

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

© М.А. Коргожа

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Для цитирования: Коргожа М.А. Динамика качества жизни женщин в послеродовом периоде // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 6. – С. 125–130. doi: 10.17816/PED86125-130

Поступила в редакцию: 09.10.2017

Принята к печати: 20.11.2017

В статье представлены результаты исследования особенностей и динамики качества жизни женщин в третьем триместре беременности и через шесть недель после родов. В исследовании приняли участие 240 женщин, которые являлись пациентками Перинатального центра Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ в третьем триместре беременности и через шесть недель после родоразрешения. Испытуемые были разделены на три группы исследования в зависимости от наличия и степени выраженности негативных эмоциональных проявлений в третьем триместре беременности. Выявлено, что показатели физического, психического и социального функционирования у женщин, которые испытывали негативные эмоциональные проявления разной степени выраженности в третьем триместре беременности, ниже средних популяционных данных. Показано, что степень выраженности негативных эмоциональных проявлений у женщин, находящихся в третьем триместре беременности, не влияет на субъективную оценку общего состояния здоровья и жизненного статуса. Появление негативных эмоциональных проявлений разной степени выраженности у женщин в третьем триместре беременности значительно снижает субъективную оценку испытуемых собственного физического функционирования в контексте выполнения повседневной и профессиональной деятельности. Установлено, что для женщин, испытывающих слабовыраженные негативные эмоциональные проявления в третьем триместре беременности, ситуация родов является наиболее стрессовой и имеет значительное влияние на показатели качества жизни в позднем послеродовом периоде. Данная категория женщин составляет группу риска и нуждается в более тщательном врачебном сопровождении и при необходимости оказании профессиональной психологической помощи.

Ключевые слова: качество жизни; физическое и психологическое функционирование; беременность; родоразрешение; перинатальная психология; психологическая помощь.

WOMEN'S QUALITY OF LIFE DYNAMICS IN POSTPARTUM PERIOD

© М.А. Korgozha

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia

For citation: Korgozha MA. Women's quality of life dynamics in postpartum period. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2017;8(6):125-130. doi: 10.17816/PED86125-130

Received: 09.10.2017

Accepted: 20.11.2017

The article presents the results of the study of characteristics and dynamics of the women's quality of life in the third trimester of pregnancy and six weeks after delivery. The study involved 240 women, patients of the Perinatal Center of Saint Petersburg State Pediatric Medical University, during the third trimester of pregnancy and six weeks after the delivery. Research subjects were divided into three study groups, depending on the presence and severity of negative emotional manifestations in women in the third trimester of pregnancy. It was revealed that the indicators of physical, mental and social functioning in women, who underwent negative emotional manifestations of different severity in the third trimester of pregnancy, are below the average population data. It is shown that the intensity of negative emotional manifestations in women in the third trimester of pregnancy does not affect the subjective assessment of the overall health and life status. The appearance of negative emotional manifestations of different severity in women in the third trimester of pregnancy significantly reduces the subjective assessment of pregnant women's own physical functioning in the context of daily and professional activities. It was revealed that for women underwent mild negative emotional manifestations in the third trimester of pregnancy, the situation of labor is the most stressful and has a significant impact on the quality of life in the late postpartum period. This category of women is at risk and needs more thorough medical support and professional psychological assistance.

Keywords: quality of life; physical and psychological functioning; pregnancy; delivery; perinatal psychology; psychological counseling.

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья матери и ребенка в последние годы является приоритетным направлением в раз-

витии современного Российского здравоохранения. Совершенствование системы родовспоможения должно обеспечиваться решением задач по повы-

шению эффективности существующей профилактической медицинской помощи женщинам во время беременности и после родов, увеличением медико-социальной активности беременных, оптимизацией их образа жизни после родов, обеспечением доступности и качества клиничко-диагностических услуг, снижением уровня воздействия факторов риска, влияющих на репродуктивное здоровье женщин [10]. Одним из ключевых показателей эффективности психолого-медико-социальной помощи является оценка качества жизни. С позиций медицинской психологии качество жизни чаще всего рассматривается как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [2, 8], основанная на его субъективном восприятии и оценке уровня собственной адаптации, возможностей достижения физического, психического и социального благополучия [9]. Большое внимание проблеме качества жизни сегодня уделяется в перинатальной медицине и перинатальной психологии, поскольку оценка качества жизни женщины на различных этапах беременности и в послеродовом периоде позволяет проследить взаимосвязи объективных показателей здоровья женщины и особенностей ее восприятия своего актуального состояния в аспектах физического, психологического и социального благополучия. По данным отчета Федеральной службы государственной статистики о состоянии здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, за последние 10 лет на 43 % увеличилось количество недоношенных детей на фоне повысившейся в полтора раза частоты преждевременных родов¹. Кроме того, за последние 5 лет к числу заболеваний, осложняющих процесс беременности, стали причисляться венозные осложнения и гестационный сахарный диабет, значительно влияющие не только на психофизиологическое, но и социальное функционирование [12]. Беременность и рождение ребенка являются стрессовой ситуацией для женского организма и сопровождаются существенным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, которое может стать причиной нарушения адаптации организма в целом [4]. Результаты исследований, проведенных на зарубежных и российских выборках, показывают, что во время беременности качество жизни женщины существенно снижается [5, 15]. К завершению беременности в связи с растущим плодом

повышаются метаболические потребности организма женщины, нагрузка на адаптационные возможности регуляторных систем усиливается, могут возникать осложнения беременности и перинатальные осложнения [6]. В настоящее время мало изучены особенности социально-психологического статуса беременных женщин, предпринимаются отдельные попытки оценки качества их жизни, как нового интегрального показателя состояния здоровья [3, 13]. Качество раннего взаимодействия между матерью и ребенком можно рассматривать как механизм формирования протективных факторов сохранения здоровья ребенка в первые месяцы жизни [1, 14]. Оптимизация качества жизни, создание положительных эмоций с целью обеспечения оптимальной психофизической среды для эмоционально-личностного развития ребенка являются важными и актуальными задачами комплексной медицинской и психологической помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде [5, 7]. Изучение качества жизни женщин в период беременности и анализ динамики его изменений в послеродовом периоде позволит построить адекватную модель психопрофилактической подготовки к родам, включающую в себя оказание своевременной психологической помощи в послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки и изучения динамики качества жизни у женщин в третьем триместре беременности и через шесть недель после родов использовался опросник «Оценка качества жизни» SF-36 [16] в адаптации сотрудников Санкт-Петербургского института клиничко-фармакологических исследований [8]. Кроме того, в исследовании применялись методы опроса и анализа медицинской документации. Участники исследования, являясь пациентами Перинатального центра Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ, подписывали информированное добровольное согласие на выполнение медицинского вмешательства, в котором давали свое письменное разрешение использовать личные данные, в том числе медицинскую документацию, связанную с их лечебным процессом, для научных и образовательных целей. Процедура и методы исследования одобрены решением этического комитета при ФГБОУ ВО СПбГПМУ (протокол № 4/11 от 25.04.2017). В исследовании приняли участие 792 женщины. После применения критериев исключения, таких как наличие плановой абдоминальной операции, экстрагенитальной патологии, врожденной патологии развития плода, многоплодной беременности и использование вспомогательных репродуктивных технологий в достижении беременности, в группу исследования были включены

¹ Приведены данные отчета о показателях здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения Федеральной службы государственной статистики от 25.11.2016. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.

240 женщин. В результате использования клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича у 140 испытуемых в третьем триместре беременности были выявлены тревожные, депрессивные, астенические, обсессивно-фобические, истерические и психосоматические проявления разной степени выраженности [11]. Полученные результаты позволили разделить испытуемых на три группы: две равные группы по 70 человек каждая (1-я группа — испытуемые, имеющие ярко выраженные негативные эмоциональные проявления, 2-я группа — испытуемые, имеющие слабовыраженные негативные эмоциональные проявления) и одну контрольную группу в 100 человек, не имеющих негативных эмоциональных проявлений в третьем триместре беременности. Женщины каждой из групп отвечали на вопросы опросника SF-36 дважды: в третьем триместре беременности и через шесть недель после родов. При статистической обработке данных использовался критерий Манна–Уитни (U) для независимых (расчет различий между группами сравнения), критерий Вилкоксона (T) для зависимых (расчет различий между замерами внутри каждой группы сравнения) выборок, расчет которых производился с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате разделения испытуемых на группы сравнения было выявлено, что средний возраст женщин в 1, 2 и 3-й группах сравнения составил 29,13, 29,07 и 30,53 года соответственно, большинство испытуемых во всех группах состояли в браке и являлись первородящими женщинами. Во всех случаях родоразрешение происходило при доношенной беременности, ребенок характеризовался как соматически здоровый (7–9 баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни). В результате анализа медицинской документации было выявлено, что женщины в группах сравнения в среднем в равной степени перенесли естественные роды, экстренную операцию кесарева сечения и роды с хирургическим вмешательством. В результате исследования качества жизни у женщин третьей группы, которые в третьем триместре беременности не испытывали негативных эмоциональных проявлений, показатели их функционирования оказались приближены к средним популяционным показателям опросника SF-36 [6]. Наиболее низкие показатели физического, эмоционального и социального функционирования у женщин в третьем триместре беременности были выявлены в первой группе исследования (табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели качества жизни в группах женщин в третьем триместре беременности и через 6 недель после родов

Показатели качества жизни	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	3-й триместр беременности	через 6 недель после родов	3-й триместр беременности	через 6 недель после родов	3-й триместр беременности	через 6 недель после родов
Физическое функционирование (PF)	57,5 ± 24,1	92,79 ± 8,62	65,4 ± 19,1	83,64 ± 19,94	67,9 ± 21,5	94,2 ± 12,69
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	20,7 ± 27,9	76,43 ± 33,21	33,6 ± 34	66,43 ± 39,44	48,3 ± 39,1	84,5 ± 30,11
Интенсивность боли (BP)	64,8 ± 23,5	88,56 ± 18,86	72,4 ± 18,9	79,71 ± 22,72	78,7 ± 19,4	93,54 ± 15,57
Общее состояние здоровья (GH)	72,2 ± 14,7	84,46 ± 13,27	71,6 ± 14,8	78,61 ± 15,21	79,9 ± 12,5	88,67 ± 12,9
Жизненная активность (VT)	51,7 ± 16,5	72,07 ± 17,89	55,9 ± 12,3	65,14 ± 16,66	69,7 ± 14,1	77,2 ± 13,82
Социальное функционирование (SF)	61,4 ± 22,7	88,93 ± 18,25	71,9 ± 21,5	82,65 ± 22,2	85,8 ± 17,9	96,25 ± 11,98
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	44,3 ± 40,4	76,19 ± 35,05	67,6 ± 38,1	69,99 ± 38,13	80,3 ± 30,7	91,99 ± 23,27
Психическое здоровье (MH)	61,8 ± 15,5	82,34 ± 11,24	70,3 ± 13,8	78,11 ± 12,68	80,4 ± 11,3	88,96 ± 6,73

Таблица 2

Сравнение групп по показателям качества жизни в третьем триместре беременности и через шесть недель после родов

Показатели качества жизни	Различия между группами, <i>U/p</i>					
	3-й триместр беременности			через 6 недель после родов		
	Гр. 1 и 2	Гр. 1 и 3	Гр. 2 и 3	Гр. 1 и 2	Гр. 1 и 3	Гр. 2 и 3
Физическое функционирование (PF)	2003,5/0,06	2645,5/0,01	3201/0,3	1782/0,01	2639/0,01	1948/0,00
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	1915,5/0,02	2127/0,00	2777,5/0,02	2092/0,1	3047/0,2	2589/0,001
Интенсивность боли (BP)	1953/0,04	2239/0,00	2765/0,02	1889/0,01	2967/0,1	2208/0,00
Общее состояние здоровья (GH)	2419/0,8	2293/0,00	2270/0,00	1866/0,01	2551/0,01	1863/0,00
Жизненная активность (VT)	2052/0,09	1402/0,00	1512/0,00	1784/0,01	2898/0,05	1920/0,00
Социальное функционирование (SF)	1786/0,01	1445/0,00	2171/0,00	2016/0,04	2757/0,001	2107/0,00
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	1661/0,00	1767/0,00	2872/0,05	2216/0,3	2711/0,001	2365/0,00
Психическое здоровье (MH)	1645/0,00	1109/0,00	1849/0,00	1933/0,03	2211/0,00	1553/0,00

Таблица 3

Сравнение показателей качества жизни женщин в третьем триместре беременности и через 6 недель после родов в группах

Показатели качества жизни	Группа 1	Группа 2	Группа 3
	Различия, <i>z/p</i>		
Физическое функционирование (PF)	7,02/0,001	5,29/0,001	7,35/0,001
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	6,67/0,001	6,53/0,001	5,68/0,001
Интенсивность боли (BP)	5,35/0,001	1,91/0,1	5,45/0,001
Общее состояние здоровья (GH)	5,17/0,001	2,85/0,01	5,39/0,001
Жизненная активность (VT)	6,03/0,001	3,67/0,001	4,44/0,001
Социальное функционирование (SF)	6,01/0,001	3,05/0,01	4,63/0,001
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	4,41/0,001	0,46/0,6	2,73/0,01
Психическое здоровье (MH)	6,53/0,001	3,57/0,001	6,13/0,001

Полученные данные дают основание предположить, что негативные эмоциональные проявления у женщин в период беременности могут быть связаны с показателями качества жизни и влиять на их изменения после родов. Уровни ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, у женщин первой ($20,7 \pm 27,9$) и второй ($33,6 \pm 34$) групп значительно ниже данного показателя в третьей группе ($p < 0,05$). Представляется возможным сделать вывод, что появление негативных эмоциональных проявлений разной степени выраженности у женщин в третьем триместре беременности значительно снижает субъективную оценку беременных женщин собственного физического функционирования в контексте выполнения повседневной и профессиональной деятельности. Необходимо отметить, что по показателям физического функционирования, жизненной активности и общего состояния здоровья в третьем триместре беременности значимых

различий между первой и второй группами выявлено не было ($p > 0,05$). Таким образом, степень выраженности негативных эмоциональных проявлений у женщин, находящихся в третьем триместре беременности, не влияет на субъективную оценку общего состояния здоровья, собственных сил и энергии, а также своего жизненного статуса (табл. 2).

В результате анализа данных опросника SF-36 через 6 недель после родоразрешения было выявлено, что уровни показателей физического, психологического и социального функционирования значимо увеличиваются (табл. 3) во всех группах сравнения, что обусловлено объективными физиологическими причинами и инволюционными процессами в организме родильниц. Также в целом соотношение уровней показателей качества жизни у женщин внутри каждой группы сохраняется.

Однако после завершения акушерского периода в целом наиболее низкий уровень физического,

психологического и социального функционирования был выявлен во второй группе испытуемых, наиболее низкий из которых показатель жизненной активности ($65,14 \pm 16,66$). Также было выявлено, что у женщин второй группы, которые испытывали слабовыраженные негативные эмоциональные проявления в третьем триместре беременности, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и интенсивность боли изменились незначительно в сравнении с дородовым периодом ($0,46$ и $1,91$ соответственно, $p > 0,05$). Полученный результат дает основание утверждать, что для женщин, испытывающих слабовыраженные негативные эмоциональные проявления в третьем триместре беременности, ситуация родов является наиболее стрессовой и имеет значительное влияние на показатели качества жизни в позднем послеродовом периоде.

Таким образом, исследование динамики качества жизни у женщин в послеродовом периоде показало, что наименее выраженное положительное изменение показателей физического, психического и социального функционирования было выявлено у женщин, имевших слабовыраженные негативные эмоциональные проявления в третьем триместре беременности. Данная категория женщин составляет группу риска и нуждается в своевременном качественном медицинском сопровождении и получении профессиональной психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Т.Д., Воробьева М.Е. Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья // Педиатр. – 2016. – Т. 7. – № 1. – С. 151–157. [Vasilenko TD, Vorob'eva ME. The quality of mother and child interplay as a healthy formation factor. *Pediatr.* 2016;7(1):151-157. (In Russ.)]
2. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., и др. Концепция реабилитации и качество жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 103–115. [Vasserman LI, Gromov SA, Mikhaylov VA, et al. Kontseptsiya reabilitatsii i kachestvo zhizni: preemstvennost' i razlichiya v sovremennykh podkhodakh. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni.* 2001. P. 103-115. (In Russ.)]
3. Говоров С.В. Медико-социальные аспекты качества жизни беременных женщин и пути его улучшения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. [Govorov SV. *Mediko-sotsial'nye aspekty kachestva zhizni beremennykh zhenshchin i puti ego uluchsheniya* [dissertation]. Moscow; 2008. (In Russ.)]
4. Горьковая И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А. Динамика качества жизни женщин после рождения ребенка в зависимости от типа родоразрешения // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – № 4(17). – С. 324–327. [Gor'kovaya IA, Miklyaeva AV, Korgozha MA. Women's quality of life after childbirth in depending on the mode of birth. *Azimet nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya.* 2016;5,4(17):324-327. (In Russ.)]
5. Золотых И.В., Налобина А.Н., Желиостова Л.В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности // Мать и дитя в Кузбассе. – 2015. – № 2. – С. 28–33. [Zolotykh IV, Nalobina AN, Zheliostova LV. Issledovanie kachestva zhizni u zhenshchin v III trimestre fiziologicheskoi protekayushchey beremennosti. *Mat' i ditya v Kuzbasse.* (Conference proceedings) 2015;(2):28-33. (In Russ.)]
6. Клименко Г.Я., Стародубов В.М., Говоров С.В., и др. Исследование качества жизни беременных женщин как новый интегральный показатель оценки их здоровья // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 9. – С. 131–132. [Klimenko GYa, Starodubov VM, Govorov SV, et al. Issledovanie kachestva zhizni beremennykh zhenshchin kak novyy integral'nyy pokazatel' otsenki ikh zdorov'ya. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya.* 2010;(9):131-132. (In Russ.)]
7. Куприянова И.Е., Ефанова Т.С., Захаров Р.И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья беременных с угрозой невынашивания // Неврологи, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 46–50. [Kupriyanova IE, Efanova TS, Zakharov RI. Psikhoterapevticheskaya korrektsiya i reabilitatsiya narusheniy psikhicheskogo zdorov'ya beremennykh s ugrozoy nevnashivaniya. *Nevrologi, neyropsikhiatriya, psikhosomatika.* 2014;(4):46-50. (In Russ.)]
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2002. [Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine.* Saint Petersburg: Neva; 2002. (In Russ.)]
9. Панкратов В.В., Ягудаева И.П., Давыдов А.И. Качество жизни, связанное со здоровьем: терминология, методология, особенности оценки в акушерско-гинекологической практике // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – № 2. – С. 22–33. [Pankratov VV, Yagudaeva IP, Davydov AI. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em: terminologiya, metodologiya, osobennosti otsenki v akushersko-ginekologicheskoy praktike. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* 2012;(2):22-33. (In Russ.)]
10. Стасевич Н.Ю., Лукина Т.С. Необходимость создания комплекса организационных мероприятий по улуч-

- шению качества и эффективности дородовой подготовки женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/698/30/lang.ru/> (дата обращения: 14.05.2017) [Stasevich NYu, Lukina TS. Neobkhodimost' sozdaniya kompleksa organizatsionnykh meropriyatiy po uluchsheniyu kachestva i effektivnosti dorodovoy podgotovki zhenshchin s nedifferentsirovannoy displaziey soedinitel'noy tkani. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/698/30/lang.ru/> (accessed 14.05.2017) (In Russ.)]
11. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. [Yakhin KK, Mendelevich DM. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya*: Uchebnoe posobie. Moscow: MEDpress-inform; 2005. (In Russ.)]
 12. Bien A, Rzonca E, Kanczugowska A, Iwanowicz-Palus G. Factors Affecting the Quality of Life and the Illness Acceptance of Pregnant Women with Diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 2016. Available at: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/1/68> (accessed 20.04.2017).
 13. Mogos MF, August E, Salinas-Miranda A, et al. A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667203/> (accessed 27.03.2017).
 14. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, et al. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-4> (accessed 11.09.2016).
 15. Wang P, Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-124> (accessed 01.08.2017).
 16. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey. *Manual and interpretation guide*. The health institute, New England medical center. Boston: Mass; 1993.

◆ Информация об авторах

Мария Александровна Коргожа — аспирант, кафедра психосоматики и психотерапии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: korgozha_m.a@mail.ru.

◆ Information about the authors

Maria A. Korgozha — Postgraduate Student, Department of Psychosomatics and Psychotherapy. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: korgozha_m.a@mail.ru.