

Г.І. Іщенко

Психоемоційні розлади у вагітних та породіль. Аналітичний огляд та практичні сторони проблеми в Україні

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2023. 4(96): 100-105; doi: 10.15574/PP.2023.96.100

For citation: Ischenko GI. (2023). Psychoemotional disorders in pregnant women and women in childbirth. Analytical review and practical aspects of the problem in Ukraine. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 4(96): 100-105; doi: 10.15574/PP.2023.96.100.

Психоемоційні порушення під час вагітності суттєво впливають на здоров'я матері та плоду.

Мета дослідження — навести аналітичний огляд наявних джерел щодо впливу психоемоційних стресових порушень у вагітних жінок на здоров'я матері та плода для вдосконалення надання медичної допомоги даній категорії населення.

Серед негативних наслідків слід розділяти наслідки в психічній сфері та медичній. У медичній сфері відмічаються гестаційні ускладнення, наприклад, передчасне народження, акушерські, з яких найчастіше, це преєклампсія, еклампсія, анемія, гестаційний діабет, передлежання плаценти, вагінальна кровотеча та наслідки для плода, найчастіше це низька вага та затримка в розвитку в серцево-судинної, нервової системи, органів зору.

Серед психоемоційних наслідків на психічну сферу, розділено групи: загострення вже існуючого захворювання, поява нових розладів, найчастіше посттравматичного стресового розладу та негативні наслідки внаслідок змін поведінки, наприклад, догляду за дитиною та вживання психоактивних речовин. Доведено, що негативні перинатальні наслідки виникають саме за наявності стресових розладів та менш виражені, наприклад, при депресії.

Під час війни в Україні українці піддалися дії надмірного стресу. Особливо це помітно серед вразливих верств населення, таких як вагітні. Така категорія осіб перебуває в полі дії медичних працівників акушерського профілю, яким часто бракує часу на належну оцінку психічних розладів та скерування пацієнток до спеціалістів психіатричного профілю. Іншою проблемою є стигма — упереджене ставлення до спеціалістів у сфері охорони здоров'я.

Наразі досить обмежені дані психоемоційних розладів у вагітних та породіль. У цьому огляді літератури наведено дані світової літератури та описано особливості організації допомоги у сфері охорони здоров'я в Україні під час війни.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: психоемоційні порушення, вагітні, породилі, перинатальні ускладнення, акушерські ускладнення, гестаційні ускладнення, несприятливі поведінкові зміни, загострення психічного розладу, стресовий розлад.

Psychoemotional disorders in pregnant women and women in childbirth. Analytical review and practical aspects of the problem in Ukraine

G.I. Ischenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine», Kyiv

Psychoemotional disorders during pregnancy significantly affect the health of the mother and fetus.

Purpose — to provide an analytical review of available sources on the impact of psycho-emotional stress disorders in pregnant women on the health of the mother and fetus to improve the provision of medical care to this population category.

Among the negative consequences, the consequences in the mental and medical spheres should be divided. In the medical field, gestational complications are noted, for example, premature birth, obstetric complications, the most common of which are preeclampsia, eclampsia, anemia, gestational diabetes, placenta previa, vaginal bleeding, and consequences for the fetus, most often low weight and developmental delay in cardiovascular, nervous system, organs of vision.

Among the psycho-emotional effects on the mental sphere, groups are divided: exacerbation of an existing disease, the appearance of new disorders, most often post-traumatic stress disorder, and negative consequences due to changes in behavior, for example, child care and the use of psychoactive substances. It has been proven that negative perinatal consequences occur precisely in the presence of stress disorders, and are less pronounced, for example, in depression.

During the war in Ukraine, Ukrainians were exposed to excessive stress. This is especially noticeable among vulnerable sections of the population, such as pregnant women. This category of persons is in the field of action of obstetrician medical workers, who often lack time to properly assess mental disorders and refer patients to psychiatric specialists. Another problem is stigma — a prejudiced attitude towards specialists in the field of health care.

Currently, there is quite limited data on psychoemotional disorders in pregnant women and women in labor. This literature review provides data from world literature and describes the peculiarities of the organization of assistance in the field of health care in Ukraine during the war.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: psychoemotional disorders, pregnant women, perinatal complications, obstetric complications, gestational complications, adverse behavioral changes, exacerbation of mental disorders, stress disorder.

Вступ

Вагітність і пологи пов'язані зі значними психоемоційними змінами в організмі жінки. Часто вони проявляються емоційною вразливістю та переживанням стресу, проте вони є захисним механізмом психіки, аби впоратися з новими викликами в житті жінки.

Сьогодні серед інших психотравматичних факторів в Україні відмічається війна, масштаб і жорстокість якої є нечуваною для ХХІ століття. Реакція на стрес є досить суттєвою та впливає не лише на психічний, але й на загальний стан здоров'я. Жорстокість війни в Україні є надстресом, з яким не стикався сучасний світ.

Тому реакція людей є невивченою, а реакція осіб із вразливих верств населення, наприклад, жінок, очевидно, є специфічною.

Мета дослідження — навести аналітичний огляд наявних джерел щодо впливу психоемоційних стресових порушень у вагітних жінок на здоров'я матері та плода для вдосконалення надання медичної допомоги даній категорії населення.

Наслідки стресу поділено на групи: психоемоційної сфери та перинатальні (рис.).

Перинатальні несприятливі наслідки поділено на три складові категорії: гестаційні наслідки (наприклад, прееклампсія), акушерські наслідки (наприклад, передчасні пологи) і наслідки для плода (наприклад, слабкий ріст плода).

Гестаційні ускладнення. Стрес, який переживає жінка, відображається на тому, як вона харчується, відпочиває та проявляє активність. У разі перезбудження нервової системи відбувається надмірна стимуляція симпатoadреналової системи [15,35]. Насамперед стрес під час вагітності відображається на термінах виношування. У жінок, які відмічали надмірний стрес під час вагітності, частіше відбувалися передчасні пологи.

Передчасне народження в жінок, які пережили стрес, траплялося, за різними дослідженнями, з частотою від 4,1% до 23% [29–31].

За наявності кількох стресових факторів, ризик передчасного народження зростає пропорційно. Високий відсоток тривожності (24%) відмічається в жінок, які народжують дитину без партнера. Серед ускладнень у них — передчасні пологи, маленька дитина для гестаційного віку, відшарування плаценти, гіпертензивні розлади під час вагітності. Факт лікування тривожності не зменшує ризиків ускладнень, проте такі жінки рідше потребують лікування у відділеннях інтенсивного догляду [25].

Жінки з психоемоційними порушеннями частіше виявляють бажання народити шляхом кесаревого розтину, попри відсутність клінічних показів до такого методу розродження [8,12,13].

У постнатальний період жінки з психоемоційними розладами частіше піддаються несприятливим ситуаціям, більше схильні до вищих показників післяпологових кровотеч, частіше в них спостерігаються післяпологові інфекції та гострий пієлонефрит [10].

Акушерські ускладнення. Ускладненнями при психоемоційних розладах є гіпертен-

зія, токсемія, прееклампсія, еклампсія, анемія, гестаційний діабет, передлежання плаценти, вагінальна кровотеча [9,10].

Фокусом уваги окремих досліджень є вимушено переселені жінки. Зазначається, що в них імовірніше буде багатоплідність, ніж серед мігрантів [1]. Повідомляється, що жінки-переселенці мають такі ж ризики, які і інші жінки щодо прееклампсії [3,4,6], гестаційного діабету та кровотеч [1]. Проте у вимушено переселених жінок частіше обмежені дані щодо допологового обстеження [5], у т.ч. відсутність ультразвукового скринінгу [4]. Відсутність допологового догляду відмічається у 20% жінок, яким довелося змінити місце проживання [3]. Жінки-біженки також частіше народжують до прибуття в лікарню [1]. Тому відсутність належної медичної допомоги може стати причиною ускладнень.

Ускладнення зі сторони плода. Психоемоційні порушення впливають на здоров'я як матері, так і плода. Переживання посттравматичного стресу під час вагітності пов'язане з низькою вагою при народженні [26]. При передчасному народженні відмічаються відповідні проблеми. До того ж існують певні наслідки цього в майбутньому, що проявляються довгостроковими проблемами зі здоров'ям, такими як порушення зору, слуху, мовлення, нейромоторики, когнітивні та поведінкові порушення, серцево-судинні захворювання [22,23]. Іноді порушення не помітні в неонатальному періоді, але проявляються в більш пізньому періоді

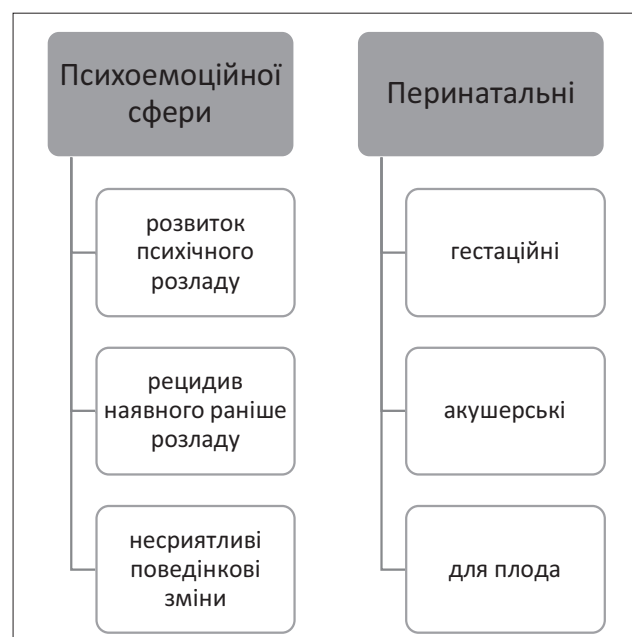


Рис. Розподіл несприятливих наслідків стресу

затримкою розвитку, метаболічним синдромом і серцево-судинними захворюваннями [24].

Одним із варіантів в оцінюванні ризику передчасного народження пропонується скринінг стресу в другому і третьому триместрах вагітності [7].

У певних дослідженнях виявлено зв'язок із психічним станом і внутрішньоутробною загибеллю плода та низькою вагою при народженні [11].

Іншими наслідками є низькі бали за шкалою Апгар новонародженого, подальша затримка розвитку.

Вчені також зазначають зворотну кореляцію між ускладненнями для плода та соціально-економічним статусом країни. Тобто ускладнення трапляються частіше в країнах із низьким, середнім доходом населення [17].

Слід зазначити, що в післяпологовий період жінки, які страждають на депресію, часто дають гіршу суб'єктивну оцінку самопочуттю дитини. Отже, материнське судження, якщо його прийняти за показник благополуччя новонародженого, може ввести в оману.

Психоемоційні порушення. За статистикою, 10–20% жінок переживають пологи як травматичну подію [27,28]. За оцінками, у 3% жінок розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) після пологів [29,30]. Ще вищий відсоток розвитку психоемоційних змін у групах ризику (жінки, які піддавалися насильству, страждали на психічні розлади в минулому, мають ускладнення вагітності та патологічні пологи). У них розвиваються психоемоційні порушення у 15,7% випадках [30], а ПТСР — майже у 20% [31].

Також помічена кореляція між часом появи психічних симптомів: чим раніше виникають симптоми депресії в матері під час вагітності, тим несприятливішими будуть наслідки на ріст плода [15].

Найчастішим ускладненням реакції на стрес є розвиток ПТСР. Його причиною можуть стати серйозні аварії, фізичне та сексуальне насильство, жорстоке поводження, насильство, травма, пов'язана з роботою, у тому числі віддалена травма, пов'язана з серйозними проблемами зі здоров'ям або переживаннями, війна та воєнний конфлікт, катування. У період вагітності та пологів це — і ускладнення вагітності, і сам факт пологів, навіть фізіологічних. Основними ознаками ПТСР є повторне переживання, уникнення, заціпеніння або, навпаки, підвищене збудження (у тому числі підвищена настороженість, гнів і дратівливість), негативні зміни в

настрої та мисленні, дисоціація, емоційна дисрегуляція, міжособистісні труднощі або проблеми в стосунках, негативне самосприйняття (відчуття приниження, ганьби або нікчемності тощо) [36].

У післяпологовому періоді як для пацієнтки, так і для партнера та медичного працівника може бути складно відрізнити симптоми ПТСР від фізіологічних характеристик періоду пологів, у тому числі повторювані думки про пологи, проблеми зі сном, труднощі з концентрацією, емоційна дисрегуляція, дратівливість і підвищена пильність. Симптоми ПТСР також можна легко прийняти за післяпологову депресію, оскільки і ПТСР, і депресія можуть включати негативний настрій і когнітивні порушення. На жаль, тема ПТСР серед вагітних жінок ще не вивчена в клінічних дослідженнях. Проте відомо, що поширеність ПТСР, пов'язаного з пологами, вища, коли вагітність або пологи є ускладненими [29]. Однак слід зазначити, що симптоми ПТСР можуть також виникати після фізіологічних пологів, що ускладнює його розпізнавання та виявлення.

Певні дослідники оцінюють перинатальні ускладнення залежно від того, який психічний розлад має жінка. Так, наприклад, межовий розлад особистості пов'язаний із початком гестаційного діабету, передчасним розривом навколоплідних оболонок, хоріоамніоном і венозною тромбоемболією [8].

Цікаво, що перинатальні ускладнення частіше трапляються саме при стресових розладах, ніж при клінічній депресії. Причиною ускладнень після стресу вважають високий рівень кортизолу в організмі жінки, що відповідно впливає на плід [15,35]. Щодо депресії не помічено такого зв'язку із перинатальними ускладненнями. Імовірно, це пов'язано з тим, що патогенез депресії передусім пов'язаний із серотоніновими рецепторами, а не впливом кортизолу. Все ж дослідники зазначають, що докази кореляції між антенатальною депресією та важкими акушерськими захворюваннями дуже обмежені [16].

Часто більшу шкоду за сам психоемоційний розлад мають його наслідки. У жінок із тяжкими психічними розладами найчастішими є вживання тютюну (29,1%), анемія (18,8%) та інфекція (13,7%). Унаслідок психоемоційних проблем зростає відсоток зловживання психоактивними речовинами. Саме вживання психоактивних речовин призводить до несприятли-

вих наслідків, адже суттєва корекція цих порушень на 50% знижує їхній ризик.

Іншою супутньою проблемою психоемоційних проявів є тривожна (уникаюча) поведінка, відповідно, це обмежує отримання медичної допомоги. Наприклад, унаслідок цього жінка може уникати розмов про пологи або скасовувати зустрічі з фахівцем. Імовірно, симптоми уникнення можуть призводити до переривання вагітності або необхідності планового кесаревого розтину. Іншим проявом уникаючої поведінки є проблеми догляду за немовлям зі сторони матері [32].

Діагностика. Інколи складно відрізнити фізіологічні зміни під час вагітності від психоемоційних розладів. Це завдання покладається на медичний персонал пологового відділення, оскільки жінки контактують переважно з ними. Не так часто жінки в таких закладах потрапляють на консультацію хоча б до психологів. Відрізнити фізіологічні зміни під час вагітності від психоемоційних порушень насправді складно за той короткий період, протягом якого жінка перебуває в пологовому відділенні. Крім того, навантаження на медичний персонал є значним, а робота з психоемоційними проблемами потребує багато моральних сил і навичок. Далі диференційна діагностика психоемоційних порушень є дуже складною. Наприклад, депресивний синдром може розвиватися внаслідок тяжкого депресивного розладу, біполярного розладу, органічного депресивного розладу, тривожно-депресивного, соматоформного, шизоафективного розладу. Відповідно різняться і напрями допомоги. По-друге, страхи та упередження жінок щодо звернення до спеціалістів із психічного здоров'я часто стають на перешкоді. Це називається стигматизацією, коли людина має упередження щодо звернення по психіатричну допомогу. Така ситуація створює додаткові перешкоди до надання комплексної допомоги.

Рутинні заходи, спрямовані на психічне здоров'я, є недостатніми. За клінічним протоколом стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» [21], для оцінювання психоемоційного стану вагітної, виявлення суїцидальних думок під час вагітності проводиться опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії. Проте вона спрямована саме на виявлення депресивного синдрому. При розладах, пов'язаних зі стресом, депресія часто не виражена, а більше проявляється тривожність, емоційна нестійкість і поведінкові зміни.

Безпечність та ефективність лікування психоемоційних розладів. Методи надання допомоги при психоемоційних розладах поділяються на медикаментозні та немедикаментозні втручання.

Немедикаментозні втручання. Загалом включено тринадцять досліджень, які охоплювали вісім типів втручань (когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму; експозиційна терапія, EMDR-терапія; міжособистісна психотерапія; дослідницька терапія; самогіпноз і релаксація; спеціальна програма для осіб із підтримки). У трьох дослідженнях травматична подія стосувалася попередніх пологів. П'ять досліджень повідомляли про акушерські результати. Після запиту додаткової інформації автори п'яти досліджень вказували на відсутність серйозних побічних ефектів. Симптоми ПТСП поліпшилися в десяти дослідженнях. Однак більшість досліджень мали високий ризик упередженості. Описано випадки, коли вагітна жінка з діагнозом ПТСП більше не відповідала критеріям діагнозу після трьох сеансів EMDR-терапії. Вагітність і пологи перебігали без ускладнень.

Інша проблема лікування — його своєчасність і доцільність. Існує низка психотерапевтичних втручань першого вибору, орієнтованих на травму, для лікування симптомів ПТСП. Очевидно, що при ПТСП спогади про травму пов'язані з психологічними та фізіологічними стражданнями, а терапія, орієнтована на травму, передбачає обробку спогадів про травму. Оскільки не можна виключати, що це короткочасне збудження шкідливе для ненародженої дитини, пацієнти та спеціалісти неохоче починають лікування симптомів ПТСП [34], який, імовірно, призводить до відкладення психологічного лікування до пологів. І навпаки, нелікований ПТСП дорівнює тривалому психологічному стресу та підвищеному рівню гормонів стресу (наприклад, кортизолу), що може в подальшому призводити до ускладнень [33]. З цього приводу невідомо, що принесе більше шкоди — лікування вагітної жінки, яка страждає від ПТСП, чи відсутність такого лікування, заснованого на доказах (наприклад, травмофокусовані психологічні втручання, керована самопомога, ПТВ, КПТ, EMDR-терапія).

Безпечність та ефективність застосування антидепресантів вагітними жінками. Враховуючи поширеність психічних розладів до зачаття і часте застосування антидепресантів, коротко-

строкові та віддалені ефекти терапевтичного лікування, слід звернути увагу на репродуктивні результати. Що стосується здоров'я матері, то застосування антидепресантів жінкою може погіршувати її статеві функції в репродуктивному періоді. Відповідно до 17-пунктової шкали Гамільтона для оцінювання депресії та переліку самооцінки депресивної симптоматики, чим краща реакція на лікування антидепресантами, тим нижчі показники сексуальних дисфункцій [18].

Вживання антидепресантів матір'ю під час зачаття, у першому триместрі та в будь-який період вагітності вивчалось, щоб виключити їхній можливий вплив на матір і новонародженого.

Переходячи до акушерських ускладнень, у пацієнок, які застосовували препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, спостерігалось передчасне народження, але воно не було значним [19].

Що стосується порушень розвитку плода, то недостатньо даних, які б свідчили, що за-

стосування антидепресантів під час вагітності пов'язане з малою вагою при народженні або малим гестаційним віком. Так само не виявлено впливу застосування матір'ю антидепресантів на затримку психомоторного розвитку та нейроповедінкові стани, такі як аутизм, гіперактивність із дефіцитом уваги [20].

Висновки

Проблема психоемоційних розладів у вагітних жінок є очевидною. Переживання пологів є значним стресом для жінки та призводить до перинатальних ускладнень. В умовах війни усе населення піддається стресу, що не може не проявлятися на вразливих верствах населення, таких як вагітні жінки. Ця тема не вивчена, адже війна в Україні не може бути порівнянна з іншими воєнними конфліктами. Тому така тема потребує детального вивчення з боку дослідників в Україні.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Bezsheiko V. (2016). Adaptatsiia Shkali dlia klinichnoi diahnozyky PTSR ta opytuvalnyka "Perelik symptomiv PTSR" dlia ukrainskoi populiatsii. *Psychosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*. 1(1): e010108. [Безшейко В. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувального "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 1(1): e010108].
- Gibson-Helm M et al. (2015). Maternal health and pregnancy outcomes comparing migranti women born in humanitarian and nonhumanitarian source countries: a retrospective, observational study. *Birth*. 42: 116–124.
- Theodora M, Antsaklis P, Michala L, Lolos M, Kalambalikis A, Koutroumanis P et al. (2019). Perinatal outcomes among immigrants and refugees in comparison with Greek population in a tertiary university hospital in Greece. *J Perinat Med*. 47: eA126–326.
- Liu C, Ahlberg M, Hjern A, Stephansson O. (2019). Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 19: 1048–1055.
- Agbemenu K, Auerbach S, Murshid NS, Shelton J, AmutahOnukagha N. (2019). Reproductive health outcomes in African refugee women: a comparative study. *J Womens Health*. 28: 785–793.
- Khan S, Yao Z, Shah B. (2017). Gestational diabetes care and outcomes for refugee women: a population-based cohort study. *Diabet Med*. 34: 1608–1614.
- Coussons-Read ME, Lobel M, Carey JC, Kreither MO, D'Anna K, Argys L et al. (2012). The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation. *Brain Behav Immun*. 26(4): 650–659.
- Pare-Miron V, Czuzoj-Shulman N, Oddy L et al. (2016). Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Womens Health*. 26: 190–195.
- Witt WP, Wisk LE, Cheng ER et al. (2012). Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: a national population-based study. *Matern Child Health J*. 16: 1525–1541.
- Thornton D, Guendelman S, Hosang N. (2010). Obstetric complications in women with diagnosed mental illness: the relative success of California's county mental health system. *Health Serv Res*. 45: 246–264.
- Hizkiyahu R, Levy A, Sheiner E. (2010). Pregnancy outcome of patients with schizophrenia. *Am J Perinat*. 27: 19–23.
- Wangel AM, Molin J, Moghaddassi M et al. (2011). Prior psychiatric inpatient care and risk of cesarean sections: a registry study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 32: 189–197.
- Sydsjö G, Möller L, Lilliecreutz C et al. (2015). Psychiatric illness in women requesting caesarean section. *BJOG*. 122: 351–358.
- Lassi ZS, Imam AM, Dean SV et al. (2014). Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reprod Health*. 11: S5.
- Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson ER et al. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 27: 960–967.
- Weobong B, ten Asbroek AH, Soremekun S et al. (2014). Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in Rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study. *PLoS ONE*. 9: e116333.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR et al. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 67: 1012–1024.
- Gelenberg AJ, Dunner DL, Rothschild AJ et al. (2013). Sexual functioning in patients with recurrent major depressive disorder enrolled in the PREVENT study. *J Nerv Ment Dis*. 201: 266–273.
- Sujan AC, Rickert ME, Öberg AS et al. (2017). Associations of maternal antidepressant use during the first trimester of pregnancy with preterm birth, small for gestational age, autism spectrum disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *JAMA*. 317: 1553–1562.
- Prady SL, Hanlon I, Fraser LK et al. (2018). A systematic review of maternal antidepressant use in pregnancy and short-

- and long-term offspring's outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 21: 127–140.
21. MOZ Ukrainy. (2022). Standarty medychnoi dopomohy «Normalna vahitnist». Klinichniy protokol. Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ia Ukrainy vid 9 serpnia 2022 roku No.1437 [МОЗ України. (2022). Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність». Клінічний протокол. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року №1437].
 22. Saigal S, Doyle LW. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 371(9608): 261–269.
 23. Van Iersel PAM, Algra AM, Bakker SCM, Jonker AJH, Hadders-Algra M. (2016). Limitations in the Activity of Mobility at Age 6 Years After Difficult Birth at Term: Prospective Cohort Study. *Phys Ther*. 96(8): 1225–1233.
 24. Miller SL, Huppi PS, Mallard C. (2016). The consequences of fetal growth restriction on brain structure and neurodevelopmental outcome. *J Physiol*. 594(4): 807–823.
 25. Gimbel LA, Blue NR, Allshouse AA, Silver RM, Gimbel B, Grobman WA et al. (2022). Pregnancy outcomes and anxiety in nulliparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 35: 25.
 26. Cook N, Ayers S, Horsch A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 225: 18–31.
 27. Haagen JF, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of affective disorders*. 185: 135–143.
 28. Stramrood CA, Paarlberg KM, Huis In't Veld EM, Berger LW, Vingerhoets AJ, Schultz WC, van Pampus MG. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike and hospital settings. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 32(2): 88–97.
 29. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*. 46(6): 1121–1134.
 30. Grekin R, O'Hara MW. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 34(5): 389–401.
 31. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 208: 634–645.
 32. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Qian P, Kristiansen IS. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American journal of obstetrics and gynecology*. 205(1): 45.e1–45.e459.
 33. Graham AM, Rasmussen JM, Entringer S, Ben Ward E, Rudolph MD, Gilmore JH et al. (2019). Maternal Cortisol Concentrations During Pregnancy and Sex-Specific Associations With Neonatal Amygdala Connectivity and Emerging Internalizing Behaviors. *Biological psychiatry*. 85(2): 172–181.
 34. Forgash C, Leeds A, Stramrood C, Robbins A. (2013). Case Consultation: Traumatized Pregnant Woman. *Journal of EMDR Practice and Research*. 7: 45–49.
 35. Baas MAM, van Pampus MG, Braam L, Stramrood CAI, de Jongh A. (2020). The effects of PTSD treatment during pregnancy: Systematic review and case study. *European Journal of Psychotraumatology*. 11(1): Article 1762310.
 36. Megnin-Viggars O, Mavranezouli I, Greenberg N, Hajioff S, Leach J. (2019). Post-traumatic stress disorder: what does NICE guidance mean for primary care? *Br J Gen Pract*. 69(684): 328–329.

Відомості про авторів:

Іщенко Ганна Іванівна — к.мед.н., н.с. відділення лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань в акушерстві ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 484-18-71. <http://orcid.org/0000-0003-0700-4517>.
Стаття надійшла до редакції 05.09.2023 р.; прийнята до друку 15.12.2023 р.