

УДК 618.4-06:618.39]-085.851:614.215

ИСХОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, И.А. Нечухаева, Д.В. Серболов

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии; Клинический санаторий «Великий Луг», Запорожье; svg.zp@i.ua

Проведено клинико-психологическое обследование 98 женщин во II и III триместрах, течение беременности которых осложнилось невынашиванием. Учитывая высокий процент личностно тревожных женщин в группах исследования, что является устойчивой индивидуальной характеристикой отражающей предрасположенность субъекта к тревоге, то данный факт следует рассматривать как фактор риска невынашивания. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение разработанной и внедренной программы медико-психологической коррекции среди беременных на этапе санаторной реабилитации способствует достоверному снижению показателя ситуативной тревожности в 85,7% случаях. Применение программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации способствует снижению уровня ситуативной тревожности и способствует улучшению показателей родоразрешения для матери и плода.

Ключевые слова: невынашивание беременности; медико-психологическая коррекция; санаторная реабилитация

НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ, ЯКІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ І САНАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, І. О. Нечухасва, Д.В. Серболов

Запорізький державний медичний університет, кафедра акушерства і гінекології, Санаторій "Великий Луг"

Проведено клініко-психологічне обстеження 98 жінок у II та III триместрах, перебіг вагітності яких ускладнився невиношуванням. Враховуючи високий відсоток особистісно тривожних жінок в групах дослідження, що є стійкою індивідуальною характеристикою, яка відображує схильність суб'єкта до тривоги, то даний факт слід розглядати як фактор ризику невиношування. Результати проведенного дослідження свідчать, що застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції серед вагітних на етапі санаторної реабілітації сприяє достовірному зниженню показника ситуативної тривожності у 85,7% випадках. Застосування програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації сприяє зниженню рівня ситуативної тривожності і сприяє поліпшенню показників розродження для матері та плоду.

Ключові слова: невиношування вагітності; медико-психологічна корекція; санаторна реабілітація

OUTCOMES OF ACCOUCHEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH MISCARRIAGE PARTICIPATED IN THE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION PROGRAM AND SANATORIUM REHABILITATION

V.G. Syusyuka, N.F. Shapran, I.A. Nechuhaeva, D.V. Serbolov

State Medical University of Zaporizhzhya, Department of Obstetrics and Gynaecology, Sanatorium "Velikij Lug"

There was carried out a clinical and psychological examination of 98 women in II and III trimester, whose course of pregnancy was complicated with recurrent miscarriage. Taking into account high percentage

В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, І.О. Нечухаева, Д.В. Серболов

Наслідки розродження вагітних...

of women with trait anxiety in research group that is stable individual feature reflecting susceptibility of person towards anxiety, this fact should be considered as risk factor of recurrent miscarriage. Results of performed investigation show that use of developed and introduced program of medical and psychological correction among pregnant women at the stage of sanatorium rehabilitation promotes reliable decrease of state anxiety indicator in 85,7 % of cases. Application of program of medical and psychological correction and sanatorium rehabilitation enables to decrease level of state anxiety and to improve factors of delivery for mother and fetus.

Key words: miscarriage; medical and psychological correction; sanatorium rehabilitation.

Введение

Репродуктивное здоровье всегда являлось приоритетом здравоохранения. Одной из ключевых проблем в медицинской практике является невынашивание беременности (НБ), учитывая, что число случаев самопроизвольного прерывания беременности в популяции достигает 20-25% и не имеет тенденции к снижению [8, 12, 14, 16, 19]. Реальные возможности для снижения частоты НБ и улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности заключены в более качественном наблюдении в процессе беременности [14]. В последние десятилетия широко изучается психологические особенности женщин в период беременности. Эмоциональное состояние матери во время беременности оказывает значительное влияние на течение беременности и родов, последующее отношение к ребенку и себе, материнское поведение [5]. При действии стрессовых факторов человек отвечает, главным образом, эмоциональными реакциями, и проблема стресса является, в первую очередь, проблемой эмоционального стресса [9]. Стресс во время беременности опасен по множеству причин, при этом увеличивается риск НБ [15]. В современных исследованиях установлена связь психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных женщин с угрозой прерывания беременности, приоритет эмоциональных факторов в развитии осложнений беременности [2].

Обнаруженные склонности к нейротизму, экзальтированности и закрытости к новому опыту в условиях беременности, осложненной угрозой прерывания и/или негативными психоэмоциональными переживаниями и негативными соматическими симптомами, могут создавать замкнутый круг, способствующий усилению соматических проявлений [16]. Женщины с привычным невынашиванием обладают высокой

личностной тревожностью, депрессивными реакциями, сниженным самочувствием и активностью, проявляют себя как авторитарные, доминирующие, эгоистичные; с подозрением, агрессивностью и недружелюбием, относящиеся к окружающим [2].

Как известно, тревога, по интенсивности и длительности неадекватная ситуации, препятствует формированию адаптационного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции и всеобщей дезорганизации психики человека. Женщины, испытывающие повышенную тревогу во время беременности за состояние будущего ребенка, тем не менее обнаруживают его низкую ценность, психологически не уверены в благополучном исходе беременности, не нацелены на будущее материнство [17]. Тревожность будущей матери во время стресса приводит к расстройствам в работе ее органов и систем, а также нарушает биохимический баланс плода, вызывая чрезмерную активацию симпатoadреналовой системы и влияя на его дальнейшее физическое и психологическое развитие. Эффекты перенесенного пренатального стресса могут проявляться как в виде осложненного течения беременности, родов, послеродового периода, так и отсроченными непредсказуемыми на сегодняшний день последствиями во взрослой жизни индивидуума [3]. Немаловажным является и тот факт, что стрессы и депрессии беременности могут быть этиологическими факторами как самой угрозы прерывания, так и влиять на развитие эмоциональной сферы ребенка и состояние его нервной системы [4].

Тревожность при беременности разрушает необходимую целостность взаимодействия матери и ребенка, как показывают исследования. Разрушение взаимодействия, порождаемое тревожностью матери, становится реальной причиной неадекватного развития ребенка [18]. Именно тревожность, отмечаемая самими беременными, является главным фактором, проводящим границу

между женщинами с нормальной физиологической беременностью и осложненной [16].

На сегодняшний день значительное количество исследований позволило раскрыть многочисленные патофизиологические механизмы и внедрить профилактические и лечебные мероприятия при НБ. Однако частота патологии остается стабильно высокой, что диктует необходимость поиска новых подходов к ведению данного контингента женщин.

Гипотеза исследования: медико-психологическая коррекция, проводимая на этапе санаторной реабилитации беременных с невынашиванием в анамнезе, влияя на уровень тревожности, может способствовать снижению акушерских и перинатальных осложнений.

Цель исследования: оценить эффективность влияния комплексной программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации беременных с невынашиванием в анамнезе на исход родоразрешения для матери и плода.

Контингент обследованных и методы исследования

Обследовано 98 беременных во II и III триместрах, находившихся в клиническом санатории «Великий Луг» г.Запорожья и получавших комплекс оздоровления согласно стандартам санаторно-курортного лечения (диетотерапия, лечебная физкультура, климатотерапия, бальнеотерапия и другие виды гидротерапии, оксигенотерапия, физиотерапевтические методы лечения, психорелаксация и физиопсихопрофилактическая подготовка к родам) [6, 7].

Психоэмоциональное состояние беременных оценивали на основании структурированного интервью, анкетирования и психологических тестов. Индивидуально-психологические особенности беременных и их психоэмоциональное состояние исследовали с использованием комплекса психодиагностических методов: шкала ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч.Д. Спилбергера, которая адаптирована Ю.Л. Ханиным; опросник EPQ Айзенка и САН (самочувствие, активность, настроение). Оценка показателей СТ и ЛТ осуществлялась до и после медико-психологической коррекции. [1, 10, 11, 13].

В зависимости от уровня СТ, которая является проявлением так называемой эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию и характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями, беременные были разделены на 3 группы. В основную группу (I группа) были включены 42 беременные с НБ в анамнезе и средним или высоким уровнем СТ, у которых проводилась медико-психологическая коррекция и санаторная реабилитация в соответствии по разработанной программой. Предложенная программа медико-психологической коррекции включала: сеансы релаксации; нейролингвистическое программирование; якорение; аутогенную тренировку; арт-терапию. Медико-психологическая коррекция проводилась в условиях специализированного отделения для беременных санатория «Великий Луг» женщинам, проходившим реабилитацию с учетом осложнений гестации и сопутствующей экстрагенитальной патологии. Программа медико-психологической коррекции (свид. на авторское право Государственной службы интеллектуальной собственности Украины № 47260 от 16.01.2013) состоит из 12 занятий и рассчитана на 3 недели пребывания беременных в санатории. Занятия проводились совместно с психологом, а программа групповых занятий была дополнена лекционными материалами акушера-гинеколога и педиатра. Занятия состояли из 2 информационных частей по 20-25 минут с небольшими перерывами (10 минут) для предотвращения переутомления беременных. В конце каждой информационной части женщины имели возможность задать вопросы лектору. Учитывая психологические особенности каждой женщины, одним из вариантов, который позволил при последующих встречах обсудить беспокоящие их вопросы, был анонимный опрос в письменной форме.

Группу сравнения (II группа) составили 32 беременные с невынашиванием в анамнезе и средним или высоким уровнем СТ, получавшие санаторную реабилитацию согласно существующим отраслевым стандартам. Учитывая тот факт, что программа медико-психологической коррекции проводилась у беременных с психоэмоциональной дезадаптацией, то в контрольную группу (III группа) вошли 24 беременные с низким уровнем ситуативной тревожности. Ведение беременности и родоразрешение женщин групп исследования

проводилось согласно действующих приказов МЗ Украины. Средний возраст женщин в I группе составил $28,2 \pm 0,7$ лет, во II группе – $27,7 \pm 0,7$ лет и $28,1 \pm 0,7$ лет в группе контроля ($p > 0,05$). Существенной разницы по социальному статусу и профессиональной деятельности установлено не было. Следует отметить, что в каждой из групп исследования более 75% женщин были служащими.

Исследования проводились в соответствии с современными этическими требованиями ICH/GCP, Хельсинкской декларации (1964), Конференции Совета Европы о правах человека и биомедицине, а также положениями законодательных актов Украины. С каждой беременной была проведена беседа о целесообразности дополнительных методов исследования и получено согласие на их проведение. Данная работа является фрагментом докторской диссертации и научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета на тему «Научное обоснование влияния немедикаментозных и

медикаментозных методов лечения беременных на снижение акушерских и перинатальных осложнений» (№ государственной регистрации 0110U000909), а также клинического санатория «Великий Луг».

Вариационно-статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием лицензированных стандартных пакетов прикладных программ многомерного статистического анализа "STATISTICA 6.0" (лицензионный номер AXXR712D833214FAN5).

Результаты исследования

До начала санаторной реабилитации выявлен высокий процент личностно тревожных беременных во всех группах исследования (таблица 1). Учитывая, что ЛТ является устойчивой индивидуальной характеристикой, отражающей предрасположенность субъекта к тревоге, данный факт следует рассматривать как фактор риска НБ.

Таблица 1.

Показатели уровня личностной тревожности в группах исследования

	I группа	II группа	Контрольная группа
Низкий уровень	7,1%	9,3%	12,5%
Средний уровень	40,5%	43,8%	62,5%
Высокий уровень	52,4%	46,9%	25%

Характеризуя уровень СТ, следует отметить некоторое преобладание во II группе беременных с высоким ее уровнем по сравнению с беременными I группы. При сравнении результатов исследования до начала санаторного оздоровления, установлено, что средний показатель как СТ, так и ЛТ среди беременных I ($40,02 \pm 2,10$ и $44,39 \pm 2,63$ баллов, соответственно) и II ($37,56 \pm 2,24$ и $44,06 \pm 3,56$ баллов, соответственно) групп статистически

не отличался ($p > 0,05$) и был статистически достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с беременными контрольной ($25,68 \pm 1,35$ и $37,16 \pm 2,66$ баллов, соответственно) группы. Также статистически достоверная разница ($p < 0,05$) установлена между группами исследования и при оценке параметров САН (самочувствие, активность, настроение), а также уровнем нейротизма (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели оценки психоэмоционального состояния беременных исследуемых групп

	I группа	II группа	Контрольная группа
Ситуативная тревожность	$40,02 \pm 2,10$ *	$37,56 \pm 2,24$ *	$25,68 \pm 1,35$
Личностная тревожность	$44,39 \pm 2,63$ *	$44,06 \pm 3,56$ *	$37,16 \pm 2,66$
Самочувствие	$4,93 \pm 0,26$ *	$4,62 \pm 0,39$ *	$5,60 \pm 0,28$
Активность	$4,40 \pm 0,28$ *	$4,15 \pm 0,38$ *	$4,95 \pm 0,38$
Настроение	$5,75 \pm 0,20$ *	$5,32 \pm 0,32$ *	$6,28 \pm 0,28$

Нейротизм	13,78±1,71 *	14,0±1,79 *	10,20±0,02
-----------	--------------	-------------	------------

Примечание. * - статистически достоверная разница с показателями контрольной группы ($p < 0,05$)

После медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации у беременных I группы отмечено снижение уровня СТ в 85,7% случаев. Во II группе после санаторного оздоровления снижение этого показателя было менее выражено и отмечено только у 43,8% беременных.

При оценке динамики суммарного показателя СТ в группах исследования, отмечено его статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение только в I группе и составило $32,73 \pm 1,91$ баллов. При этом в динамике санаторного лечения отмечен рост суммарного показателя СТ ($p > 0,05$) не только во II группе ($38,22 \pm 1,82$ баллов), но и в группе контроля ($28,0 \pm 2,02$ баллов).

Учитывая, что течение беременности у всех женщин групп исследования было осложненным, одним из показателей эффективности санаторного этапа оздоровления может стать частота рецидива клинических проявлений НБ и соответственно госпитализации для дальнейшего стационарного лечения. Следует отметить, что после санаторной реабилитации только в 14,3% случаев в I группе имела место вышеуказанная патология, а во II и контрольной группах – диагностирована в 1,8 раза чаще и составила 25% соответственно.

Характеризуя течение родов, установлено, что частота осложнений в I группе составила 22%, во II группе – 40,6% и в группе контроля – 32%. Высокий процент патологических родов повлиял и на частоту оперативного родоразрешения. Так, во II группе частота кесарева сечения была самой высокой и составила 18,8%, в I группе и в группе контроля – 9,5% и 12,5% соответственно. Преждевременные роды имели место только у рожениц I и II групп, а их частота составила 2,4% и 6,3% соответственно. Слабость родовой деятельности во II группе (15,6%) в 3 раза превышала соответствующий показатель в I (4,9%) и контрольной (4,2%) группах. Вторым по частоте осложнением в родах был дистресс плода, это осложнение отмечено в 5 раз чаще

во II группе (12,5%) по сравнению с I группой (2,4%). Асфиксия плода в родах встречалась только во II группе и составила 6,3%. Характеризуя перинатальные осложнения, следует отдать лидирующее место задержке роста плода, которая при оценке массоростовых параметров новорожденных составила 31,3% во II группе, 28% - в контрольной и 17,1% - в I группе. Неонатальная энцефалопатия наблюдалась во II группе (6,3%) и группе контроля (4,2%).

Выводы

1. Проведенное исследование психологического состояния позволило установить первостепенную роль тревожности в снижении показателей функционального состояния беременных по результатам САН, а также в росте нейротизма. Учитывая высокий процент личностно тревожных женщин, течение беременности которых осложнилось невынашиванием, что является устойчивой индивидуальной характеристикой, отражающей предрасположенность субъекта к тревоге, данный факт следует рассматривать как фактор риска данной патологии.

2. Применение и внедрение разработанной программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации беременных с невынашиванием в анамнезе на этапе санаторной реабилитации, которая является медицинской технологией, способствует снижению показателя ситуативной тревожности в 85,7% случаев. Так, проведение программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации беременных с невынашиванием в анамнезе, влияя на уровень тревожности, способствует статистически достоверному ($p < 0,05$) снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений по сравнению с женщинами, проходившими реабилитацию согласно стандартам санаторно-курортного лечения.

Литература

Астахов В.М., Быцyleва И.В., Пузь И.В. 1
Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в

В.Г. Сюсюка, Н.Ф. Шапран, І.О. Нечухаева, Д.В. Серболов

References

Astahov VM, Bysyleva IV, Puz' IV Methods of psychodiagnosis of individual psychological characteristics of women in the obstetric clinic.

Наслідки розродження вагітних...

- акушерско-гинекологической клинике. Донецк: Норд-Пресс; 2010.
- Блох М. Психологические характеристики женщин с диагнозом «Привычное невынашивание беременности». Теория и практика психотерапии. 2015; 4: 83-88.
- Жук І.С., Щуревська О.Д., Вітер В.П. Пренатальний стрес та його наслідки (огляд літератури). Здоров'я жінчини. 2015; 1: 41-44.
- Жук І.С., Щуревська О.Д., Вітер В.П. Психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2011; 2: 132-136.
- Купченко В.Е. Психология беременности: основные направления исследования. Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2007; 1: 30-34.
- Владимиров А.А., Гутман Л.Б., Пономаренко Г.Н., Тофан Н.И. Лечебные физические факторы у беременных. СПб.: ИИЦ Балтика; 2004.
- Лобода М.В. Бабов К.Д., Золотарьова Т.А., Гриняева Л.Я. Стандарты (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування. К.: «КІМ»; 2008.
- Лупояд В.С., Бородай И.С., Аралов О.Н., Щербина И.Н. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему. Международный медицинский журнал. 2011; 4: 54-60.
- Лысенко О.В., Лысенко С.В. Психофизиологическая модель течения беременности. Вестник ВГМУ. 2003; 4: 44-49.
- Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. М.: Эксмо; 2010.
- Муханова И.Ф., Игнатова С.В., Лунев В.Е. Психология беременной женщины. Макеевка: Полипресс; 2009.
- Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. Невынашивание беременности: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
- Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара: Бахрах-М; 2002.
- Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клинические протоколы. М.: МЕДпресс-информ; 2013.
- Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции. Русский мед. журнал. 2009; 20: 77-81.
- Хломов К.Д., Ениколопов С.Н. Исследование акушерско-гинекологической клинике. Донецк: Норд-Пресс; 2010.
- Donetsk: Nord-Press; 2010.
- 2 Bloh M Psychological characteristics of women with a diagnosis of "recurrent miscarriage." Theory and practice of psychotherapy. 2015; 4: 83-88.
- 3 Zhuk IS, Shhurevs'ka OD, Viter VP Prenatal stress and its consequences (review). Women health. 2015; 1: 41-44. 4.
- 4 Zhuk IS, Shhurevs'ka OD, Viter VP Wind Psychological aspects of pregnancy loss (review). Neonatology, perinatal medicine and surgery. 2011; 2: 132-136.
- 5 Kupchenko VE Psychology pregnancy: Basic directions study. Vestnik Omsk University. Series "Psychology". 2007; 1: 30-34.
- 6 Vladimirov AA, Gutman LB, Ponomarenko GN, Tofan NI Therapeutic physical factors in pregnant women. St. Petersburg: ИС Baltika; 2004.
- 7 Loboda MV Babov KD, Zolotariova TA, Griniaeva LJ Standards (clinical protocols) of resort treatment. Kiev: KIM; 2008.
- 8 Lupoyad VS, Borodaj IS, Aralov ON, Shherbina IN Habitual miscarriage: a modern look at an old problem. International medical journal. 2011; 4: 54-60.
- 9 Lysenko OV, Lysenko SV Psychophysiological model of pregnant duration. Vestnik of VSMU. 2003; 4: 44-49.
- 10 Malkina-Pykh IG Psychosomatics. M.: Jeksmo; 2010.
- 11 Muhanova IF, Ignatova SV, Lunev VE The psychology of the pregnant woman. Makiyivka: Polipress; 2009.
- 12 Podzolkova NM, Skvortsova MJu, Sheveleva TV Miscarriage: A Guide for Physicians. Moscow.: GJeOTAR-Media; 2012.
- 13 Rajgorodskii DJa Practical psychodiagnostics. Samara: Bahrah-M; 2002.
- 14 Sidelnikova VM Preparation and maintenance of pregnancy in women with recurrent pregnancy loss: a method. benefits and clinical protocols. Moscow.: MEDpress-inform; 2013.
- 15 Tiutiunnik VL, Mihajlova OI, Chuhareva NA Psycho-emotional disorders in pregnancy. The need for their correction. Russian Medical Journal. 2009; 20: 77-81.
- 16 Hlomov KD, Enikolopov SN The study of

психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных с угрозой прерывания. Перинатальная психология и психология родительства. 2007; 3: 38–49.

Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г., Макарова А.А. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества. Перинатальная психология и психология родительства. 2006; 1: 85-91.

Щукина Е.Г., Макарова А.А., Чумакова Г.Н. Развитие диадных отношений в системе «мать-младенец» при тревожном переживании беременности. Мир психологии. 2008; 1: 77-88.

Якутовская С.Л., Силява В.Л., Вавилова Л.В. Невынашивание беременности (этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение). Мн.: БЕЛМАПО; 2004.

McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review. Psychosom. Med. 1968; 30: 222–243.

psycho-emotional and individual character traits of pregnant women with threatened miscarriage. Perinatal psychology and psychology of parenthood. 2007; 3: 38–49.

17 Chumakova GN, Shhukina EG, Makarova AA Impact of anxiety for the child during pregnancy on maternal behavior and peculiarities of the individual condition of the child during infancy. Perinatal psychology and psychology of parenthood. 2006; 1: 85-91.

18 Shhukina EG, Makarova AA, Chumakova GN. Development dyadic relations in the system "mother-baby" in the anxieties of pregnancy. World of Psychology. 2008; 1: 77-88.

19 Jakutovskaja CL, Siljava VL, Vavilova LV Miscarriage (etiology, pathogenesis, diagnosis, clinical features, treatment). Minsk .: BELMAPO; 2004.

20 McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review. Psychosom. Med. 1968; 30: 222–243.