Статья поступила в редакцию 4.01.2024 г.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Былым Г.В., Литвинова Е.В.
Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Россия

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МОТИВАЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Цель работы – изучение особенностей репродуктивной мотивации и эмоционального состояния беременных женщин.
Материалы и методы работы. Обследованы 42 беременных женщины в возрасте от 18 до 42 лет в условиях отделения патологии беременности Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО). В исследовании использованы следующие методики: шкала терминальных ценностей Рокича; методика «Тест отношения беременных»; «Личностная шкала проявлений тревоги» (Дж. Тейлор); опросник «Актуальное состояние», методика И.В. Добрякова «Тест отношения беременных» для определения типа психологического компонента гестационной доминанты женщины в периоде беременности.
Результаты. Высокий уровень образования у женщин (85,7 %) из полных, традиционных семей в возрасте от 26-30 лет (91,8 %) детерминируют максимально высокую ценность рождения будущего ребенка. При анализе психоэмоционального состояния беременных впервые и находящихся в III триместре беременности выявлено, что процесс вынашивания ребенка сопровождается повышенной тревожностью, связанной с рождением будущего ребенка, и предстоящие роды с преобладанием тревожного типа гестационной доминанты выявлено у 6 обследованных (40 %), оптимальный тип у 2 (13,3 %), преобладание эйфорического типа у 4 (26,6 %) женщин, гипогестогнозический тип диагностирован у 2 (13,3 %), депрессивный фон выявлен у 1 (6,7 %).
Заключение. При анализе психоэмоционального состояния беременных выявлено, что процесс вынашивания ребенка сопровождается повышенной тревожностью за будущего ребенка и предстоящие роды с преобладанием тревожного типа гестационной доминанты. Таким образом, психо-эмоциональное состояние первобеременных женщин требует более внимательного рассмотрения и проведения психо-коррекционных мероприятий.

Ключевые слова: репродуктивная мотивация; ценностные ориентации; беременность; тип гестационной доминанты; эмоциональное состояние; тревожность

Noskova O.V., Churilov A.V., Bylym G.V., Litvinova E.V.
M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, Russia

FEATURES OF REPRODUCTIVE MOTIVATION AND EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN

The purpose of the work – studying the characteristics of reproductive motivation and emotional state of pregnant women.
Materials and methods. 42 pregnant women aged 18 to 42 years were examined in the pregnancy pathology department of the Donetsk Clinical Territorial Medical Association. The following methods were used in the study: the Rokeach Terminal Values Scale, the "Attitude Test of Pregnant Women" technique; "Personal Anxiety Scale" (J. Taylor); questionnaire "Current state", method by I.V."Dobryakova "Attitude Test of Pregnant Women" to determine the type of psychological component of a woman's gestational dominance during pregnancy.
Results. The highest value of the unborn child was recorded among women 26-30 years old (91.8 %) with a high level of education (85.7 %) from two-parent families. When analyzing the psycho-emotional state of pregnant women for the first time and those in the third trimester of pregnancy, it was revealed that the process of bearing a child is accompanied by increased anxiety for the unborn child and the upcoming birth with a predominance of the anxious type of gestational dominant was identified in 6 respondents (40 %), the optimal type in 2 (13,3 %), the predominance of the euphoric type in 4 (26.6 %) women, the hypogestognosic type was diagnosed in 2 (13.3 %) women. The severity of the depressive type was identified in 1 (6.7 %).
Conclusion. When analyzing the psycho-emotional state of pregnant women for the first time and those in the third trimester of pregnancy, it was revealed that the process of bearing a child is accompanied by increased anxiety for the unborn child and the upcoming birth with a predominance of the anxious type of gestational dominant. The data obtained indicate that the psycho-emotional state of pregnant women who have not previously given birth requires more careful consideration and psycho-corrective measures.

Key words: reproductive motivation; value orientations; pregnancy; type of gestational dominant; emotional state; anxiety

Информация для цитирования: doi 10.24412/2686-7338-2024-1-40-44 EDN DLKHMR

Носкова О.В., Чурилов А.В., Былым Г.В., Литвинова Е.В. ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МОТИВАЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН //Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №1(96). С. 40-44.

Традиционные представления женщины о роли матери и изменение репродуктивного поведения на сегодняшний день происходят благодаря урбанизации. В современном мире существует очень много исследований относительно ситуаций, в условиях которых принимается решение о рождении ребенка, а смысловая наполненность этого аспекта не имеет достаточного отражения. По словам Р. Инглхарт, для современного мира характерны изменения в представлениях поколений в виде доминирующего превалирования при выборе ценностей в пользу выбора качества жизни, свободы выбора жизненных стилей, самовыражения [1]. Стремление каждой женщины реализовать заложенный в ней природой потенциал приводит к откладыванию реализации репродуктивных задач на более поздний возраст, что детерминирует рождение первого ребенка в более позднем возрасте, а именно старше 30 лет. Изменение традиционных представлений, касающихся института семьи, приводит к тому, что родители начинают ошибочно полагать, что у них есть неограниченное временными промежутками право на жизнь, в так называемое, «свое удовольствие», и рождение ребенка может подождать и не входит в перечень первостепенных задач [2].

Таким образом, желание «жизни для себя» становится доминирующим и открывает не изведанные до этого жизненные перспективы в виде возможности интересного общения, новых путешествий, познания мира, встреч с интересными людьми, свободе выбора, что в сравнении с возможностью появления детей ассоциируется с появлением большого количества проблем, новых скучных обязанностей, утраты прежней свободы. Родители перестают жить «для себя», что и объясняет непривлекательность этого выбора. Все это приводит к тому, что будущие родители ассоциируют появление наследника не с радостью своего продолжения из поколения в поколение и рождения новой жизни, а в первую очередь с появлением проблем и обязанностей, что меняет в корне эмоциональную окрашенность, так привычно ранее воспринимаемую как ощущение счастья.

Кроме того, многие родители считают, что появление детей возможно только при условии наличия возможности дать будущему ребенку достойное образование, хорошую и достойную материальную базу, что приводит к откладыванию срока рождения первенца на неопределенный срок. Ничтожно малая часть родителей может рассматривать возможность появления ребенка с возможностью продолжения личностного роста. Мотивационная сфера будущей матери — это важное звено в психологической сфере личности, в ней отражается вся сложность и неоднозначность современной социальной ситуации. Желание иметь ребенка и реализовать свое природное предназначение матери сегодня у многих женщин подменяется привлекательной возможностью воспользоваться в будущем материнским капиталом, то есть рождение ребенка становится предметом наживы и приобретения, решением материальных проблем.

Таким образом, каждый родившийся ребенок, появляется как бы в долг последующему. Одновременно длительный перерыв, связанный с беременностью, остановка в профессиональном росте, карьере, постоянное сравнивание с успешными сверстниками, однообразие, ограниченность и монотонность жизни во время беременности, родов и всем временем по уходу за ребенком, приводит к снижению самооценки, страху перед возможностью потерять ранее интересную, важную и выгодную работу, ставит женщин перед выбором необходимости реализации репродуктивных задач. Другими словами, женщины думают о появлении ребенка как о возможности безвозвратной потери времени [3].

При выборе в пользу свободы и материального благополучия у женщин возникает чувство временной самодостаточности и свободы, формируется подмена понятий и временных промежутков, возникает ощущение, что времени еще очень много, что в еще большей степени отодвигает выполнение репродуктивных задач на неопределенное время. Постоянное напряжение, связанное с гормональной перестройкой во всем организме во время беременности, приводит к срыву адаптационно-компенсаторных возможностей, что в еще большей степени актуализирует личностный и социальный диссонанс, осложняя весь изначально физиологический процесс течения беременности. Невозможность гармоничного восприятия беременности осложняет течение беременности и негативно влияет на психическое и соматическое здоровье будущей матери.

Таким образом, теряется ощущение радостного ожидания, связанного с появлением ребенка в семье. Кризис идентичности в это время детерминирован конфликтом актуальных потребностей, фундамент которых строится из совокупности социальных и психологических противоречий. Переизбыток внутриличностных конфликтов во время беременности объясняется пересмотром всех жизненных перспектив, маркером этих изменений является репродуктивная мотивация женщины [4]. Совокупность внешних и внутренних движущих сил, которые побуждают индивида к достижению разного рода смыслов и целей, обусловленных рождением ребенка, составляют репродуктивные мотивации [5, 6]. Ядро личности беременной женщины детерминировано системой ценностных ориентаций, которые определяются взаимозависимыми целями и мотивами [7]. Таким образом, становится понятным, что репродуктивные мотивации могут носить двоякий характер, как конструктивный, так и деструктивный [8, 9].

Созидающий характер предполагает переживание беременности как вариант идентичности и сопричастности к семейной системе; стремление дать жизнь другому человеку с учетом его уникальности; одновременным, совместным желании супругов иметь ребенка; стремление быть матерью при условии психофизиологической готовности женщины к материнству; ощущение радости материнства при наличии постоянной потребности в заботе о ребенке.

При разрушительном варианте беременность рассматривается как способ ухода от одиночества, большого количества проблем и неудач, желание иметь ребенка, который может реализовать все мечты и фантазии, которые не удалось реализовать матери, способ манипуляции для удержания партнера в браке и стабилизации сложных, конфликтных отношений в семье [9].

Цель исследования — изучение особенностей репродуктивной мотивации и эмоционального состояния беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проходило в отделении патологии беременности Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО). В исследовании применялись следующие методики: шкала терминальных ценностей Рокича, методика «Тест отношения беременных», «Личностная шкала проявлений тревоги» (Дж. Тейлор), опросник «Актуальное состояние», методика И.В. Добрякова «Тест отношения беременных» для определения типа психологического компонента гестационной доминанты женщины во время беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ценностные ориентации исследованы в результате анкетирования 42 женщин в возрасте от 18 до 43 лет. Для проведения этого исследования использовалась шкала терминальных ценностей Рокича. В процессе анкетирования проанализированы 20 ценностей, оцененные по четырёхбалльной шкале: 4 — очень важно, 3 — важно, 2 — не очень важно, 1 — затрудняюсь ответить.

Для большей части беременных была характерна доминирующая направленность на материнство, которая проявлялась в заботе о ценности здоровья будущего ребенка у 92,3 % опрошенных, эмоциональная составляющая заняла второе место у опрошенных и проявлялась в ориентации на любимого человека у 74,7 % и любви как доминирующей ценности у 60,8 %. Ориентация на собственное здоровье отмечено у 47,1 %, а на здоровье близких — у 66 %, стремление к материальному благополучию составила обнаружено у 40,2 % в виде материальной обеспеченности и у 40,1 % в виде выбора комфорта и уюта.

Различие возрастных групп, разнообразие в социальном статусе, уровне образования детерминировали неоднозначную ориентацию на ребенка. Наиболее высокая ценность будущего ребенка зафиксирована у женщин в возрасте 26-30 лет (91,8 %) с высоким уровнем образования (85,7 %) из полных семей, где семья представлена сменой нескольких поколений (100 %). Второе место пришлось на эмоциональные ценности, наиболее высоко данную группу ценностей оценили: замужние женщины (82,7 %), состоящие в гражданском браке (72,2 %) по сравнению с незамужними (30,3 %); женщины с высоким уровнем образования (79,7 %) по сравнению со средним (65,7 %) и низким (60 %); более молодые женщины до 20 лет (76,1 %) и 21-25 лет (79,7 %) по сравнению с женщинами более зрелого возраста 31-35 лет (68 %) и 36-42 лет (44,4 %); более молодые женщины до 20 лет (76,1 %) и 21-25 лет (79,7 %) по сравнению с женщинами более зрелого возраста 31-35 лет (68 %) и 36-42 лет (44,4 %). Третье место составили ценности собственного здоровья, здоровья близких людей и будущего ребенка. Неоднозначные показатели ценности здоровья были получены у женщин с разным уровнем образования. Женщины с высоким (76,1 %) и средним (62,1 %) уровнем образования по сравнению с менее образованными (34,7 %); женщины руководящих должностей (100 %) по сравнению со студентками (42 %) и рабочими (60 %) наиболее высоко оценили значимость ценности здоровья.

На втором этапе обследования из общей группы женщин были отобраны 15 женщин, которые обследовались в третьем триместре, как наиболее тревожном в плане переживаний для женщин этапе, в связи с максимальной близостью к процессу родов. Все обследованные были первородящими, средний возраст опрошенных во втором этапе исследования составил 28 лет. По уровню образования из всех обследованных с: высшим образованием — 46,7 %; средне-специальным образованием — 20 %; средним образованием — 33,3 %. Определение типа психологического компонента гестационной доминанты женщины в периоде беременности происходило с помощью методики И.В. Добрякова «Тест отношения беременных». Преобладание тревожного типа (ТПКГД) выявлено у 40 % респонденток (6 чел.). Оптимальный тип (ОПКГД) был выявлен у 13,3 % респонденток (2 чел.). Преобладание эйфорического типа (ЭПКГД) свойственно 26,6 % женщин (4 чел.). Гипогестогнозический тип (ГПКГД) диагностирован у 13,3 % опрошенных на втором этапе исследования (2 чел.). Выраженность депрессивного типа (ДПКГД) выявлена у 6,7 % беременных (1 чел.).

Для первородящих женщин наиболее характерен тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты (40 %). Преобладание тревожного типа ПКГД оказывает большое влияние на состояние здоровья и течение беременности. Тревога детерминирована наличием острых или хронических заболеваний, дисгармоничными отношениями в семье, плохими материально-бытовыми условиями, наличием неполной семьи, отягощенным течением беременности.

В 26,6 % случаев у беременных встречается эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты. Для этой группы характерны постоянные разговоры о любви к своему ребенку, при этом все окружающие должны, с их точки зрения, разделять их взгляды; при отсутствии интереса и нежелания оказать помощь все окружающие исключаются из круга общения. Таким образом,

беременность становится средством манипуляции. Достаточно часто в этой группе обследуемых рассуждения о любви к ребенку носят вычурный и преувеличенный характер. Причины конфликтных ситуаций в такой семье связаны, как правило, с несовпадением взглядов в воспитании детей [8].

Гармоничный тип психологического компонента гестационной доминанты является наиболее оптимальным и встречается в 13,3 % случаев, что возможно только при желанной для обоих супругов беременности. Женщины с гармоничным типом гестационной доминантой отличаются достаточно высоким уровнем личной и социальной ответственности, которая проявляется в виде своевременной постановки на учет в женскую консультацию в сроке до 12 недель, ответственным отношением к своей беременности, выполнением всех рекомендаций лечащих врачей без излишней суеты, тревожности и нервозности [8, 10].

Для тех групп обследуемых, которые не планируют свою беременность, а именно студентов и женщин, занятых карьерным ростом, более характерен гипогнозический тип ПКДГ. Все эти женщины, как правило безответственно относятся к своей беременности, поздно встают на учет, игнорируют рекомендации врачей, не считают необходимым бросить свои вредные привычки во время беременности в виде табакокурения, употребления спиртных напитков, не уделяют должного внимания психопрофилактическим мероприятиям [8].

У 6,7 % женщин отмечен депрессивный тип психологического компонента гестационной доминанты. Этих женщин отмечает постоянно плохой, сниженный фон настроения, вечное недовольство при отсутствии соответствующих причин, доминирует страх перед беременностью, отсутствие уверенности в возможности родить здорового ребенка, страх перед предстоящими родами.

Изучение личностной тревожности проводилось с помощью опросника «Личностная шкала проявлений тревоги» (Дж. Тейлор). Высокий уровень тревожности встречается у 40 % первородящих женщин выборки и осложняет течение беременности. Отсутствие готовности к изменениям, происходящим с женщинами во время беременности, нежелание менять привычный образ жизни, страх перед родами детерминируют высокий уровень тревожности [11]. Средний уровень тревожности с тенденцией к высокому выявлен у 20 % женщин и 20 % показали средний уровень тревожности с тенденцией к низкому. Очень высокий уровень тревожности выявлен у 13,3 % женщин. Лишь у одной женщины (6,7 %) обнаружен очень низкий уровень тревожности. При оценке результатов, полученных с помощью опросника «Актуальное состояние», выявлены следующие результаты: один (6,7 %) человек по шкале «Активация-Деактивация» имеет высокие оценки (60 и выше) и один человек (6,7 %) имеет низкие оценки (40 и ниже). Остальные 13 опрошенных (86,6 %) по этой шкале набрали средние баллы. Для высоких оценок по этой методике характерны стремление действовать, желание преодолеть трудности и изменить ситуацию в желаемую для себя сторону, низкие баллы по шкале «Активация-Деактивация» выражаются в отсутствии инициативности при решении сложных конфликтных ситуаций.

Высокие оценки по шкале «Эмоциональное возбуждение» обнаружены в 53,3 % (8 человек), у этих женщин преобладает эмоциональное возбуждение, напряжение при реагировании на изменение жизненных ситуаций, чаще всего в виде неадекватного реагирования на них. Средние оценки обнаружены у 7 испытуемых (46,7 %), низкие оценки отсутствуют.

Оценки по шкале «Самочувствие физическое» говорят о комфортном физическом самочувствии при высоких оценках, либо дискомфортном, плохом физическом самочувствии с наличием жалоб при низких оценках. Высоких оценок по данной шкале выявлено не было, низкие оценки продемонстрировали 46,7 % (7 человек), у остальных обследованных диагностированы средние значения.

Шкала «Тонус» отвечает за ощущение физического тонуса. Высокие оценки в виде ощущения бодрости, повышенной работоспособности, прилива энергии, выявлены лишь у 1 человека (6,7 %). Низкие оценки в виде вялости, инертности, утомления, заторможенности, отсутствия аппетита, негативного фона настроения, снижения работоспособности обнаружены у 60 %, лишь у 6 обследованных тонус был отмечен в пределах нормы.

По шкале «Спокойствие-Тревога» низкие оценки в виде тревоги, неблагоприятных предчувствий, переживанием беспокойства, страхом, ощущениями возможной угрозы отмечены у 60 %. Высокие оценки в виде уверенности в благоприятном исходе беременности выявлены не были. Средние баллы опрошенных по шкале «Спокойствие-Тревога» выявлены у 40 %.

ВЫВОДЫ

Психоэмоциональное состояние первобеременных и женщин, находящихся в III триместре беременности, характеризуется повышенной тревожностью за будущего ребенка и предстоящие роды с преобладанием тревожного типа гестационной доминанты, что детерминирует необходимость более тщательного и внимательного наблюдения со стороны медицинского персонала женских консультаций, семьи, с проведением психо-коррекционных мероприятий на всех этапах сопровождения беременности, особенно в третьем триместре, перед приближением к родам.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Inglehart R. The Silent Revolution in Europe: Intergenerational Change in Post-Industrial Societies. ***American Political Science Review.*** 1971; 65(4): 991-1017. DOI: 10.2307/1953494
2. Davydova MA. Youth's commitment to the values of individualism: characteristics of terminal and instrumental values. ***The Bulletin of the Adyghe State University: the series "Region Studies: Philosophy, History, Sociology, Jurisprudence, Political Sciences and Culturology"***. 2012; (4): 125-131. Russian (Давыдова М.А. Приверженность молодежи ценностям индивидуализма: характеристики терминальных и инструментальных ценностей //Вестник Адыгейского государственного университета: Серия «Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология». 2012. № 4. С. 125-131.)
3. Rodshtein MN, Rulina TK. Gender constructionism in a crisis society: transformation of social roles. ***Grani poznaniya: elektronnyy zhurnal VGPU.*** 2010; 2(7). Russian (Родштейн М.Н., Рулина Т.К. Гендерный конструкционизм в кризисном обществе: трансформация социальных ролей //Грани познания: электронный журнал ВГПУ 2010. № 2(7).) URL: www.grani.vspu.ru
4. Petrov VS, Avakyan MM. The concept of perinatal education for citizens of the Russian Federation. ***Perinatal psychology and medicine: collection of conference materials.*** St. Petersburg, 2001. P. 17-22. Russian (Петров В.С., Авакян М.М. Концепция перинатального образования граждан РФ //Перинатальная психология и медицина: сб. матер. конф. СПб., 2001. С. 17-22).
5. Stoyanova IYa, Magdenko OV. Motivations for childbearing among pregnant women from the perspective of the formation of maternal identity. ***Medical psychology in Russia: electronic scientific magazine.*** 2012; 14(3). Russian (Стоянова И.Я., Магденко О.В. Мотивации деторождения беременных женщин в ракурсе становления материнской идентичности //Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 3(14). URL: http://medpsy.ru
6. Filippova GG. Psychology of motherhood. M.: Yurayt Publishing House, 2020. 212 p. Russian (Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Изд-во Юрайт, 2020. 212 с.)
7. Kovalenko-Majuga NP. Perinatal psychology: medical and social problems. Psychoprophylaxis and psychocorrection of women during pregnancy. SPb.: Petropolis, 2010. 316 p. Russian (Коваленко-Маджуга Н.П. Перинатальная психология: медико-социальные проблемы. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности. СПб.: Петрополис, 2010. 316 с.)
8. Dobryakov IV. Perinatal psychology. St. Petersburg: Peter, 2010. 272 p. Russian (Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.)
9. Olifirovich NI, Zinkevich-Kuzemkina TA, Velenta TF. Psychology of family crises. SPb.: Speech, 2006. 360 p. Russian (Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2006. 360 с.)
10. Biosocial nature of motherhood and early childhood /AS Batuev, ON Bezrukova, AG Koshchavtsev et al.; ed. Batuev AS. SPb., 2007. 347 p. Russian (Биосоциальная природа материнства и раннего детства /А.С. Батуев, О.Н. Безрукова, А.Г. Кощавцев и др.; под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. 347 с.)
11. Kotlyarova MN. Studying the influence of social relations of pregnant women on the nature of pregnancy. ***Personality in a changing world: health, adaptation, development.*** 2014; 6(3): 36-58. Russian (Котлярова М.Н. Изучение влияния социальных отношений беременных женщин на характер протекания беременности //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. № 3(6). С. 36-58.)

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

НОСКОВА Оксана Владимировна

283001, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России

E-mail: oksana_noskova_73@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ	INFORMATION ABOUT AUTHORS
НОСКОВА Оксана Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия. E-mail: oksana_noskova_73@mail.ru	NOSKOVA Oksana Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology, M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russia. E-mail: oksana_noskova_73@mail.ru
ЧУРИЛОВ Андрей Викторович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия. E-mail: kafedra.gyn@yandex.ru	CHURILOV Andrey Viktorovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology, M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russia. E-mail: kafedra.gyn@yandex.ru
БЫЛЫМ Галина Васильевна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия. E-mail: galina-bilim@yandex.ru	BYLYM Galina Vasilievna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology, M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russia. E-mail: galina-bilim@yandex.ru
ЛИТВИНОВА Елена Валерьевна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия. E-mail: elena.v.litvinova@inbox.ru	LITVINOVA Elena Valerievna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology, M. Gorky Donetsk State Medical University, Donetsk, Russia. E-mail: elena.v.litvinova@inbox.ru