

УДК 616.89-085.214.32-06:618.2-083-084  
DOI <https://doi.org/10.32782/health-2025.1.11>

## ДИЛЕМА БЕЗПЕКИ ЛІКІВ: НАУКОЗНАВЧИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ ВАГІТНИМИ ЖІНКАМИ

**Матвійчук Мар'яна Євгенівна,**  
асистент кафедри організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки  
ФПДО,  
аспірант кафедри організації і економіки фармації  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького  
ORCID: 0000-0002-7063-5832.

**Горілик Артем Володимирович,**  
кандидат фармацевтичних наук,  
старший викладач кафедри організації і економіки фармації  
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького  
ORCID: 0000-0002-6214-9156

*У статті представлено комплексний огляд складного взаємозв'язку між прийомом антидепресантів і нелікованою депресією під час вагітності. Вона заглиблюється в багатогранну природу цього питання, балансуючи між потенційними ризиками, пов'язаними з прийомом антидепресантів, і небезпечними наслідками нелікованої материнської депресії. В огляді систематизовано результати сучасних досліджень, клінічний протокол та думки експертів, щоб представити нюансоване розуміння цієї теми.*

*Основні висновки вказують на те, що хоча антидепресанти, особливо селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, загалом вважаються безпечними для застосування під час вагітності, вони не позбавлені потенційних ризиків. Ці ризики, включно із занепокоєнням щодо неонатального абстинентного синдрому та незначним підвищенням ризику вроджених вад розвитку, необхідно порівнювати з добре задокументованими небезпеками нелікованої депресії. Нелікована материнська депресія пов'язана з несприятливими наслідками для матері: підвищеним ризиком недостатньої турботи про себе, зниження самообслуговування та післяпологової депресії; також великим ризиком для плоду, що розвивається, включно з передчасними пологами та проблемами з розвитком.*

*У статті підкреслюється важливість індивідуалізованих підходів до лікування, як це передбачено клінічним протоколом, висвітлюється роль фармакологічних і нефармакологічних втручань у лікуванні депресії під час вагітності. Вона також визначає сфери, які потребують подальших досліджень, як-от довгострокові наслідки пренатального прийому антидепресантів, порівняльна ефективність різних методів лікування та вплив соціокультурних факторів на результати лікування.*

*Насамкінець цей огляд підкреслює гостру потребу в збалансованому та обґрунтованому підході до лікування депресії під час вагітності. Він закликає медиків ретельно зважувати ризики та переваги застосування антидепресантів, приділяючи особливу увагу індивідуальному підходу, щоб забезпечити найкращі результати лікування як для матері, так і для дитини.*

**Ключові слова:** вагітність, антидепресанти, терапія, лікарські засоби, наукознавчий аналіз.

### **Maryana Matviychuk, Artem Horilyk. The dilemma of drug safety: a scientific analysis of the use of antidepressants by pregnant women**

*This article provides a comprehensive overview of the complex interplay between antidepressant use and untreated depression during pregnancy. It delves into the multifaceted nature of this issue, balancing the potential risks associated with antidepressant use against the significant implications of untreated maternal depression. The overview synthesizes current research findings, clinical guidelines, and expert opinions to present a nuanced understanding of the topic.*

*Key findings indicate that while antidepressants, especially SSRIs, are generally considered safe for use during pregnancy, they are not without potential risks. These risks, including concerns about neonatal adaptation syndrome and a slight increase in the risk of congenital malformations, need to be weighed against the well-documented dangers of untreated depression. Untreated maternal depression is associated with adverse outcomes for both the mother, such as increased risk of poor self-care and postpartum depression, and the developing fetus, including preterm birth and developmental challenges.*

*The article emphasizes the importance of individualized treatment approaches as advocated by clinical guidelines, highlighting the roles of both pharmacological and non-pharmacological interventions in managing depression during pregnancy. It also identifies areas needing further research, such as the long-term effects of prenatal antidepressant exposure, the comparative efficacy of different treatment modalities, and the impact of socio-cultural factors on treatment outcomes.*

*In conclusion, this overview stresses the critical need for a balanced and informed approach in treating depression during pregnancy. It calls for healthcare providers to carefully weigh the risks and benefits of antidepressant use, with a focus on personalized care to ensure the best possible outcomes for both mother and child.*

**Key words:** pregnancy, antidepressants, therapy, drugs, scientific analysis.

**Вступ.** Лікування депресії під час вагітності – це складний взаємозв'язок між благополуччям матері та здоров'ям плоду, що становить значну клінічну та етичну проблему. Рішення про застосування антидепресантів у цей критичний період є непростим, оскільки потрібно збалансувати необхідність пом'якшення негативних наслідків нелікованої материнської депресії з потенційними ризиками, пов'язаними з фармакологічними втручаннями [1]. Депресія не є рідкістю серед вагітних жінок, за оцінками, приблизно 10–15 % жінок відчувають значні депресивні симптоми під час вагітності [2].

Наслідки нелікованої депресії є глибокими й охоплюють низку небажаних результатів, включно з поганим доглядом за собою, недостатнім харчуванням, зловживанням психоактивними речовинами та підвищеним ризиком суїциду [3]. Крім того, нелікована материнська депресія може призвести до ускладнень у пологах, як-от передчасні пологи [4; 5], низька вага при народженні [6] та проблеми з розвитком дитини [7]. І навпаки, застосування під час вагітності антидепресантів, особливо селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (далі – СІЗЗС), має власний набір проблем: вроджені порушення розвитку, неонатальний адаптаційний синдром та довгострокові порушення нейророзвитку. Власне, у літературі представлено неоднозначну картину: деякі дослідження припускають, що ці ризики є відносно низькими, тоді як інші закликають до більш обережної інтерпретації [8].

Цей складний сценарій підкреслює необхідність глибокого розуміння як ризиків застосування антидепресантів, так і наслідків нелікованої депресії під час вагітності.

**Мета та завдання.** Опрацювати та проаналізувати дані фахової, наукової, спеціалізованої літератури щодо безпеки застосування антидепресантів під час вагітності, а також наслідки нелікованої депресії в цей делікатний період.

**Методи дослідження.** Матеріалами дослідження були дані інформаційно-довідкової, наукової, періодичної («Фармацевтичний журнал», «Фармацевтичний часопис», «Соціальна фармація в охороні здоров'я», «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія», «Аннали Мечниковського Інституту», «Український неврологічний журнал», «Health & Education») та фахової літератури; інформаційного фонду «Державний реєстр лікарських засобів України», Української тератологічної інформаційної системи, Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеці-

алізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія».

У процесі дослідження використано методи систематичного огляду літератури з подальшим контент-аналізом умісту, вебметричний, порівняльний, критичний аналіз та узагальнення отриманої інформації.

**Результати дослідження.** Історія застосування антидепресантів під час вагітності є відображенням еволюції розуміння як психічного здоров'я, так і фармакотерапії в охороні материнства. Спочатку лікування депресії під час вагітності було значною мірою затьмарене занепокоєнням щодо безпеки ліків, що відображало більшу обережність у призначенні ліків вагітним жінкам. Ця обережність впливає з історичних медичних трагедій, як-от криза з талідомідом наприкінці 1950-х – на початку 1960-х років, яка глибоко вплинула на медичні погляди на безпеку ліків під час вагітності [9]. Варто зазначити, що на той час дослідження на тератогенність не було обов'язковим.

У наступні десятиліття, коли обізнаність про депресію та її діагностика стали більш поширеними, потреба у вирішенні питань психічного здоров'я матерів під час вагітності набула визнання. Спочатку лікування депресії у вагітних жінок здебільшого зводилося до психотерапії та нефармакологічних втручань, зважаючи на побоювання щодо тератогенності ліків. Однак зі зростанням розуміння потенційних ризиків нелікованої материнської депресії, що охоплюють такі проблеми, як пренатальний стрес, емоційні, когнітивні, поведінкові та проблеми моторикою в ранньому дитинстві, дискурс почав змінюватися [10; 11].

Перинатальна депресія також може спричинити поведінкові, когнітивні і моторні проблеми в ранньому дитинстві [12]. Постнатальна депресія здатна вплинути на стосунки між матір'ю та немовлям, що може стати причиною поганого розвитку немовляти.

Поява СІЗЗС наприкінці 1980-х років стала важливим поворотним моментом. СІЗЗС, які вважалися безпечнішими порівняно зі старими антидепресантами, як-от трициклічні препарати та інгібітори моноаміноксидази, почали ширше використовувати під час вагітності. Наприкінці 1990-х – на початку 2000-х років з'явилися занепокоєння щодо потенційних ризиків СІЗЗС, особливо щодо неонатального абстинентного синдрому та, рідше, вроджених порушень розвитку [13].

Подальші дослідження намагалися збалансувати ці побоювання з ризиками нелікованої

депресії. Метааналізи та великі когортні дослідження дали більш детальне уявлення про відносну безпеку різних антидепресантів. Сучасне бачення лікування депресивних станів наголошує на індивідуальному підході, зважаючи на тяжкість материнської депресії з потенційними ризиками, пов'язаними з прийомом ліків.

Сьогодні застосування антидепресантів під час вагітності визначається більш поінформованою, хоча й обережною перспективою. Визнається критична важливість психічного здоров'я матері та його вплив як на матір, так і на плід, що розвивається, а також необхідність ретельно оцінити безпечність та доцільність фармакологічних втручань. Ця еволюція відображає ширший зсув в охороні материнства – від зосередженості на фізичному здоров'ї до більш цілісного підходу, що передбачає і психічне благополуччя [14].

Вибір антидепресантів для застосування під час вагітності вимагає ретельного вивчення їхнього профілю безпеки, ефективності та індивідуальних потреб пацієнтки. Протягом багатьох років призначалися різні класи антидепресантів, кожен з яких має власний механізм дії та протипоказання до застосування під час вагітності.

СІЗЗС – найпоширеніші антидепресанти, які призначають під час вагітності. Вони діють шляхом підвищення рівня серотоніну в мозку, нейромедіатора, пов'язаного з регуляцією настрою. До поширених СІЗЗС належать флуоксетин, сертралін і циталопрам [15]. Хоча загалом вони вважаються безпечними, є занепокоєння щодо потенційних ризиків, включно з легеневою гіпертензією в новонароджених [16] і незначним збільшенням ризику вад серця [17–20]. Однак ці ризики відносно низькі й повинні бути збалансовані з ризиками нелікованої депресії [21].

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норепінефрину (далі –СІЗЗСН), як-от венлафаксин [22] і дулоксетин [23], діють шляхом підвищення рівня як серотоніну, так і норадреналіну. Їх часто застосовують, коли СІЗЗС неефективні. Подібно до СІЗЗС, СІЗЗСН, як правило, вважаються безпечними для застосування під час вагітності, але є менше даних про їхній профіль безпеки порівняно із СІЗЗС.

Трициклічні антидепресанти (ТЦА) старіші за СІЗЗС та СІЗЗСН. Наприклад, амітриптилін та нортриптилін [24] діють шляхом пригнічення зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну. Сьогодні їх рідше використовують через їхній профіль побічних ефектів, але вони можуть бути альтернативою, коли інші антидепресанти

неефективні. Під час вагітності вони можуть викликати занепокоєння через потенційні ризики розвитку порушень серця та неонатальний абстинентний синдром [25; 26].

Інгібітори моноаміноксидази (МАО), як-от транілципромін, рідко застосовують під час вагітності через потенційний ризик, включно з гіпертонічним кризом і взаємодією з певними продуктами харчування та ліками [27].

Атипові антидепресанти. До цієї групи належать такі препарати, як бупропіон і міртазапін, що мають унікальні механізми дії. Застосування бупропіону [28] в першому триместрі пов'язане з невеликим підвищенням ризику серцево-судинних дефектів, тоді як міртазапін [29] відомий своїми седативними властивостями. Дані щодо їх застосування під час вагітності обмежені, але їх можна розглядати, коли інші варіанти не підходять.

Клінічний протокол та рекомендації [30–32] розроблені для того, щоб допомогти медичним працівникам ухвалювати обґрунтовані рішення, зосереджуючись на персоналізованому підході та всебічному розумінні доступних методів лікування, підкреслити важливість персоналізованого підходу з урахуванням тяжкості депресії, історії хвороби пацієнтки і її вподобань. Процес ухвалення рішення передбачає оцінку ризиків впливу медикаментів на плід порівняно з ризиками нелікованої материнської депресії. Ці настанови загалом рекомендують мультидисциплінарний підхід із залученням акушерів, психіатрів та лікарів первинної медичної допомоги.

Призначаючи терапію депресії в матерів, лікареві варто оцінювати індивідуально кожен випадок, беручи до уваги історію хвороби пацієнтки, тяжкість симптомів та попередню реакцію на лікування. Рішення про продовження, модифікацію або припинення лікування варто ухвалювати спільно з пацієнткою, враховуючи благополуччя як матері, так і плоду, що розвивається.

Нелікована депресія під час вагітності пов'язана з кількома небезпечними наслідками. Ризики для матері передбачають зниження здатності піклуватися про себе, погане харчування та підвищену ймовірність зловживання психоактивними речовинами, включно з тютюнопалінням та вживанням алкоголю. Крім того, нелікована депресія може спричинити підвищений ризик пренатальних і післяпологових ускладнень, як-от преєклампсія і післяпологова депресія. Психологічне напруження також може сприяти зниженню здатності налагоджувати зв'язок з дитиною після народження і впливати на здатність матері догля-

дати за новонародженим, що має вирішальне значення для розвитку дитини [33–35].

Кілька досліджень порівнювали результати вагітностей, у яких депресію лікували, та тих, де її не лікували. Знакове дослідження, опубліковане у 2021 році, продемонструвало, що жінки, які отримували лікування від депресії під час вагітності, мали кращі результати як здоров'я матері, так і розвитку плоду порівняно з тими, хто не отримував лікування [36]. Інше дослідження, опубліковане у 2023 році, підтвердило ці висновки, показавши, що належне лікування материнської депресії пов'язане зі зменшенням кількості передчасних пологів та інших ускладнень [37].

Антидепресанти, зокрема СІЗЗС, були в центрі уваги численних досліджень, які вивчали їх вплив на результати вагітності. Хоча деякі дослідження вказують на потенційний зв'язок між прийомом СІЗЗС та певними негативними наслідками, як-от передчасні пологи та низька вага при народженні, результати досліджень не зовсім узгоджуються між собою. Наприклад, дослідження, опубліковане в «Британському журналі клінічної фармакології» виявило незначне збільшення ризику передчасних пологів серед жінок, які приймають СІЗЗС, але підкреслило, що цей ризик повинен бути зважений з ризиками нелікованої депресії [38].

Іншим аспектом, який варто враховувати, є можливість виникнення неонатального абстинентного синдрому – стану, який спостерігається в новонароджених, що зазнали впливу СІЗЗС на пізніх термінах вагітності. Симптоми містять респіраторний дистрес, труднощі з годуванням та дратівливість. Однак вони, як правило, легкі й минають без довгострокових наслідків.

Міркуючи про здоров'я майбутніх матерів, застосування антидепресантів під час вагітності пов'язане зі зниженням ризику рецидиву великої депресії. У дослідженні, опублікованому в журналі «Жіноче психічне здоров'я», повідомляється, що жінки, які продовжували лікування антидепресантами під час вагітності, мали значно нижчий ризик рецидиву порівняно з тими, хто припинив лікування [39]. Цей висновок підкреслює важливість підтримки психічного здоров'я матері під час вагітності не тільки для благополуччя матері, а й для загального здоров'я дитини.

Щодо наслідків для плода та новонароджених, то занепокоєння переважно пов'язане з потенційною можливістю вроджених вад розвитку та порушень нервового розвитку. Хоча ранні дослідження викликали занепокоєння щодо можливого підвищеного ризику серцевих порушень

при застосуванні певних СІЗЗС, подальші більш масштабні та всебічні дослідження дали змогу заспокоїтися. Наприклад, метааналіз, опублікований в журналі «ВМС Medicine», не виявив значного підвищення ризику основних вроджених вад розвитку при застосуванні СІЗЗС протягом першого триместру [40].

Довгострокові результати нейророзвитку є сферою досліджень. Ранні дослідження вказували на можливі затримки моторного розвитку та підвищений ризик розладів аутистичного спектра, але ці висновки не були послідовно відтворені. Сучасні дані свідчать про те, що якщо і є якийсь підвищений ризик, то, найімовірніше, він дуже малий. Для повного розуміння довгострокового впливу пренатального прийому антидепресантів необхідні подальші дослідження.

Численні дослідження свідчать про те, що за умови ретельного моніторингу та індивідуального лікування застосування антидепресантів може бути безпечним та ефективним компонентом лікування депресії під час вагітності, підтримуючи так благополуччя як матері, так і новонародженого.

Для легкої та помірної депресії настанова [31] часто рекомендує починати з нефармакологічних втручань. Когнітивно-поведінкову терапію та міжособистісну терапію зазвичай рекомендують через їх доведену ефективність та відсутність фармакологічних ризиків для плоду. Інші нефармакологічні методи лікування, як-от фізичні вправи та терапія на основі усвідомленості, також привертають увагу завдяки своїм потенційним перевагам.

Ключовою рекомендацією для цієї категорії депресій є ретельний моніторинг. Якщо стан пацієнтки не покращується за допомогою нефармакологічних втручань або якщо його депресія погіршується, протокол пропонує переглянути план лікування, щоб розглянути можливість фармакотерапії.

У випадках важкої депресії або за наявності в анамнезі важкої рецидивувальної депресії протокол зазвичай рекомендує продовжувати або розпочинати терапію антидепресантами. Вибираючи ліки, варто керуватися попередньою реакцією пацієнтки на антидепресанти, профілем побічних ефектів і профілем безпеки препарату під час вагітності.

СІЗЗС часто є першою лінією лікування через їх відносно сприятливий профіль безпеки [41]. Однак протокол рекомендує уникати пароксетину, якщо це можливо, через невеликий підвищений ризик серцевих порушень [42].

При застосуванні антидепресантів під час вагітності клінічні настанови рекомендують використовувати найнижчу ефективну дозу. Також рекомендується уникати поліпрагмазії, коли це можливо. Якщо стан пацієнтки стабільний на поточному антидепресанті, клінічний протокол зазвичай рекомендує продовжувати приймати той самий препарат, щоб уникнути ризику рецидиву [43].

У третьому триместрі лікарям рекомендується обговорити можливість розвитку неонатального абстинентного синдрому та спланувати відповідний догляд за новонародженим після пологів.

Для всебічного розуміння всіх граней проблеми фармакотерапії депресії у вагітних жінок ми опрацювали вітчизняну періодичну фахову літературу за спеціальністю «Фармація», у якій могли висвітлюватися проблеми та питання фармакотерапії депресивних розладів у жінок у період вагітності за 2018–2023 роки. Зокрема, опрацьовано «Фармацевтичний журнал», «Фармацевтичний часопис», науковий журнал КЗВО «Рівненської медичної академії», у яких, власне, з такої вузької теми немає публікацій. Проте є дослідження, які висвітлюють окремі аспекти лікування пацієнтів з розладами психіки, оцінки доступності лікарських засобів за урядовою програмою «Доступні ліки», аналіз динаміки номенклатури лікарських засобів для лікування розладів психіки тощо [44–52].

Незважаючи на прогрес у розумінні лікування депресії, зокрема, під час вагітності, залишається багато питань без відповідей, що вказує на необхідність подальших досліджень. Усунення цих прогалин має вагоме значення для покращення лікування та результатів як для матерів, так і для їхніх дітей.

Однією з основних сфер, що потребують подальшого вивчення, є довгостроковий період пренатального впливу антидепресантів на дітей. Хоча сучасні дослідження здебільшого зосереджені на безпосередніх неонатальних наслідках і віхах розвитку в ранньому дитинстві, є потреба в довгострокових, лонгітюдних дослідженнях. Вони повинні бути спрямовані на оцінку когнітивних, емоційних і поведінкових результатів у дітей, які зазнали впливу антидепресантів в утробі матері [4].

Є потреба в додаткових дослідженнях щодо того, як лікування депресії під час вагітності впливає на акушерські наслідки, як-от ризик передчасних пологів, прееклампсії та кесаревого розтину [53]. Розуміння цих взаємозв'язків може вдосконалити розробку інтегрованих моделей

допомоги, які враховують як психічне здоров'я, так й акушерські потреби.

Нарешті, дослідження повинні враховувати вплив соціально-економічних і культурних факторів на лікування депресії під час вагітності [54]. Це передбачає розуміння бар'єрів на шляху до лікування, відмінностей у перевагах та доступі до лікування, а також вплив соціальних детермінант здоров'я на результати лікування.

Так, майбутні напрями досліджень у цій галузі є численними й різноманітними, що відображає складність лікування депресії під час вагітності. Вирішення цих питань, на які поки що немає відповідей, має вагоме значення для поглиблення нашого розуміння та покращення допомоги вагітним жінкам з депресією.

Важливим аспектом є інформаційне забезпечення всіх працівників галузі охорони здоров'я про захворювання, лікування, профілактику та всі аспекти впливу антидепресантів як на матір, так і на плід.

**Висновок.** Ця стаття підкреслила багатогранність лікування депресії під час вагітності – проблеми, у якій переплітається психічне здоров'я матері з благополуччям плоду та новонародженого. Основні висновки підкреслюють, що як застосування антидепресантів, так і стан нелікованої депресії під час вагітності мають негативні наслідки, що вимагає ретельного, індивідуалізованого підходу до лікування.

Доведено, що застосування антидепресантів, особливо СІЗС, загалом безпечне, хоч і не позбавлене потенційних ризиків. Ці ризики, як-от занепокоєння щодо неонатального абстинентного синдрому та рідкісних випадків уроджених аномалій, повинні бути збалансовані з істотною і добре задокументованою небезпекою нелікованої материнської депресії. Нелікована депресія створює ризики не тільки для матері, включно з недостатньою турботою про себе й підвищений ризик післяпологової депресії, а й для плоду, що може призвести до непередбачуваного закінчення пологів і проблем розвитку дитини.

В аналізованій вітчизняній періодичній фаховій літературі за спеціальністю «Фармація», у якій могли б висвітлюватися проблеми та питання фармакотерапії депресивних розладів у жінок у період вагітності, ці аспекти не розглянуто.

Клінічні настанови виступають за індивідуальний підхід до лікування, наголошуючи на необхідності персоналізованого догляду. Для деяких жінок нефармакологічні втручання можуть бути ефективними й кращими, тоді як для інших, особливо з важ-

кою або рецидивувальною депресією, фармакотерапія залишається важливим інструментом.

Отже, лікування депресії під час вагітності є складним завданням, яке вимагає збалансування переваг лікування з потенційними ризиками. Воно вимагає спільного підходу за участю

медичних працівників, пацієнток та їхніх сімей. Кінцевою метою є забезпечення здоров'я і благополуччя як матері, так і її дитини – завдання, яке вимагає постійних досліджень, клінічної пильності та емпатичного розуміння проблем, з якими стикаються вагітні жінки з депресією.

#### ЛІТЕРАТУРА

- Gallitelli V, Franco R, Guidi S, Puri L, Parasiliti M, Vidiri A, Eleftheriou G, Perelli F, Cavaliere AF. Depression Treatment in Pregnancy: Is It Safe, or Is It Not? *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Mar 26;21(4):404. doi: 10.3390/ijerph21040404. PMID: 38673317; PMCID: PMC11049910.
- Truijens SEM, Spek V, van Son MJM, Guid Oei S, Pop VJM. Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Aug;20(4):539-546. doi: 10.1007/s00737-017-0738-5. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28593361; PMCID: PMC5509781.
- Kornstein SG, Joseph AC, Graves WC, Wallenborn JT. Prenatal Depression Severity and Postpartum Care Utilization in a Medicaid Population. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2020 Oct 8;1(1):468-473. doi: 10.1089/whr.2020.0079. PMID: 33786513; PMCID: PMC7784765.
- Smith KF, Huber LR, Issel LM, Warren-Findlow J. The Association Between Maternal Depression During Pregnancy and Adverse Birth Outcomes: A Retrospective Cohort Study of PRAMS Participants. *J Community Health*. 2015 Oct;40(5):984-92. doi: 10.1007/s10900-015-0022-4. PMID: 25833420.
- Fekadu Dadi A, Miller ER, Woodman RJ, Azale T, Mwanri L. Effect of antenatal depression on adverse birth outcomes in Gondar town, Ethiopia: A community-based cohort study. *PLoS One*. 2020 Jun 17;15(6):e0234728. doi: 10.1371/journal.pone.0234728. PMID: 32555631; PMCID: PMC7299401.
- Yang S, Yang R, Liang S, Wang J, Weaver NL, Hu K, Hu R, Trevathan E, Huang Z, Zhang Y, Yin T, Chang JJ, Zhao J, Shen L, Dong G, Zheng T, Xu S, Qian Z, Zhang B. Symptoms of anxiety and depression during pregnancy and their association with low birth weight in Chinese women: a nested case control study. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Apr;20(2):283-290. doi: 10.1007/s00737-016-0697-2. Epub 2016 Dec 24. PMID: 28013409.
- Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug 17;13(8):e17251. doi: 10.7759/cureus.17251. PMID: 34540477; PMCID: PMC8448270
- Alwan S, Friedman JM, Chambers C. Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pregnancy: A Review of Current Evidence. *CNS Drugs*. 2016 Jun;30(6):499-515. doi: 10.1007/s40263-016-0338-3. PMID: 27138915.
- Kim JH, Scialli AR. Thalidomide: the tragedy of birth defects and the effective treatment of disease. *Toxicol Sci*. 2011 Jul;122(1):1-6. doi: 10.1093/toxsci/kfr088. Epub 2011 Apr 19. Erratum in: *Toxicol Sci*. 2012 Feb;125(2):613. PMID: 21507989.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011 Mar;14(1):1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1. PMID: 21052833.
- Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Mar-Apr;48(3-4):245-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x. PMID: 17355398; PMCID: PMC11016282.
- Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 2011 Feb;34(1):1-14. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.09.008. PMID: 20970195.
- Gastaldon C, Arzenton E, Raschi E, Spigset O, Papola D, Ostuzzi G, Moretti U, Trifirò G, Barbui C, Schoretsanitis G. Neonatal withdrawal syndrome following in utero exposure to antidepressants: a disproportionality analysis of Vigibase, the WHO spontaneous reporting database. *Psychol Med*. 2023 Sep;53(12):5645-5653. doi: 10.1017/S0033291722002859. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36128628; PMCID: PMC10482711.
- Chan J, Natekar A, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014 Mar;60(3):242-3. PMID: 24627378; PMCID: PMC3952758.
- Gao SY, Wu QJ, Sun C, Zhang TN, Shen ZQ, Liu CX, Gong TT, Xu X, Ji C, Huang DH, Chang Q, Zhao YH. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC Med*. 2018 Nov 12;16(1):205. doi: 10.1186/s12916-018-1193-5. PMID: 30415641; PMCID: PMC6231277.
- Munk-Olsen T, Bergink V, Rommel A, Momen N, Liu X. Association of Persistent Pulmonary Hypertension in Infants With the Timing and Type of Antidepressants In Utero. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2136639. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.36639.
- Desai PH, Yagnik PJ, Ross Ascuitto N, Prajapati P, Sernich S. Risk of Congenital Heart Disease in Newborns with Prenatal Exposure to Anti-depressant Medications. *Cureus*. 2019 May 15;11(5):e4673. doi: 10.7759/cureus.4673. PMID: 31328065; PMCID: PMC6634285.
- Bérard A, Iessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016 Apr;81(4):589-604. doi: 10.1111/bcp.12849. Epub 2016 Jan 26. PMID: 26613360; PMCID: PMC4799922.
- Bérard A, Ramos E, Rey E, Blais L, St-André M, Oraichi D. First trimester exposure to paroxetine and risk of cardiac malformations in infants: the importance of dosage. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. 2007 Feb;80(1):18-27. doi: 10.1002/bdrb.20099. PMID: 17187388.
- Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, Boskovic R, O'Brien L, Malm H, Bérard A, Koren G. Paroxetine and congenital malformations: meta-Analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther*. 2007 May;29(5):918-926. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.05.003. PMID: 17697910.

21. Lebin LG, Novick AM. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in Pregnancy: An Updated Review on Risks to Mother, Fetus, and Child. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Nov;24(11):687-695. doi: 10.1007/s11920-022-01372-x. Epub 2022 Oct 1. PMID: 36181572; PMCID: PMC10590209.
22. Polen KN, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J; National Birth Defects Prevention Study. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997-2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013 Jan;97(1):28-35. doi: 10.1002/bdra.23096. Epub 2012 Dec 26. PMID: 23281074; PMCID: PMC4484721.
23. Ankarfeldt MZ, Petersen J, Andersen JT, Li H, Motsko SP, Fast T, Hede SM, Jimenez-Solem E. Exposure to duloxetine during pregnancy and risk of congenital malformations and stillbirth: A nationwide cohort study in Denmark and Sweden. *PLoS Med*. 2021 Nov 22;18(11):e1003851. doi: 10.1371/journal.pmed.1003851. PMID: 34807906; PMCID: PMC8654175.
24. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Feb;13(2):207-25. doi: 10.1517/14740338.2014.869582. Epub 2014 Jan 3. PMID: 24383525.
25. Davis RL, Rubanowice D, McPhillips H, Raebel MA, Andrade SE, Smith D, Yood MU, Platt R; HMO Research Network Center for Education, Research in Therapeutics. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007 Oct;16(10):1086-94. doi: 10.1002/pds.1462. PMID: 17729378.
26. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Feb;13(2):207-25. doi: 10.1517/14740338.2014.869582. Epub 2014 Jan 3. PMID: 24383525.
27. Kennedy D, Webster WS, Hill M, Ritchie HE. Abnormal pregnancy outcome associated with high-dose maternal tranylcypromine therapy: Case report and literature review. *Reprod Toxicol*. 2017 Apr;69:146-149. doi: 10.1016/j.reprotox.2017.02.012. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28237611.
28. Hendrick V, Suri R, Gitlin MJ, Ortiz-Portillo E. Bupropion Use During Pregnancy: A Systematic Review. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017 Sep 21;19(5):17r02160. doi: 10.4088/PCC.17r02160. PMID: 28973846.
29. Ostenfeld A, Petersen TS, Pedersen LH, Westergaard HB, Løkkegaard ECL, Andersen JT. Mirtazapine exposure in pregnancy and fetal safety: A nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2022 Jun;145(6):557-567. doi: 10.1111/acps.13431. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35320582; PMCID: PMC9321713.
30. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та медичної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при депресії (депресивний епізод легкого, середнього, тяжкого ступеня без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рецидивний депресивний розлад, дистимія) від 25.12.2014 № 1003. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depressiya.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depressiya.pdf)
31. Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Apr;52(4):320-327. doi: 10.1177/0004867418762057. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29506399; PMCID: PMC5871019.
32. Junkes L, Gherman BR, Appolinario JC, Nardi AE. Treatment of depression during pregnancy: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2024 Mar 18;15:1349816. doi: 10.3389/fpsy.2024.1349816. PMID: 38563023; PMCID: PMC10982487.
33. Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, Liu X, Howard LM, di Florio A, Bergink V, Meltzer-Brody S. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Transl Psychiatry*. 2016 Oct 18;6(10):e919. doi: 10.1038/tp.2016.190. PMID: 27754485; PMCID: PMC5315550.121
34. Quiñones F, Winters C, Hu L, Suvarnakar A. Untreated Major Depression During Gestation: The Physical and Mental Implications in Women and Their Offspring. *Georgetown Medical Review*. 2023;7(1). doi:10.52504/001c.83340
35. Branjerdporn G, Meredith P, Wilson T, Strong J. Infant Developmental Outcomes: Influence of Prenatal Maternal-Fetal Attachment, Adult Attachment, Maternal Well-Being, and Perinatal Loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 20;19(4):2433. doi: 10.3390/ijerph19042433. PMID: 35206621; PMCID: PMC8872269.
36. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug 17;13(8):e17251. doi: 10.7759/cureus.17251. PMID: 34540477; PMCID: PMC8448270.
37. Sakowicz A, Allen E, Alvarado-Goldberg M, Grobman WA, Miller ES. Association Between Antenatal Depression Symptom Trajectories and Preterm Birth. *Obstet Gynecol*. 2023 Apr 1;141(4):810-817. doi: 10.1097/AOG.000000000000125. Epub 2023 Mar 9. PMID: 36897146.
38. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Vinet É, Bernatsky S, Abrahamowicz M. SSRI and SNRI use during pregnancy and the risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Br J Clin Pharmacol*. 2017 May;83(5):1126-1133. doi: 10.1111/bcp.13194. Epub 2017 Jan 18. PMID: 27874994; PMCID: PMC5401975. <https://doi.org/10.1111/bcp.13194>
39. Wikman A, Skalkidou A, Wikström AK, Lampa E, Kramer MS, Yong EL, Skoglund C, Epperson N, Sundström-Poromaa I. Factors associated with re-initiation of antidepressant treatment following discontinuation during pregnancy: a register-based cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Oct;23(5):709-717. doi: 10.1007/s00737-020-01050-y. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632522; PMCID: PMC7497307.
40. Gao SY, Wu QJ, Sun C, Zhang TN, Shen ZQ, Liu CX, Gong TT, Xu X, Ji C, Huang DH, Chang Q, Zhao YH. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC Med*. 2018 Nov 12;16(1):205. doi: 10.1186/s12916-018-1193-5. PMID: 30415641; PMCID: PMC6231277.
41. Edinoff AN, Raveendran K, Colon MA, Thomas BH, Trettin KA, Hunt GW, Kaye AM, Cornett EM, Kaye AD. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Associated Bleeding Risks: A Narrative and Clinical Review. *Health Psychol Res*. 2022 Nov 3;10(4):39580. doi: 10.52965/001c.39580. PMID: 36425234; PMCID: PMC9680839.
42. Bérard A, Iessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016 Apr;81(4):589-604. doi: 10.1111/bcp.12849. Epub 2016 Jan 26. PMID: 26613360; PMCID: PMC4799922.
43. Robiyanto R, Roos M, Bos JHJ, Hak E, van Puijenbroek EP, Schuilting-Veninga CCM. Switching pattern and dose adjustment of antidepressants before and during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2023 Oct;26(5):685-696. doi: 10.1007/s00737-023-01355-8. Epub 2023 Aug 5. PMID: 37542677; PMCID: PMC10491541.

44. Немченко А. С., Ляденко А. В. (2024). Оцінка забезпеченості ліками за державною програмою «Доступні ліки» для пацієнтів з психічними розладами за результатами анкетування. *Фармацевтичний журнал*, (1), 13-23. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.24.02>
45. Костюк І. А., Косяченко К. Л. (2024). Аналіз динаміки номенклатури лікарських засобів для лікування розладів психіки та поведінки в державній програмі «Доступні ліки». *Фармацевтичний журнал*, (3), 25-37. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.24.03>
46. Немченко, А. С., Ляденко, А. В. (2022). Аналіз епідеміологічного стану психічних розладів та фармацевтичного забезпечення пацієнтів лікарськими засобами урядом України. *Фармацевтичний журнал*, (1), 40-49. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.22.04>
47. Яковлева Л.В., Баглай Т.О., Ткачова О.В., Павленко О.В. (2021). Огляд антидепресантів на фармацевтичному ринку України та динаміка їх споживання протягом 2015-2019 рр. *Фармацевтичний журнал*, (3), 3-13. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.21.01>
48. Матвійчук, М.С., Громовик, Б.П. (2021). Дослідження асортиментно-цінового стану регіонального ринку антидепресантів для лікування жінок внутрішньоутробного та постнатального періодів. *Фармацевтичний журнал*, (4), 55-63. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.21.05>
49. Максимович, Н. М., Мудрак, І. Г., Заліська, О. М. (2018). Дослідження системи інформаційного забезпечення безпечної фармакотерапії вагітності у світі. *Фармацевтичний журнал*, (1-2), 22-31. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1-2.18.03>
50. Bilousova, N. A., Mykhalchuk, V. M., Protsiuk, O. V., & Kabachna, A. V. (2023). Зарубіжний досвід підготовки магістрів фармації з питань супроводу населення із порушеннями психічного здоров'я. *Фармацевтичний часопис*, (3), 58–67. DOI: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2023.3.14166>
51. Глущенко О. М. Дослідження асортименту снодійних та седативних лікарських засобів, що містять компоненти рослинного походження, в Україні. DOI: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2022.4.13738>
52. Негода Т.С., Полова З.М. Методичні підходи до формування оптимального асортименту антидепресантів для стаціонарного лікування психічних розладів воєнного стану. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.15>
53. Benatar S, Cross-Barnet C, Johnston E, Hill I. Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants. *J Behav Health Serv Res*. 2020 Jul;47(3):409-423. doi: 10.1007/s11414-020-09689-2. PMID: 32100226.
54. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A; Early Years Research Group (EYRG). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS One*. 2017 Jan 17;12(1):e0169907. doi: 10.1371/journal.pone.0169907. PMID: 28095461; PMCID: PMC5241141.

#### REFERENCES

- Gallitelli V, Franco R, Guidi S, Puri L, Parasiliti M, Vidiri A, Eleftheriou G, Perelli F, Cavaliere AF. Depression Treatment in Pregnancy: Is It Safe, or Is It Not? *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Mar 26;21(4):404. doi: 10.3390/ijerph21040404. PMID: 38673317; PMCID: PMC11049910.
- Truijens SEM, Spek V, van Son MJM, Guid Oei S, Pop VJM. Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Aug;20(4):539-546. doi: 10.1007/s00737-017-0738-5. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28593361; PMCID: PMC5509781.
- Kornstein SG, Joseph AC, Graves WC, Wallenborn JT. Prenatal Depression Severity and Postpartum Care Utilization in a Medicaid Population. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2020 Oct 8;1(1):468-473. doi: 10.1089/whr.2020.0079. PMID: 33786513; PMCID: PMC7784765.
- Smith KF, Huber LR, Issel LM, Warren-Findlow J. The Association Between Maternal Depression During Pregnancy and Adverse Birth Outcomes: A Retrospective Cohort Study of PRAMS Participants. *J Community Health*. 2015 Oct;40(5):984-92. doi: 10.1007/s10900-015-0022-4. PMID: 25833420.
- Fekadu Dadi A, Miller ER, Woodman RJ, Azale T, Mwanri L. Effect of antenatal depression on adverse birth outcomes in Gondar town, Ethiopia: A community-based cohort study. *PLoS One*. 2020 Jun 17;15(6):e0234728. doi: 10.1371/journal.pone.0234728. PMID: 32555631; PMCID: PMC7299401.
- Yang S, Yang R, Liang S, Wang J, Weaver NL, Hu K, Hu R, Trevathan E, Huang Z, Zhang Y, Yin T, Chang JJ, Zhao J, Shen L, Dong G, Zheng T, Xu S, Qian Z, Zhang B. Symptoms of anxiety and depression during pregnancy and their association with low birth weight in Chinese women: a nested case control study. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Apr;20(2):283-290. doi: 10.1007/s00737-016-0697-2. Epub 2016 Dec 24. PMID: 28013409.
- Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug 17;13(8):e17251. doi: 10.7759/cureus.17251. PMID: 34540477; PMCID: PMC8448270
- Alwan S, Friedman JM, Chambers C. Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pregnancy: A Review of Current Evidence. *CNS Drugs*. 2016 Jun;30(6):499-515. doi: 10.1007/s40263-016-0338-3. PMID: 27138915.
- Kim JH, Scialli AR. Thalidomide: the tragedy of birth defects and the effective treatment of disease. *Toxicol Sci*. 2011 Jul;122(1):1-6. doi: 10.1093/toxsci/kfr088. Epub 2011 Apr 19. Erratum in: *Toxicol Sci*. 2012 Feb;125(2):613. PMID: 21507989.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011 Mar;14(1):1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1. PMID: 21052833.
- Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Mar-Apr;48(3-4):245-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x. PMID: 17355398; PMCID: PMC11016282.
- Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 2011 Feb;34(1):1-14. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.09.008. PMID: 20970195.
- Gastaldon C, Arzenton E, Raschi E, Spigset O, Papola D, Ostuzzi G, Moretti U, Trifirò G, Barbui C, Schoretsanitis G. Neonatal withdrawal syndrome following in utero exposure to antidepressants: a disproportionality analysis of VigiBase, the



WHO spontaneous reporting database. *Psychol Med.* 2023 Sep;53(12):5645-5653. doi: 10.1017/S0033291722002859. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36128628; PMCID: PMC10482711.

14. Chan J, Natekar A, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression in pregnancy. *Can Fam Physician.* 2014 Mar;60(3):242-3. PMID: 24627378; PMCID: PMC3952758.

15. Gao SY, Wu QJ, Sun C, Zhang TN, Shen ZQ, Liu CX, Gong TT, Xu X, Ji C, Huang DH, Chang Q, Zhao YH. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC Med.* 2018 Nov 12;16(1):205. doi: 10.1186/s12916-018-1193-5. PMID: 30415641; PMCID: PMC6231277.

16. Munk-Olsen T, Bergink V, Rommel A, Momen N, Liu X. Association of Persistent Pulmonary Hypertension in Infants With the Timing and Type of Antidepressants In Utero. *JAMA Netw Open.* 2021;4(12):e2136639. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.36639.

17. Desai PH, Yagnik PJ, Ross Ascuitto N, Prajapati P, Sernich S. Risk of Congenital Heart Disease in Newborns with Prenatal Exposure to Anti-depressant Medications. *Cureus.* 2019 May 15;11(5):e4673. doi: 10.7759/cureus.4673. PMID: 31328065; PMCID: PMC6634285.

18. Bérard A, Iessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 Apr;81(4):589-604. doi: 10.1111/bcp.12849. Epub 2016 Jan 26. PMID: 26613360; PMCID: PMC4799922.

19. Bérard A, Ramos E, Rey E, Blais L, St-André M, Oraichi D. First trimester exposure to paroxetine and risk of cardiac malformations in infants: the importance of dosage. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol.* 2007 Feb;80(1):18-27. doi: 10.1002/bdrb.20099. PMID: 17187388.

20. Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, Boskovic R, O'Brien L, Malm H, Bérard A, Koren G. Paroxetine and congenital malformations: meta-Analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther.* 2007 May;29(5):918-926. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.05.003. PMID: 17697910.

21. Lebin LG, Novick AM. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in Pregnancy: An Updated Review on Risks to Mother, Fetus, and Child. *Curr Psychiatry Rep.* 2022 Nov;24(11):687-695. doi: 10.1007/s11920-022-01372-x. Epub 2022 Oct 1. PMID: 36181572; PMCID: PMC10590209.

22. Polen KN, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J; National Birth Defects Prevention Study. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997-2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2013 Jan;97(1):28-35. doi: 10.1002/bdra.23096. Epub 2012 Dec 26. PMID: 23281074; PMCID: PMC4484721.

23. Ankarfeldt MZ, Petersen J, Andersen JT, Li H, Motsko SP, Fast T, Hede SM, Jimenez-Solem E. Exposure to duloxetine during pregnancy and risk of congenital malformations and stillbirth: A nationwide cohort study in Denmark and Sweden. *PLoS Med.* 2021 Nov 22;18(11):e1003851. doi: 10.1371/journal.pmed.1003851. PMID: 34807906; PMCID: PMC8654175.

24. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf.* 2014 Feb;13(2):207-25. doi: 10.1517/14740338.2014.869582. Epub 2014 Jan 3. PMID: 24383525.

25. Davis RL, Rubanowicz D, McPhillips H, Raebel MA, Andrade SE, Smith D, Yood MU, Platt R; HMO Research Network Center for Education, Research in Therapeutics. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007 Oct;16(10):1086-94. doi: 10.1002/pds.1462. PMID: 17729378.

26. Gentile S. Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf.* 2014 Feb;13(2):207-25. doi: 10.1517/14740338.2014.869582. Epub 2014 Jan 3. PMID: 24383525.

27. Kennedy D, Webster WS, Hill M, Ritchie HE. Abnormal pregnancy outcome associated with high-dose maternal tranylcypromine therapy: Case report and literature review. *Reprod Toxicol.* 2017 Apr;69:146-149. doi: 10.1016/j.reprotox.2017.02.012. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28237611.

28. Hendrick V, Suri R, Gitlin MJ, Ortiz-Portillo E. Bupropion Use During Pregnancy: A Systematic Review. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2017 Sep 21;19(5):17r02160. doi: 10.4088/PCC.17r02160. PMID: 28973846.

29. Ostenfeld A, Petersen TS, Pedersen LH, Westergaard HB, Løkkegaard ECL, Andersen JT. Mirtazapine exposure in pregnancy and fetal safety: A nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand.* 2022 Jun;145(6):557-567. doi: 10.1111/acps.13431. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35320582; PMCID: PMC9321713.

30. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and medical (highly specialized) medical care for depression (mild, moderate, severe depressive episode without somatic syndrome or with somatic syndrome, recurrent depressive disorder, dysthymia) dated December 25, 2014 No. 1003 URL:[https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ykpm\\_dpresiya.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ykpm_dpresiya.pdf)

31. Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018 Apr;52(4):320-327. doi: 10.1177/0004867418762057. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29506399; PMCID: PMC5871019.

32. Junkes L, Gherman BR, Appolinario JC, Nardi AE. Treatment of depression during pregnancy: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2024 Mar 18;15:1349816. doi: 10.3389/fpsy.2024.1349816. PMID: 38563023; PMCID: PMC10982487.

33. Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, Liu X, Howard LM, di Florio A, Bergink V, Meltzer-Brody S. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Transl Psychiatry.* 2016 Oct 18;6(10):e919. doi: 10.1038/tp.2016.190. PMID: 27754485; PMCID: PMC5315550.121

34. Quiñones F, Winters C, Hu L, Suvarnakar A. Untreated Major Depression During Gestation: The Physical and Mental Implications in Women and Their Offspring. *Georgetown Medical Review.* 2023;7(1). doi:10.52504/001c.83340

35. Branjerdporn G, Meredith P, Wilson T, Strong J. Infant Developmental Outcomes: Influence of Prenatal Maternal-Fetal Attachment, Adult Attachment, Maternal Well-Being, and Perinatal Loss. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 20;19(4):2433. doi: 10.3390/ijerph19042433. PMID: 35206621; PMCID: PMC8872269.

36. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus.* 2021 Aug 17;13(8):e17251. doi: 10.7759/cureus.17251. PMID: 34540477; PMCID: PMC8448270.

37. Sakowicz A, Allen E, Alvarado-Goldberg M, Grobman WA, Miller ES. Association Between Antenatal Depression Symptom Trajectories and Preterm Birth. *Obstet Gynecol.* 2023 Apr 1;141(4):810-817. doi: 10.1097/AOG.0000000000005125. Epub 2023 Mar 9. PMID: 36897146.
38. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Vinet É, Bernatsky S, Abrahamowicz M. SSRI and SNRI use during pregnancy and the risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Br J Clin Pharmacol.* 2017 May;83(5):1126-1133. doi: 10.1111/bcp.13194. Epub 2017 Jan 18. PMID: 27874994; PMCID: PMC5401975. <https://doi.org/10.1111/bcp.13194>
39. Wikman A, Skalkidou A, Wikström AK, Lampa E, Kramer MS, Yong EL, Skoglund C, Epperson N, Sundström-Poromaa I. Factors associated with re-initiation of antidepressant treatment following discontinuation during pregnancy: a register-based cohort study. *Arch Womens Ment Health.* 2020 Oct;23(5):709-717. doi: 10.1007/s00737-020-01050-y. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632522; PMCID: PMC7497307.
40. Gao SY, Wu QJ, Sun C, Zhang TN, Shen ZQ, Liu CX, Gong TT, Xu X, Ji C, Huang DH, Chang Q, Zhao YH. Selective serotonin reuptake inhibitor use during early pregnancy and congenital malformations: a systematic review and meta-analysis of cohort studies of more than 9 million births. *BMC Med.* 2018 Nov 12;16(1):205. doi: 10.1186/s12916-018-1193-5. PMID: 30415641; PMCID: PMC6231277.
41. Edinoff AN, Raveendran K, Colon MA, Thomas BH, Trettin KA, Hunt GW, Kaye AM, Cornett EM, Kaye AD. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Associated Bleeding Risks: A Narrative and Clinical Review. *Health Psychol Res.* 2022 Nov 3;10(4):39580. doi: 10.52965/001c.39580. PMID: 36425234; PMCID: PMC9680839.
42. Bérard A, Iessa N, Chaabane S, Muanda FT, Boukhris T, Zhao JP. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 Apr;81(4):589-604. doi: 10.1111/bcp.12849. Epub 2016 Jan 26. PMID: 26613360; PMCID: PMC4799922.
43. Robiyanto R, Roos M, Bos JHJ, Hak E, van Puijenbroek EP, Schuiling-Veninga CCM. Switching pattern and dose adjustment of antidepressants before and during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2023 Oct;26(5):685-696. doi: 10.1007/s00737-023-01355-8. Epub 2023 Aug 5. PMID: 37542677; PMCID: PMC10491541.
44. Nemchenko AS, Lyadenko AV. Assessment of the availability of medicines under the Government program «Affordable Medicines» for patients with Mental disorders according to the results of the questionnaire. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.24.02>
45. Kostiuk IA, Kosyachenko KL. Analysis of the dynamics of the nomenclature of medicines for the treatment of mental and behavioral disorders in the government program «Affordable Medicines». DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.24.03>
46. Nemchenko AS, Lyadenko AV. Analysis of the epidemiological state of mental disorders and Pharmaceutical security of patients with medicines by the Government of Ukraine. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1.22.04>
47. Iakovlieva LV, Bahlai TO, Tkachova OV, Pavlenko OV. Overview of antidepressants on the pharmaceutical market of Ukraine and dynamics of their consumption during 2015–2019. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.3.21.01>
48. Matviychuk ME, Hromovyk BP. Research of assortment and price condition of the regional market of antidepressants for treatment of women in prenatal and postnatal periods. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.4.21.05>
49. Maksymovych NM, Mudrak IG, Zaliska OM. Research of the system of information providing for safe Pharmacotherapy pregnancy in the world. DOI: <https://doi.org/10.32352/0367-3057.1-2.18.03>
50. Bilousova NA, Mykhalchuk VM, Protsiuk OV, Kabachna AV. Foreign experience of training masters of pharmacy in issues of supporting the population with mental health disorders. DOI: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2023.3.14166>
51. Hlushchenko OM. Assortment research of sleeping and sedative medicines containing components of plant origin in Ukraine. doi: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2022.4.13738>
52. Nehoda TS, Polova ZM. Methodological approaches to the formation of an optimal range of antidepressants for the inpatient treatment of martial law mental disorders. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.15>
53. Benatar S, Cross-Barnet C, Johnston E, Hill I. Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants. *J Behav Health Serv Res.* 2020 Jul;47(3):409-423. doi: 10.1007/s11414-020-09689-2. PMID: 32100226.
54. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A; Early Years Research Group (EYRG). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS One.* 2017 Jan 17;12(1):e0169907. doi: 10.1371/journal.pone.0169907. PMID: 28095461; PMCID: PMC5241141.