

ЮРИДИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ПРЕРЫВАНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ БОЛЕЕ  
22 НЕДЕЛЬ ПРИ НАЛИЧИИ  
АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Чебан О.С.<sup>1,2</sup>, Ячикова Н.Н.<sup>2,1</sup>

<sup>1</sup>ЦРЗ и ПС ГУ «РЦМиР», г. Тирасполь,  
<sup>2</sup>МФ ПГУ им. Т.Г. Шевченко

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2022.2\(93\).10](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2022.2(93).10)

### Резюме

В статье представлен анализ правовых аспектов применения процедуры прерывания беременности в сроке более 22 недель в связи с врожденными пороками развития (ВПР) плода в контексте неудовлетворенности пациента решением врачебно-консультативной комиссии «отказать в прерывании беременности». ВПР плода - значимая проблема, приводящая к перинатальной, неонатальной, младенческой смертности и инвалидности. Примерно 3-4 % новорожденных имеют значительные ВПР и в 50% всех пороков развития не удаётся определить точную причину. Изучены права женщины прервать беременность при диагностике у плода несовместимых с жизнью ВПР в разных странах, рассмотрено проведение первого этапа процедуры фетоцида (внутриутробной гибели плода), включая информированное согласие и заявление женщины. Представлен клинический случай неудовлетворенности женщины решением ВКК, на примере которого описаны психологические и биоэтические аспекты для матери. Авторами сделаны выводы о правовых рисках применения процедуры прерывания беременности после 22 недель, необходимости внесения в законодательство официального термина «фетоцид» и необходимости пересмотра клинических рекомендаций по безопасным абортам для третьего триместра и регламентации элиминации плода.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, аборт, врожденный порок развития плода, фетоцид

### Summary

#### Aspects of termination of pregnancy at more than 22 weeks in the presence of anomalies of fetus development

The article presents an analysis of the legal aspects of the abortion procedure application for more than 22 weeks due to fetal malformations (CM) in the context of a clinical case of patient dissatisfaction with the decision of the medical advisory commission to refuse to terminate the pregnancy. Fetal CM is a significant problem leading to perinatal, neonatal, infant mortality and disability. Approximately 3-4% of newborns have significant congenital malformations and in 50% of all malformations, the exact cause cannot be determined. The approaches the right of a woman to terminate a pregnancy when the fetus is diagnosed with congenital mal-

formations of different countries, signs an informed consent and an application for the first stage of the fetocide procedure (intrauterine death of the fetus). A clinical case of a woman's dissatisfaction with the decision of the ICC, on the example of which the psychological and bioethical aspects for the mother are described. The authors made conclusions about the legal risks of using fetocide and allowing termination before 22 weeks, the necessity of introducing the official term "fetocide" into the legislation and revising the clinical recommendations on safe abortion for the third trimester and the regulation of fetal elimination.

**Keywords:** reproductive health, abortion, congenital malformation of the fetus, fetocide.

### Rezumat

#### Aspecte ale încercării sarcinii la mai mult de 22 de săptămâni în prezența dezvoltării anormale a fătului

Articolul prezintă o analiză a aspectelor legale ale aplicării procedurii întreruperii sarcinii la termenul de peste 22 de săptămâni din cauza malformațiilor congenitale fetale (MC) în contextul unui caz clinic de nemulțumire a pacientului față de decizia comisiei medicale consultative de a refuza întreruperea sarcinii. MC fetală este o problemă semnificativă care duce la mortalitatea perinatală, neonatală, infantilă și la dizabilități. În jur de 3-4% dintre nou-născuți au malformații congenitale fetale semnificative și în 50% din toate malformațiile, cauza lor exactă nu poate fi stabilită. Au fost studiate drepturile unei femei de a întrerupe sarcina atunci când fătul este diagnosticat cu malformații congenitale incompatibile cu viața în diferite țări, au fost luate în considerare consimțământul informat și cererea pentru prima etapă a procedurii fetocid (moartea intrauterină a fătului). Este prezentat un caz clinic de contrarietate a unei femei privind decizia ICC, pe exemplul căruia sunt descrise aspectele psihologice și bioetice pentru mamă. Autorii au făcut concluzii cu privire la riscurile legale ale utilizării procedurii de avort după 22 de săptămâni, necesitatea introducerii termenului oficial „fetocid” în legislație și necesitatea revizuirii recomandărilor clinice privind avortul în condiții de siguranță pentru al treilea trimestru și reglementarea eliminării fetale

**Cuvinte-cheie:** sănătate reproductivă, avort, malformație congenitală a fătului, fetocid

## Введение

Искусственное прерывание беременности в поздние сроки является фактором, приводящим к нарушению репродуктивного здоровья, включая психическое здоровье женщины [1]. Аборты вызывают целый ряд проблем, выходящих за пределы медицины и являющихся междисциплинарными, медицинскими, социальными, правовыми, духовными, затрагивают область биоэтики и все общество [2, 3].

Право женщины на аборт в мире является спорным, с чем напрямую связан вопрос о начале жизни, трактующийся в законодательстве различных стран неодинаково [3]. Так в ряде государств аборты полностью запрещены или допускаются ради спасения жизни матери, и страны, где аборт разрешен по медицинским показаниям, при серьезных аномалиях плода, изнасиловании и самые либеральные страны, где действуют и медицинские и социально-экономические показания.

С медициной связано рождение и регистрация начала жизни, что отражено в национальных законодательствах. Безопасный аборт (согласно над-системы) - это часть репродуктивных прав в рамках действующего нормативно-правового поля и обязательного информированного выбора девушки или женщины, без давления третьих лиц и прямого влияния на ее решение [4].

Особое внимание заслуживает вопрос прерывания беременности после 22 недель по медицинским показаниям в связи с выявленными ВПР плода и возможности осуществить данную процедуру, ограничиваемую целым рядом условий [5, 6]. По оценкам ВОЗ, от пороков развития в течение первых 4 недель жизни ежегодно умирают 303 000 детей [7, 8, 9]. Несмотря на мероприятия, направленные на профилактику и скрининг ВПР в ранних сроках, бывают и случаи выявления патологии при беременности более 22 недель [10, 11]. Законодательство ряда стран в сроке более 22 недель беременности допускает прерывание только при угрозе жизни матери и ребенка [3].

Медицинские работники испытывают трудности, обсуждая с женщиной, желающей прервать беременность в связи с аномалиями плода, рождение жизнеспособного плода в сроке более 22 недель и обязательным оказанием ему медицинской помощи, что регламентирует законодательство, а недоношенность еще больше усугубит его состояние, особенно если пороки развития совместимы с жизнью. Данный аспект подразумевает применение в обязательном порядке фетоцида при подтверждении ВПР плода, в том числе методом кариотипирования и др.

Процедура фетоцида не отражена ни в одном нормативно-правовом документе Приднестровья и не применялась ранее. В настоящее время отсутствуют единые подходы к технике проведения позднего индуцированного аборта в III триместре в связи с аномалиями плода, в том числе единые алгоритмы, мероприятия при возникших осложнениях.

Цель публикации состояла в проведении анализа нормативно-правовой базы регламентирующей процедуру прерывания беременности в сроке более 22 недель в связи с пороками развития плода (ВПР) в контексте клинического случая неудовлетворенности пациента решением врачебно-консультативной комиссии «отказать в прерывании беременности».

## Материалы и методы

Рассмотрен клинический случай в работе Врачебно-консультативной комиссии (ВКК), представленный на вышестоящую ВКК в связи с неудовлетворенностью пациента принятым решением. Изучены нормативно-правовые документы местного значения в контексте права женщины на прерывание беременности за период 1997-2021 гг., проведен анализ научной литературы о прерывании беременности в сроке более 22 недель в связи с аномалиями развития плода (1992-2021гг.). Использованы базы данных, таких как Google Академия, PubMed, Cochrain Library, Openmedcom, Всемирная организация здравоохранения по теме абортов и прерывания беременности на поздних сроках при наличии ПВР. Всего выявлено 50 источников, 13 англоязычных, 30 были включены в библиографию.

## Результаты и их обсуждение

Поводом для изучения процедуры прерывания беременности при ВПР в сроке беременности более 22 недель явился следующий клинический случай. Гражданка N по месту жительства обследована в лечебно-профилактическом учреждении в полном объеме согласно медицинским рекомендациям. В соответствующие сроки врачом ультразвуковой диагностики (УЗД) не было выявлено отклонений в развитии плода, а в сроке 29-30 недель выявлен порок развития плода, подтвержденный врачом УЗД в учреждении III уровня. Женщина была направлена на ВКК для решения вопроса о прерывании беременности в связи с несогласием с заключением ВКК по месту жительства об отказе в прерывании беременности Гражданка N была направлена на ВКК другого уровня с диагнозом: Беременность 31-32 недели. Умеренное многоводие. Врожденная патология

развития плода (Гипохондроплазия плода, установленная методом УЗИ). Изучены предоставленные на ВКК документы, проведена беседа и осмотр беременной. Состояние беременной N при осмотре удовлетворительное. Жалоб нет. Данные объективного осмотра беременной соответствуют показателям нормы. Шевеление плода ощущается. Сердцебиение плода ритмичное 145 ударов в минуту. Согласно осмотра женщины и предоставленных исследований беременность прогрессирует и имеется ВПР (гипохондроплазия) плода. Во исполнение выше перечисленных нормативно-правовых документов комиссия приняла решение, что в связи с удовлетворительным состоянием беременной N, живым плодом и прогрессирующей беременностью, ВПР плода, подтвержденный только методом УЗИ, «отказать» в прерывании беременности по желанию женщины в сроке 31-32 недели. Пролонгирование беременности на данный момент не несет в себе угрозу для жизни женщины и ребенка. Дополнительная справка: Гипохондроплазия плода или синдром Ellis - vanCreveld, (хондроктодермальная дисплазия) – редкое аутосомно-рецессивное состояние, частота его составляет 1 случай на 60 000 живорождений [12, 13]. Переменный фенотипический спектр синдрома проявляется в: хондродисплазии, полидактилии, эктодермальной дисплазии, пороках сердечно-сосудистой системы. Детская летальность при данном синдроме отмечается в 50% случаев. Смертность обусловлена степенью выраженности вторичной гипоплазии легких, обусловленной гипоплазией грудной клетки, а также типом и выраженностью порока сердца [13]. Выжившие дети обладают низким ростом, но нормальным интеллектуальным развитием. Сроки пренатальной диагностики данного синдрома варьируют от 18 до 28 недель. Таким образом, при прерывании беременности в сроке 31-32 недели и выявленном пороке развития, ребенок может родиться жизнеспособным, но его состояние может усугубиться недоношенностью, что будет сопряжено с дополнительными лечебными мероприятиями, так как новорожденный будет обладать всеми правами на охрану здоровья.

Для защиты действий медицинского персонала проведено изучение нормативно-правовой базы, в которой отражены вопросы прерывания беременности. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке более 12 недель, включая аномалии развития плода, регулируют Законы Приднестровья и приказы Министерства здравоохранения. Конституция гарантирует право на охрану здоровья. Закон «Об основах охраны здоровья граждан»

(1997г.) дает гражданам неотъемлемое право на охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности и других обстоятельств [14]. Лица с ограниченными возможностями здоровья пользуются особой защитой государства. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Таким образом, новорожденный с ограниченными возможностями, в том числе с ВПР, имеет равные права на охрану здоровья, как и здоровые новорожденные по факту рождения. В документе также отмечено право на получение достоверной и своевременной информации, способствующей сохранению здоровья или оказывающего на него вредное влияние. Регламентированы равные права, в том числе и новорожденного, на получение медицинской помощи, независимо от ограниченных возможностей плода с ВПР, уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала, проведение консилиумов при наличии показаний. Гражданин имеет право на «Отказ от медицинского вмешательства» [14]. Например, женщина имеет право отказаться от прерывания беременности в связи с выявленными ВПР плода в скрининговые сроки, учитывая религиозные или иные убеждения. При этом должны быть разъяснены в доступной форме возможные последствия и решение предложено заверить подписью «Информированный отказ от медицинского вмешательства». Женщине дано право самостоятельно решать вопрос о материнстве в сроке до 12 недель, по социальным показаниям – в сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности. Медицинскому персоналу запрещено осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти, в том числе прекращение искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и осуществляет последнюю, или незаконно проводит искусственное прерывание беременности, несет уголовную ответственность. Таким образом, рожденный живой плод не может быть умерщвлен после рождения, даже при наличии врожденных пороков развития, согласно действующему законодательству Приднестровья ему должна быть оказана медицинская помощь. Закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи» (2012 г.) регламентирует «Искусственное прерывание беременности» и повторяет предыдущий законодательный акт. [15]. Так же данный закон отмечает, что женщина имеет право на медико-социальное консультирование

до и после искусственного прерывания беременности, на индивидуальный подбор методов и средств контрацепции.

Министерство Здравоохранения (МЗ) – это следующий по иерархии уровень управления охраной репродуктивного здоровья. Были изучены документы, регулирующие вопросы прерывания беременности, начиная с 1992г. В Приднестровье в 2004 году количество прерываний беременности превышало количество родов, а уровень абортотворения был 34,8 на 1000 женщин фертильного возраста (2020 г.- 14,35 на 1000 женщин). Для упорядочения данных услуг был издан приказ №466 «О порядке проведения и показаниях к операции искусственного прерывания беременности», последняя редакция от 2021 года. Документ пересмотрел перечень социальных и медицинских показаний к прерыванию беременности, в том числе в связи с ВПР, деформациями и хромосомными нарушениями плода. Социальные показания ограничены пунктом «действия по совершению изнасилования женщины, в результате которых наступила беременность». Конкретизировано понятие «перинатальный консилиум врачей», который организуется на базе учреждения по родовспоможению III уровня и включает команду специалистов: акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, неонатолог и детские врачи. В данный консилиум могут входить психолог и юрист с целью обеспечения всесторонней медико-социальной помощи. ВПР подтверждаются методами пренатальной диагностики (УЗД, карiotипирование, молекулярная диагностика, МРТ и др.), что позволяет прерывать беременность по медицинским показаниям до 22 недель беременности. Отдельно отмечено, что если продолжение беременности или роды представляют угрозу жизни или ущерба для здоровья женщины или новорожденного, вопрос о прерывании беременности решается индивидуальной врачебно-консультативной комиссией (ВКК). Приказ МЗ Приднестровья от 2012 г. № 317 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» отмечает, что окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, должно быть принято до 22 недель [16]. При сроке 25 недель и более и наличии у плода тяжелых ВПР, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в организацию III уровня и возможно направление женщины для получения высокотехнологической медицинской помощи за пределы республики. Таким образом, срок 25 недель беременности и наличие тяжелых пороков плода является показанием не для прерывания беременности, а для оказания спе-

циализированной помощи новорожденному. В 2015 г. в контексте расширенного пакета услуг репродуктивного здоровья в Приднестровье были проведены курсы повышения квалификации, основанные на рекомендациях ВОЗ по безопасным абортотворениям [4]. В том же году был принят протокол «О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях», который определил порядок прерывания беременности в сроке до 22 недель [17]. Однако в данных нормативно-правовых документах отсутствует определение понятия «фетотид» (элиминация-остановка сердечной деятельности плода) и правомочность его применения.

Приказ, который регламентирует экспертизу временной нетрудоспособности закрепил право женщины на получение листка о нетрудоспособности по беременности и родам при прерывании беременности до 27 полных недель, в случае если новорожденный пережил первые 6 полных суток (168 часов). Приказ МЗ от 2016 г. №26 «Об утверждении положения о деловой этике медицинского работника», подчеркнул право медицинского работника принимать участие в консилиумах, комиссиях, консультациях, экспертизах. При этом все члены ВКК обязаны ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на них – прибегать к общественной и юридической защите, а также защите со стороны профессиональных медицинских сообществ. ВКК принимает решение, с привлечением к работе юриста учреждения, заключений профильных специалистов. Таким образом, вся нормативно-правовая база рассматривает алгоритм действий при рождении ребенка живым при прерывании беременности и нежизнеспособным по сроку до 21 недели или оказание специализированной высокотехнологической помощи новорожденному с ВПР, но не рассматривает прерывание беременности по поводу ВПР в поздних сроках.

Изучение действующего законодательства позволило аргументировать решение ВКК - отказать в прерывании беременности, так как медицинскому персоналу запрещено осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти, в том числе прекращение искусственных мер по поддержанию жизни, также на данный момент не регламентируется процедура фетотидотомии плода, как первого этапа прерывания беременности в связи с аномалией плода (ToPFA) [18, 19]. Действия медицинского персонала были в соответствии с нормативно-правовой документацией.

Учитывая особый медицинский, этический,

социальный, экономический и юридический аспекты данной процедуры обратимся к опыту других государств и международной практике. В статье Senat MV, Fischer C, Ville Y. (2002г.) показаны результаты исследования по поводу прерывания беременности в связи с аномалией плода (ToPFA) на поздних сроках гестации [20]. Прерывания беременности в связи с ВПР в поздние сроки - драматическое событие, как для родителей, так и для команды, участвующей в выполнении данной процедуры. Во Франции любое прерывание беременности по требованию родителей на сроке более 14 недель беременности может быть выполнено только в случае летального или тяжелого и неизлечимого состояния плода, по оценке экспертного многопрофильного комитета. Бывает, что оценить внутриутробно состояние плода и его жизнеспособность возможно только после 24 недель беременности. Поэтому в таких поздних случаях фетоцид назначают до прерывания беременности в связи с аномалией плода (ToPFA). Самый распространенный метод фетоцида - это инъекция хлорида калия (KCl) в сердце плода, которая обеспечивает немедленное прекращение сердцебиения в результате асистолии. Практика Франции гласит о проведении обезболивания плода и инъекции KCl в пупочную вену. Обязательным при проведении ToPFA является письменное информированное согласие на включение в исследование, которое было одобрено местным комитетом по этике. Все процедуры выполняются по запросу пациента и утверждаются специальной комиссией. Пациенты получают исчерпывающее объяснение рисков и преимуществ фетоцида, чтобы предотвратить рождение живого ребенка с тяжелыми пороками развития. Пороки развития плода диагностировались на сроках беременности 20–37 недель, а фетоцид был проведен на сроке беременности 22–38 недель. [20]. Таким образом, правовая регламентация медицинской деятельности при процедуре фетоцида до процедуры ToPFA, алгоритмы действий, протоколы и информирование пациента о возможных особенностях вмешательства позволяют выполнять профессиональные обязанности, юридически правильно, с учетом интересов семьи, и быть в обществе допустимой мерой в изучаемом аспекте. Некоторые государства ограничивают срок проведения данной процедуры 22-24 неделями гестации, что не вызывает биоэтических противоречий и разногласий, даже без процедуры фетоцида. А прерывание беременности с показаниями в связи с ВПР плода в сроке более 25-28 недель вызывает среди медицинского со-

общества и общественных организаций целый ряд вопросов и протестов от осуждения, отказа проводить процедуру, закреплять ее проведение нормативными документами до отсутствия должной психологической поддержки женщине и семье. Учитывая, что пренатальный скрининг ВПР плода - это один из путей уменьшения перинатальных потерь и рождения детей с тяжелыми и неизлечимыми деформациями и хромосомными нарушениями, должен ли меняться, в зависимости от срока беременности биоэтический подход? «Талидомидовая катастрофа» (начало 1960-х годов), приведшая к рождению детей с тяжелыми пороками развития, матери которых принимали препарат на основе талидомида, заставила пересмотреть возможность прерывать беременность при приеме тератогенных лекарств, чтобы предотвратить рождение детей, которые умрут в первые годы после рождения или будут иметь низкое качество жизни. Доказательство тератогенного влияния вируса краснухи на плод в первом триместре, если беременная женщина перенесла заболевание, вызвало волну заявлений с просьбой прервать беременность, что заставило человечество задуматься о легализации аборт по медицинским показаниям и терапевтическом или евгеническом аборте (термин США, Великобритания, страны Европы и др.) [21]. В Великобритании (1967 год) закон легализовал терапевтические аборты, не «разрешил» их, а сняв уголовную ответственность с врачей и пациентов, при этом пренатальная диагностика являлась обязательным требованием для принятия решения [22]. В США право на аборт было признано конституционным правом женщин и рассматривается как расширение прав человека после решения Верховного суда США по делу Jane Roe (1973). Данное решение признало запрещение аборт нарушением конституционных прав женщин [23]. В РФ, согласно нормативным документам, перинатальный консилиум, созданный при учреждении III уровня, индивидуально решает вопросы о целесообразности, показаниях и противопоказаниях для искусственного прерывания беременности при наличии врожденных аномалий развития плода, независимо от срока беременности [24]. На основании окончательного диагноза и заключения многопрофильного консилиума беременной женщине предоставляется информация для принятия решения о дальнейшем протонировании или прерывании беременности. При сроке беременности более 22 недель первым этапом прерывания является элиминация плода. Остановка сердечной деятельности плода (эли-

минация) посредством кордоцентеза и доступа в системную циркуляцию плода, происходит с обезболиванием и введением в вену пуповины лидокаина в дозе 100 мг/кг расчетной массы плода [24, 25], а также взятием образца крови плода для последующего кариотипирования, что является обязательным моментом первого этапа [24].

С развитием пренатальной диагностики с использованием ультразвукового исследования в формате 3D и возможностью пренатального и постнатального хирургического лечения врожденных пороков развития, социализацией и реабилитацией детей с генетическими нарушениями (Синдром Дауна и др.) произошло изменение и переоценка этических подходов к прерыванию беременности. Визуализация внутриутробно плода и полное его соответствие с новорожденным ребенком, реакция и действия которого на внешние раздражители создают картину полного «присутствия», что требует четкого междисциплинарного ответа на вопрос: «Когда начинается человек?» При рассмотрении вопросов биоэтики с другой позиции возникают споры: личные, моральные переживания врачей в связи с их нежеланием быть вовлеченными в то, что они считают убийством, рассматриваются как менее важные, чем права и интересы женщины, которая, возможно, пожелает прервать беременность. Например, Исак Кандел (2003г.) утверждает, что врачи, отказывающиеся от производства аборта по соображениям совести, ведут себя непрофессионально, так как права и интересы пациентки первостепенны [26]. Отказ от проведения процедуры аборта медицинскими работниками по соображениям совести некоторые авторы считают неэтичным, поскольку пациенты рассматриваются как средство для достижения личных духовных целей [27]. С момента постановки диагноза ВПР плода и до вмешательства (индукции родов) женщины и их семьи, находясь в стрессе, часто чувствуют себя уязвимыми и многие из них испытывают долгосрочные психологические и эмоциональные последствия, причем в два раза чаще, чем у женщин, прерывавших беременность по другим причинам [28]. Согласно исследованию уровня тревоги и депрессии у женщин, прерывавших беременность, субклинически выраженная депрессия встречалась в 2 раза чаще, когда показаниями были ВПР плода. Джейн Фишер в лекции «Предоставление индивидуальной помощи женщинам, проходящим через процедуру прерывания беременности из-за пороков развития плода (TOPFA) – точка зрения ARC (Antenatal Results and Choices)» (2021) приводит разные аргументы данной проблемы [29]. Острые дебаты с этической точки зрения с одной

стороны, признанный пренатальный скрининг, направленный на выявление ВПР, с другой стороны и высказывания женщин и семей, столкнувшихся с данной проблемой: «Только ты ответственна за эту потерю; аборт подразумевает, что ребенок был нежеланным. Мертворождение, к примеру, получает большее признание, так как есть факт рождения. Ничего из этого не существует в случае прерывания беременности в связи с ВПР; у ребенка отсутствует идентичность, поэтому сложно скорбеть об утрате и принять ее». ARC способствует информированию женщин, и поддержке семей, выпуская буклеты и противодействуя «одиночеству и изоляции», помогая понять, что другие люди тоже проходили через это.

Достижения медицины, парамедицинские и этические аспекты при оказании медицинской помощи эволюционировали в последние годы. Подходы к решению неоднозначных вопросов в медицине, знакомство с международным опытом и подготовка специалистов к оказанию не только качественной, но и чуткой помощи, экономическая поддержка может изменить отношение общества к прерыванию беременности, в том числе и при ВПР плода, и обеспечить правовую защиту медицинских работников, опираясь на обновление нормативно-правовой базы. Незаконные аборт являются проблемой для общественного здравоохранения, требующие всестороннего рассмотрения и решения. Несмотря на то, что действия направленные на популяризацию планирования семьи и оказания услуг по охране репродуктивного здоровья привели к снижению числа аборт, но вопросы прерывания беременности в связи с ВПР плода в сроках более 22 недель остаются актуальными и требуют всестороннего подхода. Для медицинских учреждений аборт по медицинским показаниям является особой проблемой в силу этических и профессиональных дилемм, действующей нормативно-правовой базы, поздней диагностикой ВПР плода, а также психическим и физическим состоянием женщины и семьи и тяжестью выбора принятия решения [28, 30].

## Выводы

1. Обоснована необходимость внесения поправок в нормативно-правовую базу регламентирующую процедуру прерывания беременности в сроке более 22 недель в связи с пороками развития плода в контексте опыта других стран и регионов.

2. Психологические, этические и экономические аспекты при оказании всесторонней поддержки матери и семье требуют дальнейшего изучения.

## Библиография

1. Кеда Л.Н., Гутикова Л.В., Карпюк В.А. Особенности психического состояния женщин с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода. В: Охрана материнства и детства. 2020, №1(35).С. 55-63.
2. Василевич Д.Г. Конституционные основы реализации соматических (личностных) прав: теория и практика. Автореф. дис. канд. юридических наук. Минск 2020г.- С.51.
3. Леженина С.В. и др. Аборт как медико-социальная проблема. В: Здравоохранение Чувашии. 2021. № 2. – С. 49-60.
4. Безопасный аборт: рекомендации для системы здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ. 2013. 125 С.
5. Асеева И.А., Пашенко Е.Н. Проблемы вмешательства в репродукцию человека: социологический анализ. В: Вестник института социологии, 2014, № 3 (10), с. 12-33.
6. Коломбет Е. В., Кравченко Е. Н., Любавина А. Е. Врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью, структура, их сочетание с изменениями в плаценте. В: КиберЛенинка, Мид, Кузбас, 2018, №1, с 8-11.
7. Киселева, М. А. Врожденные пороки развития и право на жизнь. Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. 27–28 марта 2019 года. Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2019. С. 71.
8. Nina N. Powell-Hamilton, MD. Overview of Birth Defects. MSD MANUAL, Content last modified Jan 2020
9. Филиппов О.С. и др. Аборт: особенности статистики в Федеральных округах России. В: Гинекология. 2016. Т. 18, № 1. С. 92-96.
10. Lopez-Cepero RI, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second-trimester pregnancy termination. In: Bol Asoc Med P R. 2013; 105(1):14-7.
11. Committee on Ethics. Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology. American College of Obstetricians and Gynecology, Second edition. Washington, 2007, Number 390, 110: 1479-87.
12. Козлова С.И., Семанова Е., Демикова Н.С., Блинникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. В: Справочник. 2-е изд. дополн. М.: Практика, 1996. С.416.
13. Андреева Е.Н. Пренатальная диагностика синдрома Ellis – van Creveld (хондроэктодермальной дисплазии). In: Sono Ace Ultrasound – журнал по ультрасонографии. 2012. №23. С.15-20.
14. Закон «Об основах охраны здоровья граждан» Приднестровья (№ 885-ЗИД-IV от 19.10.09г). <http://www.vspmr.org/legislation/laws/zakonodateljnie-akti-pridnestrovskoy-moldavskoy-respubliki-v-sfere-zdravoohraneniya-i-sotsialnoy-zaschiti-trudovogo-zakono-dateljstva/zakon-pridnestrovskoy-moldavskoy-respubliki-ob-osnovah-ohrani-zdorovjya-grajdan.html>.
15. Закон N 71-3-V ПМР от 16. 05.2012 «Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи». <http://www.minzdravpmr.org/node/213>.
16. Приказ МЗ ПМР №317 от 15.06.2012 «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». <http://www.minzdravpmr.org/node/1104>.
17. Приказ МЗ ПМР №250 от 17.12.2020 «О проведении искусственного прерывания беременности в безопасных условиях». <http://www.avort.md/wp-content/uploads/2015/05/Prikaz-o-provedenii-isk-prerivania.pdf>
18. Callahan Jay. Ensuring still birth: the ethics of lethal fetal injection in late abortion. Wedge Ethics. Fall 1995;6(3):254-63. PMID:8605389
19. Spielman B. Certainty and agnosticism about lethal injection in late abortion. In: J Clin Ethics. 1995 Fall;6(3):270-2.
20. Senat MV, Fischer C, Ville Y. Funi puncture for fetocide in late termination of pregnancy. In: Prenat Diagn. 2002 May;22(5):354-6. doi: 10.1002/pd.290. PMID: 12001185.
21. Саввина О.В. Развитие пренатальной диагностики в середине XX века и ее влияние на легализацию абортов в Великобритании и США. В: Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015, №23(4), с.62-64. <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-prenatalnoy-diagnostiki-v-seredine-hh-veka-i-ee-vliyanie-na-legalizatsiyu-abortov-v-velikobritanii-i-ssha>.
22. History of UK abortion law. Официальный сайт проекта Education For Choice.
23. Roe V. Wade: its history and impact. Available. 2014.
24. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода». МЗ РФ. 2018. 43 с.
25. Lopez-Cepero RI, Lynch L, de la Vega A. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. In: BolAsoc Med P R. 2013; 105(1):14-7.
26. Kandel I, Merrick J. Late termination of pregnancy. Professional dilemmas. In:ScientificWorldJournal 3. 2003.903-912.
27. Cherry, Mark J. Sex, Abortion, and Infanticide: The Gulf between the Secular and the Divine. In: Christian Bioethics, 2011, 17(1). pp. 25–46.
28. Fletcher JC, Isada NB, Pryde PG, Johnson MP, Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: II. Ethical issues. In: Obstetrics and Gynecology. 1992. pp.310-313. PMID: 1635751.
29. Fisher J. Providing individual assistance to those undergoing the procedure of termination of pregnancy due to fetal malformations (TOPFA)-point of view. In: Openmedcom. 2021. <https://openmedcom.ru/user/certificate>.
30. Fisher J. and Lafarge C. Women's experience of care when undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly. In: England. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33(1). 2015. pp. 69-87.

**Чебан О.С.**, канд. мед. наук,  
врач акушер-гинеколог,  
Заведующая ЦРЗ и ПСГУ «РЦМиР», г. Тирасполь,  
Заведующая кафедры педиатрии, акушерства  
и гинекологии, МФ ПГУ им. Т. Г. Шевченко  
тел.: + 373 777 80364  
e-mail: oksana.ceban@mail.ru  
Acceptat spre publicare: 15.10.2022