспелов П. И. Право на прерывание беременности в контексте демографической безопасности Республики Беларусь. 2019.
Pospelov P. I. The right to terminate pregnancy in the context of the demographic security of the Republic of Belarus. 2019.
 8. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях [текст] / В. Daelmans [и др.]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. 89 с.
Standards for improving the quality of medical care provided to mothers and newborns in medical institutions [Text] / B. Daelmans [and others]. Geneva: World Health Organization, 2018. 89 p.
 9. Алексеева С. Н., Охлопкова Е. Б. Основы перинатальной психологии Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. № 4 (13).
Alekseeva S. N., Okhlopova E. B. Fundamentals of perinatal psychology. Bulletin of the North-Eastern Federal University. MK Ammosov. Series: Medical Sciences. 2018. No. 4 (13).
 10. Загородняя И. В. Перинатальное консультирование и психотерапия: от истории к современности. II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Васильюка: сборник материалов. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Психологический институт Российской академии образования», 2020. № 1.
Zavgorodnyaya I. V. Perinatal counseling and psychotherapy: from history to the present. II International conference on counseling psychology and psychotherapy dedicated to the memory of Fedor Vasilyuk: collection of materials. Federal State Budgetary Scientific Institution 'Psychological Institute of the Russian Academy of Education', 2020. No. 1.
 11. Dresner N., Kurtzman A. Psychological Aspects of Abortion. The Global Library of Women's Medicine's (ISSN: 1756–2228), 2008. DOI: 10.3843/GLOWM.10417.
 12. Глушкова В. П., Беликова А. Я. Особенности психологического консультирования женщин, оказавшихся в ситуации кризисной беременности. Университетская наука: взгляд в будущее. 2018. С. 29.
Glushkova V. P., Belikova A. Features of psychological counseling for women in crisis pregnancy. University science: a look into the future. 2018. P. 29
 13. Baron C., Cameron S., Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2015. № 41 (3): 181–185. DOI: 10.1136/ffprhc-2014-101161.
 14. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2017 г. № 15–4/10/2–4792 О направлении методического письма «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности». Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation of July 17, 2017 No 15–4/10/2–4792 On the direction of the methodological letter 'Psychological counseling of women planning artificial termination of pregnancy'.
 15. Cameron IT, O'Shea FC, Rolland JM et al. Occult ovarian failure: a syndrome of infertility, regular menses, and elevated follicle-stimulating hormone concentrations. J Clin Endocrinol Metab 1988; 6 (6): 1190–4.

Статья поступила / Received 18.03.2021
Получена после рецензирования / Revised 24.03.2021
Принята в печать / Accepted 26.03.2021

Сведения об авторах

Ткаченко Людмила Владимировна, д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИИМФО. E-mail: tkachenko.fuv@mail.ru. ORCID: 0000-0002-1935-4277
И. А. Гриценко, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ИИМФО. E-mail: irina-gritsenko@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-6761-2990
К. Ю. Тихаева, к.м.н., доцент кафедры патофизиологии, клинической патофизиологии. E-mail: tikhaeva34@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1956-6448
Н. И. Свиридова, д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии ИИМФО. E-mail: n.i.sviridova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-3175-4847
И. С. Гаврилова, к.ф.н., доцент кафедры медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования. E-mail: gavrilova.irene@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-4175-5499
Долгова Валерия Андреевна, студентка III курса лечебного факультета. E-mail: doller2000@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0260-1670
Романченко Анна Сергеевна, студентка IV курса лечебного факультета. E-mail: chemistania@gmail.ru. ORCID: 0000-0003-0980-1667
Савостова Екатерина Алексеевна, студентка IV курса лечебного факультета. E-mail: uspehkate@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8163-6988

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Волгоград

Автор для переписки: Ткаченко Людмила Владимировна.
E-mail: tkachenko.fuv@mail.ru.

Для цитирования: В., Гриценко И. А., Тихаева К. Ю., Свиридова Н. И., Гаврилова И. С., Долгова В. А., Романченко А. С., Савостова Е. А. Аборт: репродуктивный выбор или потеря репродукции? Медицинский алфавит. 2021; (8): 44–48. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-8-44-48>

About authors

Tkachenko Lyudmila V., DM Sci, prof., head of Obstetrics and Gynecology Dept. E-mail: tkachenko.fuv@mail.ru. ORCID: 0000-0002-1935-4277
Gritsenko Irina A., PhD Med, associate prof. at Obstetrics and Gynecology Dept. E-mail: irina-gritsenko@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-6761-2990
Tikhaeva Ksenia Yu., PhD Med, associate prof. at Pathophysiology, Clinical Pathophysiology Dept. E-mail: tikhaeva34@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1956-6448
Sviridova Nataliya I., DM Sci, prof. at Obstetrics and Gynecology Dept. E-mail: n.i.sviridova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-3175-4847
Gavrilova Irina S., PhD in Philosophy, associate prof. at Dept. of Medical and Social Technologies with a course in pedagogy and educational technologies of additional professional education. E-mail: gavrilova.irene@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-4175-5499
Dolgova Valeria A., 3rd year student of Medical Faculty. E-mail: doller2000@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-0260-1670
Romanchenko Anna S., 4th year student of Medical Faculty. E-mail: chemistania@gmail.ru. ORCID: 0000-0003-0980-1667
Savostova Ekaterina A., 4th year student of Medical Faculty. E-mail: uspehkate@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8163-6988

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Corresponding author: Tkachenko Lyudmila V. E-mail: tkachenko.fuv@mail.ru.

For citation: Tkachenko L. V., Gritsenko I. A., Tikhaeva K. Yu., Sviridova N. I., Gavrilova I. S., Dolgova V. A., Romanchenko A. S., Savostova E. A. Abortion: reproductive choice or loss of reproduction? Medical alphabet. 2021; (8): 44–48. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-8-44-48>

