### Ласая Е.В.

# Невротические и соматоформные расстройства у беременных

### Белорусская медицинская академия последипломного образования

Период беременности и послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических нарушений. Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [24, 33]. Однако есть точка зрения, что нормально протекающая беременность и роды могут оказывать положительное влияние и даже купировать некоторые проявления преморбидно существующих симптомов [4].

В последние годы возрастает интерес к проблеме психических расстройств, возникающих во время беременности [3]. По мнению ряда авторов, различные психические нарушения встречаются в 29—80% [15, 20, 25, 33] общего количества родов. До 40% женщин во время беременности принимают психотропные препараты [21]. У психически больных женщин осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем в общей популяции [30]. Современная психология, изучающая поведение плода и развитие новорожденного, придает большое значение особенностям эмоционального взаимодействия будущей матери с плодом в плане ее готовности к материнству, адекватности психологических установок и реакций [26, 33]. Поэтому важен вопрос о взаимосвязи психических нарушений и специфической патологии беременности, о влиянии пограничной патологии на течение беременности, развитие плода, послеродовое состояние матери и ребенка.

Актуальность проблемы для Беларуси определяется сложной демографической ситуацией, а также ростом осложнений беременности и родов. Рождаемость остается на низком уровне (9,3 на 1000 чел.), и только 1/3 родов протекает нормально.

Этапы рассмотрения проблемы невротических расстройств у беременных можно условно назвать «от здоровья к болезни»: исследования посвящены психологическим особенностям беременных женщин в норме и при акушерской патологии, изучению доклинического уровня нарушений и собственно психической патологии. Мы остановимся на проблеме соматоформных расстройств у беременных. Ранее соматоформные нарушения описывались при различных формах психопатологии из-за отсутствия соответствующих дефиниций в МКБ-9. Важной задачей нам представляется также изучение влияния психической патологии на течение и исход беременности.

**Психологические особенности беременных и нарушения доклинического уровня**

Исследование психологических особенностей беременных свидетельствует о наличии компенсированного психовегетативного расстройства при физиологической беременности, проявляющегося снижением настроения, затрудненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью [9, 15, 19]. Таким образом, сам факт возникновения беременности создает определенные психологические проблемы [9]. При изучении эмоционального реагирования женщин в динамике физиологической беременности был обнаружен возрастающий по мере роста срока беременности уровень личностной тревожности. А.Е. Волков, основываясь на представлении о физиологических рамках, границы которых определены «гомеостатической целесообразностью» (по П.К. Анохину,1980), а именно рождением здорового потомства, рассматривает тревогу при беременности как процесс адаптивный, т.е. физиологически необходимый [9].

Существует мнение, что состояние беременности находится на границе нормы и психической патологии [31]. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения в самочувствии, которые соответствуют клиническому проявлению астенического симптомокомплекса. R. Кumar назвал эти расстройства «психосоматической реакцией на беременность» [30]. Частота их колеблется от 13,7 до 33,3% [18, 24, 25, 30].

М.А. Кочнева, исследуя донозологические психические нарушения у беременных, отмечает, что беседы с женщинами выявили наличие у них эмоционального или физиологического дискомфорта [4, 14]. Положительный ответ на вопрос о необходимости создания для беременных женщин специализированной психологической службы дали 89% обследуемых. Анализ тестирования показал, что у здоровых беременных в 73% случаев выявляются донозологические психические изменения [14]. К донозологическим психическим изменениям были отнесены субкомпенсированный и декомпенсированный типы реагирования женщин на беременность. Субкомпенсированный тип отражал сниженный фон настроения, общее плохое самочувствие, обилие разнообразных жалоб, концентрацию внимания на своем соматическом состоянии, эмоциональную неустойчивость, стремление найти сочувствие окружающих.Декомпенсированный тип отражал черты характера, ранее женщине не свойственные или протекавшие латентно, такие как ипохондрическая фиксированность, повышенный уровень тревожности, нарушение межличностных отношений, склонность к аффективным вспышкам, социально-психологические трудности в адаптации [14].

Выявлено и доказано влияние фактора донозологических психических изменений у беременных женщин на развитие осложнений гестационного процесса [22]. Осложненное течение беременности и родов у таких женщин наблюдается в 2 раза чаще, чем у женщин без нарушений, а патологические состояния плода и новорожденного встречаются в 3 раза чаще [14].

**Психические расстройства без акушерской патологии**

Ряд авторов рассматривает невротические расстройства в рамках неосложненной беременности [3, 14, 15, 20]. По данным Е.А. Сахарова, у 26,2% беременных женщин выявлено состояние психоэмоционального напряжения доклинического уровня [16, 20]. Пограничные психические расстройства отмечались у 29% обследованных [20]. К группе лиц с состоянием пролонгированного эмоционального напряжениябыли отнесены беременные с наличием психических изменений, уровень которых не достигал общепринятых диагностических критериев и которые расцениваются как проявление адаптации организма [1]. Женщины жаловались на эмоциональную лабильность, гиперестезию, тревожность, повышенную раздражительность, плаксивость, утомляемость. Указанные донозологические проявления авторы относят к астеническому варианту психодезадаптивных состояний [18, 20].

Клиническое изучение пограничных психических расстройств показало, что наиболее распространенным вариантом является невротическая реакция (63%) [20]. Выделяют собственно гестационные психические нарушения, имеющие в основе своего развития беременность, выступающую в качестве психогении, и невротические реакции, при которых беременность не являлась основным этиологическим фактором, а лишь способствовала развитию заболевания. Главной причиной развития невротической патологии в этих случаях были нарушения семейных взаимоотношений. Пациентки с неврозами составили 16,4%. Среди больных с неврозами 66,7% страдали невротической депрессией с выраженным тревожным компонентом, остальные 33,3% — неврастенией. Неврозоподобные расстройства непроцессуального характера, возникшие и обострившиеся в связи с беременностью, отмечены в 23,5% случаев, лица с декомпенсированными на фоне беременности психопатиями составили 2,8% [20].

Учитывая высокую частоту донозологических нарушений и невротических расстройств, исследователи делают вывод, что 86% беременных нуждаются в эпизодической или постоянной помощи психиатров и психотерапевтов [15, 20].

При синдромологическом анализе, как правило, выделяют два варианта вышеуказанной патологии — астено-депрессивный и тревожно-депрессивный. Исследование структуры и степени выраженности астенических синдромов у беременных женщин проводилось В.Д. Рыжковым. Астеническое состояние выявлено у 10,5% обследуемых. Описаны следующие формы астении: астено-ипохондрическая (55,2%), астено-тревожная (24%), астено-вегетативная (20%) [18]. Вегетативная неустойчивость в виде гипо- и гипертонии, вегетативных кризов отмечалась и при первых двух формах. Среди причин, провоцирующих астению, ведущая роль принадлежала психогенным факторам с психологическим конфликтом в их основе, который зависел от значимости беременности в жизни женщины [18].

Следующий, наиболее часто встречающийся (наравне с астеническим симптомокомплексом) синдром при беременности — тревожный. Тревога — обычное эмоциональное состояние человека в ситуации неопределенности и ожидания, субъективно характеризующееся ощущением внутреннего напряжения с активацией вегетативных реакций. Определенный уровень тревоги выполняет мобилизующую функцию. Как отмечено выше, тревогу при беременности нередко рассматривают как процесс адаптивный, т.е. физиологически необходимый [9].

В последние годы выполнен ряд работ по изучению уровня тревоги у беременных. Наиболее высокий ее уровень регистрируется в 1 и 3 триместрах беременности и послеродовом периоде. Возрастание уровня тревоги в 1 триместре коррелирует с изменениями самочувствия в рамках астенического состояния (тошнота, рвота, нарушение сна, аппетита), совпадающего по времени с наступлением беременности. К факторам, влияющим на повышение тревоги в 3 триместре, относят эмоционально негативные переживания будущих матерей в связи с субъективным ощущением потери своей женской привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасением за исход беременности. Показано, что, независимо от срока беременности, максимальное стрессовое воздействие оказывают тревожные опасения за здоровье ребенка, исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, а также семейные конфликты и материально-бытовое неблагополучие [18, 24, 33].

Несмотря на общее мнение о наличии тревоги разной степени выраженности в период беременности, принадлежность ее тому или иному патологическому состоянию изучена недостаточно. L. Cohen исследовал тревогу в рамках панического расстройства [26]. По его данным, в случае тяжелого течения панического расстройства до беременности (атаки возникают более 6—7 раз в неделю) беременность не оказывает существенного влияния на его проявления. В то же время при незначительной выраженности панического расстройства до беременности гестационный процесс выступает в качестве оздоравливающего фактора [26].

И.Ю. Щеглова с соавт. исследовали тревожные нарушения у беременных без осложнений и у беременных с угрозой самопроизвольного аборта [24, 25]. У беременных с угрозой самопроизвольного аборта были диагностированы тревожные нарушения (61,1%) в рамках невротических реакций и неврозов [25]. Это достоверно больше, чем в группе женщин с неосложненной беременностью (9,0%) и в общей популяции (около 30% пациентов общесоматических учреждений) [1].

Депрессивные состояния при беременности рассматриваются в виде психопатологических синдромов — астено-депрессивного, тревожно-депрессивного в структуре нозологических форм [4, 21]. Выделяют депрессию невротического уровня, включающую депрессивные реакции и неврозы, а также эндогенную психотическую депрессию.

Отмечено, что глубокие эндогенные депрессии чаще развиваются в поздние сроки беременности и в послеродовом периоде [4, 18, 24]. Невротическая депрессия наблюдается и в ранние сроки. По данным R. Кumar, в первом триместре беременности частота депрессивного невроза составляет 10% [30]. К достоверно чаще встречающимся на ранних сроках беременности причинам невротических депрессий относятся супружеские и внутриличностные конфликты, связанные с сомнениями относительно целесообразности сохранения беременности. Тяжелые утраты, выкидыши также являются психогенными факторами, приводящими к невротическому депрессивному состоянию. На более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают преждевременные роды и внутриутробная гибель плода [12].

В генезе непсихотических нарушений ведущее место занимают личностные особенности женщины в сочетании с мотивацией деторождения, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом. Отсутствие гармоничных отношений в семье, когда деторождение призвано исправить нарушение этих отношений, приводит к снижению уровня принятия будущего ребенка и косвенно — к развитию невротических расстройств. Преморбидные личностные особенности у беременных с пограничными психическими расстройствами распределяются следующим образом. У 21 —28% беременных определяли гармоничный склад личности. Акцентуация характера выявлена у 64 —71,2% женщин: психастенический тип — у 47,9%, эпилептоидный — у 12,3%, шизоидный — у 6,8%, возбудимый — у 4,1%. В контрольных группах (здоровые беременные) акцентуация установлена у 20 —25,8% женщин. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте акцентуаций среди беременных, страдающих пограничными психическими расстройствами [12]. У большинства женщин, больных неврозами, прослеживалось влияние соматического неблагополучия. Важными симптомами были анемии, токсикоз первой половины беременности и угроза ее прерывания. Беременность как основная причина развития пограничного психического расстройства отмечается у 8 —11% женщин [12].

**Психические расстройства и акушерская патология**

Среди многочисленных осложнений беременности поздний гестоз (ПГБ) и угрожающие преждевременные роды (УПР) занимают особое место и являются причиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности [7]. Выдвинут ряд гипотез, объясняющих психофизиологический механизм развития ПГБ и УПР [9, 19]. За основу принято положение о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов гомеокинеза, развивающемся в результате влияния различных, в том числе психогенных, стрессовых факторов [7, 17]. Одним из последствий воздействия стрессорных факторов является активация симпатико-адреналовой системы и связанная с этим гиперпродукция катехоламинов, приводящая к повышению тонуса сосудов, изменению их проницаемости, повышению артериального давления, усилению маточных сокращений, появлению болевых ощущений, т.е. к развитию клиники ПГБ и УПР [7]. Изменение функциональной активности вегетативной нервной системы и дисбаланс нейрогуморального звена гомеокинеза, характерные для ПГБ и УПР, приводят к нарушению целостности «барьера психической адаптации» [19], развитию гипоксии мозга [7], нарушению функции лимбико-ретикулярного комплекса, непосредственно участвующего в регуляции эмоциональных и вегетативных функций [8]. К проявлениям этих нарушений относится изменение адаптированного психического реагирования [19].

Изучено состояние психического статуса женщин при нормальном течении беременности и при ее осложнении ПГБ и УПР. При физиологической беременности профиль личности укладывался в границы условной нормы. Для беременных с ПГБ характерны выраженная трудность личностного контакта, чрезмерная озабоченность собственным здоровьем с одновременным нежеланием лечиться в стационаре, некритичность оценки реального соматического состояния, упрямство. Женщинам с ПГБ свойствен аутично-ригидный модус реагирования [19].

У женщин с УПР происходит соматизация тревоги, осуществляемая через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений, связанных с тревогой. Тревожные опасения за свое здоровье сочетаются с неприятными соматическими ощущениями, приводя к формированию фиксированных страхов. Отмечается готовность женщин к длительной терапии (за счет контроля гетероагрессивных тенденций), относительная легкость терапевтического контакта по сравнению с беременными с ПГБ. Выявленный тревожно-фобический профиль личности при УПР характерен для патологии гипоталамической области [19].

И.Ю. Щеглова исследовала особенности психического состояния беременных при угрожающем самопроизвольном аборте [25]. Психические расстройства невротического уровня были диагностированы в 83,3% случаев. Сделан следующий вывод: психическое состояние женщин с угрозой самопроизвольного аборта характеризуется наличием пограничных психических расстройств, которые предваряют появление угрозы выкидыша или развиваются непосредственно после ее возникновения и имеют преимущественно психогенное происхождение. Психогенные нарушения во время беременности способствуют возникновению угрозы выкидыша наряду с соматическими и акушерско-гинекологическими факторами риска. По структуре психические нарушения представлены невротическими реакциями, основными формами неврозов и неврозоподобными расстройствами, обусловленными органическим поражением головного мозга и беременностью. В генезе психогенных нарушений основная роль принадлежит взаимодействию личностных особенностей женщин с психотравмирующими факторами, связанными с течением беременности и предыдущим опытом невынашивания. К факторам риска развития психических нарушений авторы относят деструктивные мотивации деторождения: одиночество, последний шанс материнства, самоутверждение [25].

При изучении беременности, осложненной гестозом, отмечалось достоверное повышение в 1—2 триместрах уровня тревожности и невротизма в сравнении с физиологически протекающей беременностью [9]. Автор считает, что в комплексе клинических проявлений гестоза первичными были психофизиологические изменения. Кроме того, чем раньше появлялись психофизиологические «знаки» (тревожность, невротизм, интроверсия), тем раньше развивалась клиника гестоза. Таким образом, личностные особенности женщин во втором триместре физиологически протекающей беременности могут служить психологическими предикторами поздних гестозов. Обнаружено, что в 76% случаев течения беременности, осложненной гестозом и сопровождающейся изменением эмоционального реагирования, происходят изменения в гемодинамике матки: уменьшается ударный приток крови к матке, увеличивается время максимального притока, затрудняется венозный отток [9,19]. Степень выраженности этих изменений пропорциональна уровню эмоциональной напряженности и уровню тревоги, что позволяет говорить о непосредственном влиянии психоэмоционального дисбаланса на плод.

**Соматоформная вегетативная дисфункция**

До введения критериев МКБ-10 вегетативные расстройства рассматривались либо как отдельное заболевание — вегето-сосудистая (или нейроциркуляторная) дистония (ВСД, НЦД), либо в рамках синдромов при различных формах психопатологии. При психиатрической оценке вегетосоматические нарушения в современной литературе описываются как наиболее частая «маска» психической патологии, которая представлена преимущественно стертыми атипичными аффективными симптомокомплексами, чаще депрессивного круга, реже — маниакального, а также синдромами невротического типа и личностными нарушениями [11, 21, 23].

В акушерстве проблема НЦД продолжает сохранять свою актуальность, так как это патологическое состояние вызывает серьезные осложнения беременности, родов, послеродового периода, приводит к увеличению перинатальной смертности и отрицательно влияет на дальнейшее психическое развитие ребенка [5]. В последние 5 лет частота случаев НЦД у беременных увеличилась более чем в 3 раза и составила 19,8% заболеваний внутренних органов [13].

Ряд авторов указывает на наличие связи между вегетативными расстройствами, эмоциональным состоянием и осложнениями беременности [30 — 32]. Н.А. Аликулова подчеркивает, что синдром вегетативной дистонии (СВД) включает как вегетативные, так и эмоциональные расстройства [2]. На основании полученных данных сделан следующий вывод: синдром вегетативной дистонии — облигатное проявление беременности. СВД имеется у 92% обследованных ив основе его лежит психовегетативный синдром, обусловленный высокой тревожностью в психоэмоциональной сфере и исходной нейроэндокринной перестройкой организма[2]. СВД при беременности отражает напряжение адаптационных механизмов организма женщины. Однако в некоторых случаях вегетативные нарушения носят дезадаптивный характер. Автор считает, что в генезе СВД у беременных ведущую роль играет дисфункция надсегментарного отдела вегетативной нервной системы, обусловленная взаимовлиянием двух факторов: 1) хроническим психоэмоциональным стрессом, вызванным адекватной тревогой за течение беременности и ее исход; 2) нейроэндокринной перестройкой организма на фоне беременности.

В своих исследованиях авторы указывают на то, что вегетативная соматоформная дисфункция имеет психосоматическую природу. Рассматривая соматоформные расстройства, необходимо учитывать проблему формирования психосоматических нарушений у беременных. С точки зрения психосоматического подхода беременность является уникальным состоянием организма, так как это период не только физиологической (гормональной) перестройки, но и психологической адаптации [27, 31]. Согласно концепции становления материнства в онтогенезе, подготовка к материнству и переживания, связанные с ней, имеют место на протяжении всей жизни женщины, начиная от взаимоотношений с ее собственной матерью [31]. Поэтому психологическая адаптация может начинаться задолго до гормональной перестройки. На наш взгляд, правомернее говорить о взаимном влиянии психики и сомы, нежели пытаться определять первичность тех или иных процессов.

Объединение регуляторных центров высшей нервной деятельности женщины и маточно-плацентарного гомеостаза в едином морфофункциональном комплексе (лимбико-ретикулярном) предполагает наличие перекрестной зависимости психического статуса беременной, регионарного маточно-плацентарного кровообращения и состояния плода [19]. Многочисленные исследования дают основания утверждать, что с изменениями психодиагностических характеристик сочетаются физиологические изменения [9, 19, 21, 25]. Нарушения центральной нейродинамики могут обусловливать резкую задержку развития плода, влиять на характер маточных сокращений, объем кровопотери в родах. Доказано воздействие психологических характеристик (тревога, страх, депрессия, отношение к беременности, семейная и социальная поддержка) на возникновение осложнений беременности и на состояние новорожденного [27—29, 32].

Таким образом, невротические расстройства при беременности — весьма распространенная патология. Интерес к психологическим аспектам беременности возрастает, о чем свидетельствуют исследования, проводимые различными специалистами: акушерами-гинекологами, психологами, психиатрами, невропатологами. Для изучения проблем беременности необходим междисциплинарный подход. Объединение усилий различных специалистов привело к возникновению целой области — перинатальной психологии и медицины.Психологические проявления во время беременности изучены достаточно, в то время как особенности течения психических расстройств требуют дальнейшего исследования. Однако уже установлено, что в клиническую картину входят психопатологические феномены, связанные с беременностью: опасения за протекание беременности и исход родов, страх за судьбу плода, переживания в связи с предыдущими неблагоприятными беременностями и родами.

В настоящее время общепринято мнение о том, что психические расстройства в период беременности пагубно влияют на ее течение и исход. В связи с этим актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств нельзя считать полностью безвредным, психотерапия может стать наиболее приемлемым вариантом лечения пограничных психических расстройств при беременности.

**Литература**

1.         Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М., 1997.

2.         Аликулова Н.А.Распространенность и клинико-физиологические особенности синдрома вегетативной дистонии при беременности: Автореф. дис. ... …канд. мед. наук. — Ташкент,1995.

3.         Анфиногенова Н.Г., Ломазова Л. П. Экстрагенитальная патология. — М., 1986.

4.         Архангельский А.Е. // Календарь психотерапевта. — 1996.— № 1.

5.         Бергман А.С. Сосудистая дистония и беременность. — Рига, 1983.

6.         Бибилейшвили З.А. Клинико-экспериментальный анализ этиологии и патогенеза позднего токсикоза беременных: Автореф. дис…. ... д-ра мед. наук. — Тбилиси, 1975.

7.         Ващилко С. Л. // Акушерство и гинекология. — 1981. — № 8. — С. 22 — 24.

8.         Вейн А. М., Соловьева А. Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. — М., 1973.

9.         Волков А.Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис. ... …канд. мед. наук. — Ростов н/Д, 1995.

10.       Гилязутдинова З.Ш. Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. — Казань, 1988.

11.       Киреева И.П. Пограничные психические расстройства при так называемой вегето-сосудистой дистонии у больных юношеского возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1989. — 21 с.

12.       Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. — СПб., 2001. — 318 с.

13.       Козинова О.В. // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4. — С.5—7.

14.       Кочнева М. А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992.

15.       Мамышева Н.Л.Непсихотические расстройства у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 1995.

16.       Менделевич Д. М., Сахаров Е. А. // Казан. мед. журнал. — 1989. — № 2.

17.       Панин Л. Е. Биохимические механизмы стресса. — Новосибирск, 1983.

18.       Рыжков В.Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992.

19.       Рымашевский Н.В., Коваленко В. М., Волков А. Е., Труфанова О. К. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, № 5. — С. 97—101.

20.       Сахаров Е.А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дис. ... … канд. мед. наук. — Л., 1990.

21.       Северный А.А., Баландина Т.А., Солоед К.В., Шалин Р.И. // Соц. и клин. психиатрия. — 1995. — № 4.

22.       Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л., 1987.

23.       Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1985. — Т. 85, вып. 4. — С. 594—599.

24.       Спивак Л. И., Щеглова И.Ю., Спивак Д.Л. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах. — СПб., 1998.

25.       Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992.

26.       Cohen L. S. Psychological aspects of pregnancy. — New York, 1994.

27.       De Muylder X.,WeselS., Dramax M., Cander M. A // J. Reprod. Med. — 1992. — V. 37, N 4. —P.339—342.

28.       Grandon A. J. // J. Psychosom. Res. — 1979. — V. 23, N 2. — P.113—115.

29.       Hedegaard M., Henriksen T. B., Sabroe S., Secher N. J. // BMJ. — 1993. — V. 307, July. — P.234—238.

30.       Kumar R. Complications at pregnancy. — New York, 1982.

31.       Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1997. —Oct. — P. 947—952.

32.       Omer H., Every G. B. // Amer. J. Psychiatry. — 1988. — V.145, N 12. —P.1507—1513.

33.       Roy M., Pitkin M.D. The Year Book of Obstetrics and Gynecology. — Chicago; London, 1980.