

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

DOI: 10.29413/ABS.2018-3.3.23

УДК 159.9.072

Бурина Е.А.¹, Марьянян А.Ю.^{2, 3}

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
(199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6, Россия)

² ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»
(664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16, Россия)

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России
(664049, г. Иркутск, Юбилейный, 100, Россия)

В данной статье описываются результаты изучения знаний, установок и алкогольного поведения у беременных женщин в рамках программы профилактики фетального алкогольного синдрома у женщин репродуктивного возраста. Теоретическую и методологическую основу исследования составили модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model) и метод двухфокусного краткосрочного вмешательства. Исследование проводилось на базе факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Практическими базами для сбора данных являлись 10 женских консультаций города Санкт-Петербурга. Выборка исследования включала 280 женщин детородного возраста. Методы психологического исследования представлены материалами, разработанными «Исследовательской группой профилактики ФАС» в связи с задачами исследования. Результаты показали, что разработанная профилактическая программа и её составляющие (вмешательство и пассивное информирование) достигают своей главной цели – снижают или прекращают употребление алкоголя беременными женщинами, другими словами, практически исключают риск развития ФАС и ФАСН у будущего ребёнка. Данная программа осуществлялась в рамках проекта, поддержанного грантом R01AA016234 «Профилактика Фетального Алкогольного Синдрома (ФАС) и нарушений нейроразвития у детей в России», руководитель: Т.Н. Балашова, Медицинский центр университета Оклахомы (США), при поддержке Национальных Институтов Здоровья, Национального Института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма, и Международного центра Фогарти.

Ключевые слова: фетальный алкогольный синдром, фетальный алкогольный спектр нарушений, профилактика, беременные женщины, женщины репродуктивного возраста, краткосрочное вмешательство

Для цитирования: Бурина Е.А. Марьянян А.Ю. Психологические аспекты профилактики фетального алкогольного синдрома у беременных женщин репродуктивного возраста. Acta biomedica scientifica, 3 (3), 149-154, DOI 10.29413/ABS.2018-3.3.23.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FETAL ALCOHOL SYNDROME PREVENTION IN PREGNANT WOMEN OF CHILDBEARING AGE

Burina E.A.¹, Marianian A.Yu.^{2, 3}

¹ Saint Petersburg University
(Nab. Makarova 6, Saint Petersburg 199034, Russian Federation)

² Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems
(ul. Timiryazeva, 16, Irkutsk 664003, Russian Federation)

³ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education –
Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education
(Yubileyniy 100, Irkutsk 664049, Russian Federation)

The article observes the study results of knowledge, attitudes and alcohol behavior in pregnant women within fetal alcohol prevention program in childbearing age women. The theoretical and methodological basis of the study is Health Belief Model and the method of dual-focused brief intervention. The study was conducted on the basis of the psychology department of Saint Petersburg State University. Data were collected in 10 women's consultation clinics of Saint Petersburg. The sample included 280 women of childbearing age. Methods of psychological research are presented by materials developed by the «FAS research team» according to the study goals. The results showed that the developed preventive program and its components (brief intervention and passive information) achieve their main goal, program implementation reduces or stops the use of alcohol by pregnant women, in other words, it virtually eliminates the risk of developing FAS and FASD in a future child. This program was carried out as a part of the project supported by grant R01AA016234 «Prevention of FASD in Russian Children», principal investigator: Tatiana N. Balachova, The University

of Oklahoma Health Sciences Center (USA), from the NIH / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and Fogarty International Center.

Key words: fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorders, prevention, pregnant women, women of reproductive age, brief intervention

For citation: Burina E.A., Marianian A.Yu. Psychological aspects of fetal alcohol syndrome prevention in pregnant women of childbearing age. Acta biomedica scientifica, 3 (3), 149-154, DOI 10.29413/ABS.2018-3.3.23.

Впервые упоминание о фетальном алкогольном синдроме (ФАС) как об общественной проблеме в сфере здравоохранения произошло относительно недавно. В 1968 году П. Лемоин с соавторами подробно описали нарушения в развитии у 127 детей, рождённых в семьях, в которых мать имела проблемы с употреблением алкоголя вплоть до заболевания [17]. Спустя 5 лет, в 1973 году К. Джоунс и Д. Смит [1] более детально и структурировано описали специфические особенности нарушений у детей, чьи матери употребляли алкоголь во время беременности. Именно они впервые употребили термин «фетальный алкогольный синдром» [14]. С этого момента ФАС стал серьёзной проблемой в обществе, многие специалисты стали проявлять интерес к данному вопросу. Как следствие, стали появляться разнообразные исследования, началась разработка программ профилактики, стали появляться научные публикации по данной проблематике.

В России долгое время проблема ФАС оставалась вне поля зрения специалистов и населения. До 2003 г. ни специалисты, ни женщины, ни врачи не придавали должного значения употреблению алкоголя во время беременности, не задумывались о том, какой вред наносит алкоголь ещё не родившемуся ребёнку. С 2003 г. факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета совместно с Центром Наук о Здоровье Университета Оклахомы (США) и Нижегородским государственным педагогическим университетом проводит серию исследований, посвящённых ФАС [13]. В настоящее время данной проблематикой начинают интересоваться всё большее число специалистов – представителей различных областей, появляются новые исследования [4–9].

На данный момент существует большое количество определений понятия фетального алкогольного синдрома (от англ. fetal alcohol syndrome (FAS) – алкогольный синдром плода) [10].

«ФАС – расстройство, возникающее у ребёнка вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период, то есть во время беременности».

«ФАС – сочетание психических и физических дефектов, которые впервые проявляются при рождении ребёнка и остаются у него на всю жизнь».

«ФАС – пожизненное нарушение, которое не проходит с возрастом» [12].

В здравоохранении и психологической науке наряду с ФАС используются ещё несколько схожих понятий.

ФАЧН (фетальный алкогольный спектр нарушений) – (от англ. FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders) – нарушения фетоалкогольного спектра. Данное понятие относят к лицам, у которых присутствуют несколько признаков ФАС, но для того,

чтобы поставить полный и точный диагноз ФАС признаков недостаточно. Иногда под данным термином понимают «неполный фетальный алкогольный синдром» [9, 15].

В международной классификации болезней МКБ-10 фетальный алкогольный синдром представлен как «P04.3: Поражения плода и новорождённого, обусловленные употреблением алкоголя матерью; Q86.0 Алкогольный синдром у плода (дизморфия)» [11].

Выделяют факторы риска возникновения ФАС. Известно, что одной из основных причин возникновения ФАС является употребление алкоголя матерью в период беременности. Причём существует определённая связь между количеством употребляемого алкоголя и тератогенными воздействиями на плод. Чем больше алкоголя употребляет беременная женщина, тем более вероятно рождение ребёнка с ФАС у такой матери. Если женщина умеренно употребляет алкоголь, то у ребёнка могут наблюдаться менее выраженные нарушения (например, поведенческие и/или когнитивные проблемы) [18]. Проведённые исследования показали, что наиболее важным является массивное употребление алкоголя за короткий срок, нежели общее количество употреблённого алкоголя. Если женщина употребляет большое количество алкоголя за короткий промежуток времени, то это приводит к пиковой концентрации этанола в крови и оказывает крайне негативное влияние на развитие плода [11, 16].

В здравоохранении принята универсальная мера алкоголя – доза (от англ. «drink»). Доза – это любой напиток, содержащий 14 грамм чистого алкоголя. Основанием для отнесения к группе риска в контексте общего здоровья для всех женщин детородного возраста является употребление:

- более 3 доз за один день (вечер);
- более 7 доз в неделю;
- 4 и более дозы за один вечер считается массивным употреблением алкоголя, которое может привести к особо тяжёлым последствиям.

Для беременной женщины или планирующей беременность женщины употребление любого количества алкоголя является опасным, так как любое количество употребляемого алкоголя повышает вероятность возникновения ФАС у ребёнка [20].

Таким образом, любая женщина, употребляющая алкоголь, может быть отнесена к группе риска, с точки зрения вероятности возникновения ФАС или ФАЧН у ребёнка.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение психологических аспектов профилактики фетального алкогольного синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Теоретическую и методологическую основу исследования составили модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model) [19] и метод двухфокусного краткосрочного вмешательства [12].

Исследование проводилось на базе факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Практическими базами для сбора данных являлись 10 женских консультаций города Санкт-Петербурга. С целью репрезентативности выборки для исследования были выбраны женские консультации, находящиеся в разных районах города.

В качестве респондентов в исследование приглашались женщины репродуктивного возраста, которые посещали одну из участвующих в проекте женских консультаций. Все женщины проходили скрининг на предмет соответствия критериям включения в исследование. Если женщина удовлетворяла этим критериям, то ей предлагали участвовать в исследовании: подписать форму информированного согласия об участии в исследовании [3] и пройти базовое интервью.

После базового интервью все женщины получали информационные материалы (брошюра) о влиянии алкоголя на плод и фетальном алкогольном синдроме. С женщинами экспериментальной группы после базового интервью дважды в период от двух недель до полутора месяцев специально обученным врачом-гинекологом проводилось двухфокусное краткосрочное вмешательство и выдавались дополнительные информационные материалы. В контрольных женских консультациях краткосрочное вмешательство не проводилось, то есть визитов к врачу не осуществлялось. При этом всем женщинам также выдавались информационные брошюры о фетальном алкогольном синдроме [2].

Далее по дизайну исследования со всеми женщинами проводились последующие интервью. Телефонные звонки осуществлялись через 3, 6 и 12 месяцев после прохождения базового интервью. Таким образом, каждая женщина являлась участницей исследования на протяжении одного года.

Дизайн исследования предполагал следующие критерии формирования выборки: репродуктивный возраст (18–44 года), отсутствие беременности на момент начала исследования, отсутствие патологии репродуктивной функции, отсутствие обращений к наркологу по вопросам употребления алкоголя, наличие как минимум одного незащищенного полового акта и употребление алкоголя в любом количестве как минимум один раз за последние 90 дней.

Выборка исследования включала 280 женщин, которые составили экспериментальную ($n = 140$) и контрольную ($n = 140$) группы. Распределение на группы осуществлялось рандомизированно. Результаты анализа социально-демографических характеристик не выявили различий между экспериментальной и контрольной группами. Большую часть выборки составили женщины с высшим образованием, состоящие в официальном/гражданском браке, не имеющие детей. Средний возраст составил 26 лет.

Методы психологического исследования представлены материалами, разработанными «Исследо-

вательской группой профилактики ФАС» в 2007 г. в связи с задачами исследования.

Результаты изучения уровня знаний, установок, поведения и их динамики (через 12 месяцев) у беременных женщин

В начале исследования все женщины были не беременны. За период проведения исследования беременность наступила у 21 женщины: у 10 респонденток из экспериментальной группы и у 11 – из контрольной. Из них 10 женщин отмечали, что планируют беременность, то есть хотят ребёнка и не используют средства контрацепции.

Были проанализированы знания о фетальном алкогольном синдроме в начале исследования. Статистически значимых различий в показанных знаниях у женщин экспериментальной и контрольной групп не выявлено. В целом, 81 % ($n = 17$) респонденток не знает о синдроме и отвечает неправильно на вопросы о последствиях ФАС: 81 % ($n = 17$) – неверно, 19 % ($n = 4$) – верно; на вопрос о характерном нарушении для детей с ФАС: 85 % ($n = 18$) – неверно, 15 % ($n = 3$) – верно; на вопрос о причинах возникновения: 76 % ($n = 16$) – неверно, 24 % ($n = 5$) – верно.

Спустя 12 месяцев статистически значимых различий между группами также не обнаружено, но выявлены значимые различия по каждому вопросу между первым и последним замером. Для сравнений данных групп применялся критерий χ^2 Мак-Немара.

На вопрос о последствиях ФАС верно ответили уже 90 % ($n = 19$) беременных женщин ($\chi^2 = 13,067$, $p < 0,001$); на вопрос об умственной отсталости как характерном нарушении для детей с ФАС дали правильные ответы 85 % ($n = 18$) женщин ($\chi^2 = 11,077$, $p < 0,001$).

Таким образом, к концу исследования подавляющее большинство беременных женщин демонстрировало корректные и достаточно полные знания о фетальном алкогольном синдроме.

Был проведён анализ установок в отношении употребления алкоголя беременными женщинами и влияния алкоголя на плод, который не обнаружил статистически значимых результатов при сравнении групп, а также при сравнении показателей, полученных в начале исследования и спустя 12 месяцев. В целом, беременные женщины не отличаются от общей выборки по характеру распределения установок. Безусловно, к концу исследования установки претерпевают ряд положительных изменений.

Анализ поведения в отношении употребления алкоголя проводился по двум критериям: количество дней употребления алкоголя за последние 90 дней и средняя доза алкоголя, употребляемая за один раз за последние 90 дней.

Изначальный уровень употребления алкоголя женщинами не отличается от средних показателей по группам. Спустя 12 месяцев беременные женщины экспериментальной группы употребляют алкоголь в среднем 1 день за 90 дней ($M = 0,5$; $SD = 0,85$), в контрольной группе женщины употребляют в среднем 2 дня ($M = 1,55$; $SD = 1,37$), что продемонстрировано на рис. 1.

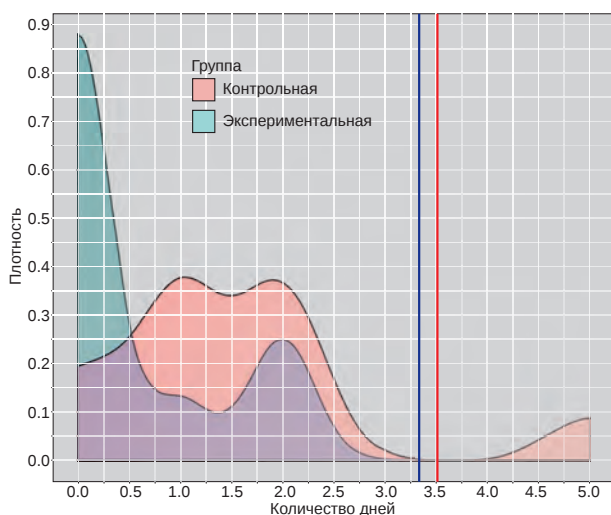


Рис. 1. Количество дней употребления алкоголя беременными женщинами спустя 12 месяцев. По оси абсцисс – количество дней, по оси ординат – плотность распределения. Вертикальные линии показывают уровень средних значений по группам в целом.

Fig. 1. Number of days of alcohol consumption by pregnant women after 12 months. The abscissa is the number of days, and the ordinate is the distribution density. Vertical lines show the level of average values for groups as a whole.

Спустя 12 месяцев количество дней употребления алкоголя беременными женщинами статистически значимо ниже, нежели средние показатели по группам, то есть беременные женщины экспериментальной группы употребляют алкоголь значимо реже, нежели не беременные женщины этой же группы ($t(9) = -10,531, p < 0,001$). В контрольной группе наблюдается идентичная ситуация ($t(10) = -4,761, p < 0,01$).

Анализ показателей средней дозы, употребляемой беременными женщинами за один раз, спустя 12 месяцев не выявляет статистически значимых различий между экспериментальной ($M = 0,40; SD = 0,70$) и контрольной ($M = 0,82; SD = 0,75$) группами. В целом беременные женщины, если и употребляют алкоголь, то в среднем за один раз данный показатель не превышает 1 дозы.

Спустя 12 месяцев средняя доза алкоголя, употребляемая беременными женщинами обеих групп, статистически значимо ниже, нежели средние показатели по группам: беременные женщины экспериментальной группы в среднем за один раз употребляют меньше алкоголя, нежели не беременные женщины данной группы ($t(9) = -9,769, p < 0,001$), подобная тенденция характерна и для контрольной группы ($t(10) = -7,165, p < 0,001$). Данное распределение представлено на рисунке 2.

В целом, беременные женщины, если и употребляют алкоголь, то за один раз количество алкоголя не превышает 1 дозы, а количество дней разнится в двух группах: в экспериментальной – 1 день за последние 90 дней, в контрольной – 2 дня. При этом беременные женщины обеих групп употребляют значимо реже и меньше алкоголя, чем не беременные женщины.

Таким образом, результаты изучения уровня знаний, установок, поведения и их динамики у бе-

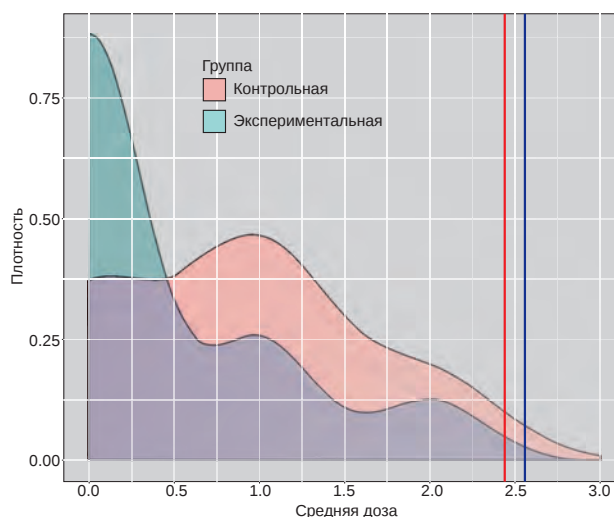


Рис. 2. Средняя доза, употребляемая за один раз беременными женщинами, спустя 12 месяцев. По оси абсцисс – средняя доза, по оси ординат – плотность распределения. Вертикальные линии показывают уровень средних значений по группам в целом.

Fig. 2. The average dose used at one time by pregnant women after 12 months. The abscissa is the average dose, and the ordinate is the distribution density. Vertical lines show the level of average values for groups as a whole.

ременных женщин показали, что через 12 месяцев после проведения профилактических вмешательств беременные женщины демонстрируют позитивные изменения уровня знаний, характера установок и реального поведения в отношении употребления алкоголя.

Разработанная программа профилактики фетального алкогольного синдрома доказывает свою эффективность и достигает главной цели, практически полностью исключая риск развития ФАС или ФАСН у будущего ребёнка. На основании полученных результатов можно рекомендовать к использованию в практике данную профилактическую программу (двухфазное краткосрочное вмешательство и пассивное информирование посредством брошюр).

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Цветкова Л.А., Шапкайтц В.А. Фетальный алкогольный синдром. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2012. – С. 52.
Balachova TN, Volkova EN, Isurina GL, Palchik AB, Tsvetkova LA, Shapkaits VA. (2012). Fetal alcohol syndrome [Fetal'nyy alkohol'nyy sindrom], Sankt-Peterburg, 52 p.
2. Бурина Е.А. Фетальный алкогольный синдром и краткосрочное психологическое вмешательство как метод его профилактики // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2016. – Т. 9. № 3. – С. 50–54.
Burina EA. (2016). Fetal alcohol syndrome and brief psychological intervention as the method of its prevention [Fetal'nyy alkohol'nyy sindrom i kratkosrochnoe psikhologicheskoe vmeshatel'stvo kak metod ego profilaktiki]. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya, 9 (3), 50-54.

3. Бурина Е.А. Этические аспекты проведения биомедицинских и психологических исследований на женщинах репродуктивного возраста // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 88–93.

Burina EA. (2015). Ethical aspects of conducting biomedical and psychological studies on childbearing age women [Eticheskie aspekty provedeniya biomeditsinskih i psikhologicheskikh issledovaniy na zhenshchinakh reproduktivnogo vozrasta]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*, 8 (2), 88–93.

4. Колесникова Л.И., Гребёнкина Л.А., Даренская М.А., Власов Б.Я. Окислительный стресс как неспецифическое патогенетическое звено репродуктивных нарушений (обзор) // Сибирский научный медицинский журнал. – 2012. – Т. 32, № 1. – С. 58–66.

Kolesnikova LI, Grebyonkina LA, Darenskaya MA, Vlasov BY. (2012). Oxidative stress as nonspecific pathogenetic link of reproductive disorders (review) [Oksitel'nyy stress kak nespetsificheskoe patogeneticheskoe zveno reproduktivnykh narusheniy (obzor)]. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal*, 32 (1), 58–66.

5. Колесникова Л.И., Даренская М.А., Долгих В.В., Шенин В.А., Осипова Е.В., Гребёнкина Л.А., Долгих М.И., Мандзяк Т.В. Особенности процессов перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты в различных этнических группах Восточной Сибири // Экология человека. – 2010. – № 2. – С. 26–29.

Kolesnikova LI, Darenskaya MA, Dolgikh VV, Shenin VA, Osipova EV, Grebyonkina LA, Dolgikh MI, Mandzyak TV. (2010). Specific features of the processes of lipid peroxidation – antioxidant protection in various ethnic groups of East Siberia [Osobennosti protsessov perekisnogo okisleniya lipidov – antioksidantnoi zashchity v razlichnykh etnicheskikh gruppakh Vostochnoy Sibiri]. *Ekologiya cheloveka*, (2), 26–29.

6. Колесникова Л.И., Даренская М.А., Колесников С.И. Свободнорадикальное окисление: взгляд патофизиолога // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 16–29.

Kolesnikova LI, Darenskaya MA, Kolesnikov SI. (2017). Free radical oxidation: a pathophysiological view [Svobodnoradikal'noe okislenie: vzglyad patofiziologa]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny*, 16 (4), 16–29.

7. Колесникова Л.И., Осипова Е.В., Гребёнкина Л.А. Окислительный стресс при репродуктивных нарушениях эндокринного генеза у женщин. – Новосибирск, 2011. – 116 с.

Kolesnikova LI, Osipova EV, Grebyonkina LA. (2011). Oxidative stress in women with reproductive endocrine disorders [Oksitel'nyy stress pri reproduktivnykh narusheniyakh endokrinnogo geneza u zhenshchin]. Novosibirsk, 116 p.

8. Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Лабыгина А.В., Лещенко О.Я., Фёдоров Б.А., Шолохов Л.Ф., Сафроненко А.В., Лебедева Л.Н., Кузьменко Е.Т., Лазарева Л.М., Наделяева Я.Г. Нарушения репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала в современных условиях Восточной Сибири // Бюл. ВНИИ СО РАМН. – 2007. – № 2. – С. 41–43.

Kolesnikova LI, Sutura LV, Labygina AV, Leshenko OY, Fyodorov BA, Sholokhov LF, Safronenko AV, Lebedeva LN, Lazareva LM, Nadelyaeva YG. (2007). Disorders of reproductive health and reproductive potential in present-day conditions of the Eastern Siberia [Naruseniya reproduktivnogo zdorov'ya i reproduktivnogo potentsiala v sovremennykh usloviyakh Vostochnoy Sibiri]. *Bulleten' Vostocno-Sibirskogo nauchnogo centra*, (2), 41–43.

9. Марьяня А.Ю. Алкоголь как один из факторов, влияющий на плод. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений: учебное пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2013. – 72 с.

Marianian AYU. (2013). Alcohol as one of the factors influencing the fetus. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders: tutorial [Alkogol kak odin iz faktorov, vliyauschikh na plod. Fetalniy alkogolnyy sindrom i fetalniy alkogolnyy spektr narusheniy: uchebnoe posobie]. Irkutsk, 72 p.

10. Пальчик А.Б. Неврологическая оценка новорождённых с алкогольным абстинентным синдромом // Человек и лекарство: Тез. докл. IV нац. конгр. – 1997. – С. 97.

Palchik AB. (1997). Neurological assessment of newborns with alcohol abstinent syndrome [Nevrologicheskaya otsenka novorozhdennykh s alkogolnim abstinentnim sindromom]. *Chelovek i lekarstvo: tezis dokladov IV natsional'nogo kongressa*, 97.

11. Протопопова Н.В., Колесникова Л.И., Марьяня А.Ю. Влияние алкоголя на плод и исход беременности. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений // Бюл. ВНИИ СО РАМН. – 2013. – № 6. – С. 187–192.

Protopopova NV, Kolesnikova LI, Marianian AYU. (2013). Alcohol influence on fetus and pregnancy. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders [Vliyanie alkogolya na plod i iskhod beremennosti. Fetalniy alkogolnyy sindrom i fetalniy alkogolnyy spektr narusheniy]. *Bulleten' Vostocno-Sibirskogo nauchnogo centra*, (6), 187–192.

12. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Isurina G, Tsvetkova L. (2008). Preventing fetal alcohol syndrome (FAS) and alcohol related neurodevelopmental disorders (ARND) in Russian children. *Alcohol Clin Exp Res*, 32 (6), 231.

13. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard D, Isurina G, Tsvetkova L, Volkova E. (2012). Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. *Addiction*, 107 (1), 109–117.

14. Clarke ME, Gibbard WB. (2003). Overview of fetal alcohol spectrum disorders for mental health professionals. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 12 (3), 57–63.

15. Kolesnikov S, Semenyuk A, Grachev S. (1999). Imprinting of toxicants in embryogenesis. Moscow, 263.

16. Kosykh EA, Balachova T, Bonner B, Volkova EN, Asal M. (2010). Alcohol consumption by pregnant women in the Nizhny Novgorod region, Russia. *Alcohol Clin Exp Res*, 34 (8), Suppl. 3, 111A.

17. Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. (1968). Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées a propos de 127 cas. *Ouest-Médical*, (25), 476–482.

18. Riley EP, Guerri C, Calhoun F, Charness ME, Foroud TM, Li TK, Mattson SN, May PA, Warren KR. (2003). Prenatal alcohol exposure: advancing knowledge through international collaborations. *Alcohol Clin Exp Res*, 27 (1), 118-135.

19. Rosenstock IM. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2 (4), 328-335.

20. Warren KR, Foudin LL. (2001). Alcohol-related birth defects-the past, present, and future. *Alcohol Res Heal*, 25 (3), 153-158.

Сведения об авторах Information about the authors

Бурина Екатерина Александровна – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6; e-mail: e.a.burina@spbu.ru) ● <http://orcid.org/0000-0002-6344-9118>

Burina Ekaterina Alexandrovna – Candidate of Psychological Sciences, Senior Lecturer at the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (199034, Saint Petersburg, nab. Makarova, 6; e-mail: e.a.burina@spbu.ru) ● <http://orcid.org/0000-0002-6344-9118>

Марянян Анаит Юрьевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории вспомогательных репродуктивных технологий и перинатальной медицины, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»; доцент кафедры акушерства и гинекологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16; тел. (3952) 20-76-36; e-mail: anait_24@mail.ru; iphr@sbamsr.irk.ru) ● <http://orcid.org/0000-0002-9544-2172>

Marianian Anait Yurievna – Doctor of Medical Sciences, Leading Research Officer at the Laboratory of New Reproductive Technologies and Perinatal Medicine, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems; Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (664003, Irkutsk, ul. Timiryazeva, 16; tel. (3952) 20-76-36; e-mail: anait_24@mail.ru, iphr@sbamsr.irk.ru) ● <http://orcid.org/0000-0002-9544-2172>