

ВПЛИВ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ НА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ У МАЙБУТНЬОЇ МАТЕРІ

ЖДАНОВИЧ О.І., СЕМЕНЧЕНКО О.І.

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

Мета дослідження - оцінити вплив преконцепційного догляду на перинатальні наслідки при стресових розладах у майбутньої матері. **Матеріали та методи дослідження.** Комплексно обстежено 60 вагітних зі стресовими розладами: основна група - 30 вагітних, які не отримували преконцепційну підготовку, та контрольна група - 30 вагітних, які отримували преконцепційну підготовку, дотримувались всіх рекомендацій. **Отримані результати.** При відсутності преконцепційного догляду у жінок зі стресовими розладами вища частота несприятливих факторів. Це шкідливі звички (палили цигарки 15,7 % жінок, 6,7 % вживали алкоголь), ожиріння (23,3 %), незбалансоване харчування, недостатня фізична активність, недотримання режиму праці та відпочинку, стреси (38,0 %). Висока частота гестаційних і перинатальних ускладнень: анемія (30,0 %), ранній гестоз (33,3 %), загроза переривання (30,0 %), у 1 (3,3 %) пацієнтки стався викидень. У 16,7 % вагітних діагностовано гестаційний діабет, у 18,0 % - загроза передчасних пологів. Ознаки плацентарної дисфункції відмічали у 30,0 % обстежених, що проявлялось дистресом плода у 26,7 % та затримкою росту плода у 16,7 % пацієнток. Оперативне розродження проведено 20,0 % пацієнток, частота передчасних пологів склала 16,7 %, дистресу плода в пологах - 20,0 % , у 10,0 % - надмірна крововтрата. 34,5 % дітей народжені в стані асфіксії, у 6,7 % - тяжка асфіксія, 20,7 % новонароджених мали масу нижче 2500 г, у 10,3 % - ознаки внутрішньоутробного інфікування. У 37,9 % відмічали різноманітні розлади неонатальної адаптації, найчастіше жовтяниці (27,6 %), порушення ЦНС (24,1 %), синдром дихальних розладів (20,7 %). **Висновок.** Значна частота перинатальних розладів неодмінно відобразиться на збільшенні захворюваності дітей майбутньому, порушенні їх фізичного та когнітивного розвитку, що обумовлює високу соціальну значимість проблеми преконцепційного догляду при стресових розладах у жінки.

Ключові слова: стресові розлади, преконцепційний догляд, репродуктивне здоров'я, вагітність, перинатальні наслідки.

В Україні репродуктивне здоров'я (РЗ) в умовах низького рівня народжуваності, яка за останні 10 років знизилася на 40 %, як частина популяційного здоров'я та якісна характеристика відтворення населення набуває вагомого медико-соціального значення [1].

Реалізація РЗ жінки потребує необхідних умов на етапі планування народження дитини та впевненості у доступності до якісної медичної допомоги та майбутньому своєї дитини. На жаль етапу планування та підготовки до вагітності приділяється недостатньо уваги, що відображається на показниках, народжуваності, перинатальних втрат, захворюваності і смертності.

Визнається, що період перед зачаттям є критичним для здоров'я та розвитку майбутньої дитини. Догляд до зачаття включає зміцнення здоров'я, оцінку ризику та лікування вже існуючих станів [2]. Дослідження показали, що вибір здорового способу життя до зачаття може значно вплинути на результати здоров'я їхніх нащадків. [3].

Глобальний тягар перинатальних розладів є значним, щорічно вражає 2,4 мільйона новонароджених. Крім того, такі розлади покладають емоційний, фінансовий та соціальний тягар на сім'ю та суспільство [4]. Преконцепційний догляд має життєво важливе значення, оскільки спрямований на контрольовані фактори ризику та сприяння оптимальному здоров'ю до вагітності [5].

Преконцепційний догляд визначається як «набір втручань, спрямованих на виявлення та зміну біомедичних, поведінкових і соціальних ризиків для здоров'я жінки або результату вагітності шляхом профілактики та лікування, наголошуючи на тих факторах, на які необхідно впливати до зачаття або на ранніх термінах вагітності, щоб мати максимальний ефект» [6]. Було підкреслено негативні соціальні наслідки та великі фінансові втрати поганих результатів вагітності та пологів [7].

Доступний ряд методик преконцепційного догляду з доказами ефективності різного рівня.

Добавки фолієвої кислоти, контроль ваги та відмова від куріння показали свою ефективність у період до зачаття [8]. Докази щодо втручань, спрямованих на зменшення або утримання від споживання алкоголю до або під час вагітності, обмежені. Також бракує доказів щодо скринінгу та впливу на психічне здоров'я в період до зачаття, за винятком жінок з уже існуючим розладом психічного здоров'я [9]. При цьому відсутні систематизовані рекомендації, диференційовані згідно особливостей стану репродуктивного здоров'я пацієнток.

З часу повномасштабного вторгнення російських агресорів в Україну пройшло вже майже 3 роки, кількість осіб, зокрема жінок, що пережили психологічно травмуючі події різко зростає, також збільшується частота депресивних та інших психологічних розладів, а відповідно набуває надзвичайної актуальності проблема психологічних наслідків при вагітності [10], та оцінка ефективності преконцепційної підготовки у таких жінок.

МЕТА дослідження - оцінити вплив преконцепційного догляду на перинатальні наслідки при стресових розладах у майбутньої матері.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Комплексно обстежено 60 вагітних зі стресовими розладами, що спостерігались і народжували у КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» (КНП «КМЦРПМ»), який є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології і репродуктології НУОЗ України імені П. Л. Шупика (НУОЗ України іме-

ні П. Л. Шупика): основна група 30 вагітних, які не отримували преконцепційну підготовку, та контрольна група - 30 вагітних, які отримували преконцепційну підготовку, дотримувались всіх рекомендацій відносно необхідного лікування та ведення здорового способу життя, раціонального харчування, тощо.

Проведення дослідження погоджено з етичним комітетом НУОЗ України імені П. Л. Шупика, робота є фрагментом НДР «Удосконалення тактики преконцепційного консультування та ведення ранніх термінів вагітності жінок з порушеннями репродуктивного здоров'я». Всі дослідження здійснювалися після отримання інформованої згоди пацієнтки на проведення діагностики та лікування.

Усі пацієнтки отримали консультацію психолога КНП «КМЦРПМ». Пацієнтки заповнювали анкету для самооцінки наявності та рівня стресу (PCL - шкала самооцінки, що базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів - ознак ПТСР).

Пацієнткам з субклінічними та клінічними проявами стресових розладів рекомендована консультація психотерапевта з призначенням відповідної психокорекції (групова терапія, музикотерапія, кататиміоімагітивні індивідуальні сеанси психотерапії).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз розподілу за віком не виявив суттєвої різниці між пацієнтами основної та контрольної груп (рис.1).

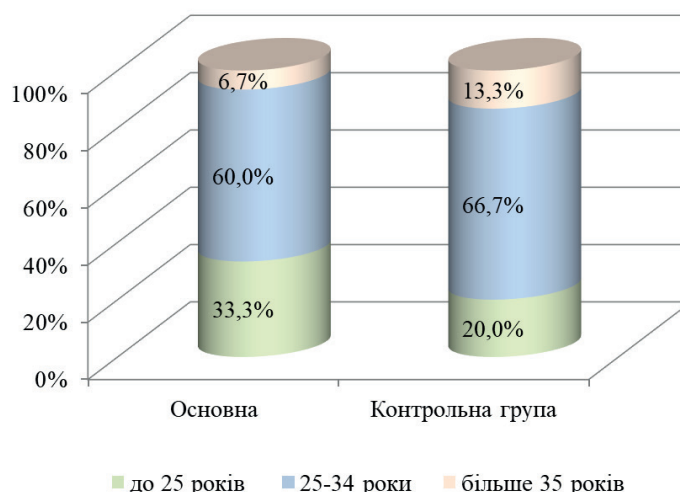


Рисунок 1 – Розподіл за віком обстежених пацієнток, %

В обох групах переважала частка вагітних від 25 до 34 років (біля 60%). У основній групі на 60% більша доля пацієнток віком до 25 років і у 2 рази менше жінок за 35 років, хоча статис-

тично значимої різниці не встановлено ($p > 0,05$). Це може вказувати на більшу відповідальність у ставленні до стану свого здоров'я та здоров'я майбутньої дитини жінок старшого віку.

Ускладнювати перебіг вагітності, обумовлюючи її негативні наслідки. потенційно можуть бути керовані на етапах прекоценцепції (табл. 1).
можуть бути керовані на етапах прекоценцепції (табл. 1).

Таблиця 1 – Медико-соціальна характеристика обстежених пацієнток, абс.ч. (%)

Фактор	Основна група, n=30	Контрольна група, n = 30
Вживання алкоголю	6 (6,7)	-
Паління	5 (15,7)	1 (3,3)
Незбалансоване харчування	6 (20,0)*	2 (6,7)
Надмірна вага або ожиріння	7 (23,3)*	3 (10,0)
Порушення режиму дня та праці	8 (26,7)*	3 (10,0)
Недостатня фізична активність протягом дня	7 (23,3)*	3 (10,0)
Стреси	13 (43,3)*	5 (16,7)

Примітка. * - достовірність різниці щодо відповідного показника вагітних контрольної групи (p<0,05).

Отримані дані продемонстрували значно вищу частоту несприятливих факторів у основній групі обстежених вагітних. Це, в першу чергу, стосується шкідливих звичок: в основній групі палили цигарки 16,7 % жінок, 6,7 % вживали алкоголь, тоді як в контрольній групі жінки усвідомлено відмовились від шкідливих звичок за рекомендаціями, наданими на етапі прекоценцепційного консультування (повністю від вживання алкоголю, частково від паління цигарок). Корекція способу життя дозволила зменшити частоту ожиріння (10,0 проти 23,3 %, p<0,05) завдяки збалансованому харчуванню, достатній фізичній активності, дотриманню режиму праці та відпочинку. У контрольній групі достовірно менша частота стресів, можливо за рахунок отриманої психологічної допомоги (16,7 проти 43,3 %,

p<0,05).

Хоча у 30,0 % пацієнток були відсутні скарги, що могли б бути асоційовані з вагітністю, але більша частина вагітних (60,0 %) все ж таки висувала певні скарги (рис. 2). Ці скарги можуть бути обумовлені станами, пов'язаними з перебудовою різних систем організму жінки при вагітності, але і мають певну психосоматичну обумовленість. Найчастіше жінки основної групи скаржились на підвищену втомлюваність (36,7 %) та періодичну нудоту (33,3 %). Кожна четверта жінка відмічала зниження апетиту (26,7 %), а 16,7 % - дискомфорту правому підребер'ї, у контрольній групі таких скарг було суттєво менше, що може бути обумовлено кращим фізичним станом та правильними психологічними налаштуваннями на вагітність.



Рисунок 2 – Скарги, на загальний стан, %

У контрольній групі дещо більша частка повторновагітних (60,0 проти 50,0 % в основній групі), що обумовлено їх старшим віком, та більш усвідомленим ставленням до повторної вагітності.

За відсутності прекоцепційного догляду спостерігалась вища частота ускладнень вагітності (табл. 3). Так, першу половину вагітності третини жінок обтяжено анемією (30,0 % проти 13,3 %, $p < 0,05$), раннім гестозом (33,3 % проти 10,0 %, $p < 0,05$) та загрозою переривання (30,0 % проти 10,0 %, $p < 0,05$), яка закінчилась викиднем у 1 (3,3 %) жінки.

У 16,7 % вагітних в основній групі діагностовано гестаційний діабет, що у 5 разів перевищує відповідний показник контрольної групи (3,3 %, $p < 0,05$). У 33,3 % вагітних основної

групи анемія ускладнювала і II половину гестаційного процесу (відносно 13,3 % у контрольній групі), у 16,7 % пацієток спостерігали ознаки загрози передчасних пологів (відносно 6,7 % у контролі, $p < 0,05$).

Ознаки плацентарної дисфункції відмічали у 30,0 % обстежених основної групи (проти 10,0 % жінок в контролі, $p < 0,05$). Клінічними проявами плацентарних порушень був дистрес плода у 26,7 % та затримка росту плода у 16,7 % пацієток (відповідно проти 6,7 % та 3,3 % у групі контролю, $p < 0,05$ у кожному випадку). Характерним проявом інфекції, яка не була адекватно пролікована до вагітності у жінок основної групи, при вагітності вважається багатоводдя, яке спостерігали у 16,7 % обстежених основної групи і у 3,3 % в контролі ($p < 0,05$).

Таблиця 3 – Перебіг вагітності обстежених пацієток абс.ч. (%)

Показник	Основна група, n= 30	Контрольна група, n = 30
Анемія I половини вагітності	9 (30,0)*	4 (13,3)
Ранній гестоз	10 (33,3)*	3 (10,0)
Загроза переривання	9 (30,0)*	3 (10,0)
Викидень	1 (3,3)	-
Анемія II половини вагітності	10 (33,3)*	4 (13,3)
Гестаційний діабет	5 (16,7)*	1 (3,3)
Загроза передчасних пологів	5 (16,7)*	2 (6,7)
Прееклампсія	3 (10,0)	1 (3,3)
Плацентарна дисфункція	9 (30,0)*	3 (10,0)
Дистрес плода	8 (26,7)*	2 (6,7)
Затримка росту плода	5 (16,7)*	1 (3,3)
Багатоводдя	5 (16,7)*	1 (3,3)

Примітка. * - достовірність різниці щодо відповідного показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

Пологи у жінок основної групи (табл. 4) також відбувались з ускладненнями.

Оперативне розродження проведено у 20,0 % пацієток основної і 13,3 % жінок контрольної групи. Суттєво підвищена відносно групи контролю частота передчасних пологів: 16,7 % проти 6,7 % ($p < 0,05$). Можна відмітити тенденцію до підвищення частоти передчасного вливу навколоплодових вод і зростання тривалості безводного проміжку. Звертає увагу суттєве підвищення частоти дистресу в пологах (до 20,0 % проти 6,7 % в контролі, $p < 0,05$) та надмірної крововтрати (відповідно до 10,0 % проти 3,3 %).

Народилось 29 живих дітей в основній групі

і 30 дітей в контрольній групі.

Виявлено порушення стану дітей одразу після народження. У 34,5 % новонароджених від матерів основної групи оцінка за шкалою Апгар вказує на стан асфіксії відносно 10,0 % таких дітей у матерів з контрольної групи ($p < 0,05$). В контрольній групі діагностували асфіксію помірного ступеня, тоді у стан 2 (6,7 %) дітей в основній групі оцінено як «тяжка асфіксія».

У новонароджених основної групи відмічено також ознаки інших порушень (табл. 5). Зокрема це знижена маса тіла при народженні: 20,7 % дітей в основній групі мали масу нижче 2500 г, що більш ніж у 6 разів вище відповідного

показника в контрольній групі (6,7 %, $p < 0,05$). Ознаки гіпотрофії відмічені у 13,8 % дітей в основній групі та у 3,3 % - в контрольній ($p < 0,05$). Надмірна втрата ваги також з високою частотою встановлена в основній групі (13,8 % проти 3,3 %

контролі, $p < 0,05$). У 3 (10,3 %) новонароджених основної групи спостерігали висипку, кон'юктивіт, омфаліт, пневмонію, що може свідчити про внутрішньоутробне інфікування (ВУІ).

**Таблиця 4 – Перебіг пологів обстежених жінок
абс.ч. (%)**

Ускладнення	Основна група, n= 30	Контрольна група, n = 30
Кесарів розтин	6 (20,0)	4 (13,3)
Передчасні пологи	5 (16,7)*	2 (6,7)
Передчасний вилив навколоплодових вод	5 (16,7)*	3 (10,0)
Безводний проміжок тривалістю понад 8 год.	4 (13,3)	2 (6,7)
Слабкість пологової діяльності	5 (16,7)	3 (10,0)
Дистрес плода	6 (20,0)*	2 (6,7)
Надмірна крововтрата (понад 0,5 % маси тіла)	3 (10,0)	1 (3,3)

Примітка. * - достовірність різниці щодо відповідного показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

**Таблиця 5 – Показники порушень стану новонароджених обстежених жінок
абс.ч. (%)**

Показник	Основна група, n= 29	Контрольна група, n = 30
Маса тіла при народженні нижче 2500 г	6 (20,7)*	2 (6,7)
Гіпотрофія	4 (13,8)*	1 (3,3)
Надмірна втрата маси тіла більше 10%	4 (13,8)*	1 (3,3)
Ознаки ВУІ	3 (10,3)	-
Розлади неонатальної адаптації	10 (34,5)*	3 (10,0)

Примітка. * - достовірність різниці щодо відповідного показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

У 37,9 % дітей основної групи відмічали різноманітні розлади неонатальної адаптації, найчастіше жовтяниці (27,6 %), порушення ЦНС (24,1 %), синдром дихальних розладів (20,7 %), гастроінтестинальний синдром (17,3 %).

Такі значні порушення стану новонароджених неодмінно відобразяться на збільшенні захворюваності дітей майбутньому, що обумовлює високу соціальну значимість проблеми прееконцепційного догляду при стресових розладах у жінки.

ВИСНОВКИ

При відсутності прееконцепційного догляду у жінок зі стресовими розладами вища частота

несприятливих факторів, які можуть призводити до перинатальних ускладнень. Це шкідливі звички (палили цигарки 15,7 % жінок, 6,7 % вживали алкоголь), ожиріння (23,3 %), незбалансоване харчування, недостатня фізична активність, недотримання режиму праці та відпочинку, стреси (38,0 %).

Більша частина вагітних (60,0 %) висувала скарги на порушення загального стану здоров'я: підвищену втомлюваність (36,7 %) та періодичну нудоту (33,3 %), зниження апетиту (26,7 %), дискомфорт у правому підребер'ї (16,7 %).

Вища частота гестаційних і перинатальних ускладнень: анемія (30,0 %), ранній гестоз (33,3 %), загроза переривання (30,0 %), у 1 (3,3 %) па-

цієнтки стався викидень. У 16,7 % вагітних діагностовано гестаційний діабет, у 18,0 % - загроза передчасних пологів. Ознаки плацентарної дисфункції відмічали у 30,0 % обстежених, що проявлялось дистресом плода у 26,7 % та затримкою росту плода у 16,7 % пацієнток. Характерним проявом інфекції при вагітності є багатоводдя, яке спостерігали у 16,7 % обстежених

Оперативне розродження проведено 20,0 % пацієнток, частота передчасних пологів складала 16,7 %, дистресу плода в пологах - 20,0 %, у 10,0 % - надмірна крововтрата. 34,5 % дітей народжені в стані асфіксії, у 6,7 % - тяжка асфіксія, 20,7 % новонароджених мали масу нижче 2500 г, у 10,3 % - ознаки внутрішньоутробного інфікування. У 37,9 % відмічали різноманітні розлади неонатальної адаптації, найчастіше жовтяниці (27,6 %), порушення ЦНС (24,1 %), синдром дихальних розладів (20,7 %).

Значна частота перинатальних розладів неодмінно відобразиться на збільшенні захворюваності дітей майбутньому, порушенні їх фізичного та когнітивного розвитку, що обумовлює високу соціальну значимість проблеми прекоцепційного догляду при стресових розладах у жінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жилка Н. Я., Щербінська О. С., Гойда Н. Г., Голубчиков М. В. Вплив вітчизняних стратегій щодо збереження репродуктивного здоров'я на поліпшення демографічної ситуації в Україні репродуктивне здоров'я жінки. 2024. 4 (75): 8-15. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2024.308990>
2. Fowler JR, Jenkins SM, Jack BW. Preconception Counseling. 2023 Jun 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 28722910.
3. Khekade, H., Potdukhe, A., Taksande, A. B., Wanjari, M. B., & Yelne, S. (2023). Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*, 15(6), e41141. <https://doi.org/10.7759/cureus.41141>
4. Rosa-Mangeret F, Benski AC, Golaz A, Zala PZ, Kyokan M, Wagner N, Muhe LM, Pfister RE. 2.5 Million Annual Deaths-Are Neonates in Low- and Middle-Income Countries Too Small to Be Seen? A Bottom-Up Overview on Neonatal Morbi-Mortality. *Trop Med Infect Dis*. 2022 Apr 21;7(5):64. doi: 10.3390/tropicalmed7050064.
5. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*. 2014 Sep 26;11 Suppl 3(Suppl 3):S3. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S3.
6. Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The national summit on preconception care: a

summary of concepts and recommendations. *Matern Child Health J*. 2006 Sep;10(5 Suppl):S197-205. doi: 10.1007/s10995-006-0107-x.

7. Goodfellow A, Frank J, McAteer J, Rankin J. Improving preconception health and care: a situation analysis. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 23;17(1):595. doi: 10.1186/s12913-017-2544-1.
8. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denктаş S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev*. 2014;36:19-30. doi: 10.1093/epirev/mxt003.
9. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):313-327. doi: 10.1002/wps.20769.
10. Johnson R. J., Antonaccio O., Botchkovar E., Hobfoll S. E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 57 (9): 1807–1816.

REFERENCES

1. Zhylyka, N., Shcherbinska, O., Goida, N., & Golubchikov, M. (2024). the impact of national strategies for preserving reproductive health on the improvement of the demographic situation in Ukraine. *Reproductive Health of Woman*, (4), 8–15. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2024.308990>
2. Fowler JR, Jenkins SM, Jack BW. Preconception Counseling. 2023 Jun 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 28722910.
3. Khekade, H., Potdukhe, A., Taksande, A. B., Wanjari, M. B., & Yelne, S. (2023). Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*, 15(6), e41141. <https://doi.org/10.7759/cureus.41141>
4. Rosa-Mangeret F, Benski AC, Golaz A, Zala PZ, Kyokan M, Wagner N, Muhe LM, Pfister RE. 2.5 Million Annual Deaths-Are Neonates in Low- and Middle-Income Countries Too Small to Be Seen? A Bottom-Up Overview on Neonatal Morbi-Mortality. *Trop Med Infect Dis*. 2022 Apr 21;7(5):64. doi: 10.3390/tropicalmed7050064.
5. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*. 2014 Sep 26;11 Suppl 3(Suppl 3):S3. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S3.
6. Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. *Matern Child Health J*. 2006 Sep;10(5 Suppl):S197-205. doi: 10.1007/s10995-006-0107-x.
7. Goodfellow A, Frank J, McAteer J, Rankin J. Improving preconception health and care: a situation analysis. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 23;17(1):595. doi: 10.1186/s12913-017-2544-1.
8. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denктаş S, Steegers

- EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev.* 2014;36:19-30. doi: 10.1093/epirev/mxt003.
9. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020 Oct;19(3):313-327. doi: 10.1002/wps.20769.
10. Johnson R. J., Antonaccio O., Botchkovar E., Hobfoll S. E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 57 (9): 1807–1816.

SUMMARY

INFLUENCE OF PRECONCEPTION CARE ON PERINATAL CONSEQUENCES IN STRESS DISORDERS IN FUTURE MOTHERS

ZHDANOVYCH O.I., SEMENCHENKO O.I.

Aim of the study - to assess the influence of preconception care on perinatal consequences in stress disorders in future mothers. **Materials and methods of the study.** 60 pregnant women with stress disorders were comprehensively examined: the main group - 30 pregnant women who did not receive preconception training, and the control group - 30 pregnant women who received preconception training, received all recommendations. **Results.** With poor preconception care, women with stress disorders have a higher frequency of adverse factors. These are bad habits (15.7% of women smoked cigarettes, 6.7% drank alcohol), obesity (23.3%), unbalanced nutrition, insufficient

physical activity, non-compliance with the work and rest regime, stress (38.0%). High frequency of gestational and perinatal complications: anemia (30.0%), early gestosis (33.3%), threat of interruption (30.0%), 1 (3.3%) patient had a miscarriage. Gestational diabetes was diagnosed in 16.7% of pregnant women, and the threat of premature birth in 18.0%. Signs of placental dysfunction were noted in 30.0% of those examined, which is manifested by fetal distress in 26.7% and fetal growth retardation in 16.7% of patients. Operative delivery was performed in 20.0% of patients, the frequency of premature birth was 16.7%, fetal distress during labor - 20.0%, in 10.0% - increased blood loss. 34.5% of children were born in a state of asphyxia, in 6.7% - severe asphyxia, 20.7% of newborns weighing less than 2500 g, in 10.3% - signs of intrauterine infection. In 37.9%, various disorders of neonatal adaptation were noted, increased jaundice (27.6%), CNS disorders (24.1%), respiratory distress syndrome (20.7%). **Conclusion.** The significant frequency of perinatal disorders will have an ambiguous effect on the increase in the morbidity of children in the future, the disruption of their physical and cognitive development, which determines the high social significance of the problem of preconception care for stress disorders in women.

Key words: stress disorders, preconception care, reproductive health, pregnancy, perinatal consequences.