

УДК: [618.2-06:616.895.4]-085.214.3
DOI: 10.24061/2413-4260.XVI.2.60.2026.37

**О. В. Ткачова, Я. О. Бутко, О. Я. Міщенко,
О. В. Андріяненко**

ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСІЇ У ВАГІТНИХ: ДАНІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Національний фармацевтичний університет
(м. Харків, Україна)

Резюме.

Стан психічного здоров'я вагітних жінок є одним із ключових чинників, що визначає перебіг вагітності, пологів та здоров'я дитини. Проведений аналіз сучасних наукових досліджень (2021-2025 рр.) свідчить, що депресія у вагітних асоційована з підвищеним ризиком передчасних пологів, низької маси тіла новонароджених, порушенням материнсько-дитячого зв'язку та збільшенням частоти суїцидальної поведінки. Особливу увагу приділено даним доказової медицини щодо безпеки застосування антидепресантів (АД), зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Мета дослідження. Систематизувати доказові дані щодо ризиків і переваг застосування АД під час вагітності та визначити клінічні орієнтири для прийняття обґрунтованих рішень у перинатальній практиці.

Матеріали і методи дослідження. Проведений аналіз здійснено із залученням платформи PubMed використовуючи такі пошукові терміни: *pregnant woman, depression and pregnant women, mental state of women during and after childbirth, antidepressants, pharmaceutical care*. Пошук літературних джерел був обмежений часовим діапазоном з 2018 по 2025 рік із залученням джерел українською та англійською мовами.

Результати дослідження. Результати масштабних когортних досліджень і мета-аналізів вказують, що використання АД у вагітних не є незалежним фактором ризику серйозних неонатальних або довгострокових нейророзвиткових ускладнень, тоді як нелікована депресія має значно більш негативні наслідки для матері та плода. Водночас окремі препарати та високі дози можуть бути пов'язані з транзиторними проявами неонатальної адаптації, що потребує клінічного моніторингу. Таким чином, сучасні дані підтверджують доцільність індивідуалізованого підходу до призначення АД під час вагітності та необхідність фармацевтичної опіки як складової системи підтримки психічного здоров'я вагітних.

Висновок. Отримані результати аналізу свідчать, що застосування АД під час вагітності, за умов належного контролю дозування та клінічного моніторингу, є виправданим і не супроводжується істотним зростанням ризиків для плода. Найважливішим є баланс між користю лікування та ризиками нелікованої депресії. Сучасні дослідження підкреслюють потребу індивідуалізації терапії, інтеграції фармацевтичної опіки та мультидисциплінарного підходу до ведення вагітних із депресивними розладами.

Ключові слова: депресія у вагітних; антенатальний період; антидепресанти; селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; доказова медицина; фармацевтична опіка; фармакоепідеміологічні дослідження.

Вступ

Депресія у вагітних – важлива проблема громадського здоров'я, яка охоплює як депресивні розлади, що виникають під час вагітності (антенатальна депресія), так і депресію після пологів (перинатальна/постнатальна). Наявність депресії у матері пов'язана з підвищеним ризиком передчасних пологів, низької маси тіла при народженні, порушенням зв'язку «мати-дитина», а також зростанням ризику суїцидальної поведінки – однієї з провідних причин материнської смертності в уразливих популяціях.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у всьому світі близько 10% вагітних жінок і 13% жінок, які щойно народили, відчувають психічний розлад, насамперед, депресію. У країнах, що розвиваються, ці показники ще вище – 15,6% під час вагітності та 19,8% після народження дитини [1]. Під час пандемії COVID-19 та війни ці цифри зросли до 25-30%, згідно з даними 38 систематичних оглядів та мета-аналізів, що включили автори в свої дослідження [2, 3, 4]. У країнах із низьким і середнім рівнем доходу наведені показники були ще вищі – до 30-40%, що пов'язано з обмеженим доступом до психологічної підтримки та медицини [5, 6].

До основних факторів ризику перинатальної депресії відносять [7, 8]: гормональні зміни (проблеми

з лактацією та післяпологовий біль, гормональна нестабільність прогестерону, естрогену, кортизолу); психоемоційне навантаження (тривоги щодо вагітності, пологів, батьківства); соціальні чинники (відсутність підтримки, стрес, фінансові труднощі, наслідки війни); історію психічних захворювань (попередня депресія або тривожні розлади).

Одночасно лікування депресії під час вагітності для лікарів є складною дилемою: з одного боку – користь від контролю симптомів для матері й плода, з іншого – потенційні ризики фармакологічної терапії (включно з короткочасними неонатальними симптомами адаптації та досліджуваними асоціаціями з певними рідкісними ускладненнями).

Упродовж останніх років з'явилося значне число великих когортних досліджень, систематичних оглядів і клінічних настанов, які надають більш точну інформацію про спектр ризиків і користі окремих груп антидепресантів (АД), зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та інших.

Мета дослідження

Систематизувати доказові дані щодо ризиків і переваг застосування АД під час вагітності та визначити

клінічні орієнтири для прийняття обґрунтованих рішень у перинатальній практиці.

Матеріали та методи

Аналіз сучасних досліджень з проблеми депресії у вагітних був проведений на основі останніх наукових досліджень з використанням даних доказової медицини. Проведений аналіз здійснено із залученням платформи PubMed, використовуючи такі пошукові терміни: *pregnant woman, depression and pregnant women, mental state of women during and after childbirth, antidepressants, pharmaceutical care*.

Пошук літературних джерел був обмежений часовим діапазоном з 2018 по 2025 роки із залученням джерел українською та англійською мовами.

Результати та обговорення

За результатами систематичного огляду Jahan N. et al. не пролікована депресія може призвести до поганого самоогляду вагітної жінки, передчасних пологів, низької ваги новонародженої дитини, порушення зв'язку між матір'ю та дитиною, а також до суїцидальних думок – основної причини материнської смертності в деяких країнах [9]. Останнім часом дедалі більше уваги вчених приділяється виявленню біохімічних та дієтичних показників для діагностики післяпологової депресії (ППД). Згідно з дослідженнями Centeno, L.O.L. et al. (2025) та Ogiji J. et al. (2022) про вплив вітаміну D на вагітність, низькі рівні вітаміну D під час вагітності частіше сприяли розвитку ППД [10, 11].

Систематичний огляд Islam N. et al. (2025), який охопив 58 сучасних досліджень, проаналізував кореляцію між рівнями мікронутрієнтів у крові та ризиком перинатальної депресії. Було встановлено, що у 31 дослідженні спостерігався значущий зворотний зв'язок між депресивними симптомами та рівнями вітаміну D, заліза, вітаміну B₁₂, фолатів або цинку. Найбільш переконлива доказова база (28 досліджень) була зібрана щодо вітаміну D, дефіцит якого чітко корелює з погіршенням психічного стану. Водночас щодо інших мікронутрієнтів дані залишаються неоднозначними, що підкреслює необхідність комплексного підходу та подальшого вивчення впливу нутрієнтного дефіциту на розвиток перинатальної депресії [12]. Поясненням цього є доведена нейропротекторна дія вітаміну D та його вплив на вісь гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що регулює рівень кортизолу та модулює рівень серотоніну. Ці механізми вказують на те, що вітамін D може відігравати захисну роль у розвитку ППД [13]. Отже, виявлення нутрієнтних дефіцитів у вагітних, які виступають біологічними предикторами постнатальних розладів, підкреслює необхідність комплексного підходу до ведення вагітності.

Останні наукові дослідження також показали, що недостатній рівень заліза у вагітних може бути пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку депресивних симптомів. Зокрема, дослідження Dama M. et al. [14], виявило сильний взаємозв'язок між дефіцитом заліза і тривожним станом та депресіями у молодих мам. Автори порівнювали показники Единбурзької шкали післяпологової депресії (EPDS) і ймовірність

розвитку антенатальної депресії (EPDS \geq 12) між двома групами жінок і встановили, що додаткова доза заліза привела до поліпшення цих симптомів на 25%. Наведені дані підкреслюють важливість моніторингу та корекції рівнів заліза під час вагітності для зниження ризику розвитку депресії.

Для лікування перинатальних депресій використовують АД останніх поколінь. Наслідкам використання АД у вагітних та новонароджених присвячено багато досліджень. Brumbaugh J. E. та співавт. (2023) провели ретроспективне когортне дослідження, яке включало понад 1,5 млн вагітностей у США [15]. Метою було вивчення ризику розвитку транзиторного синдрому дезадаптації (ТСД) у новонароджених після впливу АД у третьому триместрі. Дослідження показало, що найбільш високий ризик спостерігався при застосуванні СІЗЗС, особливо пароксетину та сертраліну, а також при високих дозах. Хоча більшість випадків ТСД були легкими, автори підкреслюють необхідність післяпологового моніторингу таких новонароджених. Дослідження підтверджує необхідність ретельного індивідуального підбору терапії у пізні терміни вагітності.

Rommel A. S. та співавт. (2022) виконали систематичний огляд і мета-аналіз, що включив дані понад 3 млн вагітностей [16]. Мета полягала у вивченні асоціацій між застосуванням АД і перинатальними ускладненнями. Виявлено статистично значуще підвищення ризику передчасних пологів та низької ваги при народженні. Водночас автори підкреслюють, що депресія матері виступає значущим втручальним фактором, через що складно диференціювати ефекти фармакотерапії та прояви самої патології. Отримані результати підкреслюють важливість балансування між ризиком нелікованої депресії та можливими ускладненнями від медикаментозної терапії.

Cornet M. C. et al. (2024) досліджували наслідки призначення СІЗЗС після 20-го тижня вагітності [17]. У вибірці понад 250 тис. вагітностей виявлено підвищений ризик затриманої неонатальної адаптації. При цьому не було знайдено статистично значущого збільшення випадків персистуючої легеневої гіпертензії новонароджених чи судом. Автори підкреслили залежність ризиків від дози та типу препарату, що вказує на важливість індивідуалізації терапії. Отже, при призначенні СІЗЗС у пізні терміни вагітності слід передбачати можливість короточасних неонатальних симптомів і забезпечити післяпологове спостереження.

Bhat R. S. et al. (2023) провели систематичний огляд і мета-аналіз на основі 22 досліджень, щоб оцінити асоціацію між прийомом СІЗЗС під час вагітності та ризиком розвитку розладів аутистичного спектра у дітей [18]. Попередні дані вказували на можливий підвищений ризик, проте при корекції на материнські психіатричні діагнози та інші фактори більшість асоціацій втрачали статистичну значущість. Автори роблять висновок, що ризик аутизму, імовірно, корелює з тяжкістю депресії та генетичною схильністю, ніж із самим прийомом АД.

Дослідження Generation R базувалося на аналізі даних МРТ-сканування головного мозку 3198 дітей віком 7-15 років [19]. Було встановлено, що пренатальна

експозиція СІЗС асоціювалася з меншим об'ємом сірої речовини, зокрема в кортиколімбічних структурах. Крім того, до підліткового віку спостерігалось збільшення амігдали (мигдалеподібного тіла) та фузіформної звивини. Водночас довготривалих відмінностей у цілісності інтегративної структури мозку виявлено не було. Автори зазначають, що такі зміни можуть бути наслідком як безпосереднього впливу препаратів, так і впливу материнської депресії, що потребує подальшого контролю.

Огляд, проведений Levin L. G. та Novick A. M. за період 2019-2022 рр., продемонстрував, що після корекції на материнську депресію застосування СІЗС не асоціюється з вродженими вадами розвитку або гестаційним діабетом [20]. Водночас зафіксовано незначне підвищення ризику прееклампсії, післяпологової кровотечі, передчасних пологів, персистуючої легеневої гіпертензії новонароджених та госпіталізації до відділення інтенсивної терапії новонароджених, проте абсолютний ризик залишається низьким. Докази щодо нейророзвиткових ускладнень залишаються неоднозначними. Автори наголошують, що ризики від використання СІЗС є суттєво нижчими порівняно з наслідками нелікованого депресивного розладу.

У масштабному когортному дослідженні, проведеному у Великій Британії (Heuvelman H. et al., 2023), було проаналізовано дані 80103 вагітних жінок з метою оцінки нейророзвиткових наслідків у дітей [21]. Для забезпечення високої точності результатів автори застосували сучасні методи каузального аналізу, включаючи порівняння за показником схильності (propensity score matching) та метод інструментальних змінних (instrumental variables). Дослідження продемонструвало, що експозиція АД під час вагітності не пов'язана з підвищенням ризику розвитку РАС (розлади аутистичного спектру), СДУГ (синдром дефіциту уваги та гіперактивності) або інтелектуальної недостатності у дитини. Такі висновки є обнадійливими, хоча автори зауважують, що слабкі сигнали асоціації при ініціації терапії безпосередньо під час вагітності потребують подальшого вивчення.

Аналіз двох масштабних американських когортних баз даних – Medicaid (MAX) та MarketScan, що охопили 3,2 млн вагітностей, дозволив оцінити зв'язок між прийомом АД (у період від 19-го тижня гестації до пологів) та ризиком нейророзвиткових розладів у дітей [22]. Первинний (некоректований) аналіз продемонстрував значне підвищення ризику. Однак після проведення комплексної корекції на материнські чинники (тяжкість депресії, спосіб життя, генетичні фактори), а також застосування методу порівняння сиблінгів, різниця в ризиках між експонованими та неекспонованими дітьми була нівельована (відношення ризиків, HR = 0,97). Це доводить, що провідну роль у виникненні порушень відіграють предиктори, пов'язані безпосередньо з діагнозом матері, тоді як сама терапія АД не зумовлює довгострокових негативних наслідків для нейророзвитку.

У межах британського когортного аналізу на основі бази даних CPRD GOLD (Clinical Practice Research Datalink), що охопив понад 1 млн вагітностей за період 1996-2018 рр., було встановлено, що 7,2% жінок при-

ймали АД у першому триместрі [23]. Показник ризику самовільного переривання вагітності становив 12,4% у неекспонованій групі та 14,7% – у групі експозиції. Однак після проведення корекції на конфаундінгові фактори (депресія, куріння тощо), різниця стала мінімальною: 13,6% проти 13,1%. Для жінок, які продовжували прийом АД, розпочатий ще до зачаття, ризик взагалі не відрізнявся від середньопопуляційного (скориговане відношення ризиків, aHR = 1,00).

У масштабному систематичному огляді та мета-аналізі 29 досліджень, проведеному Smith S. et al. (2024), були проаналізовані дані близько 5,7 млн вагітних [24]. Автори встановили, що в загальній популяції ризик самовільного переривання вагітності при прийомі АД був вищим (сумарний показник ефекту: 1,24, 95% ДІ від 1,18 до 1,31). Проте при порівнянні з групою жінок, які мали депресивні розлади, але не отримували фармакотерапію, цей показник знижувався (1,16, 95% ДІ від 1,04 до 1,31). Важливо зауважити, що більшість включених у мета-аналіз досліджень мали високий ризик систематичної помилки, що вказує на суттєвий вплив конфаундінгу. Після корекції на вік матері, анамнез та психіатричні діагнози не було виявлено статистично значущого впливу АД на ризик спонтанного абортів. Автори наголосили, що попередні повідомлення про підвищення ризику викиднів могли бути наслідком неконтрольованого впливу депресії та супутніх захворювань. Отже, пряма асоціація між застосуванням АД та ризиком викидня не знайшла переконливих підтверджень.

Масштабне популяційне когортне дослідження, проведене в Гонконгу (2003-2018 рр.), охопило близько 466 000 вагітностей і тривало понад 15 років [25]. Згідно з результатами Ren Q. et al. (2025), пренатальна експозиція АД була асоційована з помірним підвищенням ризику госпіталізації немовлят у перші 90 днів життя (скориговане співвідношення шансів, aOR = 1,29), низькою оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині (< 7 балів; aOR = 1,31) та необхідністю переведення до відділення спеціального догляду (Special Care Baby Unit, SCBU; aOR = 1,41). Найбільш виражені асоціації спостерігалися для груп СІЗС та трициклічних АД. Проте автори підкреслюють, що більшість виявлених ефектів мали тимчасовий характер і втрачали статистичну значущість після повної корекції на конфаундінгові чинники.

Згідно з даними загальнонаціонального когортного дослідження, проведеного в Південній Кореї (2022), у групі з 5207 вагітних жінок було встановлено, що 95,1% пацієнток припиняли прийом АД під час вагітності, найчастіше у першому триместрі [26]. Проте 38,9% із них згодом були змушені поновити терапію у пізній антенатальний або післяпологовий періоди. Основними чинниками, що перешкождали перериванню лікування, були тяжкий перебіг депресії, наявність психіатричної коморбідності та отримання медичної допомоги за програмами державного страхування. Натомість жінки з розладами, зумовленими вживанням психоактивних речовин (алкоголю чи наркотичних засобів), припиняли терапію значно частіше. Автори акцентують на критичній потребі у чітких клі-

нічних протоколах, які регламентували б доцільність відміни або поновлення прийому АД, та підкреслюють необхідність безперервного моніторингу психічного стану жінок протягом усього перинатального циклу.

У масштабному реєстровому дослідженні Wolgast E. et al. (2021), яке охопило 262 329 жінок у Швеції, було проведено порівняльний аналіз трьох груп: контрольної групи (без діагнозу великого депресивного розладу (ВДР) та призначень), групи пацієток, які припинили прийом АД до вагітності, та групи, що продовжувала терапію під час гестації [27]. Результати продемонстрували, що наявність ВДР, незалежно від факту фармакотерапії, корелювала з підвищеним ризиком оперативних пологів, гестаційного блювання та госпіталізації новонароджених до відділення інтенсивної терапії новонароджених. У підгрупі жінок, які продовжували прийом АД, було зафіксовано додаткове зростання ризику передчасних пологів та низької маси тіла при народженні. Це дослідження підтверджує, що як сам психічний розлад, так і його медикаментозна терапія можуть чинити вплив на перинатальні наслідки, що зумовлює потребу в моніторингу таких вагітностей.

У норвезькому когортному дослідженні MoBa (Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study), що охопило 6647 жінок із депресивними та тривожними розладами, вивчали зв'язок між прийомом АД та ризиком розвитку гестаційного цукрового діабету (ГДМ) [28]. Дослідники порівнювали препарати з низькою (більшість СІЗЗС та ІЗЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну)) та високою афінністю до H_1 -рецепторів. Загальна частота ГДМ у вибірці становила 1,3%. Встановлено, що прийом препаратів із низькою афінністю не асоціювався з підвищенням ризику (відносний ризик, $RR = 0,69$). Натомість у групі жінок, які отримували АД із високою H_1 -афінністю, частота ГДМ була помітно вищою – 3,9%. Таким чином, застосування більшості сучасних СІЗЗС/ІЗЗСН не є значущим чинником ризику метаболічних порушень, проте вибір специфічних засобів із вираженим впливом на гістамінові рецептори потребує обережності та подальшого вивчення.

У ретроспективному когортному дослідженні, проведеному в Тайвані (2021), аналізували дані 5664 вагітних жінок із діагностованою депресією [29]. Дослідники порівнювали пацієток, які отримували АД до 20-го тижня гестації (2832 особи), із тими, хто не проходив медикаментозного лікування. У загальній вибірці призначення АД не асоціювалося з підвищенням ризику гіпертензивних розладів вагітності (ГРВ); (скориговане відношення ризиків, $aHR = 0,89$). Проте при детальному аналізі було виявлено дозозалежний ефект: у групі жінок, які отримували високі кумулятивні дози препаратів, ризик розвитку ГРВ був значно вищим ($aHR = 2,46$). Отримані результати підкреслюють критичну роль моніторингу артеріального тиску (АТ) та необхідність дотримання принципу мінімально ефективного дозування під час вагітності.

Мета-аналіз 17 обсерваційних досліджень за період з 1997 по 2024 рр., проведений Hu S. et al. (2025), був присвячений вивченню зв'язку між прийомом АД під час вагітності та розвитком гестаційної гіпертензії

або прееклампсії [30]. Первинні результати продемонстрували значущу асоціацію для всіх основних класів: ІЗЗСН (об'єднане відношення шансів, $OR = 1,94$), СІЗЗС ($OR = 1,34$) та ТЦА ($OR = 2,00$). Однак після проведення корекції на фактор материнської депресії, стійка асоціація збереглася лише для групи ІЗЗСН (скориговане відношення шансів, $aOR = 1,53$). Для СІЗЗС показник став статистично незначущим ($aOR = 1,03$), як і для ТЦА ($aOR = 1,80$, проте без статистичної значущості через широкий довірчий інтервал). На основі отриманих даних автори рекомендують посиленій моніторинг АТ при застосуванні саме ІЗЗСН у вагітних.

У проспективному когортному дослідженні, проведеному в Норвегії (61081 пара мати-дитина), було проаналізовано довгострокові наслідки застосування СІЗЗС у післяпологовий період [31]. Результати Liu C. et al. (2023) продемонстрували, що постнатальна терапія селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну не лише покращує емоційне здоров'я матері та її задоволеність партнерськими стосунками, а й позитивно впливає на розвиток дитини. Зокрема, лікування депресії у матері асоціювалося зі зниженням ризику екстерналізованих поведінкових розладів та симптомів СДУГ у дітей віком до 5 років. Це свідчить про те, що своєчасна терапія материнської депресії є протективним чинником для психічного здоров'я дитини.

У данському дослідженні Gram M. A. et al. (2024) було проаналізовано дані 33776 новонароджених, чії матері отримували АД під час вагітності [32]. Використовуючи моделі аналізу з урахуванням втручальних чинників, що змінюються в часі, автори встановили, що припинення монотерапії АД протягом вагітності асоціювалося зі зниженням ризику госпіталізації немовлят у перші 24 години після народження, а також із меншою ймовірністю розвитку персистуючої легеневої гіпертензії новонароджених. Водночас підвищеного ризику вроджених вад серця виявлено не було. Отримані результати є статистично значущими, проте клінічний ефект оцінюється як помірний.

У масштабному данському реєстровому дослідженні Bliddal M. et al. (2023) протягом тривалого періоду (до досягнення дітьми 22-річного віку) проводився моніторинг понад 1 млн осіб (1 094 202 дитини) з метою оцінки ризику розвитку емоційних розладів [33]. Дослідники встановили, що наявність материнської депресії або тривоги як показання до терапії була пов'язана з підвищеним ризиком розвитку аналогічних розладів у нащадків. Зокрема, ризик депресії у дитини був підвищеним навіть у тих випадках, коли мати припинила прийом СІЗЗС ще до зачаття ($HR = 1,23$). Отримані результати свідчать про те, що довгострокові емоційні проблеми у дітей більшою мірою зумовлені материнським анамнезом (генетичною схильністю) та факторами середовища, аніж безпосереднім пренатальним впливом АД.

Отже, проведений нами аналіз надає реальні дані щодо безпеки та ризиків застосування АД у перинатальний період. Сучасна доказова база (2018-2025 рр.) демонструє значну еволюцію поглядів: від побоювань щодо тератогенності та нейророзвиткових розладів до розуміння визначальної ролі конфаундінгу за пока-

заннями. Найбільш масштабні когортні дослідження (CPRD GOLD, МоВа, данські та шведські реєстри) переконливо доводять, що більшість раніше виявлених негативних наслідків – таких як викидні, РАС, СДУГ та інтелектуальна недостатність асоційовані не з дією препаратів, а з біологічним впливом материнської депресії, генетичною схильністю та соціально-середовищними факторами. Рішення про призначення або продовження терапії антидепресантами під час вагітності має ґрунтуватися на індивідуальному балансі ризиків нелікованої депресії проти потенційних, переважно транзиторних, неонатальних ускладнень.

Висновки

1. Сучасні дані доказової медицини свідчать про відсутність клінічно значущого зв'язку між прийомом АД у першому триместрі та ризиком самовільного викидня. Ризики, що спостерігаються в загальній популяції, нівелюються при порівнянні з вагітними, які мають аналогічний коморбідний діагноз, нозологічно подібний перебіг, але не отримують фармакотерапії.

2. Масштабні дослідження з використанням каузальних методів аналізу не підтверджують асоціацію між пренатальною експозицією АД та розвитком аутизму чи СДУГ у дітей. Довгострокові емоційні розлади у нащадків (віком до 22 років) корелюють із материнським психіатричним анамнезом, а не з проведінням фармакотерапії під час гестації.

Література:

1. WHO. Perinatal mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Dec 11]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
2. Tomfohr-Madsen LM, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;300:113912. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>. PMID: 33836471; PMCID: PMC9755112.
3. Caffieri A, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, De-Juan-Iglesias P, Margherita G, Motrico E. Global prevalence of perinatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analytic synthesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103(2):210-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.14740>. PMID: 38113292; PMCID: PMC10823409.
4. Kajdy A, Sys D, Pokropek A, Shaw SW, Chang TY, Calda P, et al.; Mind-COVID Collaborative Team. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: Results of a web-based multinational cross-sectional study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;160(1):167-186. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14388>. PMID: 35932096; PMCID: PMC9538861.
5. Матохнюк ЛО, Оверчук ВА. Вплив війни на психологічний стан вагітних жінок. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки.* 2024;(1):68-73. DOI: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1\(4\).7](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.1(4).7).
6. Padhani ZA, Salam RA, Rahim KA, Naz S, Zulfiqar A, Ali Memon Z, et al. Prevalence and risk factors of perinatal depression among mothers and fathers in Pakistan: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Behav Med.* 2024;12(1):2383468. DOI: <https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2383468>. PMID: 39135561; PMCID: PMC11318492.
7. Djatche Miafo J, Woks NIE, Nzebou D, Tchaptchet I, Delene ST, Kegha Tchidje O, et al. Epidemiological profile of perinatal mental disorders at a tertiary hospital in Yaoundé- Cameroon. *Front Glob Womens Health.* 2023;4:999840. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.999840>.
8. Raghavan V, Khan HA, Seshu U, Rai SP, Durairaj J, Aarthi G, et al. Prevalence and risk factors of perinatal depression among women in rural Bihar: A community-based cross-sectional study. *Asian J Psychiatr.* 2021;56:102552. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102552>. PMID: 33454561.
9. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus.* 2021;13(8): e17251. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.17251>.
10. Centeno LOL, Longoni A, Trettim JP, Lemes IT, Lobato AS, Moura NP, et al. Vitamin D Deficiency During Pregnancy Is Associated with Postpartum Depression: A Cohort Study in Southern Brazil. *Nutrients.* 2025;17(23):3649. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu17233649>.
11. Ogiji J, Rich W. An exploratory study of vitamin D levels during pregnancy and its association with postpartum depression. *Psychiatry Res Commun.* 2022;2(1):100021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100021>.
12. Islam N, Semmler A, Starling J, Voisey J. A Systematic Review of the Correlation Between Micronutrient Levels and Perinatal Depression. *Nutrients.* 2025;17(21):3479. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu17213479>. PMID: 41228551
13. Menéndez SG, Manucha W. Vitamin D as a Modulator of Neuroinflammation: Implications for Brain Health. *Curr Pharm Des.* 2024;30(5):323-32. DOI: <https://doi.org/10.2174/0113816128281314231219113942>. PMID: 38303529.
14. Dama M, Van Lieshout RJ, Mattina G, Steiner M. Iron Deficiency and Risk of Maternal Depression in Pregnancy: An Observational Study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(6):698-703. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.09.027>. PMID: 29307706.

15. Brumbaugh JE, Ball CT, Crook JE, Stoppel CJ, Carey WA, Bobo WV. Poor Neonatal Adaptation After Antidepressant Exposure During the Third Trimester in a Geographically Defined Cohort. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2023;7(2):127-139. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.02.002>. PMID: 36938114.
16. Rommel AS, Momen NC, Molenaar NM, Agerbo E, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Antidepressant use during pregnancy and risk of adverse neonatal outcomes: A comprehensive investigation of previously identified associations. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;145(6):544-56. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13409>. PMID: 35152413; PMCID: PMC9117424.
17. Cornet MC, Wu YW, Forquer H, Avalos LA, Sriram A, Scheffler AW, et al. Maternal treatment with selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and delayed neonatal adaptation: a population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2024;109(3):294-300. DOI: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326049>. PMID: 38071585.
18. Bhat RS, Alonazi M, Al-Daihan S, El-Ansary A. Prenatal SSRI Exposure Increases the Risk of Autism in Rodents via Aggravated Oxidative Stress and Neurochemical Changes in the Brain. *Metabolites*. 2023;13(2):310. DOI: <https://doi.org/10.3390/metabo13020310>. PMID: 36837929; PMCID: PMC9963091.
19. Koc D, Tiemeier H, Stricker BH, Muetzel RL, Hillegers M, El Marroun H. Prenatal Antidepressant Exposure and Offspring Brain Morphologic Trajectory. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(12):1208-17. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3161>. PMID: 37647036; PMCID: PMC10469300.
20. Lebin LG, Novick AM. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in Pregnancy: An Updated Review on Risks to Mother, Fetus, and Child. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(11):687-95. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01372-x>. PMID: 36181572; PMCID: PMC10590209.
21. Heuvelman H, Davies NM, Ben-Shlomo Y, Emond A, Evans J, Gunnell D, et al. Antidepressants in pregnancy: applying causal epidemiological methods to understand service-use outcomes in women and long-term neurodevelopmental outcomes in exposed children. *Health Technol Assess*. 2023;27(15):1-83. DOI: <https://doi.org/10.3310/AQTF4490>. PMID: 37842916.
22. Suarez EA, Bateman BT, Hernández-Díaz S, Straub L, Wisner KL, Gray KJ, et al. Association of Antidepressant Use During Pregnancy With Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. *JAMA Intern Med*. 2022;182(11):1149-60. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.4268>. PMID: 36190722; PMCID: PMC9531086.
23. Martin FZ, Madley-Dowd PC, Ahlqvist VH, Sharp GC, Easey KE, Lee BK, et al. First trimester antidepressant use and miscarriage: a population-based cohort study using Clinical Practice Research Datalink GOLD. *Br J Gen Pract*. 2025;75(761):e843-e852. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2025.0092>. PMID: 40774797; PMCID: PMC12770840.
24. Smith S, Martin F, Rai D, Forbes H. Association between antidepressant use during pregnancy and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024;14(1):e074600. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074600>. PMID: 38272551; PMCID: PMC10824002.
25. Ren Q, Gu M, Wang X. Antidepressant use in pregnancy and neonatal outcomes: reassuring findings from an asian cohort. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2025;101:6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.10.003>. PMID: 41326252. PMID: 34728291.
26. Noh Y, Choe SA, Kim WJ, Shin JY. Discontinuation and re-initiation of antidepressants during pregnancy: A nationwide cohort study. *J Affect Disord*. 2022;298(Pt A):500-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.069>.
27. Wolgast E, Lilliecreutz C, Sydsjö G, Bladh M, Josefsson A. The impact of major depressive disorder and antidepressant medication before and during pregnancy on obstetric and neonatal outcomes: A nationwide population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;257:42-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.062>. PMID: 33359923.
28. Lupattelli A, Barone-Adesi F, Nordeng H. Association between antidepressant use in pregnancy and gestational diabetes mellitus: Results from the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2022;31(2):247-56. DOI: <https://doi.org/10.1002/pds.5388>. PMID: 34817916.
29. Yang LY, Lin FJ, Katz AJ, Wang IT, Wu CH. Prenatal antidepressant use and risk of adverse neonatal and neurodevelopmental outcomes: a nationwide cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2024;85(2):23m15024. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.23m15024>. PMID: 34116038.
30. Hu S, Lin T, Li L, Liu J, Zhao F, Xie H. Association of antidepressant use during pregnancy and pregnancy-induced hypertension: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):884. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07974-6>. PMID: 40855270; PMCID: PMC12376750.
31. Liu C, Ystrom E, McAdams TA. Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2331270. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31270>. PMID: 37642961.
32. Gram MA, Laksafoss A, Hviid A. Antidepressant exposure patterns during pregnancy and risk of adverse newborn outcomes. *Psychiatry Res*. 2024;342:116274. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116274>. PMID: 39586147.
33. Bliddal M, Wesselhoeft R, Strandberg-Larsen K, Ernst MT, Weissman MM, Gingrich JA, et al. Prenatal antidepressant exposure and emotional disorders until age 22: a danish register study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2023;17(1):73. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00624-9>. PMID: 37328889; PMCID: PMC10276495.

DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN: EVIDENCE-BASED DATA ON THE USE OF ANTIDEPRESSANTS DURING PREGNANCY

O. Tkachova, Y. Butko, O. Mishchenko, O. Adriyanenkov

National University of Pharmacy
(Kharkiv, Ukraine)

Abstract.

Maternal mental health represents a critical determinant of pregnancy outcomes, childbirth, and child health. Current evidence derived from studies published between 2021 and 2025 demonstrates that maternal depression is associated with an elevated risk of preterm birth, low birth weight, impaired maternal–infant bonding, and increased risk of suicidal behavior. Particular attention has been directed toward evidence-based data concerning the safety profile of antidepressants (ADs), specifically selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs).

The aim of the study was to systematize evidence-based data regarding the risks and benefits associated with antidepressant therapy during pregnancy and to define clinical recommendations supporting informed decision-making in perinatal care.

Materials and methods. The analysis was performed using the PubMed database with the following search terms: pregnant woman, depression and pregnant women, mental state of women during and after childbirth, antidepressants, pharmaceutical care. The literature search was limited to the period from 2018 to 2025, including sources in Ukrainian and English.

Results. Findings derived from large-scale cohort studies and meta-analyses demonstrate that the use of ADs during pregnancy does not constitute an independent risk factor for severe neonatal or long-term neurodevelopmental complications, whereas untreated depression is associated with substantially more adverse maternal and fetal outcomes. Nevertheless, certain medications and higher dosages may be associated with transient manifestations of neonatal adaptation disorders, which requires clinical monitoring. Contemporary evidence therefore supports an individualized approach to AD prescribing during pregnancy and confirms the importance of pharmaceutical care as an integral component of mental health support for pregnant women.

Conclusion. The findings of the analysis indicate that the use of ADs during pregnancy, provided that appropriate dose adjustment and clinical surveillance are ensured, is clinically justified and is not associated with a substantial increase in fetal risk. The principal consideration remains the balance between the therapeutic benefits of treatment and the risks associated with untreated depression. Current evidence highlights the necessity of individualized treatment strategies, integration of pharmaceutical care, and multidisciplinary management of pregnant women with depressive disorders.

Keywords: Depression in Pregnant Women; Antenatal Period; Antidepressants; Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; Evidence-Based Medicine; Pharmaceutical Care; Pharmacoepidemiological Studies.

Контактна інформація:

Ткачова Оксана Віталіївна – доктор фармацевтичних наук, професор, професор кафедри клінічної фармакології Національного фармацевтичного університету (м. Харків, Україна)
e-mail: tkachevaov@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4646-0400>
Scopus Author ID: 572044010700
Web of Science ResearcherID: V-2669-2018

Бутко Ярослава Олександрівна – доктор фармацевтичних наук, професор, завідувачка кафедри клінічної фармакології Національного фармацевтичного університету (м. Харків, Україна),
e-mail: yaroslavabutko79@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6019-6330>
Scopus Author ID: 57204440907
Web of Science ResearcherID: AAB-3873-2020

Міщенко Оксана Яківна – доктор фармацевтичних наук, професор, професор кафедри клінічної фармакології Національного фармацевтичного університету (м. Харків, Україна),
e-mail: oksanamishch2021@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-5862-4543
Scopus Author ID: 57204440606
Web of Science ResearcherID: B-8093-2019

Адріянєнков Олексій Вікторович – к. фарм. н., асистент кафедри клінічної фармакології Національного фармацевтичного університету (м. Харків, Україна)
e-mail: alexseyandriyanenkov@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-4209-756X>

Contact information:

Oksana Tkachova – Doctor of Pharmacy, Professor, Professor of the Department of Clinical Pharmacology, National University of Pharmacy (Kharkiv, Ukraine),
e-mail: tkachevaov@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4646-0400>
Scopus Author ID: 572044010700
Web of Science ResearcherID: V-2669-2018

Yaroslava Butko – Doctor of Pharmacy, Professor, Head of the Department of Clinical Pharmacology, National University of Pharmacy (Kharkiv, Ukraine),
e-mail: yaroslavabutko79@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6019-6330>
Scopus Author ID: 57204440907
Web of Science ResearcherID: AAB-3873-2020

Oksana Mishchenko – Doctor of Pharmacy, Professor, Professor of the Department of Clinical Pharmacology, National University of Pharmacy (Kharkiv, Ukraine),
e-mail: oksanamishch2021@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-5862-4543
Scopus Author ID: 57204440606
Web of Science ResearcherID: B-8093-2019

Oleksiy Adriyanenkov – Candidate of Pharmaceutical Sciences, Assistant of the Department of Clinical Pharmacology, National University of Pharmacy (Kharkiv, Ukraine)
e-mail: alexseyandriyanenkov@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-4209-756X>

Отримано: 14 січня 2026 р.
Прийнято до публікації: 28 травня 2026 р.
Опубліковано: 29 червня 2026 р.

