



Жуковская С.В. (мл.)¹ ✉, Жуковская С.В.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Центр репродуктивной медицины, Минск, Беларусь

Перинатальная тревога: распространенность и клиничко-анамнестические корреляты

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материалов, написание текста – Жуковская С.В. (мл.); статистическая обработка данных, редактирование текста – Жуковская С.В.

Подана: 21.11.2022

Принята: 05.12.2022

Контакты: lana_zhukovskaya@yahoo.co.uk

Резюме

В статье представлены результаты проспективного когортного исследования, проведенного на базе УЗ «1-я городская клиническая больница» (Минск, Беларусь) и включившего в себя 314 беременных в сроке 22 недели гестации и более. Из общей выборки сформированы две группы на основании степени выраженности симптомов тревоги: группа 1 (n=47) – женщины с умеренным риском развития тревожных расстройств согласно шкале PASS-R, которые составили исследуемую группу; группа 2 (n=44) – беременные с минимальным риском, составившие контрольную группу. В результате проведенного исследования установлено, что статистически значимый вклад в повышение вероятности развития тревожных расстройств в перинатальном периоде вносят гипертензивные расстройства (ОШ 4,686; 95% ДИ 1,223–17,952), угроза прерывания беременности в 1-м триместре (ОШ 3,915; 95% ДИ 1,450–10,574), бесплодие / эпизоды невынашивания беременности в анамнезе (ОШ 4,420; 95% ДИ 1,464–13,344), беременность в результате ВРТ (ОШ 7,525; 95% ДИ 0,886–63,901), негативное отношение к вакцинации против COVID-19 (ОШ 3,771; 95% ДИ 0,949–14,991) и первые предстоящие роды (ОШ 5,167; 95% ДИ 2,107–12,667).

Ключевые слова: перинатальная тревога, беременность, COVID-19

Zhukovskaya S. (Jr.)¹ ✉, Zhukovskaya S.²

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Centre of Reproductive Medicine, Minsk, Belarus

Perinatal Anxiety: Prevalence, Clinical and Anamnestic Predictors

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study, the collection of materials, writing the text – Zhukovskaya S. (Jr.); statistical data processing, text editing – Zhukovskaya S.

Submitted: 21.11.2022

Accepted: 05.12.2022

Contacts: lana_zhukovskaya@yahoo.co.uk

Abstract

This article presents the results of the research performed in “1st City Clinic Hospital” (Minsk, Belarus), that included 314 pregnant women with gestational age of 22 weeks and over who underwent screening for anxiety symptoms using PASS-R scale. Two groups were formed according to anxiety symptoms severity: Group 1 (n=47) – women with moderately elevated risk of perinatal anxiety according to PASS-R scale; Group 2 (n=44) – pregnant women with minimally low risk of perinatal anxiety. The results of the research showed that several factors have a statistically significant contribution to the risk of perinatal anxiety development, such as hypertensive disorders in pregnancy (OR 4.686; 95% CI 1.223–17.952); threatened miscarriage in the 1st trimester (OR 3.915; 95% CI 1.450–10.574); infertility and/or miscarriage episodes in previous pregnancies (OR 4.420; 95% CI 1.464–13.344); pregnancy after assisted reproductive technologies (OR 7.525; 95% CI 0.886–63.901); negative attitude towards vaccination against COVID-19 (OR 3.771; 95% CI 0.949–14.991), and being primiparous (OR 5.167; 95% CI 2.107–12.667).

Keywords: perinatal anxiety, pregnancy, COVID-19

■ ВВЕДЕНИЕ

Психическое здоровье женщины на протяжении перинатального периода оказывает, несомненно, важное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода. Накоплен массив научных данных, свидетельствующих о негативном влиянии симптомов тревожного спектра у беременной на психическое развитие ребенка: так, по данным проспективного когортного исследования С. Polte et al. (2019), дети, рожденные от матерей, страдавших тревожными расстройствами в перинатальном периоде, достоверно чаще демонстрировали нарушения в социальной и эмоциональной сферах (ОШ 2,46; 95% ДИ 1,01–5,97) [1]. В систематическом обзоре и метаанализе Z. Song et al. (2022) отмечено, что тревожная симптоматика у матери (как в перинатальном, так и в позднем послеродовом периоде) существенно влияет на поведение детей дошкольного возраста, вплоть до развития у них тревожных и депрессивных расстройств [2]. В исследовании С. Donniti et al. (2021) описана корреляция между наличием у женщин перинатальной тревоги и особенностями морфологических и функциональных характеристик миндалевидного тела у детей:

наблюдали увеличение объема миндалевидного тела одновременно со снижением функциональных связей между амигдалой и такими структурами, как таламус, гипоталамус, ствол мозга [3].

На протяжении последних трех лет безусловной актуальностью обладает проблема влияния пандемии COVID-19 как на соматическое, так и на психическое здоровье беременных. По результатам крупного исследования V. Mateus et al. (2022), включившего в себя более 7 тысяч беременных и родильниц из различных стран мира (Великобритания, Испания, Португалия, Греция, Бразилия, Чили, Турция, Кипр), установлена высокая распространенность депрессивных симптомов во время беременности (26,7%) и послеродового периода (32,7%), тревожной симптоматики (20,0% и 26,6% соответственно), при этом коморбидные состояния, сочетающие депрессивные и тревожные проявления, выявлены у 15,2% беременных и у 20,3% женщин в послеродовом периоде. Отмечено также возрастание распространенности изучаемых симптомов в связи с пандемией COVID-19: наиболее значительно возросла частота тревожно-депрессивных симптомов у женщин в послеродовом периоде [4].

В работе E. Motrico et al. (2022) подчеркивается влияние пандемии COVID-19 на частоту возникновения перинатальной депрессии и перинатальной тревоги в Испании: среди 3356 респондентов, в качестве которых выступали беременные и женщины в течение 6 месяцев послеродового периода, у 33,3% опрошенных наблюдались симптомы тревожного спектра, у 47,2% – депрессивного, в то время как у 29,2% женщин выявлено наличие тревожно-депрессивной симптоматики. Исследователями отмечено, что выраженность симптомов перинатальной депрессии и тревоги коррелировала с наличием переживаний по поводу влияния COVID-19 на состояние здоровья, а также с влиянием пандемии на трудоустройство и финансовое благополучие [5].

Следует отметить, что, помимо пандемии COVID-19, важную роль в развитии перинатальной тревоги играет течение беременности и родов: согласно результатам исследования S. Araji et al. (2020), беременность «высокого риска» и непосредственно родоразрешение являются важнейшими физиологическими факторами, провоцирующими возникновение и/или усугубление симптомов тревоги во время беременности. Под термином «беременность высокого риска» авторы подразумевают наличие заболеваний, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода, а также оказывающих негативное влияние на состояние здоровья матери и плода [6]. Эти данные подтверждают более ранние исследования N. Fairbrother et al. (2017), в которых утверждается, что тревожные расстройства во время беременности коррелируют прежде всего с наличием гестационных осложнений, при этом наличие «беременности высокого риска» увеличивает вероятность перинатальной тревоги в 5,2 раза, в то время как паритет родов и демографические характеристики не оказывают существенного влияния, в связи с чем авторы рекомендуют проводить скрининг, направленный на своевременное выявление перинатальной тревоги, всем женщинам с осложненным течением беременности [7]. Группа исследователей S. Araji et al. (2020) указывают на то, что беременности высокого риска чаще осложняются развитием тревожной симптоматики по ряду причин: во-первых, осложненное течение беременности предполагает более частое посещение учреждений здравоохранения и большее количество клиничко-лабораторных и диагностических исследований, что может являться дополнительным стрессовым фактором для женщины.

Помимо этого, женщины зачастую испытывают страх, связанный с негативным влиянием гестационных осложнений на их здоровье и на здоровье будущего ребенка, что снижает адаптационный потенциал к стрессу [6]. Важно упомянуть исследование J. Martini et al. (2016), в котором отмечено, что риск развития тревожных расстройств повышает также возраст женщины (более 35 лет) во время родов, а также наличие эпизодов невынашивания в анамнезе [8]. Гипертензивные расстройства во время беременности, такие как хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия и преэклампсия, а также прегестационный сахарный диабет, ассоциированы с высокой вероятностью длительных и частых госпитализаций, высоким риском осложнений как для женщины, так и для плода. Вместе с этим указанные заболевания также повышают и риск возникновения перинатальных тревожных расстройств [9].

Очевидно, что проблема перинатальной тревоги и перинатальной депрессии обладает несомненной актуальностью в современном мире. В то же время обращает на себя внимание отсутствие четко выстроенной системы оказания психологической помощи беременным и стратификации риска тревожно-депрессивных расстройств в перинатальном периоде. Несмотря на эволюцию психологии и психотерапевтических подходов, во многих странах по-прежнему тема психических расстройств остается стигматизированной.

Учитывая актуальность проблемы, целью нашего исследования явилось изучение распространенности тревожной симптоматики у беременных и выявление клинико-анамнестических факторов, способных оказать влияние на психоэмоциональное состояние женщины.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить выраженность тревожной симптоматики у беременных в сроке 22 недели гестации и более, используя скрининговую шкалу перинатальной тревоги (PASS-R), и выявить клинико-анамнестические корреляты перинатальной тревоги.

■ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Исследовать влияние socioeconomic characteristics на вероятность развития тревоги в перинатальном периоде.
2. Проанализировать влияние репродуктивного анамнеза и гестационных осложнений на вероятность манифестации тревожной симптоматики у беременных.
3. Изучить влияние пандемии COVID-19 на проявления перинатальной тревоги.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное исследование на базе УЗ «1-я городская клиническая больница» (Минск, Беларусь), включившее в себя 314 беременных в сроке 22 недели гестации и более.

С целью изучения выраженности тревожной симптоматики исследуемым было предложено заполнить скрининговую шкалу перинатальной тревоги (PASS-R), представляющую собой опросник, состоящий из 5 субшкал и содержащий 31 вопрос. Преимущество используемой шкалы, по нашему мнению, заключается в том, что вопросы шкалы охватывают симптомы, характерные для широкого спектра тревожных

расстройств, включая генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство. Следует отметить, что вопросы также ориентированы на выявление симптомов расстройств адаптации и диссоциативных состояний.

Особую важность представляет тот факт, что используемая шкала содержательно отличается от иных методов выявления тревожных расстройств тем, что исследует наличие специфических симптомов тревоги, характерных исключительно для перинатального периода. Так, среди вопросов присутствуют:

- беспокойство о ребенке/беременности;
- страх, что ребенку будет причинен вред;
- очень сильный страх игл, крови, родов, боли.

В результате апробации шкалы PASS-R, проведенной авторами Коргожа М.А. и Евмененко А.О. в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете на 609 респондентах, установлен рекомендуемый порог общего балла шкалы, указывающий на риск развития тревожного расстройства, равный 26 баллам, и разработаны критерии оценки тяжести симптомов тревоги [10].

Так, минимальный уровень (0–25 баллов) предполагает наличие единичных кратковременных симптомов тревоги, которые не нарушают процесс адаптации к ситуациям перинатального периода и не снижают качество жизни. Данные результаты свидетельствуют о минимальном риске развития тревожного расстройства. В том случае, если сумма баллов не достигает 20, специализированная помощь врача-психиатра не требуется, как не требуется и оказание психологической помощи и/или проведения психологического консультирования. При сумме баллов, равной 20–25, рекомендуются оказание индивидуальной психологической помощи и поддержка по запросу женщины на основе качественной оценки симптомов тревоги в соответствии с субшкалами. Также рекомендовано включение в работу групп психологической поддержки женщин в перинатальном периоде, прохождение курсов дородовой подготовки.

Средний (умеренный) уровень (26–41 балл) характеризуется наличием устойчивых симптомов тревоги, которые оказывают влияние на процесс адаптации к ситуациям перинатального периода, а также потенциально снижают качество жизни. Такие результаты характерны для умеренного риска развития тревожного расстройства и предполагают оказание психологической помощи женщине (исключительно при ее согласии). Целесообразно рекомендовать включение в работу групп психологической поддержки женщин в перинатальном периоде; обучение методикам совладания со стрессом, проведение психообразовательной работы, направленной на поддержание психического здоровья и снижение симптомов тревоги, в том числе на основе способов снятия острого стресса. Следует информировать женщину о том, что при усугублении симптоматики рекомендовано обращение к врачу-психотерапевту.

Тяжелая степень выраженности симптомов тревоги (42–93 балла) предполагает наличие ярко выраженных симптомов тревоги, оказывающих существенное неблагоприятное влияние на процесс адаптации к событиям перинатального периода и на общее качество жизни. Такие результаты указывают на высокий риск развития тревожного расстройства и требуют оказания специализированной помощи: например, консультация врача-психотерапевта и/или психиатра с целью проведения комплексной оценки состояния психического здоровья. С разрешения женщины

целесообразно уведомить близкого родственника о состоянии пациентки и проинформировать о службах экстренной психологической помощи по месту жительства.

Субшкалы, представленные в методике PASS-R, описывают различные группы симптомов, соответствующие тревожным расстройствам, и могут служить источником ценной информации о характере и специфике переживаемых симптомов тревоги [10]:

- Субшкала 1. Острая и навязчивая тревога. Высокие баллы указывают на выраженные симптомы генерализованной тревоги, риск развития панических состояний, а также на наличие навязчивых тревожных мыслей и переживаний. Высокие показатели по данной субшкале могут указывать на ранее произошедшую психическую травматизацию респондента.
- Субшкала 2. Социальная тревога. Высокие баллы свидетельствуют о социальном контексте проявления симптомов тревоги, выраженном страхе социальных контактов и стремлении к их избеганию.
- Субшкала 3. Навязчивый перфекционизм. Высокие баллы коррелируют с наличием выраженного навязчивого стремления к контролю и постоянному улучшению актуальной жизненной ситуации. Высокие показатели по данной субшкале могут указывать на обсессивно-компульсивную специфику симптомов тревоги.
- Субшкала 4. Специфические страхи. Высокие баллы указывают на выраженные симптомы тревоги, которые характерны исключительно для перинатального периода. Также превалирование баллов в данной субшкале может указывать на психологическую неготовность к рождению, уходу за ребенком и его воспитанию. В случае выявления симптомов тревоги по данной субшкале требуется тщательный анализ индивидуального контекста специфики проявлений этих симптомов. Следует отметить, что высокий уровень перинатальной тревоги увеличивает риск развития послеродовой депрессии.
- Субшкала 5. Проблемы адаптации (диссоциация). Высокие баллы предполагают наличие диссоциативных симптомов и выраженных трудностей с адаптацией.

В результате использования опросника у 314 беременных выявлено, что в 64 (20,4%) случаях респонденты набрали от 26 до 41 балла, что свидетельствовало об умеренном уровне выраженности тревожной симптоматики, в то время как 250 (79,6%) беременных находились в диапазоне минимального риска развития тревожных расстройств. Следует отметить, что среди опрошенных отсутствовали женщины, набравшие 42 балла и более.

Затем из общей выборки сформированы две группы на основании степени выраженности симптомов тревоги:

- группа 1 (n=47) – женщины с умеренным риском развития тревожных расстройств согласно шкале PASS-R, которые составили исследуемую группу;
- группа 2 (n=44) – беременные с минимальным риском, составившие контрольную группу.

Критериями включения в исследование являлись: возраст женщины 18–49 лет, одноплодная беременность, наличие письменного информированного согласия на участие в исследовании.

В качестве критериев исключения выступали:

- наличие диагностированных психических расстройств в анамнезе и/или во время беременности до начала исследования;

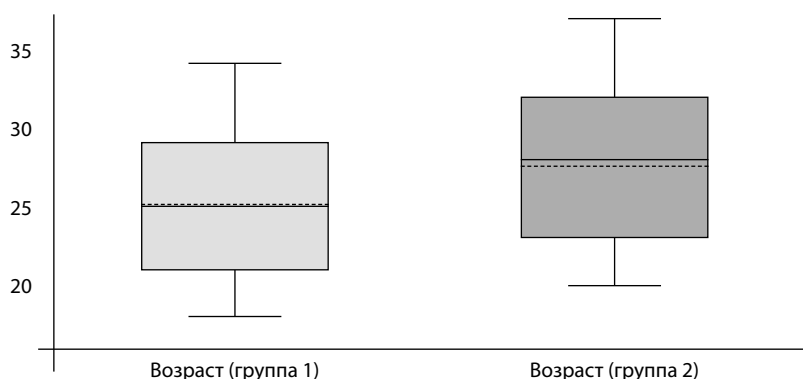
- прием психотропных лекарственных средств (антидепрессанты, нейролептики, анксиолитики, снотворные) в анамнезе и/или во время беременности до начала исследования;
- получение беременной психологической помощи в индивидуальной и/или групповой формах во время данной беременности.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием персонального компьютера, MS Office Excel 2013 и лицензионного пакета статистических программ MedCalc, DATAtab Statistics Software. Числовые данные проходили проверку на нормальность распределения с использованием методов Колмогорова – Смирнова, Шапиро – Уилка. При распределении, отличном от нормального, применяли непараметрические методы описательной статистики, представляя результаты в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей – Me [UQ; LQ]. Сравнительный анализ числовых данных между двумя исследуемыми группами проводился на основании критерия Манна – Уитни, в то время как для сравнения бинарных данных использовали метод четырехпольных таблиц (критерий хи-квадрат, в т. ч. с поправкой Йейтса), статистически достоверным результат считали при $p < 0,05$. С целью определения вероятности развития определенного исхода в зависимости от переменных приняли расчет отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первую очередь нами проводился анализ возраста женщин в исследуемых группах. Согласно полученным результатам, медиана возраста в 1-й группе составила 25 [21; 29] лет, а во 2-й группе – 28 [23; 32] лет. Используя тест Манна – Уитни, выявили статистически значимые межгрупповые различия по возрасту ($U=773$; $p=0,039$) – очевидно, что медиана возраста в 1-й группе была ниже, чем во 2-й группе (см. рисунок).

Далее нами были изучены и проанализированы некоторые социоэкономические параметры, которые, на наш взгляд, могли оказать влияние на психологическое состояние беременных и выступить в качестве факторов риска развития расстройств тревожного спектра (табл. 1).



Возраст пациентов в исследуемых группах
Age of patients in researched groups



Таблица 1
Социальноэкономический статус женщин в исследуемых группах
Table 1
Socioeconomic status of women in researched groups

Показатели	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=44)	Статистическая значи- мость различий	
			χ^2	p
Замужем	40	36	0,020	0,889
Не замужем	7	8		
Высшее образование	45	40	0,256	0,613
Без высшего образования	2	4		
Трудоустроена на момент беременности	38	36	0,023	0,881
Не трудоустроена на момент беременности	9	8		

Согласно представленным в табл. 1 данным, статистически достоверных межгрупповых различий по наличию зарегистрированного брака ($p=0,889$), высшего образования ($p=0,613$), трудоустройства на момент исследования ($p=0,881$) выявлено не было.

При оценке репродуктивного анамнеза нами отмечено, что согласно критерию χ^2 обнаружены статистически достоверные различия по паритету родов в исследуемых группах: так, в 1-й исследуемой группе первые роды предстояли 31 (66%) женщине, в то время как во 2-й группе – 12 (27%) ($\chi^2 13,645$, $p<0,001$).

Следующий изученный нами предиктор тревожной симптоматики – бесплодие и/или эпизоды невынашивания беременности в анамнезе. Выявлено, что в 1-й исследуемой группе бесплодие и/или невынашивание отмечены у 17 (36,2%) респондентов против 5 (11,4%) во 2-й группе ($\chi^2 7,62$; $p=0,006$). При подсчете отношения шансов установлено, что у женщин с бесплодием/невынашиванием в анамнезе существенно выше вероятность развития тревожной симптоматики в сравнении с контрольной группой (ОШ 4,420; 95% ДИ 1,464–13,344).

В рамках исследования также проводили сравнительный анализ особенностей наступления беременности: у женщин 1-й группы достоверно чаще беременность наступала в результате применения ВРТ ($\chi^2 4,5$, $p=0,034$). При подсчете отношения шансов подтверждено, что при наступлении беременности в результате применения ВРТ женщины сталкиваются с более высокой вероятностью развития перинатальной тревоги (ОШ 7,525; 95% ДИ 0,886–63,901).

Далее нами было изучено и проанализировано влияние гестационных осложнений на вероятность развития тревожной симптоматики у женщин в исследуемых группах (табл. 2).

Из данных, представленных в табл. 2, следует, что статистически достоверное влияние на психологическое состояние женщин оказали гипертензивные расстройства (хроническая артериальная гипертензия, гестационная артериальная гипертензия и преэклампсия): у женщин 1-й группы статистически значимо чаще беременность была осложнена наличием гипертензивных расстройств. У женщин, страдающих гипертензивными расстройствами, гораздо выше вероятность развития тревожной симптоматики в сравнении с контрольной группой (ОШ 4,686; 95% ДИ 1,223–17,952).

Таблица 2
Осложнения беременности у женщин исследуемых групп
Table 2
Pregnancy complications in researched groups

Показатели	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=44)	Статистическая значимость различий	
			χ^2	p
Гипертензивные расстройства	12	3	5,781	0,017
Анемия легкой степени тяжести	9	8	0,023	0,881
Гестационный сахарный диабет	2	2	0,197	0,657
Прегестационный сахарный диабет	3	2	0,006	0,940
Гипотиреоз	7	6	0,017	0,898
Гестационный пиелонефрит	4	2	0,115	0,735

Иные соматические осложнения беременности, рассмотренные нами в рамках изучения их влияния на вероятность развития тревожной симптоматики (анемия, сахарный диабет, гипотиреоз, гестационный пиелонефрит), существенно не отличались в обеих исследуемых группах по частоте встречаемости, следовательно, группы были сопоставимы по этим исследуемым параметрам.

Следует отметить, что одним из предикторов развития тревожных расстройств являлась угроза прерывания беременности в 1-м триместре текущей гестации. Результаты проведенного исследования показали, что угроза прерывания достоверно чаще осложняла течение беременности в 1-й группе женщин – 20 (43%) случаев против 7 (16%) во 2-й группе ($\chi^2 7,73$; $p=0,006$). Установлено, что у женщин с угрозой прерывания беременности в 1-м триместре вероятность развития тревожной симптоматики была значительно выше в сравнении с контрольной группой (ОШ 3,915; 95% ДИ 1,450–10,574).

Также с целью изучения потенциального влияния пандемии COVID-19 на выраженность тревожной симптоматики у исследуемых беременных нами оценивались такие параметры, как наличие COVID-19 в анамнезе, отношение к вакцинации против COVID-19, наличие данного заболевания у родственников и некоторые другие (табл. 3).

Как следует из данных, представленных в табл. 3, процент вакцинированных против COVID-19 в 1-й исследуемой группе был достоверно ниже: 6,38% против

Таблица 3
Анамнез по заболеванию COVID-19 в исследуемых группах
Table 3
COVID-19 history in researched groups

Показатели	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=44)	Статистическая значимость различий	
			χ^2	p
Перенесли COVID-19 до беременности	6	4	0,051	0,823
Перенесли COVID-19 во время беременности	2	3	0,006	0,940
Родственники перенесли COVID-19	9	7	0,017	0,897
Вакцинированы	3	9	3,931	0,048
Не вакцинированы	44	35		

20,45% женщин (χ^2 3,93; $p=0,048$). Согласно результатам расчета отношения шансов вероятность развития тревожной симптоматики была достоверно выше у беременных, невакцинированных против COVID-19, в сравнении с контрольной группой (ОШ 3,771; 95% ДИ 0,949–14,991). В то же время достоверных межгрупповых различий по наличию COVID-19 в анамнезе либо во время текущей беременности выявлено не было.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что:

- статистически значимый вклад в повышение вероятности развития тревожных расстройств в перинатальном периоде вносят гипертензивные расстройства (ОШ 4,686; 95% ДИ 1,223–17,952), угроза прерывания беременности в 1-м триместре (ОШ 3,915; 95% ДИ 1,450–10,574), бесплодие / эпизоды невынашивания беременности в анамнезе (ОШ 4,420; 95% ДИ 1,464–13,344), беременность в результате ВРТ (ОШ 7,525; 95% ДИ 0,886–63,901), негативное отношение к вакцинации (ОШ 3,771; 95% ДИ 0,949–14,991) и первые предстоящие роды (ОШ 5,167; 95% ДИ 2,107–12,667).
- раннее выявление уязвимых групп с умеренным и высоким риском развития тревожных расстройств позволит своевременно оказать необходимую психологическую помощь и снизить частоту развития клинически выраженных расстройств тревожного спектра.

Таким образом, мы считаем целесообразным рекомендовать использование скрининговой шкалы перинатальной тревоги PASS-R при оказании медицинской помощи беременным как на амбулаторном, так и на стационарном уровне, так как своевременная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде обладает несомненной актуальностью в сложившихся эпидемиологических и социальноэкономических условиях.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Polte C. et al. (2021) Impact of Maternal Perinatal Anxiety on Social-Emotional Development of 2-Year-Olds, A Prospective Study of Norwegian Mothers and Their Offspring: The Impact of Perinatal Anxiety on Child Development. *Matern Child Health J.*, vol. 23, iss. 3, pp. 386–396. doi: 10.1007/s10995-018-2684-x. PMID: 30610530.
2. Song Z. et al. (2022) Association between Maternal Anxiety and Children's Problem Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, vol. 19, iss. 17. doi: 10.3390/ijerph191711106.
3. Donnici C. et al. (2021). Prenatal and postnatal maternal anxiety and amygdala structure and function in young children. *Scientific Reports*, vol. 11, iss. 1, pp. 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83249-2>
4. Mateus V. et al. (2022) Rates of depressive and anxiety symptoms in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: Comparisons between countries and with pre-pandemic data. *J Affect Disord*, iss. 316, pp. 245–253. doi: 10.1016/j.jad.2022.08.017.
5. Motrico E. et al. (2022) The Impact of the COVID-19 Pandemic on Perinatal Depression and Anxiety: A Large Cross-sectional Study in Spain. *Psicothema*, vol. 34, iss. 2, pp. 200–208. doi: 10.7334/psicothema2021.380. PMID: 35485532.
6. Araj S. et al. (2020) An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. *J Ment Health Clin Psychol*, vol. 4, iss. 4, pp. 47–56.
7. Fairbrother N et al. (2017) The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, vol. 20, iss. 2, pp. 311–319. doi: 10.1007/s00737-016-0704-7.
8. Martini J. et al. (2016). A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *J Anxiety Disord*, vol. 40, pp. 58–66. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.04.007.
9. Winkel S. et al. (2015) Associations of anxiety disorders, depressive disorders and body weight with hypertension during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, vol. 18, iss. 3, pp. 473–483.
10. (2021) *Skрининговая shkala perinatal'noj trevogi (PASS-R). Kratкое rukovodstvo po ispol'zovaniyu. Metodicheskoe posobie* [Screening scale for perinatal anxiety (PASS-R). Quick guide to use. Toolkit]. SPb.: SPbGPMU, 20 p. (in Russian)