

Пологовий біль як передумова післяпологової депресії: шляхи подолання в сучасних українських реаліях

Л. Г. Назаренко¹, О. М. Настенко²

¹Харківський національний медичний університет

²КНП «Міський клінічний пологовий будинок № 6» Харківської міської ради

В умовах повномасштабної російсько-української війни на психоемоційний стан жінки в гестаційний період неминуче впливає надмірне стресове навантаження. На цьому тлі будь-яка гостра подія підвищує ймовірність виснаження адаптаційних механізмів із формуванням психосоматичних хворобливих станів. Пологи є особливим стрес-фактором для жіночого організму, зокрема щодо реакції на біль. За сучасними даними, сприйняття пологового болю залежить від психологічного стану породіллі, що актуалізує поширення практики знеболення шляхом епідуральної анальгезії (ЕА) як заходу профілактики післяпологової депресії (ППД).

Мета дослідження: визначення місця і ролі знеболення пологів шляхом ЕА в контексті формування ППД, а також можливості зниження частоти її розвитку у жінок, які проживають у прифронтовому регіоні.

Матеріали та методи. Проведено порівняльне проспективне спостереження за двома клінічними групами: група ЕА+, до якої увійшли 98 жінок, які народжували з використанням ЕА; група ЕА– – 297 жінок, які народжували без ЕА. Симптоми пренатальної/післяпологової депресії оцінювали за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії на 2-гу – 3-ю добу та через 6 тиж. після пологів. Додатково вибірково контингенту проведено психодіагностичне обстеження за допомогою онлайн-тестування. Для оцінки болю під час пологів і після них використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ). ЕА забезпечували шляхом введення місцевого анестетика ропівакаїну. Знеболення розпочинали при розкритті згладженої шийки матки на 1 см і більше. Болосно вводили 10 мл 0,2% розчину ропівакаїну через епідуральний катетер. Додаткову дозу вводили через 20 хв, якщо оцінка болю за ВАШ залишалася на рівні понад 3–4 см.

Результати. Вибір жінками «пологів без болю» частіше обумовлювався наявністю ускладнень під час попередніх пологів. У групі ЕА+ відзначено більшу питому вагу запланованих вагітностей із прегравідарною підготовкою, вищу частоту відвідування занять із підготовки до пологів, а також нижчу частоту індукції пологів. У цій групі зафіксовано нижчий рівень кесаревих розтинів (насамперед ургентних), відповідно, вищу частоту спонтанних вагінальних пологів, а також відносно більшу кількість вакуум-асистованих пологів.

У групі ЕА+ показники болю за ВАШ при розкритті шийки матки на 10 см були значно нижчими, як і в 1-шу добу після пологів. Встановлено, що стимуляція пологової діяльності окситоцином без ЕА підвищує ризик ППД. Частка жінок із проявами ППД на 2-гу – 3-ю добу після пологів була в 5 разів нижчою у тих, хто народжував з ЕА, ніж у тих, кому ЕА не проводилася. Відзначено позитивний вплив безболісних пологів на лактаційну функцію.

Висновки. ППД є поширеним ускладненням у жінок в умовах воєнного стану. Для зниження ризику її розвитку та запобігання негативним медико-соціальним наслідкам слід завчасно ідентифікувати контингент жінок із високим ризиком ППД, уточнити доцільність застосування ЕА, яка є золотим стандартом знеболення пологів, і поширити практику її використання.

Оптимальним вибором анестетика для забезпечення ЕА в сучасних умовах є місцевий анестетик вітчизняного виробництва Ропілонг (ропівакаїн, виробник – ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ»).

Ключові слова: пологи, пологовий біль, знеболення, епідуральна анальгезія, післяпологова депресія, ропівакаїн.

Labour pain as a risk factor for postpartum depression: strategies for management in contemporary Ukrainian realities

L. H. Nazarenko, O. M. Nastenko

In the context of the full-scale russian-Ukrainian war, the psycho-emotional state of women during the gestational period is inevitably affected by excessive stress. Against this backdrop, any acute event increases the likelihood of adaptive mechanism exhaustion, potentially leading to psychosomatic pathological conditions. Labour is a unique stressor for the female organism, particularly in terms of the pain response. According to current data, the perception of labour pain depends significantly on a woman's psychological state, which highlights the importance of expanding the use of epidural analgesia (EA) as a preventive measure against postpartum depression (PPD).

The objective: to determine the role and significance of labour pain relief through EA in the context of PPD development and the potential to reduce its incidence among women in frontline regions.

Materials and methods. A prospective comparative study was conducted involving two clinical groups: the EA+ group included 98 women who gave birth with EA; while the EA– group involved 297 women who delivered without EA. Symptoms of prenatal and PPD were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale on the 2nd – 3rd days and in 6 weeks after delivery. Additionally, a psychodiagnostic examination using online testing was conducted on the sample contingent. Pain intensity during

and after labour was assessed using the Visual Analogue Scale (VAS). EA was provided with the local anaesthetic ropivacaine. EA was initiated when cervical effacement and dilation reached 1 cm or more. A bolus dose of 10 mL of 0.2% ropivacaine was administered via an epidural catheter. A repeat dose was given 20 minutes later if the VAS score remained above 3–4 cm.

Results. The woman's choice "pain-free childbirth" was influenced by a higher incidence of complications in previous deliveries. The EA+ group demonstrated a higher proportion of planned pregnancies with preconception preparation, more frequent attendance of antenatal education classes, and a lower rate of labour induction. Cesarean section rates (especially urgent) were lower in the EA+ group, with a corresponding increase in the rate of spontaneous vaginal deliveries and a relatively higher incidence of vacuum-assisted births.

In the EA+ group, pain scores on the VAS at 10 cm cervical dilation and during the 1st postpartum day were significantly lower. It was found that oxytocin stimulation without EA was associated with an increased risk of PPD. The proportion of women with PPD on the 2nd – 3rd days after delivery was 5 times lower among those who received EA compared to those women who gave birth without EA. Pain-free labour was also positively associated with improved lactation function.

Conclusions. PPD is a common complication among women in conditions of martial law. To reduce the risk of its development and prevent negative medical and social consequences, it is necessary to identify in advance the contingent of women with a high risk of PPD, clarify the appropriateness of using EA, which is the gold standard of labor pain relief, and expand the practice of its use. The optimal choice of anaesthetic for EA under current circumstances is the domestically produced local anesthetic Ropivacaine (ropivacaine, manufactured by LLC "YURIA-PHARM").

Keywords: childbirth, labour pain, analgesia, epidural analgesia, postpartum depression, ropivacaine.

Біль під час пологів для більшості жінок є найсильнішим «больовим досвідом», який вони переживають у своєму житті. Природа і унікальність пологового болю, філософські та теоретичні аспекти його доцільності, детермінанти й фактори, що впливають на нього, здавна привертають увагу.

Згідно із сучасними уявленнями, народження дитини є складним психосоціобіологічним процесом, в якому кожен компонент відіграє важливу роль [1]. На жаль, саме психологічний компонент часто недооцінюється фахівцями. Утім, у сучасних реаліях психологічна складова забезпечення гомеостазу організму, зокрема в процесі пологів, набуває дедалі більшого значення.

В умовах повномасштабної російсько-української війни на психоемоційний стан жінки в гестаційний період та її поведінку неминуче впливає надмірне стресове навантаження. Адже вагітна жінка – майбутня мати – є найбільш вразливим представником соціуму, який особливо гостро відчуває і сприймає стрес з усіма його негативними наслідками для власного здоров'я, перебігу вагітності, пологів, що, своєю чергою, впливає й на плід.

На 4-му році війни в країні констатується хронізація стресу. У суспільному вимірі стрес як універсальна неспецифічна нейробіологічна реакція у відповідь на вплив несприятливих фізичних і психологічних факторів перебуває наразі на «стадії спротиву» (адаптації, пристосування) [2]. У таких умовах будь-яка додаткова гостра подія підвищує ймовірність зриву адаптаційних механізмів, переходу організму до стадії виснаження ресурсів, що проявляється, зокрема, низкою психосоматичних хворобливих станів.

Пологи є одним із найбільш серйозних випробувань для жіночого організму, потужним стрес-фактором, що значною мірою стосується реакції на біль [3]. Наслідки стресового навантаження, пов'язаного з війною, для майбутньої матері та дитини активно досліджуються, однак досі не усвідомлені повною мірою. Отже, питання подолання пологового болю й визначення оптимальних для кожної жінки способів досягнення цієї мети є сьогодні надзвичайно актуальними, асоціюються з успішними пологами, безпекою та психоемоційним комфортом породіллі при народженні дитини в умовах медичного закладу.

Біль, пов'язаний із пологами, може спричинити низку нейрофізіологічних змін, зокрема підвищення у жінки рівня гормонів стресу і прозапальних цитокінів, артеріального тиску, гіпервентиляцію легень, зниження транспорту кисню до плода, а також психологічний стрес [2].

Встановлено зв'язок між психологічними характеристиками жінки та перебігом пологів. За спостереженнями практикуючих акушерів, породілля реагує на нестерпний біль як конструктивно (подолання – відхід від болю), так і деструктивно (когнітивна дезорганізація, емоційно-афективна чи агресивна поведінка).

Констатовано пряму кореляцію між інтенсивністю болю та збільшенням частоти оперативного розродження методом кесаревого розтину (КР), вакуум-екстракції (ВЕ) плода, а також із тривалістю та ускладненнями пологів, неправильним положенням плода [4–6].

Знеболення пологів віддавна оточене міфами й суперечностями. У деяких культурах і в малорозвинених регіонах світу жінок і досі переконують, що пологовий біль є природним, а здатність терпіти його є ознакою жіночості. Водночас розуміння в медичних колах унікальності пологів як процесу складної взаємодії множинних фізіологічних, психологічних, соціальних факторів, що впливають на індивідуальне сприйняття породіллею перейм, обумовило прагнення до полегшення болю у жінки, яка народжує, з використанням різних методів, спрямованих на позбавлення її від негативних емоцій, зменшення страху і страждань.

Історично лікування пологового болю зазнало низки революційних змін. У 1847 р. шотландський акушер-гінеколог Джеймс Янг Сімпсон (James Young Simpson) уперше відзначив, що хлороформ здатен полегшити біль у жінок під час пологів. Наступним важливим етапом стало впровадження психопрофілактичної системи знеболення пологів, розробленої та поширеної у 1950-х роках XX століття І. З. Вельвовським і В. А. Плотічером. Надалі, на фоні комерціалізації медичних послуг, популярності набули так звані «природні пологи», що передбачають відмову від медикаментозних втручань і використання різноманітних програм: фізичних, психологічних і немедикаментозних методів (когнітивно-поведінкова психотерапія, йога, ароматерапія, абдомінальна декомпресія, вокальна анестезія, пологи у воді,

черезшкірна стимуляція нервів тощо), а також пологи поза межами акушерських відділень. Це позиціонувалося як альтернатива «медикалізованому» і «ультрахірургічному» акушерству.

Однак не викликає сумнівів відсутність у таких заходах анальгетичної дії в прямому сенсі, ймовірність низки акушерських ускладнень, особливо у жінок із факторами акушерського ризику. Більшість із перелічених практик перинатального супроводу є, безсумнівно, позитивними, мають реальну виховну цінність, спрямовані насамперед на підвищення обізнаності жінки, віри у власні сили, більш відповідальне ставлення до майбутніх пологів, формування впевненості у сприятливому результаті пологів для матері й дитини, готовності до материнства. Проте усе це за ефективністю не є еквівалентом медикаментозних методів знеболення [7, 8].

Знеболення пологів набуває дедалі більшого поширення в усьому світі. У сучасній клінічній практиці одним із найбільш ефективних методів контролю болю під час пологів визнано нейроаксіальну анальгезію (НА): спінальну, епідуральну та комбіновану спіно-епідуральну. Найпоширенішою є епідуральна анальгезія (ЕА), впровадження якої в 1970-х роках ХХ століття відкрило «золоту еру полегшення пологового болю» [9].

Існує суттєва нерівність у доступності ЕА між різними країнами. Практика застосування ЕА вища в країнах із високим рівнем доходу, де в 50–90% акушерських відділень вона є основою знеболення пологів. Протягом останніх 20 років спостерігається стаке зростання застосування регіонарної анальгезії під час пологів. У країнах Західної Європи та Північної Америки частота її застосування перевищує 60–80%. У США понад 70% вагітних мають запит на ЕА; у Франції, Великій Британії, Швеції 60–80% пологів супроводжуються регіонарним знеболенням, у Канаді – близько 65%; в Австралії 85,7% жінок, які народжують вперше, отримують ЕА [10]. Це різко контрастує з країнами з низьким рівнем доходу, де лише 1,3–12% породіль мають доступ до ЕА [10, 11].

В Україні відповідні показники також залишаються невисокими, але спостерігається позитивна тенденція. До 2010 р. частота застосування регіонарної анальгезії коливалась у межах 10–15%, переважно в приватних клініках і великих обласних клінічних установах. Станом на 2024 р. цей показник зріс до 25–30%, однак нерівномірно – залежно від регіону, технічного і кадрового забезпечення, обізнаності жінок щодо можливостей знеболення [12].

Сьогодні існує низка передумов для підвищення уваги до знеболення пологів, уточнення впливу анальгезії, зокрема, ЕА, конкретизації уявлень про найближчі та віддалені результати для матері й дитини. За останнє десятиріччя у світі відбулися зміни в характеристиках репродуктивного контингенту жінок, і це, зокрема, стосується України. Підвищився середній вік перших пологів, паралельно збільшилась частота супутніх захворювань, насамперед ожиріння, змінилися умови праці та побуту. Медичний супровід і тактика ведення пологів також зазнали змін: рівень спонтанного початку пологової діяльності знизився до 50%, а частота виконання КР зросла до понад 30%. Породілля може мати доступ як до сучасних методів знеболення, зокрема мобільної ЕА, так

і до альтернативних варіантів супроводу під час пологів, насамперед безперервної підтримки партнера [13].

В умовах повномасштабної затяжної війни, від 2022 р. в Україні актуалізуються численні проблеми, зокрема пов'язані з психологічним тиском на вагітних: інформаційне перенавантаження, обстріли населених пунктів, евакуація, повітряні тривоги вдень і вночі, відчуття страху, порушення сну, ускладнені побутові умови, зниження рівня соціальної підтримки, депресивні настрої тощо.

За даними деяких досліджень, близько 20% молодих матерів навіть у мирний час переживають один або кілька епізодів депресії протягом 3 міс. після пологів. Клінічні симптоми депресивного стану включають пригнічений настрій, дисфорію, безсоння, занепокоєння, втрату інтересу і навіть відчай [14]. З огляду на зазначені обставини, запит на застосування ЕА має зростати.

Дослідники повідомляють, що між сильним болем під час пологів і розвитком післяпологової депресії (ППД) існує причинно-наслідковий зв'язок, що підтверджує перспективність поширення практики подолання болю як одного зі способів поліпшення психологічного стану породіллі [13, 15, 16]. У вітчизняному акушерстві роль знеболення пологів у розвитку ППД на фоні зростаючого стресового навантаження в умовах війни залишається відкритим питанням.

З одного боку, частина жінок прагне до неінтервенційних пологів на користь фізичного і психологічного благополуччя, бажаючи повністю уникнути інтранатальних втручань, а знеболення з використанням медикаментозних засобів сприймає як небажаний і навіть негативний елемент під час пологів. В окремих медичних колах анальгезія розглядається в контексті «медикалізації» пологів і навіть як прояв «акушерської агресії» [17, 18].

З іншого боку, негативний досвід попередніх пологів, пов'язаний із сильним болем, а також обмін заперечливими думками спонукають вагітних шукати допомоги й безпеки в медичних установах, в яких працюють прихильники ЕА. Необхідно також враховувати, що ефективність немедикаментозних і психотерапевтичних практик не завжди є прогнозованою, адже залежить від вихідного психоемоційного стану жінки [19, 20]. Оцінка й корекція цього стану на рутинній основі в сучасних умовах є проблематичною, оскільки персонал акушерських відділень за умов обмежених кадрових ресурсів також зазнає психоемоційного навантаження під час війни й зазвичай не має відповідної фахової підготовки та компетенцій у психології.

Це дослідження присвячене пошуку відповіді на питання, чи є корисним і обґрунтованим застосування ЕА під час пологів із погляду її впливу на частоту ППД серед жінок у прифронтовому регіоні України.

Під впливом тривалого стресу в умовах війни фахівці та соціологи відзначають зростання поширеності психічних розладів із невтішними прогнозами збільшення їхньої частоти в майбутньому [21]. Отже, передбачуваним і навіть очікуваним є збільшення частоти випадків ППД.

ППД асоціюється з низкою суттєвих несприятливих наслідків не лише для самої породіллі, а й її дитини та всієї сім'ї. Материнська депресія корелює з підвищеним ризиком розвитку когнітивних і емоційних розладів у дітей у ранньому й пізньому дитинстві [22, 23].

У більшості випадків ППД розвивається протягом перших 4–6 тиж. після пологів і самостійно минає через 3–6 міс. У деяких тяжких випадках депресивні симптоми можуть тривати роками. Ранній початок депресії підвищує ймовірність її затяжного перебігу [4, 10].

ППД формується за багатофакторним механізмом, передумовами її розвитку є перинатальні коливання рівнів гормонів. Факторами ризику вважаються наявність в анамнезі психічних розладів, пренатальна депресія, досвід стресових життєвих подій під час вагітності або раннього післяпологового періоду, низький рівень соціальної підтримки. Сучасна ситуація в Україні в умовах повномасштабної війни потенціює вплив усіх цих факторів.

Мета дослідження: визначення місця і ролі знеболення пологів шляхом ЕА в контексті формування ППД, а також можливості зниження частоти її розвитку у жінок, які проживають у прифронтовому регіоні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дизайн дослідження. Це ініціативне дослідження є суцільним проспективним спостереженням, спрямованим на оцінку впливу знеболення пологів за допомогою ЕА як можливого інструменту попередження ППД.

Дослідження проведено на клінічних матеріалах пологового будинку 2-го рівня перинатальної допомоги – Миського клінічного пологового будинку № 6 Харківської міської ради – за період із 1 січня 2023 р. по 31 березня 2025 р.

За цей час завершили вагітність пологами 1180 жінок. З них 887 розроджень (75,2%) відбулися через природні пологові шляхи, 293 – шляхом КР (24,8%). У тому числі, планово КР виконано в 172 випадках, ургентно – у 121, що становить відповідно 58,7% і 41,3%. Слід зазначити, що частота КР у закладі зросла з 22,3% у 2023 р. до 27,3% у I кварталі 2025 р., що пов'язано зі зростанням кількості ургентних операцій. Це підтверджує вплив стресогенних факторів на результати акушерської допомоги, зокрема на частоту оперативних розроджень.

Із загального числа розроджень у дослідження було включено 590 випадків, в яких були заплановані вагінальні пологи. Критерії виключення: випадки планового КР, а також ургентного абдомінального розродження жінок, які надійшли до пологового будинку з ускладненнями та потребували термінової операції; вік жінки < 18 років; наявність в анамнезі психіатричного захворювання; протипоказання до НА (інфекційні захворювання ЦНС, травми або операції на хребті, інфекції шкіри або м'яких тканин у локації пункції, ознаки коагулопатії).

Погодилися на застосування НА під час пологів 98 жінок (11% серед усіх із запланованими вагінальними пологами). Учасниці заздалегідь були ознайомлені з цією технологією, її перевагами, наслідками, можливими ускладненнями. Від усіх учасниць отримано письмову інформовану згоду перед включенням у дослідження і заяву на свідомий вибір НА.

Симптоми пренатальної/післяпологової депресії оцінювали за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (ЕШППД), яка є скринінговим інструментом із помірною психометричною надійністю для фахівців, які не є психотерапевтами. ЕШППД використовується на рутинній основі в Україні з 2022 р. (наказ

МОЗ України від 9 серпня 2022 р. № 1437 «Нормальна вагітність»). Заповнення ЕШППД здійснювалося під час першого візиту при вагітності або пізніше. Після пологів опитування проводили на 2-гу – 3-ю добу. Усі відповіді пацієнтки надавали особисто, без обговорення з членами сім'ї. Оцінку ≥ 10 балів вважали як порогову для виявлення депресії.

У форматі проспективного дослідження жінкам перед пологами додатково проводили психодіагностичне обстеження з використанням комплексу методів діагностики стану психоемоційної сфери, які дозволили окреслити клініко-психологічний портрет кожної жінки. Під час психодіагностичного обстеження були застосовані:

- Фрайбурзький багатофакторний особистісний опитувальник (Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI) з використанням онлайн версії;
- Шкала проявів тривожності Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale – TMAS) з використанням онлайн версії Т. А. Немчинова;
- Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна з використанням онлайн версії.

Повторне опитування за ЕШППД проводилося через 6 тиж. після пологів.

Набір інформації, яка підлягала аналізу, включав: соціально-демографічні характеристики, гінекологічний анамнез, внутрішні захворювання, перинатальні результати (історію поточної вагітності, перебіг пологів, дані про новонародженого).

Для оцінки болю під час пологів і після них використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ).

ЕА забезпечувалася застосуванням місцевого анестетика Ропілонг (ропівакаїн) виробництва української фармацевтичної групи компаній «ЮРІЯ-ФАРМ». Ропівакаїн – амідний місцевий анестетик тривалої дії, який широко використовується у світі для акушерської допомоги. Ропівакаїн відрізняється від інших анестетиків мінімальним впливом на серцево-судинну та центральну нервову системи й відсутністю негативного впливу на плід.

Механізм знеболення полягає в пригніченні нервової провідності, блокаді натрієвих каналів у мембранах нервів, що, своєю чергою, перешкоджає передаванню нервових імпульсів цими волокнами. Блокування імпульсу болю при ЕА зазвичай настає протягом 10–15 хв.

У дослідженні враховували такі важливі моменти, як тривалість періодів пологів, вплив на моторну активність жінки, ризик оперативного розродження, а також факти гіпотензії матері, післяпункційного головного болю. Здійснювався моніторинг частоти серцевих скорочень плода як обов'язковий компонент ведення пологів зі знеболенням.

Рішення про медикаментозне знеболення ухвалювали самі жінки. Тим, хто відмовився від медикаментозного знеболення, надавали стандартну допомогу без використання наркотичних анальгетиків, із можливістю варіювати умови в пологовій залі – партнерську підтримку, ароматизатори, музичний супровід тощо.

Знеболення пологів розпочинали при розкритті зглаженої шийки матки на ≥ 1 см. Вводили болюсну дозу 10 мл суміші (0,2% ропівакаїну) через епідуральний катетер. Додаткова доза вводилася через 20 хв, якщо оцінка болю за шкалою ВАШ залишалася на рівні > 3 –4 см.

У разі конверсії у веденні вагінальних пологів у бік екстреного КР тим жінкам, які отримали ЕА під час І періоду пологів, за відсутності протипоказань із боку матері й плода (насамперед гострого дистресу) використовували підсилення анальгезії до рівня анестезії шляхом введення в епідуральний простір через катетер ропівакаїну у дозі й концентрації відповідно до мети – 7,5% розчин (7,5 мг/мл) 10–20 мл. Це забезпечувало початок операції вже через 10–15 хв, у середньому на 5 хв раніше порівняно з бупівакаїном, що дозволяло досягти необхідного для проведення КР рівня анестезії без застосування наркотичних анальгетиків та інших анестетиків.

Така методика відпрацьована нами в попередні роки. Власний досвід використання НА під час пологів охоплює 25 років, понад 2700 епідуральних і спінальних анальгезій. При цьому засвідчено беззаперечну перевагу ропівакаїну порівняно з бупівакаїном у таких аспектах: стабільніша гемодинаміка (лише в поодиноких випадках виникає гіпотензія, яка успішно коригується медикаментозно), відсутні випадки колапсу, на відміну від дії НА з лонгокаїном або лідокаїном.

У разі невідкладних показань до КР (геморагічні ускладнення, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання, тяжкий гострий дистрес плода) методом вибору знеболення був багатокомпонентний ендотрахеальний наркоз із штучною вентиляцією легень.

ЕА підтримувалася протягом 24 год після операції.

Окрім використання ЕА, аналізували такі перинатальні дані: застосування індукції пологів, тривалість І і II періоду пологів, температуру тіла, спосіб розродження, об'єм крововтрати, переносимість знеболення та ускладнення для матері. У роділь, яким проводилася ЕА, оцінювали біль за шкалою ВАІП до анальгезії, через 10 і 30 хв після неї, а також при повному розкритті шийки матки. Для тих, кому не застосовувалася ЕА, оцінка болю проводилася при розкритті згладженої шийки матки > 1 см та при повному розкритті.

Через добу після пологів оцінювали спосіб вигодовування дитини, рівень болю, ступінь задоволеності перинатальною допомогою. Через 6 тиж. (42–45 днів)

проводилося інтерв'ю з використанням ЕШППД. Загальний бал ≥ 10 розцінювали як пороговий рівень для діагностики ППД. Додатково враховували спосіб вигодовування дитини, характеристику болю, наявність постійного болю та його вплив на повсякденне життя (порушення ходи, сну, настрою, концентрації уваги) й інші проблеми.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження схвалено локальним етичним комітетом пологового будинку № 6 – клінічної бази кафедри акушерства та гінекології № 3 Харківського національного медичного університету (протокол № 1 від 05.01.2023 р.).

Під час опрацювання матеріалу використовували математичні методи статистичної обробки даних клінічних досліджень, зокрема t-критерій Стюдента, критерій Фішера, відношення шансів (ВШ) при 95% довірчому інтервалі (ДІ), достовірність яких визначали при $p \leq 0,05$. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою персонального комп'ютера з використанням програми для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel та пакета для статистичного аналізу STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США) for Windows (версія 6.0).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З 590 жінок, ідентифікованих як придатні до участі в дослідженні, 180 відмовилися брати в ньому участь, а з 15 зв'язок було втрачено. Завершили добове і 6-тижневе спостереження 395 жінок, яких було включено в дослідження. Таким чином, порівняльний аналіз проводився між двома групами спостережень: жінки, пологи в яких проводилися із застосуванням ЕА – група ЕА+ (n = 98) та учасниці без ЕА – група ЕА– (n = 297).

Демографічні характеристики обстежених жінок наведено в табл. 1. Згідно з поданими даними, суттєвої різниці в більшості вихідних середніх показників між групами не виявлено, за винятком ускладнень під час попередніх вагітностей і пологів.

Таблиця 1

Демографічні та вихідні клініко-анамнестичні дані обстежених жінок

Показники	ЕА+ (n = 98)	ЕА– (n = 297)
Вік, роки	28 (26–32)	26 (25–30)
Середня спеціальна / вища освіта, n (%)	54 (55)	144 (48,5)
Зайнятість, n (%)	48 (50)	137 (46,2)
Перші пологи, n (%)	59 (60,2)	203 (68,4)
Індекс маси тіла, кг/м ²	27,5 $\pm$ 1,7	27,0 $\pm$ 2,1
Анамнез:		
Екстрагенітальна патологія до вагітності, n (%)	21 (21,5)	52 (17,5)
Гінекологічні захворювання, n (%)	12 (12,2)	20 (6,7)
Аборти до вагітності, n (%)	25 (25,5)	56 (18,9)
Оперативні втручання, n (%)	11 (11,2)	49 (16,5)
Коморбідні стани під час вагітності, n (%)	19 (19,4)	75 (25,3)
Ускладнення під час попередньої вагітності й пологів, n (%)*	12 (23,5)	16 (14)

Примітка: * – за кількістю жінок, що народжували повторно.

Перелік екстрагенітальних захворювань включав: варикозне розширення вен, ожиріння, бронхіальну астму, хронічний гастродуоденіт, хронічний тонзиліт, вазомоторний риніт, вегетосудинну дистонію, аутоімунний тиреоїдит. До коморбідних станів належали порушення толерантності до глюкози, гестаційний діабет, гестаційна гіпертензія, гестаційний пієлонефрит.

У спектрі гінекологічних захворювань відзначено наявність дисменореї, передменструального синдрому, функціональних кіст яєчників, ендометріозу, полікістозних яєчників, запальних процесів внутрішніх статевих органів, аномальних маткових кровотеч.

Кількість жінок, що народжували повторно, у групі ЕА+ становила 51 (52%), у групі ЕА– – 115 (38%). Частота ускладнень під час попередніх пологів у групі ЕА+ була в 1,6 раза вищою, і цей негативний досвід, імовірно, вплинув на вибір жінками «пологів без болю» при поточній вагітності [24].

Дані про перебіг нинішньої вагітності та особливості пологів зведено в табл. 2. Аналіз наведених даних дозволив виявити відмінності між групами.

По-перше, у групі ЕА+ спостерігалася більша кількість запланованих вагітностей, і, як наслідок, частіше проводилася прегравідарна підготовка порівняно з гру-

пою ЕА– (ВІП 2,09; 95% ДІ [1,35–3,64], $p = 0,04$), що відображає кращу поінформованість жінок, обізнаність у питаннях негативних наслідків надмірного болю та сучасних можливостей їх мінімізації при прогнозуванні ними «сценарію» майбутніх пологів.

По-друге, у групі ЕА+ серед жінок, які обрали та отримали ЕА, порівняно з родільями групи ЕА–, частота відвідування занять із підготовки до пологів була вищою (ВІП 3,84; 95% ДІ [2,21–5,76], $p < 0,001$), а індукція пологів – менш поширеною (ВІП 3,6; 95% ДІ [0,37–0,99], $p = 0,019$), ніж у групі ЕА–.

По-третє, кожна 4–5-та породілья повідомляла про надзвичайні стресові події під час поточної вагітності, що, ймовірно, сприяло пошуку захисту від болю при майбутніх пологах. Зазначення таких подій та хронічних больових відчуттів у попереково-крижовому відділі хребта й у нижній частині живота (як прояв загрози переривання вагітності або астено-невротичного синдрому) спостерігалися майже вдвічі частіше в групі ЕА+ (у групі ЕА+: ВІП 0,74; 95% ДІ [0,43–1,29]; у групі ЕА–: ВІП 1,35; 95% ДІ [0,79–2,35]), але цього виявилось недостатньо для встановлення зв'язку між цими факторами та формуванням у жінки настрою на знеболення пологів ($p > 0,05$).

Таблиця 2

Дані про перебіг теперішньої вагітності та пологів – перинатальні показники

Показники	ЕА+ (n = 98)	ЕА– (n = 297)
Запланована вагітність, n (%)	32 (32,7)	54 (18,2)
Низький перинатальний ризик, n (%)	48 (49)	134 (45,1)
Гіпертензивні ускладнення, n (%)	13 (13,3)	45 (15,2)
Тривалість вагітності, днів	278 (270–288)	282 (279–292)
Паління під час вагітності, n (%)	0	5 (1,7)
Вживання алкоголю, n (%)	2 (2,0)	15 (5,0)
Стресові події, n (%)	24 (24,5)	58 (19,5)
Школа підготовки до пологів, n (%)	65 (66,3)	105 (35,4)
Хронічний біль, який впливає на повсякденне життя, n (%)	23 (23,5)	55 (18,5)
Аntenатальне обстеження за ЕШППД, бали	7 (5–8)	6 (5–8)
Індукція пологів, n (%)	30 (30,6)	125 (42)
Тривалість I періоду пологів, хв	410–810 (590)	240–560 (358)
Тривалість II періоду пологів, хв	36–70 (51)	25–50 (32)
Застосування окситоцину, n (%)	42 (42,9)	107 (36)
Амніотомія, n (%)	36 (36,7)	99 (33,3)
Епізіотомія, n (%)	30 (30,6)	75 (25,3)
Спосіб розродження:		
КР, n (%)	15 (15,3)	102 (34,3)
Спонтанні пологи, n (%)	72 (73,5)	185 (62,3)
ВЕ плода, n (%)	7 (7,1)	10 (3,4)
Характеристика болю під час пологів:		
ВАШ при розкритті шийки матки на 1 см, бали	7–9 (8)	7–9 (8)
ВАШ через 10 хв після ЕА, бали	2–5 (4)	–
ВАШ через 30 хв після ЕА, бали	1–3 (2)	–
ВАШ при розкритті шийки матки на 10 см, бали	4–6 (5)	9–10 (9)

Дані про новонароджених і післяпологовий період у досліджуваних групах

Показники	ЕА+ (n = 98)	ЕА- (n = 297)
Чоловіча стать, n (%)	55 (56,1)	144 (48,5)
Маса тіла, г	3428 ± 389	3398 ± 401
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хв	6–9 (8)	6–9 (8)
Надходження до палати неонатального нагляду, n (%)	8 (8,2)	25 (8,4)
Первинна реанімація, n (%)	2 (2,0)	8 (2,7)
Початок грудного вигодовування в 1-шу добу, n (%)	96 (96)	260 (87,2)
Показник болю за ВАШ у матері в 1-шу добу післяпологового періоду, бали	2–4 (3)	3–5 (5)

За частотою застосування окситоцину, проведення амніотомії й епізіотомії статистично достовірних відмінностей між групами не виявлено.

По-четверте, попри загальну частоту КР у досліджуваний когорти на рівні 29,6%, слід відзначити як однозначно позитивну обставину нижчий рівень КР в групі ЕА+ (ВШ 0,34; 95% ДІ [0,19–0,62], $p < 0,001$) і, відповідно, вищу частоту спонтанних вагінальних пологів (ВШ 1,85; 95% ДІ [1,11–3,02], $p = 0,022$). Отже, зниження показника КР щонайменше вдвічі на популяційному рівні можливе за умови своєчасного та ефективного контролю пологового болю шляхом застосування ЕА, зокрема ропівакаїну. Це стосується насамперед ургентних операцій, зменшення кількості яких є актуальним завданням сучасного акушерства.

По-п'яте, загальна частота ВЕ плода в досліджуваному контингенті становила 5,7%, що узгоджується з міжнародними рекомендаціями щодо 5–6% вакуум-асистованих пологів від загальної кількості усіх розроджень, а також із даними щодо 4,6% таких пологів в Україні [25, 26]. Як продемонстровано в табл. 2, група ЕА+ відіграє більшу роль у формуванні загального показника ВЕ плода (7 випадків – 7,1%), ніж група ЕА– (10 спостережень – 3,4%; ВШ 3,63; 95% ДІ [1,51–8,59], $p = 0,006$). При цьому слід зазначити, що частота ВЕ в групі ЕА+ є на 1/3 нижчою за рівень вакуум-асистованих пологів у США (10–15%) та Великій Британії (10–13%).

Зафіксовано нижчий показник болю за шкалою ВАШ у групі ЕА+ при розкритті шийки матки на 10 см ($p < 0,001$), що, беззаперечно, свідчить про ефективність і користь знеболення. У цьому вбачаємо можливе пояснення кращих результатів пологів, зокрема більшої частки розроджень через природні шляхи та меншої потреби в ургентному КР.

Дані щодо новонароджених і післяпологовий період у жінок подано в табл. 3.

Згідно з наведеними даними, не виявлено відмінностей за статтю дитини, масою тіла, оцінкою за шкалою Апгар, частотою випадків із потребою в первинній реанімації та госпіталізації до відділення неонатального нагляду. Відносна кількість дітей з оцінкою за шкалою Апгар < 7 балів була однаковою в обох групах. Інтранатальних втрат не зафіксовано. У групі ЕА+ відзначено вищу частоту грудного вигодовування протягом 1-ї доби (ВШ 3,02; 95% ДІ [1,11–8,26], $p = 0,015$)

і нижчий показник болю за шкалою ВАШ на 1-й день після пологів (≥ 4 за ВАШ у 30% жінок групи ЕА–, $p = 0,014$).

Стабільне повноцінне грудне вигодовування, розпочате в перші 2–3 доби, засвідчено частіше в групі ЕА+ (85,7%), ніж у групі ЕА– (69,7%) (ВШ 2,54; 95% ДІ [1,38–4,67], $p = 0,006$). Через 6 тиж. після пологів більшість дітей в обох групах перебували на виключно грудному вигодовуванні, але відсоток таких спостережень був вищим у групі ЕА+ порівняно з ЕА– (96,9% проти 86,5%).

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що репрезентативність досліджуваного контингенту дає підстави для висновків щодо позитивного впливу ЕА на перинатальні результати пологів як для матері, так і для дитини.

Кінцевою точкою дослідження було визначення частоти ППД під впливом знеболення шляхом ЕА із застосуванням ропівакаїну. Серед усіх жінок, включених до остаточного аналізу, у 13,4% зафіксовано депресію, а у 5,6% – депресію як на 1-шу добу після пологів, так і на 6-му тижні післяпологового періоду.

Показовою була різниця міжгрупових даних «на користь» ЕА. Так, у групі ЕА+ оцінка за ЕШППД після пологів становила 4–8 балів, у середньому $6,00 \pm 0,45$, тоді як у групі ЕА– – 4–12 балів, у середньому $8,6 \pm 1,1$ ($p < 0,05$) Оцінка за ЕШППД на 6-му тижні в середньому була нижчою у жінок, яким проводилася ЕА, ніж в учасниць без ЕА ($4,60 \pm 0,45$ і $8,0 \pm 0,9$, відповідно, $p < 0,001$). Частота ППД на 2-гу – 3-ю добу була в 5 разів нижчою у жінок з ЕА (–3,1%; 3/98), порівняно з ЕА– (16,8%; 50/297), що свідчить про достовірне зниження ризику материнської депресії при використанні знеболення пологів (ВШ 0,18; 95% ДІ [0,06–0,54], $p = 0,001$). Отже, спостереження узгоджуються з даними літератури про те, що НА забезпечує ефективний захист від ризику розвитку ППД [13, 27, 28].

Частка жінок із 6-тижневою ППД також була нижчою у групі ЕА+ (–2%; 2/98) порівняно з групою ЕА– (6,7%; 20/297).

Як зазначалося раніше, простежується зв'язок вибору ЕА з кращою обізнаністю жінок щодо доступності знеболення, його переваг і можливостей подолання болю під час пологів. Про важливість прекоцепційної й допологової підготовки під час вибору жінкою «пологів без болю» свідчить наявність пев-

них суттєвих відмінностей між групами в результатах функціональних тестів, асоційованих із психоемоційним напруженням матері перед пологамі. Доцільно розглянути їх детальніше.

Дослідження психоемоційного стану жінок проведено за 10–24 год до початку пологів у вибірково-му контингенті – 38 жінок групи ЕА+ і 46 учасниць групи ЕА–. Для аналізу індивідуально-психологічних особливостей жінок було використано опитувальник FPI. Жінки групи ЕА+ продемонстрували нижчі оцінки за шкалою «спонтанної агресивності» ($4,90 \pm 0,28$ бала проти $6,70 \pm 0,27$ у групі ЕА–, $p < 0,01$), «реактивної агресивності» ($5,00 \pm 0,41$ бала проти $6,60 \pm 0,36$, $p < 0,05$), вищі оцінки за шкалою відкритості ($6,50 \pm 0,52$ бала проти $4,80 \pm 0,35$, $p < 0,01$). За шкалою депресивності/песимістичності середні бальні оцінки були однаково невисокими в обох групах ($4,70 \pm 0,42$ у групі ЕА+ і $4,60 \pm 0,32$ у групі ЕА–). Ці дані узгоджувалися з оцінками за ЕШППД при антенатальному обстеженні.

За результатами аналізу психоемоційного статусу з використанням опитувальника ТМАС, у групі ЕА+ дуже високий рівень тривоги/нейротизму продемонстрували 17 жінок (17,3%), у групі ЕА– – 15 (5%). Середній (із тенденцією низького) рівень тривоги зафіксовано у 27 осіб (27,6%) групи ЕА+ і 35 (11,8%) – групи ЕА–.

Середнє значення за шкалою проявів особистісної тривожності Тейлора у групі ЕА+ становило $46,5 \pm 2,0$ бала, у групі ЕА– – $36,30 \pm 2,15$ ($p < 0,05$).

За методикою Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна, високий рівень реактивної тривоги виявлено у 52,6% жінок (20 спостережень) групи ЕА+ і 41,3% (19 жінок) групи ЕА–. Особистісна тривожність високого рівня зафіксована у 44,8% жінок групи ЕА+ (26 пацієток) і 39,1% групи ЕА– (18 випадків).

За тестом Люшера, 31 жінка групи ЕА+ (64,6%) і 19 учасниць групи ЕА– (41,3%) отримали характеристики, які базуються на негативних елементах – прикрісті, тривожна невпевненість у собі, емоційна лабільність.

Отже, контингент жінок, які свідомо надають перевагу «пологам без болю», характеризується вищим рівнем тривожності (як особистісної, так і ситуативної) на тлі невисокої частки позитивних характерологічних рис. Також доволі показовим є той факт, що більше ніж половина учасниць дослідження (55%) за середньою оцінкою наприкінці вагітності й перед пологамі не демонструвала спокійного, стриманого та зрівноваженого емоційного стану.

Таким чином, є підстави зазначити, що відсоток пологів, проведених зі знеболенням у пологовому будинку № 6 м. Харкова в останні роки (11%), не можна вважати задовільним. Навпаки, його слід розцінювати як вкрай недостатній, з огляду на вихідний портрет сучасних породіль, які перебувають у прифронтовому регіоні та зазнають високого рівня психоемоційного напруження безпосередньо перед пологамі.

Для формування контингенту, якому доцільно задалегідь передбачити знеболення пологів шляхом ЕА, слід рекомендувати розширення обсягу дослідження психоемоційної сфери як доповнення до антенатального заповнення ЕШППД. Доступність онлайн-тесту-

вання в регламенті самооцінки в сучасних умовах є гарантією ширшого розуміння як для самої жінки, так і відповідального лікаря, про стан психоемоційного напруження. Це, своєю чергою, дозволяє визначити потребу в застосуванні ЕА.

Індивідуальний аналіз спостережень продемонстрував, що у жінок, яким проводилася стимуляція пологової діяльності окситоцином без застосування ЕА, спостерігалось підвищення ризику розвитку ППД. У пацієток, яким одночасно проводилася ЕА і стимуляція пологів, ризику ППД не відзначено. Отже, це дає підстави рекомендувати жінкам, яким проводяться індукція та стимуляція пологів, розглянути доцільність застосування ЕА.

У групі ЕА– встановлено, що жінки з ≥ 2 хронічними захворюваннями більш схильні до ППД в ранньому післяпологовому періоді. Подібної закономірності в групі ЕА+ не зафіксовано. Слід зазначити, що показник ППД за ЕШППД на 6-му тижні також був нижчим у групі ЕА+ ($p = 0,002$).

Встановлено певну закономірність між припиненням грудного вигодовування до 6 тижнів та розвитком ППД, особливо в групі ЕА–. Своєю чергою, припинення грудного вигодовування вважається фактором ризику ППД. Отже, результати дослідження засвідчують, що ефективне знеболення під час пологів позитивно впливає на лактацію, а це, як відомо, чинить сприятливий вплив на здоров'я матері та дитини [28].

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного дослідження вважаємо за доцільне відзначити, що ППД є поширеним і клінічно значущим ускладненням гестаційного процесу у жінок в умовах воєнного стану. Її частота є порівняною зі звичними коморбідними станами при вагітності (гіпертензивні стани, гестаційний цукровий діабет, гестаційний пієлонефрит тощо) і це потребує профілактичних і превентивних заходів.

Для зниження ризику розвитку ППД та запобігання негативним медико-соціальним наслідкам необхідно передбачити низку заходів на етапі антенатального спостереження, серед яких важливе місце посідає визначення контингенту жінок, яким рекомендоване проведення ЕА, яка є золотим стандартом знеболення пологів.

Оптимальним вибором анестетика для забезпечення ЕА в сучасних умовах є місцевий анестетик вітчизняного виробництва Ропілонг (ропівакаїн, виробник – ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ»).

ЕА асоціюється з нижчою частотою розроджень шляхом КР, відповідно, зі зниженням частоти ускладнень під час пологів, які є показаннями для ургентного абдомінального розродження, обумовлює краще становлення лактаційної функції, що позитивно впливає на психоемоційний стан жінки у віддаленому періоді, а також здоров'я дитини.

Ефективне своєчасне знеболення пологів за допомогою ЕА забезпечує надійний захист жінок від ППД, що є надзвичайно важливим в умовах підвищеного психоемоційного напруження в українському суспільстві, обґрунтовує доцільність поширення практики ЕА в акушерських стаціонарах країни.

Відомості про авторів

Назаренко Лариса Григорівна – Харківський національний медичний університет; тел.: (067) 570-40-05. E-mail: dr.lgn@ukr.net

ORCID: 0000-0001-6064-8026

Настенко Олександр Михайлович – КНП «Міський клінічний пологовий будинок № 6» Харківської міської ради; тел.: (067) 110-16-40. E-mail: oleksandrastehko86@gmail.com

ORCID: 0009-0005-6638-5622

Information about the authors

Nazarenko Larysa H. – Kharkiv National Medical University; tel.: (067) 570-40-05. E-mail: dr.lgn@ukr.net

ORCID: 0000-0001-6064-8026

Nastenko Olexsandr M. – MNPE “Municipal Clinical Maternity Hospital No. 6” of the Kharkiv City Council; тел.: (067) 110-16-40. E-mail: oleksandrastehko86@gmail.com

ORCID: 0009-0005-6638-5622

ПОСИЛАННЯ

- Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020;15(7):e0230992. doi: 10.1371/journal.pone.0230992.
- Ghasemi F, Beversdorf DQ, Herman KC. Stress and stress responses: A narrative literature review from physiological mechanisms to intervention approaches. *J Pacific Rim Psychol*. 2024;(9):18. doi: 10.1177/1834490924128922.
- Hermans EJ, Hendler T, Kalisch R. Building resilience: the stress response as a driving force for neuroplasticity and adaptation. *Biol Psychiatry*. 2025;97(4):330-8. doi: 10.1016/j.biopsych.2024.10.016.
- Liu ZH, He ST, Deng CM, Ding T, Xu MJ, Wang L, et al. Neuraxial labour analgesia is associated with a reduced risk of maternal depression at 2 years after childbirth: A multicentre, prospective, longitudinal study. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36(10):745-54. doi: 10.1097/EJA.0000000000001058.
- Hess PE, Pratt SD, Soni AK, Sarna MC, Oriol NE. An association between severe labor pain and cesarean delivery. *Anesth Analg*. 2000;90(4):881-6. doi: 10.1097/0000539-200004000-00020.
- Schaal NK, Fehm T, Helbig M, Fleisch M, Hepp P. The influence of personality and anxiety traits on birth experience and epidural use in vaginal deliveries – a cohort study. *Women Health*. 2020;60(10):1141-50. doi: 10.1080/03630242.2020.1802640.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
- Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319.
- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 238 p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>.
- Mhyre JM, D'Oria R, Hameed AB, Lappen JR, Holley SL, Hunter SK, et al. The maternal early warning criteria: a proposal from the national partnership for maternal safety. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):782-6. doi: 10.1097/AOG.0000000000000480.
- World Health Organization. WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health, 2010–2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: https://who.int/reproductivehealth/topic/maternal_perinatal/maternal-newborn-health-survey/en/.
- Kuchyn I, Govsieiev D, Bielka K, Romanenko A. Labor analgesia in Kyiv (Ukraine). *Pain, Anaesthesia Intensive Care*. 2021;95(2):39-46. doi: 10.25284/2519-2078.2(95).2021.238306.
- Lim G, Farrell LM, Facco FL, Gold MS, Wasan AD. Labor analgesia as a predictor for reduced postpartum depression scores: A retrospective observational study. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1598-605. doi: 10.1213/ANE.0000000000002720.
- Woolhouse H, James J, Gartland D, McDonald E, Brown SJ. Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: Implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. *Women Birth*. 2016;29(4):381-7. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.008.
- Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeed Med*. 2017;12(7):436-42. doi: 10.1089/bfm.2016.0213.
- Mo J, Ning Z, Wang X, Lv F, Feng J, Pan L. Association between perinatal pain and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;312:92-9. doi: 10.1016/j.jad.2022.06.010.
- Westergren A, Edin K, Lindkvist M, Christianson M. Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women Birth*. 2021;34(2):e118-27. doi: 10.1016/j.wombi.2020.02.009.
- Zhylika N, Kovalova O, Shcherbinska O, Dudnyk S, Prishchepa A, Shchedrov A. Application of epidural analgesia in obstetric hospitals of Ukraine and its alternative. *Reprod Health Woman*. 2024;(2):36-44. doi: 10.30841/2708-8731.2.2024.304650.
- Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR, Pantazi AC, Brezeanu D, Brezeanu AM, et al. Non-pharmacological pain management in labor: A systematic review. *J Clin Med*. 2023;12(23):7203. doi: 10.3390/jcm12237203.
- Rzorić P, Podgórski M, Łazarewicz M, Gałżkowski R, Rzorić E, Detysk O, et al. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Res*. 2024;334:115836. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115836.
- Yurieva L, Vyshnichenko S, Shornikov A. Analysis of the phenomena of anxiety and depression in the first weeks of the war: gender and age aspects. *PMGP*. 2022;7(1):e0701351. doi: 10.26766/pmgp.v7i1.351.
- Martucci M, Aceti F, Giacchetti N, Sogos C. The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorders. *Riv Psichiatr*. 2021;56(5):223-36. doi: 10.1708/3681.36670.
- Śliwierski A, Kossakowska K, Jarecka K, Światalska J, Bielawska-Batorowicz E. The effect of maternal depression on infant attachment: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2675. doi: 10.3390/ijerph17082675.
- Kearns RJ, Kyzayeva A, Halliday LOE, Lawlor DA, Shaw M, Nelson SM. Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: population based study. *BMJ*. 2024;385:e077190. doi: 10.1136/bmj-2023-077190.
- Svelato A, Carabaneanu A, Sergiampietri C, Mannella P, D'Avino S, De Luca C, et al. “To get the baby out off the hook”: a prospective, longitudinal, multicenter, observational study about decision making in vacuum-assisted operative vaginal delivery. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):128. doi: 10.1186/s12884-022-04440-5.
- Mogilevskina I, Gurianov V, Lindmark G. Effectiveness of emergency obstetric care training at the regional level in Ukraine: a non-randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:145. doi: 10.1186/s12884-022-04458-9.
- Wang J, Zhao G, Song G, Liu J. Association between neuraxial labor analgesia and postpartum depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;311:95-102. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.095.
- Li B, Tang X, Wang T. Neuraxial analgesia during labor and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(8):e33039. doi: 10.1097/MD.00000000000033039.

Стаття надійшла до редакції 22.07.2025. – Дата першого рішення 25.07.2025. – Стаття подана до друку 29.08.2025