

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

**Шевцова Е.П., Мирошников А.Е., Шатилова Ю.А., Жаркин Н.А.****КОМПЛЕКСНАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ  
К ВАГИНАЛЬНЫМ РОДАМ**ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131,  
г. Волгоград, РоссияДля корреспонденции: Мирошников Анатолий Евгеньевич, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО  
«Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, г. Волгоград, e-mail: a639ea@gmail.com*Попытки вагинальных родов при наличии рубца на матке после предыдущей операции кесарева сечения более успешны после соответствующей психопрофилактической подготовки во время беременности.**Цель исследования — снижение частоты повторных операций кесарева сечения.**Проведено сравнение способов родоразрешения беременных с рубцом на матке после комплексной подготовки по усовершенствованной программе и неподготовленных беременных женщин. Всего в исследование включили 158 женщин. Среди имевших кесарево сечение в анамнезе, но не прошедших подготовку к нынешним родам, самостоятельно родили только 5%. В то же время подготовленные по усовершенствованной программе женщины имели самостоятельные роды в 45,6% случаев (OR 5,813; 95% CI 0,826–40,885). Полученные результаты подтверждают эффективность предложенных усовершенствований в подготовке беременных с рубцом на матке. Намерение таких женщин рожать через естественные родовые пути, сформированное в результате подготовки, является важным фактором для успешного преодоления трудностей родового процесса.**Ключевые слова:* роды с рубцом на матке; снижение частоты кесарева сечения; психофизическая подготовка к родам.*Для цитирования:* Шевцова Е.П., Мирошников А.Е., Шатилова Ю.А., Жаркин Н.А. Комплексная подготовка беременных с рубцом на матке к вагинальным родам. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2019; 6(1): 38–42. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-6-1-38-42>**Shevtsova E.P., Miroshnikov A.E., Shatilova Yu.A., Zharkin N.A.****INTEGRATED PREPARATION OF PREGNANT WOMEN WITH A UTERINE SCAR TO VAGINAL PARTURITION**

Volograd State Medical University, Volograd, 400131, Russian Federation

*Attempts of vaginal delivery in cases with a scar on the uterus after a previous cesarean section are more successful after appropriate psycho-prophylactic preparation during pregnancy.**The purpose of the study is to reduce the frequency of repeated cesarean section operations.**A comparison was made of the methods of delivery for pregnant women with a scar on the uterus after comprehensive training on an improved program and unprepared pregnant women. A total of 158 women were included in the study. Among them were those who had a cesarean section in history, but not trained for the current childbirth, only 5% gave birth independently. At the same time, women trained under the improved program had independent deliveries in 45.6% of cases (OR 5.813; 95% CI 0.826–40.885). The results confirm the effectiveness of the proposed improvements in the preparation of pregnant women with a scar on the uterus. The intention of such women to give birth through the natural birth canal, formed as a result of preparation, is an important factor for successfully overcoming the difficulties of the delivery process.**Keywords:* parturition in cases with a scar on the uterus; cesarean section rate reduction; psychophysical preparation for childbirth.*For citation:* Shevtsova E.P., Miroshnikov A.E., Shatilova Yu.A., Zharkin N.A. Integrated preparation of pregnant women with a uterine scar to vaginal parturition. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2019; 6(1): 38–42. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-1-38-42>*For correspondence:* Anatoly E. Miroshnikov, MD, Ph.D., DSci., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Volgograd State Medical University, 400131, Russian Federation. E-mail: a639ea@gmail.com**Information about authors:**Shevtsova E.P., <https://orcid.org/0000-0003-2887-1185>Shatilova Yu.A., <https://orcid.org/0000-0002-6903-9793>Zharkin N.A., <https://orcid.org/0000-0002-8094-0427>**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 31.01.2019

Accepted 05.02.2019

**Введение**

Частота операций кесарева сечения (КС) продолжает увеличиваться, вопреки предлагаемым мерам по расширению попыток вагинальных родов [1, 2]. По данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития Минздрава России за 2017 г., в стране

выполнено более 479 тыс. операций КС на сроке после 28 нед беременности [3], что составило 29,3% от общего количества родов. Прирост составил 1,3% по сравнению с данными 2016 г. Одним из частых показаний для планового КС является наличие рубца на матке [4, 5]. В то же время многочисленные публикации отече-

ственных и зарубежных исследователей за последние 15 лет подтверждают, что успешные вагинальные роды после предыдущего кесарева сечения возможны в 50–85% случаев [6–9]. При этом, по данным исследований за последние 20 лет, риск осложнений вагинальных родов (материнская смертность, гистерэктомия, тромбозмобилические осложнения, массивная кровопотеря, воспалительные заболевания в послеродовом периоде) меньше, чем при абдоминальном родоразрешении по поводу рубца на матке [10–13]. На практике количество вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения оказывается весьма скромным. Опубликованное в 2017 г. исследование американских учёных показало, что из 1 млн 139 тыс. родоразрешённых с помощью кесарева сечения и впоследствии забеременевших женщин лишь небольшая доля имела успешные вагинальные роды — 110 тыс. (9,65%) [14]. При этом 2,5% таких беременных родили вне медицинского учреждения. Особенность последнего показателя в том, что он показывает контингент женщин, готовых родить самостоятельно вне лечебного учреждения. Это сигнализирует о необходимости повышения доступности вагинальных родов после кесарева сечения.

В Российской Федерации в отношении повторного кесарева сечения также идёт напряжённая дискуссия, хотя особенного прорыва не наблюдается [9]. Предлагаются протоколы прегравидарной подготовки женщин с рубцом на матке, обсуждаются аспекты обследования и наблюдения на дородовом этапе. Это, безусловно, очень важные подготовительные мероприятия, призванные повысить безопасность вагинальных родов. Что касается психологической подготовки, то чаще всего она ограничена информированием о потенциальных рисках и преимуществах вагинальных родов. Основной акцент делается на то, чтобы женщина сама выбрала свой предпочитаемый вариант родов [10, 14, 15].

Однако очень мало исследований, отражающих важность и эффективность психопрофилактической подготовки к родам беременных с рубцом на матке [16]. Только некоторые авторы считают это важным в подготовке к вагинальным родам у таких беременных (Жаркин Н.А., Гаврильчук Т.К., 2015). При этом уже имеются научные доказательства того, что психопрофилактическая подготовка способствует снижению частоты абдоминальных родоразрешений [17–20]. Проведённое в 2005–2007 гг. когортное исследование, включившее 857 первобеременных женщин с планируемыми родами через естественные родовые пути, показало, что психопрофилактика способствует существенному (почти в 2 раза) уменьшению частоты экстренных кесаревых сечений (OR 0,57; 95% CI 0,37–0,88). При этом увеличивается доля родоразрешений через естественные родовые пути (OR 1,68; 95% CI 1,23–2,28) [21].

Весьма вероятно, что психопрофилактическая подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения имеет свои особенности, обусловленные неудачным репродуктивным дебютом.

Цель исследования — снижение частоты повторных операций кесарева сечения.

## Материал и методы

Проведён анализ исходов родов у 158 беременных, имевших в анамнезе одну операцию кесарева сечения. Основную группу составили 68 пациенток, которые прошли усовершенствованную комплексную подготовку к родам в условиях женской консультации. Группу сравнения 1 из 50 обследованных составили участницы программы психопрофилактической подготовки, предусмотренной Приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Группу сравнения 2 из 40 женщин составили пациентки, отказавшиеся от дородовой подготовки по различным причинам. Критериями включения в исследование были: состоятельный рубец на матке после предыдущих абдоминальных родов с рождением живого ребёнка; желание женщины родить самостоятельно; нормальное расположение плаценты. Критериями исключения являлись: крупный плод; узкий таз; наличие двух и более операций кесарева сечения в анамнезе; предлежание плаценты; пороки развития матки.

Программа комплексной усовершенствованной психопрофилактики состояла из 7 занятий, проходивших 1 раз в неделю в условиях женской консультации. На подготовительные курсы направляли беременных после 29 нед. Каждое из 7 занятий продолжалось 1–1,5 часа и состояло из 2 блоков информации: во-первых, популярное изложение физиологии беременности, физиологических изменений во время родов, особенностей родового процесса и т. д.; во-вторых, аргументация преимуществ родов через естественные родовые пути для ребёнка и самой женщины. Такая аргументация была особенно эффективна, если в группе были женщины с опытом самостоятельных родов. Результатом таких бесед являлось формирование устойчивого намерения рожать самостоятельно.

Дополнительно проводилось по 4 сеанса аурикуломагнитопунктуры длительностью 48 ч с перерывами на 5 дней. Механизм действия постоянного магнитного поля заключается в нормализации физиологических взаимоотношений систем организма путём воздействия на нейромедиаторные процессы (Самосюк И.З. и др., 1994). Существует предположение, что под воздействием постоянного магнитного поля на аурикулярные точки активно вырабатываются нейропептиды и биогенные амины (дофамин, серотонин, норадреналин, ацетилхолин, гистамин, нанопептиды, эндогенные опиоиды). Эти нейропептиды играют важную роль в реализации вегетативной функции гипоталамуса (Зайчик А.Ш. и др., 1995). Использовались магнитофоры в виде таблеток, разрешённые для применения в лечебных целях у человека. Магнитная таблетка за-

Таблица 1

**Показатели психоэмоционального статуса по результатам тестирования (баллы)**

Расчётные показатели	Основная группа (n = 68)		Группа сравнения 1 (n = 50)		Группа сравнения 2 (n = 40)	
	до	после	до	после	до	после
Отклонение от аутогенной нормы	13,2 ± 4,8	7,1 ± 2,8	12,8 ± 3,9	10,3 ± 3,0	13,1 ± 3,6	12 ± 3,8
Тревожность	5 ± 2	2 ± 1	5 ± 3	4 ± 3	5 ± 3	5 ± 4
Индекс снижения работоспособности	10,4 ± 1,8	12,2 ± 1,8	11,0 ± 1,7	12,8 ± 2,0	11,0 ± 2,1	12,0 ± 3,0
Вегетативный тонус	1,5	3,2	1,6	1,8	1,5	1,9

Таблица 2

**Исходы беременности в группах**

Вид родоразрешения	Основная (n = 68)	Группа сравнения 1 (n = 50)	Группа сравнения 2 (n = 40)
Абдоминальное (кесарево сечение)	37 (54,4%)	41 (82%)	38 (95%)
Вагинальные роды	31 (45,6%)	9 (18%)	2 (5%)

креплялась в области трёхсторонней ямки уха (точки AP(IX)51, AP(X)55, AP(X)56). Это физиотерапевтическое воздействие не имеет противопоказаний. Магнитопунктура выполнялась инструктором, проводившим занятия по программе.

Для исследования психоэмоционального состояния беременных — участниц программы проводилось тестирование с помощью цветового теста М. Люшера. Сравнивались 4 расчётных показателя: индекс тревоги; суммарное отклонение от аутогенной нормы; вегетативный коэффициент; индекс снижения работоспособности. Тестирование проводилось до и после психопрофилактической подготовки. Показатель «суммарное отклонение от аутогенной нормы» отражает неуверенность, растерянность, повышение внутреннего напряжения, оценивается от 0 до 32 баллов. Индекс тревоги отражает субъективное состояние беспокойства. Тревога, помимо полезной, защитной функции, имеет дестабилизирующую сторону, если её интенсивность превышает физиологические параметры; оценивается в диапазоне от 0 до 12 баллов. Показатель «индекс снижения работоспособности» относится в большей степени к психофизиологическим и связан со степенью истощаемости и лабильности нервных процессов (Прохоров А.О., 2004 г.); оценивается от 0 до 21 балла. Показатель «вегетативный коэффициент» отражает готовность пациентки к активным и продуктивным действиям, способность мобилизовать свои ресурсы на преодоление трудностей.

ческой подготовки беременных показатель суммарного отклонения от аутогенной нормы улучшился в 2 раза, чего не наблюдалось в группах сравнения (табл. 1). Индекс тревоги до цикла занятий у всех обследованных находился на уровне  $5 \pm 2$  баллов. После окончания подготовительных занятий уровень тревожности уменьшился в 2 раза у пациенток основной группы. У женщин в группах сравнения тревожность сохранилась.

Вегетативный тонус улучшился более чем в 2 раза у пациенток основной группы.

В группах сравнения изменения были недостоверны. Приведённые результаты тестирования подтверждают улучшение психоэмоционального статуса, что является благоприятным фоном для успешного осуществления вагинальных родов.

При анализе исходов беременностей нами выявлено, что у 31 (45,6%) пациентки основной группы беременность завершилась родами через естественные родовые пути. У рожениц 1-й группы сравнения таких родов было 9 (18%). Во 2-й группе сравнения родов через естественные родовые пути было 2, что составило 5% (табл. 2).

Следует отметить, что после усовершенствованной комплексной подготовки беременных с рубцом на матке частота попыток самостоятельных родов была в 3 раза выше, чем среди беременных, прошедших подготовку по общепринятой программе (OR 3,138; 95%

Таблица 3

**Результаты и обсуждение**

Возраст обследованных оказался в диапазоне 20–39 лет (средний  $27,26 \pm 3,64$  года в основной группе;  $27,78 \pm 4,82$  года в группе сравнения 1;  $26,40 \pm 3,46$  года в группе сравнения 2).

Тестирование показало, что после комплексной психопрофилакти-

**Количество и результаты попыток самостоятельных родов в группах**

Наименование	Основная (n = 68)	Группа сравнения 1 (n = 50)	Группа сравнения 2 (n = 40)
Намерение рожать самостоятельно	39	15	5
Успешное завершение самостоятельных родов	31	9	2
КС после попытки самостоятельных родов	8	6	3

CI 1,449–6,795), и в 9 раз выше, чем среди не проходивших подготовку (OR 9,414; 95% CI 3,384–26,985) (табл. 3). Попытки, завершившиеся успешными родами, достоверно чаще отмечали среди подготовленных по усовершенствованной программе (OR 2,583; 95% CI 0,709–9,411). Для сравнения, среди не проходивших подготовку удачные самостоятельные роды были в 6 раз реже, чем у пациенток основной группы (OR 5,813; 95% CI 0,826–40,885).

Анализ течения самостоятельных родов выявил, что продолжительность родов более 12 ч имела место в единичных случаях всех наблюдений. При этом в основной группе безводный период свыше 12 ч отмечен в 2 (5,1%) случаях. В группах сравнения подобное отклонение зарегистрировано в 10% случаев (OR 2,056; 95% CI 0,267–15,798). Разрывов матки не выявлено ни в одном случае.

Анализируя структуру гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, следует отметить, что наиболее частым осложнением после кесарева сечения во всех группах была лохиометра — 7 (6%) случаев от общего числа прооперированных. После самостоятельных родов чаще выявлялась субинволюция матки — 4 (9,5%) случая. При этом среди пациенток группы сравнения подобное осложнение отмечено значительно чаще (OR 11,25; 95% CI 1,027–123,247). Таким образом, течение послеродового периода у рожениц основной группы, прошедших дородовую подготовку по усовершенствованной программе, было благоприятнее, чем в группах сравнения.

## Заключение

Усовершенствованная комплексная психопрофилактическая подготовка беременных с рубцом на матке в III триместре беременности обеспечивает устойчивое стремление таких рожениц к вагинальным родам, полноценную мобилизацию их собственных возможностей, более доверительное сотрудничество с медперсоналом. Это реализуется в снижении акушерской агрессии в родах и способствует уменьшению числа материнских и перинатальных осложнений.

Представленные данные наглядно демонстрируют превентивную роль психопрофилактической подготовки в качестве инструмента снижения частоты операций кесарева сечения.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА (пп. 5–7, 12–15, 21 см. REFERENCES)

1. Савельева Г.М., Сухих Г.М., Серов В.Н., Радзинский В.Е., ред. *Акушерство: Национальное руководство*. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
2. Радзинский В.Е., Князев С.А. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений. *Status Praesens*. 2015; 3 (26): 11–20.
3. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. *Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны дет-*

- ства и родовспоможения в Российской Федерации*. М.: ЦНИИ-ОИЗ Минздрава РФ; 2018.
4. Мирошников А.Е., Жаркин Н.А. Акушерский аудит на основе 10-групповой классификации М. Робсона. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2018; 5(1): 45-8. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-45-48>
  8. Пекарев О.Г., Поздняков И.М., Майбородин И.В., Пекарева Е.О. Прогноз и перспективы самопроизвольного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения*. 2015; 2 (8).
  9. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Буянова С.Н., Попов А.А., Чечнева М.А. и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. *Акушерство и гинекология*. 2012; (1): 4-8.
  10. Леваков С.А., Боровкова Е.И., Габитова Н.А. Родоразрешение пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2015; (7): 5-8.
  11. Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. Возможность родоразрешения через естественные родовые пути после операции кесарева сечения. *Рус. мед. журн.* 2014; (1): 8.
  16. Жаркин Н.А., Гаврильчук Т.К. Система подготовки беременных с рубцом на матке к естественным родам. В кн.: *Материалы XVI Всероссийского научного форума «Мать и дитя»*. М.; 2015: 66-7.
  17. Манухин И.Б., Силаев К.А. Роль психопрофилактической подготовки беременных к родам. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2016; 16(6): 9-13. DOI:10.17116/rosakush20161669-13
  18. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложнённой беременности и программа их психологического сопровождения. *Психологический журнал*. 2008; 29 (3): 110-9.
  19. Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Мирошников А.Е. Влияние психоэмоциональной напряжённости у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод на благополучный исход родов. В кн.: *Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»*. М.; 2011: 62-3.
  20. Жебрун Е.В., Шевцова Е.П., Аксенова А.В., Пупышев А.Г. Психологически ориентированная подготовка беременных к родам. В кн.: *Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка»*. М.; 2003: 93-4.

## REFERENCES

1. Savel'yeva G.M., Sukhikh G.M., Serov V.N., Radzinskiy V.E., eds. *Obstetrics: National leadership*. [Akusherstvo: Natsional'noye rukovodstvo]. Ed. 2nd, revised and enlarged. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. (in Russian)
2. Radzinskiy V.E., Knyazev S.A. WHO's strong recommendations on reducing the proportion of cesarean sections. *Status Praesens*. 2015; 3 (26): 11–20. (in Russian)
3. Polikarpov A.V., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Tyurina E.M., Ogrzyko E.V., Shelepova E.A. *The main indicators of maternal and child health, the activities of the service of the protection of children and obstetrics in the Russian Federation*. [Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatelnost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii]. Moscow: TSNIIOIZ Minzdrava RF; 2018. (in Russian)
4. Miroshnikov A.E., Zharkin N.A. Obstetric audit based on M. Robson's 10-group classification. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*. 2018; 5(1): 45-8. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-45-48> (in Russian)
5. Hehir M.P., Ananth C.V., Siddiq Z., Flood K., Friedman A.M., D'Alton M.E. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 219 (Is. 1): 105.e1-105.e11. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.04.012
6. Berghella V., ed. *Maternal-Fetal and Obstetric Evidence Based Guidelines*. Two Volume Set. 3rd Ed. CRC Press; 2017.
7. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet. Gynecol.* 2017; 130 (Is. 5): e217-e233. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002398
8. Pekarev O.G., Pozdnyakov I.M., Mayborodin I.V., Pekareva E.O. Prognosis and prospects for spontaneous delivery in women with a scar on the uterus after a cesarean section. *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya*. 2015; 2(8). (in Russian)
9. Krasnopol'skiy V.I., Logutova L.S., Petrukhin V.A., Buyanova S.N., Popov A.A., Chechneva M.A. et al. Place of abdominal and vagi-

- nal operative delivery in modern obstetrics. Reality and prospects. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2012; (1): 4-8. (in Russian)
10. Levakov S.A., Borovkova E.I., Gabitova N.A. Delivery of patients with a scar on the uterus after cesarean section. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2015; (7): 5-8. (in Russian)
  11. Tyutyunnik V.L., Balushkina A.A. Possibility of delivery through the birth canal after cesarean section. *Ruskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; (1): 8. (in Russian)
  12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Birth After Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45)*. October 2015.
  13. Little M.O., Lysterly A.D., Mitchell L.M., Armstrong E.M., Harris L.H., Kukla R., et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstet. Gynecol.* 2008;112: 913-8. (Level III).
  14. Tilden E.L., Cheyney M., Guise J.-M., Emeis C., Lapidus J., Biel F.M., Wiedrick J., Snowden J.M. Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017; 216 (Is. 4): 403.e1-403.e8.
  15. Mbalinda S.N., Nakimuli A., Kakaire O., Osinde M.O., Kakande N., Kaye D.K. et al. Does knowledge of danger signs of pregnancy predict birth preparedness? A critique of the evidence from women admitted with pregnancy complications. *Health Research Policy and Systems*. 2014; 12: 60. doi:10.1186/1478-4505-12-60
  16. Zharkin N.A., Gavril'chuk T.K. The system of preparation of pregnant women with a scar on the uterus for natural childbirth. In: *Materials of the XVI All-Russian Scientific Forum "Mother and Child"*. [Materialy XVI Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i ditya»]. Moscow; 2015: 66-7. (in Russian)
  17. Manukhin I.B., Silayev K.A. The role of psychoprophylactic preparation of pregnant women for childbirth. *Rossiyskiy vestnik akusheraginekologa*. 2016; 16(6): 9-13. DOI:10.17116/rosakush20161669-13 (in Russian)
  18. Vasil'yeva V.V., Avrutskaya V.V. Features of the psychoemotional status of women in the physiological and complicated pregnancy and the program of their psychological support. *Psikhologicheskiy zhurnal*. 2008; 29 (3): 110-9. (in Russian)
  19. Zharkin N.A., Shatilova Yu.A., Miroshnikov A.E. The effect of psycho-emotional stress in women with premature rupture of amniotic fluid on a successful outcome of childbirth. In: *Materials of the XII All-Russian Scientific Forum "Mother and Child"*. [Materialy XII Vserossiyskogo nauchnogo foruma «Mat' i ditya»]. Moscow; 2011: 62-3. (in Russian)
  20. Zhebrun E.V., Shevtsova E.P., Aksenova A.V., Pupyshev A.G. Psychologically oriented preparation of pregnant women for childbirth. In: *Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Maternal and Child Health"*. [Materialy 5-go Rossiyskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka»]. Moscow; 2003: 93-4. (in Russian)
  21. Bergstrom M., Kelerb H., Waldenstroma U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2010; 89: 6: 794-800. doi: 10.3109/00016341003694978.

Поступила 31.01.2019  
Принята к печати 05.02.2019