

# Розлади сну та ефективність різних методів терапії безсоння у вагітних (Огляд літератури)

**О.В. Голяновський, С.В. Фролов**

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Порушення сну (дисомнії) під час вагітності мають високу поширеність і можуть бути пов'язані з негативними перинатальними наслідками. Однак ці стани часто недостатньо ефективно діагностують і лікують.

У даному огляді виконано систематичне оцінювання ефективності різних методів терапії для покращення якості сну та наявності безсоння під час вагітності.

Проведено систематичний пошук по базах даних Pubmed, PsycINFO та Medline без обмеження терміну публікації до 3 листопада 2022 року. Відповідні дослідження включали вагітних будь-якого віку та терміну гестації; у них використовували схеми клінічного втручання, спрямовані на покращення якості сну; повідомляли дані до і після лікування для одного або кількох результатів, пов'язаних зі сном. Було відібрано 16 досліджень з загальною кількістю 988 вагітних. За результатами досліджень визначено ефективність різних видів втручань: когнітивно-поведінкової терапії при порушеннях сну, фармакотерапії, акупунктури, йоги, релаксації і фітотерапії. Останні публікації засвідчили, що порушення сну мають зв'язок з несприятливими наслідками вагітності, включаючи затримку росту плода, передчасні пологи, слабкість пологової діяльності та високу частоту розродження шляхом кесарева розтину.

Існує вкрай висока актуальність і необхідність проведення високоякісних рандомізованих контрольованих досліджень щодо розладів сну під час вагітності та впровадження ефективних програм стандартної акушерської допомоги. Є необхідність у покращенні психологічної допомоги та догляду за здоров'ям сну під час вагітності для підтримки позитивного перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Майбутні клінічні дослідження мають бути рандомізованими та залучати достатню кількість жінок для статистичної ефективності, у тому числі перевірки ефективності когнітивно-поведінкової терапії безсоння для попередження ускладнень перебігу вагітності/пологів та соматичних захворювань у довгостроковій перспективі.

**Ключові слова:** порушення сну, якість сну, вагітність, психічне здоров'я матері, систематичний огляд.

## Sleep disorders and effectiveness of various methods of insomnia therapy in pregnant women (Literature review)

**O.V. Golyanovskiy, S.V. Frolov**

Sleep disorders (dyssomnia) during pregnancy are of high prevalence and may be associated with negative peri- and postnatal outcomes. However, these conditions are often not effectively diagnosed and treated.

In this review a systematic evaluation of the effectiveness of different methods of therapy to improve the quality of sleep and in the presence of insomnia during pregnancy was conducted.

Systematic search in PubMed, Psycinfo and Medline databases was conducted without limiting the publication date till November 3, 2022. The relevant studies included pregnant women of any age and gestation; they included the clinical intervention schemes aimed at improving sleep quality; the data before and after treatment for one or more sleep-related results were reported. 16 studies were selected with a total of 988 pregnant women.

According to the results of researches the effectiveness of different types of interventions was established: cognitive-behavioral therapy for sleep disorders, pharmacotherapy, acupuncture, yoga, relaxation and phytotherapy. The recent publications have determined that sleep disorders have a connection with the adverse pregnancy outcomes, including fetal growth restriction, premature births, weakness of uterine labor activity and high delivery frequency of caesarean section.

There is an extremely high relevance and need for high-quality randomized controlled studies about sleep disorders during pregnancy and implementation of effective standard obstetric care programs. There is a necessity to improve psychological care and sleep care during pregnancy to maintain a positive pregnancy course, childbirth and postpartum period. Future clinical studies should be randomized and include a sufficient number of women for statistical efficacy, including checking the effectiveness of cognitive-behavioral insomnia therapy to prevent pregnancy/childbirth complications and somatic diseases in the long-term period.

**Keywords:** sleep disorders, sleep quality, pregnancy, mother's mental health, systematic review.

Сон має вирішальне значення для людини, займаючи до третини її життя. Поганий сон, як за тривалістю, безперервністю, так і за якістю, пов'язаний із підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я, таких, як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, депресія та тривожність [1–4]. Сон є важливим регуляторним психофізіологічним процесом, що впливає на регу-

ляцію емоцій та поведінки, які є ключовими факторами адаптації до стресу [5–7]. Розлади сну – одні із найпоширеніших скарг серед населення [8], що пов'язано з високими прямими та непрямыми витратами [9].

У жінок під час вагітності порушення сну виникають статистично частіше, що підвищує у подальшому ризик розвитку безсоння [10]. Дослідження проблем

сну у Національному центрі вивчення сну США у 2017 році встановило, що до 78% вагітних мали скарги на порушення сну протягом III триместра гестації [11]. Слід зазначити, що у вагітних зміна тривалості, якості і характеру сну спостерігається протягом усього періоду вагітності, не обмежуючись III триместром [15–18].

JJ Arch встановив, що низька якість сну під час вагітності є потенційним фактором ризику розвитку допологової та післяпологової депресії [18]. Як підтвердження цих даних, останні публікації продемонстрували, що порушення сну пов'язані з несприятливими наслідками вагітності, включаючи затримку росту плода, передчасні пологи, слабкість пологової діяльності та високу частоту оперативного розродження [20–22]. Психосоціальні фактори, такі, як низький соціально-економічний статус, безробіття, низький освітній рівень, відсутність доступу до допологового догляду, конфлікти у сім'ї, зумовлюють стрес під час вагітності [23].

Доведено, що низька якість сну достовірно пов'язана з високим рівнем стресу та з імунологічною та ендокринологічною патологією [24–26]. Безсоння є провісником підвищення загального рівня стресу під час вагітності, що може мати каскад негативних наслідків як під час пологів, у післяпологовий період, так і для плода та новонародженого.

Тим не менш існує тенденція регулярно виключати вагітних з клінічних випробувань, що оцінюють проблеми зі сном [27]. Крім того, існує також тенденція до того, що жінки зазвичай повідомляють про проблеми зі сном на пізніх термінах вагітності, навіть якщо проблеми починаються вже під час I триместра, що призводить до складності лікування вагітних [28]. Своєю чергою це може призвести до пізньої діагностики та недостатнього лікування безсоння під час вагітності, що у подальшому вплине на стан психічного здоров'я матері [29, 30].

Проблемні питання пов'язані також з неоднозначністю призначення лікарями снодійних та психотропних препаратів вагітним і породіллям через можливі побічні ефекти для вагітної та плода, особливо у I триместрі гестації [29]. Хоча є дані літератури, які свідчать про те, що вагітні надають перевагу психотерапії перед фармакотерапією або іншими видами втручань для вирішення цих проблем [31]. За даними проведених досліджень, існують обмежені докази ефективності психотерапії під час вагітності через невелику кількість досліджень та малі розміри вибірки [32].

Вагітних і породіль регулярно виключають з біомедичних досліджень, і як зазначають EL Garland et al. [30]: «це неетично і ненауково, і регуляторні органи повинні вказувати на це». Дійсно, наші знання, пов'язані зі здоров'ям і психобіологічними процесами у цей період життя жінки, обмежені, як і наша відповідна здатність ефективно лікувати та запобігати психічним розладам, включаючи проблеми зі сном. Це обмеження необхідно подолати, оскільки рекомендації вимагають, щоб вагітним були доступні сучасні ефективні методи лікування [23].

Європейські та американські рекомендації [9, 25] підкреслюють, що безсоння ефективно лікується когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), яка є першою лінією лікування безсоння та пов'язаних з нею проблем. Су-

купна доказова база свідчить, що КПТ має сприятливий вплив на супутні симптоми, отже, має потенціал для запобігання негативним наслідкам для здоров'я [26–28].

Орієнтація на якість сну під час вагітності дає величезні потенційні переваги як з наукового, так і з клінічного погляду, щоб полегшити симптоми, а також отримати профілактичний ефект. Як було зазначено вище, сон є вирішальним фактором ризику розвитку депресії та психічних розладів під час вагітності. КПТ є ефективною для супутніх симптомів, легко впроваджується у стандартну допомогу і, отже, може представляти собою ефективний профілактичний захід попередження порушень сну [9].

Крім того, було проведено дослідження з вивчення переваг КПТ серед 187 вагітних щодо лікування безсоння. Результати продемонстрували, що більшість учасниць (51%) віддають перевагу КПТ як засобу лікування безсоння над фармакотерапією (12%) або акупунктурою (37%). Учасниці дослідження також вважали КПТ найбільш надійним лікуванням і стверджували, що воно є найбільш ефективним для них особисто [19].

Оцінюючи сучасний рівень наукової літератури, яка визначає ефективність медичних та клінічних втручань для вирішення проблем зі сном під час вагітності, можна стверджувати, що скарги на порушення сну є поширеними та мають серйозні наслідки для здоров'я жінок. Тим не менш ці розлади часто недооцінюють і не лікують у клінічних умовах.

Поки що не зрозуміло, які методи лікування запропоновані як ефективні, отримали емпіричну підтримку та повинні застосовуватися у закладах первинної медичної допомоги під час вагітності. Систематичні огляди та мета-аналізи корисні для визначення сучасного стану конкретної проблеми та визначення проведення подальших досліджень, що потребує більшої уваги з боку наукової спільноти.

Ця робота мала на меті систематичне визначення та критичне оцінювання доказів використання різних втручань (фармакологічних, психологічних, поведінкових та альтернативних) для покращення якості сну, зменшення скарг на порушення сну під час вагітності та після пологів.

З метою оцінювання проведених досліджень, які вивчали порушення сну у вагітних, слід використувати апробований комплексний підхід: «популяція, втручання, порівняння, результати та дизайн дослідження» (PICOS) [6]. PICOS – це структурований підхід для формулювання питань із використанням п'яти компонентів: популяція пацієнтів або захворювання, яке розглядається (P), втручання або вплив (I), група порівняння (C), результат або кінцева точка (O) та обраний дизайн дослідження (S).

Для включення в огляд дослідження повинні відповідати кожному з таких критеріїв:

1. Населення: вагітні будь-якого віку та будь-якого терміну вагітності.
2. Втручання: терапія, спрямована на якість сну, скарги, пов'язані з безсонням.
3. Група порівняння та результати: дані до та після лікування як для основної групи, так і для групи контролю, включаючи симптоми порушення сну, якість сну та вторинні результати параметрів сну.

4. Дизайн дослідження: клінічні дослідження звітують про результати як середні значення та стандартні відхилення (SD/SE) у всіх групах.

5. Термін публікації не обмежений.

Оскільки у нерандомізованих контрольованих дослідженнях використовували різні дизайни досліджень, часто пов'язані з високим ризиком упередженості, необхідно проводити систематичне оцінювання ризику упередження лише для рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). Зокрема, ураховано інструмент Cochrane Collaboration для оцінювання ризику зміщення [25]. Упередження – це оцінка (висока, низька або нечітка) для окремих елементів цих п'яти областей. Цей інструмент оцінює такі потенційні області упередженості: відбору, виявлення та вибуття, а також інші джерела упередженості. Інші джерела упередженості:

а) оцінювання важливих відмінностей між групами до втручання щодо змінних (наприклад, раси, статі, сімейного стану, віку, стану здоров'я);

б) оцінювання валідності та надійності приладів.

Остаточний бал оцінювання – чи було дослідження з низьким, невизначеним або високим ризиком упередженості відповідно до рекомендацій Кокранівської співпраці [25].

### Вибір досліджень

Пошук у базі даних дав 3225 тез (PubMed: n = 1748; PsycINFO: n = 439; Medline: n = 1038). З них 1420 були дублікатами; після видалення дублікатів залишилися 1805 тез публікацій. Назви та тези публікацій були перевірені на релевантність і 1785 було виключено. Списки літератури відновлених оригінальних статей було перевірено, але більше записів не знайдено. Ретельно вивчено 20 записів і 4 дослідження були виключені з таких причин: дизайн дослідження (без інтервенційних досліджень; n = 2); результат оцінено (без результатів, пов'язаних зі сном; n = 2). Загалом 16 досліджень відповідали критеріям включення і тому були переглянуті.

### Характеристики дослідження

З включених досліджень шість були РКД [28], у яких перевіряли ефективність таких різних заходів: КПТ, вправи на розслаблення, фармакотерапія, використання лавандового крему, використання насіння лактуки та гігієна сну. Десять були нерандомізованими дослідженнями, які перевіряли ефективність акупунктури [19]; усвідомленої йоги [20]; розслаблення під час прослуховування музики [21] і загального розслаблення [22, 23]; когнітивно-поведінкової терапії [24, 25]; фокусування уваги [26]; масажної терапії [27] і дихальних вправ [28].

Розмір вибірки всіх включених досліджень коливався від мінімуму 13 до максимуму 215 учасників. Дослідження включали дані 1252 жінок, середній вік – 28,9 року. Зазначений середній термін вагітності коливався у різних дослідженнях від 17 тиж до 30 тиж, при цьому п'ять досліджень не повідомляли цю інформацію [11, 23, 26]. Лише у трьох дослідженнях [27, 30] вибірка складалася виключно з даних жінок, які не народжували.

Дослідження проводили у 12 різних країнах, зокрема у Сполучених Штатах. Шість рандомізованих досліджень включали участь здорових жінок без скарг

[13, 25, 27], сім – здорових жінок з проблемами сну, про які вони самі повідомляли [7–9, 14]. В одному дослідженні брали участь вагітні з діагнозом безсоння [25], в іншому були дані щодо жінок із ожирінням [26], а в наступному – жінок з клінічною депресією [28].

Крім того, у більшості включених досліджень (n = 10) використовували лише оцінки, про які повідомляли самі дослідники; у 4 дослідженнях [5, 10, 15] використовували як суб'єктивні (щоденники), так і об'єктивні (актиграфія) параметри сну.

Щоб забезпечити чіткий опис відібраної вибірки досліджень, була розглянута така класифікація втручання:

1. Когнітивно-поведінкові інтервенції: у цю категорію включені усі дослідження, які оцінювали ефективність або компоненти КПТ [20]

2. Фармакотерапевтичні заходи [25]

3. Медитація і йога: у цю категорію включені всі дослідження, які оцінювали їхню ефективність [30]

4. Релаксаційні втручання [27]

5. Альтернативні втручання [28].

### Критичне оцінювання рівня доказовості нерандомізованих контрольованих досліджень

Десять досліджень не були РКД (n = 10). З них у двох дослідженнях не було контрольної групи [22, 24], а дослідження не повідомляли про середній термін вагітності [23] учасниць, і лише одне дослідження [21] включало подальший аналіз. Крім того, більшість досліджень, не пов'язаних з РКД, мали обмежені вибірки, а сім досліджень мали вибірку з менш ніж 40 учасницями [27].

### Ефективність когнітивних поведінкових методів

Як зазначалося раніше, КПТ є немедикаментозною психотерапією, орієнтованою на терапію безсоння, рекомендовану американськими та європейськими дослідниками як засіб першої лінії лікування безсоння [9, 25]. Вагітні також визначили КПТ як лікування вибору порівняно з фармакотерапією та акупунктурою [19]. Однак існує мало даних про ефективність КПТ під час лікування порушень сну під час вагітності. У систематичному огляді чотири дослідження перевіряли ефективність КПТ або стратегій КПТ при безсонні.

Н. Khazaie et al. [25] оцінили за допомогою РКД ефективність КПТ порівняно з психопедагогічною контрольною терапією в етнічно різноманітній вибірці вагітних, які не страждали від депресії та не отримували жодних інших методів лікування розладів сну. Первинним результатом була оцінка тяжкості безсоння [19], а вторинним результатом був показник ремісії розладів сну (об'єктивні та суб'єктивні) та симптоми депресії. Результати дослідження засвідчили, що вагітні, які отримували КПТ, мали менш виражені симптоми безсоння, менший час до ремісії, менший загальний час неспання та зменшення симптомів депресії порівняно з контрольною групою.

КМ Greenwood et al. [11] оцінили ефективність п'ятитижневого застосування КПТ у пілотному дослідженні за участю 13 здорових вагітних (середній термін вагітності 19–20 тиж) із суб'єктивними проблемами сну. Симптоми безсоння та параметри сну під час дослідження вимірювали за допомогою що-

денників сну та актиграфії. У середньому симптоми безсоння зменшилися до рівня, коли учасниці більше не повідомляли про порушення сну після лікування. Параметри щоденника, включаючи загальний час сну та його ефективність сну, значно зросли після втручання. Результати актиграфії продемонстрували значне підвищення ефективності сну та зменшення часу засинання після КПТ.

Нарешті, Rezaei et al. [28] провели РКД за участю 112 здорових вагітних, які мали проблеми зі сном, щоб перевірити ефективність навчання навичкам здорового сну порівняно зі звичайним допологовим доглядом. Результати дослідження продемонстрували, що якість сну покращилася після проведеного навчання у даного контингенту.

**Ефективність фармакотерапевтичних методів.** Фармакотерапію безсоння часто проводять не за призначенням, що стосується деяких медикаментозних препаратів: агоністів бензодіазепінових рецепторів, антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення гамма-аміномасляної кислоти [30]. Щодо можливих побічних ефектів фармакотерапії для лікування безсоння в антенатальний період, деякі автори вважають, що дія бензодіазепінів та агоністів бензодіазепінових рецепторів пов'язана з підвищеним ризиком передчасних пологів, низькою масою тіла дитини при народженні [17]. Зокрема, вживання золпідему було пов'язано з підвищеною частотою передчасних пологів, кесарева розтину і низькою масою тіла дитини при народженні [16].

I. Naghi et al. [16] дослідили ефективність фармакотерапії (тразодон і димедрол) порівняно з плацебо щодо об'єктивних параметрів сну та не виявили істотних відмінностей після 2 тиж лікування між двома групами. Проте після 6 тиж лікування основна група продемонструвала більшу тривалість сну та вищу якість сну порівняно з контрольною групою.

**Ефективність медитації та йоги.** Медитація відіграє певну роль у зниженні стресу та регулюванні емоційної реактивності. Обидва механізми особливо корисні для послаблення когнітивного та соматичного збудження, пов'язаного з безсонням [5]. Все більше доказів свідчить про те, що методики на основі медитації можуть покращити самопочуття під час вагітності.

Крім того, дослідження застосування йоги виявили, що цей підхід значно покращує якість сну. SM Elek et al. запровадили антенатальну практику йоги та продемонстрували значно нижчу частоту несприятливих перинатальних наслідків в основній групі з розладами сну порівняно з контрольною [6].

У систематичному огляді Sedov et al. [23] оцінили ефективність семитижневого курсу проведення йоги щодо суб'єктивної та об'єктивної якості сну у вагітних. Дослідники заявили, що жінки, які почали займатися йогою у II триместрі, повідомили про менш виражені порушення сну порівняно з групою, яка почала заняття йогою у III триместрі.

**Ефективність розслаблюючих методик.** За даними G. Hertz et al., виконання вправ для розслаблення під час вагітності має позитивний вплив на пси-

хологічний стан вагітної: знижується частота загрози передчасних пологів [9].

У дослідженні, проведеному E. Rezaei et al. [28], оцінювали ефект двотижневого застосування релаксації, що включало прослуховування музики здоровими вагітними із суб'єктивними проблемами якості сну. Жінкам основної групи пропонували прослуховувати принаймні 30 хв улюбленої музики на день перед сном протягом двох тижнів. Результати дослідження фіксували значно кращу якість сну після застосування релаксації.

JB Guerreiro da Silva et al. [29] досліджували вплив масажу та релаксації на якість сну вагітних. Автори виявили, що такі заходи двічі на тиждень протягом п'яти тижнів мали позитивний вплив на вагітних, зменшуючи рівень стресу, а також покращуючи настрій і якість сну.

Крім того, SM Elek et al. [6] оцінили ефективність релаксаційного втручання за допомогою РКД. Зокрема, вагітним видавали CD-диск із вправами на розслаблення для виконання перед сном протягом 4 тиж. Якість їхнього сну оцінювали за допомогою Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI) на початку та після втручання. Дослідження виявило значні відмінності між групою релаксаційних вправ і контрольною групою щодо суб'єктивної оцінки якості сну та денної дисфункції на користь групи релаксаційних вправ [31].

JQ Wu et al. [21] оцінили ефект тренінгової системи покращення сну у вагітних на вибірці з 25 здорових жінок. Тренування релаксації зі звуком протягом 4 тиж в основній групі включало керовані образи, розслаблення м'язів і дихальні техніки для зменшення збудження та покращення сну. Учасниці контрольної групи отримали тільки брошурку з рекомендаціями щодо здорового харчування та про те, як дієта може вплинути на здоровий сон, але без використання релаксаційних методик.

У подальшому оцінювали два результати, пов'язані зі сном: тривалість і порушення нічного сну. Результати дослідження засвідчили, що учасниці основної групи мали більшу тривалість сну та меншу кількість порушень сну порівняно з учасницями контрольної групи протягом довшого періоду часу (через місяць після пологів).

**Ефективність альтернативних втручань.** У систематичному огляді Guerreiro da Silva et al. [29] оцінили ефект акупунктури. Це інтервенційне дослідження у групі 30 вагітних оцінювало вплив комбінації акупунктури та гігієни сну порівняно з впливом гігієни сну на проблеми зі сном. Вони виявили, що обидві групи повідомили про меншу кількість симптомів безсоння після втручання, але зменшення було більш суттєвим у групі, яка застосовувала комбінації акупунктури та контролю гігієни сну. Крім того, вони не виявили побічних ефектів акупунктури під час дослідження та у післяпологовий період.

F. Effati-Daryani et al. [24] оцінили вплив застосування лавандового крему порівняно з плацебо на якість сну під час вагітності та після пологів в РКД. Вибірка цього дослідження складалася зі 141 вагітної віком 18–40 років з терміном гестації 25–28 тиж та проблемами зі сном в анамнезі. Автори виявили, що у групі із застосуванням лавандового крему відбулось покращення якості сну як під час вагітності, так і під час спостереження (через 6 тиж після пологів).

Також Manber et al. [26] провели РКД щодо впливу насіння *Lactuca sativa* L. у 100 амбулаторних вагітних жінок, які скаржилися на безсоння. Були включені жінки віком від 20 до 45 років з одноплідною вагітністю і терміном гестації від 12 до 36 тиж. Учасниць основної групи просили вживати по одній капсулі насіння салату протягом двох тижнів, тоді як контрольна група отримувала капсули плацебо. Результати продемонстрували, що втручання було ефективним для покращення якості сну в основній групі.

Даний систематичний огляд демонструє значну нестачу доказів для клінічних, профілактичних та лікувальних методик, які можна застосовувати у вагітних з проблемами сну. Незважаючи на велику кількість жінок, які скаржилися на проблеми зі сном під час вагітності, бракує науково обґрунтованих методів для ефективного лікування.

Результати систематичних оглядів можуть визначати перспективні напрямки майбутніх досліджень та скерувати їх для подальшого вивчення проблеми сну під час вагітності, пологів та післяпологового періоду [14]. Слід оцінювати довгострокову ефективність пропонованих методик. Для достовірності отриманих результатів дослідники повинні набирати великі вибірки жінок.

Крім того, оскільки добре відомо, що фізична активність і фізичні вправи пов'язані з позитивними наслідками для здоров'я (включаючи покращення якості сну), майбутні клінічні дослідження та РКД повинні оцінити ефективність впливу фізичної активності на розлади сну під час вагітності.

Важливою метою було б повторити цю роботу у наступні роки та мати можливість проводити мета-аналітичні обчислення, такі, як мережевий мета-аналіз. Цей статистичний метод дозволяє оцінити ефективність кількох методів лікування одночасно, комбінуючи прямі та непрямі докази відмінностей у лікуванні, і просувати рекомендації щодо найкращих доказових методик для лікування порушень сну під час вагітності.

Обмеженням цього систематичного огляду є те, що величина ефектів конкретних методик не розглядалася у мета-аналізі. Відповідно дослідження, включені до цього систематичного огляду, оцінювали ефективність дуже різних втручань, які відрізнялися одне від одного

за деякими важливими змінними (оцінений результат, тип дизайну та тип втручання).

З цієї причини та згідно з Кокранівським співробітництвом [25] комплексне вимірювання всіх ефектів за допомогою мета-аналітичного розрахунку не буде інформативним. Тому ще рано давати клінічні рекомендації. Це обмежує можливість коментувати та критично оцінювати наявну на сьогодні літературу.

Дотримуючись поточних рекомендацій, вважаємо, що доцільно перевірити ефективність когнітивно-поведінкової терапії при порушенні сну у вагітних у великих РКД та перевірити її ефективність для покращення якості сну у довгостроковій перспективі.

## ВИСНОВКИ

1. Розлади сну є одними з найпоширеніших проблем, які виникають під час вагітності. Дослідження Національного центру вивчення сну США у 2017 році виявило, що близько 78% вагітних скаржаться на розлади сну.

2. Останніми дослідженнями доведено, що порушення сну можуть впливати на наслідки вагітності: затримка росту плода, передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, висока частота розродження шляхом кесарева розтину.

3. Незважаючи на високу поширеність та зв'язок із багатьма негативними наслідками, безсоння та проблеми зі сном під час вагітності недостатньо діагностують та не лікують, що пов'язано з незначною кількістю проведених досліджень у вагітних.

4. Існує потреба у покращенні психологічної допомоги та догляду за здоров'ям сну під час вагітності для підтримання позитивного перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Майбутні клінічні дослідження мають бути рандомізованими, що дозволить залучити велику кількість жінок, щоб покращити статистичну ефективність, та оцінити довгострокову ефективність втручань.

5. Дотримуючись чинних рекомендацій щодо розладів сну, пропонуємо у подальшому вивчити ефективність когнітивно-поведінкової терапії безсоння у великих рандомізованих контрольованих дослідженнях і перевірити її ефективність для попередження ускладнень перебігу вагітності/пологів та соматичних захворювань у довгостроковій перспективі.

## Відомості про авторів

**Голяновський Олег Володимирович** – д-р мед. наук, завідувач, кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: obstet.gynec.1@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5524-4411

**Фролов Сергій Володимирович** – аспірант, кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: serhiy.frolov.1995@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-4154-6969

## Information about the authors

**Golyanovskiy Oleg V.** – MD, PhD, Dsc, Professor, Head of Department of Obstetrics and Gynecology № 1, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: obstet.gynec.1@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5524-4411

**Frolov Serhii V.** – MD, PhD student, Department of Obstetrics and Gynecology № 1, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: serhiy.frolov.1995@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-4154-6969

## ПОСИЛАННЯ

1. Palmer CA, Alfano CA. Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Med Rev.* 2017;31:6-16. doi: 10.1016/j.smrv.2015.12.006.
2. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry.* 2015;14(2):231-3. doi: 10.1002/wps.20231.
3. Morin CM, Drake CL, Harvey AG, Krystal AD, Manber R, Riemann D, Spiegelhalder K. *Insomnia disorder.* *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15026. doi: 10.1038/nrdp.2015.26.
4. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc GL, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700. doi: 10.1111/jsr.12594.
5. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med.* 2014;15(8):853-9. doi: 10.1016/j.sleep.2014.02.013.
6. Elek SM, Hudson DB, Fleck MO. Expectant parents' experience with fatigue and sleep during pregnancy. *Birth.* 1997;24(1):49-54. doi: 10.1111/j.1523-536x.1997.tb00336.x.
7. Hutchison BL, Stone PR, McCowan LM, Stewart AW, Thompson JM, Mitchell EA. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:144. doi: 10.1186/1471-2393-12-144.
8. Mindell JA, Jacobson BJ. Sleep disturbances during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2000 Nov-Dec;29(6):590-7. doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02072.x.
9. Hertz G, Fast A, Feinsilver SH, Albertario CL, Schulman H, Fein AM. Sleep in normal late pregnancy. *Sleep.* 1992;15(3):246-51. doi: 10.1093/sleep/15.3.246.
10. Waters MA, Lee KA. Differences between primigravidae and multigravidae mothers in sleep disturbances, fatigue, and functional status. *J Nurse Midwifery.* 1996;41(5):364-7. doi: 10.1016/s0091-2182(96)00049-3.
11. Greenwood KM, Hazendonk KM. Self-reported sleep during the third trimester of pregnancy. *Behav Sleep Med.* 2004;2(4):191-204. doi: 10.1207/s15402010b sm0204\_2.
12. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* 2015;16(4):483-8. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.006.
13. Tomfohr LM, Buliga E, Letourneau NL, Campbell TS, Giesbrecht GF. Trajectories of Sleep Quality and Associations with Mood during the Perinatal Period. *Sleep.* 2015;38(8):1237-45. doi: 10.5665/sleep.4900.
14. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep.* 2011;34(11):1493-8. doi: 10.5665/sleep.1384.
15. August EM, Salihi HM, Biroscak BJ, Rahman S, Bruder K, Whiteman VE. Systematic review on sleep disorders and obstetric outcomes: scope of current knowledge. *Am J Perinatol.* 2013;30(4):323-34. doi: 10.1055/s-0032-1324703.
16. Naghi I, Keypour F, Ahari SB, Tavalai SA, Khak M. Sleep disturbance in late pregnancy and type and duration of labour. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(6):489-91. doi: 10.3109/01443615.2011.579196.
17. Mindell JA, Jacobson BJ. Sleep disturbances in pregnancy. *JOGNN.* 2020;39:590-7.
18. Arch JJ. Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behav Res Ther.* 2014;52:53-60. doi: 10.1016/j.brat.2013.11.003.
19. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2016;165(2):125-33. doi: 10.7326/M15-2175.
20. Ballesio A, Aquino MRJV, Feige B, Johann AF, Kyle SD, Spiegelhalder K, et al. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;37:114-129. doi: 10.1016/j.smrv.2017.01.006.
21. Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015;175(9):1461-72. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.3006.
22. Jansson-Fröjmark M, Norell-Clarke A. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia in Psychiatric Disorders. *Curr Sleep Med Rep.* 2016;2(4):233-40. doi: 10.1007/s40675-016-0055-y.
23. Sedov ID, Goodman SH, Tomfohr-Madsen LM. Insomnia Treatment Preferences During Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(3):e95-e104. doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.005.
24. Effati-Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Taghizadeh M, Bekhradi R, Zarei S. Effect of Lavender cream with or without footbath on sleep quality and fatigue in pregnancy and postpartum: a randomized controlled trial. *Women Health.* 2018;58(10):1179-91. doi: 10.1080/03630242.2017.1414101.
25. Khazaie H, Ghadami MR, Knight DC, Emamian F, Tahmasian M. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):901-5. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.017.
26. Manber R, Bei B, Simpson N, Asarnow L, Rangel E, Sit A, Lyell D. Cognitive Behavioral Therapy for Prenatal Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2019;133(5):911-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000003216.
27. Özkan SA, Rathfisch G. The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;32:79-84. doi: 10.1016/j.ctcp.2018.05.008.
28. Rezaei E, Moghadam ZB, Nejat S, Dehghannayeri N. The impact of sleep healthy behavior education on the quality of life in the pregnant women with sleep disorder: A randomized control trial in the year 2012. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(5):508-16.
29. da Silva JB, Nakamura MU, Cordeiro JA, Kulay LJ. Acupuncture for insomnia in pregnancy—a prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupunct Med.* 2005;23(2):47-51. doi: 10.1136/aim.23.2.47.
30. Garland EL, Roberts-Lewis A, Tronnier CD, Graves R, Kelley K. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behav Res Ther.* 2016;77:7-16. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.012.
31. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.

*Стаття надійшла до редакції 02.11.2022. – Дата першого рішення 08.11.2022. – Стаття подана до друку 13.12.2022*