



УДК 159.9

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНФЕКЦИЯМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

Коргожа М.А., Качурина К.С., Абрамова О.А.
(Санкт-Петербург, Россия)



Коргожа Мария Александровна

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия. Тел.: 8 (812) 596-34-00.

E-mail: ma.korgozha@gpmu.org



Качурина Карина Сергеевна

Медицинский психолог; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия.

Тел.: 8 (812) 596-34-00.



Абрамова Ольга Александровна

медицинский психолог консультативного отделения центра амбулаторной онкологической помощи;

Городская поликлиника 112, ул. Академика Байкова, 25, Санкт-Петербург, 195427, Россия. Тел. 8 (812) 241-29-49.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей внутренней картины беременности (ВКБер) женщин с инфекциями репродуктивных органов (ИРО), родоразрешение которых планируется в акушерском наблюдательном отделении. В исследовании приняли участие 60 первородящих и повторнородящих женщин, находящихся в третьем триместре беременности, которые были впервые инфицированы урогенитальным хламидиозом, урогенитальным трихомониазом или генитальным герпесом вовремя гестации, а также 60 условно здоровых беременных женщин. Внутренняя картина беременности у женщин с ИРО включает в себя заниженные оценки течения беременности, сниженную ценность ситуации рождения ребенка и материнства в целом. Для них характерен повышенный уровень симптомов тревоги и депрессии, а также специфических страхов, связанных с перинатальным периодом. Для беременных женщин с ИРО реже характерна конструктивная мотивация рождения ребенка. В онтогенезе материнской сферы беременных женщин с ИРО чаще присутствует напряженно-тревожный и отстраненный стиль взаимодействия с собственной матерью в детстве. В раннем детском опыте этих женщин имеются нарушения прохождения этапа сепарации с матерью по типу сохранения зависимости. Наличие опыта материнства у беременных женщин с ИРО в целом негативным образом отражается на компонентах ВКБер и должно быть изучено дополнительно. Результаты исследования показали актуальность усиления мер профилактики развития ИРО

у женщин во время беременности, а также необходимость организации психологической помощи женщинам данной категории, направленной на повышение приверженности лечению ИРО и выполнению рекомендаций лечащего врача, а также на формирование психологической готовности к рождению ребенка.

Ключевые слова: клиническая психология, перинатальная психология, беременность, инфекции репродуктивных органов, акушерское наблюдательное отделение, внутренняя картина беременности

Для цитаты Коргожа М.А., Качурина К.С., Абрамова О.А. Внутренняя картина беременности у женщин с инфекциями репродуктивных органов // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 2. – С. 4. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм. гggг).

Введение

В современном акушерстве инфекционная патология репродуктивного тракта беременных женщин зачастую является причиной развития многих перинатальных осложнений [1]. На долю инфекционных факторов приходится до 15 % всех ранних неблагоприятных исходов гестации [2; 3; 4]. Инфекции репродуктивного тракта или инфекции репродуктивных органов (далее — ИРО) представляют собой обобщенную группу инфекций, поражающих репродуктивный тракт, верхние и нижние половые пути. ИРО могут иметь достаточно тяжелые последствия для репродуктивного здоровья женщины и приводить к обширным воспалительным процессам в области органов малого таза и бесплодию [5]. Среди ИРО, передающихся половым путем, у беременных женщин чаще всего встречаются урогенитальный хламидиоз и генитальный герпес, реже — трихомониаз, гонорея и сифилис. Инфицирование и развитие данных заболеваний в течение беременности может привести к ее неблагоприятному течению и исходу: самопроизвольному выкидышу на различных сроках, преждевременным родам, антенатальной гибели плода, тяжелым нарушениям инфекционного характера у детей в неонатальном периоде [6; 7]. Более 70 % детей матерей, имеющих ИРО, рождаются с различными перинатальными осложнениями: хронической гипоксией и перинатальным контактом с инфекцией [8]. Чаще всего эти дети имеют более низкую массу тела при рождении и сниженный уровень врожденного иммунитета. Патогенез инфекции ребенка, переданного через мать, зависит от нозологической формы заболевания. Заражение ребенка может произойти внутриутробно или интранатально при прохождении через естественные родовые пути, что требует дополнительного медицинского вмешательства со стороны врачей.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам с ИРО в период беременности включает в себя амбулаторный и стационарный этапы, последний из которых осуществляется в отделениях патологии беременности или специализированных отделениях учреждений родовспоможения (акушерском наблюдательном отделении). Тактика медицинского сопровождения беременных пациенток с ИРО тесно связана с возможностями и ограничениями медикаментозного лечения конкретного заболевания в период беременности, а также с потенциальной пользой и рисками для матери и плода.

Современная акушерско-гинекологическая практика показывает широкие возможности предотвращения появления и развития ИРО у беременных женщин за счет соблюдения мер профилактики [9; 10]. К общим принципам профилактики перинатального заражения ИРО специалисты относят следующее: а) выявление и лечение ИРО у женщины и ее партнера на этапе планирования беременности (наиболее эффективная стратегия); б) применение мер безопасности против заражения ИРО при сексуальных контактах беременной женщины; в) обследование женщины во время беременности для своевременного выявления ранее не диагностированного или недавнего заражения ИРО; г) адекватная терапия (с одновременным лечением партнера) при выявлении ИРО в период беременности; д) обследование и оказание необходимой своевременной медицинской помощи новорожденному в послеродовом периоде [11; 12; 13; 14]. При этом несмотря на разработанность комплекса профилактических мер актуальной остается проблема приверженности к медико-профилактическим рекомендациям у женщин группы риска развития ИРО, которая может быть решена в плоскости социально-психологических аспектов.

Поведение женщины, направленное в целом на сохранение или устранение беременности, является внешне проявленным итогом процесса переживания женщиной ее актуальной беременности [15; 16]. Комплекс данных переживаний, ощущений и представлений женщины о ситуации рождения ребенка составляет внутреннюю картину

беременности (далее — ВКБер). Она является иерархической и динамической системой, включающей в себя феномены мотивационного, эмоционального, когнитивного и телесного опыта, а физиологические изменения, составляющие течение беременности, являются фактором, провоцирующим и актуализирующим процесс становления всех этих компонентов. ВКБер, как психологическое новообразование, формируется в онтогенезе материнской сферы и актуализируется при наступлении беременности [17]. Общее отношение женщины к реализации репродуктивной функции, ценность материнства и воспитания ребенка во многом определяют содержание ее ВКБер. Осложнения, сопровождающие вынашивание беременности, могут негативно отражаться на содержании всех компонентов ВКБер [18; 19; 20]. В этой связи становится особенно актуальным изучение особенностей ВКБер у женщин различных клинических групп, в том числе пациенток с ИРО, с целью оказания им своевременной специализированной психологической помощи, направленной на формирование психологической готовности будущей матери к рождению ребенка и уходу за ним.

Материалы и методы исследования

Целью исследования являлось изучение особенности внутренней картины беременности женщин с инфекциями репродуктивных органов.

Эмпирическая часть исследования была проведена в период с 2021 по 2022 год на базе СПб ГБУЗ «Родильный дом № 16» г. Санкт-Петербурга. Выборка исследования состояла из 120 респонденток. Основную группу исследования составили 60 беременных женщины с ИРО (30 первородящих и 30 повторнородящих женщин) в возрасте 30—40 лет со сроком гестации более 28 недель, родоразрешение которых планировалось в акушерском наблюдательном отделении. В качестве контрольной группы выступили 60 условно здоровых беременных женщин (30 первородящих и 30 повторнородящих женщин), родоразрешение которых планировалось в условиях стационара родильного дома. Критериями исключения из исследования являлись: наличие многоплодной беременности, антенатальной гибели плода, врожденных пороков развития плода, применение вспомогательных репродуктивных технологий для достижения актуальной беременности, наличие нарушений психического здоровья в анамнезе.

Основную группу исследования составили беременные женщины, имеющие следующие ИРО: урогенитальный хламидиоз (42 %), урогенитальный трихомониаз (34 %) и генитальный герпес (24 %). Все респондентки данной группы не имели указанных ИРО до наступления актуальной беременности и были инфицированы вовремя гестации. У всех участниц данной группы наличие ИРО было диагностировано впервые в период с 15 до 25 гестационных недель. Все беременные женщины с ИРО были инфицированы путем незащищенного полового акта, что указывает на нарушения женщинами рекомендаций акушера-гинеколога.

Анализ эмпирических данных осуществлялся в два этапа. Первичный анализ характеристик ВКБер у женщин с ИРО осуществлялся в сравнении с данными показателей условно здоровых беременных женщин. Далее внутри каждой группы исследования дополнительно сравнивались данные респонденток в зависимости от наличия у них опыта материнства. Для удобства анализа и представления материалов общая основная группа исследования, в которую вошли все беременные женщины с ИРО обозначается как «общая группа А» (первородящие женщины — «группа А1», повторнородящие женщины — «группа А2»). Контрольная группа исследования, в которую вошли условно здоровые беременные женщины, обозначается как «общая группа Б» (первородящие женщины — «группа Б1», повторнородящие женщины — «группа Б2»).

Участие в исследовании предполагало краткую беседу респондентки с психологом-исследователем и заполнение психодиагностических опросников. По завершению исследования респондентка могла запросить индивидуальные результаты участия в исследовании. Сбор клинико-анамнестических и социально-демографических данных женщин осуществлялся в краткой беседе с психологом-исследователем, а также посредством заполнения анкеты участника исследования и анализа медицинской документации.

В исследовании также использовались психодиагностические методы:

- 1) семантический дифференциал (автор Ч. Осгуд) с предъявлением стимулов — «Какой я вижу себя до беременности», «Какой я вижу себя беременной», «Какой я вижу себя матерью», «Каким я вижу своего ребенка», «Какими я вижу свои роды»;
- 2) опросник по онтогенезу материнской сферы (автор Г. Г. Филиппова);
- 3) методика исследования мотивов сохранения беременности — МИМС (автор Рабовалюк Л. Н.);

4) скрининговая шкала перинатальной тревоги — PASS-R (автор Somerville S., адаптация Коргожи М. А., Евмененко А. О.);

5) клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (авторы Яхин К. К. и Менделевич Д. М.).

Анализ результатов исследования осуществлялся с применением методов описательной статистики, хи-квадрат Пирсона и U-критерия Манна — Уитни.

Результаты исследования

Представляется важным отметить наиболее значимые результаты исследования. Средний возраст женщин в выборке исследования составил $34,9 \pm 3,1$ лет, а средний срок гестации $33 \pm 2,2$ недели. Значимых различий по данным показателям в группах исследования не было выявлено. Группы значимо отличались по показателям семейного положения. Так, только 47 % женщин с ИРО (общая группа А) были замужем, 22 % женщин состояли в незарегистрированных отношениях и 31 % женщин не состояли в партнерских отношениях на момент участия в исследовании ($p < 0,05$). При этом 80 % условно здоровых женщин (общая группа Б) состояли в браке. Не было выявлено значимых различий по уровню образования у женщин в группах исследования: 46 % женщин общей группы А и 52 % женщин общей группы Б имели высшее образование. Всего 27 % женщин общей группы А отмечали наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств, с которыми они столкнулись в течение беременности, чаще всего из которых были проблемы в отношениях с партнером, а также финансовые и жилищные трудности ($p < 0,05$).

Для половины женщин общей группы А беременность не была запланированной, в отличие от женщин общей группы Б ($p < 0,05$). Респондентки в группах значимо не отличались по акушерско-гинекологическому анамнезу. Для 80 % женщин в общей выборке актуальная беременность не была первой, при этом 60 % из этих женщин имели опыт родов. Также 60 % женщин в обеих группах не имели аборт в анамнезе. Всего 92 % женщин общей группы А отмечали наличие осложнений течения беременности (токсикоз, гестоз, угроза прерывания беременности), что было значительно чаще, чем в общей группе Б ($p < 0,01$).

Важно отметить, что 18 % женщин общей группы А в течение третьего триместра беременности употребляли табачные изделия и алкоголь ($p < 0,05$). При этом чаще всего это были женщины с ИРО, имеющие опыт материнства.

В рамках исследования респонденткам предлагалось оценить их самочувствие в течение третьего триместра беременности по 10-ти балльной шкале, где 0 баллов — «плохо чувствовала себя большую часть времени», а 10 баллов — «отлично чувствовала себя большую часть времени» (табл. 1).

Таблица 1. Самооценка течения третьего триместра беременности у женщин в группах исследования

Показатели	Беременные женщины с ИРО		Условно здоровые беременные женщины	
	Группа А1 без опыта материнства	Группа А2 с опытом материнства	Группа Б1 без опыта материнства	Группа Б2 с опытом материнства
Самочувствие в течение третьего триместра беременности: – физическое самочувствие; – эмоциональное состояние.	6,1 балла 6,4 балла	4,6 балла* 4,7 балла*	8,1 балла 8,4 балла	7,8 балла 8,6 балла
Обеспокоенность предстоящим родоразрешением в обсервационных условиях	4,0 балла	4,3 балла	—	—

Примечание: * — значимые различия внутри общей группы А (между А1 и А2) на уровне $p < 0,05$.

Женщины с ИРО значительно хуже чувствовали себя в течение третьего триместра беременности ($p < 0,01$), при этом повторнородящие беременные женщины с ИРО наиболее низко оценивали собственное самочувствие. Такая же тенденция наблюдалась в оценке респондентками собственного эмоционального состояния в течение последнего триместра беременности. Преимущественно негативный эмоциональный фон был характерен для

беременных женщин с ИРО, имеющих опыт материнства. Важно отметить, что при таких показателях женщины общей группы А вне зависимости от наличия у них опыта рождения ребенка демонстрировали низкий уровень обеспокоенности предстоящим родоразрешением в observationalных условиях.

Оценка общего психоэмоционального состояния беременных женщин с ИРО с применением психодиагностических методов также показала значимые различия в сравнении с условно здоровыми женщинами (табл. 2).

Таблица 2. Показатели психоэмоционального состояния у беременных женщин в группах исследования

Показатели	Беременные женщины с ИРО		Условно здоровые беременные женщины	
	Группа А1 без опыта материнства	Группа А2 с опытом материнства	Группа Б1 без опыта материнства	Группа Б2 с опытом материнства
<i>Скрининговая шкала перинатальной тревоги – PASS-R</i>				
Общий балл	24,6 балла	27,5 балла	15,3 балла	14,8 балла
Острая и навязчивая тревога	6,5 балла	5,8 балла	3,8 балла*	2,1 балла*
Социальная тревога	2,8 балла*	4,1 балла*	0,9 балла	1,2 балла
Навязчивый перфекционизм	5,1 балла	4,5 балла	5,3 балла	4,4 балла
Специфические страхи	6 баллов*	7,6 балла*	4,3 балла	4,8 балла
Проблемы адаптации	3,0 балла	3,9 балла	0,6 балла	0,6 балла
<i>Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний</i>				
Шкала тревоги	2,7 балла	2,4 балла	5,4 балла	5,2 балла
Шкала невротической депрессии	-0,09 балла	-1,1 балла	4,1 балла	3,9 балла
Шкала астении	1 балл	0,1 балла	5 баллов	5,1 балла
Шкала истерического типа реагирования	0,8 балла	0,2 балла	4,1 балла	3,9 балла
Шкала обсессивно-фобических нарушений	1,2 балла	-0,02 балла	4,3 балла	4,8 балла
Шкала вегетативных нарушений	3 балла	2,4 балла	6,8 балла	6,5 балла

Примечание: * — значимые различия внутри общих групп (между А1 и А2, Б1 и Б2) на уровне $p < 0,05$.

Средний показатель общего уровня тревоги по методике PASS-R у женщин с ИРО из общей группы А достиг минимального порога, указывающего на умеренный уровень тревоги. При данных значениях показателя для женщин могут быть характерны устойчивые симптомы тревоги, затрагивающие процесс адаптации к ситуации беременности и подготовки к родам. Однако тревога не достигает уровня развития тревожного расстройства, что было подтверждено двумя психодиагностическими методами. Важно отметить, что женщины с ИРО имели более высокие уровни перинатальной (субшкала «Специфические страхи») и социальной тревоги. Женщины с ИРО испытывают беспокойство по поводу беременности и ее исходов. При этом тревога имеет выраженный социальный контекст. Данные виды тревоги в большей степени беспокоят повторнородящих женщин с ИРО ($p < 0,05$).

По данным клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний у беременных женщин в выборке не наблюдается устойчивых симптомов нарушения психического здоровья: баллы по всем шкалам не превышают порог в -1,28 баллов. Тем не менее для беременных женщин с ИРО характерна тенденция развития симптомов невротической депрессии, что должно быть учтено при оказании им психологической помощи. Также обращает на себя внимание частичное проявление симптомов навязчивых страхов у беременных женщин с ИРО, имеющих опыт материнства, что должно быть изучено дополнительно.

Важнейшим компонентом внутренней картины беременности является мотивация рождения ребенка. Исследуя данную мотивацию у беременных женщин с ИРО,

представляется интересным выявить мотивы сохранения их актуальной беременности (табл. 3). По данным автора методики высокие баллы по показателю «Истинное стремление быть матерью» указывают на психофизиологическую готовность женщины к рождению ребенка и конструктивную мотивацию рождения ребенка. В связи с этим особенно важными являются данные о том, что наименьшую готовность к рождению ребенка и низкую конструктивную мотивацию сохранения беременности демонстрируют повторнородящие женщины с ИРО (35,9 балла, $p < 0,01$). Для данной категории женщин также характерно выраженное субъективное ощущение ограничения личной свободы (22,9 балла, $p < 0,01$) в связи с беременностью, что могло найти отражение в невыполнении рекомендаций лечащего врача и, как следствие, в проявлении поведения приведшего к инфицированию во время гестации.

Таблица 3. Мотивы сохранения беременности у женщин в группах исследования

Мотивы	Беременные женщины с ИРО		Условно здоровые беременные женщины	
	Группа А1 без опыта материнства	Группа А2 с опытом материнства	Группа Б1 без опыта материнства	Группа Б2 с опытом материнства
Субъективное отношение к материальным затруднениям	13,3 балла	13,6 балла	8,4 балла	8,5 балла
Истинное стремление быть матерью	42,9 балла**	35,9 балла**	48,9 балла	48,7 балла
Субъективное ощущение ограничения свободы	18,7 балла**	22,9 балла**	13,1 балла	13,2 балла
Озабоченность собственным здоровьем	22,4 балла	25 баллов	16,8 балла	16,4 балла
Степень тревожности к материнству	21,1 балла	21,5 балла	15,1 балла	14,8 балла
Стремление соответствовать социальным ожиданиям	24,2 балла	23,4 балла	22,2 балла	22,3 балла
Стремление иметь ребенка, который воплотит нереализованные мечты матери	28,4 балла	28,5 бала	31,5 балла	31,7 балла
Деструктивные мотивы	16,6 балла	15,4 балла	13,5 балла	13,2 балла
Страхи и компенсации женщины	14,7 балла	15,7 балла	12,7 балла	12,1 балла

Примечание: ** — значимые различия внутри общей группы А (между А1 и А2) на уровне $p < 0,01$.

В целом для женщин общей группы А характерна озабоченность собственным здоровьем, отражающаяся в негативно-обвиняющем стиле переживания беременности, а также в негативных мыслях относительно последствий беременности для своего здоровья ($p < 0,05$). Данные по шкале «Степень тревожности к материнству» свидетельствуют о низкой мотивации к реализации себя в роли матери и о восприятии ситуации рождения детей как проблемной задачи. Таким образом, для беременных женщин с ИРО характерна более низкая мотивация к материнству и наличие деструктивных мотивов сохранения беременности, что должно рассматриваться в качестве мишеней психокоррекции.

Женщины общей группы А имели более низкие оценки по всем показателям методики семантического дифференциала в представлении себя в прошлом и в настоящем — во время актуальной беременности ($p < 0,01$). При этом женщины с ИРО, имеющие опыт материнства, оценивали себя во время беременности гораздо ниже, чем женщины с ИРО, впервые ожидающие рождения ребенка ($p < 0,001$). Также женщины общей группы А хуже оценивали себя в роли матери в сравнении с респондентками из общей группы Б ($p < 0,01$). В данном случае также наличие опыта материнства негативно отражалось на оценке себя в роли матери у женщин с ИРО ($p < 0,05$). Значимо более низкие оценки предстоящих родов были характерны для женщин общей группы А вне зависимости от наличия опыта родов ($p < 0,001$). С нашей точки зрения, наиболее критическим является результат анализа отношения женщин к своему ребенку, рождение которого она ожидает. В данном случае

сохраняется схожая тенденция значимо более низких оценок собственного ребенка у женщин общей группы А ($p < 0,001$), наименьшие из которых демонстрировали повторнородящие женщины с ИРО ($p < 0,05$).

По данным опросника онтогенеза материнской сферы участниц исследования представляется важным указать наиболее значимые результаты, раскрывающие качество отношений женщин с собственной матерью в детстве. Было выявлено, что для 38 % беременных женщин общей группы А характерны напряженно-тревожный или отстраненный стиль отношений с собственной матерью. Женщины с ИРО вне зависимости от наличия у них опыта материнства ретроспективно чаще всего более низко оценивали качество привязанности с матерью в детстве ($p < 0,05$). Так, 45 % женщин из общей группы А имели тревожно-амбивалентный тип привязанности, при этом для 26,7 % женщин с ИРО были характерны нарушения прохождения этапа сепарации по типу сохранения зависимости от матери. У повторнородящих беременных женщин с ИРО реже встречался теплый и доверительный стиль в отношениях с матерью в детстве ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов

Полученные результаты согласуются с данными других исследований, указывающих на то, что беременные женщины с ИРО чаще имеют различные осложнения течения беременности и им может потребоваться стационарная медицинская помощь [21; 22; 23; 24]. Данные исследования показали, что для 50 % женщин с ИРО беременность была запланированной. Это указывает на необходимость своевременной комплексной прегравидарной подготовки супружеской пары [25]. Женщинам с ИРО, для которых беременность была незапланированной, может быть показана психологическая помощь в вопросах адаптации к беременности и формирования психологической готовности к рождению ребенка.

На фоне общего снижения распространенности употребления табачных изделий среди женщин табакокурение в период беременности остается актуальной проблемой [26; 27]. У курящих беременных женщин чаще обнаруживаются ранний токсикоз беременных, гестоз и угроза прерывания беременности. Потребление табакосодержащих изделий, в том числе электронных сигарет, повышает риск гипоксии плода и дефицита массы тела ребенка при рождении. Употребление алкоголя матерью во время беременности также сопряжено с высокими рисками развития различных нарушений внутриутробного развития плода, в частности появления фетального алкогольного синдрома [28; 29; 30]. Наше исследование показало необходимость усиления мер профилактики употребления табака и алкоголя среди контингента беременных женщин с различными ИРО. Также ввиду наличия у 27 % беременных женщин с ИРО различных неблагоприятных жизненных обстоятельств представляется важным предоставить меры социальной защиты и поддержки нуждающимся женщинам.

Результаты исследования показали, что ВКБер у женщин с ИРО включает в себя заниженные оценки течения беременности, сниженную ценность ситуации рождения ребенка и материнства в целом. Для них характерен повышенный уровень симптомов тревоги и депрессии, а также специфических страхов, связанных с перинатальным периодом. Для беременных женщин с ИРО реже характерна конструктивная мотивация рождения ребенка. Они чаще демонстрируют неготовность жертвовать своим временем и досугом ради ребенка, что согласуется с результатами ранее проведенного исследования особенностей отношения к новорожденному у женщин, не встающих на учет по беременности, роды которых протекали в наблюдательном отделении. «Будущая мать, исходя из своих интересов, предпринимает действия, которые наносят вред и ущерб плоду, лишая его элементарной помощи в выявлении и санации очагов внутриутробной инфекции» [31]. При этом они имеют стремление иметь ребенка, который «воплотит нереализованные мечты» матери. Эти женщины проявляют выраженную озабоченность последствиями беременности для своего тела и здоровья. Будущие матери испытывают беспокойство о финансовой и жилищной обеспеченности, необходимой для воспитания ребенка. В онтогенезе материнской сферы беременных женщин с ИРО чаще присутствует напряженно-тревожный и отстраненный стиль взаимодействия с собственной матерью в детстве. В раннем детском опыте этих женщин имеются нарушения прохождения этапа сепарации с матерью по типу сохранения зависимости. У повторнородящих беременных женщин с ИРО в детстве реже встречался теплый и доверительный стиль в отношениях с матерью.

Парадоксальными и несомненно важными являются результаты исследования, указывающие на то, что наличие опыта материнства у беременных женщин с ИРО, в целом негативным образом отражается на компонентах ВКБер. Так повторнородящие женщины с

ИРО наиболее низко оценивают себя в роли матери и демонстрируют более низкую оценку будущего ребенка. Данная тенденция может быть объяснена за счет актуальности деструктивных мотивов сохранения беременности у женщин данной категории. С нашей точки зрения, повторнородящие женщины с ИРО представляют группу высокого риска девиантного родительства, которая нуждается в своевременной психологической и социальной помощи. Опыт зарубежных и отечественных практик ранней помощи детям группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности и их семьям демонстрирует необходимость формирования психологической готовности матери к повторному рождению ребенка, в том числе за счет развития у них родительской устойчивости [32; 33]. Данный термин обозначает специфический вид резильентности личности матери, который заключается в способности родителя обеспечивать компетентный и качественный уход и воспитание детей, преодолевая неблагоприятные обстоятельства и трудности повседневной жизни [34].

Результаты исследования позволили определить два основных направления оказания психологической помощи и поддержки беременным женщинам с ИРО, которые могут быть включены в комплексную стационарную медицинскую помощь пациенткам. Во-первых, будущим матерям должно быть оказано содействие в решении проблемы качественного выполнения всех рекомендаций лечащего врача, а также оказана поддержка высокой приверженности лечению ИРО (в случае его назначения). Особое внимание в психологической работе с данным контингентом также должно быть уделено вопросу формирования у них психологической готовности к родоразрешению в observationalном отделении. Во-вторых, женщины должны получать психологическую поддержку в адаптации к ситуации рождения ребенка, а также в вопросах качественного выполнения материнских функций с учетом нужд и потребностей ребенка. Психологическая помощь и сопровождение беременных женщин с ИРО должны включать в себя профилактику искажений родительской сферы и дисфункционального родительства, а также снижать риск девиантного материнства.

Заключение

Результаты исследования показали специфические особенности ВКБер у женщин с ИРО и обосновали необходимость улучшения качества и интенсивности мер медицинской профилактики развития ИРО у первородящих и повторнородящих беременных женщин, а также психопрофилактики дезадаптивного состояния женщин в период гестации и после родов. Также показана необходимость психологической помощи и сопровождения беременных женщин с ИРО, в том числе в условиях стационара, направленных на повышение приверженности лечению ИРО и выполнению рекомендаций лечащего врача, а также на формирование психологической готовности к рождению ребенка.

Список источников

1. Курносенко И.В., Долгушина В.Ф., Сандакова Е.А. Инфекционная патология репродуктивного тракта у беременных женщин // Человек. Спорт. Медицина. – 2017. – Т. 17, № 1. – С. 46–56. doi: 10.14529/hsm170105
2. Sexuell übertragbare Infektionen bei der jungen Patientin [Sexually transmitted diseases in young female patients] / K. Wihlfahrt, A. Westermann, N. Maass [et. al.] // Die Gynäkologie. – 2023. – Vol. 56, no. 3. – P. 200–212. doi: 10.1007/s00129-023-05059-z
3. Доброхотова Ю.Э., Бондаренко К.Р., Шадрова П.А. Современный взгляд на инфекционный фактор и возможные патогенетические механизмы ранних репродуктивных потерь // Проблемы репродукции. – 2020. – Т. 26, № 3. – С. 23–30. doi: 10.17116/repro20202603123
4. Федорова Н.Ф., Захарова Ф.А. Частота инфекций, передающихся половым путем у беременных // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2020. – № 2 (19). – С. 42–46. doi: 10.25587/SVFU.2020.19.2.003
5. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health: Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group Programmatic Meeting / A. Wynn, C.C. Bristow, Cristillo A.D. [et al.] // Sexually Transmitted Diseases. – 2020. – Vol. 47, no. 1. – P. 5–11. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001075
6. Adverse perinatal outcomes of chlamydia infections: an ongoing challenge / Y. Eliner, M. Gulersen, A. Grunebaum [et al.] // Journal of Perinatal Medicine. – 2021. – Vol. 50, no. 4. – P. 407–410. doi: 10.1515/jpm-2021-0519

7. Şahin B., Şahin B., Şahin G.C. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy, Screening and Treatment // Current Obstetrics and Gynecology Reports. – 2022. – Vol. 11, no. 1. – P. 34–43. doi: 10.1007/s13669-021-00318-z
8. Тихонова М.В., Тихонов Д.О., Смирнова Т.И. Течение родов и перинатальные исходы у женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем // Смоленский медицинский альманах. – 2019. – № 1. – С. 269–270.
9. Копча В.С., Липковская И.В., Шпикула Н.Г. Профилактика реактивации герпесвирусных инфекций перед планируемой беременностью // Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 4 (109). – С. 529–537.
10. Мониторинг течения беременности у женщин с герпетической инфекцией в зависимости от подходов к профилактике рецидивов / М.А. Овчинникова, Г.В. Санталова, И.С. Липатов [и др.] // Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. – № 5-6. – С. 104–111.
11. Гепатит В и беременность: современные подходы к скринингу и профилактике вертикальной передачи инфекции / К.Б. Мозес, В.Г. Мозес, И.С. Захаров [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. – № 3(78). – С. 10–17.
12. Жукембаева А.М. Инфекции, передающиеся половым путем при беременности: влияние на ее исход, возможности профилактики и лечения // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2016. – Т. 16, № 11. – С. 115–117.
13. Максименя Г.Г. Особенности течения, профилактика и лечение герпетических инфекций в период беременности // Медицинский журнал. – 2021. – № 4. – С. 17–24.
14. Урогенитальные инфекции во время беременности (диагностика, профилактика, лечение) / И.О. Макаров, Т.В. Овсянникова, Е.И. Боровкова; Московская мед. акад. им. И.М. Сеченова, Каф. акушерства ФПОВ ММА им. И.М. Сеченова. – М.: Адамант, 2010. – 14 с.
15. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестник Московского Университета. Серия 14: Психология. – 2002. – № 3. – С. 3–18.
16. Нечаева М.А., Беребин М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2010. – № 17. – С. 33–38.
17. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2019. – 212 с.
18. Дремина Т.Ф. Психологическая адаптация к беременности у женщин с разным опытом материнства: дис. ... канд. психол. наук. – Курск, 2021. – 342 с.
19. Леденцова С.Л., Мирзоева Т. Уровень тревожности беременных женщин, находящихся на госпитализации по причине угрозы прерывания беременности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – Т. 8, № 4А. – С. 47–55. doi: 10.34670/AR.2019.44.4.034
20. Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности / А.Л. Ульянич, Т.Г. Бохан, С.Б. Лещинская // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2019. – Т. 21, № 2. – С. 435–450. doi: 10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450
21. Gonorrhea infection during pregnancy is associated with adverse pregnancy and neonatal outcomes / E. Bornstein, Y. Eliner, M. Gulersen [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021. – Vol. 224, no. 2, suppl. – P. S389–S390. doi: 10.1016/j.ajog.2020.12.642
22. Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 220 // Obstetrics and Gynecology. – 2020. – Vol. 135, no. 5. – P. e193–e202. doi: 10.1097/AOG.0000000000003840
23. Tong H., Heuer A., Walker N. The impact of antibiotic treatment for syphilis, chlamydia, and gonorrhoea during pregnancy on birth outcomes: A systematic review and meta-analysis // Journal of Global Health. – 2023. – Vol. 13. – P. 04058. doi: 10.7189/jogh.13.04058
24. Trichomoniasis and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis / O.T. Van Gerwen, M.C. Craig-Kuhn, A.T. Jones [et al.] // BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2021. – Vol. 128, no. 12. – P. 1907–1915. doi: 10.1111/1471-0528.16774
25. Жуковская И.Г., Сандакова Е.А., Семенова М.В. Оценка эффективности прекоцепционной подготовки женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов на основе углубленного изучения состояния здоровья супружеских пар // Лечение и профилактика. – 2017. – Т. 2, № 22. – С. 38–42.

26. Дикке Г.Б. Курение табака среди женщин и стратегия успешного отказа от табакокурения во время беременности // Фарматека. – 2014. – № 4(277). – С. 76–79.
27. Суховская О.А. Табакокурение во время беременности: оценка рисков и их минимизация // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2019. – № 2(I). – С. 30–34.
28. Литвиненко В.Ю. Влияние употребления алкоголя беременной женщиной на развитие плода во время пренатального периода беременности // Научный альманах. – 2021. – № 5-2 (79). – С. 81–83.
29. Потребление алкоголя во время беременности и фетальный алкогольный спектр нарушений в России: систематический обзор литературы / А.В. Ялтонская, В.М. Ялтонский, Я.В. Колпаков [и др.] // Наркология. – 2014. – Т. 13, № 6 (150). – С. 80–90.
30. Смирнова М.Р., Габченко Ю.П. Влияние алкоголя на беременность // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2019. – № 1 (42). – С. 161–162.
31. Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2013. – 22 с.
32. Методические рекомендации по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (утв. Минтрудом России 25.12.2018) [Электронный ресурс]. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/handicapped/251> (дата обращения: 12.02.2024)
33. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / под ред. проф. Г.Н. Пономаренко. – СПб. 2019. – 72 с.
34. Parental resilience: a neglected construct in resilience research / S. Gavidia-Payne, B. Denny, K. Davis [et al.] // Clinical Psychologist. – 2015. – Vol. 19, no. 3. – P. 111–121. doi: 10.1111/cp.12053

References

1. Kurnosenko I.V., Dolgushina V.F., Sandakova E.A. Infectious pathology of the reproductive tract in pregnant women. *Chelovek. Sport. Meditsina – Human. Sport. Medicine*, 2017, vol. 17, no. 1, pp. 46–56. (In Russ.). doi: 10.14529/hsm170105
2. Wihlfahrt K., Westermann A., Maass N., Mendling W., Alkatout I. Sexuell übertragbare Infektionen bei der jungen Patientin [Sexually transmitted diseases in young female patients]. *Die Gynäkologie*, 2023, vol. 56, no. 3, pp. 200–212. doi: 10.1007/s00129-023-05059-z
3. Dobrokhotova Yu.E., Bondarenko K.R., Shadrova P.A. Current view on infectious factor of early reproductive losses and possible pathogenetic mechanisms. *Problemy reproduksii – Russian Journal of Human Reproduction*, 2020, vol. 26, no. 3, pp. 23–30. (In Russ.). doi: 10.17116/repro20202603123
4. Fedorova N.F., Zakharova F.A. The frequency of sexually transmitted infections in pregnant women. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M.K. Ammosova. Seriya: Meditsinskie nauki – Vestnik of North-Eastern Federal University. Medical Sciences*, 2020, no. 2, pp. 42–46. (In Russ.). doi: 10.25587/SVFU.2020.19.2.003
5. Wynn A., Bristow C., Cristillo A.D., Murphy S., van den Broek N., Muzny C., et al. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health: Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group Programmatic Meeting. *Sexually Transmitted Diseases*, 2020, vol. 47, no. 1, pp. 5–11. doi: 10.1097/OLQ.00 00000000001075
6. Eliner Y., Gulersen M., Grunebaum A., Lenchner E., Bar-El L., Chervenak F.A., et al. Adverse perinatal outcomes of chlamydia infections: an ongoing challenge. *Journal of Perinatal Medicine*, 2021, vol. 50, no. 4, pp. 407–410. doi: 10.1515/jpm-2021-0519
7. Şahin B., Şahin B., Şahin G.C. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy, Screening and Treatment. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 2022, vol. 11, no. 1, pp. 34–43. doi: 10.1007/s13669-021-00318-z
8. Tikhonova M.V., Tikhonov D.O., Smirnova T.I. The course of labor and prenatal outcomes in women with sexually transmitted infections. *Smolenskii meditsinskii al'manakh – Smolensk Medical Almanac*, 2019, no. 1, pp. 269–270. (In Russ.).
9. Kopcha V.S., Lipkovskaya I.V., Shpikula N.G. Prevention of reactivation of herpesvirus infections before planned pregnancy. *Zaporozhskii meditsinskii zhurnal – Zaporozhye Medical Journal*, 2018, vol. 20, no 4, pp. 529–537. (In Russ.).
10. Ovchinnikova M.A., Santalova G.V., Lipatov I.S., Tezikov Yu.V. Monitoring of pregnancy in women with herpes infection, depending on the approaches to the relapse prevention. *Aspirantskii vestnik Povolzh'ya – Postgraduate Bulletin of the Volga region*, 2017, no. 5-6, pp. 104–111. (In Russ.).

11. Mozes K.B., Mozes V.G., Zaharov I.S., Elgina S.I., Rudaeva E.V. Hepatitis B and pregnancy – modern approaches to screening and prevention of vertical transmission of infection. *Mat' i ditya v Kuzbasse – Mother and Baby in Kuzbass*, 2019, no. 3, pp. 10–17. (In Russ.).
12. Zhukembaeva A.M. Sexually transmitted infections during pregnancy: the impact on their outcome, the possibility of prevention and treatment. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiiskogo Slavyanskogo universiteta – Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2016, vol. 16, no. 11, pp. 115–117. (In Russ.).
13. Maksimenya G.G. Features of the course, prevention and treatment of herpetic infections during pregnancy. *Meditinskii zhurnal – Medical Journal*, 2021, no. 4, pp. 17–24. (In Russ.).
14. Makarov I.O., Ovsyannikova T.V., Borovkova E.I. *Urogenital'nye infektsii vo vremya beremennosti (diagnostika, profilaktika, lechenie)*. Moscow, Adamant" Publ., 2010. 14 p. (In Russ.).
15. Aivazyan E.B., Arina G.A., Nikolaeva V.V. Bodily and emotional experience in the structure of the internal picture of pregnancy complicated by obstetric and extragenital pathology. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14: Psikhologiya. – Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology*, 2002, no. 3, pp. 3–18. (In Russ.).
16. Nechaeva M.A., Berebin M.A. Classification and psychological diagnosis of attitudes towards pregnancy. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology"*, 2010, no. 17, pp. 33–38. (In Russ.).
17. Filippova G.G. *Psikhologiya materinstva [Psychology of motherhood]*. 2nd ed. Moscow, Yurait Publ., 2019. 212 p.
18. Dremina T.F. *Psikhologicheskaya adaptatsiya k beremennosti u zhenshchin s raznym opytom materinstva*. Dis. kand. psikhol. nauk [Psychological adaptation to pregnancy in a woman with different experiences of motherhood. Cand. psychol. sci. diss.]. Kursk, 2021. 342 p.
19. Ledentsova S.L., Mirzoeva T. The anxiety level of pregnant women hospitalized with a threatened miscarriage. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya – Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*, 2019, vol. 8, no. 4A, pp. 47–55. (In Russ.). doi: 10.34670/AR.2019.44.4.034
20. Ul'yanich A.L., Bokhan T.G., Leshchinskaya S.B., Agarkova L.A., Kutsenko I.G., Mikheenko G.A. Features of the intrauterine picture of pregnancy in a woman with somatic complications with the threat of termination of pregnancy. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Kemerovo State University*, 2019, vol. 21, no. 2, pp. 435–450. (In Russ.). doi: 10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450
21. Bornstein E., Eliner Y., Gulersen M., Grunebaum A., Lenchner E., Bar-El L., et al. Gonorrhea infection during pregnancy is associated with adverse pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2021, vol. 224, no. 2, suppl., pp. S389–S390. doi: 10.1016/j.ajog.2020.12.642
22. Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 220. *Obstetrics and Gynecology*, 2020, vol. 135, no. 5, pp. e193–e202. doi: 10.1097/AOG.0000000000003840
23. Tong H., Heuer A., Walker N. The impact of antibiotic treatment for syphilis, chlamydia, and gonorrhoea during pregnancy on birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 2023, vol. 13, pp. 04058. doi: 10.7189/jogh.13.04058
24. Van Gerwen O.T., Craig-Kuhn M.C., Jones A.T., Schroeder J.A., Deaver J., Buekens P., et al. Trichomoniasis and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2021, vol. 128, no. 12, pp. 1907–1915. doi: 10.1111/1471-0528.16774
25. Zhukovskaya I.G., Sandakova E.A., Semenova M.V. Evaluation of the effectiveness of preconceptive training for women with chronic inflammatory diseases of the genital organs based on an in-depth study of the health status of married couples. *Lechenie i profilaktika – Treatment and prevention*, 2017, vol. 2, no. 22, pp. 38–42. (In Russ.).
26. Dikke G.B. Tobacco smoking among women and strategies for successful smoking cessation during pregnancy. *Farmateka – Pharmateca*, 2014, no. 4, pp. 76–79. (In Russ.).
27. Sukhovskaya O.A. Tobacco smoking during pregnancy: risk assessment and its minimization. *RMZh. Meditsinskoe obozrenie – RMJ. Medical Review*, 2019, no. 2(I), pp. 30–34. (In Russ.).

28. Litvinenko V.Yu. Impact of alcohol consumption by a pregnant woman on fetal development during the prenatal period of pregnancy. Nauchnyi al'manakh – Scientific Almanac, 2021, no. 5-2, pp. 81–83. (In Russ.).
29. Yaltonskaya A.V., Yaltonskii V.M., Kolpakov Ya.V., Abrosimov I.N., Tanner V., Pervakov K., et al. Alcohol consumption during pregnancy and fetal alcohol spectrum disorders in Russia: systematic review of the literature. Narkologiya – Narcology, 2014, vol. 13, no. 6, pp. 80–90. (In Russ.).
30. Smirnova M.R., Gabchenko Yu.P. The influence of alcohol on pregnancy. Byulleten' Severnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Northern State Medical University, 2019, no. 1, pp. 161–162. (In Russ.).
31. Zolotova I.A. Otnoshenie k novorozhdennomu u zhenshchin gruppy riska. Avtoref. dis. kand. Psikhol. Nauk [Attitude to the newborn in women at risk. Cand. psychol. sci. diss.]. Kostroma, 2013.
32. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii uslug rannei pomoshchi detyam i ikh sem'yam v ramkakh formirovaniya sistemy kompleksnoi reabilitatsii i abilitatsii invalidov i detei-invalidov (utv. Mintrudom Rossii 25.12.2018) [Methodological recommendations on the organization of early care for children and their families within the framework of the formation of a system of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people and children with disabilities (approved by the Ministry of Labor of the Russian Federation on 25 December 2018)]. Available at: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/handicapped/251> (accessed 12 February 2024).
33. Ponomarenko G.N., ed. Organizatsiya predostavleniya uslug rannei pomoshchi detyam i ikh sem'yam [Organization of early care services for children and their families]. St. Petersburg, 2019. 72 p.
34. Van Gerwen O.T., Craig-Kuhn M.C., Jones A.T., Schroeder J.A., Deaver J., Buekens P., et al. Parental resilience: a neglected construct in resilience research. Clinical Psychologist, 2015, vol. 19, no. 3, pp. 111–121. doi: 10.1111/cp.12053

The internal picture of pregnancy in women with reproductive tract infections

Korgozha M.A.¹

E-mail: ma.korgozha@gpmu.org

Kachurina K.S.¹

Abramova O.A.²

1 Saint-Petersburg State Pediatric Medical University

2 Litovskaya str., Saint-Petersburg, 194100, Russia

Phone: +7 (812) 596-34-00

2 Outpatient Cancer Care Center of Saint-Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "City Polyclinic 112"

Akademika Baykova str., 25, Saint-Petersburg, 195427, Russia

Phone: +7 (812) 555-92-22

Abstract. The article presents the results of a study aimed to identify the peculiarities of the internal picture of pregnancy (IPP) of women with reproductive tract infections (RTI), whose delivery is planned in the obstetric observation. The study involved 60 first-time and second-time women in the third trimester of pregnancy who were first infected with urogenital chlamydia, urogenital trichomoniasis or genital herpes during gestation, as well as 60 conditionally healthy pregnant women. The IPP in pregnant women with RTI includes underscore estimates of pregnancy, a reduced value of the situation of childbirth and motherhood. Women in this group have an increased level of symptoms of anxiety and depression, as well as specific fears associated with the perinatal period. Pregnant women with RTI are less likely to be characterized by constructive motivation for the child born. In the ontogenesis of the motherhood of pregnant women with RTI, a tense, anxious and detached style of interaction with their mother in childhood is more often present. In the early childhood experience of these women, there are violations of the passage of the separation stage with the mother according to the type of dependence preservation. The experience of motherhood in pregnant women with RTI has a generally negative effect on the components of IPP and should be studied further. The results of the study

showed the relevance of strengthening measures to prevent the appearance and development of RTI in women during pregnancy. The necessity of organizing psychological assistance to women aimed at increasing adherence to the treatment of acute RTI and following the recommendations of the attending physician, as well as the formation of psychological readiness for the childbirth is shown.

Key words: clinical psychology, perinatal psychology, pregnancy, reproductive tract infections, obstetric probationary ward, internal picture of pregnancy

For citation

Korgozha M.A., Kachurina K.S., Abramova O.A. The internal picture of pregnancy in women with reproductive tract infections. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 2, p. 4. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.03.2023

Accepted for publication 01.03.2023 for all articles №2 (79) 2023