

15. Hershkovitz R, Silberstein T, Sheiner E, et al: Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Eur J Obstet Gynecol* 2001; 98: 36-9.
16. Makhoul IR, Solt I, Smolkin T, Brenner B, Reis A, Lowenstein L. Spontaneous umbilical cord hematoma. *Harefuah*. 4/2005;144:237-8, 304. [Medline].
17. Feldberg D, Ben-David M, Dicker D, Samuel N, Goldman J. Hematoma of the umbilical cord with acute antepartum fetal distress. A case report. *J Reprod Med*. 1/1986;31:65-6. [Medline].
18. Gualandri G, Rivasi F, Santunione AL, Silingardi E. Spontaneous umbilical cord hematoma: an unusual cause of fetal mortality: a report of 3 cases and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*. Jun 2008;29(2):185-90. [Medline].
19. Munteanu Ioan, *Tratat de obstetrică* . Editura academiei Române 2000.

AVORTUL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Ludmila Tăutu, Viorica Roșu

Catedra de Obstetrică și Ginecologie (FECMF),
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Summary

Abortion in the Republic of Moldova

In spite of all measures taken abortion remains the most widely used method of fertility control in Moldova . Analyzing the dynamics of abortion, we found large differences in the ratio of abortion in different districts of the country: from 8-10 to 100 births (Drochia, Ocnita, Orhei) up to 72.4 to 101.7 abortions per 100 births in Cahul and Taraclia. This prompted us to initiate a study aimed to Analyse in detail the interruption of pregnancies and the implementation of family planning methods in Cahul. A study was conducted retrospectively analyzed the medical records on all abortion on demand made during 2010 SR Cahul. And has conducted a prospective study based on survey and medical records of 950 abortions performed in Cahul District Hospital during January-August 2010.

Rezumat

Necâtând la toate măsurile întreprinse avortul continuă să fie cea mai utilizată modalitate de reglare a fertilității în Republica Moldova. Pe parcursul a mai multor ani se semnaliază un decalaj semnificativ între ratele avorturilor în diferite raioane ale republicii: de la 8-10 la 100 nașteri (Drochia, Ocnita, Orhei..) până la 72,4-101,7 avorturi la 100 nașteri în Cahul și Taraclia. Acest fapt ne-a determinat să inițiem un studiu orientat spre analiza mai detaliată în ce privește întreruperea sarcinilor și implimentarea metodelor de planificare famililă în raionul Cahul. A fost efectuat un studiu retrospectiv în care au fost analizate pe baza fișelor medicale toate avorturile la cerere efectuate în SR Cahul pe parcursul anului 2010. Precum și s-a efectuat un studiu prospectiv pe bază de anchetă și fișe medicale a 950 de întreruperi de sarcină efectuate în SR Cahul în perioada ianuarie - august 2010

Actualitatea

În pofida progresului tehnico-științific obținut, a tuturor succeselor medicinei contemporane, în multe țări ale lumii avortul continuă să fie o metodă de reglare a natalității, pe fodel unei sănătăți reproductive precare și al creșterii numărului cuplurilor infertile. Imoral, din punctul de vedere al Bisericii, scos în ilegalitate de legislația unor state, dreptul la avort a avut o evoluție sinuoasă, permanent controversată pe parcursul întregii istorii.

Lumea antică a prezentat o atitudine, în general, tolerantă în ceea ce privește dreptul femeii de a decide viitorul propriei sarcini.

Apariția creștinismului a intensificat atitudinea negativă a societății față de avortul provocat.

Legea se bazează pe rațiune și dorește binele comun, e o căutare a *condițiilor* prin care fiecare persoană să-și poată realiza pe deplin propria viață. Avorturile au constituit dintotdeauna o problemă legislativă majoră reglementată politic în mod diferit de state diferite. Extremele sunt reprezentate, pe de o parte, de China care duce o politică agresivă de limitare a creșterii populației, inclusiv printr-o politică proavort, și, pe de altă parte, de unele state islamice în care atât avortul la cerere cât și cel în scop terapeutic sunt strict interzise de lege[1,2].

În Europa, dreptul la avort pe parcursul sec. XX a avut o evoluție fluctuantă. În Polonia, țară cu o mare influență a bisericii catolice, întreruperea de sarcina a fost permisă începând cu anul 1956, dar cu un șir de restricții. O situație asemănătoare a avut loc și în Portugalia, Spania, Italia[3,17,22]. Fosta Uniune Sovietică s-a remarcat prin legalizarea avortului încă din anul 1920, cu o scurtă perioadă când avortul a fost interzis în 1936, pentru ca să fie din nou legalizat în anul 1953[1,2,8,18]. România e țara probabil cu cea mai tristă istorie a interzicerii avortului asociată cu norme pronataliste greșite ce practic excludeau nu numai întreruperile de sarcină, dar și metodele moderne de contracepție. Politica incorectă adoptată în acest stat, celebrul Decret 779/1967, a făcut ca timp de 24 ani să decedeze în medie anual 393 femei prin complicații ale avortului. În 1989 rata mortalității materne era de 170 decese la 100.000 de nou-născuți vii, dintre care 85% erau decese prin avort criminal, rată de 10 ori mai mare decât cea raportată în țările est-europene și de 20 ori mai mare ca în țările Europei de Vest. Legalizarea avortului și implementarea contracepției după anul 1989 a dus la o scădere bruscă a mortalității materne cu 70% în primul an, urmată de o scădere mai lentă în următorii ani[9]. Pe parcursul ultimelor decenii majoritatea statelor europene au legalizat avortul, dar aplică concomitent politici de limitare a acestuia, prin promovarea metodelor moderne de planificare familială și contracepție.

Conform datelor Congresului Mondial pentru Populație și Dezvoltare din Paris (2005) la scară mondială sunt efectuate anual 55 milioane de avorturi, zilnic apelează la întreruperea sarcinii 150000 femei. Din numărul total de avorturi, 22 de milioane sunt avorturi în condiții nesigure, 99% din ele sunt efectuate în țările în curs de dezvoltare.

În pofida eforturilor întreprinse, atât științifice, medicale, sociale, legislative din 585.000 femei gravide ce decedează anual pe plan mondial, în 13% din cazuri decesul survine în urma complicațiilor avorturilor [1,2,3]. Astfel, dacă la sfârșitul anilor 20 ai sec. trecut femeia prevenea 1/3 din procreări și avorta 1/4 din sarcini, atunci în zilele noastre sunt prevenite 2/3 din sarcini, iar 3/4 din gravidități sunt avortate[2].

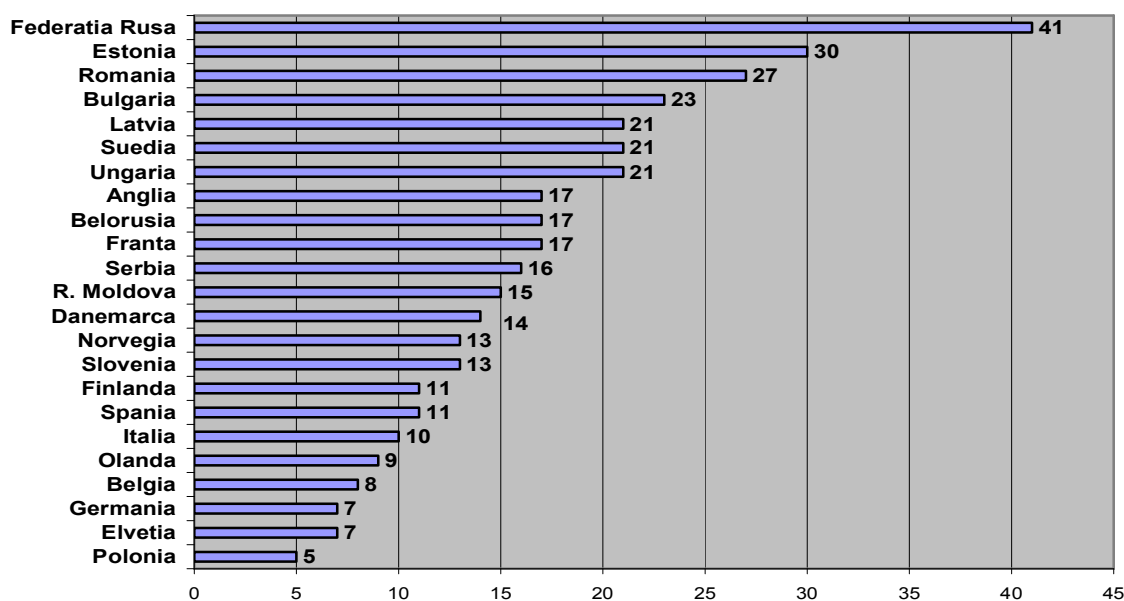


Fig.1. Ponderea avorturilor la 1000 de femei fertile, în unele țări europene, 2009.

În Federația Rusă mortalitatea maternă legată de avort pe parcursul a ultimilor 19 ani s-a micșorat de șase ori, de la 13,6 la 100.000 născuți vii în 1990 până la 2,3 la 100.000 născuți vii în 2009. Mortalitatea maternă din alte cauze s-a redus în același interval de timp, numai de 1,7 ori[7,8,18].

Mortalitatea maternă survenită în urma întreruperii sarcinii în Republica Moldova între anii 1999 și 2010 a fost de 2,5 – 2,6 la 100.000 născuți vii[2,23].

Europa e acea parte a lumii în care sunt înregistrate atât cele mai mici cât și unele din cele mai mari valori ale ratei avorturilor la 1000 de femei fertile. Din totalul avorturilor de pe continentul european, 42% au loc în țările Uniunii Europene, pe când restul – 58%, în țările Europei de Est[21].

O analiză minuțioasă a evoluției avorturilor în Franța pe parcursul a treizeci de ani a fost efectuată de către Institutul Francez de Studii Demografice. S-a constatat că din 1975 rata avorturilor a fost aproximativ constantă, constituind 14-17 avorturi la 1000 de femei fertile, fără tendințe de reducere. În același timp planificarea familiei în rândul populației franceze e bine cunoscută și larg răspândită. Dacă în 1978 doar 52% din femeile fertile ce aveau viață sexuală utilizau metode de contracepție, apoi către anul 2005 deja 82% din femei recurgeau la metode moderne de planificare a familiei. A scăzut și numărul sarcinilor nedorite de la 42% din numărul total de sarcini în 1975 la 33% în 2005. S-a constatat însă că, dacă în 1975 patru din zece sarcini neplanificate se finisau prin avort, apoi în 2005 din zece sarcini planificate erau avortate șase. În cele din urmă s-a ajuns la concluzia că în special statutul femeii, viața ei socială, cariera, dorința de a fi cât mai independentă și ulterior imperfecțiunea metodelor de contracepție, până și a celor moderne, determină menținerea ratei avorturilor atât în Franța cât și în unele țări ale Europei de Vest[15].

În Uniunea Sovietică avorturile erau larg practicate. În 1965 numai în Federația Rusă la 100 nașteri reveniau 274,5 avorturi, în același an în Republica Moldova la 100 nașteri se semnalau 130,3 avorturi[2,7,11]. “Cultura avortului” a fost ulterior moștenită și de țările CSI. Abia în 2007 în Federația Rusă, pentru prima dată în ultimii 48 ani, numărul de nașteri l-a depășit pe cel al avorturilor, la 100 de nașteri înregistrându-se 92 de avorturi. Din 1990, pe parcursul a șaptesprezece ani, numărul absolut al avorturilor s-a redus de 2,8 ori, iar la 1000 de femei fertile de 3 ori. Dacă la o femeie de vârstă fertilă în 1991 reveneau 3,39 avorturi, apoi în 2007 acest indicator a constituit 1,31[7, 8]. Cu toate succesele obținute, Federația Rusă continuă să fie inclusă în categoria țărilor cu o incidență ridicată a avorturilor și o implementare modestă a metodelor moderne de planificare a familiei.

Fluctuațiile din domeniul economic și politic înregistrate în Republica Moldova au cauzat reducerea calității vieții, polarizarea societății, șomajul, înrăutățirea indicatorilor demografici, a sănătății reproductive. În ultimii zece ani s-au obținut însă unele succese în ceea ce privește implementarea contracepției moderne și scăderea numărului de întreruperi de sarcină atât în majoritatea țărilor din Europa de Est cât și la noi în țară.

Considerăm totuși că, deși datele statistice din ultimii ani arată o scădere a numărului de avorturi în Republica Moldova, cu regret, cifra avorturilor nu reflectă numărul real de întreruperi ale sarcinilor din cauza că multe din ele nu se înregistrează și că o mare parte din femeile de vârstă reproductivă sunt plecate peste hotarele țării. Migrația acestui contingent de femei a determinat ca raportarea avorturilor la 100 de nașteri să fie un indicator mult mai veridic decât la 1000 de femei fertile. E alarmant și faptul că se semnalează o creștere dublă pe parcursul a 14 ani a întreruperilor de sarcină la femeile primigeste și o creștere a avorturilor în grupa de vârstă de 15 -19 ani, de la 8,9% la 10,8% (tabelul. 2).

Necătând la metodele moderne de întrerupere a sarcinii, 1/3 din ele se efectuează prin chiuretaj, inclusiv în orașul Chișinău. În raioanele Florești, Strășeni, Soroca, Criuleni, Telenești toate întreruperile de sarcină, în ultimii doi ani (2009-2010) s-au efectuat exclusiv prin chiuretaj.

Cât privește avortul medicamentos, din toate metodele de întrerupere a sarcinii acesta constituie doar 2,5%[23].

Tabelul 2

Evoluția numărului de avorturi în perioada anilor 1995-2009, Republica Moldova

Indicatorul	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Avorturi - total	57181	26035	16028	15739	17551	17965	16642	15742	15843	15900	14634
La 1000 femei în vârstă de 15-49 ani	51	22	16	16	17	118	16	16	16	16	15
La 100 născuți-vii	116,3	70	44	44	48	47	45	42	42	41,2	36,2
Pondere avorturilor la primigeste (%)	8,4	9,5	11,9	12,8	12,5	12,9	14,4	17,1	16,4	19,7	18,2
Pondere avorturilor la grupa de vârstă 15-19 ani (%)	8,9	10,6	10,6	11,1	10,7	9,5	9,7	9,2	9,5	8,3	10,8

Sursa: <http://demoscope.ru/weekly>

În baza reformei sistemului sănătății din Republica Moldova, planificarea familiei a devenit parte componentă a serviciului de asistență medicală primară. La momentul actual, în republică își desfășoară activitatea 3 centre de sănătate pentru femei, 40 de cabinete de planificare a familiei în cadrul instituțiilor medicale, 12 centre de sănătate prietenoase tinerilor. În anul 2005 a fost aprobată, prin Hotărârea Guvernului nr. 913, Strategia Națională a Sănătății Reproductive. Cu toate acestea, situația în sănătatea reproductivă în ultimele două decenii se caracterizează prin reducerea natalității și fertilității, sporirea numărului cuplurilor sterile, creșterea migrației populației, mortalității materne, nivele relativ înalte ale morbidității și mortalității perinatale și infantile, sarcini neplanificate și avorturi multiple, complicații după avort cu un nivel scăzut de utilizare a contracepției moderne.

Analizând dinamica avorturilor, am constatat mari diferențe în raport teritorial (vezi fig. 2).

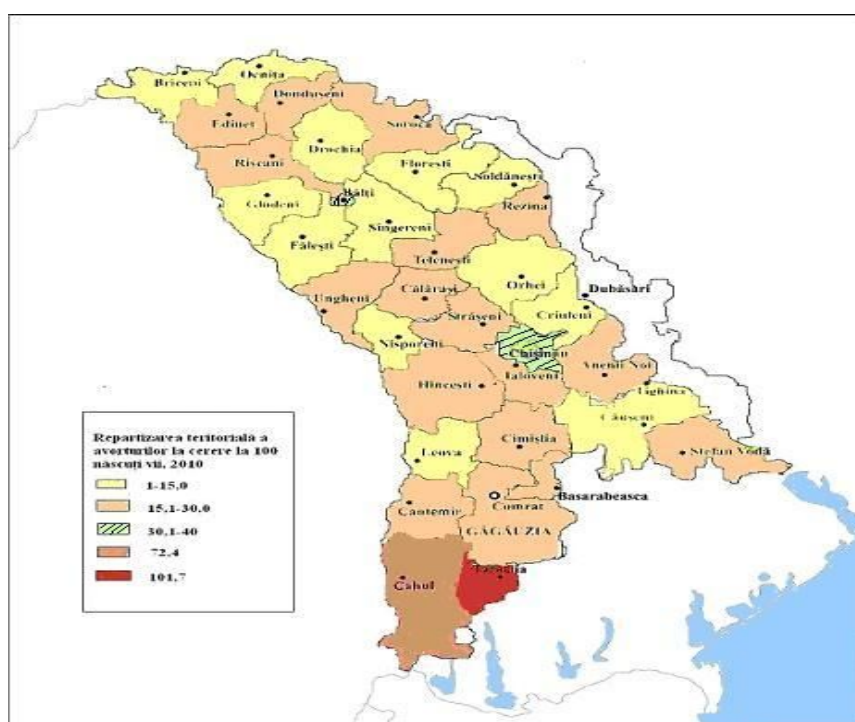


Fig.2. Repartizarea teritorială a avorturilor în Republica Moldova, 2010.

Sursă: Biroul Național de Statistică

În raioanele Cahul și Taraclia se semnaleză rata cea mai mare de întreruperi de sarcini, care e dublă sau chiar triplă față de municipiul Chișinău, media pe raioane sau valorile înregistrate pe țară. Acest fapt ne-a determinat să inițiem un studiu orientat spre analiza mai detaliată în ce privește întreruperea sarcinilor în Cahul.

Material și metode

A fost efectuat un studiu retrospectiv în care au fost analizate pe baza fișelor medicale toate avorturile la cerere efectuate în SR Cahul pe parcursul anului 2010. Precum și s-a efectuat un studiu prospectiv pe bază de anchetă și fișe medicale a 950 de întreruperi de sarcină efectuate în SR Cahul în perioada ianuarie - august 2010.

Rezultate și discuții

Rezultatele obținute au arătat o reducere semnificativă a numărului de avorturi din 2000 până în 2005 de la 2000 avorturi (183,4 la 100 născuți) până la 1278 avorturi (85 la 100 născuți). În următorii ani numărul de avorturi rămâne la un nivel înalt fără tendințe de scădere prezentând valori deosebit de înalte în raport cu alte unități administrative. Din numărul de avorturi înregistrate în anul 2010, 17,8% au fost efectuate la primipare, dintre care 7,6% constituiau paciente sub 16 ani. Metoda cea mai utilizată de întreruperi de sarcină a fost prin aspirație manuală, la termenul în medie de 9-10 săptămâni.

În urma anchetării a 950 femei care s-au adresat pentru întreruperea sarcinii în SR Cahul am constatat că cel mai frecvent se apelează la avort la vârsta de 19-30 ani, predominând pacientele căsătorite. Majoritatea femeilor incluse în studiu, în proporție de 68%, au început viața sexuală precoce la vârsta de 16-19 ani, 13% dintre ele înainte de 16 ani.

În raport cu mediul de trai, în lotul de studiu au predominat pacientele din mediul rural, în proporție de 63%. Analizând gradul de instruire, am constatat prevalența pacientelor cu studii medii generale în proporție de 50%, față de 22% paciente cu studii medii speciale și 28% cu studii superioare.

Avortul la cerere la primigeste se întâlnește în 32 % cazuri, ele toate fiind înregistrate la paciente necăsătorite (19%) sau care trăiesc în concubinaj (13%).

Cu toate că familia cu doi copii e un model de familiei ideal considerat de generațiile ce la moment se află în perioada reproductivă, avorturile la cea de a doua și mai mult sarcină sunt întâlnite în special la femeile căsătorite reprezentând 59% din toate avorturile la cerere.

Factorii cei mai frecvenți care le determină pe femei să recurgă la avort la cerere sunt: factorii socio-economici 26% cazuri, statutul femeii contemporane 22%, starea civilă (necăsătorite/divorțate) 19%, relații instabile cu partenerul 15%, nu mai doresc să aibă copii 12%, copii mici în familie 6%.

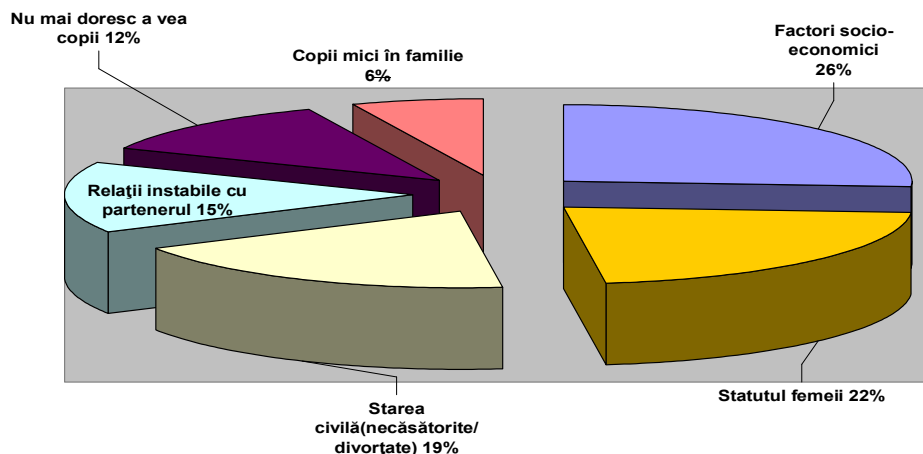


Figura 3. Factorii determinanți ai avortului la cerere

Dacă e să analizăm metoda de întrerupere a sarcinii, atunci vacuum aspirația manuală s-a întrebunțat în 78% cazuri, metoda medicamentoasă în 11%, chiuretajul în 11%. Complicațiile cele mai frecvente au fost: hemoragie 5% cazuri, proces inflamator al organelor genitale 2%, dereglări de ciclu menstrual 6%, avort incomplet 5%, respectiv 78% nu au avut nici o complicație.

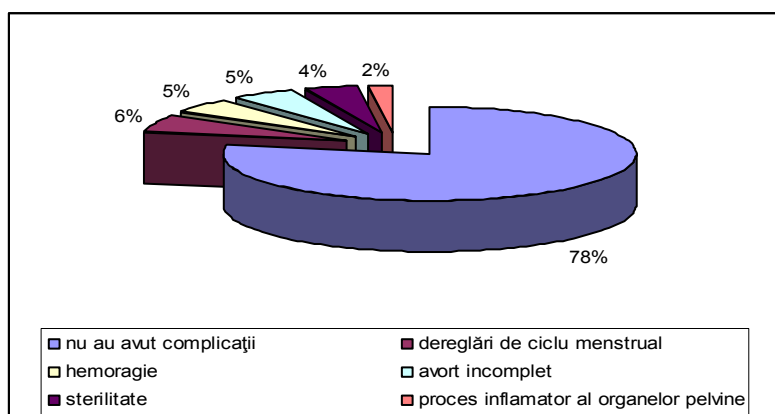


Figura 4. Complicațiile survenite după avorturile la cerere

În condiții demografice nefavorabile planificarea familiei devine o problemă deosebit de actuală care permite în primul rând evitarea sarcinilor nedorite ce la noi în țară se termină în 74% prin avorturi la cerere, alegerea timpului optim pentru nașterea copiilor în raport cu vârsta și starea de sănătate a părinților și nașterea copiilor doriți.

La moment eficacitatea planificării familiale ține nu numai de implementarea metodelor de contracepție, dar și de evidențierea la timp a femeilor din grupul de risc, de tratamentul sterilității și prevenirea bolilor sexual transmisibile. Noi ne-am propus, prin anchetarea a 300 de femei cu un nivel de instruire diferit, să determinăm gradul de informare al acestora cu privire la contracepție, ponderea utilizării contraceptivelor moderne și atitudinea acestora față de avort.

Majoritatea femeilor intervievate continuă să considere avortul drept un mijloc acceptabil de evitare a nașterilor nedorite, în pofida faptului că acesta ar putea să le pericliteze sănătatea. Utilizarea contracepției de către femeile căsătorite, fie prin metode moderne, fie prin tradiționale, e cuprinsă între 41 și 82% în raport cu nivelul de instruire (vezi tabelul 1.).

Tabelul 1. Ierarhia metodelor de contracepție utilizate și cunoscute de respondente.

	Studii medii generale		Studii medii speciale		Studii superioare	
	Cunoașteți%	Utilizați%	Cunoașteți%	Utilizați%	Cunoașteți%	Utilizați%
Prezervativ	95	39	99	44	100	49,8
Metoda calendarului	48	15	78	21	100	10,5
Coitus întrerupt	73	53	72	53	100	35
Contracepția orală hormonală	52	21	81	21	98	47
Contracepție intramusculară	-	-	4	-	39	-
Implant contraceptiv	-	-	-	-	8	-
DIU	79	53	100	36	98	25
Sterilizarea chirurgicală feminină	57	5	46	3	98	8
Vasectomia	-	-	2	-	83	-
Nici o metodă	-	23,1	-	17,9	-	19

Femeile cu studii medii generale și medii speciale continuă să se bazeze preponderent pe contracepția tradițională, în special pe coitus interruptus și metoda calendarului în proporție de 51 și respectiv 48%. Cea mai utilizată metodă de contracepție printre femeile căsătorite e steriletul, iar în rândul celor necăsătorite prezervativul. Metodele moderne sunt folosite mai mult de femeile din mediul urban comparativ cu cele din mediul rural. Cu cât nivelul de educație al femeilor este mai ridicat, cu atât acestea folosesc mai degrabă o metodă contraceptivă modernă decât una tradițională.

Noi am stabilit că femeile din lotul de studiu știu de unele metode de contracepție însă cele în special cu nivel general sau mediu de instruire nu dispun de informație cum să le utilizeze ori cât de eficiente sunt acestea în prevenirea sarcinii.

Cu toate că pe plan mondial din ce în ce mai multe femei utilizează contraceptivele orale hormonale, femeile din studiul nostru indiferent de nivelul de instruire, sunt sceptice în privința lor, din cauza opiniei greșite despre riscurile pentru sănătate și efectele secundare ale acestora.

În plus, majoritatea femeilor intervievate căsătorite și care au declarat că nu își mai doresc copii practic nu folosesc metode de contracepție permanentă. Dacă sterilizarea feminină e acceptată și utilizată de un procent mic de femei, apoi vasectomia e în general privită ca o metodă inadmisibilă. Sterilizarea permanentă în special cea masculină, chiar și în prezent, nu e promovată de mediul medical din țară, această metodă fiind una din cele mai utilizate în SUA și Europa de Vest.

Concluzii

1. S-a constatat o diminuare a numărului de avorturi pe parcursul ultimelor două decenii, în paralel cu reducerea mortalității materne prin avort, dar această reducere nu reflectă situația reală din motivul că nu toate avorturile sunt înregistrate.
2. Pe parcursul a mai multor ani se semnaliază un decalaj semnificativ între ratele avorturilor în diferite raioane ale republicii: de la 8-10 la 100 nașteri (Drochia, Ocnița, Orhei..) până la 72,4-101,7 avorturi la 100 nașteri în Cahul și Taraclia.
3. Avortul rămâne cea mai utilizată formă de reglare a fertilității pe plan raional, fiind perceput de femei ca o procedură tradițională, accesibilă, ieftină, rapidă și sigură.
4. Se observă o creștere a numărului de avorturi la primigeste de la 8,4% în 2000 la 18,2% în 2009, și o tendință lentă de creștere a numărului de avorturi între minore.
5. Nu există o informare adecvată a populației în ce privește metodele moderne de contracepție. Până în prezent, în majoritatea cazurilor predomină folosirea DIU și a metodelor tradiționale.
6. Necătând la metodele moderne de întrerupere a sarcinii, 1/3 dintre ele se efectuează prin chiuretaj, inclusiv în orașul Chișinău. În raioanele Fălești, Sângerei, Soroca, Criuleni, Telenești toate întreruperile de sarcină în ultimii doi ani (2009-2010) se efectuează exclusiv prin chiuretaj.
7. În ceea ce privește avortul medicamentos, el constituie doar 2,5% din toate metodele de întrerupere a sarcinii [23].

Bibliografie

1. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики., Всемирная Организация Здравоохранения.,2004., <http://www.euro.who.int>.
2. Paladi Gh., Cernețchi O., Obstetrică patologică, Centrul editorial poligrafic (Medicina), 2007, 744 p; manual.
3. World Health Statistics 2010., Publications of the World Health Organization., Department of Health Statistics and Informatics of the Information „2010., <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>

4. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008., 6th ed. World Health Organization., ISBN 978 92 4 150111 8.
5. STATE OF WORLD POPULATION 2004: Maternal Health., UNICEF, 2004., <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/notes/page7>
6. Paladi Gh., Particularitățile în timp a unor procese demografice pe teritoriul Republicii Moldova., Centrul Editorial-Poligrafic Medicina., Chișinău., 2004.
7. Сакевич Виктория., Денисов Борис., Перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи?. 2011. <http://demoscope.ru/weekly>.
8. Письмо МЗСР РФ от 2 июля 2008 г. №4627-ПХ Об абортах и материнской смертности после абортотв в Российской Федерации в 2007 году., [www.coi.su/docs/pismo ob abortah.doc](http://www.coi.su/docs/pismo_ob_abortah.doc).
9. Munteanu Ioan., Tratat de obstetrică., Editura Academiei Române., București., 2000.
10. Usatii Andrei., Teza de doctor în științe medicale – Particularitățile planificării familiale în condiții rurale., Chișinău., 1997.
11. Савич В. Аборт – кривое зеркало демографической политики . <http://demoscope.ru/weekly>
12. Marie-Louise H. Hansen., Ditte Moolgard-Nielsen., Lisbeth B. Knudsen., Rates of induced abortion in Danemark according to previous births, and previous abortions., Demographic Research., Vol. 21., Article 22., p 642-680., 2009. <http://www.demographic-research.org>
13. Șalaru Otilia., Paladi Gheorghe., Avortul provocat la primigeste., Chișinău., 1997.
14. Șalaru Otilia., Reabilitarea sănătății reproductive la primigeste cu avort provocat., Chișinău., 1998.
15. Nathalie Bajos., Caroline Moreau., Henri Leridon., Why has the number of abortions not declined in France over the past 30 years?., Population and Societies., No.407., 2004. <http://www.ined.fr>.
16. Buciuceanu-Vrabie Mariana., Particularitățile actuale ale comportamentului reproductiv al femeilor de vîrstă fertilă din municipiul Chișinău., Al V-lea Congres de Obstetrică și Ginecologie cu participare Internațională., Chișinău, 7-8 octombrie 2010.
17. Tomas Frejka., Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolutions., Demographic Research., Vol. 19., Article 5., p 73-84., 2008. <http://www.demographic-research.org>
18. Здравоохранение Российской Федерации 2006., Нр. 5., ст. 49-51., Аборт у женщин из сельской местности.
19. Center for Reproductive Law and Policy., Making abortion safe, legal and accessible: a tool kit for action., New-York., 2000.
20. World Abortion Policies 2011., United Nations., Department of Economic and Social Affairs., Population Division., <http://www.un.org>
21. Wurm Gisela., Access to safe and legal abortion in Europe., Council of Europe., Parliamentary Assembly., Doc.11537rev., 2008. <http://assembly.coe.int>
22. Hage Corina., Antonovici Zelijka., Atanasova Aneliya., Abortion and its impact on women and girls in Europe., Council of Europe., Parliamentary Assembly., Doc.10802., 2006. <http://assembly.coe.int>
23. Anuar Statistic 2010., <http://statistic.md>.
24. Mihalcean Luminița., Teză de doctor în științe medicale - Factorii de risc și conduita preconcepțională a femeilor cu sarcină oprită în evoluție în anamneză, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău 2010.