

ОЦЕНКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ

ASSESSMENT OF THE GYNECOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE PATIENTS AFTER SPONTANEOUS ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER

**M. Umakhanova
G. Filippova
M. Tsidaeva
Z. Tagirova**

Summary. This study deals with gynecological and psychological status of patients with spontaneous abortion in the first trimester. According to the results of our study, the most important factors in early termination of pregnancy are: age up to 25 years, smoking, early onset of sexual activity, menstrual disorders, inflammatory diseases of the uterus and appendages, bacterial and viral associations, ovarian dysfunction or endometritis in history, repeated abortions, aggravated somatic history (hypertension, iron deficiency anemia, diseases of the thyroid gland), violation of the ontogenesis of the maternal sphere. Psychological studies have shown that patients with miscarriage often have conflicting relationships with their mother, they are also characterized by an intrapersonal conflict, deep internal dissatisfaction, manifested in inadequate self-esteem, bearing the character of psychological protection, full of conflict and anxious self-presentation as a mother. In this regard, it requires not only medical but also psychological assistance, which is aimed at psychological correction and psychotherapy of the sources of internal conflict in the maternal sphere, which is the cause of the formation of a destructive image of motherhood. The negative experience of a failed pregnancy greatly increases the level of anxiety and has a negative effect on the course of subsequent pregnancies, which can lead to repeated episodes of spontaneous termination.

Keywords: miscarriage, spontaneous abortion, maternal ontogenesis, perinatal psychology.

Умаханова Мадина Мусаевна

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России
tadinasol@yandex.ru*

Филиппова Галина Григорьевна

*Д.п.н., профессор, ЧУ ДПО «Институт
перинатальной и репродуктивной психологии», Москва
filippova_galina@mail.ru*

Цидаева Мадина Махарбековна

*Соискатель, ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России
kulova-88@mail.ru*

Тагирова Зарина Максимовна

*Соискатель, ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России
Kulova-88@mail.ru*

Аннотация. В данном исследовании изучен гинекологический и психологический статус пациенток с самопроизвольным абортom в I триместре. По результатам нашего исследования наиболее важными факторами прерывания беременности в ранние сроки являются: возраст от 20 до 25 лет, курение, раннее начало половой жизни, нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания матки и придатков, наличие ИППП, дисфункция яичников, повторные аборты,отягощенный соматический анамнез (гипертоническая болезнь, железодефицитная анемия, заболевания щитовидной железы), нарушения в процессе онтогенеза материнской сферы. Психологические исследования показали, что у пациенток с невынашиванием беременности присутствуют выраженные конфликтные отношения с матерью, также для них характерно наличие внутриличностного конфликта, глубокой внутренней неудовлетворенности, проявляющейся в неадекватной самооценке, носящей характер психологической защиты, конфликтном и тревожном образе себя как матери. В связи с этим, требуется не только медицинская, но и психологическая помощь, которая направлена на психологическую коррекцию и психотерапию источников внутреннего конфликта в материнской сфере, являющегося причиной формирования деструктивного образа материнства у женщин. Негативный опыт неудавшейся беременности сильно повышает уровень тревожности и оказывает отрицательное влияние на течение последующих беременностей, что может привести к повторным эпизодам самопроизвольного прерывания.

Ключевые слова: невынашивание беременности, самопроизвольный аборт, онтогенез материнской сферы, перинатальная психология.

Актуальность

Самопроизвольный выкидыш — самое частое осложнение беременности [1]. Частота самопроизвольного прерывания беременности в России достаточно высока — от 15 до 25% всех зарегистрированных беременностей. При этом 5–20% выкидышей приходится на долю привычного невынашивания беременности (НБ), а 80% беременностей прерывается до 12 недель [3, 9].

Современные технологические подходы к безопасному материнству предусматривают комплексный подход к ведению беременности, оптимальному родоразрешению, раннему выявлению и своевременной коррекции акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологии [4]. Несмотря на имеющиеся методологические возможности коррекции осложнений гестационного процесса, экстрагенитальные заболевания продолжают оставаться существенным фактором, дестабилизирующим состояние здоровья матери и плода [6].

Проблема невынашивания имеет не только гинекологический аспект, но и психологический. Среди психологических факторов, играющих роль в НБ, наиболее часто указываются личностные особенности женщин, нарушение материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс [11, 13].

Нарушения репродуктивного здоровья следует рассматривать как системный процесс, имеющие искажения не только физиологической, но и психологической составляющей, которое является проявлением конфликта видовых и индивидуальных потребностей и выражается в психологической неготовности к материнству [10]. В исследованиях психологических особенностей женщин с нарушениями течения беременности, а также женщин, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности, показано, что эти женщины характеризуются личностной незрелостью, имеют нарушения полоролевой идентификации, для них характерны дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации [11]. Комплексный подход к изучению различных медико-социальных вопросов пренатальной диагностики может способствовать разработке конкретных методов профилактики патологических состояний, нарушающих нормальное течение беременности [5].

Очень важно осознавать, что каждая прервавшаяся беременность наносит женщине не только психологическую травму, но и отрицательно сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом за счет последствий самого прерывания беременности, а также выполнения инвазивных процедур [9]. Во время последующей наступившей беременности, а также в родах возрастает число осложнений [12].

Цель исследования

Изучить гинекологический и психологический статус пациенток после самопроизвольного прерывания беременности в I триместре.

Материалы и методы исследования

С информированного согласия пациенток и разрешения этического комитета, кафедрой акушерства и гинекологии стоматологического факультета МГМСУ было организовано междисциплинарное исследование с целью изучения различных медицинских и психологических аспектов НБ в I триместре.

Проспективное исследование проведено когортным методом в условиях гинекологических отделений ГБУЗ ГКБ № 13 (г. Москва). В исследование включено 200 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст — $25 \pm 3,5$ года). Все обследованные были поделены на 2 равнозначные группы. Основная группа — пациентки после самопроизвольного аборта (СА) в I триместре, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении. Контрольную группу составили 100 беременных, без угрозы прерывания беременности, имеющих в акушерском анамнезе статус «здоровая», проходивших плановые наблюдения в женской консультации при РД № 26 ДЗ г. Москвы. Критерии включения в основную группу — пациентки со самопроизвольным прерыванием беременности в I триместре, не имеющих в анамнезе психиатрических заболеваний. Контрольная группа женщин формировалась по условию отсутствия осложнения течения беременности. Общие условия включения — добровольное информированное согласие женщин на участие в научном исследовании и отсутствие хронических заболеваний в стадии обострения или декомпенсации. Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование, сбор и оценка анамнестических данных, симптоматическое лечение. Изучение и анализ психологического статуса проводился с помощью скрининговой психологической диагностики, включавшей в себя: анкеты, опросники, тесты, проективные методики, выявляющие тенденции к изменению соматического состояния и угрозы невынашивания беременности; опросники и проективные тесты, выявляющие формирование готовности к родам и материнству — рисуночные тесты «Я и мой ребенок»; «Я и моя мама в детстве»; «Двойной рисунок человека»; Опросник по онтогенезу материнства; Опросник по отношению к своему телу; Копинг тест (Лазарус); *ММПИ* (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) — шкала № 5; Опросник социальной адаптированности и стрессоустойчивости Холмс-Рей; Опросник качества жизни женщины *WHQ* (*Women's Health Questionnaire*).

Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах *Microsoft Office Excel 2016*. Статистический анализ проводился с использованием программы *IBM SPSS Statistics 23*. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05

Результаты и их обсуждение

Исследуемую совокупность составили 200 пациенток, поделенных на две группы. В основную группу вошли 100 пациенток, находившихся на стационарном лечении после СА, их возраст составлял от 23 до 41 года, средний возраст — $30,17 \pm 5,03$ года. У 96 пациенток беременность наступила самостоятельно, у 4 после ЭКО. Контрольную группу составили 100 беременных, с физиологически протекающей беременностью, в возрасте от 24 до 41 года, средний возраст — $31,32 \pm 4,73$ года. Различия исследуемых групп по возрасту были статистически не значимыми ($p=0,099$). Согласно результатам статистического анализа, проведенного с помощью критерия χ^2 Пирсона, структура исследуемых по возрасту имела статистически значимые различия ($p=0,002$), объясняемые более высокой долей пациенток в возрасте от 20 до 25 лет в группе с НБ 16,0% и 4,0% — в контрольной группе.

У всех обследованных женщин выявлен женский тип телосложения, вторичные половые признаки развиты правильно. При гинекологическом исследовании установлено, что у всех обследованных женщин наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные ходы, протоки больших желез преддверия влагалища — без патологических изменений. Эктопия шейки матки выявлена у 27 (26,7%) пациенток с НБ и 19 (19,3%) — в контрольной группе. Статистические различия между группами оказались недостоверны.

Начало менструальной функции соответствовало возрастной норме, что нашло подтверждение в возрасте менархе у всего изученного контингента женщин и составило в среднем $12,83 \pm 1,25$ лет в первой, $12,66 \pm 1,29$ лет — во второй ($p=0,35$). Были установлены статистически значимые различия исследуемых групп по возрасту начала половой жизни ($p=0,002$): данный показатель в основной группе был ниже, составляя $17,64 \pm 2,43$ года, по сравнению с контрольной группой ($18,82 \pm 2,81$ года).

По семейному положению женщины исследуемых групп распределились следующим образом: 57,89% пациенток основной группы на момент анкетирования состояли в зарегистрированном браке против 65,91% женщин группы сравнения; в гражданском браке нахо-

дились 34,21% опрошенных основной группы против 25,00% во 2-й; не замужем оказались 6,58% женщин 1-й группы и 9,09% — 2-й группы. Статистические различия между группами оказались недостоверны.

Проведена оценка особенностей менструального цикла в исследуемых группах, в основной группе существенно чаще отмечались случаи нерегулярного менструального цикла (40–90 дней) у 20,2% и 5,0%, соответственно, в группе контроля ($p=0,001$); меноррагии у 54,5%, тогда как в контрольной группе 19,0% ($p < 0,001$) и альгодисменорею отмечают 68,7% и 42,0% пациенток контрольной группы, соответственно, ($p < 0,001$).

Исследуемые группы сравнивались по числу первородящих, которое составило в основной группе 54,5%, в контрольной — 62,0%. Различия групп по данному показателю были статистически не значимы ($p=0,286$). СА в анамнезе отмечались у 30 женщин основной группы (30,0%) и у 14 — в контрольной группе (14,0%). Различия частоты аборт в сравниваемых группах были статистически значимы ($p=0,006$). Среди репродуктивных исходов, предшествующих настоящей беременности частота повторных абортов в анамнезе у пациенток с НБ была увеличена до 19,2%, тогда как в контрольной группе составляла всего 3,0%. ($p=0,001$).

При изучении сопутствующих соматических заболеваний — пациентки с НБ достоверно чаще отмечали наличие таких заболеваний, как дисфункция щитовидной железы — 15,2% против 6,0% контрольной группы ($p=0,036$), железодефицитная анемия — 32,3% и 14,0%, соответственно, ($p=0,002$) и артериальная гипертония — 21,0% ($p < 0,001$).

При анализе гинекологического статуса обращает на себя внимание тот факт, что у пациенток с НБ была статистически значимо повышена частота таких заболеваний, как кольпит 46,5%, по сравнению с контрольной группой 13,0% ($p < 0,001$), дисфункция яичников 18,2% и 8,0%, соответственно, ($p=0,033$), эндометрит 30,3% и 16,0% ($p=0,017$).

Вредные привычки оказывают неблагоприятное действие как на состояние здоровья женщины, так и будущего поколения. Количество респондентов подверженных курению было статистически значимо повышено в основной группе, до 30,3%, тогда как в группе контроля составляло всего 10,0%. ($p < 0,001$). Частота злоупотребления алкоголем не имела статистически значимых различий ($p=0,3$) 11,1% и 6,0%, соответственно.

Нами была изучена взаимосвязь риска НБ с инфекционным фактором (таблица 1). Одной из важных характе-

Таблица 1. Сравнение исследуемых групп по частоте ИППП.

ИППП	Частота случаев				p	ОШ; 95% ДИ
	Основная		Контрольная			
	Абс.	%	Абс.	%		
Уреаплазмоз	29	29,3	9	9,0	<0,001	4,19; 1,86–9,42
Хламидиоз	18	18,2	8	8,0	0,033	2,56; 1,06–6,19
Микоплазмоз	13	13,1	2	2,0	0,007	7,41; 1,63–33,8
ВПЧ	10	10,1	0	0,0	0,001	-
ВПГ	5	5,1	0	0,0	0,029	-
ЦМВ	4	4,0	0	0,0	0,059	-
Токсоплазмоз	0	0,0	2	2,0	0,497	-
Гарднереллез	0	0,0	1	1,0	1,0	-
Всего инфекций	37	37,4	16	16,0	0,001	3,13; 1,6–6,14

(p<0,05)- различия показателей статистически значимы

Таблица 2. Сравнение исследуемых групп по психологическим параметрам

Показатель	Исследуемые группы				p
	Основная		Контрольная		
	Me	Q ₁ -Q ₃	Me	Q ₁ -Q ₃	
Удовлетворенность собственным телом (сырые баллы)	6,0	4,0–8,0	7,0	5,0–10,5	0,004
Удовлетворенность собственным телом (стенайны)	4,0	3,0–5,0	4,0	4,0–5,5	0,001
Удовлетворенность жизнью	7,8	7,2–8,3	7,75	7,0–8,0	0,218
Социальная фрустрированность	1,7	1,5–2,2	1,9	1,6–2,1	0,452
Общая стрессовая нагрузка	155,5	111–199	140,5	111–177	0,196

(p<0,05) — различия показателей статистически значимы

ристик состояния репродуктивного здоровья пациенток является гинекологическая заболеваемость, уровень которой практически по всем нозологическим формам остается на высоком уровне. При анализе гинекологического анамнеза у обследованных женщин были выявлены те или иные инфекции половых путей. При анализе и сопоставлении структуры ИППП, было установлено статистически значимое повышение в основной группе частоты таких инфекций, как уреаплазмоз 29,3% и 9,0% в группе сравнения (p < 0,001), хламидиоз 18,2% и 8,0% (p=0,033), микоплазмоз 13,1 и 2,0% (p=0,007), ВПЧ 10,1% (p=0,001) и ВПГ 5,1% (p=0,029) в основной группе, тогда как в контрольной группе указанные осложнения не зарегистрированы.

Нами было проведено сравнение исследуемых групп женщин по значениям психологических тестов. Результаты оценок степени удовлетворенности собственным телом, удовлетворенности жизнью, степени социальной фрустрированности и общей стрессовой нагрузки представлены в таблице 2.

Согласно полученным данным, были установлены статистически значимые различия исследуемых групп

по степени удовлетворенности собственным телом: среди женщин, беременность которых была осложнена невынашиванием, отмечались существенно меньшие значения показателя, при сравнении результатов как в сырых баллах (p=0,004), так и в стенайнах (p=0,001). Медианы оценок опросника образа собственного тела составляли 6 баллов в основной и 7 — в контрольной группе.

Структура исследуемых групп по степени сопротивляемости стрессу имела существенные различия (p=0,009). Среди женщин с НБ доля случаев низкой и пороговой сопротивляемости стрессу была увеличена до 24,5%, по сравнению с контрольной группой (7,0%).

Согласно проведенному анализу, все оценки удовлетворенности жизнью по опроснику Головиной-Савченко, за исключением одного случая в основной группе соответствовали высокой степени удовлетворенности жизнью (выше 5 баллов). Медиана оценок удовлетворенности жизнью в основной группе составляла 7,8 баллов (Q₁-Q₃: 7,2–8,3), в контрольной группе — 7,75 баллов

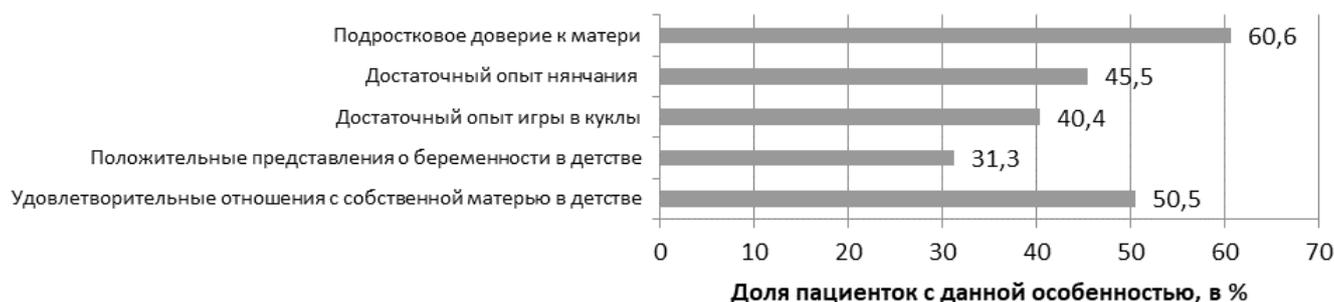


Рис 1. Особенности онтогенеза материнской сферы у пациенток с НБ.

(Q1-Q3: 7,0–8,0), статистически значимые различия между исследуемыми группами отсутствовали ($p=0,218$).

Исследуемые группы были сопоставлены по оценке привязанности к матери по методике *ECR-R*, разработанной *Fraley, Waller, Brennan (2000)*, в русскоязычной адаптации А. А. Федорова. Проведенный статистический анализ не выявил статистически значимых различий оценок по шкалам тревоги и избегания в зависимости от наличия НБ ($p=0,066$ и $p=0,628$). Наиболее характерный тип привязанности к маме в детстве по опроснику «Привязанность к маме в детстве» был надежный (медиана уровня тревоги составляла 1,8, а избегания — 2,2 балла), доля пациенток с надежным типом привязанности, была наивысшей в обеих группах составляя, соответственно, 60,6% и 62,0%. Несколько реже отмечался испуганно-избегающий тип привязанности — в 17,2% и 16,0%, соответственно. На третьем месте находился дистанцированный тип привязанности, наблюдаемый в 13,1% и 14,0%, а реже всего встречался озабоченный тип — в 9,1% и 8,0%, соответственно.

Копинг-стратегии (стратегии совладающего поведения) адаптивные. У всех женщин выявлен средний уровень напряженности копинг-стратегий. Адаптивный потенциал личности находится в пограничном состоянии. Выраженной дезадаптации не выявлено. Наиболее предпочитаемые стратегии совладания с трудностями: планирование решения проблемы (61%) и поиск социальной поддержки (64%), положительная переоценка (60%). Из чего можно сделать вывод, что женщины с НБ вполне успешно справляются с проблемами, используя защитные механизмы.

У всех пациенток выявлен низкий уровень социальной фрустрированности. $Q=2,4$ — социальная фрустрированность отчетливо не декларируется, что говорит о том, что они успешно справляются с жизненными трудностями. Проведенный с помощью критерия χ^2 Пирсона анализ не позволил выявить статистически значимых различий в структуре исследуемых групп по уровню

социальной фрустрации ($p=0,38$). Как в основной, так и в контрольной группах большинство женщин характеризовались пониженным уровнем параметра (41,4% и 43,0%, соответственно), реже отмечался неопределенный уровень фрустрации (27,3 и 38,0%, соответственно). Вместе с тем, следует отметить несколько большую частоту случаев очень низкого уровня социальной фрустрации в основной группе, составившую 17,2% (в группе контроля — 9,0%).

При анализе онтогенеза материнской сферы пациенток с НБ были получены следующие результаты (рис.): 50,5% женщин в составе основной группы имели удовлетворительные отношения с собственной матерью в детстве; 31,3% женщин усвоили положительные представления о беременности в детстве; 40,4% женщин отмечали достаточный опыт игры в куклы (сформированную мотивацию на материнство); достаточный опыт нянчания в детстве получили только 45,5% пациенток. Подростковое доверие к матери было сформировано только у 60,6% исследуемых основной группы. Как видно из этой методики, у женщин с НБ в процессе онтогенеза материнской сферы недостаточно сформировались основы для успешного материнства.

По результатам оценок пятой шкалы теста *MMPI* «мужественность — женственность», медиана показателя у пациенток с НБ составила 32 балла, что соответствует ортодоксально женственному стилю полоролевого поведения: стремление быть опекаемой и найти опору в муже, мягкость, сентиментальность, любовь к детям, приверженность семейным интересам, неискушенность и стыдливость в вопросах секса.

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что женщины с невынашиванием беременности достаточно хорошо справляются с жизненными трудностями, вполне удовлетворены качеством своей жизни, у них выявлен низкий уровень стресса. Они принимают свою половую идентичность, довольны своим телом, предпочитают женский стиль поведения. Однако выявлены нарушения

в процессе онтогенеза материнской сферы, а также тревожное и конфликтное отношение к собственному материнству, а также тревожные и конфликтные отношения с собственной матерью в детстве. Здесь имеется расхождение в опросниковой и проективной методике, что может свидетельствовать о бессознательном характере конфликта с собственной матерью. Таким образом, у исследуемой группы женщин выявлены только нарушения в психологической готовности к материнству, и не выявлено нарушений в стрессреагировании и женской идентичности. Это говорит о необходимости психологической помощи этим женщинам не только в переживании прерывания беременности, но в первую очередь в принятии материнства и адаптации к материнской роли.

Психологические исследования показали, что у пациенток с НБ присутствуют выраженные конфликтные отношения с матерью, также для них характерно наличие внутриличностного конфликта, глубокой внутренней неудовлетворенности, проявляющейся в неадекватной самооценке, носящей характер психологической защиты, конфликтном и тревожном образе себя как матери.

Выводы

Наиболее важными факторами прерывания беременности в ранние сроки являются, наряду с гинекологическими и социальными проблемами, нарушения

психологического статуса. В результате проведенного исследования нами были установлены следующие статистически значимые факторы невынашивания беременности: возраст от 20 до 25 лет, курение, раннее начало половой жизни, нарушения менструального цикла, наличие дисфункции яичников или эндометрита в анамнезе, повторные аборт, наличие сопутствующих заболеваний — артериальной гипертонии, дисфункции щитовидной железы или анемии, наличие ИППП. Психологические факторы неготовности к материнству у женщин с самопроизвольным аборт имеют свою структуру, в которую входят: личностные особенности беременных женщин, особенности их материнской сферы, нарушение онтогенеза материнской сферы и актуальная неготовность женщины к рождению ребенка.

Как показало проведенное исследование, наличие конфликта в материнской сфере, которое выражается в неадекватном взаимодействии с собственной матерью, несформированной материнской роли на этапе игровой деятельности и нянчения, ведут к нарушениям в течение беременности. В связи с этим, требуется не только медицинская, но и психологическая помощь, которая направлена на психологическую коррекцию и психотерапию источников внутреннего конфликта в материнской сфере, являющегося причиной формирования деструктивного образа материнства у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова Ю. Э. Актуальные вопросы невынашивания беременности. М., 2007. 96 с.
2. Доброхотова Ю. Э., Джобавва Э. М., Озерова Р. И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010
3. Доброхотова Ю. Э. Роль гемостазиологических нарушений в генезе невынашивания беременности. Проблемы репродукции. 2004; 2:54–59.
4. Козина Е. А., Павлов О. Г., Томарева Е. И. Медико-социальные аспекты пренатальной диагностики. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. № 2. С. 199–203.
5. Куприянова И. Е., Ефанова Т. С., Захаров Р. И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014; 6(4):46–50.
6. Лукина Т. С., Павлов О. Г., Козина Е. А. Ведение беременных женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 4. С. 14.
7. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему. Российский вестник акушера-гинеколога. 2007; 2: 62–64.
8. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности — современный взгляд. Доктор Ру. 2009; 6(1):42–46.
9. Стрижаков А. Н. Потеря беременности / А. №. Стрижаков, И. В. Игнатко. — М.: МИА, 2007. — 224 с.
10. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010; 1:101–119.
11. Филиппова Г. Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №6.
12. Arck PC. Stress and pregnancy loss: role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. Am J Reprod Immunol. 2001; 46(2):117–123.
13. Lazarus R. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. Journal of Personality. 2006; 74(1):9–46.

© Умаханова Мадина Мусаевна (madinasol@yandex.ru), Филиппова Галина Григорьевна (filippova_galina@mail.ru),

Цидаева Мадина Махарбековна (kulova-88@mail.ru), Тагирова Зарина Максимовна (Kulova-88@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»